



Saúde



# PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

# NEFROLOGIA

**SÉRIE ESPECIALIDADES | CONSULTAS CLÍNICAS**



Saúde



---

# PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL **NEFROLOGIA**

---

**SÉRIE ESPECIALIDADES | CONSULTAS CLÍNICAS**

ATUALIZADO EM JUNHO DE 2025

Rio de Janeiro/RJ



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

© 2025 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

### **Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro // Subsecretaria Geral**

Rua Afonso Cavalcanti, 455, 7º andar, Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ — CEP: 202011-110  
<http://saude.prefeitura.rio/>

#### **Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro**

Eduardo Paes

#### **Secretário Municipal de Saúde**

Daniel Soranz

#### **Subsecretário Executivo**

Rodrigo de Sousa Prado

#### **Subsecretária Geral**

Fernanda Adães Britto

#### **Coordenador Geral de Contratualização,**

#### **Controle e Auditoria**

Andre Luis Paes Ramos

#### **Coordenador Geral do Complexo Regulador**

David Tebaldi Marques

#### **Coordenadora da Regulação Ambulatorial**

Cristina Oliveira do Nascimento

#### **Coordenação Técnica**

Fernanda Adães Britto

Lucas Galhardo de Araújo

#### **Colaboração**

João Luiz Ferreira Costa

Maria da Conceição Vidal Pego

Rafael Aron Abitbol

#### **Revisão Técnica e Final**

Fernanda Adães Britto

#### **Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio**

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

#### **Supervisão Editorial**

Aluisio Bispo

#### **Capa**

Aluisio Bispo

#### **Projeto Gráfico e Diagramação**

Sandra Araujo

Rio de Janeiro (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria Geral

Protocolo de Regulação Ambulatorial — Nefrologia / Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; coordenação Lucas Galhardo de Araújo, Fernanda Adães Britto — Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2025. -- (Série Especialidades)

Vários autores.

Vários colaboradores.

Bibliografia

20p.

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. Ambulatórios 3. Saúde Pública — Rio de Janeiro (RJ) 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Araújo, Lucas Galhardo de. II. Britto, Fernanda Adães de III. Título IV. Série.

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE NEFROLOGIA .....</b>	<b>5</b>
<b>PROTOCOLO DE REGULAÇÃO .....</b>	<b>6</b>
Doença Renal Crônica (DRC) .....	7
Alterações anatômicas renais .....	9
Hipertensão Arterial Sistêmica.....	9
Outras .....	10
<b>SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO.....</b>	<b>10</b>
<b>COMO SOLICITAR NEFROLOGIA NO SISREG.....</b>	<b>11</b>
<b>ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA....</b>	<b>11</b>
<b>PRIORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO.....</b>	<b>12</b>
<b>UNIDADES EXECUTANTES.....</b>	<b>13</b>
<b>SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL.....</b>	<b>14</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>14</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>16</b>

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se organiza como serviço de primeiro contato do paciente com todo o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelo cuidado integral e longitudinal das pessoas.

A APS, quando organizada e estruturada, consegue atender cerca de 80% a 90% das demandas que lhe são trazidas pelas pessoas, demonstrando seu alto poder de resolutividade junto à população. Os demais 10% a 20% das demandas não inteiramente resolvidas na APS devem ser encaminhados para os diversos pontos da rede de Atenção Especializada (AE).

A Atenção Especializada figura como serviço para dar resolutividade aos demais problemas da população, geralmente casos mais complexos, ou que exijam alta densidade tecnológica ou técnica, ou, ainda, que demandem o uso de equipamentos especializados e intervenções que utilizem tecnologias duras, como cirurgias, quimioterapia, radioterapia e procedimentos endoscópicos e oftalmológicos, e os guiados por imagem.

A APS realiza, também, a coordenação do cuidado, que inclui a organização do acesso às consultas especializadas e exames complementares, quando necessário, devendo, então, garantir que o usuário trace um itinerário terapêutico que corresponda às suas necessidades, no menor tempo possível e sem prejuízo ao mesmo e ao sistema, evitando o desperdício de vagas com um consumo desnecessário das mesmas.

Para atingir este objetivo, a regulação deve atuar na garantia de que os pacientes acessem as vagas quando suas situações clínicas estejam embasadas nas evidências mais atuais que justifiquem o seu uso, bem como os encaminhando no tempo adequado, respeitando sua prioridade clínica, e para um determinado prestador que atenda à demanda, de forma a corresponder ao que se pediu na solicitação.

Ao profissional cabe a tarefa de solicitar a consulta, exame ou cirurgia de forma correta, fazendo-as quando possui clareza técnica baseada em evidências para tal, realizando as solicitações em campo adequado e com justificativa detalhada. Assim, o presente protocolo visa subsidiar profissionais de saúde da rede assistencial do município do Rio de Janeiro (MRJ) nas suas funções enquanto solicitantes, reguladores e executantes sobre o fluxo regulatório desta especialidade, buscando qualificar as solicitações, garantir transparéncia e segurança técnica para a

regulação das vagas e facilitar a jornada do paciente. O presente protocolo deverá ser visto e atualizado permanentemente, buscando adequação e compatibilidade com a linha de cuidado da nefrologia na cidade.

## CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE NEFROLOGIA

A Doença Renal Crônica (DRC), assim como outros acometimentos renais, são condições cada vez mais comuns, devido ao crescente envelhecimento da população e da prevalência de comorbidades que podem evoluir com acometimento renal, a exemplo da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do Diabetes Mellitus. Desta forma, a Atenção Primária à Saúde (APS) deve estar capacitada para iniciar a investigação destes casos, realizar o manejo inicial, controlar as condições associadas e fornecer orientações individuais e familiares para a prevenção da evolução da doença renal.

Espera-se que a equipe de Saúde da Família (eSF) esteja apta a suspeitar de doença renal e realizar o diagnóstico precoce, objetivando o encaminhamento ao nefrologista em tempo oportuno, uma vez que os estudos apontam que esta ação aumenta as chances de reversão da doença, retarda o avanço e melhora o prognóstico destes pacientes.

Considerando que Doença Renal Crônica pode ser uma condição inicialmente assintomática, sugere-se a realização de ações de rastreio em pacientes com idade superior a 60 anos ou aqueles com diagnóstico prévio de Hipertensão Arterial Sistêmica ou Diabetes Mellitus. Deve ser considerado, também, para pacientes com história familiar de doença renal, obesos, portadores de doenças autoimunes, nefrolitíase de repetição, histórico de doença do aparelho circulatório (acidente vascular cerebral, doença coronariana, insuficiência cardíaca ou doença vascular periférica), alterações do volume renal, rim único (agenesia ou nefrectomia), com histórico de uso de medicamentos nefrotóxicos, a exemplo de alguns anti-inflamatórios, e pacientes com histórico de tratamento dialítico por injuria renal aguda independentemente da causa. O rastreio deve ser realizado pela dosagem de creatinina, cálculo da Taxa de Filtração Glomerular pela relação da albuminúria com creatinina, EAS e ultrassonografia de aparelho urinário.

Classificação da Doença Renal Crônica segundo a Taxa de Filtração Glomerular (TFG):

TFG	ESTÁGIO
> 90ml/min/1,73m <sup>2</sup>	1
60 a 89ml/min/1,73m <sup>2</sup>	2
45 a 59ml/min/1,73m <sup>2</sup>	3a
30 a 44ml/min/1,73m <sup>2</sup>	3b
15 a 29ml/min/1,73m <sup>2</sup>	4
< 15ml/min/1,73m <sup>2</sup> ou diálise	5

Os indicadores de progressão, que são marcadores de que o indivíduo com DRC tem pior prognóstico para perda de função renal ao longo da evolução clínica, são:

- Pessoas com níveis pressóricos mal controlados;
- Pessoas com níveis glicêmicos mal controlados;
- Pessoas com insuficiência cardíaca descompensada;
- Estágios da DRC 4, sendo que há uma tendência à perda de função renal mais rápida nos estágios mais avançados da doença;
- Presença de albuminúria e a sua intensidade, sendo que quanto maior o nível de albuminúria, pior o prognóstico para perda de função;
- Tabagismo;
- Uso de agentes nefrotóxicos;
- Obesidade.

## PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

O protocolo de regulação de nefrologia lista, a seguir, as condições clínicas que possuem indicação de encaminhamento ao nefrologista para acompanhamento conjunto. Considerar encaminhar precocemente todo paciente jovem com suspeita de alteração renal. Os temas foram divididos em:

1. Doença Renal Crônica (DRC);
2. Alterações anatômicas renais;
3. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
4. Outras.

### **TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (TRS) — DIÁLISE**

Pacientes ambulatoriais com critério de diálise devem ser encaminhados para TRS. Se instáveis, solicitar Vaga Zero. Caso estáveis e com acesso vascular definitivo (Fístula Artério Venosa — FAV) funcionante, seguir fluxo de solicitação disponível no Anexo. Para mais informações, acesse o link [web2.smsrio.org/subgeral/#/orientacoes-regulador](http://web2.smsrio.org/subgeral/#/orientacoes-regulador). A confecção de FAV deve ser solicitada via SER.

### **DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)**

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM NEFROLOGIA ou CONSULTA EM NEFROLOGIA — PRE-DIALÍTICO.

#### **Indicações clínicas:**

1. Em pacientes com alterações na Taxa de Filtração Glomerular — Doença Renal Crônica:
  - a. Se paciente apresentando Taxa de Filtração Glomerular (TFG) menor que 30ml/min/1,73m<sup>2</sup> (estágios 4 e 5);
  - b. TFG menor que 60ml/min/1,73m<sup>2</sup> apresentando concomitantemente alguma das seguintes complicações da doença: anemia sem outra causa aparente, hipertensão de difícil controle, elevação persistente do PTH e/ou distúrbios hidroeletrolíticos como hipercalemia, hipocalcemia, hipofosfatemia;
  - c. TFG menor que 60ml/min/1,73m<sup>2</sup> mantida por três meses (Estágio 3);
  - d. TFG menor que 60ml/min/1,73m<sup>2</sup> em pacientes que apresentam rápida perda da função renal (maior que 5ml/min/1,73m<sup>2</sup> ou ≥ 25% do valor de base do paciente) em três meses, desde que comprovado por dois exames.

### **CONSULTA EM NEFROLOGIA — PRÉ-DIALÍTICO**

No caso de pacientes com DRC, com idade igual ou maior que 18 anos e com valores de creatinina 5 ou mais e ultrassonografia de aparelho urinário ou tomografia de aparelho urinário sem sinais de dilatação de sistema pielocalicial, hidronefrose e/ou bexigoma, devem ser inseridos em CONSULTA EM NEFROLOGIA — PRÉ-DIALÍTICO. Descrever a história clínica, incluindo as medicações atuais e os resultados de hemograma, bioquímica (ureia, cálcio, fosforo e potássio) e Urina 24h (clearance creatinina, proteinuria 24h).

2. Se paciente diabético e não diabético apresentando macroalbuminúria ou microalbuminúria (proteinúria);

CLASSIFICAÇÃO/ EXAME	AMOSTRA DE URINA ISOLADA	URINA 24 HORAS	RELAÇÃO ALBUMINÚRIA/ CREATININA
Normoalbuminúria	< 17 mg/l	< 30mg	< 30mg/g
Microalbuminúria	17 a 173 mg/l	30 a 300mg	30 a 300mg/g
Macroalbuminúria	>174 mg/l	>300mg	>300mg/g

3. Pacientes com diagnóstico ou suspeita de Síndrome Nefrótica — associação de proteinúria ( $> 50\text{mg/kg}/24\text{h}$ ), hipoalbuminemia (albumina sérica  $< 3\text{g/dl}$ ), dislipidemia (CT  $\geq 240\text{mg/dl}$ ; HDL  $\leq 60$ ; e TGL  $\geq 200\text{mg/dl}$ ) e edema;
4. Paciente apresentando cilindros com formatos anômalos que apontam acometimento renal, tais como os formatos céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários;

**Pacientes com TFG maior que  $60\text{ml/min}/1,73\text{m}^2$  que não possuem associação com síndrome nefrótica, outras proteinúrias ou com cilindros anômalos não recebem o diagnóstico de DRC.**

5. Hematuria macroscópica sugestiva de doença glomerular na ausência de coágulos e de infecção urinária, o que inclui hemácias dismórficas, cilindros hemáticos e/ou acantócitos na urina; ou proteinúria associada à elevação da creatinina ou associação com proteinúria ( $> 300\text{mg/g}$ );
6. Hematuria macroscópica sugestiva de doença glomerular, ausência de coágulos e de infecção urinária, em pacientes com história familiar de nefrite hereditária ou doença policística renal. Recomenda-se que o exame de urina seja repetido em 24 horas, para confirmar a hematuria. Outras causas devem ser excluídas, a exemplo de trauma, menstruação, relação sexual prévia, toque retal, exercício físico ou uso de medicamentos;
7. Hematuria microscópica persistente e documentada por dois exames de urina realizados no intervalo de oito semanas, desde que a pesquisa de hemácias dismórficas seja positiva.

## ALTERAÇÕES ANATÔMICAS RENAS

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM NEFROLOGIA.

### Indicações clínicas:

1. Paciente apresentando malformações ou alterações renais que levem à perda da função renal, como doença policística renal, displasia renal, estenose de artéria renal, assimetria renal (diferença maior que 1,5cm) ou portador de rim único (Age-nesia renal ou Nefrectomia);

### DOENÇA POLICÍSTICA RENAL

1. Pacientes com história familiar e (1) idade entre 15 e 39 anos com três ou mais cistos uni ou bilaterais, ou (2) idade entre 40 e 59 anos com dois ou mais cistos em cada rim, ou ainda (3) idade igual ou superior a 60 anos com dois ou mais cistos em cada rim;
2. Pacientes sem história familiar e três ou mais cistos em cada rim, principalmente se rins bilateralmente aumentados ou associação com cistos hepáticos, pancreáticos ou esplênicos, desde que descartados achados sugestivos de outra doença renal cística.

2. Paciente com rim único e com risco elevado de perda da função renal, como em pacientes diabéticos ou hipertensos.

## HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM NEFROLOGIA.

### Indicações clínicas:

1. Pacientes com diagnóstico de Doença Renal Crônica e Hipertensão Arterial resistente ao tratamento com quatro classes de drogas ou mais em dose plena, sendo uma dessas diurético, estando o paciente bem aderido ao tratamento;
2. Pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial secundária decorrente de doença renovascular ou associada a alterações do parênquima renal.

## OUTRAS

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM NEFROLOGIA.

### Indicações clínicas:

1. Pacientes que apresentaram Insuficiência Renal Aguda durante internação hospitalar, com necessidade de Terapia Renal Substitutiva ou não;
2. Pacientes que apresentaram Insuficiência Renal Aguda independentemente da causa, com ou sem comorbidades associadas, após internação com ou sem necessidade de hemodiálise. Pacientes com alteração da função renal após alta hospitalar, com necessidade de Terapia Renal Substitutiva ou não;
3. Pacientes com infecção urinária de repetição (três ou mais episódios confirmados em um ano), desde que descartadas alterações anatômicas da via urinária ou de origem ginecológica e somente após consulta com urologia e ginecologia;
4. Pacientes com nefrolitíase de repetição, sendo caracterizada por dois ou mais episódios de litíase renal com intervenção cirúrgica ou eliminação espontânea;
5. Pacientes com anemia já investigada que requerem uso de eritropoetina para tratamento, quando associado à alteração da função renal;
6. Pacientes com alteração persistente de potássio sérico associado à alteração de função renal ou acidose metabólica, descartando-se os casos em que o paciente está em uso de espirolactona ou triantereno.

## SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO

- Hidronefrose, litíase renal após um único episódio ou achado ultrassonográfico de cisto simples ou massa renais. Nestes casos, encaminhar para "Consulta em Urologia — Cirúrgica" (ver o Protocolo de Regulação de Urologia);
- Infecção urinária de repetição ocasionado por alteração anatômica do aparelho urinário ou ginecológico — nestes casos, encaminhar para "Consulta em Urologia Cirúrgica", "Consulta em Ginecologia — Uroginecologia" ou "Consulta em Ginecologia Cirúrgica" (ver o Protocolo de Regulação de Urologia e o de Ginecologia);
- Pacientes hipertensos controlados com duas doses ou menos, sem alteração em função renal.

## COMO SOLICITAR NEFROLOGIA NO SISREG

Ao solicitante, sugere-se descrever, para melhor compreensão da situação clínica do paciente e das razões pelas quais o mesmo necessita de consulta especializada, exame e/ou procedimento, as seguintes informações:

- Sintomas apresentados, bem como as complicações associadas;
- Se há diurese;
- Se há presença concomitante de comorbidades e quais;
- Se há história familiar de doença renal;
- Se tem histórico de diálise durante internação hospitalar ou IRA em internação prévia;
- Descrição do exame físico;
- Exames realizados e seus resultados, com data, incluindo hemograma, bioquímica (ureia, creatinina, sódio, potássio, cálcio, fosforo, proteína total e frações, bicarbonato venoso), urina (EAS e spot urinário — creatinina e proteína) e imagem (ultrassonografia de aparelho urinário);
- O valor da TFG;
- Medicações em uso;
- Tratamento realizado, farmacológico ou não, bem como suas repercussões.

## ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

O encaminhamento imediato deve ser realizado via Vaga Zero nas situações a seguir.

- Pacientes em insuficiência renal aguda ou crônica agudizada, principalmente se na vigência de uremia (náuseas, vômitos associados a elevação de ureia  $> 180$  e Creatinina  $> 5,0$ ), pericardite ou pleurite (com exames comprobatórios), distúrbio

hidroelectrolítico (potássio > 6,5 e/ou ECG com alteração de hiperpotassemia) ou de volume (anasarca ou congestão pulmonar ou edema agudo de pulmão) ou acidemia refratária associada a alteração de ureia e creatinina;

- Hiponatremia na vigência de sintomas agudos ou graves se associada a critérios de insuficiência renal;
- Infecção urinária com resistência às medicações possíveis de realizar em domicílio (via oral).

## PRIORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO

**VERMELHO** ➔ Qualquer situação presente de EAS com microalbuminúria significativa (17 a 173mg/l) ou proteinúria duas cruzes em pacientes com Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial e/ou Obesidade IMC > 30; TFG < 60ml/min/1,73m<sup>2</sup> em pacientes que cursam com complicações da doença; síndrome nefrótica; TFG < 30ml/min/1,73m<sup>2</sup>; hematúria macroscópica; síndrome nefrítica (hematúria, hipertensão arterial e edema periorbitários/periféricos).

**AMARELO** ➔ TFG entre 30 e 45ml/min/1,73m<sup>2</sup>; hematúria microscópica; malformações renais; IRA após alta; nefrolitíase de repetição; hipertensão de difícil controle ou de origem renal.

**VERDE** ➔ TFG entre 45 e 60ml/min/1,73m<sup>2</sup>; hipertensão de difícil controle ou de origem renal.

**AZUL** ➔ ITU de repetição após consulta com urologia e ginecologia; alteração persistente do potássio se associada à acidose metabólica e/ou alteração da função renal; paciente em uso de eritropoietina se associada à alteração de função renal.

## UNIDADES EXECUTANTES

Como forma de facilitar o processo regulatório, nas páginas a seguir estão listados os procedimentos e as unidades executantes que os ofertam. Atentar para o preparo do paciente para cada tipo de consulta especializada, exame e/ou procedimento, que pode variar entre as unidades executantes. As informações do preparo por procedimento e unidade executante estão no portal [smsrio.org](http://smsrio.org).

### CONSULTA EM NEFROLOGIA

- Ambulatório laserj Maracanã
- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Hospital Federal da Lagoa
- Centro Carioca de Especialidades (CCE)
- Hospital Municipal Ronaldo Gazolla
- Policlínica Ronaldo Gazolla
- Policlínica Newton Bethlem
- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ)
- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)

### CONSULTA EM NEFROLOGIA — PRÉ-DIALÍTICO

- Hospital Municipal Souza Aguiar

**Em caso de dúvidas ou para casos muito particulares**, o profissional solicitante deve acionar o RT médico da unidade, NIR da CAP, RT médico da CAP ou a Central de Regulação Ambulatorial, para definição da conduta mais adequada. Sugere-se, também, que acione o Telessaúde vinculado ao Ministério da Saúde, caso necessário, pelo telefone 0800-644-6543 (das 8h às 17h30) — linha de atendimento para acesso em todo o Brasil.

## SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL



No site **smsrio.org**, você pode consultar o "Manual de Regulação Ambulatorial — Diretrizes para Coordenação do Cuidado" e os critérios de acesso aos prestadores.

## REFERÊNCIAS

ALI, I.; DONNE, R. L.; KALRA, P. A. A validation study of the kidney failure risk equation in advanced chronic kidney disease according to disease aetiology with evaluation of discrimination, calibration and clinical utility. **BMC Nephrology.** v. 22, n. 194, 2021.

ALLISON, J. H; MOLITCH, M. E. Management of Diabetes Mellitus in Patients With CKD: Core Curriculum 2022. **Am J Kidney Dis.** v. 79, n. 5, 2022.

BASTOS, R. M. R.; BASTOS, M. G. Inserção do programa de saúde da família na prevenção da doença renal crônica. **J. Bras. Nefrol.**, n. 29, p.32-34, mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria 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/ Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática. — Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CHEBIB, F. T.; TORRES, V. C. Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease: Core Curriculum 2016. **Am J Kidney Dis.** v. 67, n. 5, 2016.

CHEN, T.; KRICELY, D. H.; GRAMS, M. E. Chronic kidney disease diagnosis and management a review. **JAMA.** v. 322, n. 13, 2019.

CREWS, D. C. Chronic Kidney Disease: A Place for Primary Care and Nephrology to Meet. **J Gen Intern Med.** v. 31, n. 1, p. 5-6, 2015.

DHAROD, A. et al. Primary Care Referrals to Nephrology in Patients With Advanced Kidney Disease. **Am J Manag Care.** v. 26, n. 11, 2020.

GRIFFIN, B. R.; LIU, K. D.; TEIXEIRA, J. P. Critical Care Nephrology: Core Curriculum 2020. **Am J Kidney Dis.** v. 75, n. 3, 2020.

HOORN, E. J.; ZIETSE, R. Diagnosis and Treatment of Hyponatremia: Compilation of the Guidelines. **J Am Soc Nephrol.**, v. 28, p.1340–1349, 2017.

Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. **Kidney inter.**, v. 3, n. 1, p. 1–150, 2013.

INKER, L. A.; TITAN, S. Measurement and Estimation of GFR for Use in Clinical Practice: Core Curriculum 2021. **Am J Kidney Dis.** v. 78, n.1, 2021.

KU, E.; BENJAMIN, J. L; WEI, J.; WEIR, M. R. Hypertension in CKD: Core Curriculum 2019. **Am J Kidney Dis.** v. 74, n. 1, 2019.

MCDONALD, M. M.; SWAGERTY, D.; WETZEL, L. Assessment of Microscopic Hematurian Adults. **Am Fam Physician.** v. 73, n. 10, 2006.

MOORE, P. K.; HSU, K. R.; LIU, K. D. Management of Acute Kidney Injury: Core Curriculum 2018. **Am J Kidney Dis.** v. 72, n. 1, 2018.

PFAU, A.; KNAUF, F. Update on Nephrolithiasis: Core Curriculum 2016. **Am J Kidney Dis.** v. 68, n. 6, 2016.

UMANATH, K.; LEWIS, J. Update on Diabetic Nephropathy: Core Curriculum 2018. **Am J Kidney Dis.** v. 71, n. 6, 2016.

## ANEXO

### TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (TRS)

A Regulação do acesso à diálise ambulatorial no SUS para municípios da cidade do Rio de Janeiro é realizada pela Superintendência Estadual de Regulação, conforme estabelecido pela Resolução SESDEC/RJ n.º 281/2008, via Sistema de Regulação denominado TRS.

Caso haja pacientes não municipais da cidade do Rio de Janeiro internados em hospitais municipais, a Central Municipal de Regulação Ambulatorial (CR-AMB) receberá o pedido do hospital e transmitirá para a Superintendência Estadual de Regulação, onde o agendamento deverá ser realizado em uma unidade de referência do município de residência do paciente.

Não compete à CR-AMB o envio de solicitações que envolvam urgência ou emergência dialítica e confecção de acesso para diálise, que também não tem governabilidade sobre a ocupação das vagas, previsão de agendamento e local de destino.

Antes de solicitar o procedimento para a Central de Regulação Ambulatorial, todos os paciente devem estar com acesso funcionante, estabilizados, em condições de diálise ambulatorial, e com exames de imagem, laboratoriais e sorológicos atuais.

Caso um paciente que realiza diálise venha visitar (paciente em trânsito) ou fixar residência no município do Rio de Janeiro, a Secretaria Municipal de Saúde de onde o paciente reside deverá entrar em contato com a CR-AMB solicitando o cadastramento no sistema TRS. Salientamos que em caso de trânsito, não cabe à CR-AMB orientar ou sugerir a compra ou não de passagem para a locomoção. Também nestes casos, não é de responsabilidade da CR-AMB as despesas com deslocamento do paciente.

### Fluxo de Solicitação

Quem solicita é o médico da Atenção Primária à Saúde que coordena o cuidado do paciente, ou o médico nefrologista que acompanha o paciente, desde que o paciente já se encontre em tratamento conservador. Sempre será necessário o laudo de um nefrologista para início da hemodiálise

Considerando que o município do Rio de Janeiro tem somente duas senhas de acesso ao sistema TRS, as solicitações deverão ser encaminhadas à CR-AMB pelo e-mail **trs-cr@regulacaoriorj.com.br**. O título do e-mail deve conter no nome do paciente e a indicação TRS (p.ex.: JOSÉ MARIA DA SILVA — TRS), e o e-mail deve conter as seguintes informações:

- Nome do paciente;
- CPF ou CNS do paciente;
- Unidade solicitante;
- Médico solicitante;
- Data de confecção da fístula de acesso.

Anexar ao e-mail o FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INGRESSO DE PACIENTES NOVOS devidamente preenchido com letra legível, assinado e carimbado pelo médico nefrologista que indicou o início da diálise, disponível em: [smsrio.org/subgeral/#/orientacoes-regulador](http://smsrio.org/subgeral/#/orientacoes-regulador).

Na falta de algum dado, a solicitação será pendenciada e remetida para a unidade solicitante responder aos questionamentos ou apresentar os resultados de exames solicitados. Não é necessário enviar no e-mail cópias dos resultados de exames, pois estes serão apresentados pelo paciente na clínica onde será realizado o tratamento dialítico. Qualquer informação adicional deverá ser descrita no e-mail ou no formulário.

A autorização final de ingresso do paciente ao tratamento é realizada após sua primeira consulta/entrevista na clínica onde foi autorizado o tratamento (clínica satélite).

## Trânsito: temporário ou definitivo

O fluxo a seguir se destina a pacientes que estão em hemodiálise e farão uma viagem ou estão de mudança para outra cidade.

A clínica onde o paciente realiza a hemodiálise enviará o pedido de cadastro/ingresso do paciente via e-mail para CR-AMB, preferencialmente com 20 dias de antecedência da data da sua chegada ou partida, com o formulário devidamente preenchido, sendo necessário conter assinatura e carimbo do médico e telefones de contato. Esta documentação será enviada para a Superintendência Estadual de Regulação, para a autorização de realização temporário de hemodiálise em outro município.

O envio da documentação não garante a vaga, visto ser necessária a disponibilidade de cadeiras para a realização da hemodiálise. O período de trânsito temporário não pode exceder o prazo de 30 dias corridos.

## Tratamento Conservador Ambulatorial: com acesso FAV ou cateter

A CR-AMB ingressa a solicitação no Sistema TRS/SES e a REUNI regula a vaga. A clínica onde será realizado o tratamento dialítico entrará em contato com a unidade ambulatorial, para agendar entrevista do paciente.

Caso o paciente esteja com documentação e em condições de realização do tratamento ambulatorial, ele será vinculado à unidade onde foi realizada a entrevista. Caso não haja condições de início do tratamento, o paciente retorna para fila de regulação.

## Tratamento Ambulatorial para Paciente Internado

Quando for o caso de paciente residente no município do Rio de Janeiro, em condição de alta hospitalar e com acesso (cateter ou fístula arteriovenosa), a unidade solicitante deverá enviar para o e-mail [trs-cr@regulacaorj.com.br](mailto:trs-cr@regulacaorj.com.br) o formulário devidamente preenchido, com carimbo e assinatura do médico. Quando a vaga for regulada, a clínica satélite entra em contato com o hospital, para comunicar e confirmar a vaga, e agendar a entrevista/avaliação do paciente.

O hospital deverá providenciar o transporte (ambulância) para o paciente comparecer à entrevista. Caso não seja admitido pelos motivos de avaliação médica e/ou recusa devido à distância da residência, ele continuará internado aguardando a próxima regulação. Somente após a admissão na clínica é que o paciente poderá receber alta hospitalar.

Qualquer dúvida, a unidade solicitante é quem deve entrar em contato por e-mail, e não familiares ou pacientes. A responsabilidade da tramitação deve ser apenas dos profissionais envolvidos nos respectivos Trânsitos Temporários ou Definitivos.

Fonte: Complexo Regulador / Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio).







Saúde