

MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

PROCOLOS DE ENCAMINHAMENTO
DA ATENÇÃO BÁSICA PARA
A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Volume I

Endocrinologia e Nefrologia

1ª edição revisada

Brasília - DF

2016



MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Volume I



Endocrinologia e Nefrologia

1ª edição revisada

Brasília - DF
2016





Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição revisada – 2016 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, Quadra 2, lotes 5 e 6, Ed. Premium, torre II, auditório, sala 4
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3306-8052
Fax: (61) 3305-8028
Site: www.saude.gov.br/dab
E-mail: dab@saude.gov.br
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
SAF Sul, Quadra 2, lotes 5 e 6, Ed. Premium, torre II,
Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação
SAF/SUL, Quadra 2, Edifício Premium, Torre II – 3º Andar – Sala 301
Brasília/DF - 70070-600
Tel.: (61) 3315-5870
E-mail: drac@saude.gov.br
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde
Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Espanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, 7º andar, sala 717
Zona Cívico-Administrativa - Brasília/DF - 70058-900
Tel.: (61) 3315.3394
Fax: (61) 3315.2974
Site: www.saude.gov.br/sgtes
E-mail: degas@saude.gov.br

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
Secretaria Estadual da Saúde
Av. Borges de Medeiros, 1501 – 6º andar Bairro Praia de Belas
CEP: 90110 – 150 – Porto Alegre
Tel.: (51) 3288-5800
Site: <http://www.saude.rs.gov.br/>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS/UFRGS
Rua Ramiro Barcelos, nº 2.400, Térreo, Sala TelessaúdeRS
Bairro Santa Cecília
CEP: 90035-003 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3308-5748/Fax: (51) 3308-5764
Cel.: (51) 9835-0441
Site: www.telessaunders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessaunders.ufrgs.br

Supervisão Geral:
Eduardo Alves Melo

Coordenação-Geral:
Dirceu Ditmar Klitzke
Patrícia Araújo Bezer

Revisão Técnica:

Ana Célia da Silva Siqueira
Carol Cardoso Rodrigues
Carolina Pereira Lobato
Daniela Cristina Moreira Marculino Figueiredo
Gabriela Maria R. Gonçalves
Gisele Ane Bortolini
Graziela Tavares
Heide Gauche
Jaqueline Silva Sousa
Kelly Alves
Leticia Felipak dos Passos
Luciana Morais Rocha
Rosely de Andrade Vargas

Organização:

Erno Harzheim
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz
Patrícia Sampaio Chueri

Elaboração de texto:

Brasil da Silva Neto
Dimitris Rucks Varvaki Rados
Elise Botteselle de Oliveira
Erno Harzheim
Jacinda Lehmen Stahl
Juliana Keller Brenner
Marcelo Pellizzaro Dias Afonso
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz
Patrícia Sampaio Chueiri
Rodrigo da Silva
Rogério Friedman

Colaboração:

Lúcio Roberto Requião

Coordenação Editorial:

Marco Aurélio Santana da Silva

Projeto gráfico, design, diagramação e capa:

Luiz Felipe Telles

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Revisão:

Khamila Silva – Editora MS/CGDI
Tamires Alcântara – Editora MS/CGDI

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Endocrinologia e nefrologia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.
20 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 1)

Modo de acesso: World Wide Web: <www.saude.gov.br/svs>
ISBN

1. Planejamento em saúde. 2. Equidade em saúde 3. Regulação assistencial. I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul II. Título. III. Série.

CDU 614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/0092

Titulos para indexação:

Em inglês: Endocrinology and Nephrology

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
INTRODUÇÃO	5
1 ENDOCRINOLOGIA ADULTO	9
1.1 Bócio Multinodular	9
1.2 Diabetes Mellitus	10
1.3 Hipertireoidismo	10
1.4 Hipotireoidismo	11
1.5 Nódulo de Tireoide	11
1.6 Obesidade	12
2 NEFROLOGIA ADULTO	13
2.1 Cistos/Doença Policística Renal	13
2.2 Diabetes Mellitus	14
2.3 Doença Renal Crônica	14
2.4 Hipertensão Arterial Sistêmica	15
2.5 Infecção Urinária Recorrente	16
2.6 Litíase Renal	17
REFERÊNCIAS	19
ANEXO - QUADROS AUXILIARES	22

APRESENTAÇÃO

A atenção Básica (AB), que se caracteriza, entre outras coisas, como porta de entrada preferencial do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários, cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para isso, é fundamental que a AB tenha alta resolutividade, o que, por sua vez, depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da Atenção Básica com outros pontos da rede de saúde.

Sabemos, por outro lado, que o serviço especializado, sobretudo seu componente ambulatorial, é um lugar marcado por diferentes gargalos, em especial no que se refere ao acesso a ele. Isso decorre de elementos como o modelo de atenção adotado, o dimensionamento e organização das ofertas e também do grau de resolutividade da Atenção Básica nos diversos lugares. Os gargalos, anteriormente mencionados, requerem, para a sua superação, que se constituam estratégias que impactem na Atenção Básica, nos processos de regulação do acesso (desde os serviços solicitantes até as centrais de regulação), bem como na organização da atenção especializada.

Neste material, toma-se como foco a Atenção Básica, em especial alguns aspectos presentes no processo de referenciamento de usuários para outros serviços especializados, que são abordados sob a forma de protocolos de encaminhamento. É bem verdade que tais protocolos, para se efetivarem e terem maior potência, precisam ser articulados a processos que aumentem a capacidade clínica das equipes que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde (tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, por exemplo) e que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados (pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros). Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso.

Neste contexto, os protocolos de encaminhamento são ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

É com esta clareza, e contando com a parceria de um grupo de profissionais fundamentais do SUS vinculados à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que o Ministério da Saúde (MS) oferta os protocolos de encaminhamento para os gestores e trabalhadores do SUS. Esperamos que esta seja mais uma das estratégias que caminham no sentido de aumentar a resolutividade, a capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da Atenção Básica. Mãos à obra!

Departamento de Atenção Básica/SAS/MS

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/SAS/MS

Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul/SES-RS

INTRODUÇÃO

A regulação da assistência à saúde tem a função primordial de ordenar o acesso às ações e aos serviços de saúde, em especial à alocação prioritária de consultas médicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com maior risco, necessidade e/ou indicação clínica oriundos dos diversos serviços de saúde em tempo oportuno. Complementarmente, a regulação deve servir de filtro aos encaminhamentos desnecessários, devendo selecionar o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos apenas quando eles apresentem indicação clínica para realizá-los. Essa ação de filtro deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na AB (Atenção Básica), evitando a exposição dos pacientes a consultas e/ou procedimentos desnecessários (prevenção quaternária)¹. Além disso, otimiza o uso dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O cumprimento dessas funções depende, entretanto, do conhecimento de informações mínimas do paciente para determinar a necessidade da consulta no serviço ou do procedimento especializado, incluindo a respectiva classificação de risco do problema de saúde em questão. Neste sentido, o desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação.

Importante ressaltar a necessidade de se estabelecer fluxo institucional de comunicação (referência e contrarreferência) entre as equipes de Atenção Básica com outros pontos de atenção. Ao ser encaminhado para cuidados especializados temporários ou prolongados, é interessante que as equipes de Atenção Básica possam compartilhar informações sobre o itinerário de cuidado do usuário na Rede de Atenção à Saúde.

Os protocolos de encaminhamento têm por objetivo responder a duas questões principais ao médico regulador e orientar os profissionais que atuam na AB. As duas questões-chave são:

1. O paciente tem indicação clínica para ser encaminhado ao serviço especializado?
2. Quais são os pacientes com condições clínicas ou motivos de encaminhamento que devem ter prioridade de acesso?

Para responder à primeira pergunta, é fundamental que a gestão, em parceria com a regulação e com os pontos de atenção envolvidos, estabeleça quais são, dentro de cada especialidade ou de cada motivo de encaminhamento, os pacientes que precisam ser avaliados pelo serviço especializado e aqueles que não têm necessidade de atendimento em outro nível de atenção e podem ser manejados na AB.

¹ Prevenção quaternária foi definida como a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis (NORMAN; TESSER, 2009).

Como exemplo, podemos utilizar o hipertireoidismo na especialidade Endocrinologia. Após definir que pacientes com hipertireoidismo devem ser encaminhados para tratamento especializado – definição de “condição clínica que indica necessidade de encaminhamento” –, o protocolo de encaminhamento deve exigir do médico solicitante um conjunto de informações com base na anamnese, exame físico e exames complementares (conteúdo descritivo mínimo). Esse conjunto de informações deve servir para que o médico regulador confirme a suspeita ou diagnóstico do hipertireoidismo. E deve, quando indicado, conter outras informações relevantes, como tratamentos realizados pelo paciente, comorbidades, medicações em uso etc.

O recomendado é que os protocolos de encaminhamento sejam adaptados à realidade regional. Sua utilização deve iniciar pelas especialidades médicas com tempo de espera mais prolongado, os chamados pontos de estrangulamento da regulação ambulatorial. A elaboração dos protocolos deve ser pautada pela melhor evidência científica disponível e pelas diretrizes de organização da rede de serviços de saúde regional/local. É fundamental a revisão periódica dos protocolos, ou quando do surgimento de novas evidências científicas.

A ação regulatória deve permitir a possibilidade de esgotamento de todos os recursos do manejo clínico na AB, ampliando ao máximo a resolutividade. Para isso, é fundamental a definição dos motivos de encaminhamento com maior frequência, cujo diagnóstico e/ou tratamento sejam sensíveis às ações clínicas da AB e sua atual capacidade de resposta (resolutividade). A maior resolutividade depende da estrutura dos serviços e do processo de atenção (incluindo o acesso de primeiro contato), e pode ser fortalecida ao alirmos ao processo regulatório atividades educacionais, uso de protocolos clínicos para AB e maior oferta de recursos de maior densidade tecnológica, tanto diagnósticos como terapêuticos.

As informações clínicas exigidas nos protocolos de encaminhamento devem ser sucintas e objetivas, compondo um conjunto de informações necessárias e suficientes para a prática da regulação.

Algumas condições clínicas são do campo de atuação de mais de uma especialidade. Nesses casos, o médico regulador deve conhecer as características dos serviços de referência e, na medida do possível, redirecionar os encaminhamentos para as especialidades com maior resolutividade e/ou menor demanda. Aí, por suposto, desde que atendido o princípio de responsabilização clínica, economia de escala e resolutividade do serviço de referência diante do problema encaminhado e, num plano posterior, o conforto de deslocamento do paciente.

A identificação de encaminhamentos fora dos protocolos ou imprecisos (com definição duvidosa) deve ser acompanhada, quando possível, de atividades de apoio matricial, a partir dos núcleos de telessaúde e outras ações pedagógicas. Nesses casos, identificamos um momento oportuno para o aprendizado e auxílio dos profissionais, por meio de teleconsultoria dirigida ao diagnóstico e/ou manejo corretos. A recusa do encaminhamento equivocado, aliada à discussão do caso clínico em questão, pode ser ótimo instrumento de desenvolvimento profissional contínuo. Isso porque tal recusa é centrada na observação de uma necessidade concreta de aprendizado do médico da AB, com potencial de aumentar sua resolutividade no caso discutido e em questões futuras semelhantes.

Com o objetivo de desenvolver metodologia voltada à elaboração de protocolos de encaminhamento para ações e serviços especializados, elaboramos um passo a passo visando à produção desses protocolos localmente. As orientações, descritas a seguir, envolvem sete etapas. É necessário:

1. identificar a especialidade/procedimento especializado com demanda reprimida (identificada por tempo de espera prolongado), cujos motivos de encaminhamento são sensíveis às ações clínicas em AB e sua capacidade de resposta (resolutividade);
2. realizar diagnóstico de demanda nas listas de espera das especialidades clínicas previamente escolhidas. Dada a incongruência comumente encontrada entre a história clínica e a categorização baseada na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), é fundamental a avaliação da descrição subjetiva contida no encaminhamento;
3. selecionar os motivos de encaminhamento mais frequentes para cada especialidade/procedimento;
4. revisar evidências e protocolos científicos sobre o manejo clínico mais indicado em AB e em outros níveis de atenção dos principais motivos de encaminhamento. Atentar para necessidade de esgotar todos os recursos disponíveis na AB. Identificar quais são as contribuições do serviço especializado na avaliação e tratamento da condição clínica em estudo;
5. definir os motivos de encaminhamento que devem e que não devem ser encaminhados para especialidade/procedimento especializado;
6. definir quais são os motivos que caracterizam maior risco/necessidade, para prioridade no acesso especializado. Em casos de dúvida da necessidade do encaminhamento, recomendamos a solicitação de informações adicionais ou a manutenção do encaminhamento com intenção de proteger o paciente;
7. elencar conjunto mínimo de informações que devem ser fornecidas pelo médico solicitante. Obtidas por meio da anamnese, exame físico e exames complementares, essas informações constituirão o protocolo de encaminhamento de cada motivo de encaminhamento. Por isso, devem ser suficientes para definir o diagnóstico/suspeita diagnóstica e a conduta do médico regulador (condutas essas já definidas a priori – protocolos de regulação). Os critérios de encaminhamento devem ser objetivos e disponíveis. Em função da impossibilidade de prever todas as circunstâncias passíveis de encaminhamento, algumas informações clínicas complementares, não previstas em protocolo, podem auxiliar na decisão da regulação.

Para exemplificar, relatamos, a seguir, o processo de desenvolvimento de protocolos para Endocrinologia. A escolha dessa especialidade decorreu da existência de tempo de espera prolongado. Realizamos diagnóstico de demanda e listamos os seis motivos mais comuns de encaminhamento. São eles: diabetes *mellitus*, hipotireoidismo, hipertireoidismo, nódulo de tireoide, bócio de tireoide e obesidade. Revisamos a literatura para identificação do manejo clínico adequado em cada situação, determinando os papéis da AB e do serviço especializado. Definimos, por exemplo, que todos os casos de hipertireoidismo deveriam ser avaliados por médico endocrinologista, e quase todos os casos de hipotireoidismo poderiam ser manejados na AB (uma das exceções é o hipotireoidismo central).

A partir daí, elaboramos os protocolos de encaminhamentos para cada uma dessas especialidades. No hipertireoidismo, o protocolo compreende cinco informações – resultado do exame de TSH sérico com data; resultado do exame de T4 sérico com data; sinais e sintomas; medicações antitireoidianas em uso; e outras medicações em uso. Com elas, podemos inferir se o paciente tem hipertireoidismo, se apresenta sintomas e se já está fazendo uso de alguma medicação para controle dos sintomas.

Para os casos que não possuem indicação clínica para encaminhamento, como o hipotireoidismo, complementamos o trabalho da regulação ambulatorial com a promoção, pelo núcleo de Telessaúde, de teleconsultoria com o médico assistente. O objetivo é auxiliar na identificação e manejo corretos dos casos sensíveis às ações clínicas da AB.

Esperamos que os protocolos de encaminhamento ofertados pelo Ministério da Saúde possibilitem melhor organização do acesso às ações e aos serviços de saúde especializados e maior resolutividade da AB.

1 ENDOCRINOLOGIA ADULTO

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Endocrinologia. As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória. Têm como objetivo determinar se o paciente necessita de encaminhamento para o especialista e definir a prioridade no encaminhamento.

Ressaltamos que 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. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Pacientes com diagnóstico e suspeita de hipertireoidismo e diabetes *mellitus* tipo 1 devem ter preferência no encaminhamento ao endocrinologista quando comparados com outras condições clínicas previstas nestes protocolos.

1.1 Bócio Multinodular

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- TSH diminuído (suspeita de nódulo quente) (na ausência de valores de referência do laboratório, ver quadro 1 no anexo); ou
- nódulo com indicação de PAAF (**ver quadro 2 no anexo**); ou
- sintomas compressivos ou suspeita de malignidade atribuíveis ao bócio (ver quadro 3 no anexo); ou
- indicação de tratamento cirúrgico ou iodo radioativo (bócio grande, bócio que está crescendo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de exame TSH, com data;
3. resultado de ecografia de tireoide, com descrição do tamanho, característica dos nódulos e volume do bócio, com data;
4. paciente com alto risco para câncer de tireoide (sim ou não). Se sim, descreva o motivo (ver quadro 3, no anexo);
5. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

1.2 Diabetes Mellitus

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia:

- paciente em uso de insulina em dose otimizada (mais de uma unidade por quilograma de peso); ou
- doença renal crônica (taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 ml /min/1,73m² (estágio 4 e 5) (ver quadro 4 no anexo); ou
- paciente com DM tipo 1 (uso de insulina como medicação principal antes dos 40 anos).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. resultado de exame de hemoglobina glicada, com data;
2. resultado de exame de creatinina sérica, com data;
3. insulina em uso (sim ou não), com dose e posologia;
4. outras medicações em uso, com dose e posologia;
5. peso do paciente em quilogramas (kg);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.



Taxa de Filtração
Glomerular

O cálculo da taxa de filtração glomerular pode ser realizado com o aplicativo “Taxa de Filtração Glomerular – CKD-EPI” disponível no site do TelessaúdeRS/UFRGS.

Clique aqui para baixar <<http://www.ufrgs.br/telessauders/nossos-servicos/aplicativos-telessauders-ufrgs/aplicativos-telessauders-ufrgs>>

1.3 Hipertireoidismo

Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento:

- todos os pacientes. (na ausência de valores de referência do laboratório, ver quadro 1 no anexo)

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de exame TSH, com data;
3. resultado de exame T4 livre ou T4 total, com data;
4. uso de metimazol ou propiltiouracil, com dose e posologia;
5. outras medicações em uso, com posologia e dose;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

1.4 Hipotireoidismo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo) (na ausência de valores de referência do laboratório, ver quadro 1 no anexo); ou
- paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina, quando já avaliada adesão e uso de medicações ou condições que cursam com alteração de metabolismo/absorção de T4.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de exame TSH, com data;
3. resultado de exame T4 livre ou T4 total, com data;
4. uso de levotiroxina (sim ou não), com dose;
5. outras medicações em uso, com posologia e dose;
6. peso do paciente em quilogramas (kg);
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

1.5 Nódulo de Tireoide

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- TSH diminuído (suspeita de nódulo quente) (na ausência de valores de referência do laboratório, ver quadro 1 no anexo); ou
- nódulos com indicação de PAAF (ver quadro 2, no anexo); ou
- pacientes com sinais e sintomas sugestivos de malignidade atribuíveis ao nódulo.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de exame TSH, com data;
3. resultado de ecografia de tireoide, com descrição do tamanho e característica do(s) nódulo(s), com data;
4. paciente com alto risco para câncer de tireoide (sim ou não). Se sim, descreva o motivo (**ver quadro 3, no anexo**);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

1.6 Obesidade

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:

- pacientes com suspeita de obesidade secundária (provocada por problema endocrinológico).

*Não é necessário encaminhar ao endocrinologista pacientes com obesidade secundária a medicamentos (glicocorticóide, antipsicóticos (tioridazina, risperidona, olanzapina, quetiapina, clozapina), estabilizadores do humor (lítio, carbamazepina), entre outros),

Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para cirurgia bariátrica:

- pacientes com IMC acima de 35 kg/m² e alguma comorbidade¹ ou IMC acima de 40 kg/m² com ou sem comorbidades.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. IMC;
3. breve descrição do tratamento clínico longitudinal (realizado por, no mínimo, dois anos²) para pacientes encaminhados para cirurgia bariátrica;
4. risco cardiovascular³ (em %), ou doença cardiovascular (sim/não). Se sim, informar qual doença cardiovascular;
5. diabetes mellitus de difícil controle (sim/não). Se sim, informar medicações em uso, com dose;
6. hipertensão arterial de difícil controle (sim/não). Se sim, informar medicações em uso, com dose;
7. apneia do sono (sim/não). Se sim, informar como foi o diagnóstico;
8. doenças articulares degenerativas (sim/não). Se sim, informar qual;
9. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.



O cálculo do risco cardiovascular pode ser realizado com o aplicativo “Calculadora de Risco Cardiovascular” disponível no site do TelessaúdeRS/UFRGS.

Clique aqui para baixar <<http://www.ufrgs.br/telessauders/nossos-servicos/aplicativos-telessauders-ufrgs/aplicativos-telessauders-ufrgs>>

¹ Comorbidades: risco cardiovascular maior que 20% em 10 anos, doença cardiovascular, hipertensão arterial de difícil controle, diabetes mellitus de difícil controle, síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (apneia do sono), doença articular degenerativa.

² Conforme a Portaria nº 424, de 19 de março de 2013, o conceito de tratamento clínico longitudinal inclui: “orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ou atenção ambulatorial especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.” (BRASIL, 2013b)

³ Para cálculo do risco cardiovascular, acesse o Caderno de Atenção Básica nº37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.

2 NEFROLOGIA ADULTO

Os protocolos foram desenvolvidos para os motivos de encaminhamento mais comuns para a especialidade Nefrologia. Entretanto, algumas condições clínicas podem estar sobrepostas. Na presença de doença renal crônica associada a outro motivo de encaminhamento, sugerimos a aplicação de protocolo específico.

As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória. Têm como objetivo determinar se o paciente necessita de encaminhamento para o especialista e definir a prioridade no encaminhamento.

Ressaltamos que 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. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Pacientes com taxa de filtração estimada < 30 /min/1,73m² (estágio 4 e 5) devem ter preferência no encaminhamento ao nefrologista quando comparados com outras condições clínicas previstas nestes protocolos.

2.1 Cistos/Doença Policística Renal

Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para Nefrologia:

- suspeita de doença policística renal (ver quadro 5 no anexo).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- cistos com alterações sugestivas de malignidade (achados ecográficos como paredes espessas e irregulares, septações, calcificações ou resultado de tomografia com classificação de Bosniak maior ou igual a 2F (ver quadro 6 no anexo); ou
- cistos simples sintomáticos (dor lombar, hematúria persistente, obstrução de via urinária).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever presença de dor lombar ou outros achados relevantes);
2. resultado de exame de imagem (ecografia ou tomografia), com data. O exame deve descrever tamanho dos cistos, número e localização;
3. resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo seis meses de diferença entre eles);
4. cor de pele (preta ou não), idade e sexo (ambas as informações podem ser encontradas no sistema informatizado de regulação, quando existente);
5. resultado EQU/EAS/urina tipo 1, com data (quando alterado, dois exames com oito semanas de diferença entre eles);
6. presença de história familiar para doença policística renal (sim ou não), e parentesco com o paciente;
7. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

2.2 Diabetes Mellitus

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Nefrologia:

- pacientes com taxa de filtração glomerular $< 30 \text{ ml /min/1,73 m}^2$ (estágio 4 e 5) (ver quadro 4 no anexo); ou
- proteinúria (macroalbuminúria) (ver quadro 7 no anexo); ou
- perda rápida da função renal ($> 5 \text{ /min/ } 1,73 \text{ m}^2$ em um período de seis meses, com uma TFG $< 60 \text{ /min/1,73 m}^2$, confirmado em dois exames); ou

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo seis meses de diferença entre eles);
2. cor de pele (preta ou não), idade e sexo (ambas as informações podem ser encontradas no sistema informatizado de regulação, quando existente);
3. resultado de microalbuminúria em amostra, albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria, com indicação do tipo de exame e data;
4. alterações em exames laboratoriais ou de imagem, se presentes;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

2.3 Doença Renal Crônica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

1. taxa de filtração glomerular (TFG) $< 30 \text{ ml /min/1,73m}^2$ (estágio 4 e 5) (**ver quadro 4 no anexo**); ou
 - proteinúria (**ver quadro 7 no anexo**); ou
 - hematúria persistente (confirmada em dois exames de EQU/EAS/Urina tipo 1, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos e pesquisa de hemácias dismórficas positiva. Se hemácias dismórficas negativa ou indisponível, encaminhar para urologia); ou
2. alterações anatômicas que provoquem lesão ou perda de função renal (**ver quadro 8 no anexo**); ou
 - perda rápida da função renal ($> 5 \text{ /min/1,73 m}^2$ em seis meses, com uma TFG $< 60 \text{ ml /min/1,73 m}^2$, confirmado em dois exames); ou
 - presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários).



Taxa de Filtração
Glomerular

O cálculo da taxa de filtração glomerular pode ser realizado com o aplicativo “Taxa de Filtração Glomerular – CKD-EPI” disponível no site do TelessaúdeRS/UFRGS.

Clique aqui para baixar <http://www.ufrgs.br/telessauders/nossos-servicos/aplicativos-telessauders-ufrgs/aplicativos-telessauders-ufrgs>

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- hematúria persistente (confirmada em dois exames de EQU/EAS/Urina tipo 1, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos e pesquisa de hemácias dismórficas negativa); ou
- alterações anatômicas que provoquem lesão ou perda de função renal (**ver quadro 8 no anexo**).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo seis meses de diferença entre eles);
2. resultado de microalbuminúria em amostra, albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria, com indicação do tipo de exame e data;
3. resultado de EQU/EAS/urina tipo 1 (quando alterado, dois exames, com oito semanas de diferença entre eles) e pesquisa de hemácias dismórficas, com data, quando realizado (para investigação de hematúria)⁴;
4. resultado de ecografia de vias urinárias, quando realizada, com data;
5. cor de pele (preta ou não), idade e sexo (ambas as informações podem ser encontradas no sistema informatizado de regulação, quando existente);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

2.4 Hipertensão Arterial Sistêmica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Nefrologia ou Cardiologia ou Endocrinologia (conforme a principal suspeita clínica de hipertensão secundária):

- suspeita de hipertensão secundária (**ver quadro 9 no anexo**); ou
- falta de controle da pressão com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose plena, após avaliação da adesão.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. medicações em uso, com dose e posologia;
3. duas medidas de pressão arterial, em dias diferentes;
4. alterações em exames laboratoriais ou de imagem, se presentes, com data;
5. avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

⁴Pesquisa de hemácias dismórficas é importante para definir se a origem é glomerular. Hematúria, cuja origem não é glomerular, deve ser avaliada por urologista.

2.5 Infecção Urinária Recorrente

Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para Nefrologia:

- ITU recorrente (três ou mais infecções urinárias no período de um ano) mesmo com profilaxia adequada (**ver quadro 10 no anexo**), após exclusão de causas anatômicas urológicas ou ginecológicas.

Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- alteração anatômica no trato urinário que provoque ITU recorrente.

Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- alteração anatômica ginecológica que provoque ITU recorrente.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. número de infecções urinárias nos últimos 12 meses;
2. resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo seis meses de diferença entre eles);
3. cor de pele (preta ou não), idade e sexo, informações que podem ser identificadas no sistema informatizado de regulação, quando existente;
4. resultado de ecografia das vias urinárias, com data;
5. descrever se foi realizada profilaxia para infecção urinária recorrente, e como foi feita, medicamento dose e posologia;
6. em mulheres, descrever se há alterações anatômicas como cistocele, retocele ou prolapso uterino;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

2.6 Litíase Renal

Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para Nefrologia:

- Nefrolitíase recorrente com causa metabólica identificada e com indicação de tratamento farmacológico que não pode ser realizado na APS.
- impossibilidade de investigar etiologia dos cálculos com exame de eletrólitos na urina de 24 horas e exames séricos.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- cálculo ureteral maior que 10 mm; ou
- cálculo ureteral maior que 4 mm que não foi eliminado após seis semanas de tratamento clínico (**ver quadro 11 no anexo**); ou
- cálculo vesical; ou
- cálculo renal sintomático (episódios recorrentes de dor, hematúria ou infecção trato urinário); ou
- cálculo renal assintomático maior que 10 mm.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de ecografia urinária ou de Raio X, com data (para cálculos ureterais menores que 10 mm, são necessários dois exames, com no mínimo seis semanas de diferença entre eles);
3. resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo seis meses de diferença entre eles);
4. cor de pele (preta ou não), idade e sexo, informações que podem ser identificadas no sistema de informatização de regulação, quando existente;
5. tratamentos em uso ou já realizados para litíase renal;
6. investigação de causas tratáveis de litíase renal (sim ou não). Se sim, descrever achados nos exames séricos e de eletrólitos da urina de 24 horas;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes - 2014. **Diabetes Care**, New York, v. 37, p. 14-80, jan. 2014. supl. 1.
- BAHN, R. S. et al. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. **Thyroid**, New York, v. 21, n. 6, p. 593-646, 2011.
- BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- 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.
- BENETT, W. M.; KRUSKAL, J. B.; RICHIE, J. P. **Simple and complex renal cysts in adults**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/simple-and-complex-renal-cysts-in-adults>>. Acesso em: 25 maio 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, 2013a.
- _____. 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, 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mar. 2013b. Seção 1. p. 23-24.
- BRENTA, G. B. et al. Diretrizes clínicas práticas para o manejo do hipotireoidismo. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 57, n. 4, p. 265-299, 2013.
- CHAPMAN, A. B.; RAHBARI-OSKOU, F. F.; BENETT, W. M. **Course and treatment of autosomal dominant polycystic kidney disease**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/course-and-treatment-of-autosomal-dominant-polycystic-kidney-disease>>. Acesso em: 25 maio 2015.

COOPER, D. S. et al. Revised American Thyroid Association Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. **Thyroid**, New York, v. 19, n. 11, p. 1167-1213, 2009.

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

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 2.

HOOTON, T. M.; GUPTA, K. **Recurrent urinary tract infection in women**. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/recurrent-urinary-tract-infection-in-women>>. Acesso em: 25 maio 2015.

KAPLAN, N. M., CALHOUN, D. A. **Treatment of resistant hypertension**. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-resistant-hypertension>>. Acesso em: 25 maio 2015.

_____. **Definition, risk factors, and evaluation of resistant hypertension**. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/definition-risk-factors-and-evaluation-of-resistant-hypertension>>. Acesso em: 27 maio 2015.

LEVEY, S. A.; INKER, L. A. **Definition and staging of chronic kidney disease in adults**. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/definition-and-staging-of-chronic-kidney-disease-in-adults>>. Acesso em: 27 maio 2015.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. K/DOQI clinical practice guidelines for the evaluation and management of chronic kidney disease. **Kidney International Supplements, Philadelphia**, v. 3, n. 1, 2013.

NIAUDET, P. **Renal hypoplasia**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/renal-hypoplasia>>. Acesso em: 27 jan. 2014.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na Atenção Primária à Saúde; uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, set. 2009.

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

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.

ROSÁRIO, P. et al. Nódulo de tireoide e câncer diferenciado de tireoide: atualização do consenso brasileiro. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 57, n. 4, p. 240-264, 2013.

ROSS, D. S. **Cystic thyroid nodules**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/cystic-thyroid-nodules>>. Acesso em: 25 maio 2015.

_____. **Diagnostic approach to and treatment of goiter in adults**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/diagnostic-approach-to-and-treatment-of-goiter-in-adults>>. Acesso em 26 maio 2015.

_____. **Diagnostic approach to and treatment of thyroid nodules**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/diagnostic-approach-to-and-treatment-of-thyroid-nodules>>. Acesso em: 25 maio 2015.

_____. **Diagnostic of hyperthyroidism**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-hyperthyroidism>>. Acesso em: 26 maio 2015.

_____. **Treatment of hypothyroidism**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-hypothyroidism>>. Acesso em: 26 maio 2015

ROVIN, B. H. **Assessment of urinary protein excretion and evaluation of isolated non-nephrotic proteinuria in adults**. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/assessment-of-urinary-protein-excretion-and-evaluation-of-isolated-non-nephrotic-proteinuria-in-adults>>. Acesso em: 26 maio 2015.

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., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-and-screening-for-autosomal-dominant-polycystic-kidney-disease>>. Acesso em: 26 maio 2015.

WALD, R. **Urinalysis in the diagnosis of kidney disease**. Waltham (MA): UpToDate Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/urinalysis-in-the-diagnosis-of-kidney-disease>>. Acesso em: 26 maio 2015.

WALLACH, J. B., WILLIAMSON, M. A., SNYDER, M. **Interpretação de exames laboratoriais**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

ANEXO - QUADROS AUXILIARES

Quadro 1 - Exames laboratoriais da função tireoidiana (na ausência de valores de referência estabelecidos pelo laboratório)

Exame	Valor de referência
TSH	0,5 a 4,12 mcUI/ml
T4 total	6,09 a 12,23 mcg/dl
T4 livre	0,58 a 1,64 ng/dl

Fonte: WALLACH (2013) e ATA (2014).

Quadro 2 - Nódulo de tireoide com indicação de PAAF

Nódulo sólido \geq 1 cm.
Nódulo sólido \geq 0,5 cm em paciente de alto risco de malignidade. ¹
Nódulo sólido-cístico \geq 1,5 cm
Nódulo esponjiforme \geq 2 cm
Nódulo \geq 0,5 cm com características ecográficas ² suspeitas e com linfonodo cervical aumentado.
¹ Pacientes de alto risco de malignidade são: pacientes com história pessoal ou em familiares de primeiro grau de câncer de tireoide, radioterapia da linha média ou exposição à radiação ionizante na infância ou adolescência, captação de glicose em PET-TC, mutação em genes associados a câncer medular familiar.
² São características ecográficas de maior risco de malignidade: nódulo hipoecóico, com microcalcificações, com vascularização aumentada (central principalmente), margens infiltrativas, mais alto do que largo na visão transversal.

Fonte: ATA (2014).

Quadro 3 – Sintomas compressivos ou suspeita de malignidade atribuíveis ao bócio

Ortopneia (piora da compressão traqueal ao decúbito dorsal)
Disfagia alta
Rouquidão
Sinais de compressão na radiografia cervical/torácica
Bócio com crescimento rápido
Linfonodos cervicais palpáveis, endurecidos e aderidos.

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

Quadro 4 – Estágios da Doença Renal Crônica

Estágio de Função Renal	Taxa de Filtração Glomerular (mL/min/1,73m ²)
1	> 90 com proteinúria
2	60 a 89 com proteinúria
3a	45 a 59
3b	30 a 44
4	15 a 29
5	< 15 ou em diálise

Fonte: Duncan (2013).



Taxa de Filtração Glomerular

O cálculo da taxa de filtração glomerular pode ser realizado com o aplicativo “Taxa de Filtração Glomerular – CKD-EPI” disponível no site do TelessaúdeRS/UFRGS.

Clique aqui para baixar <<http://www.ufrgs.br/telessauders/nossos-servicos/aplicativos-telessauders-ufrgs/aplicativos-telessauders-ufrgs>>

Quadro 5 - 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
10 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.

Fonte: BARROS (2013).

Quadro 6 – Classificação tomográfica de Bosniak para cistos renais

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
II F	Cistos minimamente complicados que requerem seguimento: Maior nº 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 às paredes ou septos.	90 a 100

Fonte: POMPEO (2006).

Quadro 7 – 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 299 mg	≥ 300 mg
Relação Albuminúria/ Creatinúria (em amostra)	< 30 mg/g	30 a 299 mg/g	≥ 300 mg/g

Fonte: Duncan (2013).

Encaminhar pacientes com Macroalbuminúria, independente da taxa de filtração glomerular. Se TFG entre 30 e 60 ml/min/1,73m², encaminhar pacientes com Microalbuminúria (exceto diabéticos, que devem ser encaminhados somente se apresentarem Macroalbuminúria)

Quadro 8 – Alterações anatômicas que provocam lesão ou perda da função renal.

Doença Policística Renal (ver quadro 5)
Estenose de Artéria Renal
Assimetria Renal sem causa estabelecida (diferença de 1,5 cm entre os rins)

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

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

Quadro 9 – Características que sugerem hipertensão secundária

Suspeita Clínica	Alteração
	Hipertensão grave ou com lesão em órgão alvo de evolução rápida ou resistente ao tratamento (mal 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 10mmHg 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	Face em “lua cheia”, “corcova” dorsal, estrias purpúricas, obesidade central.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

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.

Quadro 10 – 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 profilaxia, deve-se solicitar urocultura para confirmar erradicação de ITU prévia.

Escolha do antibiótico baseada em antibiograma prévio:
 Sulfametoxazol + Trimetoprima (1 comprimido de 200 mg/40mg); ou
 Nitrofurantoína (1 comprimido de 50 a 100 mg); ou
 Cefalexina (1 comprimido de 250 mg); ou
 Norfloxacino (1 comprimido de 400 mg).

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

Quadro 11 – 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).

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
para esclarecer dúvidas ligue:

0800 644 6543