



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY – HULW - PB**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DAS DIFICULDADES ENCONTRADAS
PELOS PACIENTES ENCAMINHADOS PARA PRIMEIRA CONSULTA NO
AMBULATÓRIO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY**

**Discente:
BRUNA GUIMARÃES**

**Orientador:
PABLO RODRIGUES COSTA ALVES**

João Pessoa

2022

BRUNA GUIMARÃES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DAS DIFICULDADES ENCONTRADAS
PELOS PACIENTES ENCAMINHADOS PARA PRIMEIRA CONSULTA NO
AMBULATÓRIO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY**

Monografia apresentada à coordenação do curso de Medicina, do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba, como parte dos requisitos à obtenção de grau de bacharel em Medicina.

Área de concentração: Nefrologia

Orientador: Prof.º. Me. Pablo Rodrigues
Costa Alves

JOÃO PESSOA

2022

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

G963p Guimaraes, Bruna.

Perfil epidemiológico e das dificuldades encontradas pelos pacientes encaminhados para primeira consulta no ambulatório do Hospital Universitário Lauro Wanderley / Bruna Guimaraes. - João Pessoa, 2022.

45 f. : il.

Orientação: Pablo Rodrigues Costa Alves.
TCC (Graduação) - UFPB/CCM.

1. Atenção primária a saúde. 2. Nefrologia. 3. Serviços de atendimento. 4. Paraíba. I. Alves, Pablo Rodrigues Costa. II. Título.

UFPB/CCM

CDU 614:616.61(043.2)

GUIMARÃES, Bruna. **Perfil epidemiológico e das dificuldades encontradas pelos pacientes encaminhados para primeira consulta no ambulatório do Hospital Universitário Lauro Wanderley.** Monografia apresentada à coordenação do curso de Medicina, do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba, como parte dos requisitos à obtenção de grau de bacharel em Medicina.

Aprovado em: 19 de maio de 2022.

Banca Examinadora

Examinadora: Pablo Rodrigues Costa Alves

Instituição: Universidade Federal da Paraíba

Titulação: Mestre

Julgamento: **Aprovado / 10,00**

Assinatura:



Examinador: Cristianne da Silva Alexandre

Instituição: Universidade Federal da Paraíba

Titulação: Doutora

Julgamento: **Aprovado / 10,00**

Assinatura:



Examinador: Francisco Rasiah Ladchumananandasivam

Instituição: Universidade Federal da Paraíba

Titulação: Especialista

Julgamento: **Aprovado / 10,00**

Assinatura:



À minha família, gratidão e amor eterno pelo apoio incondicional durante toda a minha jornada acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me manter fiel e me permitir não desistir diante das intempéries; ao meu orientador Pablo Rodrigues pelos ensinamentos, paciência e perseverança em acreditar no meu potencial; aos meus pais Oswaldo Marcos e Maria da Luz e familiares pelo apoio; ao meu noivo Danilo Campello pelo incentivo; aos nefrologistas que se propuseram a me auxiliar com o preenchimento dos questionários: doutora Cristianne e doutora Thalita; aos colegas da recepção da nefrologia do HULW: Fernanda, Daniel e Reglhy; ao meu grupo de internato que acompanhou desde o começo meu caminho e encanto com a nefrologia; aos meus amigos natalenses que suportaram minha ausência e saudades durante esses 6 anos e aos meus pacientes, pois sem eles nada disso seria possível.

GUIMARÃES, Bruna. **Perfil epidemiológico e das dificuldades encontradas pelos pacientes encaminhados para primeira consulta no ambulatório do Hospital Universitário Lauro Wanderley**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2022.

RESUMO

Introdução: O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes e das dificuldades dos pacientes encaminhados pela primeira vez ao ambulatório de Nefrologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) para avaliação e tratamento de doenças renais. **Métodos:** No período de abril de 2021 a abril de 2022 foram avaliados 100 pacientes, maiores de 18 anos e sem contato prévio com nefrologista, encaminhados pela primeira vez ao ambulatório do HULW, e ao final de cada consulta foi preenchido um questionário pelo médico. **Resultados:** Uma parcela considerável dos pacientes se deslocou por grandes distâncias para consulta. Os pacientes gastaram cerca de 5% de um salário-mínimo para o deslocamento. 50% desejavam que a consulta fosse mais próxima do domicílio e 70% aceitariam consulta por telemedicina. 27,5% dos pacientes avaliados poderiam ter sido assistidos exclusivamente pela Atenção Primária. 52,5% dos pacientes encaminhados por DRC encontravam-se em estágios iniciais. Em mais da metade dos pacientes o médico nefrologista afirmou que os dados coletados na consulta e os exames trazidos pelos pacientes para primeira consulta foram insuficientes para estabelecer o diagnóstico e definir o tratamento. **Conclusão:** O deslocamento foi o a dificuldade mais relatada para consulta com o nefrologista. Tal deslocamento se associou a custo relevante para pacientes. A maior parte dos pacientes aceitaria o uso de telemedicina para reduzir estas distancias.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, nefrologia, serviços de atendimento, paraíba

GUIMARÃES, Bruna. **Epidemiological profile and difficulties encountered by patients referred for first consultation at the outpatient clinic of Hospital Universitário Lauro Wanderley**. 2022. Course Completion Work (Graduate) – Faculty of Medicine, Federal University of Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2022.

1. ABSTRACT

Introduction: The aim of this study was to evaluate the epidemiological profile of patients and difficulties of patients referred for the first time to the Nephrology Outpatient Clinic of Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) for evaluation and treatment of kidney disease. **Methods:** In the period from April 2021 to April 2022, 100 patients, older than 18 years and without previous contact with nephrologist, referred for the first time to the outpatient clinic of HULW were evaluated, and at the end of each consultation a questionnaire was filled out by the physician. **Results:** A considerable portion of the patients traveled long distances for consultation. The patients spent about 5% of a minimum wage for the displacement. 50% wanted the consultation to be closer to home and 70% would accept a telemedicine consultation. 27.5% of the evaluated patients could have been assisted exclusively by Primary Care. 52.5% of the patients referred for CKD were in early stages. In more than half of the patients the nephrologist stated that the data collected in the consultation and the tests brought by patients for the first consultation were insufficient to establish the diagnosis and define the treatment. **Conclusion:** The displacement was the most reported difficulty for consultation with the nephrologist. Such displacement was associated with relevant costs for patients. Most patients would accept the use of telemedicine to reduce these distances.

Keywords: primary health care, nephrology, care services, paraíba

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1	Motivos de encaminhamento para o ambulatório de Nefrologia	18
Figura 1	Localidade dos pacientes avaliados	16
Figura 2	Satisfação com o tempo de espera para consulta	17
Figura 3	Atividades de Educação em Saúde realizados por MFC	19
Figura 4	Exames complementares básicos para avaliação nefrológica trazidos na primeira consulta	20
Figura 5	Destino dos pacientes avaliados	22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCM	Centro de Ciências Médicas
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
MFC	Médico de Família e Comunidade
DRC	Doença Renal Crônica
CKD-Epi	Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration
RAC	Relação albumina/creatinina
RPC	Relação proteína/creatinina
KDIGO	Kidney Disease: Improving Global Outcomes
PB	Paraíba
URO-Tc	Urotomografia
SUS	Sistema Único de Saúde
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
TRS	Terapia Renal Substitutiva
TFGe	Taxa de Filtração Glomerular Esperada
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

Sumário

PÁGINA DE TÍTULO.....	1
RESUMO	7
<i>Abstract</i>	8
INTRODUÇÃO.....	13
MÉTODOS	15
<i>Resultados</i>	15
DISCUSSÃO	22
CONCLUSÃO.....	28
<i>limitações do estudo</i>	30
AGRADECIMENTOS	31
REFERÊNCIAS.....	32
<i>Apêndice A – Questionário de coleta de variáveis</i>	35
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO APÓS CONSULTA.....	37
ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	39
<i>Anexo B – termo de aceitação e ciência do departamento de medicina interna</i>	40
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	41
ANEXO D – REGRAS DE SUBMISSÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO NO PERIÓDICO BRAZILIAN JOURNAL OF NEPHROLOGY (JORNAL BRASILEIRO DE NEFROLOGIA)	42

ARTIGO ORIGINAL

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DAS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS PACIENTES ENCAMINHADOS PARA PRIMEIRA CONSULTA NO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND DIFFICULTIES ENCOUNTERED BY PATIENTS REFERRED FOR FIRST CONSULTATION AT THE OUTPATIENT CLINIC OF HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY.

Bruna Guimarães – Estudante de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (João Pessoa – Paraíba – Brasil)

Pablo Rodrigues Costa Alves – Professor da Disciplina de Nefrologia da Universidade Federal da Paraíba (João Pessoa – Paraíba – Brasil)

Autor de correspondência: Bruna Guimarães (brunag.1945@gmail.com)

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba em 2022 como requisito para conclusão do curso de graduação em Medicina.

Conflito de interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesses relacionado à publicação deste manuscrito.

Contribuição dos autores: Pablo Rodrigues Costa Alves contribuiu com a idealização e o desenho da pesquisa, a análise e interpretação dos dados, a discussão dos resultados, a escrita e a revisão do manuscrito. Bruna Guimarães contribuiu com a coleta de dados, a discussão dos resultados, escrita do manuscrito.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, cerca de dez milhões de pessoas têm alguma disfunção renal, segundo Sociedade Brasileira de Nefrologia¹. As alterações que envolvem o aparelho urinário e que são de diagnóstico, conduta ou manutenção clínica objetiva, como infecções do trato urinário, cistos renais simples, alguns casos de hipertensão arterial e diabetes, litíase urinária e até mesmo doença renal crônica (DRC) em estágios iniciais, devem ser manejadas pelo Médico de Família e Comunidade e pelos generalistas na Atenção Primária à Saúde, de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde do Brasil².

Segundo a portaria nº 1675 de 07 de junho de 2018³, que dispõe sobre os critérios para organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), compete ao médico de família e comunidade (MFC) coordenar e ordenar as ações e serviços visando o cuidado dos pacientes portadores de doenças renais, através da estratificação dos doentes, prevenção, tratamento dos fatores de risco e articulação entre os demais setores para efeito de cuidado multidisciplinar. Além

¹ **Sociedade Brasileira de Nefrologia**. Censo SBN 2018.

² BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de saúde. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: endocrinologia e nefrologia**. ENDOCRINOLOGIA E NEFROLOGIA, 2015; Brasília, DF.

³ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1675 de 07 de junho de 2018. Publicada no DOU Nº 109 seção 01, de 08/06/2018, Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica – DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, 2018; Brasília, DF.

disso, deve saber indicar a necessidade de internação hospitalar, encaminhamento para o nefrologista e a manutenção do acompanhamento longitudinal do paciente com DRC, respeitando o fluxo e as demais complexidades da rede básica.

Neste contexto, a maior parte dos problemas renais deveriam ser conduzidos pela atenção primária e o encaminhamento para o especialista em nefrologia deveria ocorrer apenas em algumas situações clínicas específicas, como TFGe < 45ml/minuto/1,63m², glomerulopatias, acidoses tubulares renais, nefrolitíase de repetição, infecções urinárias de repetição, suspeita de doença renal policística autossômica dominante, suspeita de hipertensão secundária ou de difícil controle, presença de proteinúria >1g/dia, hematúria dismórfica persistente no sedimento urinário, alterações anatômicas que comprometam a função renal ou provoquem perda rápida da função renal sem causa aparente, segundo o Ministério da Saúde do Brasil em 2015².

Embora escassos, alguns trabalhos se propuseram a avaliar a adequação da referência dos pacientes para o ambulatório de nefrologia – no que diz respeito à pertinência da demanda para a avaliação com o especialista – e a satisfação do paciente com o tempo de espera (do encaminhamento até a consulta), com o deslocamento de sua residência até a referência e com o atendimento em si. Tais estudos apontaram para uma inadequada utilização da qualificação do nefrologista como especialista, com sobrecarga de atendimentos na atenção secundária com problemas passíveis de investigação e tratamento na atenção primária, como em Bahiense-Oliveira⁴ e, paradoxalmente, encaminhamento tardio de pacientes com DRC, muitas vezes já com indicação de terapia substitutiva renal, para avaliação ambulatorial, como ressalta Godinho⁵.

Considerando o exposto, o presente trabalho visou conhecer o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes encaminhados ao ambulatório de Nefrologia do

⁴ Bahiense-Oliveira M, Duarte D, Meira GGC, Codes, JJ, Ribeiro MZ. Referência para o ambulatório de nefrologia: inadequação da demanda para o especialista. **J Bras Nefrol.** 2010;32(2):145-148 [online]. Acessado 5 Maio 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-28002010000200002>>. Epub 12 Jul 2010. ISSN 2175-8239. <https://doi.org/10.1590/S0101-28002010000200002>.

⁵ Godinho TM, Lyra TG, Braga PS, Queiroz RA, Alves JA, Kraychete AC et al. Perfil do paciente que inicia hemodiálise de manutenção em hospital público em Salvador, Bahia. **J Bras Nefrol.** 2006;28(2):96-103. https://binephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn_v28n2a07.pdf

Hospital Universitário Lauro Wanderley, vinculado a Universidade Federal da Paraíba, para avaliação e tratamento de doenças renais, além das dificuldades apresentadas por estes indivíduos para acessar o serviço.

2. MÉTODO

Esse foi um estudo de coorte transversal, realizado no ambulatório de Nefrologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), vinculado a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), durante o período de abril de 2021 até abril de 2022. Após a aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPB todos os pacientes, maiores de 18 anos e sem assistência prévia com nefrologista, encaminhados para primeira avaliação foram convidados a participar da pesquisa.

Após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido estes indivíduos responderam um questionário cujas perguntas eram relacionadas às características epidemiológicas, socioeconômicas e dificuldades encontradas para atendimento naquela unidade de saúde.

Ao final de cada atendimento, o médico nefrologista era convidado a responder um questionário cujas perguntas se relacionavam com o diagnóstico recebido pelo paciente, a presença de exames básicos para avaliação da função renal, o destino do paciente (admissão ou alta) e o preenchimento da ficha de contrarreferência.

Os dados foram descritos como média e desvio padrão e frequências relativas.

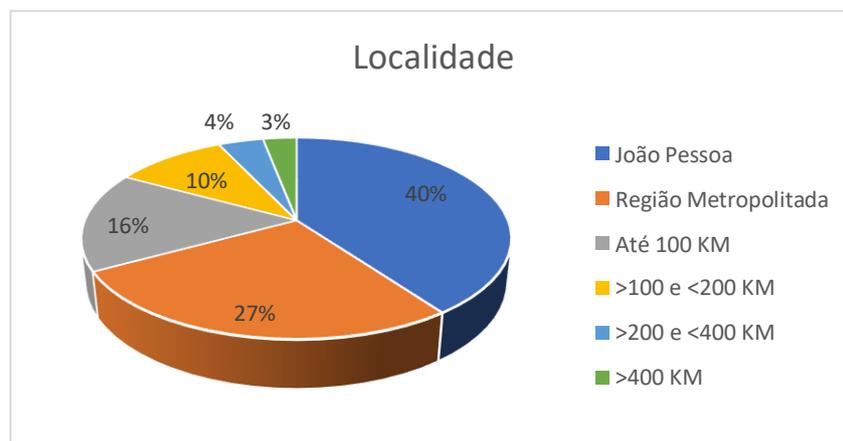
3. RESULTADOS

Nos 100 primeiros atendimentos que aqui descrevemos, a média de idade dos pacientes foi de 59 ± 17 anos. A faixa etária foi: 16% de 18 a 40 anos, 32% de 41 a 60 anos e 52% acima de 60 anos. Houve predomínio (52%) do sexo feminino, 58% de indivíduos pardos, 31% brancos, 9% pretos e 2% indígenas.

Todos os indivíduos atendidos eram provenientes do Estado da Paraíba sendo 40% de João Pessoa, 27% da Região Metropolitana de João Pessoa, 16%

de cidades do interior até 100 KM, 10% de cidades do interior com acima de 100 até 200 KM, 4% de cidades do interior acima de 200 KM até 400 KM e 3% de cidades do interior acima de 400 KM de distância (figura 1).

Figura 1. Localidade dos pacientes avaliados



Ao todo 16% dos pacientes eram analfabetos, 45% possuíam ensino fundamental incompleto, 3% ensino fundamental completo, 11% ensino médio incompleto, 16% ensino médio completo, 4% ensino superior incompleto e 3% ensino superior completo. No que diz respeito a renda, 14% não possuíam renda, 2% dependiam exclusivamente do programa bolsa família, 71% tinham renda até 2 salários mínimos, 11% entre 2-4 salários mínimos e 2% entre 4-10 salários mínimos.

Em sua grande maioria (94%) os pacientes foram encaminhados da rede pública, sendo 92% encaminhados pelo MFC, 5% por clínicos, 2% por urologistas e 1% por hematologistas.

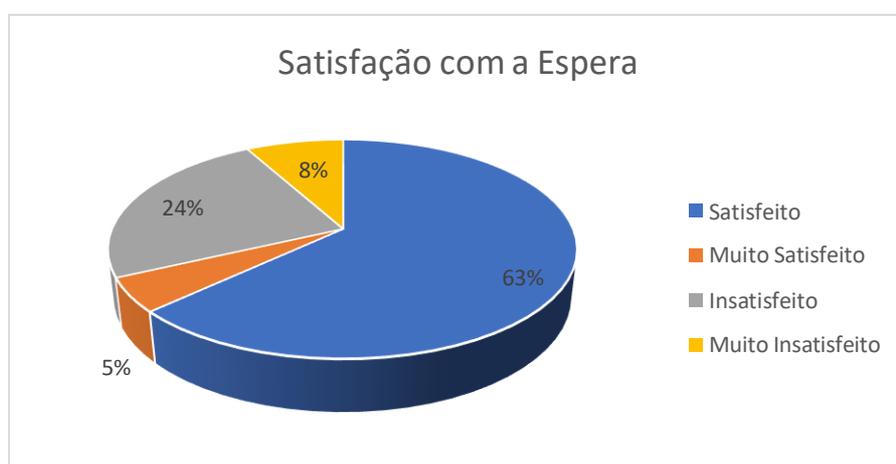
O tempo médio de espera para consulta com o nefrologista foi de $8,3 \pm 17,5$ semanas. O tempo mínimo de espera para a consulta foi de uma semana e o tempo máximo foi de 168 semanas. Os municípios com menor tempo de espera foram: Salgado de São Félix, Araruna, Bayeux, Novaes, Serra Branca e Esplanada; e os municípios com pior tempo de espera foram: Nova Alhandra e Serra da Raiz.

Um total de 16% das consultas foram remarçadas. Destas, 56,25% (9/16) por falta do profissional responsável pelo atendimento, 31,25% (5/16) devido a restrições impostas pela pandemia pelo Coronavírus, 6,25% (1/16) devido a falta

de transporte para deslocamento até o local da consulta e 6,25% (1/16) por problemas de comunicação entre a Unidade de Saúde da Família e o paciente.

No que diz respeito ao grau de satisfação com o tempo de espera, 63% se consideraram satisfeitos (média de 4,3, mínimo 1 e máximo 12 semanas de espera); 5% muito satisfeitos (média de 2,2, mínimo 1 e máximo 4 semanas de espera); 24% insatisfeitos (média 9,3, mínimo 4 e máximo 24 semanas de espera); e 8% muito insatisfeitos (média 41,1, mínimo 1 e máximo 168 semanas de espera).

Figura 2. Satisfação com o tempo de espera para consulta



Apesar de 60% dos indivíduos avaliados morarem em outros municípios, 64% optaram pelo deslocamento por meios próprios. Destes, 90,6% (58/64) escolheram se deslocar desta forma e 9,4% (6/64) o fizeram pela não disponibilização de transporte para tratamento fora de domicílio. Dos 36% que não se deslocaram por meios próprios, todos utilizaram o transporte para tratamento fora de domicílio disponível em seus municípios. A média de gasto para se deslocar para a consulta foi de R\$ 57 ± 82 reais (mínimo de R\$ 8,30 e máximo de R\$ 340,00). No total 7% dos pacientes referiram prejuízo com o gasto para a consulta.

Quanto as dificuldades encontradas para o acesso a unidade de saúde: 38% referiram deslocamento, transporte e distância; 11% acenaram para a demora para marcação e atendimento; enquanto 51% negaram dificuldades. 23% dos pacientes atendidos possuía alguma deficiência. Destes, 13% (3/23) eram cegos, 78,5% (18/23) possuíam alguma dificuldade para locomoção e 8,5%

(2/23) eram surdos. 13% (3/23) dos pacientes relataram dificuldades na acessibilidade devido a sua deficiência.

Um total de 50% dos pacientes informou que escolheria um serviço com nefrologista mais próximo de sua residência caso disponível, enquanto 10% continuariam se deslocando até o HULW para seu acompanhamento. 40% se abstiveram de resposta por morarem próximo ao local de atendimento.

Quando questionados sobre aceitação ao acompanhamento por nefrologistas através de telemedicina, 70% encontravam-se de acordo, enquanto 30% optariam pelo atendimento presencial. 77% acreditam que o atendimento presencial seria superior ao virtual, 22% consideram que o atendimento online seria superior ou equivalente ao presencial e 1% julgou irrelevante o formato online ou presencial para a qualidade da consulta.

A tabela 1 lista os principais motivos de encaminhamento para o ambulatório de nefrologia.

Tabela 1. Motivos de encaminhamento para o ambulatório de Nefrologia

%	Quadro informado pelo paciente ou descrito na ficha de encaminhamento
35%	DRC e/ou Creatinina elevada
23%	Cálculo Renal ou Ureteral
12%	Cisto Renal Simples
5%	Alterações em exame de urina ou creatinina após Covid-19
3%	Hidronefrose
3%	Rim Único
3%	Infecção do Trato Urinário
3%	Hematúria
2%	Dor Lombar
2%	Edema
2%	Nefropatia Diabética
1%	Bexiga Neurogênica
1%	Alteração do Exame de Urina
1%	Nódulo Renal
1%	Síndrome Nefrótica
1%	Microalbuminúria
1%	Hipertensão Arterial Sistêmica
1%	Síndrome do Quebra Nozes

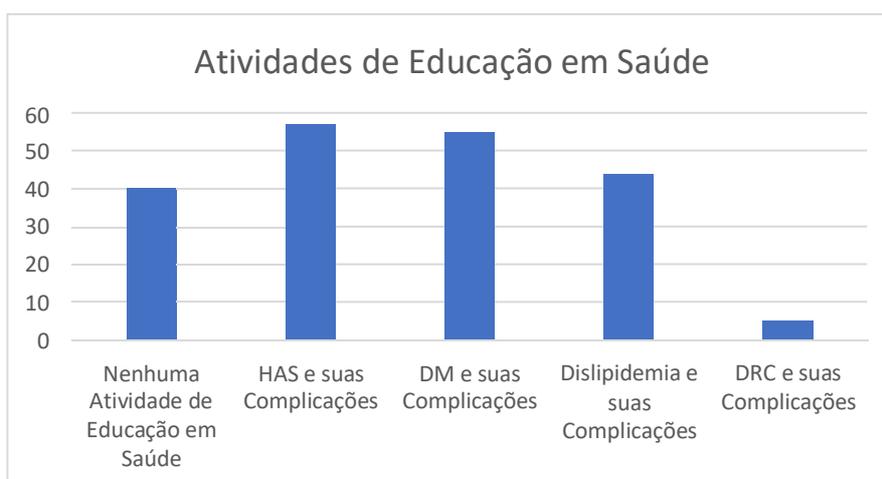
Um total de 37% dos pacientes possuía história familiar positiva para doença renal crônica. Quanto aos antecedentes patológicos pessoais: 73% apresentava hipertensão arterial sistêmica, 40% diabetes mellitus, 6% dislipidemia, 14% doença arterial coronariana, 3% insuficiência cardíaca, 3%

acidente vascular isquêmico prévio, 2% hipotireoidismo, 3% transtornos mentais, 2% arritmias, 19% obesidade, 2% sobrepeso, 27% tabagismo, 4% alcoolismo, 1% uso de drogas ilícitas, 55% infecção do trato urinário de repetição, 35% litíase urinária de repetição, 2% infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, 1% gota, 1% incontinência urinária e 1% hiperplasia prostática benigna.

No que diz respeito à busca de atendimentos médicos diversos na Unidade de Saúde da Família, 40% frequentam o médico apenas quando doente, 13% relatam ser avaliados anualmente, 7% uma vez a cada seis meses, 11% mais de uma vez por semestre, 10% mensalmente, 12% quinzenalmente e 7% semanalmente. 36% afirmam procurar a Unidade de Saúde da Família para atendimento médico devido a queixa que resultou no encaminhamento. 50% (18/36) apenas quando sintomático, 2,8% (1/36) anualmente, 2,8% (1/36) trimestralmente, 11,1% (4/36) mensalmente, 19,5% (7/36) semanalmente, 5,5% (2/36) duas vezes por semana e 8,3% (3/36) mais de três vezes por semana.

Quanto à educação em saúde: 42% dos pacientes informaram não receber educação em saúde, 57% sobre hipertensão arterial sistêmica e suas complicações, 55% sobre diabetes mellitus e suas complicações, 44% sobre colesterol alto e suas complicações e apenas 5% sobre DRC e suas complicações.

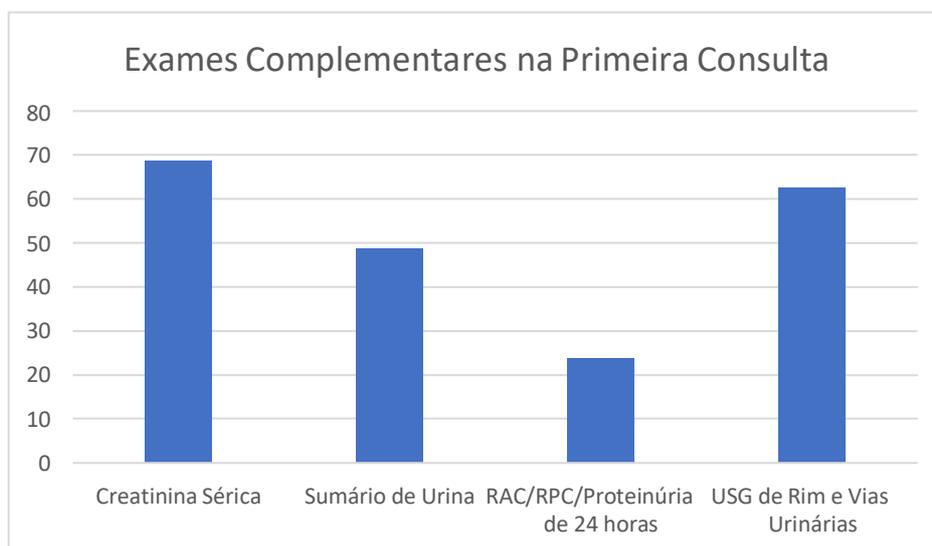
Figura 3. Atividades de Educação em Saúde realizados por MFC



Dos pacientes encaminhados para a primeira consulta com o nefrologista apenas 68,7% (55/80) haviam dosado a creatinina sérica. Destes 58,1% (32/55)

apresentavam alteração da creatinina sérica, 96,3% (53/55) tiveram a taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) pela fórmula do CKD-Epi e apenas 20% possuíam TFGe menor que 45mL/minuto/1,73m². 48,7% (39/80) dos pacientes traziam consigo sumário de urina para a primeira consulta. Destes, 43,5% (17/39) estavam alterados: 29,4% (5/17) proteinúria, 17,6% (3/17) hematuria, 11,7% (2/17) glicosúria, 6,2% (1/17) pH 8,0, 11,7% (2/17) hematuria + proteinúria, 11,7% (2/17) hematuria + leucocitúria, 11,7% (2/17) leucocitúria.

Figura 4. Exames complementares básicos para avaliação nefrológica trazidos na primeira consulta



Relação Albumina Creatinina em Amostra Única de Urina (RAC), ou Relação Proteína Creatinina em Amostra Única de Urina (RPC), ou Proteinúria em Urina de 24 horas foi solicitada pela Unidade de Saúde da Família em 23,7% (19/80). 10,5% (2/19) apresentavam proteinúria maior que 30 e menor que 300 mg/24 horas, 42,2% (8/19) apresentavam proteinúria maior que 300 e menor que 1000 mg/24 horas e 47,3% (9/19) apresentavam proteinúria maior que 1000mg/24 horas.

Um total de 62,5% (50/80) pacientes traziam consigo resultado de ultrassonografia de rins e vias urinárias. 28% (14/50) não apresentava alterações no método, 32% apresentavam litíase, 6% (3/50) litíase associada a hidronefrose, 18% (9/50) cistos renais simples, 4% (2/50) assimetria renal, 4%

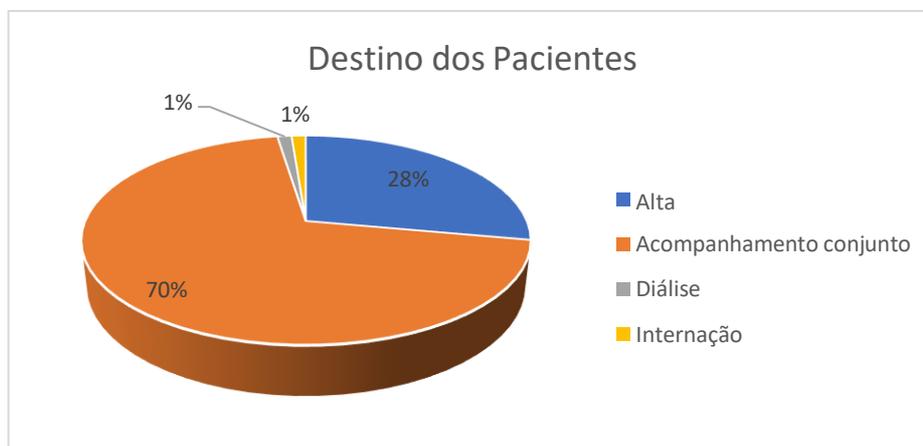
(2/50) hidronefrose, 4% (2/50) hiperplasia prostática benigna, 2% (1/50) rim pélvico e 2% (1/50) alteração da ecogenicidade.

Em 52,5% (42/80) dos pacientes o médico nefrologista afirmou que os dados coletados na consulta e os exames solicitados na Unidade de Saúde da Família e trazidos pelos pacientes para primeira consulta foram insuficientes para estabelecer o diagnóstico e definir o tratamento. Dentro dos exames solicitados para complementação foram citados: Sumário de Urina, Estudo Urodinâmico, Tomografia Computadorizada de Abdome e Pelve (Uro-TC), Creatinina sérica, Proteinúria em urina de 24 horas, Dismorfismo Eritrocitário, Ultrassonografia de Rim e Vias Urinárias, RPC, RAC, Urinocultura (URC) e bioquímica geral.

A DRC foi diagnosticada em 32,5% (26/80) pacientes. Destes, 3,8% (1/26) foram classificados como estágio G2, 34,6% (9/26) estágio G3a, 26,9% (7/26) estágio G3b, 19,2% (5/26) estágio G4 e 15,3% (4/26) estágio G5. Todos os pacientes do estágio G2 retornaram para a Atenção Primária sem acompanhamento conjunto com a nefrologia. 28,5% (2/7) pacientes do estágio G3a retornaram para a Atenção primária sem acompanhamento conjunto com a nefrologia. Todos os pacientes do estágio G3b a G5 foram admitidos no ambulatório de nefrologia para acompanhamento conjunto com a atenção primária. Um dos pacientes do estágio G5 foi encaminhado para internação hospitalar e outro para clínica satélite de diálise.

No geral, 27,5% (22/80) pacientes encaminhados para o ambulatório de nefrologia receberam alta do acompanhamento e retornaram para a Atenção Primária. 1,25% (1/80) foi encaminhado para internação, 1,25% (1/80) para clínica satélite de diálise, 1,25% (1/80) foi encaminhado para outra especialidade e 68,75% (55/80) ficou em acompanhamento conjunto entre a nefrologia e a atenção primária.

Figura 5. Destino dos pacientes avaliados



Em 61,2% (49/80) das vezes o formulário de contra-referência não foi preenchido pelo nefrologista. Nestes casos, o profissional relatou não ter redigido devido a falta de exames ou dados em 28,5% (14/49), em 67,3% (33/49) porque o paciente retornaria para consulta especializada, em 2% (1/49) por que foi encaminhado para internação e em 2% (1/49) porque foi encaminhado para a clínica satélite de diálise.

4. DISCUSSÃO

Muitos pacientes padecem da falta de estrutura e transporte para realizar consultas em hospitais de maior complexidade e, com isso, há maior dificuldade ao acesso a consultas com alguns especialistas, seja pela distância ou pela burocracia. Neste estudo, 60% dos indivíduos avaliados moravam em outros municípios. Destes, 36% se deslocaram através do programa tratamento fora de domicílio e 64% por meios próprios com gasto médio de R\$ 57 ± 82 reais (mínimo de R\$ 8,30 e máximo de R\$ 340,00). As dificuldades impostas pela distância e as dificuldades com o deslocamento ficam evidentes quando 38% dos pacientes destacaram estes fatores como problemas encontrados para o acesso à unidade de saúde. Isso pode contribuir para que 50% dos pacientes desejassem acompanhamento especializado em nefrologia mais próximo de seu domicílio.

Embora metade dos pacientes avaliados desejassem assistência especializada em nefrologia próximo ao seu domicílio, sabe-se que existe um déficit de nefrologistas no país. Em 2018, segundo a SBN¹, havia cerca de 3.500 nefrologistas distribuídos de forma irregular pelo país, com maior concentração dos profissionais no Sudeste e em grandes centros, tornando a proporção nefrologista/população e a assistência desiguais. Vale destacar, ainda, que a portaria nº 1675 de 07 de junho de 2018³ estabelece que todo estado deve possuir um centro multiprofissional de referência para o tratamento ambulatorial conservador de pacientes com DRC. Contudo, o estado da Paraíba não possui este centro e, na verdade, possui poucos serviços ambulatoriais especializados em nefrologia no SUS o que leva a necessidade de grandes deslocamentos por parte da população.

Uma solução para a questão relacionada ao deslocamento para assistência, associada à distribuição desigual de nefrologistas no país, seria o uso de ferramentas de telemedicina. Neste estudo, 70% dos pacientes estavam dispostos a realizar atendimentos remotos, apesar de 77% acreditarem que o atendimento presencial seria superior ao virtual.

Associado ao deslocamento, muitos pacientes chegam às primeiras consultas sem exames complementares necessários para a avaliação especializada. Neste estudo apenas 68,7% dos entrevistados tinham dosagem de creatinina sérica, 48,7% realizaram sumário de urina, 23,7% possuíam RAC, RPC ou Proteinúria de 24 horas e 62,5% traziam consigo ultrassonografia de rim e vias urinárias. A falta destes exames complementares contribuiu para que, em 52,5% dos casos, um diagnóstico não fosse estabelecido e o tratamento iniciado. Os exames complementares mais comumente solicitados nestes casos foram: creatinina sérica, sumário de urina, proteinúria em urina de 24 horas, pesquisa de dismorfismo eritrocitário, urinocultura e exames de imagem que poderiam ter sido requeridos ainda na atenção primária à saúde. A falta de exames, inclusive, motivou ao não preenchimento da contra-referência pelo nefrologista em 28,5% das vezes. No estudo de Padovani⁶, 26% dos pacientes necessitaram de novos

⁶ Padovani CSS, Schor N, Laranja SMR. Avaliação do perfil epidemiológico e das dificuldades encontradas pelos pacientes para o atendimento de primeira consulta no ambulatório de triagem da nefrologia da UNIFESP. **J Bras**

exames para definição diagnóstica devido a defasagem de dados complementares. A ausência de exames complementares pertinentes para a avaliação inicial leva a necessidade de novas avaliações, acarretando novos deslocamentos para a unidade de saúde, aumento das filas na atenção secundária e gastos em saúde.

É importante destacar que o KDIGO⁷ recomenda utilizar a fórmula do Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) para a estimativa da taxa de filtração glomerular utilizando a creatinina sérica. Neste sentido, o presente estudo evidenciou o uso desta fórmula em 96,3% dos pacientes que tiveram a creatinina sérica dosada, apontando para amplo conhecimento e uso desta na atenção primária desta coorte.

O encaminhamento para o HULW é realizado por meio de ficha de solicitação que passa por uma central de encaminhamentos responsável pela marcação das consultas em regiões de referência, dentro ou fora do município/estado a depender da infraestrutura local, podendo demorar substancialmente até a marcação. De acordo com o presente trabalho, o tempo médio de espera para consulta com o nefrologista foi de $8,3 \pm 17,5$ semanas. O tempo mínimo de espera para a consulta foi de uma semana e o tempo máximo foi de 168 semanas. Neste estudo, 63% dos pacientes encontravam-se satisfeitos com o tempo de espera para a consulta. Neste caso, a média do tempo de espera foi de 4,3 semanas, com tempo máximo de 12 semanas e mínimo de 1 semana. Quanto maior a média do tempo de espera pior foi a satisfação com o tempo de espera. No estudo de Padovani⁶, 86% dos pacientes estavam insatisfeitos com o tempo de espera, com 47% dos pacientes aguardando até 6 meses para consulta.

No nosso trabalho, a DRC foi diagnosticada em 32,5% pacientes. Destes, todos os pacientes em estágio G2 retornaram para a Atenção Primária sem acompanhamento conjunto com a nefrologia; 28,5% dos pacientes em estágio G3a retornaram para a Atenção primária sem acompanhamento conjunto com a

Nefrol. [online]. 2012; 34(4):317-322 [Acessado 5 Maio 2022] , Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0101-2800.20120019>>. Epub 07 Jan 2013. ISSN 2175-8239. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20120019>.

⁷KDIGO: KIDNEY INTERNATIONAL SUPPLEMENTS: Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. **Kidney Int Suppl.** 2013;3(1).

nefrologia; todos os pacientes estágio G3b a G5 foram admitidos no ambulatório de nefrologia para acompanhamento conjunto com a atenção primária; um dos pacientes estágio G5 foi encaminhado para internação hospitalar e outro para clínica satélite de diálise.

No geral, 27,5% pacientes encaminhados para o ambulatório de nefrologia receberam alta do acompanhamento e retornaram para a Atenção Primária e 68,75% ficaram em acompanhamento conjunto entre a nefrologia e a atenção primária. No estudo de Bahiense-Oliveira⁴, dos 150 pacientes avaliados, em 52,7% (n = 79) dos casos, na interpretação dos pesquisadores, não havia necessidade do nefrologista para o diagnóstico ou para a conduta clínica, bem como para o seguimento dos pacientes naquele momento. Em 31 pacientes não foram encontradas afecções do aparelho urinário e em 48 pacientes, encaminhados por médicos do serviço público ou privado, não havia necessidade do especialista. Dentre todos os atendidos, 71 pacientes (47,3%) foram admitidos no ambulatório para ao menos uma avaliação anual. Já no estudo de Padovani⁶, de 341 pacientes entrevistados, 26% (86/341) necessitaram de exames para confirmação ou definição de diagnóstico e 12% (41/341) deveriam ser acompanhados pelo médico de atendimento primário em sua própria unidade básica.

Na Bahia, Godinho⁵ registra que 71% dos pacientes que eram admitidos com DRC estágio G5 no hospital de referência para nefrologia não tinham mantido contato com o nefrologista. Muitos destes pacientes chegaram com urgência dialítica. Na Paraíba, Junior⁸⁸ relata que em relação a assistência médica pré-hemodiálise, observou-se que 60% (147 pacientes) dos doentes foram acompanhados por um médico nefrologista imediatamente ou apenas um mês antes da primeira sessão de HD, e apenas dois pacientes (cerca de 1%) relataram ter realizado biópsia renal. No presente estudo apenas 34,5% dos pacientes com DRC encaminhados pela Atenção Primária possuíam estágio G4-G5, dois deles já com indicação de diálise. Desta forma, assim como Bahiense-

⁸ Junior HMJ, Formiga FFC, Alexandre CS. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em programa crônico de hemodiálise em João Pessoa - PB. *J Bras Nefrol* 2014;36(3):367-374. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20140052>

Oliveira⁴, o presente estudo traz à luz o paradoxo do uso inadequado da qualificação do nefrologista como especialista no atendimento precoce do nefropata, em contraponto ao encaminhamento tardio desse paciente para o especialista já no estágio G5, tal qual exposto por Júnior⁸ na Paraíba e Godinho⁵ na Bahia.

Embora não exista consenso entre os especialistas sobre quando o paciente corretamente identificado como DRC deve ser encaminhado para avaliação do nefrologista, a literatura aponta na direção do estágio G3b-G4. Para Stevens⁹, diagnóstico precoce implica em menor tempo de lesão renal e, dessa forma, numa classificação melhor da doença em questão, além de possibilitar a implementação de medidas de nefroproteção, redução da taxa de progressão e de oportuno encaminhamento para preparação para Terapia Renal Substitutiva (TRS) quando adequado. O encaminhamento no estágio G5 muitas vezes implica na perda de oportunidade para implementação de medidas de redução de progressão e de preparo adequado para a TRS.

Segundo Bahiense-Oliveira⁴, ± 50% dos pacientes foram encaminhados inadequadamente pelos médicos do SUS e vagas de atendimento com o nefrologista foram utilizadas por pacientes que não as necessitavam, enquanto, sabidamente, há nefropatas na rede do SUS, identificados ou não, com dificuldades de acesso a esse profissional. No presente estudo, pelo menos 28,75% não apresentava justificativa para continuar o acompanhamento em serviço de nefrologia.

Os pacientes muitas vezes desconhecem a doença renal crônica, suas causas e os seus sintomas, o que, com frequência, leva ao agravamento da doença renal. Neste estudo apenas 5% dos pacientes referiram receber educação em saúde sobre DRC e suas complicações, ao passo que 57% referiram ter recebido educação em saúde sobre hipertensão arterial sistêmica e suas complicações, 55% sobre diabetes mellitus e suas complicações e 44% sobre colesterol alto e suas complicações.

⁹Stevens LA, Padala S, Levey AS. Advances in Glomerular Filtration Rate Estimating Equations. *Curr Opin Nephrol and Hypertens.* 2010;19(3):298-307.

Segundo White¹⁰, existe grande destaque na mídia para as doenças cardiovasculares, no concernente à doença renal crônica, entretanto, as informações são escassas. Um estudo realizado, na Austrália, identificou o grau de conhecimento de 852 indivíduos sobre os fatores de risco para doença renal crônica, ocasião em que apenas 2,8% e 8,6% dos participantes conseguiram citar adequadamente hipertensão arterial sistêmica e diabetes, respectivamente. Waterman¹¹ um estudo americano realizado com 2017 indivíduos afroamericanos, constatou que 48,6% dos participantes sabiam a correta definição de doença renal crônica e 23,7% conheciam algum teste para o diagnóstico dessa condição, como a creatinina.

No Brasil, segundo Di Luca¹² a situação é ainda mais preocupante: quase dois terços dos indivíduos avaliados não sabiam sequer o que significava a palavra “nefrologia”. Merecem menção relatos na literatura, como o Tuot¹³ que aborda o desconhecimento de pacientes com doença renal crônica terminal sobre sua enfermidade e Júnior⁸, que evidenciou que 100% dos pacientes com DM e HAS não sabiam da relação dessas comorbidades com a DRC. Segundo Cotta¹⁴ a lacuna entre o conhecimento técnico e popular tem importância significativa no desfecho clínico dos pacientes. Em Pena¹⁵, é sabido, que maior conhecimento da especialidade e fatores de risco para uma doença resultam em diagnóstico e tratamento precoce com diminuição da morbimortalidade.

É importante destacar a análise socioeconômica destas pessoas encaminhadas para assistência nefrológica para poder conhecer as oportunidades a que estão sujeitas e entender, muitas vezes, o custo da demora

¹⁰ White SL, Polkinghorne KR, Cass A, Shaw J, Atkins RC, Chakraborty S. Limited knowledge of kidney disease in a survey of AusDiab study participants. **Med J Aust** 2008;188:204-8. PMID:18279125

¹¹ Waterman AD; Browne T, Waterman BM, Gladstone EH, Hostetter T. Attitudes and behaviors of African Americans regarding early detection of kidney disease. **Am J Kidney Dis** 2008;51:554-62. <http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2007.12.020> PMID:18371531

¹² Di Luca DG, Oliveira DCL, Guimarães LER, Tamiasso GC, Goulart LBZ, Rosa MLG et al. Evaluation of knowledge of the term "nephrology" in a population sample. **J. Bras. Nefrol.** 2013;35(2):107-111. <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20130018>

¹³ Tuot D, Plantinga, LC. What patients don't know may hurt them: knowledge and the perception of knowledge among patients with CKD. **Kidney Int, J Bras Nefrol.** 2011;80:1256-7. <http://dx.doi.org/10.1038/ki.2011.269> PMID:22126982

¹⁴ Cotta RMM, Reis RS, Carvalho AL, Batista KCS, Castro FAF, Alfenas RCG. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. **Physis.** 2008;18(4):745-766. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000400008>

¹⁵ Pena PFA, Júnior AGS, Oliveira PTR, Remigio GA, Liborio AB. Cuidado ao paciente com doença renal crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. **Ciênc Saúde Coletiva** 2012;17:3135-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100029>

na marcação de consultas e do deslocamento até o serviço, especialmente quando se considera a grande disparidade sócio regional que permeia a nossa sociedade.

Neste estudo observou-se que a grande maioria dos pacientes eram analfabetos e/ou não haviam concluído o ensino fundamental (somados: 61%) e 71% recebiam até 2 salários mínimos. Na Bahia, cidade também localizada no Nordeste, segundo Bahiense-Oliveira⁴, 45% estavam entre analfabetos ou não completaram o ensino fundamental; já no Sudeste, segundo Padovani⁶, 48,5% (165/341) recebem um salário mínimo, mas todos os pacientes, eram alfabetizados. Ainda, 17% dos pacientes logravam há mais de 100km da capital João Pessoa. Estas pessoas gastaram, em média, R\$ 57 ± 82 reais (quase 5% do salário mínimo atual). Um total de 7% referiu prejuízo com o gasto para o deslocamento. Além disso, 23% dos pacientes atendidos possuía alguma deficiência, com 13% referindo prejuízo na acessibilidade. Tantas questões particulares, que associadas a outras não avaliadas neste estudo: gastos com alimentação, faltas no trabalho e etc, impõem dificuldades a acessibilidade dos indivíduos para consultas muitas vezes desnecessárias quando se percebe que pelo menos 28,75% não apresentava justificativa para ser avaliada por um nefrologista.

5. CONCLUSÃO

Nossos resultados sugerem que cerca de um quarto dos atendimentos realizados (27,5%) poderiam ter sido realizados e resolvidos na atenção primária. Além disso, mais da metade dos pacientes (52,5%) chegaram sem exames básicos necessários para uma avaliação especializada que possibilitasse diagnóstico, tratamento e/ou acompanhamento de patologias renais. Dos 32,5% pacientes diagnosticados com DRC, a maior parte encontrava-se em estágios que não demandavam acompanhamento com o nefrologista. Apesar disso, o ambulatório absorveu parte dos G3a e todos os G3b. O baixo número de pacientes G4-G5 encaminhamos nos faz questionar para onde estão sendo referenciados os demais pacientes nestes estágios de

maior gravidade visto que o HULW é uma das principais referencias para o Estado.

Uma quantidade considerável de pacientes precisou se deslocar por grandes distancias para a consulta especializada. O gasto médio de deslocamento foi de 5% do salário-mínimo em 2022. Em decorrência disto, cerca de 50% desejavam que a consulta com o especialista fosse mais perto de sua residência. Quase três quartos (70%) dos pacientes aceitaria consultas por telemedicina visando reduzir as distancias.

Adicionalmente o estudo aponta para a pouca abordagem da doença renal crônica e suas complicações nas atividades de educação em saúde na atenção primária uma vez que apenas 5% dos pacientes conheciam ou haviam recebido informações sobre o tema.

Desta forma, é necessário discutir os critérios de encaminhamento para o nefrologista junto com os profissionais da atenção primária e promover a capacitação e a criação de fluxos junto a estes profissionais. Adicionalmente, incentivar o rastreio da DRC em pacientes sob risco, possibilitando o diagnóstico de pacientes com estágios G3b-G5. E, por fim, estimular conversas e atividades de educação a saúde sobre doença renal crônica na atenção primária a saúde e na mídia em geral.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O trabalho apresenta limitações. No que se refere ao n da amostra, houve dificuldade no início da pesquisa, devido à pandemia pelo SARS-Cov-2. Alguns feriados e motivos médicos e pessoais reduziram o número de atendimentos no ambulatório para uma quantidade menor de dias. Uma das nefrologistas do ambulatório de nefrologia não aceitou participar do estudo. Devido a quantidade grande de atendimentos por turno, não foi possível coletar todos os questionários após consulta (apêndice B) resultando em 20 pacientes a menos na amostra.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos funcionários e pacientes do ambulatório de nefrologia do HULW pela disponibilidade e pelo auxílio durante a execução da pesquisa.

6. REFERÊNCIAS

1. **Sociedade Brasileira de Nefrologia.** Censo SBN 2018.
2. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de saúde. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: endocrinologia e nefrologia.** ENDOCRINOLOGIA E NEFROLOGIA, 2015; Brasília, DF.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1675 de 07 de junho de 2018. Publicada no DOU Nº 109 seção 01, de 08/06/2018, Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica – DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, 2018; Brasília, DF.
4. Bahiense-Oliveira M, Duarte D, Meira GGC, Codes, JJ, Ribeiro MZ. Referência para o ambulatório de nefrologia: inadequação da demanda para o especialista. **J Bras Nefrol.** 2010;32(2):145-148 [online]. Acessado 5 Maio 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-28002010000200002>>. Epub 12 Jul 2010. ISSN 2175-8239. <https://doi.org/10.1590/S0101-28002010000200002>.
5. Godinho TM , Lyra TG, Braga PS, Queiroz RA, Alves JA, Kraychete AC et al. Perfil do paciente que inicia hemodiálise de manutenção em hospital público em Salvador, Bahia. **J Bras Nefrol.** 2006;28(2)96-103. https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn_v28n2a07.pdf

6. Padovani CSS, Schor N, Laranja SMR. Avaliação do perfil epidemiológico e das dificuldades encontradas pelos pacientes para o atendimento de primeira consulta no ambulatório de triagem da nefrologia da UNIFESP. **J Bras Nefrol.** [online]. 2012; 34(4):317-322 [Acessado 5 Maio 2022] , Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0101-2800.20120019>>. Epub 07 Jan 2013. ISSN 2175-8239. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20120019>.
7. KDIGO: KIDNEY INTERNATIONAL SUPPLEMENTS: Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. **Kidney Int Suppl.** 2013;3(1).
8. Junior HMJ, Formiga FFC, Alexandre CS. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em programa crônico de hemodiálise em João Pessoa - PB. **J Bras Nefrol** 2014;36(3):367-374. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20140052>
9. Stevens LA, Padala S, Levey AS. Advances in Glomerular Filtration Rate Estimating Equations. **Curr Opin Nefrol and Hypertens.** 2010;19(3):298-307.
10. White SL, Polkinghorne KR, Cass A, Shaw J, Atkins RC, Chaudhan SJ. Limited knowledge of kidney disease in a survey of AusDiab study participants. **Med J Aust** 2008;188:204-8. PMID:18279125
11. Waterman AD; Browne T, Waterman BM, Gladstone EH, Hostetter T. Attitudes and behaviors of African Americans regarding early detection of kidney disease. **Am J Kidney Dis** 2008;51:554-62. <http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2007.12.020> PMID:18371531

12. Di Luca DG, Oliveira DCL, Guimarães LER, Tamiasso GC, Goulart LBZ, Rosa MLG et al. Evaluation of knowledge of the term "nephrology" in a population sample. **J. Bras. Nefrol.** 2013;35(2):107-111. <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20130018>
13. Tuot D, Plantinga, LC. What patients don't know may hurt them: knowledge and the perception of knowledge among patients with CKD. *Kidney Int*, **J Bras Nefrol.** 2011;80:1256-7. <http://dx.doi.org/10.1038/ki.2011.269> PMID:22126982
14. Cotta RMM, Reis RS, Carvalho AL, Batista KCS, Castro FAF, Alfnas RCG. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. **Physis.** 2008;18(4):745-766. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000400008>
15. Pena PFA, Júnior AGS, Oliveira PTR, Remigio GA, Liborio AB. Cuidado ao paciente com doença renal crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. **Ciênc Saúde Coletiva** 2012;17:3135-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100029>

APÊNDICE A

Ficha de Coleta de Dados

Nº da ficha

Nº prontuário _____

Idade (anos) _____ Gênero: () Feminino () Masculino

Etnia: () Branco () Pardo () Preto

Estado onde reside _____

Bairro onde reside _____

Renda familiar () acima de 20 salários mínimos (R\$ 19.960,01)

() 10-20 salários mínimos (R\$ 9.980,01 até 19.960,00)

() 4-10 salários mínimos (R\$ 3.992,01 até 9.980,00)

() 2-4 salários mínimos (R\$ 1.996,01 até 3.992,00)

() até 2 salários mínimos (R\$ 1.996,00)

Escolaridade () Fundamental incompleto () Fundamental completo

() Médio incompleto () Médio completo

() Superior incompleto () Superior completo

() Pós graduação incompleta () Pós graduação completa

() Analfabeto

Período de espera para a consulta (semanas) _____

Teve a consulta remarcada? () SIM () NÃO

Qual foi o motivo da remarcação?

Qual o seu grau de satisfação para o tempo de espera pela consulta?

() Muito insatisfeito () Muito satisfeito () Indiferente

() Insatisfeito () Satisfeito

Como veio para a consulta? () Por conta própria () Apoio do município

Se veio por conta própria:

() Escolheu vir dessa forma () Não foi disponibilizado transporte

Qual foi o gasto financeiro com a viagem? _____

Isso gerou algum prejuízo financeiro? () SIM () NÃO

Se veio de outra cidade:

Você preferia que a consulta tivesse sido realizada na sua cidade ou mais

próximo a ela? () SIM () NÃO

Quais foram as dificuldades enfrentadas para vir ao ambulatório?

Aceitaria ser atendido através de teleinterconsulta (médico da UBS com médico do HU online? () sim () não

Seria melhor ser atendido da forma proposta acima ? () sim () não

Foi encaminhado de qual serviço? () Público () Privado

Foi encaminhado por qual especialidade? _____

Possui alguma deficiência? () SIM () NÃO

Se sim, qual? _____

Teve alguma dificuldade de acessibilidade no hospital, até o ambulatório, devido à deficiência? () SIM () NÃO

Queixas atuais do paciente ou motivo do encaminhamento:

() Hidronefrose / Rim dilatado / Obstrução uretral

() Dor lombar

() Cálculo Renal / Cólicas renais

() DHE

() DAB

() Infecção urinária

() Cisto renal simples

() Cisto renal complexo

() DRPAD

() DRC / creatinina alta

() Hematúria / Urina vermelha ou com sangue

() Proteinúria / Urina espumosa

() Hipertensão

() Nefropatia diabética

() Ureia alta

() Edema / inchaço

() Risco cirúrgico

Outro: _____

Quantas vezes por semana você procura a USF por conta do problema ao qual você foi encaminhado para essa unidade hoje?

Antecedentes patológicos:

() HAS () ITU () IAM () AVC () Tabagismo

() DM () DRC () Litíase Urinária () Obesidade

Outro: _____

Existe algum caso de doença renal na família? () SIM () NÃO

Com qual frequência você vai ao médico?

- | | |
|--------------------------------|------------------------|
| () >1 vez por mês | () 1 vez por mês |
| () >1 vez por semestre | () 1 vez por semestre |
| () >1 vez por ano | () 1 vez por ano |
| () Apenas quando estou doente | |

Seu médico/equipe de saúde costuma falar sobre:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| () Hipertensão | () Complicações da hipertensão |
| () Diabetes | () Complicações do diabetes |
| () Colesterol alto | () Complicações do colesterol alto |
| () DRC | () Complicações da DRC |
| () Esses assuntos não são abordados | |
| () Não costumo receber educação em saúde | |

APÊNDICE B

FICHA DE AVALIAÇÃO APÓS CONSULTA

O paciente tinha creatinina dosada? () SIM () NÃO

Se sim, qual valor? _____

Foi calculada a TFG? () SIM () NÃO

Se sim, com qual fórmula? _____

O paciente tinha sumário de urina? () SIM () NÃO

Se sim, havia alguma alteração? () SIM () NÃO

Se sim, qual? _____

O paciente tinha RAC/RPC ou proteinúria de 24 horas? () SIM () NÃO

Se sim, qual valor? _____

O paciente tinha USG de rim e vias urinárias? () SIM () NÃO

Se sim, havia alguma alteração? () SIM () NÃO

Se sim, qual? _____

Na sua avaliação, os dados coletados na consulta e os exames trazidos pelo paciente da APS foram suficientes para o diagnóstico e a decisão de manter ou não a consulta? () SIM () NÃO

Se não, quais exames você solicitou para complementar?

Se sim, qual diagnóstico você deu? _____

Se a resposta acima foi DRC, em qual estágio de TFGe e albuminúria o paciente se encontra?

() G1 () G3a () G4 () A1 () A2

() G2 () G3b () G5 () A3

Ainda, se sim, como você procedeu ao final da consulta?

() O paciente retornará para a APS recebendo alta da Nefrologia

() O paciente foi encaminhado para outro especialista

() O paciente manterá consulta com a nefrologia e com a APS

Você preencheu contra referência ou emitiu laudo para informar ao colega que te encaminhou o paciente sua avaliação e conduta? () SIM () NÃO

Se não, por que? _____

ANEXO A

Solicitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa, intitulada “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DAS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS PACIENTES ENCAMINHADOS PARA PRIMEIRA CONSULTA NO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY” e está sendo desenvolvida por Bruna Guimarães, do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação dos professores: Ms. Pablo Rodrigues Costa Alves e Dra. Cristianne da Silva Alexandre.

O objetivo deste estudo é avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes e das dificuldades dos pacientes encaminhados, pelas UBS ou outros hospitais e unidades de saúde, ao ambulatório de Nefrologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley, vinculado a Universidade Federal da Paraíba, para avaliação e tratamento de doenças renais. A finalidade deste trabalho é contribuir para a integralidade da assistência recebida por pacientes portadores de doenças renais e complementar o conhecimento atual sobre esse tema.

Solicitamos a sua colaboração para realização de uma entrevista com duração média de 6 minutos, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa possui risco mínimo previsível, uma vez que se trata de preenchimento de questionário com entrevista. Todavia, caso a entrevista lhe cause desconforto, constrangimento ou ansiedade, ela poderá ser interrompida a qualquer momento. Neste caso, poderemos ver outro local para realização da entrevista, ou até mesmo suspendê-la em definitivo caso você assim prefira ou o pesquisador responsável note algum risco associado.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do pesquisador responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científico (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante ou Responsável Legal

Contato com o pesquisador responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor contatar o pesquisador Pablo Rodrigues Costa Alves e-mail: pablormalves@gmail.com ou o Comitê de Ética do Centro de Ciências Médicas – Endereço: Centro de Ciências Médicas – 3o Andar, sala 14. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa – PB. CEP: 58059- 900. E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br Campus I – Fone: (83)3216-7619.

ANEXO B



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CERTIDÃO Nº 9 / 2022 - CCM-DMI (13.39.35.02)

Nº do Protocolo: 23074.026298/2022-58

João Pessoa-PB, 25 de Março de 2022

Certifico, para os devidos fins, que o Chefe do Departamento de Medicina Interna aprovou, por *Ad Referendum*, o projeto de TCC intitulado "**Perfil Epidemiológico e das Dificuldades Encontradas Pelos Pacientes Encaminhados para Primeira Consulta no Ambulatório do Hospital Universitário Lauro Wanderley**", orientado pelo professor Pablo Rodrigues Costa Alves, matrícula SIAPE nº 3093745. Eu, Aline Rejane Nascimento Silva, lavrei e subscrevi a presente certidão. João Pessoa, 25 de Março de 2022.

(Assinado digitalmente em 25/03/2022 07:55)
ALINE REJANE NASCIMENTO SILVA
ASSISTENTE EM ADMINISTRAÇÃO
Matrícula: 2072478

(Assinado digitalmente em 30/03/2022 13:58)
HEYDRICH LOPES VIRGULINO DE
MEDEIROS
CHEFE DE DEPARTAMENTO
Matrícula: 1485841

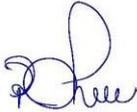
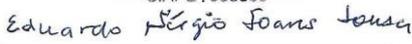
Para verificar a autenticidade deste documento entre em <https://sjpac.ufpb.br/documentos/> informando seu número: 9, ano: 2022, documento (espécie): CERTIDÃO, data de emissão: 25/03/2022 e o código de verificação: e5a5eea2db

ANEXO C



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Perfil epidemiológico e das dificuldades encontradas pelos pacientes encaminhados para primeira consulta no ambulatório de nefrologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 200			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: PABLO RODRIGUES COSTA ALVES			
6. CPF: 032.586.895-63		7. Endereço (Rua, n.º): INDIO ARABUTAN CABO BRANCO 212 JOAO PESSOA PARAIBA 58045040	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 83999401823	10. Outro Telefone:	11. Email: pablortalves@gmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>11</u> / <u>05</u> / <u>21</u>		 _____ Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Centro de Ciências Médicas		13. CNPJ:	14. Unidade/Orgão: UFPB - Centro de Ciências Médicas/CCM
15. Telefone: (83) 3216-7619	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Eduardo Sérgio Soares Sousa</u>		CPF: <u>436.660.784-00</u>	
Cargo/Função: <u>Diretor do CCM/UFPB</u>		Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa Diretor de Centro CCM/UFPB SIAPE 7336868  _____ Assinatura	
Data: <u>11</u> / <u>05</u> / <u>2021</u>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO D



Brazilian Journal of Nephrology (Jornal Brasileiro de Nefrologia) é um periódico de acesso aberto, com 40 anos de existência e indexação no PUBMED Central, Medline e SCIELO. Publicado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, possui seus conteúdos revisados por pares e divulgados em português e inglês na versão online.
ISSN-L 0101-2800 ISSN (Online) 2175-8239

[Pesquisar conteúdo do site \(exceto\)](#)

 EN
 PT

[Home /](#)
INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Instruções aos Autores

- [1. Escopo e Política Editorial](#)
- [2. Processo de Revisão](#)
- [3. Submissão dos Manuscritos](#)
- [4. Idioma](#)
- [5. Formatos das Contribuições](#)
- [6. Estrutura e Preparo dos Manuscritos](#)

1. Escopo e Política Editorial

O Brazilian Journal of Nephrology (Jornal Brasileiro de Nefrologia) tem como missão contribuir para o avanço do conhecimento científico e da prática profissional em Nefrologia, por meio da publicação de estudos originais relevantes, nas áreas de pesquisa básica e clínica.

O periódico online é publicado nos idiomas português e inglês e tem acesso aberto e gratuito, sob a Licença Creative Commons do tipo atribuição BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Os autores estão livres de cobrança de taxas para a submissão e publicação de manuscritos. Os direitos autorais dos artigos serão automaticamente transferidos para a Sociedade Brasileira de Nefrologia. O conteúdo do material enviado para publicação não pode ter sido previamente publicado ou submetido a outros periódicos. Para publicar, mesmo que em parte, em outro periódico, é necessária a aprovação por escrito dos editores. Os conceitos e declarações contidos nos referidos manuscritos são de inteira responsabilidade dos autores.

2. Processo de revisão

Para a seleção dos manuscritos, avalia-se a originalidade, a relevância dos tópicos e a qualidade da metodologia científica, bem como o atendimento às normas editoriais adotadas pelo periódico. A submissão de manuscritos em discordância com o formato descrito neste documento, poderá incorrer em sua devolução. Os manuscritos submetidos ao BJN passam por uma avaliação preliminar, realizada por até dois membros da Equipe Editorial, com base nos seguintes critérios: a) relevância do manuscrito para o periódico; b) qualidade dos dados estatísticos gerados pelo estudo; c) adequação da abordagem metodológica; e d) relevância das conclusões alcançadas. Os manuscritos aprovados nesta etapa são submetidos a avaliação de especialistas externos, na modalidade revisão por pares simples cego. Dos manuscritos submetidos ao BJN, cerca de um terço é aprovado para publicação.

3. Submissão dos Manuscritos

A submissão de manuscritos ao Brazilian Journal of Nephrology é realizada de forma online, a partir de: <https://mc.manuscriptcentral.com/jbn-scielo>.

Os manuscritos poderão ser submetidos em português e/ou inglês, não sendo permitida a submissão simultânea a outro periódico, parcial ou integralmente. O BJN considera como infração ética a publicação duplicada ou fragmentada de uma mesma pesquisa. Ferramentas para localização de similaridade de textos são utilizadas pelo periódico para detecção de plágio. Em caso de plágio detectado, o BJN segue as orientações do Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors do Committee on Publication Ethics - COPE (<https://publicationethics.org/>).

EDIÇÃO ATUAL



Brazilian Journal of Nephrology
Volume 42
Issue 3 / 2020

PESQUISAR ARTIGOS

Pesquisar em:
 Títulos e Resumos
 Autores Palavras-chave

Selecione a seção

Ano/Volume

ISSUE

TAGS

[Diálise Diálise Peritoneal](#)
[diálise renal](#)
[Falência renal crônica](#)
[Hiperemissão](#)
[Insuficiência Renal Crônica](#)
[Lesão renal aguda](#)
[Proteção da qualidade de vida](#)
[transplante de rim](#)

INDEXADORES

Todos os autores devem associar o número de registro no ORCID (<https://orcid.org>) ao seu perfil, a partir do sistema de submissão do BJN.

A submissão de um manuscrito ao BJN deve ser acompanhada dos seguintes documentos (via sistema - Step 5: Details & Comments):

1. *Carta de apresentação* assinada por todos os autores do manuscrito, conforme modelo previamente definido ([Download](#)). A ausência de assinatura pode ser interpretada como desinteresse ou desaprovação da publicação, determinando a exclusão do nome da relação de autores;
2. *Cópia da carta de aprovação do Comitê de Ética* da instituição onde foi realizado o trabalho - quando referente a intervenções (diagnósticas ou terapêuticas) em seres humanos;
3. *Documento principal* ([Ver Estrutura e Preparo dos Manuscritos](#)).



4. Idioma

O BJN aceita trabalhos escritos em português e/ou inglês, preferencialmente em inglês. Estimula-se a submissão de manuscritos nos dois idiomas por brasileiros.

Para manuscritos submetidos em português, é necessário que os autores também forneçam título, descritores, resumo, tabelas, ilustrações e legendas no idioma inglês. Em caso de aprovação, os manuscritos serão traduzidos para o inglês e submetidos à avaliação dos autores, juntamente com a respectiva versão em português.

Para os manuscritos submetidos em inglês, não é necessário que os autores forneçam título, descritores, resumo e legendas de tabelas e ilustrações no idioma português. Se aprovados para publicação, os manuscritos serão traduzido para o português e submetidos à avaliação dos autores, juntamente com a versão correspondente, no momento da revisão das provas.

5. Formato das Contribuições

EDITORIAL

Comentário crítico aprofundado, preparado em resposta a um convite do Editor e/ou submetido por uma pessoa com notável experiência sobre o assunto.

O manuscrito deve conter:

- corpo do texto com até 900 palavras;
- não mais de 7 referências;
- não há necessidade de um resumo.

ARTIGO ORIGINAL

Devem apresentar resultados inéditos da pesquisa, constituindo estudos completos que contenham todas as informações relevantes para que o leitor possa reproduzir o estudo ou avaliar seus resultados e conclusões. Eles são apresentados em uma das duas seções: pesquisa básica e pesquisa clínica. Os manuscritos são classificados em seis disciplinas da Nefrologia: a) Lesão Renal Aguda; b) Doença Renal Crônica; c) Diálise e Terapias Extracorpóreas; d) Epidemiologia e Nefrologia Clínica; e) Nefrologia Pediátrica; f) Transplante Renal.

O manuscrito deve conter:

- resumo estruturado (Introdução, Métodos, Resultados e Discussão), com até 250 palavras;
- não mais do que 7 descritores;
- corpo do texto contendo as seções: introdução, métodos, resultados e discussão, com até 5.000 palavras;
- implicações clínicas e limitações do estudo devem ser destacadas;
- quando apropriado, a seção Métodos deve ser detalhada quanto ao desenho do estudo, localização, participantes, resultados clínicos de interesse e intervenção;
- não mais do que 40 referências.

ARTIGO DE REVISÃO

As revisões são solicitadas pelo Editor, de preferência, a especialistas de uma determinada área. O objetivo desses artigos é expressar e avaliar criticamente o conhecimento disponível sobre um tópico específico, comentando estudos de outros autores e utilizando uma ampla base de referência ou, ocasionalmente, respondendo a uma demanda espontânea de um tópico específico.

O manuscrito deve conter:

- resumo, não necessariamente estruturado, com no máximo 250 palavras;
- não mais do que 7 descritores;
- corpo do texto incluindo as seções: introdução, discussão e conclusão, bem como outras subdivisões, quando apropriado (por exemplo, "Aplicação Clínica", "Tratamento"), com até 6.000 palavras;
- não mais de 90 referências.

CASOS CLÍNICOS/RELATÓRIOS

Uma colaboração entre o Hospital Brigham and Women e o BJN

Simula o surgimento gradual de informações ou desenvolvimentos na prática clínica e descreve como clínicos ou equipes clínicas raciocinam e respondem em cada iteração, com discussão sobre a história, exame físico, descobertas laboratoriais, exames de imagem, descobertas patológicas e/ou estratégias de manejo.

O manuscrito deve conter:

- Texto com até 2.500 palavras;
- Não mais do que três figuras e duas tabelas;
- Não mais do que 20 referências.

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

Aborda temas atuais relevantes à prática clínica e são menos completos que os artigos de revisão. Estes trabalhos devem ser, de preferência, uma resposta ao convite do Editor e, ocasionalmente, mediante submissão espontânea.

O manuscrito deve conter:

- resumo, não necessariamente estruturado, com no máximo 250 palavras;
- não mais do que 7 descritores;
- corpo do texto constituído por: introdução, discussão e conclusão, com até 2.000 palavras;
- não mais do que 40 referências.

PERSPECTIVA/OPINIÃO

São, preferencialmente, solicitados pelo Editor para um especialista da área, com o objetivo de apresentar e discutir de forma abrangente questões científicas no campo da nefrologia. Este tipo de artigo deve ser elaborado por pesquisadores experientes no campo em questão ou por especialistas de reconhecida competência.

O manuscrito deve conter:

- resumo, não necessariamente estruturado, com no máximo 250 palavras;
- não mais do que 7 descritores;
- corpo do texto contendo: introdução, discussão e conclusão, com até 3.000 palavras;
- não mais do que 40 referências.

COMUNICAÇÃO BREVE

Uma breve comunicação é um relatório sobre um único assunto, que deve ser conciso, mas definitivo. Assim como os artigos originais, estes devem apresentar material inédito, porém, menos substancial e de particular interesse na área de nefrologia, apresentando resultados preliminares ou resultados de relevância imediata.

O manuscrito deve conter:

- resumo estruturado (Introdução, Métodos, Resultados e Discussão), com até 250 palavras;
- não mais do que 7 descritores;
- corpo do texto dividido nas seções: introdução, métodos, resultados e discussão, com até 1.500 palavras;
- não mais do que 15 referências;
- não mais do que três ilustrações (figuras e/ou tabelas).

IMAGENS EM NEFROLOGIA

Apresenta conteúdo de valor educacional. As imagens devem ser acompanhadas de uma descrição, bem como sua interpretação clínica, com diagnóstico diferencial para o leitor.

RELATO DE CASO

Apresentação de uma experiência baseada no estudo de um caso peculiar. Um relato de caso deve ter pelo menos uma das seguintes características: a) interesse especial para a comunidade de pesquisa clínica; b) um caso raro que é particularmente útil para demonstrar um mecanismo ou uma dificuldade no diagnóstico; c) novo método diagnóstico; d) tratamento novo ou modificado; e) um texto que demonstre resultados relevantes e esteja bem documentado e sem ambigüidade.

O manuscrito deve conter:

- resumo, não necessariamente estruturado, com no máximo 250 palavras;
- não mais do que 7 descritores;
- corpo do texto dividido nas seções: introdução (explicando a relevância do caso), apresentação estruturada do caso (ou seja, identificação do paciente, queixas e história prévia, antecedentes pessoais e familiares, exames clínicos) e discussão, com até 1.500 palavras;
- não mais do que duas ilustrações (figuras e / ou tabelas);
- não mais do que 20 referências.

CARTAS AO EDITOR

O manuscrito pode ser um comentário sobre material publicado ou pode trazer novos dados e observações clínicas. Todos os autores (máximo de cinco) devem assinar a carta.

O manuscrito deve conter:

- não há necessidade de um resumo;
- texto deve conter com até 500 palavras;
- apenas uma tabela e uma figura;
- não mais do que 5 referências.

6. Estrutura e Preparo dos Manuscritos

O documento principal (*Main Document*) deve ser enviado em arquivo word (.doc ou .rtf), com espaçamento duplo, fonte tamanho 12, margem de 3 cm de cada lado, páginas numeradas em algarismos arábicos, iniciando-se cada seção em uma nova página, consecutivamente: a) página de título; b) resumo e descritores; c) corpo do texto; d) agradecimentos; e) referências; f) tabelas e legendas (excluem-se imagens, que devem ser enviadas separadamente em formato jpg ou tiff).

a) PÁGINA DE TÍTULO

- *Modalidade do manuscrito*, que poderá ser Editorial, Artigo Original, Artigo de Revisão, Caso Clinicopatológico, Artigo de Atualização, Perspectiva/Opinião, Comunicação Breve, Imagens em Nefrologia, Relato de Caso ou Carta ao Editor.
- *Título do manuscrito* que deve ser conciso e completo, descrevendo o assunto a que se refere (palavras supérfluas devem ser omitidas). Para manuscritos submetidos no idioma português, deve-se apresentar também a versão do título em inglês;
- *Título resumido do manuscrito* que deve ser correspondente a versão em português e/ou inglês do título;
- *Nome dos autores*, com a indicação do respectivo grau acadêmico;
- *Afiliação dos autores* com as unidades hierárquicas apresentadas em ordem decrescente (universidade, faculdade e departamento), seguida da Cidade, Estado e País. Os nomes das instituições devem ser apresentados na íntegra no idioma original da instituição ou na versão em inglês quando a redação não for latim. As afiliações não devem ser acompanhadas pelos títulos dos autores ou mini-curriculos. Todos os autores devem fornecer um ID ORCID (Pesquisador Aberto e ID do Contribuinte - <http://orcid.org/>) no momento da submissão, digitando-o no perfil do usuário no sistema de submissão;
- *Autor de correspondência*, com indicação do respectivo e-mail;
- *Nome da agência de fomento*, para trabalhos que receberam subsídio;
- *Título, ano e a instituição* onde foi apresentado, para manuscritos baseados em uma tese acadêmica;
- *Nome do evento, local e data* de realização, para manuscritos baseados em uma apresentação em reunião científica;
- *Declaração de conflito de interesse*;
- *Indicação de contribuição* dos autores.

b) RESUMOS E DESCRITORES

- *Resumo e abstract*: os manuscritos devem apresentar resumo, incluindo introdução, procedimentos e conclusões do trabalho (máximo de 250 palavras). Os resumos estruturados devem apresentar, no início de cada parágrafo, o nome das subdivisões que compõem a estrutura formal do artigo (Ex.: Introdução, Método, Resultados e Discussão). Para manuscritos submetidos em português, é necessária que o *Main Document* apresente também o abstract (Ver Formato das Contribuições);
- *Descritores e keywords*: expressões que representam o assunto tratado no trabalho, devem ser em número de 3 a 7, fornecidos pelo autor e baseando-se nos DECS - Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br/>) ou MeSH - Medical Subject Headings (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>). Para manuscritos submetidos em português, é necessária a apresentação dos termos no idioma inglês (keywords).

c) CORPO DO TEXTO

Dever obedecer à estrutura exigida para cada categoria de artigo (Ver Formato das Contribuições). Citações no texto e as referências citadas nas legendas das tabelas e das ilustrações devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto, com algarismos arábicos (números-índices). As referências devem ser citadas no texto sem parênteses, em expoente, conforme o exemplo: Referências².

- *As ilustrações* (fotografias, gráficos, desenhos etc.) devem ser enviadas individualmente, em formato JPG ou Tiff (em alta resolução - 300 dpi), podendo ser coloridas. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e ser suficientemente claras para permitir sua reprodução. As legendas para as ilustrações deverão constar junto às tabelas, após as referências. Não serão aceitas fotocópias. Se houver ilustrações extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar a permissão, por escrito, para a sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Outros aspectos a considerar:

- *Análise estatística*: os autores devem demonstrar que os procedimentos estatísticos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (p. ex. p < 0,05; p < 0,01; p < 0,001) devem ser mencionados.
- *Abreviações*: as abreviações devem ser indicadas no texto no momento de sua primeira utilização. Em seguida, não se deve repetir o nome por extenso.
- *Nome de medicamentos*: deve-se usar o nome genérico.
- *Citação de aparelhos/equipamentos*: todos os aparelhos/equipamentos citados devem incluir modelo, nome do fabricante, estado e país de fabricação.

d) AGRADECIMENTOS

Devem incluir a colaboração de pessoas, grupos ou instituições que mereçam reconhecimento, mas que não tenham justificadas suas inclusões como autoras; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico etc. Devem vir antes das referências bibliográficas.

e) REFERÊNCIAS

Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com algarismos arábicos, em expoente. A apresentação das referências deve estar de acordo com o padrão definido pelo International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), conforme exemplos indicados a seguir. Os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o Index Medicus: abbreviations of journal titles (<http://www2.bj.unicamp.br/brasopia/medicus.php?lang=eng>). Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas; apenas citados no texto ou em nota de rodapé.

Exemplos:

Artigos de periódicos (de um até seis autores)

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002 Jul 25;347(4):204-7.

Artigos de periódicos (mais de seis autores)

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schilling JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res*. 2002;935(1-2):40-6.

Artigos sem nome do autor

21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ*. 2002;325(7257):184.

Livros no todo

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfeifer MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulos de livro

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome aberrations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Livros em que editores (organizadores) são autores

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. *Operative obstetrics*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

Teses

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

Trabalhos apresentados em congressos

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tetamand AG, editors. *Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming*; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

Artigo de periódico em formato eletrônico

Abocod S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs [Internet]*. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):about 1 p. Available from: <http://www.nursingworld.org/AInr2002/june/Watch.htm#article>

f) TABELAS, FIGURAS E LEGENDAS

As tabelas devem obedecer às especificações definidas para cada categoria de artigo (Ver [Formato das Contribuições](#)). Em sua versão eletrônica, as tabelas devem ser apresentadas em formato .doc (Microsoft Word) ou .xls (Microsoft Excel).

As tabelas deverão estar acompanhadas de suas respectivas legendas, nos idiomas português e inglês para artigos submetidos em português e, somente em inglês, para artigos submetidos neste idioma.

A mesma regra se aplica às legendas das figuras, que deverão ser relacionadas junto às tabelas, após as referências.

MAPA DO SITE

[Sobre](#)

[Sobre o BIN](#)

[Diretoria da Sociedade](#)

[Corpo Editorial](#)

[Revisores](#)

[Números](#)

[Ahead of Print](#)

[Número Anual](#)

[Autores](#)

[Instruções aos Autores](#)

[Considerações Éticas e Legais](#)

[Diretrizes Clínicas](#)

[FAQ](#)

[Contato](#)

[Assinaturas](#)

[Fascículos Disponíveis](#)

[Submissões](#)



All the contents of this journal, except where
otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons
Attribution-NonCommercial-ShareAlike](#) license.

Suporte



**Sociedade Brasileira
de Nefrologia**

Desenvolvido por **CABOVERDE**