

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ESPECIALIDADES

Caderno de Nefrologia

FICHA TÉCNICA

Elaboração técnica:

Alexandre Duarte da Silva Enfermeiro COREN-SP 511.174 Coordenador Regulação Eletiva	Reinaldo Jose Gianini Médico CRM/SP 37.579 Médico C.R.E.D.A.C.
Erinéia Maria de Moraes Lobo Médica CRM/SP 48.965 RQE Nefrologia 41.257 Médica – Policlínica Municipal	Tatchia Puertas Garcia Poles Médica CRM/SP 116.614 RQE Medicina de Família e Comunidade 143.581 Coordenadora Técnica C.R.E.D.A.C.
Hellora Grillo Junqueira Médica CRM/SP 175.026 RQE Radiologia 79.307 Médica – Policlínica Municipal	Thassia Puertas Garcia Médica CRM/SP 140.564 RQE Pediatria 48.448 Coordenadora Técnica Atenção Primária
Paulo Roberto de Abreu Sampaio Médico CRM/SP 109.073 Médico – Núcleo de Políticas de Saúde	Vanderson Farley Brito dos Santos Enfermeiro COREN-SP 141.348 Assessor de Planejamento SES – Atenção Primária
Priscila Renata Feliciano Médica CRM/SP 150.339 RQE Pediatria 83.005 e Alergia e Imunologia 82.915 Coordenadora Técnica	Vanessa Antunes Marciano Enfermeira COREN-SP 93.110 Assessora de Planejamento SES – Núcleo de Políticas de Saúde

Revisão técnica:

Ana Flávia Guimarães Moura
Terapeuta Ocupacional CREFITO3 13017-TO
Supervisora Educação em Saúde

Camila Cruz
Fisioterapeuta CREFITO-SP 68.713F
Supervisora Saúde Digital

Giovana de Góes Muknicka
Farmacêutica CRF-SP 69.387 RQE Farmácia Clínica 17057-76
Supervisora Núcleo de Políticas de Saúde

Jéssica Daniela Pacheco Flumignan Diniz
Cirurgiã-Dentista CRO/SP 69.001
Coordenadora Técnica Saúde Bucal

José Manoel Amadio Guerrero
Médico CRM/SP 69.929 RQE Clínica Médica 62.131
Médico – Núcleo de Políticas de Saúde

Aprovação:

João Pedro Arruda Fraletti Miguel – **Secretário Municipal de Saúde**

Versão: 1.0-Abril/2026

Previsão de revisão: Abril/2028

Número do processo SEI:

Ficha Catalográfica:

Sorocaba (Município). Secretaria da Saúde.
Protocolo municipal de especialidades: caderno de nefrologia / Secretaria da Saúde de Sorocaba. –
Sorocaba: Secretaria da Saúde, 2026.

34p. : il. ; 29 cm.

Inclui bibliografia e apêndices.

1. Nefrologia. 2. Doença renal crônica. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Regulação em saúde. 5.
Protocolos clínicos 6. Sorocaba (SP).

I. Título. II. Secretaria da Saúde de Sorocaba.

CDD: 616.61

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	5
1. INTRODUÇÃO.....	6
2. OBJETIVOS.....	7
2.1 Objetivo Geral.....	7
2.2 Objetivos Específicos.....	7
3. PÚBLICO-ALVO.....	7
4. SIGLAS E DEFINIÇÕES.....	8
5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E TÉCNICA.....	9
6. PATOLOGIAS.....	10
6.1 Doença Renal Crônica (DRC).....	10
6.1.1 Critérios de encaminhamento para a NEFROLOGIA.....	11
6.1.1.1 Estágios da DRC de acordo com a TFG – Taxa de filtração glomerular calculada pela fórmula CKD-Epi.....	12
6.1.1.2 Alterações anatômicas associadas à lesão ou perda da função renal.....	12
6.1.2 Critério de encaminhamento para a UROLOGIA.....	13
6.1.3 Critérios de encaminhamento para a U/E (Urgência/Emergência).....	13
6.1.4 Conteúdo descritivo mínimo exigido para encaminhamento:.....	13
6.2 Proteinúria.....	14
6.2.1 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Nefrologia:.....	14
6.2.1.1 Diagnóstico de síndrome nefrótica e síndrome nefrítica.....	14
6.2.1.2 Valores de referência para albuminúria e proteinúria e relação entre suas categorias.....	14
6.2.2 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para U/E.....	15
6.2.3 Conteúdo descritivo mínimo exigido para encaminhamento:.....	15
6.3 Infecção Do Trato Urinário (ITU) Recorrente.....	16
6.3.1 Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para NEFROLOGIA.....	16
6.3.2 Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para UROLOGIA.....	16
6.3.3 Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para GINECOLOGIA.....	16
6.3.4 Conteúdo descritivo mínimo exigido para encaminhamento:.....	16
6.4 Litíase Renal.....	17
6.4.1 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para NEFROLOGIA.....	17
6.4.1.1 Avaliação metabólica de cálculos renais.....	17

6.4.2 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para UROLOGIA.....	17
6.4.3 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para U/E.....	18
6.4.4 Conteúdo descritivo mínimo exigido para encaminhamento.....	18
6.5. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).....	19
6.5.1 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para NEFROLOGIA.....	19
6.5.2 Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para NEFROLOGIA ou CARDIOLOGIA.....	20
6.5.3 Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para CARDIOLOGIA ou ENDOCRINOLOGIA.....	20
6.5.4 Conteúdo descritivo mínimo exigido no encaminhamento:.....	21
6.6 Massas, Cistos ou Doença Policística Renal.....	22
6.6.1 Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para Nefrologia.....	22
6.6.1.1 Suspeita de doença policística renal.....	22
6.6.2 Condições clínicas que indicam a necessidade de tomografia computadorizada (TC) DE ABDOME COM CONTRASTE.....	22
6.6.3 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para UROLOGIA.....	23
6.6.4 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ONCOLOGIA, CIRURGIA ou UROLOGIA.....	24
6.6.5 Conteúdo descritivo mínimo exigido no encaminhamento:.....	24
6.7 Hematúria.....	25
6.7.1 Investigação de hematúria.....	26
6.7.2 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para NEFROLOGIA.....	27
6.7.3 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para UROLOGIA.....	27
6.7.4 Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para U/E.....	28
6.7.5 Conteúdo descritivo mínimo exigido no encaminhamento:.....	28
7. FLUXO ASSISTENCIAL E PRIORIZAÇÃO.....	29
7.1 Priorização.....	29
7.2 Classificação de Prioridade Conforme Condição Clínica.....	30
10. REFERÊNCIAS.....	31
11. APÊNDICES.....	32
11.1 Apêndice 1 – Máscara de Encaminhamento no PEC.....	32
12. VIGÊNCIA E REVISÃO.....	33

APRESENTAÇÃO

O presente Protocolo Municipal de Especialidades Caderno de Nefrologia do Município de Sorocaba estabelece diretrizes para a organização, qualificação e regulação do acesso às ações assistenciais no âmbito da Rede de Atenção à Saúde, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A proposta visa padronizar os critérios clínicos e operacionais para o encaminhamento de usuários com suspeita ou confirmação de agravos nefrológicos, fortalecendo o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede, além de qualificar a interface com a Atenção Especializada.

O protocolo orienta os profissionais de saúde quanto aos critérios de encaminhamento, classificação de risco, fluxos assistenciais e conteúdo mínimo das solicitações, garantindo maior consistência das informações encaminhadas à regulação, rastreabilidade dos processos e qualificação da tomada de decisão no âmbito da Central de Regulação Eletiva (CREDAC).

Sua implementação contribui para a melhoria da resolutividade da APS, redução de encaminhamentos inadequados, priorização adequada dos casos conforme risco clínico, otimização do uso dos recursos assistenciais e fortalecimento da equidade no acesso aos serviços especializados.

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se caracteriza como porta de entrada primordial aos serviços de saúde do SUS, como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários e cumpre papel estratégico nas Redes de Atenção à Saúde, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade.

É importante que a APS seja altamente resolutiva, o que depende, dentre tantos fatores, da capacidade clínica, da coordenação dos cuidados das equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da APS com outros pontos das Redes de Atenção à Saúde.

O Serviço Especializado (ou secundário) é marcado por diferentes estreitamentos no que se refere ao seu acesso, em especial, no dimensionamento e organização das ofertas em função dos encaminhamentos da APS.

Para que estes desafios sejam superados, é preciso organizar estratégias que impactem na APS, nos processos de regulação do acesso desde os serviços solicitantes até a Central de Regulação Eletiva e Divisão de Avaliação e Controle (CREDAC), bem como na organização da Atenção Especializada.

A Regulação da Assistência à Saúde visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos em saúde em tempo oportuno.

No entanto, são necessárias informações clínicas mínimas que permitam determinar as necessidades. O desenvolvimento de protocolos para o encaminhamento a consulta especializada e exames solicitados, facilita a ação da Regulação e colabora com uma melhor qualificação das indicações/solicitações médicas e ordenação dos recursos.

A atualização deste Protocolo é mais uma estratégia para ampliar a resolutividade, equalizar as demandas e melhorar a assistência à saúde da população.

Por fim, tendo como objetivo essencial o melhor uso dos recursos em saúde, além de impedir deslocamentos desnecessários, trazendo eficiência e equidade à gestão da demanda em espera.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Estabelecer diretrizes para a organização, padronização e qualificação do encaminhamento de usuários com condições nefrológicas no âmbito da Rede de Atenção à Saúde do Município de Sorocaba, promovendo acesso oportuno, equânime e resolutivo à Atenção Especializada.

2.2 Objetivos Específicos

- Padronizar os critérios clínicos para encaminhamento à especialidade de Nefrologia;
- Qualificar as solicitações encaminhadas à Central de Regulação Eletiva (CREDAC), assegurando informações clínicas mínimas adequadas;
- Apoiar a tomada de decisão dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) quanto ao manejo e necessidade de encaminhamento;
- Estabelecer critérios de priorização com base no risco clínico e na gravidade das condições;
- Reduzir encaminhamentos inadequados ou desnecessários à Atenção Especializada;
- Otimizar a utilização dos recursos assistenciais disponíveis no município;
- Fortalecer a coordenação do cuidado e a integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde.

3. PÚBLICO-ALVO

Este protocolo se destina aos profissionais e serviços envolvidos no cuidado aos usuários no âmbito da Rede Municipal de Atenção à Saúde de Sorocaba, especialmente:

- Médicos e equipes multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde (APS);
- Profissionais responsáveis pela regulação do acesso, no âmbito da Central de Regulação Eletiva (CREDAC);
- Profissionais dos serviços de Atenção Especializada, incluindo a especialidade de Nefrologia;
- Gestores e apoiadores institucionais envolvidos na organização e monitoramento da rede assistencial.

4. SIGLAS E DEFINIÇÕES

Sigla	Definição
APS	Atenção Primária à Saúde – nível de atenção responsável pela coordenação do cuidado e ordenação da rede de serviços
SUS	Sistema Único de Saúde – sistema público de saúde brasileiro, universal e gratuito
CREDAC	Central de Regulação Eletiva e Divisão de Avaliação e Controle – responsável pela regulação do acesso a consultas e procedimentos especializados
DRC	Doença Renal Crônica – condição caracterizada por alterações estruturais ou funcionais dos rins por período ≥ 3 meses
TFG	Taxa de Filtração Glomerular – medida da função renal, estimada a partir da creatinina sérica, idade e sexo
IRA	Injúria Renal Aguda – redução abrupta da função renal, com potencial de reversibilidade
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica – condição clínica caracterizada por elevação persistente da pressão arterial
ITU	Infecção do Trato Urinário – infecção que acomete qualquer parte do sistema urinário
EAS	Exame de Urina Tipo 1 – exame laboratorial utilizado para avaliação inicial de alterações urinárias
EQU	Exame Qualitativo de Urina – avaliação qualitativa de componentes da urina
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão – sistema informatizado para registro das informações clínicas na APS
U/E	Urgência e Emergência – nível de atenção destinado ao atendimento de condições agudas com risco imediato ou potencial
P0	Classificação de prioridade para casos de urgência/emergência, com necessidade de atendimento imediato
P1	Classificação de prioridade para casos que demandam atendimento especializado em curto prazo
P2	Classificação de prioridade para casos eletivos com necessidade de acompanhamento especializado
P3	Classificação de prioridade para casos não prioritários, passíveis de acompanhamento inicial na APS

5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E TÉCNICA

O presente protocolo foi elaborado com base em diretrizes técnico-científicas reconhecidas nacional e internacionalmente, com o objetivo de assegurar a qualidade, segurança e efetividade do cuidado em saúde. Para sua construção, foram consideradas recomendações de sociedades científicas, protocolos assistenciais e publicações institucionais, com destaque para os Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada do Ministério da Saúde, as diretrizes e recomendações da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), os protocolos de regulação ambulatorial de instituições públicas de saúde, bem como evidências científicas atualizadas relacionadas ao diagnóstico, à estratificação de risco e ao manejo das principais condições nefrológicas nos diferentes níveis de atenção.

Adicionalmente, a elaboração deste documento considerou a organização da Rede Municipal de Atenção à Saúde, o perfil epidemiológico da população e a capacidade instalada dos serviços, de modo a garantir sua aplicabilidade prática e alinhamento às necessidades assistenciais do município.

No âmbito legal, este protocolo está fundamentado nos dispositivos normativos que regem a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e a prestação da assistência à saúde no setor público, incluindo a Constituição Federal de 1988, que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado; a Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e organiza o SUS; a Lei nº 8.142/1990, que trata da participação da comunidade na gestão do sistema e das transferências intergovernamentais de recursos; a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que define a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede; as Diretrizes Nacionais de Regulação do Acesso à Assistência à Saúde, que orientam a organização dos fluxos assistenciais e a priorização do acesso com base em critérios clínicos; além de normativas e diretrizes estaduais e municipais relacionadas à organização da rede assistencial e aos processos de regulação do acesso.

6. PATOLOGIAS

6.1 Doença Renal Crônica (DRC)

A doença renal crônica (DRC) é uma condição de perda lenta e progressiva das funções dos rins, que não são capazes de filtrar o sangue e eliminar toxinas do organismo. Caracteriza-se por lesões renais ou uma taxa de filtração glomerular (TFG)* abaixo do normal, que persistem por mais de três meses (KDIGO, 2012).

A doença renal é um problema de saúde pública que acomete milhares de pessoas no Brasil e no mundo. Atualmente, estima-se que 850 milhões de pessoas em todo o mundo sofram de doença renal, decorrente de diversas causas. A doença renal crônica (DRC) é responsável por pelo menos 2,4 milhões de mortes por ano, apresentando uma taxa de mortalidade em constante crescimento. A DRC é uma doença silenciosa, sem sintomas nos estágios iniciais, mas pode levar à insuficiência renal terminal e necessidade de diálise ou transplante (INTERNATIONAL SOCIETY OF NEPHROLOGY, 2019; GBD, 2019).

Com base em dados mais recentes do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Nefrologia e literatura científica internacional, apresenta-se a seguir a lista das principais causas de insuficiência renal crônica (DRC), organizadas por prevalência e importância clínica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2023; KDIGO, 2012).

Tabela 1: Principais causas de Doença Renal Crônica (DRC)

CAUSA	PREVALÊNCIA	COMENTÁRIOS CLÍNICOS
Diabetes Mellitus	~40% dos casos	Principal causa isolada; dano microvascular progressivo
Hipertensão Arterial	~30% dos casos	Lesão crônica por hiperfiltração e esclerose glomerular
Glomerulonefrites	~10–15%	Inclui formas autoimunes e pós-infecciosas
Doença renal policística	~5–10%	Hereditária; causa comum em adultos jovens
Nefropatia obstrutiva	~5%	Hiperplasia prostática, cálculos, malformações
Nefropatia por medicamentos	~3–5%	AINEs, lítio, antibióticos, contraste iodado
Infecções urinárias recorrentes	~2–3%	Pielonefrite crônica pode levar à perda funcional
Doenças sistêmicas	<2%	Lúpus, vasculites, síndrome de Sjögren

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo Brasileiro de Diálise (últimas edições disponíveis); KDIGO – Kidney Disease: Improving Global Outcomes; e literatura científica internacional sobre epidemiologia da Doença Renal Crônica.

Outro importante fator de risco para o desenvolvimento de DRC é a injúria renal aguda (IRA). A injúria renal aguda (IRA) é uma síndrome que causa uma deterioração súbita da função dos rins, levando a uma queda rápida na capacidade de filtrar o sangue, em um período de horas a dias, o que pode resultar no acúmulo de toxinas e desequilíbrios nos fluidos e eletrólitos do corpo. As causas são variadas e podem incluir problemas pré-renais (como falta de fluxo sanguíneo para os rins), renais intrínsecos (afetando o próprio rim) ou pós-renais (bloqueando o fluxo de urina). Essas causas incluem uso inadequado de medicações, cirurgias, infecções graves, e condições agudas de doenças cardíacas e hepáticas (KDIGO, 2012).

A IRA é uma condição séria que pode levar a complicações graves e está associada a altas taxas de mortalidade. Estima-se que a IRA afeta mais de 13 milhões de pessoas globalmente, sendo que 85% dos casos ocorrem em países de baixa e média renda. Além disso, estima-se que cerca de 1,7 milhão de pessoas morram anualmente em decorrência da IRA em todo o mundo (INTERNATIONAL SOCIETY OF NEPHROLOGY, 2019). Os casos de IRA devem ser encaminhados para os serviços de Urgência e Emergência do município.

**A taxa de filtração glomerular (TFG) é uma estimativa da função renal que mede a quantidade de sangue filtrada pelos rins por minuto, usando uma fórmula baseada na creatinina sérica, idade e sexo do indivíduo (equação CKD-EPI 2021). A TFG é essencial para diagnosticar, classificar (estadiar) e monitorar a progressão da doença renal crônica (DRC). Essa fórmula está disponível em calculadoras online, como as oferecidas pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) e outras instituições de saúde (KDIGO, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2021).*

6.1.1 Critérios de encaminhamento para a NEFROLOGIA

- DRC e Taxa de Filtração Glomerular (TFG) < 30 mL/min/1,73m² (estágio 4 e 5); P1
- DRC e TFG < 45 mL/min/1.73m² (DRC estágio 3b, 4 e 5) com complicações associadas à doença renal crônica e não atribuíveis a outra etiologia (anemia refratária, hipercalemia refratária¹, hiperfosfatemia, hipocalcemia, hiperparatireoidismo, hipertensão resistente); P1

- Perda rápida da função renal (> 5 /min/1,73 m² em seis meses, com uma TFG < 60 / min/1,73 m², confirmado em dois exames); P1
- Presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários); P1
- Alterações anatômicas (como estenose de artéria renal, assimetria renal ou suspeita de doença policística renal) que provoquem lesão ou perda de função renal. P1

6.1.1.1 Estágios da DRC de acordo com a TFG – Taxa de filtração glomerular calculada pela fórmula CKD-Epi

Tabela 2: Estadiamento da Doença Renal Crônica segundo a TFG

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

***Nota:** DRC é definida por anormalidades estruturais ou funcionais que persistem por mais de 3 meses, com repercussões sobre a saúde. Os estágios 1 e 2 não são considerados DRC na ausência de marcadores de dano renal, como proteinúria, alterações do sedimento urinário, distúrbios eletrolíticos decorrentes de doenças tubulares, alterações estruturais ou patológicas do rim, ou histórico de transplante renal.

Fonte: Telessaúde-RS/UFRGS (2023), adaptado de KDIGO (2012).

6.1.1.2 Alterações anatômicas associadas à lesão ou perda da função renal

Alterações anatômicas
Doença Policística Renal
Estenose de artéria renal
Assimetria renal (diferença de 1,5 cm entre os rins)
Rim único (em pessoas de alto risco para perda de função renal, como HAS, diabetes, litíase com história de obstrução, síndrome nefrítica/nefrótica, relato de rim vicariante, proteinúria)

***Nota:** Alterações como hidronefrose, cisto simples que produz obstrução e massas renais ou tumores devem ser avaliadas inicialmente pela Urologia.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

6.1.2 Critério de encaminhamento para a UROLOGIA

- Alterações ecográficas (hidronefrose, cisto simples que produz obstrução e massas renais ou tumores) que sugerem lesão ou provocam perda da função renal.

6.1.3 Critérios de encaminhamento para a U/E (Urgência/Emergência)

- Doença renal crônica e indicação de terapia dialítica de urgência;
- Sobrecarga de volume refratária ao tratamento clínico; ou
- Sinais ou sintomas de hipercalemia (anormalidades de condução cardíaca ou fraqueza muscular) ou hipercalemia grave (potássio > 6,5 mEq/L); ou
- Sinais de uremia (pericardite, náuseas, vômitos, encefalopatia ou declínio inexplicável do estado mental); ou
- Intoxicação aguda por álcool e/ou drogas.

6.1.4 Conteúdo descritivo mínimo exigido para encaminhamento:

- **Creatinina sérica e TFG:** apresentar o resultado com a data da realização. Em caso de suspeita de perda rápida de função renal, incluir dois resultados realizados com um intervalo mínimo de 12 meses entre eles.
- **Relação albuminúria/creatininúria ou proteinúria/creatininúria:** apresentar o resultado em amostra isolada ou de albuminúria/proteinúria em 24 horas. Especificar o tipo de exame realizado e a data correspondente.
- **Exame de urina:** incluir o resultado do Exame Qualitativo de Urina (EQU) ou Exame de Urina Tipo 1 (EAS), com a respectiva data.
- **Ecografia de vias urinárias:** anexar o laudo do exame, preferencialmente. Caso não seja possível anexar, descrever na íntegra os resultados obtidos, informando a data de realização.

6.2 Proteinúria

6.2.1 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Nefrologia:

- Síndrome nefrótica ou nefrítica, após avaliação em serviço emergência (quando indicado); P1
- Proteinúria a nível nefrótico ($> 3,5$ g/24h); P1
- Proteinúria associada à hematúria ou à presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários); P1
- Albuminúria ou proteinúria moderadamente ou gravemente aumentada, confirmada em 2 exames, com intervalo de 2 a 4 semanas, sem causa identificada na APS. P1

6.2.1.1 Diagnóstico de síndrome nefrótica e síndrome nefrítica

Síndrome Nefrótica	Síndrome Nefrítica
Inclui todos abaixo: • Proteinúria $> 3,5$ g/24h • Edema periférico • Albumina sérica $< 2,5$ a $3,0$ g/L Pode haver: • Hiperlipidemia e lipidúria • Hipercoagulabilidade (risco de eventos tromboembólicos) • Risco de infecção • Insuficiência renal aguda • Hipovolemia	• Proteinúria (qualquer nível, geralmente $< 3,5$ g/24h) • Perda de função renal/azotemia • Hipertensão arterial • Diminuição do débito urinário • Hematúria macroscópica ou microscópica

Fonte: Telessaúde-RS/UFRGS (2023), adaptado de Kelepouris e Bovin (2022), Dynamed (2018).

6.2.1.2 Valores de referência para albuminúria e proteinúria e relação entre suas categorias

Tabela 3: Classificação da albuminúria e proteinúria segundo níveis de excreção

Exame	Normal ou levemente aumentada	Moderadamente aumentada	Gravemente aumentada
Albuminúria 24 horas	< 30 mg	30 a 300 mg	> 300 mg
Relação albuminúria/creatininúria	< 30 mg/g	30 a 300 mg/g	> 300 mg/g
Proteinúria 24 horas	< 150 mg	150 a 500 mg	> 500 mg
Relação proteinúria/creatininúria	< 150 mg/g	150 a 500 mg/g	> 500 mg/g

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de KDIGO (2012).

6.2.2 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para U/E

Síndrome nefrótica ou nefrítica com:

- Sobrecarga de volume refratária ao tratamento clínico; ou
- Sinais ou sintomas de hipercalemia (anormalidades de condução cardíaca ou fraqueza muscular) ou hipercalemia grave (potássio > 6,5 mEq/L); ou
- Sinais de uremia (pericardite, náuseas, vômitos, encefalopatia ou um declínio inexplicável do estado mental); ou
- Suspeita de lesão renal aguda;
- Proteinúria associada a elevação aguda de níveis pressóricos, com pressão arterial sistólica > 180 mmHg e/ou diastólica > 100 mmHg, ou aumento rápido dos níveis tensionais com sintomas sugestivos de emergência hipertensiva.

6.2.3 Conteúdo descritivo mínimo exigido para encaminhamento:

- **Relação albuminúria/creatininúria ou proteinúria/creatininúria:** apresentar o resultado em amostra isolada, ou de albuminúria/proteinúria em 24 horas. Especificar o tipo de exame realizado e a data. Quando indicado, incluir dois resultados dos exames e informar o intervalo entre eles.
- **Exame de urina:** resultado do Exame Qualitativo de Urina (EQU) ou Exame de Urina Tipo 1 (EAS), com a respectiva data.
- **Creatinina sérica e TFG:** apresentar o resultado com a data da realização.
- **Comorbidades:** listar condições associadas, como diabetes mellitus e hipertensão.
- **Medicações em uso:** detalhar os medicamentos prescritos, incluindo dose, posologia e avaliação clínica da adesão ao tratamento.
- **Ecografia de vias urinárias:** anexar o laudo do exame, preferencialmente. Caso não seja possível, descrever na íntegra os resultados obtidos, informando a data de realização (se realizado).

6.3 Infecção Do Trato Urinário (ITU) Recorrente

6.3.1 Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para NEFROLOGIA

- ITU recorrente (dois ou mais episódios no período de 6 meses ou três ou mais em um ano) mesmo com profilaxia adequada por 6 meses e manejo clínico otimizado¹, após exclusão de causas anatômicas urológicas ou ginecológicas. P2

6.3.2 Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para UROLOGIA

- Alteração anatômica ou neurológica no trato urinário que provoque ITU recorrente.

6.3.3 Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para GINECOLOGIA

- Alteração anatômica ginecológica que provoque ITU recorrente.

6.3.4 Conteúdo descritivo mínimo exigido para encaminhamento:

- **Número de infecções urinárias:** Informar a quantidade de episódios nos últimos **6 ou 12 meses**.
- **Resultado de creatinina sérica e TFG:** Apresentar o valor e a data do exame.
- **Exame de imagem:**
 - Anexar o laudo de ecografia de vias urinárias, preferencialmente.
 - Caso não seja possível, descrever os resultados completos, incluindo a data do exame (se realizado).
- **Profilaxia para infecção urinária recorrente:**
 - Indicar se foi realizada e descrever como foi feita, incluindo o medicamento utilizado, dose e posologia.
- **Alterações anatômicas em mulheres:**
 - Informar se há alterações como cistocele, retocele ou prolapso uterino.

6.4 Litíase Renal

6.4.1 Condições clínicas que indicam 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 fazer a avaliação metabólica dos cálculos renais, quando indicado, com exame de eletrólitos na urina de 24 horas e exames séricos.

6.4.1.1 Avaliação metabólica de cálculos renais

Exames e parâmetros recomendados
Análise da composição do cálculo
Exame qualitativo de urina (EQU/EAS/urina tipo I)
Dosagem sérica de: • Sódio, potássio, cloro e bicarbonato • Creatinina • Cálcio total e albumina • Fósforo • Ácido úrico • 25-hidroxivitamina D • TSH • PTH, se: ◦ Cálcio sérico elevado ou no limite médio-superior da normalidade associado a fósforo sérico abaixo do valor médio do intervalo normal; ou ◦ Cálcio urinário elevado ou no limite médio-superior da normalidade
Dosagem em urina de 24 horas (em duas ocasiões distintas): • Cálcio, ácido úrico, oxalato, fósforo, cistina, citrato, sódio e creatinina

Nota: A avaliação metabólica dos cálculos renais é indicada quando houver dois ou mais episódios de litíase renal sintomática, múltiplos cálculos na primeira apresentação ou em pacientes com história familiar fortemente positiva de litíase renal.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Schafer (2018).

6.4.2 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para UROLOGIA

- Cálculo ureteral maior que 10 mm;
- Cálculo ureteral ≤ 10 mm que não foi eliminado após 4 semanas de tratamento clínico;
- Cálculo renal sintomático (episódios recorrentes de dor – após exclusão de outras causas de dor lombar, hematúria ou infecção de trato urinário);
- Cálculo renal assintomático maior que 10 mm;
- Cálculo renal coraliforme, de qualquer tamanho;
- Cálculo vesical.

6.4.3 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para U/E

- Litíase renal com obstrução de trato urinário provocando hidronefrose, sepse urinária e/ou dor incontrolável com tratamento clínico otimizado na APS.

6.4.4 Conteúdo descritivo mínimo exigido para encaminhamento

- **Sinais e sintomas:** Descrever de forma clara e objetiva.
- **Exames de imagem:**
 - Anexar o laudo de tomografia de abdome sem contraste, ecografia urinária ou radiografia, preferencialmente.
 - Caso não seja possível anexar, descrever na íntegra os resultados, com a data do exame.
 - Para cálculos menores ou iguais a 10 mm, é necessário apresentar **dois exames** realizados com um intervalo mínimo de **4 semanas** entre eles.
- **Resultado de creatinina sérica e TFG:** Informar o valor e a data do exame.
- **Tratamentos para litíase renal:** Detalhar os tratamentos em uso ou já realizados.
 - **Investigação de causas tratáveis de litíase renal:**
 - Indicar **sim** ou **não**.
 - Em caso afirmativo, descrever os achados nos exames séricos e na análise de eletrólitos da urina de 24 horas.

6.5. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

6.5.1 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para NEFROLOGIA

- Suspeita de hipertensão secundária à provável doença renovascular ou doença do parênquima renal; P2
- Deve-se suspeitar de Hipertensão Secundária se houver Hipertensão Arterial Sistêmica grave ou com lesão em órgão-alvo de evolução rápida ou resistente ao tratamento (mal controle pressórico a despeito de uso adequado de quatro medicamentos anti-hipertensivos de classes diferentes, incluindo uso de diurético); P2
- Elevação súbita persistente da pressão em pessoas com idade superior a 50 anos; P2
- Início antes dos 30 anos em pessoas sem fatores de risco (obesidade, história familiar). P2

Tabela 4: Principais causas de hipertensão arterial secundária: suspeita clínica, sinais e sintomas e exames iniciais

Suspeita clínica (prevalência)	Sinais e sintomas	Exames complementares iniciais
Vasculares		
Doença renovascular (5–34%)	Sopro abdominal; HAS resistente com início após 50 anos ou antes dos 30 anos; piora da função renal com uso de IECA ou BRA; assimetria renal não explicável por outra etiologia; edema pulmonar súbito	Creatinina, potássio; ecodoppler de artérias renais; angiotomografia de artérias renais
Coarctação de aorta (<1%)	Assimetria pressórica e de pulsos (membros inferiores)	Ecocardiograma; angiotomografia de aorta torácica e abdominal
Endocrinológicas		
Hiperaldosteronismo primário (8–20%)	Hipocalcemia; sintomas neuromusculares (fraqueza, câimbras)	Potássio sérico; atividade da renina plasmática; aldosterona plasmática; ecografia de abdome superior; tomografia de abdome superior com contraste
Feocromocitoma (<1%)	Elevações paroxísticas da pressão arterial associadas a cefaleia, palpitações e sudorese	Metanefrinas fracionadas e totais em urina de 24h
Hipertireoidismo (<1%)	Aumento predominante da pressão sistólica; taquicardia/arritmias; miopatia; sudorese; calor; diarreia; emagrecimento	TSH; T4 livre

Suspeita clínica (prevalência)	Sinais e sintomas	Exames complementares iniciais
Hipotireoidismo (<1%)	Aumento predominante da pressão diastólica; bradicardia; xerodermia; ganho de peso; edema; bradipsiquismo/depressão	TSH; T4 livre
Hiperparatireoidismo (<1%)	Hipercalemia; constipação; fadiga; fraqueza muscular; alterações no sensorio	Cálcio sérico; PTH
Síndrome de Cushing (<0,1%)	Fácies cushingoide; obesidade central; fraqueza muscular proximal; hirsutismo; equimoses	Cortisol urinário de 24h; cortisol sérico às 8h da manhã após dexametasona 1 mg via oral às 23h na noite anterior
Outras		
Síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (25–50%)	Roncos e apneias noturnas; sonolência diurna; obesidade	Questionário de Berlim; questionário de Epworth; polissonografia
Exógena (2–4%)	Medicações: contraceptivos, corticoides, anti-inflamatórios não esteroidais, imunossupressores, simpatomiméticos, androgênios, inibidores da MAO, antipsicóticos atípicos (clozapina, olanzapina), antineoplásicos antiangiogênicos; hábitos: tabagismo, etilismo, drogadição, cafeína ou xantinas	–
Doença renal crônica (1–2%)	Noctúria; hematúria; edema; história familiar de doença renal policística; infecções urinárias de repetição; uropatia obstrutiva	Creatinina; exame qualitativo de urina; creatininúria e proteinúria em amostra; ecografia de vias urinárias

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Whelton et al. (2018).

6.5.2 Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para NEFROLOGIA ou CARDIOLOGIA

- Hipertensão mal controlada (fora do alvo terapêutico) com no mínimo quatro medicações anti-hipertensivas em dose plena em paciente com doença renal crônica e taxa de filtração glomerular < 60 mL/min/1,73m²(estágio 3, 4 e 5), após otimizar adesão ao tratamento. P2

6.5.3 Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para CARDIOLOGIA ou ENDOCRINOLOGIA

- Suspeita de hipertensão secundária.

6.5.4 Conteúdo descritivo mínimo exigido no encaminhamento:

- **Sinais e sintomas:** Descrever de forma clara e objetiva.
- **Medicações em uso:** Informar os medicamentos utilizados, incluindo a dose, a posologia e a avaliação clínica da adesão ao tratamento.
- **Pressão arterial:** Registrar duas medidas realizadas em dias diferentes.
- **Resultado de creatinina sérica e TFG:** Informar o valor e a data do exame.
- **Alterações em exames laboratoriais:** Descrever quaisquer alterações identificadas, com a data dos exames (se realizados).
- **Exames de imagem:**
 - Anexar o laudo, preferencialmente.
 - Caso não seja possível, descrever os resultados completos, incluindo a data do exame (se realizado).

6.6 Massas, Cistos ou Doença Policística Renal

Os cistos renais são estruturas circulares de paredes lisas, repletas de líquido, formadas pela evaginação focal dos túbulos renais. A patogenia da formação dos cistos não foi totalmente elucidada.

Pacientes com queixas de hematúria macroscópica, história familiar de cistos renais, presença de cistos em outros órgãos como: pâncreas, baço, fígado, pode-se suspeitar de doença renal policística.

6.6.1 Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para Nefrologia

- Suspeita de doença policística renal. P1

6.6.1.1 Suspeita de doença policística renal

Critérios de história familiar para doença renal policística
História familiar positiva é definida por: • 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 é definida por: • 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: Fochesatto e Barros (2013).

6.6.2 Condições clínicas que indicam a necessidade de tomografia computadorizada (TC) DE ABDOME COM CONTRASTE

- Cisto complexo (achados ecográficos como paredes espessas e irregulares, septações, calcificações);
- Cisto com classificação de Bosniak 2F, para seguimento com novo exame em 6 e 12 meses e depois anualmente por 5 anos.

Tabela 5: Classificação de Bosniak para cistos renais: descrição, risco de malignidade e manejo

Categoria	Descrição	Risco de malignidade (%)	Manejo
I	Cistos simples: conteúdo hipoatenuante homogêneo de 0 a 20 UH, contornos regulares. Ausência de calcificações, espessamentos parietais, septações ou realce pelo contraste.	0	Nenhuma avaliação complementar é necessária. Não há necessidade de repetir exame de imagem.
II	Cistos minimamente complicados: septações finas (< 1 mm), pequenas calcificações lineares parietais ou septais, cistos hiperdensos (> 20 UH) menores que 3 cm, sem realce pelo contraste.	Próximo a 0	Se não for possível diferenciar entre I e II F, considerar seguimento como cisto IIF.
IIF	Cistos minimamente complicados que requerem seguimento: maior número de septações finas, septos ou paredes minimamente espessadas, porém regulares, calcificações espessas ou nodulares, cistos hiperdensos intra-renais ≥ 3 cm.	5	Devem ser monitorados com TC de abdome com contraste em 6 meses e 12 meses, e após anualmente por 5 anos. Se houver mudança morfológica, indicar encaminhamento conforme nova classificação.
III	Cistos indeterminados: espessamento parietal ou septações espessas e irregulares, com realce pelo contraste, com ou sem calcificações.	45 a 60	Em caso de dúvida, se IIF ou III, realizar ressonância magnética. Encaminhar para Oncologia/Cirurgia/Urologia.
IV	Neoplasias císticas: espessamento parietal ou septal grosseiro e nodular, tecido sólido junto às paredes ou septos.	90 a 100	Encaminhar para Oncologia/Cirurgia/Urologia.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado da Sociedade Brasileira de Urologia (2006).

6.6.3 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para UROLOGIA

- Cisto simples sintomáticos (dor lombar – após exclusão de outras causas de dor, hematúria persistente, obstrução de via urinária);
- Cisto complexo (achados ecográficos como paredes espessas e irregulares, septações, calcificações);
- Cisto com classificação de Bosniak 2F, quando acompanhamento com TC com contraste não disponível na APS;
- Lesão renal sugestiva de angiomiolipoma em ecografia, sem exame contrastado anterior demonstrando o achado atual;

- Angiomiolipoma maior do que 4 cm de diâmetro;
- Angiomiolipoma sintomático (dor em flanco após excluídas outras causas e/ou hematúria), independentemente do tamanho.

6.6.4 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ONCOLOGIA, CIRURGIA ou UROLOGIA

- Cistos com alterações sugestivas de malignidade (resultado de tomografia com classificação de Bosniak 3 ou 4);
- Nódulo renal sólido em exame de imagem (conforme protocolo de encaminhamento da Rede Hebe Camargo de Oncologia, o encaminhamento de casos de: exame com presença de massa renal ou vesical confirmada por USG/TC de pelve; massa suprarrenal confirmada por USG/TC de pelve, podem ser inseridos na rede sem necessidade prévia de biópsia).

6.6.5 Conteúdo descritivo mínimo exigido no encaminhamento:

- **Sinais e sintomas:** Descrever de forma clara, incluindo a presença de dor lombar ou outros achados relevantes.
- **Laudo de exame de imagem:**
 - Anexar o laudo de exame de imagem (ecografia ou tomografia computadorizada), preferencialmente.
 - Caso não seja possível anexar, descrever os resultados completos, incluindo tamanho, número e localização dos cistos, com a data do exame.
- **Resultado de creatinina sérica e TFG:** Informar o valor obtido e a data do exame.
- **Resultado EQU/EAS/urina tipo 1:**
 - Informar o resultado, com a data do exame.
 - Em caso de hematúria, apresentar **dois exames** realizados com intervalo mínimo de **6 semanas** entre eles, incluindo a pesquisa de hemácias dismórficas.
- **História familiar para doença policística renal:**
 - Indicar **sim** ou **não**.
 - Em caso positivo, especificar o grau de parentesco.

6.7 Hematúria

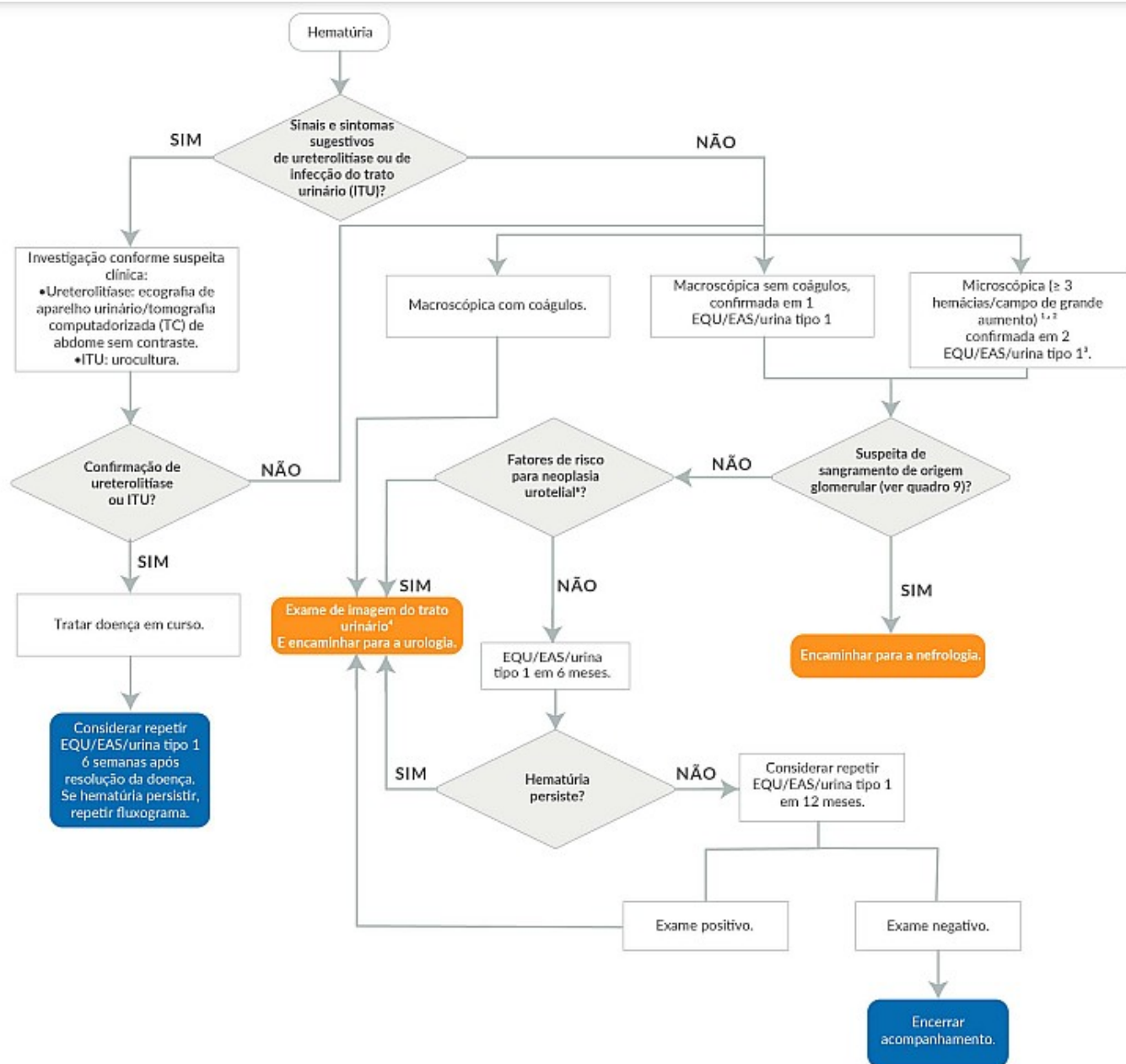
A presença de quantidade anormal de hemácias na urina pode ser de origem glomerular (cilindros hemáticos na urina 1, dismorfismo eritrocitário positivo) ou não glomerular. A pesquisa de hemácias dismórficas é importante para definir se a origem é glomerular.

Hematúria microscópica: ≥ 3 hemácias/campo, quando analisado na microscopia/sedimentoscopia, ou acima do limite da referência, quando analisado por outro método quantitativo, como citometria de fluxo.

Fatores de risco para neoplasia urotelial:

- Mulheres ≥ 50 anos ou homens ≥ 40 anos;
- História de tabagismo;
- Sintomas miccionais irritativos ou cistite crônica/intersticial (sintomas não justificados por ITU) Radioterapia pélvica;
- Cateterismo intermitente ou sondagem vesical de demora ou exposição ocupacional a carcinógenos (trabalhadores em fábrica de corantes, borracha, couro, têxteis, produtos de pintura e empresas de impressão, pintores, mecânicos, tipógrafos, cabeleireiros e motoristas de caminhão);
- Sempre descartar causas benignas (infecção urinária, febre, trauma ou sangramento menstrual) em pacientes com hematúria.

6.7.1 Investigação de hematúria



6.7.2 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para NEFROLOGIA

- Hematúria macroscópica sem coágulos (confirmada em um EQU/EAS/urina tipo I) sugestiva de doença glomerular; P1
- Hematúria microscópica assintomática persistente sugestiva de doença glomerular (confirmada em dois EQU/EAS/urina tipo 1 com intervalo de 6 semanas e pesquisa de hemácias dismórficas positiva ou outros achados de doença glomerular). P1

6.7.2.1. Achados sugestivos de hematúria por doença glomerular

Achados clínico-laboratoriais
• Pesquisa de hemácias dismórficas positiva (especialmente com presença de acantócitos) ¹
• 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

Nota: ¹ Alguns laboratórios descrevem a porcentagem de dismorfismo: 70% é tipicamente glomerular; < 30% é tipicamente não glomerular; entre 30% e 70% indica origem indeterminada, sendo necessária avaliação urológica e nefrológica.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Perazella (2021).

6.7.3 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para UROLOGIA

- Hematúria macroscópica com coágulos, na ausência de infecção;
- Hematúria macroscópica sem coágulos (confirmada em um EQU/EAS/urina tipo 1) e sem evidência de doença glomerular;
- Hematúria microscópica assintomática de origem não glomerular (confirmada em dois EQU/EAS/urina tipo 1, com intervalo de 6 semanas e pesquisa de hemácias dismórficas negativa) em pacientes com fatores de risco para neoplasia urotelial;
- Hematúria microscópica assintomática de origem não glomerular (confirmada em dois EQU/EAS/urina tipo 1, com intervalo de 6 semanas e pesquisa de hemácias dismórficas negativa) persistente após 6 ou 12 meses em pacientes sem fatores de risco para neoplasia urotelial.

6.7.4 Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para U/E

- Hematúria macroscópica e obstrução do trato urinário, instabilidade hemodinâmica, sepse urinária e/ou dor de difícil manejo.

6.7.5 Conteúdo descritivo mínimo exigido no encaminhamento:

- **Sinais e sintomas:** Descrever de forma clara e objetiva.
- **Resultado de creatinina sérica:** Informar o valor obtido e a data do exame.
- **Hematúria sem coágulos:**
 - Descrever os resultados dos exames, com as respectivas datas: EQU/EAS/urina tipo 1.
 - Se for hematúria microscópica, apresentar resultados de **dois exames** realizados com um intervalo mínimo de **6 semanas** entre eles.
 - Em casos persistentes em pessoas sem fatores de risco para neoplasia urotelial, incluir também exames realizados após **6 ou 12 meses**.
 - Informar os seguintes resultados, quando disponíveis: relação albuminúria/creatininúria em amostra, proteinúria/creatininúria em amostra, albuminúria ou proteinúria em 24 horas (especificar o tipo de exame realizado) e pesquisa de hemácias dismórficas na urina.
- **Presença de fatores de risco para neoplasia urotelial:** Indicar sim ou não. Em caso positivo, descrever detalhadamente os fatores de risco identificados.
- **Laudo de ecografia de vias urinárias:** Anexar o laudo, preferencialmente. Caso contrário, descrever os resultados completos, com a data do exame (se realizado).

7. FLUXO ASSISTENCIAL E PRIORIZAÇÃO

A necessidade de consulta será determinada pelo profissional médico que deverá constatar esta necessidade e realizar o encaminhamento deste paciente.

Somente serão aceitos para agendamento os encaminhamentos que apresentem todas as informações exigidas no formulário específico.

O agendamento do paciente será feito com base na classificação de prioridade e na disponibilidade de vagas da CREDAC.

O acompanhamento do paciente será realizado pelo serviço especializado, ou ele receberá um relatório de contrarreferência para continuidade do cuidado na Unidade Básica de Saúde (UBS).

7.1 Priorização

P0/Emergência: Não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato e de características hospitalares. Para esses casos, a orientação é encaminhar às UPAs ou PAs;

P1: Casos ambulatoriais que necessitam de atendimento especializado em curto prazo;

P2: Situações clínicas sem gravidade que demandam agendamento eletivo;

P3: Demais casos que necessitam de atendimento eletivo não prioritário, podendo ser inicialmente acompanhados pelos médicos da Atenção Primária à Saúde (APS), com agendamento em especialidade realizado em tempo oportuno, sem prejuízo à saúde do paciente.

7.2 Classificação de Prioridade Conforme Condição Clínica

Considerando que cada caso deve ser avaliado individualmente, a fim de assegurar a equidade do processo regulatório, e levando em conta as particularidades de cada patologia, apresenta-se a seguir uma proposta de classificação de prioridade.

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE	CONDIÇÃO CLÍNICA
P0	Casos de emergência – encaminhar para a rede de Urgência e Emergência do município (UPHs, UPAs, Pas)
P1	Proteinúria; Sd. Nefrótica/Nefrítica após avaliação na urgência; Doença Renal Policística; Hematúria Macroscópica ou Microscópica Persistente – Glomerulopatias; Doença Renal Crônica com TFG<30; Doença Renal Crônica com TFG<45 e complicações associadas (anemia refratária, hipercalemia refratária, hiperfosfatemia, hipocalcemia, hiperparatireoidismo)
P2	Doença Renal Crônica com TFG >30; Infecção Urinária Recorrente; Nefrolitíase Recorrente com causa metabólica identificada; Hipertensão Arterial Sistêmica Secundária; Hipertensão Arterial Sistêmica de Difícil Controle Associada à Doença Renal Crônica
P3	Demais casos não prioritários

**Pacientes com taxa de filtração glomerular estimada < 30 mL/min/1,73 m² (estágios 4 e 5), hematúria por provável doença glomerular, perda rápida de função renal, suspeita de síndrome nefrítica ou nefrótica (após devida avaliação em caráter emergencial, quando indicado) ou doença policística renal devem ter preferência no encaminhamento à Nefrologia, quando comparados com outras condições clínicas previstas nesses protocolos.*

10. REFERÊNCIAS

- BRASIL. *Protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada: Endocrinologia e Nefrologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- FOCHESATTO, A.; BARROS, E. *Doença renal policística*. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- GLOBAL BURDEN OF DISEASE COLLABORATIVE NETWORK. *Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results*. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>. Acesso em: [inserir data].
- INTERNATIONAL SOCIETY OF NEPHROLOGY. *Global Kidney Health Atlas 2019*. Brussels: ISN, 2019. Disponível em: <https://www.theisn.org/initiatives/global-kidney-health-atlas/>. Acesso em: [inserir data].
- JUNDIAÍ. *Protocolo de encaminhamento da Atenção Básica para Nefrologia: protocolo singularizado para o Município de Jundiaí*. Versão I, 2019.
- KDIGO. *KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury*. Kidney International Supplements, v. 2, n. 1, p. 1–138, 2012.
- KDIGO. *KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease*. Kidney International Supplements, v. 3, n. 1, p. 1–150, 2013.
- PERAZELLA, M. A. *The urine sediment as a biomarker of kidney disease*. American Journal of Kidney Diseases, v. 77, n. 5, p. 748–755, 2021.
- SECRETARIA DE SAÚDE DE VOTORANTIM. *Protocolo de encaminhamento de especialidades da Secretaria de Saúde de Votorantim, Central Integrada de Regulação de Vagas (CIRV) e Diretoria de Serviços Médicos*. Versão 28/09/2022.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). *Calculadora de Taxa de Filtração Glomerular (CKD-EPI 2021)*. São Paulo: SBN, 2021. Disponível em: <https://www.sbn.org.br/profissional/utilidades/calculadoras-nefrologicas/>. Acesso em: 18 set. 2025.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). *Censo Brasileiro de Diálise 2023*. São Paulo: SBN, 2023. Disponível em: <https://www.sbn.org.br>.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. *SBN Explica: entenda o que é injúria renal aguda (IRA)*. 2021. Disponível em: <https://sbn.org.br/publico/sbn-explica-entenda-o-que-e-injuria-renal-aguda-ira/>. Acesso em: 18 set. 2025.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA (SBU). *Diretrizes de Urologia*. Rio de Janeiro: SBU, 2006.
- TElessaúdeRS-UFRGS. *Protocolos de encaminhamento da Atenção Primária à Saúde para Atenção Especializada – Nefrologia*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2023. Disponível em: <https://www.telessauders.ufrgs.br>.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL; SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. *Protocolos de Regulação Ambulatorial: Nefrologia Adulto*. Versão digital, 2023.
- WHELTON, P. K. et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. Hypertension, v. 71, n. 6, p. e13–e115, 2018.



11. APÊNDICES

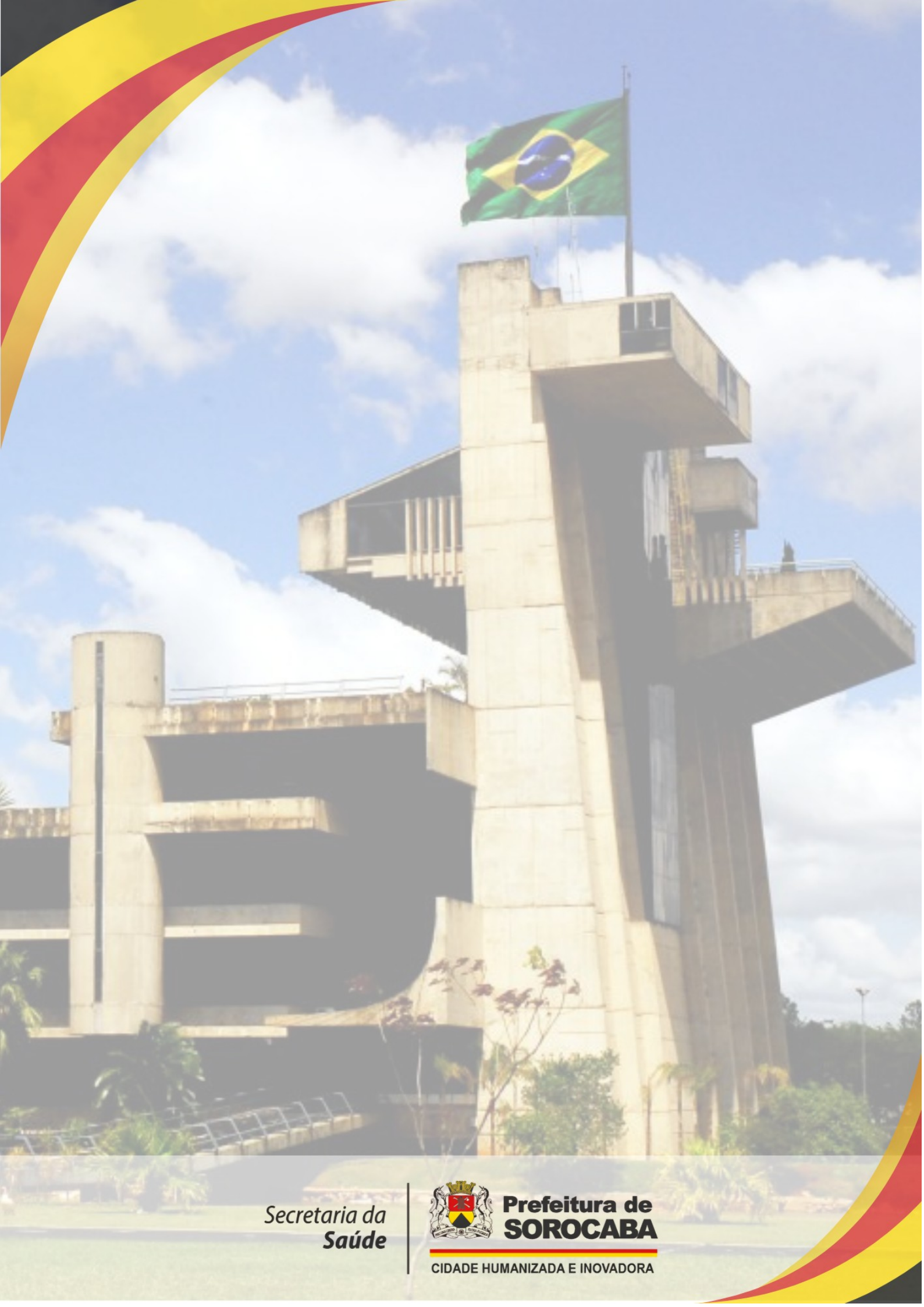
11.1 Apêndice 1 – Guia De Encaminhamento Ambulatorial De Nefrologia

 Prefeitura de SOROCABA		Secretaria da Saúde	
<u>GUIA DE ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL DE NEFROLOGIA</u>			
Nome: _____			
Data Nascimento: ____/____/____ N° SIS: _____			
DIAGNÓSTICO			
☐ DOENÇA RENAL CRÔNICA			
☐ PROTEINÚRIA (SÍNDROME NEFRÓTICA OU NEFRÍTICA)			
☐ INFECÇÃO URINÁRIA RECORRENTE			
☐ NEFROLITÍASE RECORRENTE COM CAUSA METABÓLICA IDENTIFICADA			
☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA SECUNDÁRIA			
☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DIFÍCIL CONTROLE ASSOCIADA A DRC			
☐ DOENÇA POLICÍSTICA RENAL			
☐ HEMATÚRIA MACROSCÓPICA OU MICROSCÓPICA PERSISTENTE – GLOMERULOPATIA			
RESULTADO DE EXAMES			
Ureia:	Creatinina:	Potássio:	
Proteinúria:	Urocultura:		
Urina I:	Imagem:		
QUADRO CLÍNICO			
Tempo de início dos sintomas: _____	Taxa Filtração Glomerular: _____ mL/min/1,73 m ²		
Nº de ITU nos últimos 6 a 12 meses: _____	Tem Hematúria?	☐ Não	☐ Sim
Diabetes Mellitus? ☐ Não ☐ Sim	Hipertensão Arterial?	☐ Não	☐ Sim
Outras comorbidades? ☐ Não ☐ Sim	No caso de ITU recorrente, foi realizada profilaxia? ☐ Não ☐ Sim		
_____ _____ _____			
Exame Físico			
Ausculta Cardíaca:	Pressão Arterial:		
Ausculta Pulmonar:	Frequência Cardíaca:		
Sopro Abdominal? ☐ Não ☐ Sim	Edema?	☐ Não	☐ Sim
_____ _____ _____			
TRATAMENTOS REALIZADOS			
_____ _____ _____			
JUSTIFICATIVA ENCAMINHAMENTO			
_____ _____ _____			
(Assinatura e Carimbo) MÉDICO SOLICITANTE		(Assinatura e Carimbo) Coordenador da Unidade	



12. VIGÊNCIA E REVISÃO

- Vigência: Abril/2026 a Abril/2028
- Reavaliação pela equipe técnica em 15 dias após a implantação inicial, depois mensalmente nos três meses subsequentes e, a partir de então, a cada dois anos.
- Revisão antecipada em caso de atualização normativa, mudança de fluxo ou reorganização da rede.



*Secretaria da
Saúde*



**Prefeitura de
SOROCABA**

CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA