



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO FERREIRA

“A CAPITAL NACIONAL DA CERÂMICA ARTÍSTICA E DA DECORAÇÃO”

OFÍCIO N° 152/2024 - SRI

Porto Ferreira/SP, 16 de maio de 2024.

À Sua Excelência

SÉRGIO RODRIGO DE OLIVEIRA

M.D. Presidente da Câmara Municipal de Porto Ferreira

Nesta;

Ref.: Requerimento Legislativo n° 204/2024

Senhor Presidente,

Vimos pelo presente ofício encaminhar resposta ao Requerimento Legislativo em epígrafe, de autoria **do nobre Vereador Élcio Gustavo Silveira Arruda**.

Aproveitamos a oportunidade para apresentarmos os sinceros votos de estima e consideração à V.Exa., bem como a todos os demais nobres Vereadores desta Casa de Leis.

Atenciosamente,

RÔMULO LUÍS DE LIMA RIPÀ

Prefeito Municipal





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 87A1-D2EE-081D-371D

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ ROMULO LUIS DE LIMA RIPA (CPF 350.XXX.XXX-33) em 16/05/2024 09:43:05 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://portoferreira.1doc.com.br/verificacao/87A1-D2EE-081D-371D>



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO FERREIRA
"A CAPITAL NACIONAL DA CERÂMICA ARTÍSTICA E DA DECORAÇÃO"
SECRETARIA DE SAÚDE

Porto Ferreira, 13 de maio de 2024

À
Secretaria de Relações Institucionais

Ref.: Requerimento nº 204/2024 – Sr. Élcio Gustavo Silveira Arruda
Memorando nº 5.710/24

Venho por meio deste, em atendimento ao requerimento formulado pelo Sr. Vereador Élcio Gustavo Silveira Arruda, solicitando informações sobre a instalação de um centro de hemodiálise no município, informar que:

Considerando a complexidade das informações relativas a hemodiálise, um procedimento de alta complexidade que é regulamentado dentre outros pelo Ministério da Saúde, ANVISA e CIB, por meio de diversas portarias, anexamos junto a este, documentos comprobatórios de estudo realizado por esta Secretaria de Saúde, portarias e relatórios disponíveis, respondendo às perguntas do requerimento em pauta formulado pelo nobre edil.

Sendo só para o momento, certos da atenção, apresento sinceros votos de estima e apreço.

Atenciosamente.

Vera Lucia Visolli
Secretária de Saúde
Assinado digitalmente





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 1C9A-BB21-0141-3B4C

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ VERA LUCIA VISOLLI (CPF 899.XXX.XXX-91) em 14/05/2024 09:46:25 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://portoferreira.1doc.com.br/verificacao/1C9A-BB21-0141-3B4C>



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE-DRS III
Av. Espanha, 188 - 4º andar - Fone - Fax (016)3301-1810.

Check-List - Doença Renal Crônica (DRC)

Nome da Instituição: _____	

CNPJ: _____	CNES: _____
DRS III - Araraquara	Município: _____
Gestão: _____	

Tipo de Serviço	SIM
Unidade Especializada em DRC	
Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia	
Unidade Especializada em DRC com TRS-Diálise	X
I - diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC);	
II - diálise peritoneal automática (DPA);	
III - diálise peritoneal intermitente (DPI); e	
IV - Hemodiálise (HD).	

PORTARIA Nº 389, DE 13 DE MARÇO DE 2014	Documentação		
	SIM	NÃO	FLS.
Requisitos			
Ofício do Prestador, solicitando credenciamento ao Gestor local, contendo nome da Unidade, CNPJ, nº de CNES e o tipo de credenciamento que esta solicitando;			
Ofício do gestor local solicitando credenciamento do serviço de DRC, contendo nome da Unidade, CNPJ, nº de CNES, tipo de gestão e o tipo de credenciamento que esta solicitando endereçado ao Diretor do DRS III;			
Cópia da licença de funcionamento (alvará sanitário);			
Relatório de vistoria realizado pela VISA local com parecer conclusivo, onde conste que a Instituição cumpre com todas as normas da RDC nº 11, de 13 de março de 2014;			
Declaração informando o quantitativo de máquinas existentes funcionando e o quantitativo de máquinas reservas;			
Declaração Informando os turnos de funcionamento da Unidade;			
Declaração Informando a estimativa do número de pacientes que iniciarão tratamento na clínica pelo SUS, por modalidade, segundo o Plano da Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica;			
Declaração que a Unidade conta com Médico Nefrologista que responde pelos procedimentos e intercorrências médicas como Responsável Técnico.			
Declaração que a Unidade conta Enfermeiro, especializado em nefrologia, que responde pelos procedimentos e intercorrências de enfermagem como Responsável Técnico.			
Termo de Compromisso celebrado entre o serviço de diálise, o gestor local e o hospital de retaguarda, estabelecendo as responsabilidades pela garantia de referência aos pacientes que necessitem de internação por intercorrências decorrentes do tratamento dialítico;			

Termo de Compromisso celebrado entre o serviço de diálise e o serviço de diagnose para que seja garantida a execução dos exames de raio x e ultrassom (imagem);			
Termo de Compromisso assinado pelo gestor de saúde local e o responsável técnico do estabelecimento de DRC com definição da responsabilidade pela confecção da fístula arterio-venosa ou implante de cateter para diálise peritoneal;			
Declaração do gestor municipal de saúde que comprove a garantia da assistência do paciente com DRC, por meio de regulação de urgência e emergência, no caso de intercorrência durante o tratamento de diálise;			
Declaração que o serviço de diálise possui sala para atendimento de pacientes HbsAg+ (hepatite B). Caso não possua enviar contrato formal com o serviço de saúde de diálise de referência para tratamento ao paciente HbsAg+;			
Termo de Compromisso assinado pelo Responsável Técnico do estabelecimento em DRC garantindo o encaminhamento de todos os pacientes em diálise para avaliação por uma equipe de transplante;			
Declaração da composição da equipe que realizara o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 (pré diálise), sendo: médico nefrologista, enfermeiro, assistente social, nutricionista e psicólogo. Observação: o mesmo profissional poderá compor a equipe da Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise na atenção de média e alta complexidade, desde que em diferentes turnos.			
Declaração informando as unidades básicas de saúde que serão matriciadas pela clínica de diálise, segundo Linha de Cuidado;			
Declaração informando as metas físicas a serem alcançadas, conforme a estimativa de público alvo com DRC estágios 4 e 5 (pré dialítico);			
Inserir no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES no campo ambulatorial subcampo diálise as informações do serviço;			
Declaração informando a equipe responsável pelo cuidado aos pacientes com Diálise Peritoneal;			
Declaração com a relação dos profissionais que comporão a equipe: enviar cópia do diploma, título de especialização e cópia do registro no conselho de classe dos profissionais; bem como as escalas de trabalho;			
Termo de Compromisso da realização periódica dos exames definidos conforme as Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS.			
Declaração do impacto financeiro do serviço a ser credenciado, segundo os valores dos procedimentos necessários à realização da diálise constantes na tabela de procedimentos do SUS;			
Informação sobre estar inserido na Linha de Cuidados da RRAS, com nº da Del. CIB de aprovação do Plano			
Laudo atualizado de Análise da Água, conforme RDC 33 de 03/06/2008			
Parecer do gestor local acerca do credenciamento solicitado;			
Parecer conclusivo do gestor público de saúde estadual (DRS) quanto ao credenciamento/habilitação da Unidade			
Relatório de visita técnica do DRS III Araraquara			
Manifestação da CIR a qual a Unidade será referência (homologação)			

****Observação:**

A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia que ofertar a modalidade de HD, terá a seguinte equipe mínima:

I - 1 (um) médico nefrologista que responda pelos procedimentos e intercorrências médicas como Responsável Técnico;

II - 1 (um) enfermeiro, especializado em nefrologia, que responda pelos procedimentos e intercorrências de enfermagem como Responsável Técnico;

III - 01 médico nefrologista para cada 50 pacientes;

IV - 01 enfermeiro para cada 50 pacientes;

V - assistente social;

VI - psicólogo;

VII - nutricionista;

VIII - técnico de enfermagem;

IX - técnico de enfermagem exclusivo para o reprocessamento dos capilares;

X - funcionário exclusivo para serviços de limpeza; e

XI - técnico responsável pela operação do sistema de tratamento de água para diálise, para os serviços que possui o programa de hemodiálise.

Todos os membros da equipe de saúde responsáveis pelo atendimento durante o procedimento hemodialítico devem permanecer no ambiente de diálise durante toda a sessão.

PROCEDIMENTOS
03.05.01.010-7 HEMODIALISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)
03.05.01.011-5 HEMODIÁLISE EM PORTADOR DE HIV (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)
03.05.01.020-4 HEMODIÁLISE PEDIÁTRICA (MÁXIMO 4 SESSÕES POR SEMANA)
03.05.01.016-6 - MANUTENCAO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC

ANEXO V
SERVIÇO ESPECIALIZADO 130 - ATENÇÃO À DOENÇA RENAL CRÔNICA

CÓD. SERV	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	CÓD. CLASS	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	CBO	DESCRIÇÃO
130	ATENÇÃO À DOENÇA RENAL CRÔNICA	001	TRATAMENTO DIALÍTICO - HEMODIALISE	1	2235-05	Enfermeiro
					2235-35	Enfermeiro nefrologista
					2237-10	Nutricionista
					2251-09	Médico nefrologista
					2515-10	Psicólogo clínico
					2516-05	Assistente social
					3222-05	Técnico de enfermagem
		003	CONFEÇÃO INTERVENÇÃO DE ACESSOS PARA DIÁLISE	1	2251-09	Médico nefrologista
					2252-03	Médico cirurgião vascular
					2252-10	Médico cirurgião cardiovascular
					2252-25	Médico cirurgião geral
		004	TRATAMENTO NEFROLOGIA EM GERAL	1	2251-09	Médico nefrologista
					2235-05	Enfermeiro
		005	TRATAMENTO DIALÍTICO- PERITONEAL	1	2235-35	Enfermeiro Nefrologista
					2237-10	Nutricionista
					2251-09	Médico nefrologista
					2515-10	Psicólogo clínico
					2516-05	Assistente social
		006	TRATAMENTO PRÉ DIALÍTICO	1	3222-05	Técnico de enfermagem
					2235-05	Enfermeiro
					2237-10	Nutricionista
					2251-09	Médico nefrologista
					2515-10	Psicólogo clínico
					2516-05	Assistente social
			3222-05	Técnico de enfermagem		

Republicada por ter saído, no DOU nº 50, de 14-3-2014, Seção 1, pág. 34, com incorreção no original.

SECRETARIA DE SAÚDE
Município de Porto Ferreira
ESTIMATIVA DE PACIENTES PARA HEMODIÁLISE

ANO	Nº PACIENTES	Nº SESSÕES	Nº Cadeiras por turno	Nº Turnos	POR MÊS						POR ANO
					Custo por sessão	Valor SIGTAP	Custo total	Repassse SUS	Défict Custo X Repasse SUS	% cobertura SUS	Custo Anual
2022	55	770	11	3	352,35	218,47	271.309,50	168.221,90	103.087,60	62,00%	3.255.714,00
2023	58	809	12	3	387,59	218,47	313.362,47	176.633,00	136.729,48	56,37%	3.760.349,67
2024	61	849	12	3	426,34	218,47	361.933,66	185.464,64	176.469,01	51,24%	4.343.203,87
2025	64	891	13	3	468,98	218,47	418.033,37	194.737,88	223.295,50	46,58%	5.016.400,47
2026	67	936	13	3	515,88	218,47	482.828,55	204.474,77	278.353,77	42,35%	5.793.942,54
2027	70	983	14	3	567,46	218,47	557.666,97	214.698,51	342.968,46	38,50%	6.692.003,64
2028	74	1032	15	3	624,21	218,47	644.105,35	225.433,43	418.671,92	35,00%	7.729.264,20
2029	77	1083	15	3	686,63	218,47	743.941,68	236.705,11	507.236,57	31,82%	8.927.300,15
2030	81	1138	16	3	755,29	218,47	859.252,64	248.540,36	610.712,28	28,93%	10.311.031,67

Considera-se:

- 1) Média de 4 horas por sessão de hemodiálise + 30 minutos para higienização da cadeira
- 2) Paciente realiza hemodiálise, em média 14 dias no mês
- 3) Considera-se um aumento médio de 5% de pacientes que entram para as filas de hemodiálise anualmente.
- 4) Em 22.12.22 haviam 52 pacientes realizando HD e 02 aguardando na fila de espera, por isso consideramos 55 pacientes.
- 5) Consideramos 3 turnos de trabalho de 6 horas.
- 6) Com 1 cadeira HD, trabalhando 3 turnos, consigo atender a 3 pacientes por dia.
Com 11 cadeiras HD, trabalhando 3 turnos, consigo atender a 33 pacientes por dia = 825 sessões por mês.
- 7) Considerado custo de 2021 (trabalho PUC - tabela ABCDT) de R\$ 314,27 + IPCA saúde de 2022 (12,13%) = 352,35
- 8) Consideramos IPCA Saúde de 10% para aumento dos anos subsequentes.
- 9) Valor SIGTAP Hemodiálise (máximo de 3 sessões por semana), cód 03.05.01.010-7 R\$ 218,47

SECRETARIA DE SAÚDE
Município de Porto Ferreira
ESTIMATIVA DE RH PARA AMBULATÓRIO DE PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS

I - Ambulatório na Atenção Básica

Função	Turno	Nº de Prof.	Carga horária	Salário	Insalubri.	V. Alim.	Gratif.	Abono Aniver	13º
Médico Nefrologista	Diurno	1	200		-				-
Enfermeiro	Diurno	1	200		-				-
Psicólogo	Diurno	1	12 h/dia		-				-
Assistente Social	Diurno	1	12 h/dia		-				-
Nutricionista	Diurno	1	8 h/dia		-				-
Auxiliar Administrativo (Recepção)	Diurno	1	8 h/dia		-				-
Auxiliar Serviços Gerais	Diurno	1	8 h/dia		-				-
Tecnico de Enfermagem	Diurno	2	8 h/dia		-				-
Total		9		-	-	-	-	-	-

Art. 77. O estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Ambulatorial Especializada em DRC - código 15.06" terá a seguinte Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em DRC:

- I - médico nefrologista;
- II - enfermeiro;
- III - nutricionista;
- IV - psicólogo; e
- V - assistente social.

SECRETARIA DE SAÚDE
Município de Porto Ferreira
ESTIMATIVA DE RH PARA AMBULATÓRIO DE PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS
Conforme Portaria 1.675 de 07.06.2018

I - Ambulatório na Atenção Básica

Função	3 Turnos	Nº de Prof.	Carga horária	Salário	Insalubri.	V. Alim.	Gratif.	Abono Aniver
Médico Nefrologista - Resp Téc	todos	1	200		-			
Médico Nefrologista	todos	3	200					
Enfermeiro Nefrologista - Resp. Téc	todos	1	200		-			
Enfermeiro	todos	3	6 h / dia					
Enfermeiro - férias e folgas	todos	1	6 h / dia					
Psicólogo	todos	1	6 h / dia					
Psicólogo - férias e folgas	todos	1	6 h / dia		-			
Nutricionista	todos	1	6 h / dia		-			
Nutricionista - férias e folgas	todos	1	6 h / dia					
Técnico de enfermagem	todos	6	6 h / dia		-			
Técnico de enfermagem - férias e folgas	todos	1	6 h / dia		-			
Assistente Social	todos	1	6 h / dia					
Assistente Social - férias e folgas	todos	1	6 h / dia					
Psicólogo	todos	1	6 h / dia					
Psicólogo - férias e folgas	todos	1	6 h / dia					
Recepcionista	todos	3	6 h / dia					
Recepcionista - férias e folgas	todos	1	6 h / dia					
Auxiliar Administrativo	todos	3	6 h / dia					
Auxiliar Administrativo - férias e folgas	todos	1	6 h / dia					
Auxiliar de Serviços Gerais	todos	3	6 h / dia					
Auxiliar de Serviços Gerais - Copa	todos	3	6 h / dia					
Auxiliar de Serv Ger - folgas e férias	todos	1	6 h / dia					
Serviço de Manutenção	todos	1	6 h / dia					
Téc resp. pelo Sistema Tratamento Água	todos	3	6 h / dia					
Total		43		-	-	-	-	-

Para o serviço de Hemodiálise será necessário a seguinte equipe multiprofissional:

- a) 1 médico nefrologista (responde pelos procedimentos e intercorrências médicas) como Responsável Técnico.
- b) 1 enfermeiro especializado em nefrologia (responde pelos procedimentos e intercorrências enfermagem) como Responsável Técnico.
- c) 1 medico nefrologista para cada 50 pacientes (POR TURNO)
- d) 1 enfermeiro para cada 50 pacientes (POR TURNO)
- e) 1 assistente social
- f) 1 psicólogo
- g) 1 nutricionista
- h) 1 Técnico de enfermagem para cada 6 pacientes por turno
- i) Técnico de enfermagem exclusivo para reprocessamento dos capilares **EXCLUÍDO NA PORTARIA 1675**
- j) Funcionários exclusivos para serviço de limpeza
- k) Técnico responsável pela operação do sistema de tratamento de água para diálise.

Portaria 1.675 de 07.06.2018 - Art. 83. Para o estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Especializada em DRC com hemodiálise - código 15.04" deverá ser obedecida, no mínimo, a seguinte proporção:

- I - 1 (um) médico nefrologista para cada 50 (cinquenta) pacientes, em cada turno; " (NR)
- II - 1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes, em cada turno;
- III - 1 (um) técnico de enfermagem para cada 6 (seis) pacientes em cada turno.

Art. 84. Durante o procedimento dialítico, o paciente não poderá ficar sem a disponibilidade dos profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. "
(NR)

ESTUDO IMPLANTAÇÃO SERVIÇO DE HEMODIÁLISE EM PORTO FERREIRA

15.12.22

DRC - Doença Renal Crônica

NR – Notas Regulamentadoras

PORTARIA Nº 389, DE 13 DE MARÇO DE 2014(*)

Define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

CAPÍTULO II

DAS DIRETRIZES E CRITÉRIOS PARA A ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM DRC

Art. 3º Os estabelecimentos de saúde integrantes da linha de cuidado à pessoa com DRC na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas observarão às seguintes diretrizes:

I - foco da atenção nas necessidades de saúde da população coordenado pela Atenção Básica e contemplando todos os níveis de atenção;

II - diagnóstico precoce de modo a identificar as pessoas com DRC;

III - implementação da estratificação de risco da população com DRC de acordo com a classificação do seu estágio clínico, segundo a alteração de exame laboratorial da Taxa de Filtração Glomerular (TFG);

IV - garantia de financiamento adequado para prevenção, tratamento dos fatores de risco e tratamento da DRC na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, em especial ao cuidado das pessoas com DRC em estágios clínicos pré-dialíticos, bem como para o cuidado das pessoas com necessidades de Terapia Renal Substitutiva (TRS);

V - garantia da educação permanente de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS);

VI - implementação das diretrizes expressas no Programa Nacional de Segurança do Paciente;

VII - garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC baseado nas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas;

VIII - articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; e

IX - desenvolvimento de medidas que garantam a difusão das ações e cuidado à pessoa com DRC em todos os pontos de atenção da linha de cuidado, bem como a comunicação entre os serviços de saúde para promoção do cuidado compartilhado.

Art. 4º Para efeito desta Portaria, a **classificação do estágio clínico da DRC**, segundo a TFG, observará aos seguintes parâmetros:

I - DRC estágio 1: TFG ³ 90mL/min./1,73m² na presença de proteinúria e/ou hematúria ou alteração no exame de imagem;

II - DRC estágio 2: TFG ³ 60 a 89 mL/min./1,73m²;

III - DRC estágio 3a: TFG ³ 45 a 59 mL/min./1,73m²;

IV - DRC estágio 3b: TFG ³ 30 a 44 mL/min./1,73m²;

V - DRC estágio 4: TFG ³ 15 a 29 mL/min./1,73m²; e

VI - DRC estágio 5: TFG < 15 mL/min./1,73m².

Parágrafo único. É recomendado que o laboratório de análises clínicas disponibilize o resultado do exame de dosagem de creatinina acompanhado do resultado da TFG Taxa de Filtração Glomerular).

PS: quando o médico pede TFG, já inclui a dosagem de creatinina.

I - Componente Atenção Básica:

- a) realizar ações recomendadas pela Política Nacional de Promoção à Saúde, na prevenção dos fatores de risco relativos à DRC;
- b) atualizar o calendário vacinal das pessoas com DRC, conforme Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (PNI/MS);
- c) realizar diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DRC em conformidade com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), bem como a atenção de acordo com as Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no âmbito do SUS;
- d) realizar estratificação de risco e encaminhamento à atenção especializada, quando necessário, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC;
- e) coordenar e manter o vínculo e o cuidado das pessoas com DRC, quando referenciados para outros pontos de atenção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;
- f) realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC;
- g) prestar cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento das pessoas com complicações agudas da DRC ou da TRS a outros pontos de atenção, quando necessário, de acordo com a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 6 de junho de 2011; e
- h) registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica (SisAB) as ações de controle da DRC; e

Art. 6º Compete aos pontos de atenção do componente de Atenção Básica, ainda, a gestão do cuidado à pessoa com DRC e a atenção dos estágios clínicos pré-dialíticos 1 ao 3, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC.

Ou seja, teremos que capacitar todas as equipes da AB para atendimentos à pessoa com DRC; bem como prover equipamentos, materiais e insumos necessários ao atendimento.

II - Componente da Atenção Especializada Ambulatorial:

- a) atuar de acordo com a definição da Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- b) prestar assistência ambulatorial de forma multiprofissional, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS, incluindo a necessidade de TRS;
- c) disponibilizar carga horária, adequada à realidade local e mediante pactuação e contratualização do gestor, para realizar apoio matricial, presencialmente ou por meio dos Núcleos do Telessaúde ou através de outras formas de comunicação definidas com o gestor público de saúde local, às equipes de atenção básica de referência nos temas relacionados a doenças renais, conforme disposto no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS;
- d) diagnosticar, quando da necessidade de TRS-diálise, os casos com indicação para procedimento cirúrgico da confecção de fístula arterio-venosa ou implante de cateter para diálise peritoneal, conforme o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS;
- e) definir, no contrato celebrado entre o gestor de saúde e o estabelecimento de atenção especializada ambulatorial em DRC, de quem será a responsabilidade para realizar a confecção da fístula arterio-venosa de acesso à hemodiálise ou o implante de cateter para diálise peritoneal;
- f) utilizar da regulação das urgências para o encaminhamento ou transferência da pessoa com DRC para os estabelecimentos de saúde de referência, previamente pactuados locorregionalmente, quando estas pessoas estiverem no estabelecimento de atenção especializada ambulatorial em DRC e necessitarem, naquele momento, de cuidados imediatos em urgência;
- g) manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais componentes da RAS; e
- h) informar todos os acompanhamentos multiprofissionais em DRC nos estágios 4 e 5 (pré diálise) e os demais procedimentos correspondentes nos temas relacionados em doenças renais, incluindo a TRS, quando couber, no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), ou outro(s) que vier(em) a substituí-lo, de acordo com a tipologia do estabelecimento de saúde.

Art. 7º Compete aos estabelecimentos de atenção especializada ambulatorial em DRC o apoio matricial às equipes de Atenção Básica nos temas relacionados em doenças renais, o cuidado às pessoas com DRC do estágio clínico 4 e 5 (pré dialítico), bem como aos estágios dialíticos, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o cuidado ao às pessoas com DRC.

Ou seja, teremos que:

- **montar um Ambulatório de Nefrologia com equipe multiprofissional** (médico nefrologista, enfermeiro, assistente social, nutricionista e psicólogo)
- **contratar profissional médico capacitado para realização de procedimento cirúrgico da confecção de fístula arterio-venosa ou implante de cateter para diálise peritoneal**
- **pactuar fluxos de acesso aos equipamentos da Rede de Atenção a pessoa com DRC, para Regulação de Vagas (especialmente nas urgências)**
- **prover equipamentos, materiais e insumos necessários ao atendimento.**

- **Para o serviço de Hemodiálise será necessário a seguinte equipe multiprofissional:**
 - a) **1 médico nefrologista (responde pelos procedimentos e intercorrências médicas) como Responsável Técnico.**
 - b) **1 enfermeiro especializado em nefrologia (responde pelos procedimentos e intercorrências enfermagem) como Responsável Técnico.**
 - c) **1 médico nefrologista para cada 35 pacientes**
 - d) **1 enfermeiro para cada 35 pacientes**
 - e) **1 assistente social**
 - f) **1 psicólogo**
 - g) **1 nutricionista**
 - h) **1 Técnico de enfermagem para cada 2 pacientes por turno**
 - i) **Técnico de enfermagem exclusivo para reprocessamento dos capilares**
 - j) **Funcionários exclusivos para serviço de limpeza**
 - k) **Técnico responsável pela operação do sistema de tratamento de água para diálise.**

A hemodiálise, por sua vez, implica em um elevado custo econômico e social. Essa modalidade de TRS é realizada em um hospital ou clínica com tratamento especializado, **normalmente, três vezes por semana**, com **tempo médio de duração de quatro horas**. Para que isso seja possível, os custos dos centros dialíticos são elevados, levando-se em consideração a complexidade do tratamento (HSIAO; LIMA, 2015).

Dependendo da situação clínica do paciente esse tempo **varia de 3 a 5 horas por sessão e pode ser feita 2, 3, 4 vezes por semana ou até mesmo diariamente.**

CAPÍTULO III DAS TIPOLOGIAS E ATRIBUIÇÕES DAS UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL EM DRC

Art. 8º A atenção à saúde da pessoa com DRC será organizada conforme as seguintes tipologias:

I - Unidade Especializada em DRC;

§ 1º A Unidade Especializada em DRC, responsável pela Atenção de Média Complexidade, realizará o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios clínicos 4 e 5 (pré diálise) ou nas demais situações previstas no documento das Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no SUS (exceto TRS - diálise) e deverão matricular as equipes de atenção básica, nos temas relacionados a doenças renais

II - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia; e

§ 2º A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia, responsável pela Atenção de Alta Complexidade, realizará pelo menos uma modalidade de TRS-diálise para tratamento da pessoa com DRC.

III - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise.

§ 3º À Unidade Especializada em DRC com TRS-Diálise, responsável pela Atenção de Média e Alta complexidade, compete:

I - realizar o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 (pré diálise) ou nas demais situações previstas no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS;

II - matricular as equipes de atenção básica nos temas relacionados a doenças renais; e

III - ofertar, pelo menos, uma modalidade de TRS-diálise para tratamento da pessoa com DRC. III - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise.

§ 4º O acompanhamento multiprofissional em DRC de que trata o § 1º e o inciso I do § 3º consiste na realização de consultas multiprofissionais e na realização de exames na periodicidade recomendada no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS no estágio clínico pré-dialítico.

§ 5º O apoio matricial de que trata o § 1º e o inciso II do § 3º inclui ações como interconsultas, segunda opinião formativa, discussão de casos, momentos de educação permanente conjuntos, intervenções no território e intersetoriais, a fim de compartilhar a responsabilidade pelo cuidado de uma população específica, de ampliar a capacidade de análise e de intervenção, aumentando a resolutividade dos respectivos pontos de atenção envolvidos no processo de apoio matricial.

§ 6º O tratamento de diálise, de que trata o § 2º e o inciso III do § 3º consiste na realização das consultas em nefrologia e exames decorrentes e na realização de pelo menos uma das seguintes modalidades de TRS-diálise:

I - diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC);

II - diálise peritoneal automática (DPA);

III - diálise peritoneal intermitente (DPI); e

IV - Hemodiálise (HD).

Art. 10. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRC com TRS/diálise deverão:

I - prestar os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências que ocorrerem durante o processo de diálise, garantindo a estabilização do paciente; e

II - dar continuidade à assistência por meio da regulação de urgência e emergência, que deverá garantir o transporte do paciente e a continuidade da assistência necessária para as referências previamente pactuadas locorregionalmente.

Parágrafo único. O serviço de diálise deverá registrar os resultados dos exames realizados e os indicadores da efetividade dialítica nos prontuários dos pacientes.

CAPÍTULO IV DA ADESÃO E HABILITAÇÃO PARA INTEGRAR A LINHA DE CUIDADO DA PESSOA COM DRC

Art. 14. Para a adesão dos estabelecimentos de saúde para integrar a Linha de Cuidado da Pessoa com DRC como Unidade Especializada em DRC, as Secretarias de Saúde deverão encaminhar à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS):

I - Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, no caso do Distrito Federal, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde (CGSES/DF) e, quando houver, da Comissão Intergestores Regional (CIR), contendo:

a) aprovação dos estabelecimentos de saúde de atenção especializada ambulatorial que prestarão assistência às pessoas com DRC, estágio 4 e 5 (pré-diálise), contendo a relação dos estabelecimentos de saúde dentro da rede de atenção às pessoas com doenças crônicas, conforme definido nesta Portaria; e

b) metas físicas a serem alcançadas, conforme a estimativa de público-alvo com DRC, estágio 4 e 5 (pré-diálise), considerando-se a capacidade de produção dos estabelecimentos de saúde elencados;

II - registro no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) das unidades básicas de saúde para as quais as unidades de atenção especializada ambulatorial serão referência; e

III - cópia da publicação em diário oficial do extrato de contrato com o estabelecimento de saúde, quando este não for da rede própria vinculada à respectiva Secretaria de Saúde.

Art. 15. Para a habilitação dos estabelecimentos de saúde para integrar a linha de cuidado da pessoa com DRC como Unidade de Assistência da Alta Complexidade em Nefrologia, as Secretarias de Saúde Estaduais deverão encaminhar à CGMAC/DAET/SAS/MS as seguintes informações:

I - parecer conclusivo do gestor público de saúde estadual quanto ao credenciamento/habilitação da Unidade;

II - Resolução da CIB aprovando o credenciamento/habilitação e a informação sobre o impacto financeiro no custeio do serviço de saúde;

III - relatório de vistoria realizado pela Vigilância Sanitária local, onde conste a estrita observância da RDC nº 11, de 13 de março de 2014, e cópia da Licença de Funcionamento;

IV - contrato assinado pelo gestor de saúde e o responsável técnico do estabelecimento de saúde que presta assistência à saúde em DRC com a definição da responsabilidade pela confecção da fístula arterio-venosa de acesso à hemodiálise ou implante de cateter para diálise peritoneal;

V - termo de compromisso celebrado entre o serviço de saúde de diálise, o gestor local e o hospital vinculado ao SUS de retaguarda, estabelecendo as responsabilidades pela garantia de referência aos casos que necessitem de internação por intercorrências decorrentes do tratamento dialítico;

VI - termo de compromisso celebrado entre o serviço de saúde de diálise e o serviço de diagnose para que seja garantida a execução dos exames;

VII - declaração do impacto financeiro do serviço a ser credenciado, segundo os valores dos procedimentos necessários à realização da diálise constantes na tabela de procedimentos do SUS;

VIII - termo de compromisso celebrado entre o serviço de saúde de diálise, que não ofereça todas as modalidades de diálise, com outro serviço de saúde de diálise, para que seja garantida a oferta de todas as modalidades de procedimentos de diálise;

IX - relação dos profissionais de saúde, especificando quais são os responsáveis técnicos pelo estabelecimento de saúde, cadastrados no SCNES;

X - documento da Secretaria Estadual de Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde que comprove a garantia da assistência do paciente com DRC, por meio da regulação de urgência e emergência, no caso de intercorrência durante o tratamento de diálise;

XI - Termo de compromisso assinado pelo responsável técnico do estabelecimento de saúde que presta assistência à saúde em DRC garantindo o encaminhamento de todos os pacientes em diálise para avaliação por uma equipe de transplante; e

XII - cópia da publicação, em diário oficial, do extrato de contrato com o estabelecimento de saúde, quando este não for da rede própria vinculada à respectiva Secretaria de Saúde.

§ 1º No caso do inciso III, o serviço público deve ter a cópia do parecer técnico conclusivo da situação encontrada que será anexado ao processo.

§ 2º O processo de habilitação deverá ser formalizado pela Secretaria Estadual de Saúde.

§ 3º O respectivo gestor público de saúde estadual analisará a necessidade e os critérios estratégicos e técnicos dispostos nesta Portaria e dará início ao processo de habilitação.

§ 4º A ausência da análise de que trata o § 3º impede a sequência do processo de habilitação.

§ 5º Uma vez emitido o parecer favorável a respeito do credenciamento pelo gestor público de saúde estadual, o processo com a documentação comprobatória ficará na posse do gestor do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria.

Art. 16. Para habilitação dos estabelecimentos de saúde para integrar a linha de cuidado da pessoa com DRC como Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise, as Secretarias de Saúde Estaduais deverão observar o disposto nos art. 14 e 15.

Art. 17. O Ministério da Saúde avaliará os documentos encaminhados pelas Secretarias de Saúde, podendo proceder a vistoria "in loco" para conceder a adesão/habilitação do serviço de saúde.

Parágrafo único. Caso a avaliação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) tomará as providências para a publicação da Portaria específica de habilitação.

Art. 18. Para que os estabelecimentos atualmente habilitados em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia (serviço de nefrologia) - código 1501 ou em Centro de referência de alta complexidade em nefrologia – código 1502 se habilitem como Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise, o ente federativo interessado, por meio de sua respectiva Secretaria de Saúde, deverá encaminhar ao Ministério da Saúde as informações previstas nos art. 14.

DA COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES

Art. 19. A Unidade Especializada em DRC terá a seguinte equipe mínima:

I - médico nefrologista;

II - enfermeiro;

III - nutricionista;

IV - psicólogo; e

V - assistente social

Art. 20. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia que ofertar a modalidade de HD, terá a seguinte equipe mínima:

I - 1 (um) médico nefrologista que responda pelos procedimentos e intercorrências médicas como Responsável Técnico;

II - 1 (um) enfermeiro, especializado em nefrologia, que responda pelos procedimentos e intercorrências de enfermagem como Responsável Técnico;

III - médico nefrologista;

IV - enfermeiro especialista em nefrologia;

V - assistente social;

VI - psicólogo;

VII - nutricionista;

VIII - técnico de enfermagem;

IX - técnico de enfermagem exclusivo para o reprocessamento dos capilares;

X - funcionário exclusivo para serviços de limpeza; e

XI - técnico responsável pela operação do sistema de tratamento de água para diálise, para os serviços que possui o programa de hemodiálise.

Art. 21. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia que ofertar a modalidade de DPAC ou DPA terá a seguinte equipe mínima:

I - médico nefrologista, como responsável técnico;

II - enfermeiro nefrologista, como responsável técnico;

III - nutricionista;

IV - psicólogo;

V - assistente social; e

VI- técnico de enfermagem.

Art. 22. A composição mínima da equipe da Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise observará o disposto nos arts. 19, 20 e 21, no que couber.

Parágrafo único. O mesmo profissional poderá compor a equipe da Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise na atenção de média e alta complexidade, desde que em diferentes turnos.

Art. 23. A substituição dos profissionais que compõem as equipes mínimas deve ser providenciada nos respectivos períodos de férias.

Art. 24. O médico e o enfermeiro de que trata os incisos I e II do art. 20 e do art. 21 só podem ser os Responsáveis Técnicos de 1 (uma) Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia ou de 1 (uma) Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise

Art. 25. Para o **programa de DPAC e de DPA**, deverá ser obedecida a proporção de pelo menos 1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes.

Art. 26. Para o **programa de DPI**, deverá ser obedecido, no mínimo, a seguinte proporção:

I - 1 (um) médico nefrologista durante o dia, para avaliação dos pacientes e atendimento das intercorrências, podendo ser o mesmo da hemodiálise, DPAC, DPA, desde que não ultrapasse a relação de 1 (um) médico para cada 35 (trinta e cinco) pacientes;

II - 1 (um) médico para atendimento de urgências no período noturno para cada 35 (trinta e cinco) pacientes;

III - 1 (um) enfermeiro, em conformidade com o art. 31, para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, durante o dia;

IV - 1 (um) enfermeiro, em conformidade com o art. 31, para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, durante o período noturno; e

V - 1 (um) técnico de enfermagem em todos os turnos, para cada 2 (dois) pacientes, ou para cada 4 (quatro), no caso de todos os postos de atendimento contarem com máquinas para diálise peritoneal.

Art. 27. Para a HD, deverá ser obedecido, no mínimo, a seguinte proporção:

I - 1 (um) médico nefrologista para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, em cada turno;

II - 1 (um) enfermeiro para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, em cada turno; e

III - 1 (um) técnico de enfermagem para cada 4 (quatro) pacientes por sessão de HD.

Parágrafo único. Todos os membros da equipe de saúde responsáveis pelo atendimento durante o procedimento hemodialítico devem permanecer no ambiente de diálise durante toda a sessão.

Art. 28. Os procedimentos de diálise pediátrica, que abrangem a faixa etária de 0 a 12 anos completos, devem ser acompanhados por médico nefrologista pediátrico.

§ 1º Em Municípios que não contam com nefrologista pediátrico, o tratamento deverá ser acompanhado, também, por um pediatra, não sendo necessária sua vinculação com o serviço de diálise.

§ 2º A proporção de técnico de enfermagem deve ser de 1 (um) para cada 2 (dois) pacientes por turno.

§ 3º O paciente pediátrico terá direito ao acompanhamento de membro da família ou de responsável durante o atendimento dialítico.

Art. 29. Cada nefrologista pode prestar serviços em diferentes serviços de diálise ou diferentes turnos, **desde que** sua responsabilidade não ultrapasse o total de 70 (setenta) pacientes inscritos em programa de tratamento dialítico.

Art. 30. Os médicos nefrologistas dos serviços de diálise devem ter o título de especialista ou certificado registrado pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 31. A capacitação formal e o credenciamento dos enfermeiros na especialidade de nefrologia devem ser comprovados por declaração ou certificado, respectivamente, reconhecidos pela Associação Brasileira de Enfermagem em Nefrologia (SOBEN).

§ 1º No caso do título de especialista, poderá ser obtido através de especialização em Nefrologia reconhecida pelo Ministério da Educação ou pela SOBEN através da prova de título, seguindo as normas do Conselho Federal de Enfermagem.

§ 2º O enfermeiro que estiver em processo de capacitação deve ser supervisionado por um enfermeiro especialista em nefrologia.

CAPÍTULO VI

DO FINANCIAMENTO

Art. 32. Os estabelecimentos de saúde aderidos como Unidade Especializada em DRC e habilitados como Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise farão jus a incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

§ 1º O incentivo financeiro de que trata o "caput" será utilizado exclusivamente para a realização dos procedimentos referentes aos estágios clínicos 4 e 5 pré-diálise e matriciamento para estágio 3b.

§ 2º O incentivo financeiro de que trata o "caput" será no valor mensal de R\$ 61,00 (sessenta e um reais) por pessoa com DRC estágio 4 ou 5 pré-diálise, conforme a meta física informada pelo respectivo gestor público de saúde.

§ 3º Além do disposto no § 2º, as Unidades Especializadas em DRC com TRS/Diálise farão jus a incremento financeiro no componente Serviço Ambulatorial (SA) dos procedimentos descritos no Anexo IV e nas porcentagens estabelecidas no Anexo III.

§ 4º Os recursos do incentivo financeiro de que trata o "caput" serão oriundos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

§ 5º As Secretarias de Saúde poderão solicitar a qualquer tempo a reclassificação da tipologia da Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise, conforme descrito no Anexo III.

Art. 33. Os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais, do Grupo - 03-Procedimentos Clínicos, Sub-grupo 05-Nefrologia, tem o instrumento de registro por Autorização de Procedimentos

Ambulatoriais (APAC) e são financiados pelo FAEC.

ANEXO III

Tipologia das Unidades de Atenção às Pessoas com DRC e % de incremento nos procedimentos de sessões de diálise.

ANEXO III

Tipologia das Unidades de Atenção às Pessoas com DRC e % de incremento nos procedimentos de sessões de diálise.

Tipo da Unidade de atenção às pessoas com DRC	Percentual de pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 pré diálise que deverá ser ofertado ao gestor local em relação ao número de pessoas em terapia renal substitutiva -TRS na Unidade	% de incremento nos procedimentos de sessões de diálise
Tipo I	25% (1DRC:4TRS)	3,02%
Tipo II	50% (1DRC:2 TRS)	6,04%
Tipo III	75% (3 DRC:4TRS)	9,06%
Tipo IV	100% (1DRC:1TRS)	12,08%

Segue códigos Serviço Especializado e Check-list para Credenciamento

Custos e Observações:

Fonte:

<https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/3108/1/GEST%C3%83O%20DE%20CUSTO%20APLICA%C3%87%C3%83O%20EM%20UMA%20CL%C3%8DNICA%20DE%20HEMODI%C3%81LISE%20vers%C3%A3o%20final.pdf>

O paciente geralmente necessita para o tratamento em geral de quatro horas de hemodiálise, três ou quatro vezes por semana. Dependendo da situação clínica do paciente esse tempo varia de 3 a 5 horas por sessão e pode ser feita 2, 3, 4 vezes por semana ou até mesmo diariamente.

Segundo a tabela SIGTAP, do Ministério da Saúde, o valor unitário da sessão de hemodiálise é de R\$ 194,20 (DATASUS, 2021)

Quadro 1. Corpo clínico de uma instituição de Hemodiálise.

RH necessários por sessão de Hemodiálise-HD		
Recurso	Portaria 1675	Horas/Sessão
Nefrologista	1 x 50 pacientes	4h00
Enfermeiro	1 x 50 pacientes	4h40
Auxiliar Enfermagem	1 x 6 pacientes	4h40
Profissional Limpeza	1 sala HD + 1 reuso	4h40
Nutricionista	1 x Serviço HD	2h40
Assistente Social	1 x Serviço HD	2h40

Fonte: Tabela ABCDT.

Quadro 2. Comparativo dos critérios de rateio de uma clínica de hemodiálise em março de 2020 e março de 2021.

Estrutura	Março-2020	Março-2021
Custo do M ²	4500	4500
Informar área total da Unidade (M ²)	920	920
Depreciação de equipamentos (meses)	120	120
Depreciação Predial (meses)	120	120
Número de pacientes em Hemodiálise (SUS)	108	111
Total de sessões – mês	1.404	1477
Média de reuso – manual	20	20
Número de Fistulas realizadas no período	6	7
Número de cateteres de duplo lumen (temporário) no período	5	5
Gasto total com vascular (honorário médico + taxa de sala + materiais)	7.203	8.353
Total faturado com procedimentos vasculares (SUS)	6.162	5.224
Médico Pessoa Jurídica – Valor plantão 18h/dia	1.200	1.350

Quadro 3. Percentual de gastos mensais de uma clínica de hemodiálise com os recursos humanos.

Recursos humanos	
Encargos trabalhistas	35,16%
FGTS	8%
Provisões (Férias, 13 salário, rescisões e reflexos)	35,28%
Assiduidade e Pontualidade	5%
Insalubridade	20%
TOTAL	103,44%

Fonte: Tabela ABCDT.

Quadro 4. Percentuais de tributos mensais de uma clínica de hemodiálise.

Tributos	
ISS	2,00%
informar lucro presumido (sim ou não)	SIM
COFINS	3,00%
PIS	0,65%
IRPF	1,50%
CS	1,00%
TOTAL	8,15%

Fonte: Tabela ABCDT.

Quadro 5. Folha de pagamento mensal de uma clínica de hemodiálise.

Pessoal	Qtd.	Salários	Total	Salários	Custo	Qtd.	Salários	Total	Salários	Custo
	março 2020		salários	c/Encargos	sessão		março 2021	salários	c/Encargos	sessão
Nefrologista - PJ	1	10.400,00	10.400,00	10.400,00	14,8	1	12.150,00	12.150,00	12.150,00	16,5
Enfermeiro Assistencial	3	2.653,78	7.961,34	16.196,55	17,2	2	2.719,06	5.438,12	11.063,31	11,2
Enfermeiro Chefe	1	4.224,75	4.224,75	8.594,83	9,1	1	3.670,73	3.670,73	7.467,73	7,5
Técnico de enfermagem	25	1.244,35	31.108,75	63.287,64	67,2	27	1.297,86	35.042,22	71.289,89	72,0
Nutricionista	1	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2,8	1	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2,7
Assistente Social	1	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2,8	1	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2,7
Psicólogo	1	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2,8	1	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2,7

Recepcionista	3	1.100,00	3.300,00	6.713,52	7,1	2	1.147,30	2.294,60	4.668,13	4,7
Assistente Administrativo	1	1.688,42	1.688,42	3.434,92	3,6	2	1.585,00	3.170,00	6.449,05	6,5
Administrador	1	4.272,90	4.272,90	8.692,79	9,2	1	3.061,02	3.061,02	6.227,34	6,3
Auxiliar de Copa	2	1.080,00	2.160,00	4.394,30	4,7	2	1.126,00	2.252,00	4.581,47	4,6
Auxiliar de Limpeza	4	1.080,00	4.320,00	8.788,61	9,3	4	1.126,00	4.504,00	9.162,94	9,3
Auxiliar de manutenção	1	1.080,00	1.080,00	2.197,15	2,3	1	1.126,00	1.126,00	2.290,73	2,3
Total	45	43.368,90	76.516,16	138.700,32	153,3	46	43.368,90	78.708,69	141.350,60	149,0

Fonte: Tabela ABCDT.

Memória de cálculo. (Total de salários + Salários c/Encargos) / Total de sessões mês = Custo por sessão

Quadro 6. Relação dos insumos utilizados por sessão de hemodiálise.

Material de Consumo	Insumos	Qtd/sessão	Unitário março 2020	Custo/sessão	Unitário março 2021	Custo/sessão
Solução de HD (concentrado ácido + básico)	Galão	1	21,58	21,58	25,57	25,57
Agulha de Fístula	Unidade	2	3,00	6,00	3,00	6,00
Dialisador Capilar	Unidade	1	69,23	3,4615	75,73	3,7865
Soro Fisiológico	Litro	2	3,30	6,60	3,31	6,62
Liquemine/Heparina - Frasco 5 ml	Unidade	0,5	16,10	8,05	16,62	8,31
Luva	Par	6	0,77	4,62	1,60	9,60
Luva estéril p/ manipulação de cateter duplo lúmen	Unidade	1	1,27	1,27	1,65	1,65
Máscaras cirúrgica	Unidade	1	3,61	3,61	0,95	0,95
Materiais de EPI	Unidade	0,0024038462	65,70	0,16	38,31	0,09
Equipo de Soro	Unidade	1	0,78	0,78	0,91	0,91
Compressa de Gaze Estéril	Unidade	10	0,42	4,20	0,48	4,80
Seringa 3 ml	Unidade	1,5	0,14	0,20	0,24	0,36
Linha de Sangue Arterial/Venosa	Unidade	1	6,76	0,34	7,31	0,37
Glicose - Ampola 25%	Unidade	0,166666667	0,30	0,05	0,49	0,08
Proxitane	Litro	0,012121212	80,00	0,97	80,00	0,97
Teste de Proxitane - iodeto de potássio	litro	0,001	17,06	0,02	17,08	0,02
Fita Adesiva	Metro	1	0,07	0,07	0,08	0,08
Hipoclorito	Litro	0,166666667	2,24	0,37	2,28	0,38
Seringa 10 ml	Unidade	1	0,23	0,23	0,41	0,41
Álcool	Litro	0,05	3,12	0,16	4,02	0,20
Agulha 25x7	Unidade	1	6,00	6,00	9,66	9,66
Isolador Condutor de Pressão	Unidade	2	0,35	0,70	0,41	0,82

11

Cloro de Sódio - Ampola	Unidade	0,083333333	0,21	0,02	0,25	0,02
Insumos para procedimentos vasculares (cateter duplo lumen, permecath, FAV)	Unidade	1	302,67	0,22	330,67	0,22
Ácido acético desinfec de máquinas	litro	0,1	16,00	1,60	16,50	1,65
Total				71,28		83,53

Fonte: Tabela ABCDT.

Memória de cálculo.

Qtd/sessão x Unitário = Custo/sessão

Quadro 09: Equipamentos prediais de uma clínica de hemodiálise.

		CUSTO DE CAPITAL			Custo março 2020	Custo março 2021
EQUIPAMENTOS	Qtd/Serviço	Quantidade	VL Unit. R\$	VL Total R\$	sessão	sessão
Máquinas de diálise		34	35.000,00	1.190.000,00	7,06	6,71
Gerador	1 unidade	1	30.000,00	30.000,00	0,18	0,17
Ar Condicionado		3	20.000,00	20.000,00	0,12	0,11
Sistema de Tratamento da Água	1 unidade	1	265.000,00	265.000,00	1,57	1,50
Bancadas de Re-uso Manual	3 unidades	3	2.200,00	6.600,00	0,04	0,04
Poltronas		32	1.000,00	32.000,00	0,19	0,18
Maca	1 unidade	1	450,00	450,00	0,00	0,00
Cadeira de Rodas		4	380,00	1.520,00	0,01	0,01
Balança	1 unidade	1	1.945,00	1.945,00	0,01	0,01
Aparelho de Pressão c/ Estetoscópio		3	255,00	765,00	0,00	0,00
Carro de Emergência (monitor cardíaco e desfibrilador)	1 unidade	1	8.500,00	8.500,00	0,05	0,05
Ventilador Pulmonar Manual (AMBU)	1 unidade	1	159,00	159,00	0,00	0,00
Ponto de Oxigênio ou Cilindro com Carrinho	1 unidade	2	60,00	120,00	0,00	0,00
Móveis e Utensílios (Armários, mesas, cadeiras etc)	1 unidade	1	55.000,00	55.000,00	0,33	0,31
Autoclave	1 unidade	1	1.500,00	1.500,00	0,01	0,01
Total Investimento em Equipamentos				1.613.559,00	9,58	9,10
INFRAESTRUTURA	M ² /R\$				24,58	23,36
				1.613.559,00	34,15	32,46

Fonte: Tabela ABCDT

Memória de cálculo.

$(VL. Unit. R\$ / Depreciação \text{ de equipamentos (meses)}) / \text{Total de sessões mês} = \text{Custo/sessão}$
 $(\text{Custo do M}^2 \times \text{Informar área total da Unidade (M}^2) / \text{Depreciação Predial (meses)}) / \text{Total de sessões mês} = \text{Infraestrutura}$

O Quadro 9 refere-se aos equipamentos prediais de uma clínica de HD. Observa-se

Quadro 10. Soma do custo final da sessão de hemodiálise.

Meses	mar/20	mar/21
Folha de pagamento mensal de uma clínica de HD	153,30	149,00
Relação dos insumos utilizados por sessão de HD	71,28	83,53
Amostragem do custo/sessão de uma clínica de HD	15,83	15,83
Contabilidade, transporte, etc.... são terceirizados	26,80	33,46
Equipamentos prediais de uma clínica de HD	34,15	32,46
Soma do custo final da sessão de HD	301,34	314,27

Fonte: Tabela ABCDT

Conforme observado no quadro 10, está a soma final do custo da sessão de HD, onde sofre um aumento de R\$ 12,93 entre março 2020 e março 2021.

Quadro 11. Repasse do SUS por uma sessão de hemodiálise.

COBRANCA HEMODIALISE SUS		
CÓDIGOS		TABELA DE PROCEDIMENTOS
TRATAMENTO		
03.05.01.010-7	HEMODIALISE (ATÉ 3X SEMANA)	194,20

Fonte: Tabela ABCDT.

O Quadro 11 demonstra o valor de repasse SUS referente a uma sessão de hemodiálise.

Fonte:

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

PUC - GO

ESCOLA DE DIREITO, NEGÓCIOS E COMUNICAÇÃO – E.D.N.C.

CURSO DE ADMINISTRAÇÃO

GESTÃO DE CUSTOS: APLICAÇÃO EM UMA CLÍNICA DE HEMODIÁLISE.

Linha de pesquisa: Controladoria, Finanças e Mercados Financeiro

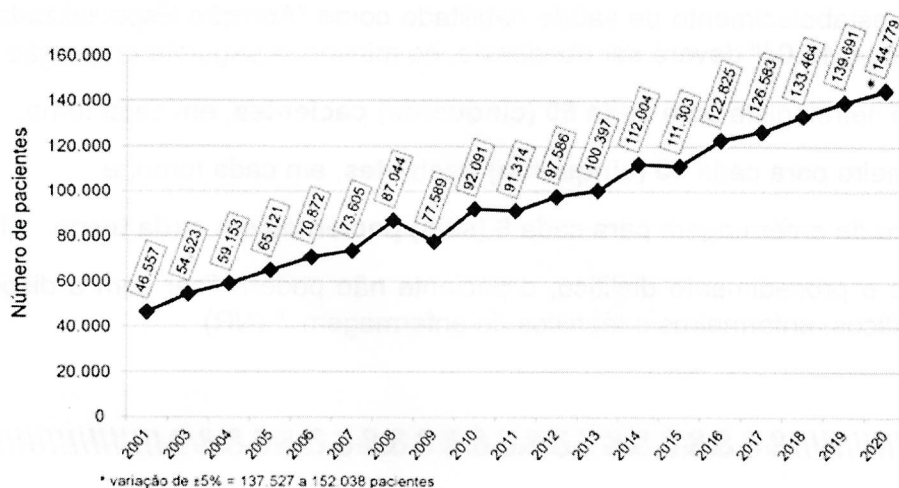


Figura 1. Número estimado de pacientes em diálise crônica por ano.

Conceitos:

Prevalência é definida como a **proporção de uma população que tem a doença em um determinado momento** (Tabela 1). Estudos transversais são comumente utilizados para realizar estudos de prevalência porque examinam a doença em um determinado momento.

A taxa de incidência é o **número de novos casos de uma doença, dividido pelo número de pessoas em risco**. A taxa de prevalência é calculada usando o número de indivíduos afetados em determinado momento, dividido pelo número total de pessoas.

PORTARIA Nº 1.675, DE 7 DE JUNHO DE 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.

"Art. 78. O estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Especializada em DRC com hemodiálise – código 15.04" terá a seguinte equipe mínima:

I - 2 (dois) médicos, sendo 1 (um) o responsável técnico, ambos com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional Medicina - CRM;

II - 2 (dois) enfermeiros, sendo 1 (um) o responsável técnico, ambos com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional de Enfermagem - COREN;

III - assistente social;

IV - psicólogo;

V - nutricionista; e

VI - técnico de enfermagem. " (NR)

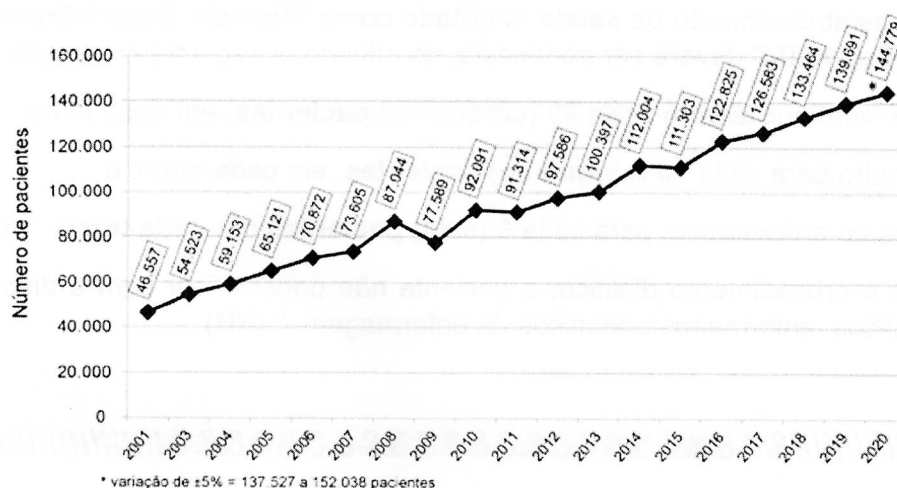


Figura 1. Número estimado de pacientes em diálise crônica por ano.

Conceitos:

Prevalência é definida como a **proporção de uma população que tem a doença em um determinado momento** (Tabela 1). Estudos transversais são comumente utilizados para realizar estudos de prevalência porque examinam a doença em um determinado momento.

A taxa de incidência é o **número de novos casos de uma doença, dividido pelo número de pessoas em risco**. A taxa de prevalência é calculada usando o número de indivíduos afetados em determinado momento, dividido pelo número total de pessoas.

PORTARIA Nº 1.675, DE 7 DE JUNHO DE 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.

"Art. 78. O estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Especializada em DRC com hemodiálise – código 15.04" terá a seguinte equipe mínima:

I - 2 (dois) médicos, sendo 1 (um) o responsável técnico, ambos com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional Medicina - CRM;

II - 2 (dois) enfermeiros, sendo 1 (um) o responsável técnico, ambos com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional de Enfermagem - COREN;

III - assistente social;

IV - psicólogo;

V - nutricionista; e

VI - técnico de enfermagem. " (NR)

§ 1º Para os estabelecimentos de saúde habilitados em Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 - Pré-Dialítico - código 15.06, fica instituída a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em DRC.

§ 2º Os estabelecimentos de saúde a serem habilitados no código 15.06 deverão ser de natureza pública ou filantrópica.

§ 3º Os estabelecimentos de saúde de Atenção Especializada em DRC com hemodiálise - 15.04 - e com diálise peritoneal - 15.05 - poderão ser habilitados de forma concomitante. " (NR)

I - ofertar atendimento ambulatorial aos pacientes que estão em processo de diálise, sob sua responsabilidade;

II - ofertar uma ou mais das modalidades de diálise;

III - fornecer ao paciente, mediante avaliação do nutricionista, o aporte nutricional, durante a permanência na clínica;

IV - prover os exames laboratoriais, conforme disposto nas diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC, podendo ser realizados em serviço de referência devidamente formalizado;

V - prover os exames de imagem, conforme disposto nas diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC, de acordo com o contrato estabelecido com o gestor público de saúde;

VI - observar a legislação sanitária, inclusive a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 11, de 13 de março de 2014, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, ou a que vier substituir;

VII - indicar a realização da confecção da fístula artério venosa de acesso à hemodiálise ou do implante de cateter para diálise peritoneal, de acordo com o contrato estabelecido com o gestor público de saúde;

VIII - prestar os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências durante o processo de diálise, garantindo sua estabilização;

IX - acionar a central de regulação de urgência e emergência para o transporte do paciente, quando necessário;

X - manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais componentes da RAS;

XI - registrar os atendimentos, os resultados dos exames realizados e os indicadores da efetividade dialítica nos prontuários dos pacientes, mantendo-os atualizados; e

XII - informar ao paciente a necessidade de inscrição em lista de espera para o transplante renal, bem como encaminhá-lo para a avaliação por uma equipe de transplante, quando couber. " (NR).

"Art. 68. A sala para atendimento ao paciente "HbsAg+" será opcional, caso o estabelecimento de diálise celebre convênio ou contrato formal com outro serviço para o atendimento destes pacientes. " (NR) (HbsAg+ = Hepatite B +)

"Art. 69. Os pacientes devem ser submetidos à confecção da fístula artério venosa de acesso à hemodiálise, de acordo com a condição vascular e indicação médica. " (NR)

"Art. 70. Os pacientes que optarem por diálise peritoneal deverão ser encaminhados juntamente com os seus familiares ou responsáveis para treinamento específico. " (NR)

"Seção VI

Das Equipes

Art. 77. O estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Ambulatorial Especializada em DRC - código 15.06" terá a seguinte Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em DRC:

- I - médico nefrologista;
- II - enfermeiro;
- III - nutricionista;
- IV - psicólogo; e
- V - assistente social

Art. 78. O estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Especializada em DRC com hemodiálise – código 15.04" terá a seguinte equipe mínima:

- I - 2 (dois) médicos, sendo 1 (um) o responsável técnico, ambos com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional Medicina - CRM;
- II - 2 (dois) enfermeiros, sendo 1 (um) o responsável técnico, ambos com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional de Enfermagem - COREN;
- III - assistente social;
- IV - psicólogo;
- V - nutricionista; e
- VI - técnico de enfermagem. " (NR)

Art. 79. O serviço responsável pela operação do Sistema de Tratamento e Distribuição de Água para Hemodiálise - SADTH poderá ser terceirizado. " (NR)

Art. 80. O estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal - código 15.05" terá a seguinte equipe mínima:

- I - 1 (um) médico, responsável técnico, com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional Medicina - CRM;
- II - 1 (um) enfermeiro, responsável técnico, com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional de Enfermagem - COREN;
- III - nutricionista;
- IV - psicólogo;
- V - assistente social; e
- VI - técnico de enfermagem. " (NR)

Art. 82. Para o estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal- código 15.05" deverá ser obedecida, no mínimo, a seguinte proporção:

- I - 1 (um) médico nefrologista para cada 50 (cinquenta) pacientes; e

II - 1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes. " (NR)

"Art. 83. Para o estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Especializada em DRC com hemodiálise - código 15.04" deverá ser obedecida, no mínimo, a seguinte proporção:

I - 1 (um) médico nefrologista para cada 50 (cinquenta) pacientes, em cada turno;

II - 1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes, em cada turno; e

III - 1 (um) técnico de enfermagem para cada 6 (seis) pacientes em cada turno. " (NR)

"Art. 84. Durante o procedimento dialítico, o paciente não poderá ficar sem a disponibilidade dos profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. " (NR)

Conversei com Rômulo em 27.12.22 sobre o que necessitaríamos para implantar um serviço de hemodiálise no município de Porto Ferreira, conforme estudos acima e planilha anexa.

Além do custo (mínimo) de R\$ 3.255.714,00 ao ano que teria de ser sustentado pelo município até o credenciamento, que pode demorar anos, nos deparamos com a total falta de profissionais qualificados para o atendimento a pacientes com DRC e em especial para o ambulatório de nefrologia e o serviço de Hemodiálise propriamente dito.

Diante dos fatos, descartamos a possibilidade de implantação deste serviço no município, ao menos por enquanto.

Vera Lucia Visolli

Secretária de Saúde

27.12.22

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 1.675, DE 7 DE JUNHO DE 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.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição e considerando o que consta nos processos 25000.053985/2018-34 e 25000.028270/2018-43, resolve:

1º O Anexo IV à Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"CAPÍTULO III

CRITÉRIOS PARA A ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA - DRC NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Seção I

Das Disposições Gerais

"Art. 59. Este capítulo define os critérios para a organização e funcionamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC." (NR)

"Art. 60. Ficam mantidas as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica no Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. Para o cumprimento no disposto nesta norma, devem ser observados os seguintes anexos:

I - Anexo 12 do Anexo IV - Formulário para habilitação em Atenção Especializada em DRC; e

II - Anexo 6 do Anexo IV - Indicadores de qualidade. "

(NR)

"Seção II

Das Diretrizes e Critérios para a Organização e Funcionamento do Cuidado da Pessoa com DRC

Art. 61. A organização e o funcionamento do cuidado à pessoa com Doença Renal Crônica na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas observará as seguintes diretrizes:

I - organização em Rede de Atenção à Saúde - RAS, com a Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede;

II - atenção e o diagnóstico precoce, de modo a identificar as pessoas com DRC de acordo com suas necessidades e demandas do território;

III - implementação da estratificação de risco da população com DRC de acordo com a classificação do seu estágio clínico, segundo a alteração de exame laboratorial da Taxa de Filtração Glomerular - TFG;

IV - financiamento para prevenção, tratamento dos fatores de risco e tratamento da DRC, com base nas metas físicas e orçamentárias definidas na Programação de Ações e Serviços de Saúde - PGASS - e registradas na Programação Física-Orçamentária;

V - promoção da educação permanente de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS;

VI - implementação das diretrizes expressas no Programa Nacional de Segurança do Paciente;

VII - garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC;

VIII - articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social;

IX - desenvolvimento de medidas de promoção da saúde e que garantam a difusão das ações de saúde e o cuidado à pessoa

com DRC de forma compartilhada entre os entes federados;

X - garantia da atenção nutricional às pessoas com Doença Renal Crônica, segundo a diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN;

XI - garantia do transporte sanitário adequado, de acordo com as características territoriais; e

XII - garantia do acesso por meio da regulação de todas as modalidades de tratamento dialítico." (NR)

"Art. 62. Para efeito deste Capítulo, a classificação do estágio clínico da DRC, segundo a TFG, observará aos seguintes parâmetros:

I - DRC estágio 1: $TFG \geq 90 \text{ mL/min/1,73m}^2$ na presença de proteinúria e/ou hematúria ou alteração no exame de imagem;

II - DRC estágio 2: $TFG \geq 60$ a $89 \text{ mL/min/1,73m}^2$;

III - DRC estágio 3a: $TFG \geq 45$ a $59 \text{ mL/min/1,73m}^2$;

IV - DRC estágio 3b: $TFG \geq 30$ a $44 \text{ mL/min/1,73m}^2$;

V - DRC estágio 4: $TFG \geq 15$ a $29 \text{ mL/min/1,73m}^2$; e

VI - DRC estágio 5: $TFG < 15 \text{ mL/min/1,73m}^2$.

§ 1º É recomendado que o laboratório de análises clínicas disponibilize o resultado do exame de dosagem de creatinina acompanhado do resultado da TFG.

§ 2º As diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC no SUS orientam quanto às classificações do estágio clínico da DRC e as fórmulas para o cálculo da TFG." (NR)

"Art. 63. São atribuições no cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas:

I - do componente da Atenção Básica:

a) realizar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e controle das principais patologias relacionadas à DRC, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, considerados os fatores de risco mais prevalentes na população;

b) atualizar o calendário vacinal das pessoas com DRC, conforme Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde - PNI/MS;

c) identificar determinantes e condicionantes das principais patologias que podem levar a DRC;

d) realizar acolhimento com classificação e estratificação de risco e vulnerabilidade, diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DRC de acordo com as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC no SUS;

e) coordenar o cuidado atuando como o centro de comunicação entre os diversos componentes da RAS e ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas;

f) realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC;

g) realizar abordagem multiprofissional e intersetorial, incluindo o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - Nasf-AB - e outros programas e ações da Atenção Básica no acompanhamento aos pacientes com DRC;

h) manter o Sistema de Informação da Atenção Básica - SISAB - vigente atualizado e com registro qualificado das informações pelos profissionais;

i) responsabilizar-se no território adscrito pelo cuidado à pessoa em tratamento dialítico e seus familiares; e

j) utilizar tecnologias como Telessaúde ou outras estratégias locais para qualificar o processo de trabalho, através do uso de protocolos de encaminhamento de maneira integrada com a Regulação;

II - do componente da Atenção Especializada:

a) realizar a atenção ambulatorial e hospitalar de forma multiprofissional e intersetorial, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC no SUS, incluindo a necessidade da Terapia Renal Substitutiva - TRS, nas modalidades de hemodiálise e diálise peritoneal;

b) realizar o matriciamento pela equipe multiprofissional especializada em DRC a partir da integração com as equipes da Atenção Básica;

c) disponibilizar carga horária adequada à realidade local para realizar o matriciamento, mediante realização presencial ou à distância, ou por meio dos Núcleos do Telessaúde, conforme definição e pactuação do gestor público de saúde;

d) diagnosticar, quando da necessidade de TRS-diálise, os casos com indicação para procedimento cirúrgico da confecção de fístula arteriovenosa ou implante de cateter para diálise peritoneal, conforme o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS;

e) realizar a confecção da fístula artério venosa de acesso à hemodiálise ou o implante de cateter para diálise peritoneal, conforme definição e pactuação do gestor público de saúde;

f) garantir o encaminhamento ou transferência por meio da regulação de acesso de urgência e emergência para hospital vinculado ao SUS de retaguarda para os casos que necessitem de internação decorrente do tratamento dialítico;

g) manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais componentes da RAS;

h) manter o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS - vigente atualizado e com registro qualificado das informações pelos profissionais; e

i) prestar os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências quando ocorrerem durante o processo dialítico, garantindo a estabilização do paciente." (NR)

"Art. 64. Compete ao componente da Atenção Básica a gestão do cuidado à pessoa com DRC e a atenção dos estágios clínicos 1 ao 3, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC no SUS." (NR)

"Art. 65. Compete ao componente da Atenção Especializada o cuidado à pessoa com DRC dos estágios clínicos 4 e 5 - pré-dialítico e dialítico -, bem como o matriciamento às equipes da Atenção Básica para o estágio clínico 3, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC no SUS. " (NR)

"Seção III

Das Tipologias e Atribuições das Unidades de Atenção Especializada em DRC

Art. 66. A Atenção Especializada em DRC será estruturada para fins de habilitação pelo Ministério da Saúde conforme as seguintes tipologias:

I - Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 - Pré-Dialítico - código 15.06;

II - Atenção Especializada em DRC com hemodiálise - código 15.04; e

III - Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal - código 15.05.

§ 1º Para os estabelecimentos de saúde habilitados em Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 - Pré-Dialítico - código 15.06, fica instituída a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em DRC.

§ 2º Os estabelecimentos de saúde a serem habilitados no código 15.06 deverão ser de natureza pública ou filantrópica.

§ 3º Os estabelecimentos de saúde de Atenção Especializada em DRC com hemodiálise - 15.04 - e com diálise peritoneal - 15.05 - poderão ser habilitados de forma concomitante. " (NR)

"Art. 67. Os estabelecimentos de saúde habilitados como Atenção Especializada em DRC deverão:

I - ofertar atendimento ambulatorial aos pacientes que estão em processo de diálise, sob sua responsabilidade;

II - ofertar uma ou mais das modalidades de diálise;

III - fornecer ao paciente, mediante avaliação do nutricionista, o aporte nutricional, durante a permanência na clínica;

IV - prover os exames laboratoriais, conforme disposto nas diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC, sendo ser realizados em serviço de referência devidamente formalizado;

V - prover os exames de imagem, conforme disposto nas diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC, de acordo com o contrato estabelecido com o gestor público de saúde;

VI - observar a legislação sanitária, inclusive a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 11, de 13 de março de 2014, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, ou a que vier substituir;

VII - indicar a realização da confecção da fístula artério venosa de acesso à hemodiálise ou do implante de cateter para diálise peritoneal, de acordo com o contrato estabelecido com o gestor público de saúde;

VIII - prestar os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências durante o processo de diálise, garantindo sua estabilização;

IX - acionar a central de regulação de urgência e emergência para o transporte do paciente, quando necessário;

X - manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais componentes da RAS;

XI - registrar os atendimentos, os resultados dos exames realizados e os indicadores da efetividade dialítica nos prontuários dos pacientes, mantendo-os atualizados; e

XII - informar ao paciente a necessidade de inscrição em lista de espera para o transplante renal, bem como encaminhá-lo para a avaliação por uma equipe de transplante, quando couber. "

(NR)

"Art. 68. A sala para atendimento ao paciente "HbsAg+" será opcional, caso o estabelecimento de diálise celebre convênio ou contrato formal com outro serviço para o atendimento destes pacientes. " (NR)

"Art. 69. Os pacientes devem ser submetidos à confecção da fístula artério venosa de acesso à hemodiálise, de acordo com a condição vascular e indicação médica. " (NR)

"Art. 70. Os pacientes que optarem por diálise peritoneal deverão ser encaminhados juntamente com os seus familiares ou responsáveis para treinamento específico. " (NR)

"Seção IV

Do Tratamento Dialítico em Trânsito

Art. 71. Considera-se como tratamento dialítico em trânsito aquele em que o paciente necessita, por no máximo 30 (trinta) dias, da Terapia Renal Substitutiva - TRS em estabelecimento de saúde situado em localidade diversa de onde originalmente realiza o procedimento dialítico. " (NR)

"Art. 72. A assistência ao paciente dialítico em trânsito deve estar em conformidade com as normas de regulação do acesso instituídas pelas secretarias de saúde envolvidas e seguir o seguinte fluxo:

I - deve haver solicitação do paciente ao estabelecimento de saúde de origem acerca da necessidade do tratamento dialítico em trânsito, informando o período, o município e o Estado (UF) de destino;

II - o estabelecimento de saúde de origem deve solicitar ao gestor de saúde do município de origem a verificação de disponibilidade de vaga para o tratamento no município e Estado (UF) de destino;

III - havendo a disponibilidade de vaga, o gestor de saúde do município de destino deve informar ao gestor de saúde do município de origem qual será o estabelecimento de saúde de destino que acolherá o paciente em trânsito;

IV - o gestor de saúde do município de origem deve informar ao estabelecimento de saúde de origem e ao paciente qual o estabelecimento de saúde de destino em que se dará o tratamento dialítico em trânsito; e

V - o estabelecimento de saúde de origem deve comunicar ao estabelecimento de saúde de destino, mediante relatório, as

seguintes informações, que deverão ficar arquivadas no estabelecimento de saúde de destino para fins de controle e auditoria:

- a) características do tratamento;
- b) tipo de acesso vascular;
- c) resultados dos exames realizados no mês;
- d) situação vacinal; e
- e) uso de medicamentos. " (NR)

"Art. 73. O procedimento dialítico em trânsito deverá ser informado no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIASUS, sob o código "03.05.01.021-2 - IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTE SOB TRATAMENTO DIALÍTICO EM TRÂNSITO".

" (NR)

"Art. 74. Haverá a compensação do pagamento dos procedimentos dialíticos em trânsito, conforme a produção informada pelo estabelecimento de saúde de destino, nos termos do art. 299 da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. " (NR)

"Seção V

Da Habilitação para a Organização e Funcionamento do Cuidado da Pessoa com DRC

Art. 75. Para a habilitação dos estabelecimentos de saúde como Atenção Especializada em DRC, as Secretarias Estaduais de Saúde deverão encaminhar ao Ministério da Saúde, por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde - SAIPS, as seguintes informações:

I - Resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB - ou, no caso do Distrito Federal, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde - CGSES/DF, ou da Comissão Intergestores Regional - CIR, conforme deliberação em CIB, contendo:

- a) tipo de habilitação com o respectivo código de habilitação, nome do estabelecimento de saúde e CNES; e
- b) valor do impacto financeiro mensal e anual segundo os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS, anexando a memória de cálculo;

II - relatório de vistoria realizado pela vigilância sanitária local, onde conste a estrita observância da RDC nº 11, de 13 de março de 2014, e cópia da licença de funcionamento; e

III - formulário para habilitação em Atenção Especializada em DRC, disponível via SAIPS.

§ 1º O processo de habilitação deverá ser formalizado pela Secretaria Estadual de Saúde.

§ 2º O respectivo gestor público de saúde estadual analisará a necessidade e os critérios estratégicos e técnicos dispostos e dará início ao processo de habilitação.

§ 3º A ausência da análise de que trata o § 2º impede a sequência do processo de habilitação.

§ 4º Após a emissão do parecer favorável à habilitação pelo gestor público de saúde estadual, o processo com a documentação comprobatória ficará na posse do gestor do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria. " (NR)

"Art. 76. O Ministério da Saúde avaliará os documentos encaminhados pelas Secretarias de Saúde, podendo proceder a vistoria in loco para conceder a habilitação do serviço de saúde.

Parágrafo Único. Caso a avaliação seja favorável, o Ministério da Saúde tomará as providências para a publicação da Portaria específica de habilitação. " (NR)

"Seção VI

Das Equipes

Art. 77. O estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Ambulatorial Especializada em DRC - código 15.06" terá a seguinte Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em DRC:

I - médico nefrologista;

II - enfermeiro;

III - nutricionista;

IV - psicólogo; e

V - assistente social.

§ 1º Compete à Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em DRC:

I - constituir preferencialmente referência regional para assistência ambulatorial em DRC para os estágios 3, 4 e 5;

II - construir o plano de cuidado de maneira integrada com a Atenção Básica;

III - realizar o matriciamento para as equipes de Atenção Básica para o estágio 3 e o acompanhamento multiprofissional em DRC para os estágios 4 a 5; e

IV - encaminhar os casos com indicação de diálise em período suficiente para o início programado do tratamento renal substitutivo - hemodiálise ou diálise peritoneal.

§ 2º O acompanhamento multiprofissional em DRC de que trata o inciso III do § 1º consiste na realização de consultas multiprofissionais e na realização de exames na periodicidade recomendada no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS no estágio 4 e 5 pré-dialítico.

" (NR)

"Art. 78. O estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Especializada em DRC com hemodiálise - código 15.04" terá a seguinte equipe mínima:

I - 2 (dois) médicos, sendo 1 (um) o responsável técnico, ambos com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional Medicina - CRM;

II - 2 (dois) enfermeiros, sendo 1 (um) o responsável técnico, ambos com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional de Enfermagem - COREN;

III - assistente social;

IV - psicólogo;

V - nutricionista; e

VI - técnico de enfermagem. " (NR)

"Art. 79. O serviço responsável pela operação do Sistema de Tratamento e Distribuição de Água para Hemodiálise - SADTH poderá ser terceirizado. " (NR)

"Art. 80. O estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal - código 15.05" terá a seguinte equipe mínima:

I - 1 (um) médico, responsável técnico, com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional Medicina - CRM;

II - 1 (um) enfermeiro, responsável técnico, com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional de Enfermagem - COREN;

III - nutricionista;

IV - psicólogo;

V - assistente social; e

VI - técnico de enfermagem. " (NR)

"Art. 81. O médico nefrologista e o enfermeiro nefrologista podem ser os responsáveis técnicos de 1 (um) estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Especializada em DRC. " (NR)

t. 82. Para o estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal - código 15.05" deverá ser obedecida, no mínimo, a seguinte proporção:

I - 1 (um) médico nefrologista para cada 50 (cinquenta) pacientes; e

II - 1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes.

" (NR)

"Art. 83. Para o estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Especializada em DRC com hemodiálise - código 15.04" deverá ser obedecida, no mínimo, a seguinte proporção:

I - 1 (um) médico nefrologista para cada 50 (cinquenta) pacientes, em cada turno;

II - 1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes, em cada turno; e

III - 1 (um) técnico de enfermagem para cada 6 (seis) pacientes em cada turno. " (NR)

"Art. 84. Durante o procedimento dialítico, o paciente não poderá ficar sem a disponibilidade dos profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. " (NR)

"Art. 85. Para o atendimento em diálise pediátrica, que abrange a faixa etária de 0 a 12 anos completos, o profissional médico nefrologista deve ser capacitado. " (NR)

"Seção VII

Do Monitoramento e Avaliação

Art. 86. Os estabelecimentos de saúde habilitados em Atenção Especializada em DRC no âmbito do SUS serão submetidos à regulação, controle e avaliação dos seus gestores públicos de saúde. " (NR)

"Art. 87. Os gestores públicos de saúde possuem as seguintes atribuições:

I - avaliar a estrutura e equipe dos estabelecimentos por eles autorizados para prestar o cuidado;

II - avaliar a compatibilidade entre o número de casos esperados para a população atendida, o número de atendimentos realizados e o número de procedimentos faturados, observando também a distribuição numérica esperada dos procedimentos - consultas e acompanhamentos/tratamentos;

III - avaliar a qualidade dos serviços prestados pelos estabelecimentos; e

IV - controlar a frequência de pacientes em tratamento dialítico, preferencialmente por meio de sistema eletrônico, para fins de cobrança dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS. "

(NR)

"Art. 88. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e os estabelecimentos de saúde, em seus respectivos âmbitos de atuação, deverão produzir as informações para monitorar os indicadores de qualidade definidos no Anexo 6 do Anexo IV desta Portaria.

Parágrafo único. As informações produzidas para o monitoramento dos indicadores de qualidade devem estar disponíveis e atualizadas. " (NR)

"Art. 89. A manutenção da habilitação dos estabelecimentos de saúde de Atenção Especializada em DRC está condicionada:

I - ao cumprimento contínuo das normas estabelecidas nesta Portaria;

II - a existência do contrato ou convênio com o estabelecimento de saúde habilitado em Atenção Especializada em DRC, quando este não for da rede própria vinculada à respectiva Secretaria de Saúde;

III - aos resultados gerados pelo Sistema Nacional de Auditorias recomendadas pela SAS/MS e executadas pelos órgãos de controle; e

IV - ao registro regular no SIA/SUS ou de outros sistemas de informação oficiais definidos pelo Ministério da Saúde, não podendo ultrapassar o período de 3 (três) meses consecutivos sem registro de informação. " (NR)

"Art. 90. Na hipótese de descumprimento do disposto artigo 86, a desabilitação dos estabelecimentos de saúde habilitados de acordo com as normas desta Portaria ocorrerá:

I - a pedido do gestor público de saúde em seu respectivo âmbito de atuação; ou

II - por iniciativa do Ministério da Saúde, que deverá, antes de proceder a desabilitação do serviço, notificar o gestor estadual do SUS, que, por seu turno, terá o prazo de 15 (quinze) dias para regularizar ou apresentar justificativa. " (NR)

"Art. 91. O monitoramento de que trata esta Portaria não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão - RAG. " (NR)

"Seção VIII

Das Disposições Finais

Art. 92. O procedimento referente ao acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 4 pré-diálise deverá ser realizado trimestralmente com APAC de continuidade de validade de 3 (três) competências. " (NR)

"Art. 93. O procedimento de acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 5 pré-diálise deverá ser realizado mensalmente com APAC de validade fixa de 12 (doze) competências. " (NR)

"Art. 94. Para fins de acesso à informação, deve ser garantido aos conselhos de saúde e às associações ou comissões de pacientes com DRC, o acesso aos estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com DRC.

Parágrafo Único. O acesso aos estabelecimentos de saúde de que trata o caput se dará de modo a preservar as condições de sigilo médico, previstas no Código de Ética Médica." (NR)

Art. 2º O Capítulo II da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Seção III

Do Incentivo Financeiro de Custeio Destinado ao Cuidado Ambulatorial Pré-dialítico e Dialítico em Trânsito

Art. 296. Os estabelecimentos de saúde habilitados como Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 - pré-dialítico - código 15.06 realizarão os procedimentos 03.01.13.005-1 - Acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 04 pré-diálise e 03.01.13.006-0 - Acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 05 pré-diálise.

Parágrafo único. O custeio dos procedimentos descritos no caput será no valor de R\$ 61,00 (sessenta e um reais), referente aos exames de diagnóstico, acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC e o matriciamento às equipes de atenção básica para o estágio 3, conforme definido nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC no SUS. " (NR)

"Art. 297. Os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais, do "GRUPO - 03-PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, SUB-GRUPO 05-NEFROLOGIA", tem o instrumento de registro por Autorização de Procedimentos Ambulatoriais - APAC e são financiados pelo FAEC. " (NR)

"Art. 299. Os recursos orçamentários para o custeio do procedimento dialítico em trânsito, de que trata a Seção IV do Anexo IV à Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC - Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC Plano Orçamentário 0005. " (NR)

Art. 3º O Anexo 12 do Anexo IV e o Anexo 06 do Anexo IV, ambos da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passam a vigorar, respectivamente, na forma do Anexo I e II a esta Portaria.

Art. 4º Ficam atualizadas as descrições sob os códigos "15.04", "15.05" e "15.06", na Tabela de Habilitações do CNES para o "GRUPO 15 - NEFROLOGIA", conforme Anexo III a esta portaria.

Art. 5º Ficam mantidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS os procedimentos "ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DRC ESTÁGIO 04 PRÉ-DIÁLISE - CÓDIGO 03.01.13.005-1" e "ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DRC ESTÁGIO 05 PRÉ-DIÁLISE - 03.01.13.006-0" suas concomitâncias, suas compatibilidades com os exames laboratoriais definidas nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC no SUS, alterado o atributo valor conforme Anexo IV a esta portaria.

Art. 6º Fica incluído, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS, o procedimento especificado no Anexo V a esta Portaria, sob o código "03.05.01.021-2 - IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTE SOB TRATAMENTO DIALÍTICO EM TRÂNSITO".

Art. 7º Os estabelecimentos atualmente habilitados sob o código "15.01 - UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEFROLOGIA - SERVIÇO DE NEFROLOGIA" serão migrados no CNES para as habilitações "15.04 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC COM HEMODIÁLISE" e "15.05 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC COM DIÁLISE PERITONEAL".

Art. 8º Serão migrados para as habilitações "15.04 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC COM HEMODIÁLISE" e "15.05 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC COM DIÁLISE PERITONEAL" no CNES os estabelecimentos atualmente habilitados sob os seguintes códigos:

- I - 15.07 - UNIDADES ESPECIALIZADAS EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO I COM HEMODIÁLISE;
- II - 15.08 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO I COM DIÁLISE PERITONEAL;
- III - 15.09 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO II COM HEMODIÁLISE;
- IV - 15.10 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO II COM DIÁLISE PERITONEAL;
- V - 15.11 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO III COM HEMODIÁLISE;
- VI - 15.12 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO III COM DIÁLISE PERITONEAL;
- VII - 15.13 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO IV COM HEMODIÁLISE; e
- VIII - 15.14 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO IV COM DIÁLISE PERITONEAL.

Art. 9º Ficam excluídas da Tabela de Habilitações do CNES, as seguintes habilitações:

- I - 15.01 - UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEFROLOGIA (SERVIÇO DE NEFROLOGIA);
- II - 15.07 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO I COM HEMODIÁLISE;
- III - 15.08 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO I COM DIÁLISE PERITONEAL;
- IV - 15.09 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO II COM HEMODIÁLISE;
- V - 15.10 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO II COM DIÁLISE PERITONEAL;
- VI - 15.11 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO III COM HEMODIÁLISE;
- VII - 15.12 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO III COM DIÁLISE PERITONEAL;
- VIII - 15.13 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO IV COM HEMODIÁLISE; e
- IX - 15.14 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO IV COM DIÁLISE PERITONEAL.

Art. 10. Ficam mantidas as classificações do Serviço de Atenção à Doença Renal Crônica "CÓDIGO 130", com as respectivas classificações e CBO.

Art. 11. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos operacionais nos sistemas de informação do SUS na competência seguinte a de sua publicação.

Art. 12. Ficam revogados:

- I - os art. 95, art. 96 e art. 97, da Portaria de Consolidação nº 03/GM/MS, de 28 de setembro de 2017;
- III - os art. 300, art. 301 e art. 302, da Portaria de Consolidação nº 06/GM/MS, de 28 de setembro de 2017; e
- II - o Anexo XVII "TIPOLOGIA DAS UNIDADES DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DRC E % DE INCREMENTO NOS PROCEDIMENTOS DE SESSÕES DE DIÁLISE" da Portaria de Consolidação nº 06/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

GILBERTO OCCHI

ANEXO I

(Anexo 12 do Anexo IV à Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 setembro de 2017)

FORMULÁRIO PARA HABILITAÇÃO EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC

(Este formulário estará disponível no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde - SAIPS)

Solicitação de habilitação para:

- Atenção Especializada em DRC com hemodiálise - código 15.04
- Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal - código 15.05
- Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 (Pré-Dialítico) - código 15.06

Informações gerais:

- 1 - Informar o número de máquinas de hemodiálise:
- 2 - Informar o número de máquinas de hemodiálise reserva:
- 3 - Informar o número de turnos de atendimento:
- Informar o número de pacientes em acompanhamento multiprofissional nos estágios clínicos 4 e 5 (pré-diálise):
- Informar o número de pacientes adultos em hemodiálise:
- 6 - Informar o número de pacientes pediátricos em hemodiálise:
- 7 - Informar o número de pacientes com sorologia positiva para HIV, hepatite B ou hepatite C em hemodiálise:
- 8 - Informar o número de pacientes em Diálise Peritoneal Automatizada (DPA):
- 9 - Informar o número de pacientes em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC):
- 10 - Informar o número de pacientes em Diálise Peritoneal Intermitente (DPI):
- 11 - O estabelecimento de saúde possui licença de funcionamento vigente? Caso o serviço seja público deve ter a cópia do parecer técnico conclusivo da situação encontrada que deverá ser anexado ao processo.
 Sim Não
- 12 - O estabelecimento de saúde conta com parecer favorável da vigilância sanitária local e está de acordo com a RDC nº 11, de 13 de março de 2014 da ANVISA ou a que vier substituir?
 Sim Não
- 13 - O estabelecimento de saúde possui serviço de diagnose para que seja garantida a execução dos exames laboratoriais (análises clínicas)?
 Sim Não, referencia para: _____ CNES: _____
- 14 - O estabelecimento de saúde possui serviço de diagnose para que seja garantida a execução dos exames de imagem (Raio X e ultrassonografia)?

Sim Não, referencia

para: _____ CNES: _____

15 - O estabelecimento de saúde possui sala amarela para o atendimento dos pacientes com sorologia positiva em hepatite B?

Sim Não, referencia

para: _____ CNES: _____

Não se aplica

16 - O estabelecimento de saúde possui serviço próprio para confecção da fistula arterio-venosa ou implante de cateter para diálise peritoneal?

Sim Não, referencia

para: _____ CNES: _____

Não se aplica

17 - O estabelecimento de saúde possui serviço de internação próprio para os casos que necessitem de internação por intercorrências decorrentes do tratamento dialítico? (hospital de retaguarda).

Sim Não, referencia

para: _____ CNES: _____

Não se aplica

18 - Foi estabelecida, por meio da central de regulação de urgência e emergência, a transferência do paciente em serviço de urgência móvel?

Sim Não

Equipe multiprofissional:

19 - O estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 (pré-dialítico)

- código 15.06 - possui equipe mínima de acordo com o proposto nesta Portaria?

Sim Não Não se aplica

1.Nome do médico nefrologista:

2.Nome do enfermeiro:

3.Nome do nutricionista:

4.Nome do psicólogo:

5.Nome do assistente social:

20 - O estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Especializada em DRC com hemodiálise (código 15.04) possui equipe mínima de acordo com o proposto nesta Portaria?

Sim Não Não se aplica

1.Nome do médico nefrologista responsável técnico:

2.Nome do médico nefrologista:

3.Nome do enfermeiro nefrologista responsável técnico:

4.Nome do enfermeiro nefrologista:

5.Nome do nutricionista:

6.Nome do psicólogo:

Nome do assistente social:

Relação com os nomes dos técnicos de enfermagem: 21 - O estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal (código 15.05) possui equipe mínima de acordo com o proposto nesta Portaria?

Sim Não Não se aplica

1.Nome do médico nefrologista responsável técnico:

2.Nome do enfermeiro nefrologista responsável técnico:

3.Nome do nutricionista:

4.Nome do psicólogo:

5.Nome do assistente social:

6.Relação com os nomes dos técnicos de enfermagem:

22 - A operação do Sistema de Tratamento e Distribuição de Água para Hemodiálise (SADTH) é realizado por empresa terceirizada?

Sim Não

23 - Informar o nome da empresa, caso o serviço seja terceirizado:

Nome: _____ CNPJ: _____

24 - Informar se o estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Especializada em DRC com Hemodiálise (código 15.04) obedece, no mínimo, a seguinte proporção:

1 (um) médico nefrologista para cada 50 (cinquenta) pacientes, em cada turno.

Sim Não Não se aplica

1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes, em cada turno.

Sim Não Não se aplica

1 (um) técnico de enfermagem para cada 6 (seis) pacientes em cada turno.

() Sim () Não () Não se aplica

25 - Informar se o estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Especializada em DRC com Diálise Peritoneal (código 15.05) obedece, no mínimo, a seguinte proporção:

1 (um) médico nefrologista (um) para cada 50 (cinquenta) pacientes.

() Sim () Não () Não se aplica

1 (um) enfermeiro, para cada 50 (cinquenta) pacientes.

() Sim () Não () Não se aplica

26 - Anexar os seguintes documentos:

1. Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, no caso do Distrito Federal, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde (CGSES/DF) ou da Comissão Intergestores Regional (CIR), conforme deliberação em CIB, contendo:

1. tipo de habilitação com o respectivo código de habilitação, nome do estabelecimento de saúde e CNES.

2. valor do impacto financeiro mensal e anual segundo os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS.

2. Memória de cálculo com o valor do impacto financeiro mensal e anual.

3. Relatório da vigilância sanitária local com parecer favorável para a habilitação, de acordo com a RDC nº 11, de 13 de março de 2014 da ANVISA ou a que vier substituir.

4. Cópia da licença de funcionamento vigente.

ANEXO II

(Anexo 6 do Anexo IV à Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 setembro de 2017)

INDICADORES DE QUALIDADE

1- Proporção de pacientes em tratamento conservador (pré-dialítico) com Hemoglobina (Hb) ≥ 10 mg/dl e HB ≤ 12 mg/dl

A) CÁLCULO:

No de pacientes em tratamento conservador com Hb ≥ 10 mg/dl e HB ≤ 12 mg/dl / No total de pacientes em tratamento conservador X 100

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

2- Proporção de pacientes em tratamento conservador (pré-dialítico) com a dosagem de fósforo (P) $\geq 2,5$ mg/dl e P $\leq 4,5$ mg/dl

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em tratamento conservador com P $> 2,5$ e $< 4,5$ mg/dl / Nº total de pacientes em tratamento conservador X 100

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

3- Proporção de pacientes que iniciaram o tratamento hemodialítico com a FAV

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes que iniciaram o tratamento hemodialítico com a FAV / Nº total de pacientes em tratamento hemodialítico X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

4- Proporção de pacientes que iniciaram tratamento hemodialítico sem FAV e em 30 dias realizou a FAV.

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes que iniciaram tratamento hemodialítico sem FAV e em 30 dias realizou a FAV / Nº total de pacientes que entraram sem FAV X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

5- Proporção de pacientes em tratamento conservador (pré-dialítico) que abandonaram o tratamento

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em tratamento conservador com abandono de tratamento / Nº total de pacientes em tratamento conservador X 100

B) FREQUÊNCIA: Anual

6- Proporção de pessoas em diálise peritoneal

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em diálise peritoneal / Nº total de pacientes em tratamento em diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

7- Taxa de hospitalização dos pacientes por intercorrência clínica:

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes internados por intercorrência clínica em hemodiálise / Nº total de pacientes em tratamento por hemodiálise X 100 OU Nº de pacientes internados por intercorrência clínica em CAPD e DPA OU

Nº total de pacientes em tratamento por CAPD e DPA X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

8- Proporção de pacientes em hemodiálise em uso de cateter de curta duração por mais de 3 meses

A) CÁLCULO:

Nº pacientes em HD em uso de cateter venoso central de curta duração/ Nº total de pacientes em tratamento de HD

B) FREQUÊNCIA: Mensal

9- Taxa de mortalidade de pacientes em diálise

A) CÁLCULO:

Nº de óbitos de pacientes em diálise/ Nº total de pacientes em diálise X 101

B) FREQUÊNCIA: Anual

10- Número de soroconversão para Hepatite C em pacientes submetidos à Hemodiálise

A) CÁLCULO:

Nº absoluto de casos com soroconversão para Hepatite C

a) Frequência: Trimestral

11- Incidência em peritonite em pacientes em diálise peritoneal

A) CÁLCULO:

Nº pacientes em diálise peritoneal com peritonite diagnosticada/ Nº total de pacientes em tratamento em DP X 100

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

12- Proporção de pacientes com Hb > 10 g/dl e < 12,0 g/dl em diálise

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em diálise com Hb > 10 e < 12 g/dl/ Nº total de pacientes em diálise X 101

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

13- Proporção de pacientes em diálise com Fósforo (P) >3,5 e < 5,5 mg/ul

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes com P > 3,5 e < 5,5 mg/dl/ Nº total de pacientes em diálise X 101

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

14- Proporção de pacientes em tratamento dialítico com Albumina ³ 3,0 mg/dl

A) CÁLCULO:

Nº pacientes em tratamento dialítico com Ab ³ 3,0 g/dl/ Nº total de pacientes em tratamento X 100

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

15- Proporção de pacientes em Diálise com PTH > 600 pg/ml

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em Diálise com PTH > 600 pg/ml/ Nº total de pacientes em Diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

16- Proporção de pacientes em Hemodiálise com KTV > 1,3

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em Hemodiálise com KTV > 1,3/ Nº total de pacientes em Hemodiálise X 101

B) FREQUÊNCIA: Mensal

17- Proporção de pacientes com mais de 6 meses de tratamento dialítico, aptos para o transplante e inscritos na CNCDO

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes com mais de 6 meses de tratamento dialítico, aptos para o transplante na e inscritos na CNCDO/ Nº total de pacientes com mais de 6 meses de tratamento dialítico e aptos para o transplante X 101

B) FREQUÊNCIA: Mensal" (NR)

ANEXO III

ATUALIZAÇÃO NA TABELA DE HABILITAÇÕES DO CNES
GRUPO 15 - NEFROLOGIA

Código	Descrição
15.04	Atenção Especializada em DRC com hemodiálise
15.05	Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal
15.06	Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 (Pré-Dialítico)

ANEXO IV

ATUALIZAÇÃO DO ATRIBUTO DE VALOR NA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS, ÓRTESES/PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS DO SUS

Procedimento	03.01.13.005-1 - ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DRC ESTÁGIO 04 PRÉ DIÁLISE
Valor ambulatorial (SA)	R\$ 61,00
Valor ambulatorial (total)	R\$ 61,00

Procedimento	03.01.13.006-0 - ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DRC ESTÁGIO 05 PRÉ DIÁLISE
Valor ambulatorial (SA)	R\$ 61,00
Valor ambulatorial (total)	R\$ 61,00

ANEXO V

INCLUSÃO NA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS, ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS DO SUS

GRUPO 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, SUBGRUPO 05-TRATAMENTO EM NEFROLOGIA E FORMA DE ORGANIZAÇÃO 01-TRATAMENTO DIALÍTICO:

Procedimento:	03.05.01.021-2 - IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTE SOB TRATAMENTO DIALÍTICO EM TRÂNSITO
Descrição:	Procedimento registrado para identificar o paciente sob tratamento dialítico que se encontra em trânsito, visando a ter a continuidade do tratamento em estabelecimento de saúde situado em localidade que não a do estabelecimento de saúde que originalmente se submete, em um período máximo de 30 dias. Este procedimento deve ser registrado em conjunto com um dos seguintes procedimentos principais: 03.05.01.010-7 - Hemodiálise (máximo 3 sessões por semana) ou 03.05.01.011-5 - Hemodiálise em paciente com sorologia positiva para HIV ou 03.05.01.020-4 - Hemodiálise pediátrica (máximo 04 sessões por semana).
Origem:	
Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Complexidade:	Alta Complexidade
Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)

Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Secundário)
Sexo:	Ambos
Quantidade Máxima:	01
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Atributos	CNS
Serviço Ambulatorial	R\$ 0,00
Total Ambulatorial:	R\$ 0,00
Serviço Hospitalar:	R\$ 0,00
Serviço Profissional:	R\$ 0,00
Total Hospitalar	R\$ 0,00
CBO	225109
Serviço/Classificação	130 - 001 Tratamento Dialítico-Hemodiálise (Atenção à Doença Renal Crônica)
Habilitação	1501 Unidade de assistência de alta complexidade em nefrologia (serviço de nefrologia); 1504 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com Hemodiálise; 1507 Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise Tipo I com Hemodiálise; 1509 Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise Tipo II com Hemodiálise; 1511 Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise Tipo III com Hemodiálise; 1513 Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise Tipo IV com Hemodiálise
Renases	115 Tratamento em Nefrologia: Tratamento Dialítico

Nº 140 – DOU – 24/07/14 – seção 1 – p.406

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 1.535, DE 23 DE JULHO DE 2014

Altera os incisos I e II do art. 27 e acresce inciso XII ao art. 15 da Portaria nº 389/GM/MS, de 13 de março de 2014, que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 389/GM/MS, de 13 de março de 2014, que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico; e

Considerando a Portaria nº 483/GM/MS, de 1º de abril de 2014, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado, resolve:

Art. 1º Os incisos I e II do art. 27 da Portaria nº 389/GM/MS, de 13 de março de 2014, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 27.

I - 1 (um) médico nefrologista para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, em cada turno;

II - 1 (um) enfermeiro para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, em cada turno;" (NR)

Art. 2º A Portaria nº 389/GM/MS, de 2014, passa a vigorar acrescida de inciso XII ao art. 15, nos seguintes termos:

"Art. 15.

XII - cópia da publicação, em diário oficial, do extrato de contrato com o estabelecimento de saúde, quando este não for da rede própria vinculada à respectiva Secretaria de Saúde."(NR)

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ARTHUR CHIORO

OK!

Nº 141 – DOU – 25/07/14 – seção 1 – p.39

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO**

PORTARIA Nº 389, DE 13 DE MARÇO DE 2014(*)

Define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 1.168/GM/MS, de 15 de junho de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão;

Considerando a Portaria nº 1.559/GM/MS, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.034/GM/MS, de 5 de maio de 2010, que dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria nº 533/GM/MS, de 28 de março de 2012, que estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 841/GM/MS, de 2 de maio de 2012, que publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do SUS e dá outras providências;

Considerando a Portaria nº 483/GM/MS, de 1º de abril de 2014, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado;

Considerando a Portaria nº 2.135/GM/MS, de 25 de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS;

Considerando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, em especial no seu eixo III, que se refere ao cuidado integral das DCNT;

Considerando o Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias do Ministério da Saúde de 2012 e os Cadernos de Atenção Básica, disponíveis no sítio eletrônico www.saude.gov.br/sas e www.saude.gov.br/dab;

Considerando os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) aprovados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC);

Considerando a Resolução - Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC Nº 11, de 13 de março de 2014, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços de diálise; e

Considerando a necessidade de regulamentar a atenção à pessoa com doença renal crônica nos serviços de atenção especializada ambulatorial e estabelecer critérios técnicos e clínicos, resolve:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Ficam definidos os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e instituído incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

Art. 2º Ficam aprovadas as Diretrizes Clínicas para o cuidado a pessoa com DRC no âmbito do SUS, que será disponibilizada no sítio eletrônico www.saude.gov.br/sas.

CAPÍTULO II

DAS DIRETRIZES E CRITÉRIOS PARA A ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM DRC

Art. 3º Os estabelecimentos de saúde integrantes da linha de cuidado à pessoa com DRC na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas observarão às seguintes diretrizes:

- I - foco da atenção nas necessidades de saúde da população coordenado pela Atenção Básica e contemplando todos os níveis de atenção;
- II - diagnóstico precoce de modo a identificar as pessoas com DRC;
- III - implementação da estratificação de risco da população com DRC de acordo com a classificação do seu estágio clínico, segundo a alteração de exame laboratorial da Taxa de Filtração Glomerular (TFG);
- IV - garantia de financiamento adequado para prevenção, tratamento dos fatores de risco e tratamento da DRC na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, em especial ao cuidado das pessoas com DRC em estágios clínicos pré-dialíticos, bem como para o cuidado das pessoas com necessidades de Terapia Renal Substitutiva (TRS);
- V - garantia da educação permanente de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS);
- VI - implementação das diretrizes expressas no Programa Nacional de Segurança do Paciente;
- VII - garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC baseado nas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas;
- VIII - articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; e
- IX - desenvolvimento de medidas que garantam a difusão das ações e cuidado à pessoa com DRC em todos os pontos de atenção da linha de cuidado, bem como a comunicação entre os serviços de saúde para promoção do cuidado compartilhado.

Art. 4º Para efeito desta Portaria, a classificação do estágio clínico da DRC, segundo a TFG, observará aos seguintes parâmetros:

- I - DRC estágio 1: $TFG \geq 90 \text{ mL/min/1,73m}^2$ na presença de proteinúria e/ou hematúria ou alteração no exame de imagem;
- II - DRC estágio 2: $TFG \geq 60$ a $89 \text{ mL/min/1,73m}^2$;
- III - DRC estágio 3a: $TFG \geq 45$ a $59 \text{ mL/min/1,73m}^2$;
- IV - DRC estágio 3b: $TFG \geq 30$ a $44 \text{ mL/min/1,73m}^2$;
- V - DRC estágio 4: $TFG \geq 15$ a $29 \text{ mL/min/1,73m}^2$; e
- VI - DRC estágio 5: $TFG < 15 \text{ mL/min/1,73m}^2$.

Parágrafo único. É recomendado que o laboratório de análises clínicas disponibilize o resultado do exame de dosagem de creatinina acompanhado do resultado da TFG.

Art. 5º São atribuições dos pontos de atenção dos componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, além das definidas na Portaria nº 483/GM/MS, de 1º de abril de 2014, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado:

- I - Componente Atenção Básica:
 - a) realizar ações recomendadas pela Política Nacional de Promoção à Saúde, na prevenção dos fatores de risco relativos à DRC;
 - b) atualizar o calendário vacinal das pessoas com DRC, conforme Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (PNI/MS);
 - c) realizar diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DRC em conformidade com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), bem como a atenção de acordo com as Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no âmbito do SUS;
 - d) realizar estratificação de risco e encaminhamento à atenção especializada, quando necessário, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC;
 - e) coordenar e manter o vínculo e o cuidado das pessoas com DRC, quando referenciados para outros pontos de atenção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;
 - f) realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC;
 - g) prestar cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento das pessoas com complicações agudas da DRC ou da TRS a outros pontos de atenção, quando necessário, de acordo com a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 6 de junho de 2011; e
 - h) registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) as ações de controle da DRC; e
- II - Componente da Atenção Especializada Ambulatorial:
 - a) atuar de acordo com a definição da Rede de Atenção à Saúde (RAS);
 - b) prestar assistência ambulatorial de forma multiprofissional, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS, incluindo a necessidade de TRS;

c) disponibilizar carga horária, adequada a realidade local e mediante pactuação e contratualização do gestor, para realizar apoio matricial, presencialmente ou por meio dos Núcleos do Telessaúde ou através de outras formas de comunicação definidas com o gestor público de saúde local, às equipes de atenção básica de referência nos temas relacionados a doenças renais, conforme disposto no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS;

d) diagnosticar, quando da necessidade de TRS-diálise, os casos com indicação para procedimento cirúrgico da confecção de fístula arterio-venosa ou implante de cateter para diálise peritoneal, conforme o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS;

e) definir, no contrato celebrado entre o gestor de saúde e o estabelecimento de atenção especializada ambulatorial em DRC, de quem será a responsabilidade para realizar a confecção da fístula arterio-venosa de acesso à hemodiálise ou o implante de cateter para diálise peritoneal;

f) utilizar da regulação das urgências para o encaminhamento ou transferência da pessoa com DRC para os estabelecimentos de saúde de referência, previamente pactuados local/regionalmente, quando estas pessoas estiverem no estabelecimento de atenção especializada ambulatorial em DRC e necessitarem, naquele momento, de cuidados imediatos em urgência;

g) manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais componentes da RAS; e

h) informar todos os acompanhamentos multiprofissionais em DRC nos estágios 4 e 5 (pré diálise) e os demais procedimentos correspondentes nos temas relacionados em doenças renais, incluindo a TRS, quando couber, no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), ou outro(s) que vier(em) a substituí-lo, de acordo com a tipologia do estabelecimento de saúde.

Art. 6º Compete aos pontos de atenção do componente de Atenção Básica, ainda, a gestão do cuidado à pessoa com DRC e a atenção dos estágios clínicos pré-dialíticos 1 ao 3, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC.

Art. 7º Compete aos estabelecimentos de atenção especializada ambulatorial em DRC o apoio matricial às equipes de Atenção Básica nos temas relacionados em doenças renais, o cuidado às pessoas com DRC do estágio clínico 4 e 5 (pré dialítico), bem como aos estágios dialíticos, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o cuidado às pessoas com DRC.

CAPÍTULO III

DAS TIPOLOGIAS E ATRIBUIÇÕES DAS UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL EM DRC

Art. 8º A atenção à saúde da pessoa com DRC será organizada conforme as seguintes tipologias:

I - Unidade Especializada em DRC;

II - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia; e

III - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise.

§ 1º A Unidade Especializada em DRC, responsável pela Atenção de Média Complexidade, realizará o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios clínicos 4 e 5 (pré diálise) ou nas demais situações previstas no documento das Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no SUS (exceto TRS - diálise) e deverão matriciar as equipes de atenção básica, nos temas relacionados a doenças renais.

§ 2º A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia, responsável pela Atenção de Alta Complexidade, realizará pelo menos uma modalidade de TRS-diálise para tratamento da pessoa com DRC.

§ 3º À Unidade Especializada em DRC com TRS-Diálise, responsável pela Atenção de Média e Alta complexidade, compete:

I - realizar o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 (pré diálise) ou nas demais

situações previstas no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS;

II - matriciar as equipes de atenção básica nos temas relacionados a doenças renais; e

III - ofertar, pelo menos, uma modalidade de TRS-diálise para tratamento da pessoa com DRC.

§ 4º O acompanhamento multiprofissional em DRC de que trata o § 1º e o inciso I do § 3º consiste na realização de consultas multiprofissionais e na realização de exames na periodicidade recomendada no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS no estágio clínico pré-dialítico.

§ 5º O apoio matricial de que trata o § 1º e o inciso II do § 3º inclui ações como interconsultas, segunda opinião formativa, discussão de casos, momentos de educação permanente conjuntos, intervenções no território e intersetoriais, a fim de compartilhar a responsabilidade pelo cuidado de uma população específica, de ampliar a capacidade de análise e de intervenção, aumentando a resolutividade dos respectivos pontos de atenção envolvidos no processo de apoio matricial.

§ 6º O tratamento de diálise, de que trata o § 2º e o inciso III do § 3º consiste na realização das consultas em nefrologia e exames decorrentes e na realização de pelo menos uma das seguintes modalidades de TRS-diálise:

I - diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC);

II - diálise peritoneal automática (DPA);

III - diálise peritoneal intermitente (DPI); e

IV - Hemodiálise (HD).

Art. 9º A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRC com TRS/diálise deverão oferecer, obrigatoriamente:

I - atendimento ambulatorial aos pacientes que estão em processo de diálise, sob sua responsabilidade;

- II - uma ou mais das modalidades de diálise de que trata o § 6º do art. 8º;
- III - fornecimento, sob orientação do nutricionista e com base na prescrição médica, do aporte nutricional ao paciente no dia do procedimento dialítico; e
- IV - realização periódica, em seus pacientes, dos exames definidos conforme as Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS.
- § 1º A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRC com TRS/diálise com capacidade para oferecer somente a modalidade HD devem garantir o acesso à DPAC, à DPA e à DPI quando da necessidade do paciente.
- § 2º A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRC com TRS/diálise com capacidade para oferecer somente as modalidades DPAC, DPA e DPI devem garantir o acesso à HD, quando da necessidade do paciente.
- Art. 10. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRC com TRS/diálise deverão:
- I - prestar os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências que ocorrerem durante o processo de diálise, garantindo a estabilização do paciente; e
- II - dar continuidade à assistência por meio da regulação de urgência e emergência, que deverá garantir o transporte do paciente e a continuidade da assistência necessária para as referências previamente pactuadas locorregionalmente.
- Parágrafo único. O serviço de diálise deverá registrar os resultados dos exames realizados e os indicadores da efetividade dialítica nos prontuários dos pacientes. *me patete B +*
- Art. 11. A sala para atendimento ao paciente HbsAg+ pode ser considerada opcional, desde que o estabelecimento de diálise possua convênio ou contrato formal com outro serviço para o atendimento destes pacientes.
- Art. 12. Os pacientes devem ser submetidos à confecção da fístula, de acordo com a condição vascular, quando a TFG for menor do que 20 ml/min.
- Art. 13. Os pacientes que optarem por diálise peritoneal serão encaminhados, juntamente com seus familiares, para tratamento pela equipe multidisciplinar.
- Parágrafo único. Os pacientes de que trata o "caput" serão encaminhados para o serviço de referência de implante de cateter em período suficiente para o início programado da diálise.

CAPÍTULO IV

DA ADESÃO E HABILITAÇÃO PARA INTEGRAR A LINHA DE CUIDADO DA PESSOA COM DRC

Art. 14. Para a adesão dos estabelecimentos de saúde para integrar a Linha de Cuidado da Pessoa com DRC como Unidade Especializada em DRC, as Secretarias de Saúde deverão encaminhar à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS):

- I - Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, no caso do Distrito Federal, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde (CGSES/DF) e, quando houver, da Comissão Intergestores Regional (CIR), contendo:
- a) aprovação dos estabelecimentos de saúde de atenção especializada ambulatorial que prestarão assistência às pessoas com DRC, estágio 4 e 5 (pré-diálise), contendo a relação dos estabelecimentos de saúde dentro da rede de atenção às pessoas com doenças crônicas, conforme definido nesta Portaria; e
- b) metas físicas a serem alcançadas, conforme a estimativa de público-alvo com DRC, estágio 4 e 5 (pré-diálise), considerando a capacidade de produção dos estabelecimentos de saúde elencados;
- II - registro no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) das unidades básicas de saúde para as quais as unidades de atenção especializada ambulatorial serão referência; e
- III - cópia da publicação em diário oficial do extrato de contrato com o estabelecimento de saúde, quando este não for da rede própria vinculada à respectiva Secretaria de Saúde.

Art. 15. Para a habilitação dos estabelecimentos de saúde para integrar a linha de cuidado da pessoa com DRC como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia, as Secretarias de Saúde Estaduais deverão encaminhar à CGMAC/DAET/SAS/MS as seguintes informações:

- I - parecer conclusivo do gestor público de saúde estadual quanto ao credenciamento/habilitação da Unidade;
- II - Resolução da CIB aprovando o credenciamento/habilitação e a informação sobre o impacto financeiro no custeio do serviço de saúde;
- III - relatório de vistoria realizado pela Vigilância Sanitária local, onde conste a estrita observância da RDC nº 11, de 13 de março de 2014, e cópia da Licença de Funcionamento;
- IV - contrato assinado pelo gestor de saúde e o responsável técnico do estabelecimento de saúde que presta assistência à saúde em DRC com a definição da responsabilidade pela confecção da fístula arterio-venosa de acesso à hemodiálise ou implante de cateter para diálise peritoneal;
- V - termo de compromisso celebrado entre o serviço de saúde de diálise, o gestor local e o hospital vinculado ao SUS de retaguarda, estabelecendo as responsabilidades pela garantia de referência aos casos que necessitem de internação por intercorrências decorrentes do tratamento dialítico;
- VI - termo de compromisso celebrado entre o serviço de saúde de diálise e o serviço de diagnose para que seja garantida a execução dos exames;
- VII - declaração do impacto financeiro do serviço a ser credenciado, segundo os valores dos procedimentos necessários à realização da diálise constantes na tabela de procedimentos do SUS;

VIII - termo de compromisso celebrado entre o serviço de saúde de diálise, que não ofereça todas as modalidades de diálise, com outro serviço de saúde de diálise, para que seja garantida a oferta de todas as modalidades de procedimentos de diálise;

IX - relação dos profissionais de saúde, especificando quais são os responsáveis técnicos pelo estabelecimento de saúde, cadastrados no SCNES;

X - documento da Secretaria Estadual de Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde que comprove a garantia da assistência do paciente com DRC, por meio da regulação de urgência e emergência, no caso de intercorrência durante o tratamento de diálise;

XI - Termo de compromisso assinado pelo responsável técnico do estabelecimento de saúde que presta assistência à saúde em DRC garantindo o encaminhamento de todos os pacientes em diálise para avaliação por uma equipe de transplante; e

XII - cópia da publicação, em diário oficial, do extrato de contrato com o estabelecimento de saúde, quando este não for da rede própria vinculada à respectiva Secretaria de Saúde.

§ 1º No caso do inciso III, o serviço público deve ter a cópia do parecer técnico conclusivo da situação encontrada que será anexado ao processo.

§ 2º O processo de habilitação deverá ser formalizado pela Secretaria Estadual de Saúde.

§ 3º O respectivo gestor público de saúde estadual analisará a necessidade e os critérios estratégicos e técnicos dispostos nesta Portaria e dará início ao processo de habilitação.

§ 4º A ausência da análise de que trata o § 3º impede a sequência do processo de habilitação.

§ 5º Uma vez emitido o parecer favorável a respeito do credenciamento pelo gestor público de saúde estadual, o processo com a documentação comprobatória ficará na posse do gestor do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria.

Art. 16. Para habilitação dos estabelecimentos de saúde para integrar a linha de cuidado da pessoa com DRC como Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise, as Secretarias de Saúde Estaduais deverão observar o disposto nos art. 1º a 15.

Art. 17. O Ministério da Saúde avaliará os documentos encaminhados pelas Secretarias de Saúde, podendo proceder a vistoria "in loco" para conceder a adesão/habilitação do serviço de saúde.

Parágrafo único. Caso a avaliação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) tomará as providências para a publicação da Portaria específica de habilitação.

Art. 18. Para que os estabelecimentos atualmente habilitados em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia (serviço de nefrologia) - código 1501 ou em Centro de referência de alta complexidade em nefrologia - código 1502 se habilitem como Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise, o ente federativo interessado, por meio de sua respectiva Secretaria de Saúde, deverá encaminhar ao Ministério da Saúde as informações previstas nos art. 14.

CAPÍTULO V

DA COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES

Art. 19. A Unidade Especializada em DRC terá a seguinte equipe mínima:

I - médico nefrologista;

II - enfermeiro;

III - nutricionista;

IV - psicólogo; e

V - assistente social.

Art. 20. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia que ofertar a modalidade de HD, terá a seguinte equipe mínima:

I - (um) médico nefrologista que responda pelos procedimentos e intercorrências médicas como Responsável Técnico;

II - 1 (um) enfermeiro, especializado em nefrologia, que responda pelos procedimentos e intercorrências de enfermagem como Responsável Técnico;

III - médico nefrologista;

IV - enfermeiro especialista em nefrologia;

V - assistente social;

VI - psicólogo;

VII - nutricionista;

VIII - técnico de enfermagem;

IX - técnico de enfermagem exclusivo para o reprocessamento dos capilares;

X - funcionário exclusivo para serviços de limpeza; e

XI - técnico responsável pela operação do sistema de tratamento de água para diálise, para os serviços que possui o programa de hemodiálise.

Art. 21. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia que ofertar a modalidade de DPAC ou DPA terá a seguinte equipe mínima:

I - médico nefrologista, como responsável técnico;

II - enfermeiro nefrologista, como responsável técnico;

III - nutricionista;

IV - psicólogo;

V - assistente social; e

VI- técnico de enfermagem.

Art. 22. A composição mínima da equipe da Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise observará o disposto nos arts. 19, 20 e 21, no que couber.

Parágrafo único. O mesmo profissional poderá compor a equipe da Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise na atenção de média e alta complexidade, desde que em diferentes turnos.

Art. 23. A substituição dos profissionais que compõem as equipes mínimas deve ser providenciada nos respectivos períodos de férias.

Art. 24. O médico e o enfermeiro de que trata os incisos I e II do art. 20 e do art. 21 só podem ser os Responsáveis Técnicos de 1 (uma) Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia ou de 1 (uma) Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise.

Art. 25. Para o programa de DPAC e de DPA, deverá ser obedecida a proporção de pelo menos 1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes.

Art. 26. Para o programa de DPI, deverá ser obedecido, no mínimo, a seguinte proporção:

I - 1 (um) médico nefrologista durante o dia, para avaliação dos pacientes e atendimento das intercorrências, podendo ser o mesmo da hemodiálise, DPAC, DPA, desde que não ultrapasse a relação de 1 (um) médico para cada 35 (trinta e cinco) pacientes;

II - 1 (um) médico para atendimento de urgências no período noturno para cada 35 (trinta e cinco) pacientes;

III - 1 (um) enfermeiro, em conformidade com o art. 31, para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, durante o dia;

IV - 1 (um) enfermeiro, em conformidade com o art. 31, para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, durante o período noturno; e

V - 1 (um) técnico de enfermagem em todos os turnos, para cada 2 (dois) pacientes, ou para cada 4 (quatro), no caso de todos os postos de atendimento contarem com máquinas para diálise peritoneal.

Art. 27. Para a HD, deverá ser obedecido, no mínimo, a seguinte proporção:

I - 1 (um) médico nefrologista para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, em cada turno;

II - 1 (um) enfermeiro para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, em cada turno; e

III - 1 (um) técnico de enfermagem para cada 4 (quatro) pacientes por sessão de HD.

Parágrafo único. Todos os membros da equipe de saúde responsáveis pelo atendimento durante o procedimento hemodialítico devem permanecer no ambiente de diálise durante toda a sessão.

Art. 28. Os procedimentos de diálise pediátrica, que abrangem a faixa etária de 0 a 12 anos completos, devem ser acompanhados por médico nefrologista pediátrico.

§ 1º Em Municípios que não contam com nefrologista pediátrico, o tratamento deverá ser acompanhado, também, por um pediatra, não sendo necessária sua vinculação com o serviço de diálise.

§ 2º A proporção de técnico de enfermagem deve ser de 1 (um) para cada 2 (dois) pacientes por turno.

§ 3º O paciente pediátrico terá direito ao acompanhamento de membro da família ou de responsável durante o atendimento dialítico.

Art. 29. Cada nefrologista pode prestar serviços em diferentes serviços de diálise ou diferentes turnos, desde que sua responsabilidade não ultrapasse o total de 70 (setenta) pacientes inscritos em programa de tratamento dialítico.

Art. 30. Os médicos nefrologistas dos serviços de diálise devem ter o título de especialista ou certificado registrado pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 31. A capacitação formal e o credenciamento dos enfermeiros na especialidade de nefrologia devem ser comprovados por declaração ou certificado, respectivamente, reconhecidos pela Associação Brasileira de Enfermagem em Nefrologia (SOBEN).

§ 1º No caso do título de especialista, poderá ser obtido através de especialização em Nefrologia reconhecida pelo Ministério da Educação ou pela SOBEN através da prova de título, seguindo as normas do Conselho Federal de Enfermagem.

§ 2º O enfermeiro que estiver em processo de capacitação deve ser supervisionado por um enfermeiro especialista em nefrologia.

CAPÍTULO VI

DO FINANCIAMENTO

Art. 32. Os estabelecimentos de saúde aderidos como Unidade Especializada em DRC e habilitados como Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise farão jus a incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

§ 1º O incentivo financeiro de que trata o "caput" será utilizado exclusivamente para a realização dos procedimentos referentes aos estágios clínicos 4 e 5 pré-diálise e matriciamento para estágio 3b.

§ 2º O incentivo financeiro de que trata o "caput" será no valor mensal de R\$ 61,00 (sessenta e um reais) por pessoa com DRC estágio 4 ou 5 pré-diálise, conforme a meta física informada pelo respectivo gestor público de saúde.

§ 3º Além do disposto no § 2º, as Unidades Especializadas em DRC com TRS/Diálise farão jus a incremento financeiro no componente Serviço Ambulatorial (SA) dos procedimentos descritos no Anexo IV e nas porcentagens estabelecidas no Anexo III.

*alterado pelo Portari
J.525 de 23/03/14
OK!*

§ 4º Os recursos do incentivo financeiro de que trata o "caput" serão oriundos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

§ 5º As Secretarias de Saúde poderão solicitar a qualquer tempo a reclassificação da tipologia da Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise, conforme descrito no Anexo III.

Art. 33. Os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais, do Grupo - 03-Procedimentos Clínicos, Sub-grupo 05-Nefrologia, tem o instrumento de registro por Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) e são financiados pelo FAEC.

CAPÍTULO VII

DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Art. 34. Os estabelecimentos de saúde autorizados a prestarem a atenção à saúde às pessoas com DRC no âmbito do SUS serão submetidos à regulação, controle e avaliação dos seus respectivos gestores, estando sob responsabilidade destes gestores, dentre outras, as seguintes atribuições:

I - avaliação da estrutura e equipe dos estabelecimentos por eles autorizados para prestar o cuidado;

II - avaliação da compatibilidade entre o número de casos esperados para a população atendida, o número de atendimentos realizados e o número de procedimentos faturados, observando também a distribuição numérica esperada dos procedimentos (consultas e acompanhamentos/tratamentos); e

III - avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos estabelecimentos.

Art. 35. O cumprimento das metas físicas de que trata o § 2º do art. 32 será avaliado a cada 3 (três) meses a partir da adesão ou habilitação, por meio do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) ou de outros sistemas de informação oficiais definidos pelo Ministério da Saúde.

§ 1º A ausência de informação por 3 (três) meses consecutivos no SIA/SUS acarretará a suspensão do repasse do incentivo financeiro de que trata o art. 32.

§ 2º Em caso de não se constatar no SIA/SUS o cumprimento do percentual de pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 pré e em relação ao percentual de pessoas com DRC em diálise/TRS no respectivo estabelecimento de saúde, conforme preconizado no Anexo III, poderá ocorrer a reclassificação ou extinção das habilitações das Unidades Especializadas em DRC com TRS/Diálise.

§ 3º O estabelecimento de saúde que não realizar as metas físicas estabelecidas pelo gestor público de saúde será notificado e desabilitado.

§ 4º O gestor público de saúde interessado em manter a habilitação do serviço a ser desabilitado nos termos do § 3º deverá encaminhar ao Ministério da Saúde, no prazo máximo de 15 (quinze) dias a contar do recebimento da notificação, a justificativa para o não cumprimento da produção mínima exigida.

§ 5º O Ministério da Saúde analisará a justificativa de que trata o § 4º e decidirá pela manutenção da habilitação ou pela desabilitação do serviço.

§ 6º A desabilitação do estabelecimento de saúde será processada pela edição de ato específico do Ministro de Estado da Saúde, com indicação do ente federativo desabilitado, nome e Código SCNES do serviço desabilitado e o tipo de habilitação cancelada.

§ 7º O ente federativo desabilitado fica obrigado a restituir os valores de que trata o art. 32 referente ao período de 3 (três) meses no quais não tenha cumprido as metas físicas estabelecidas pelo gestor público de saúde.

§ 8º A restituição de que trata o § 7º será operacionalizada pelo Departamento de Regulação Avaliação e Controle (DRAC/SAS/MS) por meio do encontro de contas entre o montante transferido e o efetivamente realizado pelos serviços e gasto por cada Estado, Distrito Federal ou Município, quando ficar constatado a produção diferente do disposto nesta Portaria, tanto em relação ao rol mínimo, quanto em relação ao mínimo de procedimentos, sendo os valores não utilizados dos Tetos Financeiros de Média e Alta Complexidade do respectivo Estado, Distrito Federal ou Município.

Art. 36. Os estabelecimentos de saúde que prestam assistência às pessoas com DRC, habilitados pelos critérios definidos nesta Portaria, deverão produzir as informações para atender aos indicadores de qualidade definidos no Anexo II e se comprometer com as metas estabelecidas.

Art. 37. Os recursos financeiros transferidos serão movimentados sob fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de controle interno do Poder Executivo e pelo Tribunal de Contas da União conforme disposto no art. 3º do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994.

Art. 38. O monitoramento de que trata esta Portaria não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG).

Art. 39. O Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com fundamento nos relatórios de gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 1.232, de 1994.

Art. 40. Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobre de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos das Portarias nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007 e nº 3.134/GM/MS, de 17 de dezembro de 2013.

Art. 41. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, distrital e municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo.

Art. 42. NOS casos em que for verificado que os recursos financeiros transferidos pelo FINS foram executados, total ou parcialmente em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012.

CAPÍTULO VIII DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 43. Fica alterado na Tabela de Serviços Especializados do SCNES o serviço de código 130, passando a ter a denominação de Serviço de Atenção à Doença Renal Crônica com as respectivas classificações e CBO, conforme Anexo V. Parágrafo único. Fica excluída do serviço de que trata o "caput" a classificação 002 - Litotripsia.

Art. 44. Fica alterado na Tabela de Habilitações do SCNES, a denominação do Grupo de habilitação 15 para - Atenção à saúde das pessoas com DRC, constituindo-se das seguintes habilitações:

- I - Código 15.01 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia;
- II - Código 15.04 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com hemodiálise;
- III - Código 15.05 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com diálise peritoneal;
- IV - Código 15.06 - Unidade Especializada em DRC;
- V - Código 15.07 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo I com hemodiálise;
- VI - Código 15.08 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo I com diálise peritoneal;
- VII - Código 15.09 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo II com hemodiálise;
- VIII - Código 15.10 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo II com diálise peritoneal;
- IX - Código 15.11 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo III com hemodiálise;
- X - Código 15.12 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo III com diálise peritoneal;
- XI - Código 15.13 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo IV com hemodiálise; e
- XII - Código 15.14 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo IV com diálise peritoneal.

Parágrafo único. Todas as habilitações de que trata este artigo são de responsabilidade centralizada.

Art. 45. Fica excluído da Tabela de Habilitações do SCNES a habilitação de Código 15.02 - Centro de Referência de Alta Complexidade em Nefrologia.

Parágrafo único. Os Centros de Referência de Alta Complexidade em Nefrologia código 15.02 serão automaticamente habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia (código 15.01).

Art. 46. Ficam incluídos na Tabela de Procedimentos SUS os seguintes procedimentos:

- I - 03.01.13.005-1 - acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 4 pré-diálise; e
- II - 03.01.13.006-0 - acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 5 pré-diálise, conforme Anexo I.

§ 1º O procedimento referente ao acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 4 pré diálise deverá ser realizado trimestralmente com APAC de validade de 3 (três) competências.

§ 2º O procedimento de acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 5 pré-diálise deverá ser realizado mensalmente com APAC de validade fixa de 12 (doze) competências.

§ 3º Os procedimentos principais descritos nos incisos I e II seguem a regra condicionada à classificação 009 da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS condicionando os seus procedimentos secundários a terem o valor zerado.

Art. 47. Fica incluído na Tabela de Incentivos a Redes do SCNES o incentivo financeiro de custeio destinado às ações de cuidado ambulatorial pré-dialítico, código 82.44 - Unidade Especializada em DRC e Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise.

§ 1º O valor do incentivo de que trata o caput varia conforme a quantidade de pacientes em DRC estágio 4 ou 5, conforme Anexo III, sendo repassado fundo a fundo no teto financeiro do gestor.

§ 2º As produções deverão ser registradas, conforme art. 5º, inciso II, alínea "h", porém não gerarão crédito.

Art. 48. Fica incluído o campo "Vinculação das Unidades Básicas de Saúde às unidades de atenção especializada ambulatorial em doença renal crônica" no Módulo Básico do SCNES.

Art. 49. Para fins de acesso à informação, deve ser garantido aos conselhos de saúde e às associações ou comissões de pacientes com DRC, o acesso aos estabelecimentos de saúde de que prestam atendimento às pessoas com DRC.

Parágrafo único. O acesso aos estabelecimentos de saúde de que trata o "caput" se dará de modo a preservar as condições de sigilo médico, previstas no Código de Ética Médica.

Art. 50. Os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade – Plano Orçamentário 0007.

Art. 51. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos operacionais a partir da competência seguinte à publicação.

ARTHUR CHIORO

ANEXO I

Procedimentos incluídos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS para o tratamento da Doença Renal Crônica:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
03.01.13.005-1	Acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 04 pré-diálise

Descrição	Consiste na realização de acompanhamento multiprofissional e exames diagnósticos necessários
Complexidade	MC- Média Complexidade
Modalidade	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro	07 - APAC (Proc. Principal)
Financiamento	FA E C
Valor ambulatorial	0,00
Valor ambulatorial total	0,00
Valor hospitalar	0,00
Valor hospitalar total	0,00
Sexo	Ambos
CID	N18.0
Idade mínima	0 meses
Idade máxima	130 anos
Quantidade Máxima	01
CBO	2251-09 nefrologista, 2515-10- psicólogo,2516-05 assistente social, 2237-10 nutricionista, 2235-05 enfermeiro
Habilitação	15.06- Unidade Especializada em DRC 15.07- Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo I com hemodiálise 15.08- Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo I com diálise peritoneal 15.09- Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo II com hemodiálise 15.10- Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo II com diálise peritoneal 15.11- Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo III com hemodiálise 15.12 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo III com diálise peritoneal 15.13 Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo IV com hemodiálise 15.14 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo IV com diálise peritoneal
Serviço/Classificação	130 - Atenção em DRC - 006 -Tratamento pré dialítico

CODIGO	PROCEDIMENTO
03.01.13.006-0	Acompanhamento multiprofissional em DRC - estágio 05 pré diálise
Descrição	Consiste na realização de acompanhamento multiprofissional e exames diagnósticos necessários
Complexidade	MC-Média Complexidade
Modalidade	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro	07 - APAC (Proc. Principal)
Financiamento	FA E C
Valor ambulatorial	0,00
Valor ambulatorial total	0,00
Valor hospitalar	0,00
Valor hospitalar total	0,00
Sexo	Ambos
Idade mínima	0 meses
Idade máxima	130 anos
Quantidade Máxima	01
CBO	2251-09 nefrologista, 2515-10 psicólogo,2516-05 assistente social, 2237-10 nutricionista, 2235-05 enfermeiro
Habilitação	15.06- Unidade Especializada em DRC; 15.07- Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo I com hemodiálise 15.08- Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo I com diálise peritoneal 15.09- Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo II com hemodiálise 15.10- Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo II com diálise peritoneal 15.11- Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo III com hemodiálise 15.12- Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo III com diálise peritoneal 15.13 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo IV com hemodiálise 15.14- Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo IV com diálise peritoneal
Serviço/Classificação	130 - Atenção em DRC - 006 -Tratamento pré-dialítico

ANEXO II INDICADORES DE QUALIDADE

1- Proporção de pacientes em tratamento conservador com Hemoglobina (Hb) >10 g/dl:

A) CÁLCULO:

No de pacientes em tratamento conservador com Hb >10 e <12 g/dl

No total de pacientes em tratamento conservador X 100

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Centro de Documentação
cld@saude.sp.gov.br

B) FREQUENCIA: Trimestral

C) META: 90% ao final de 2 anos após a implementação da política

2- Proporção de pacientes em tratamento conservador com dosagem de Fósforo > 2,5 e < 4,5 mg/dl

A) CÁLCULO:

No de pacientes em tratamento conservador com P > 2,5 e < 4,5 mg/dl

No total de pacientes em tratamento conservador X 100

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

C) META: 70% ao final de 2 anos após a implementação da política

3- Proporção de pacientes em tratamento conservador encaminhados para tratamento hemodialítico e com FAV maturada:

A) CÁLCULO:

No de pacientes em tratamento conservador encaminhado para diálise com FAV maturada

No total de pacientes em tratamento conservador encaminhado para diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: 50% ao final de 2 anos após a implementação da política

4- Proporção de pacientes em tratamento conservador que abandonaram o tratamento

A) CÁLCULO:

No de pacientes em tratamento conservador com abandono de tratamento

No total de pacientes em tratamento conservador X 100

B) FREQUÊNCIA: Anual

C) META: < 10% ao final de 2 anos após a implementação da política

5- Proporção de pessoas em diálise peritoneal

A) CÁLCULO:

No de pacientes em diálise peritoneal

No total de pacientes em tratamento em diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: Aumento anual gradativo, com relação 1 para paciente em diálise peritoneal para cada 4 paciente em hemodiálise, ao final de 2 anos após a implementação da política

6- Taxa de hospitalização dos pacientes por intercorrência clínica:

A) CÁLCULO:

No de pacientes internados por intercorrência clínica em hemodiálise

No total de pacientes em tratamento por hemodiálise X 100

OU

No de pacientes internados por intercorrência clínica em CAPD e DPA

No total de pacientes em tratamento por CAPD e DPA X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: < 10%/mês, ao final de 2 anos após a implementação da política

7- Proporção de pacientes em hemodiálise em uso de cateter de curta duração por mais de 3 meses

A) CÁLCULO:

No de pacientes em Hemodiálise em uso de cateter de curta duração por mais de 3 meses

No total de pacientes em Hemodiálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: < 10% ao final de 2 anos após a implementação da política

8- Taxa de Mortalidade de pacientes em diálise

A) CÁLCULO:

No de óbitos de pacientes em diálise

No total de pacientes em diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: < 10% ao final de 2 anos após a implementação da política

9- Número de soroconversão para Hepatite C em pacientes submetidos à Hemodiálise

A) CÁLCULO:

No absoluto de casos com soroconversão para Hepatite C

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: Zero ao final de 2 anos após a implementação da política

10- Incidência de peritonite em pacientes em DPA e CAPD

A) CÁLCULO:

No de episódios de peritonites diagnosticadas no mês vigente

No total de pacientes em tratamento por DPA e CAPD

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: 1 episódio / 20-30 pacientes/mês

11- Proporção de pacientes com Hb > 10 g/dl e < 12,0 g/dl em diálise

A) CÁLCULO:

No de pacientes em diálise com Hb > 10 e < 12 g/dl

No total de pacientes em diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: > 80% ao final de 2 anos após a implementação da política

12- Proporção de pacientes em diálise com Fósforo (P) >3,5 e < 5,5 mg/dl

A) CÁLCULO:

No de pacientes com P > 3,5 e < 5,5 mg/dl

No total de pacientes em diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: > 50% ao final de 2 anos após a implementação da política

13- Proporção de pacientes em Diálise com PTH > 600 pg/ml

A) CÁLCULO:

No de pacientes em Diálise com PTH > 600 pg/ml

No total de pacientes em Diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

C) META: < 20% ao final de 2 anos após a implementação da política

14- Proporção de pacientes em Hemodiálise com KTV > 1,2

A) CÁLCULO:

No de pacientes em Hemodiálise com KTV > 1,2

No total de pacientes em Hemodiálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: > 70% ao final de 2 anos após a implementação da política

15- Proporção de pacientes com mais de 6 meses de tratamento dialítico, aptos para o transplante e inscritos na CNCDO

A) CÁLCULO:

No de pacientes com mais de 6 meses de tratamento dialítico, aptos para o transplante na e inscritos na CNCDO

No total de pacientes com mais de 6 meses de tratamento dialítico e aptos para o transplante X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: 80% ao final de 2 anos após a implementação da política

16- Proporção de confecção de Fístula Arterio-Venosa maturadas

A) CÁLCULO:

No de pacientes com FAV maturadas

No total de pacientes com FAV confeccionada X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: 70% ao final de 2 anos após a implementação da política

ANEXO III

Tipologia das Unidades de Atenção às Pessoas com DRC e % de incremento nos procedimentos de sessões de diálise.

Tipo da Unidade de atenção às pessoas com DRC	Percentual de pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 pré diálise que deverá ser ofertado ao gestor local em relação ao número de pessoas em terapia renal substitutiva -TRS na Unidade	% de incremento nos procedimentos de sessões de diálise
Tipo I	25% (1DRC:4TRS)	3,02%
Tipo II	50% (1DRC:2 TRS)	6,04%
Tipo III	75% (3 DRC:4TRS)	9,06%
Tipo IV	100% (1DRC:1TRS)	12,08%

ANEXO IV

Procedimentos com incremento financeiro no componente Serviço Ambulatorial (SA)

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Centro de Documentação
cld@saude.sp.gov.br

PROCEDIMENTOS

03.05.01.010-7 HEMODIALISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)

03.05.01.011-5 HEMODIÁLISE EM PORTADOR DE HIV (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)

03.05.01.020-4 HEMODIÁLISE PEDIÁTRICA (MÁXIMO 4 SESSÕES POR SEMANA)

03.05.01.016-6 - MANUTENCAO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC

ANEXO V**SERVIÇO ESPECIALIZADO 130 - ATENÇÃO À DOENÇA RENAL CRÔNICA**

CÓD. SERV	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	CÓD. CLASS	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	CBO	DESCRIÇÃO
130	ATENÇÃO À DOENÇA RENAL CRÔNICA	001	TRATAMENTO DIALÍTICO - HEMODIÁLISE	1	2235-05	Enfermeiro
					2235-35	Enfermeiro nefrologista
					2237-10	Nutricionista
					2251-09	Médico nefrologista
					2515-10	Psicólogo clínico
					2516-05	Assistente social
		003	CONFEÇÃO INTERVENÇÃO DE ACESSOS PARA DIÁLISE	1	3222-05	Técnico de enfermagem
					2251-09	Médico nefrologista
					2252-03	Médico cirurgião vascular
					2252-10	Médico cirurgião cardiovascular
		004	TRATAMENTO NEFROLOGIA EM GERAL	1	2252-25	Médico cirurgião geral
					2251-09	Médico nefrologista
					2235-05	Enfermeiro
		005	TRATAMENTO DIALÍTICO- PERITONEAL	1	2235-35	Enfermeiro Nefrologista
					2237-10	Nutricionista
					2251-09	Médico nefrologista
					2515-10	Psicólogo clínico
					2516-05	Assistente social
					3222-05	Técnico de enfermagem
		006	TRATAMENTO PRÉ DIALÍTICO	1	2235-05	Enfermeiro
					2237-10	Nutricionista
					2251-09	Médico nefrologista
					2515-10	Psicólogo clínico
					2516-05	Assistente social
3222-05	Técnico de enfermagem					

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº 50, de 14-3-2014, Seção 1, pág. 34, com incorreção no original.

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde

PORTARIA Nº 432 DE 06 DE JUNHO DE 2006

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Portaria nº 1.168/GM, de 15 de junho de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal;

Considerando a necessidade de regulamentar a atenção ao portador de doença renal na alta complexidade;

Considerando a necessidade de definir os Serviços de Nefrologia e os Centros de Referência em Nefrologia, unidades de prestação da atenção ao portador de doença renal;

Considerando a necessidade de definir os critérios para o credenciamento destas unidades de atenção;

Considerando a necessidade de auxiliar os gestores no controle e avaliação da atenção ao portador de doença renal, e

Considerando a necessidade de atualização dos regulamentos dos Serviços de Nefrologia, resolve:

Art. 1º - Determinar que as Secretarias de Estado da Saúde adotem as providências necessárias para organizar e implantar as Redes Estaduais de Assistência em Nefrologia na alta complexidade.

Art. 2º - Definir que as Redes Estaduais de Assistência em Nefrologia serão compostas pelos Serviços de Nefrologia e pelos Centros de Referência em Nefrologia de que trata o artigo 1º desta Portaria.

§ 1º - Entende-se por Serviços de Nefrologia aqueles de natureza estatal (municipal, estadual, federal) ou privados (filantrópicos ou lucrativos) vinculados ao SUS que deverão oferecer consultas em nefrologia, de acordo com o que está especificado no artigo 4º e no Anexo desta Portaria, hemodiálise e garantia de acesso à diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), à diálise peritoneal automática (DPA) e à diálise peritoneal intermitente (DPI), quando da necessidade do paciente, no mesmo município, habilitados de acordo com a legislação em vigor.

§ 2º - Entende-se por Centros de Referência em Nefrologia os Serviços de Nefrologia localizados em unidades hospitalares certificadas pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação como Hospitais de Ensino, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004, que além do papel assistencial, exerçam a função de consultoria técnica, e sob a coordenação do gestor do SUS, possam juntamente com representantes dos diferentes níveis de atenção, garantir o acesso e promover as ações inerentes da Política de Atenção ao Portador de Doença Renal à população de sua área de abrangência.

Art. 3º - Estabelecer que na definição dos quantitativos e distribuição geográfica dos Serviços de Nefrologia e dos Centros de Referência em Nefrologia, que integrarão as Redes Estaduais de Assistência em Nefrologia, as Secretarias de Estado da Saúde observarão os respectivos Planos Diretores de Regionalização e utilizarão os seguintes critérios a serem detalhados nos Planos Estaduais e Municipais de Prevenção e Tratamento das Doenças Renais:

- I. População a ser atendida;
- II. Necessidade de cobertura assistencial;
- III. Mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra-referência;
- IV. Capacidade técnica e operacional dos serviços;
- V. Série histórica de atendimentos realizados, levando em conta a demanda reprimida;
- VI. Distribuição geográfica dos serviços; e
- VII. Integração com a rede de referência hospitalar em atendimento de urgência e emergência, com os serviços de atendimento pré-hospitalar, com a Central de Regulação, quando houver, e com os demais serviços assistenciais - ambulatoriais e hospitalares - disponíveis no estado.

Art. 4º - Determinar que as Secretarias de Saúde, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades pactuadas nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB, estabeleçam os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contra-referência dos pacientes e, ainda, adotem as providências necessárias para que haja a articulação assistencial preconizada no inciso VII do art. 3º desta Portaria.

Art. 5º - Definir que os Serviços de Nefrologia e os Centros de Referência em Nefrologia deverão oferecer, nas formas definidas no Anexo desta Portaria, obrigatoriamente:

- I. Atendimento ambulatorial em nefrologia aos pacientes referenciados pela rede de serviços, regulado pelo gestor local, pertencentes a sua área de abrangência;
- II. Atendimento ambulatorial aos pacientes que estão em processo de diálise, sob sua responsabilidade;
- III. Garantia da internação do paciente nos casos de intercorrência no processo de diálise;
- IV. Garantia da confecção da fístula artério-venosa de acesso ao tratamento de hemodiálise; e
- V. Garantia de todas as modalidades de procedimentos de diálise.

Art. 6º - Determinar que os Centros de Referência em Nefrologia tenham os seguintes atributos:

- I. ser unidade hospitalar certificada pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação como Hospital de Ensino, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1000, de 15 de abril de 2004;
- II. ser indicado para habilitação pelo gestor estadual, como Centro de Referência;
- III. ter base territorial de atuação definida;
- IV. ter articulação e integração com o sistema local e regional;
- V. ter estrutura de pesquisa e ensino organizado, com programas estabelecidos; e
- VI. ter estrutura gerencial capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas.

§ 1º - As Secretarias de Estado da Saúde encaminharão ao Departamento de Atenção Especializada - Coordenação-Geral de Alta Complexidade Ambulatorial, da Secretaria de Atenção à Saúde/MS, a relação dos Centros de Referência em Nefrologia aprovados na Comissão Intergestores Bipartite;

§ 2º - A habilitação dos Centros de Referência em Nefrologia será efetuada pela Secretaria de Atenção à Saúde por meio de portaria específica;

§ 3º - Prioritariamente, deverão ser habilitados como Centros de Referência os hospitais públicos, privados filantrópicos e privados lucrativos, nesta ordem, que se enquadrem no inciso I, do Caput deste Artigo;

§ 4º - Para a unidade federada onde não houver habilitação de Centro de Referência em Nefrologia, será instituído Centro de Referência em outro estado, definido pela Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, em conjunto com os gestores envolvidos.

Art. 7º - Definir que os Serviços de Nefrologia deverão submeter-se à regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor estadual e municipal em Gestão Plena do Sistema.

Art. 8º - Estabelecer que todos os Serviços de Nefrologia, quando do seu credenciamento no sistema, devem ser vistoriados pelo órgão de Vigilância Sanitária competente e ter a licença de funcionamento expedida.

Parágrafo único - Os Serviços de Nefrologia públicos, após vistoriados, devem receber um parecer técnico conclusivo da situação encontrada que será anexado ao processo.

Art. 9º - Estabelecer que todos os Serviços de Nefrologia devem cumprir o estabelecido na Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA nº 154/06 e na presente Portaria.

§ 1º - Os Serviços de Diálise ainda não credenciados como Serviço de Nefrologia terão o prazo de noventa dias a contar da data da publicação desta Portaria para efetuar o credenciamento; (Prazo prorrogado, para a competência fevereiro/2007, o prazo para o novo credenciamento/habilitação dos serviços de assistência pela PRT SAS/MS nº 856 de 23.11.2006)

§ 2º - Os serviços que, findo o prazo estabelecido no § 1º deste Artigo, não tenham se adaptado às normas e não tenham solicitado o credenciamento, serão excluídos do Sistema Único de Saúde.

Art. 10 - Determinar a suspensão do credenciamento de Serviços de Nefrologia e da habilitação dos Centros de Referência que não mantiverem o cumprimento dos requisitos previstos nesta Portaria ou das normas sanitárias vigentes.

Art. 11 - Estabelecer, na forma do Anexo desta Portaria, as normas para o credenciamento dos Serviços de Nefrologia e a habilitação dos Centros de Referência de Nefrologia.

Art. 12 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Portaria SAS/MS nº 211, de 16 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 115, de 17 de junho de 2004, página 93, Seção 1.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Secretário

ANEXO

NORMAS PARA O CREDENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE NEFROLOGIA E PARA A HABILITAÇÃO DOS CENTROS DE REFERENCIA EM NEFROLOGIA

I) CREDENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE NEFROLOGIA

O processo de credenciamento dos Serviços de Nefrologia será realizado pelo gestor estadual ou municipal em Gestão Plena do Sistema, observados os planos estaduais e municipais de prevenção e tratamento das doenças renais e o Plano Diretor de Regionalização das Secretarias Estaduais de Saúde, onde devem estar estabelecidos os fluxos assistenciais.

1) A instalação de qualquer Serviço de Nefrologia com vistas a integrar o Sistema Único de Saúde deve ser precedida de solicitação ao gestor local, que deverá seguir o fluxo determinado, neste anexo, para credenciamento.

2) Ser cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

3) Os Serviços de Nefrologia devem estar dimensionados de acordo com o Plano Diretor de Regionalização do estado e com os Planos Estadual e Municipais de Prevenção e Tratamento das Doenças Renais, onde deve ser considerado o seguinte:

a - A área de cobertura assistencial deve ser, no mínimo, de 200.000 habitantes para cada Serviço de Nefrologia, que venha a ser credenciado, tendo como base os parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002, que é de 40 pacientes por 100.000, com vistas a viabilidade econômica dos serviços de Nefrologia;

- b - Mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra-referência;
- c - Capacidade técnica e operacional dos serviços;
- d - Série histórica de atendimentos realizados, levando em conta a demanda reprimida;
- e - Distribuição geográfica dos serviços;

f - Integração com a rede de referência hospitalar em atendimento de urgência e emergência, com os serviços de atendimento pré-hospitalar, com a Central de Regulação (quando houver) e com os demais serviços assistenciais - ambulatoriais e hospitalares - disponíveis no estado.

4) Documentação necessária para o processo de credenciamento:

a - Plano de prevenção e tratamento das doenças renais e de atenção ao portador das doenças renais, demonstrando a necessidade do serviço e os parâmetros técnicos - populacionais vigentes na Portaria GM/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2.002.

b - Demonstrar a necessidade de credenciamento do serviço à luz do Plano Diretor de Regionalização.

c - Cópia do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

d - Relatório de vistoria realizado pela Vigilância Sanitária local, onde conste a estrita observância da Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa nº 154/04, e cópia da Licença de Funcionamento. No caso do serviço público deve ter a cópia do parecer técnico conforme parágrafo único do Artigo 8º. Esta vistoria deve ser acompanhada da equipe de controle e avaliação do gestor, que deve assinar o relatório em conjunto com a Vigilância Sanitária.

e - Declaração do Serviço de Nefrologia onde conste a quantidade de consultas em nefrologia que o serviço disponibilizará para pacientes externos referenciados pelo SUS. O número mínimo de consultas/mês a ser oferecido pelo Serviço de Nefrologia será igual ao dobro do número de pacientes em diálise, a cada mês. Este quantitativo será definido, de acordo com a necessidade da rede, entre o gestor municipal ou estadual e o Serviço de Nefrologia. O paciente que não necessitar de tratamento de diálise ou de atendimento especializado em nefrologia, deverá ser contra-referenciado para a Atenção Básica com a orientação a ser seguida por aquele nível de atenção, sendo marcado o retorno ao atendimento, quando necessário.

f - Termo de Compromisso celebrado entre o Serviço de Nefrologia e o serviço que realizará a confecção da fístula artério-venosa de acesso à hemodiálise. Os pacientes devem ser submetidos à confecção da fístula, de acordo com a condição vascular, quando apresentar depuração de creatinina endógena inferior a 25 ml/min, ou dentro de um ano antes do início previsto da diálise.

g - Termo de Compromisso celebrado entre o Serviço de Nefrologia, o gestor local e o hospital vinculado ao SUS de retaguarda, estabelecendo as responsabilidades pela garantia de referência aos casos que necessitem de internação por intercorrências decorrentes do tratamento dialítico.

h - Termo de compromisso celebrado entre o Serviço de Nefrologia e o serviço de diagnose para que seja garantida a execução dos exames.

i - Parecer dos gestores estadual e municipal quanto ao mérito do credenciamento do Serviço de Nefrologia.

j - Declaração do impacto financeiro do serviço a ser credenciado, segundo os valores dos procedimentos necessários a realização da diálise constantes na tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde.

k - Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite, favorável ao credenciamento do Serviço de Nefrologia.

l - Encaminhamento pelo Secretário de Estado da Saúde ao Departamento de Atenção Especializada – Coordenação-Geral da Alta Complexidade Ambulatorial - DAE/SAS/MS, para o credenciamento.

m - Termo de compromisso celebrado entre o Serviço de Nefrologia, que não ofereça todas modalidades de diálise peritoneal, com outro Serviço de Nefrologia, no mesmo município, para que seja garantida a oferta de todas as modalidades de procedimentos de diálise.

n - Comprovação das condições necessárias para garantia de oferta de todas as modalidades de procedimentos de diálise, no mesmo município.

II) HABILITAÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM NEFROLOGIA

1) Para que possam habilitar-se como Centros de Referência em Nefrologia, além do contido nos artigos 5º e 6º desta Portaria, os Serviços de Nefrologia, credenciados, devem:

a - Ter sido credenciados conforme item I deste Anexo;

b - Ter integração com o sistema local e regional do SUS que permita exercer o papel auxiliar, de caráter técnico, aos gestores na Política de Atenção ao Portador de Doença Renal nos diversos níveis de atenção à saúde, em sua área de abrangência, com vistas a colaborar e capacitar nas seguintes ações: diagnóstico de portadores de doença renal, caracterização da doença renal, caracterização da disfunção renal, medidas terapêuticas específicas, medidas terapêuticas complementares, educação e suporte social e psicológico, ações educativas visando o controle das condições de risco, orientação nutricional e criação de hábitos saudáveis de vida para pacientes e familiares;

c - Ter estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos;

d - Ter adequada estrutura gerencial capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;

e - Subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo - efetividade tecnológica;

f - Subsidiar os gestores em suas ações de capacitação e treinamento na área específica de acordo com a política de educação permanente do SUS, participando dos Pólos de Educação Permanente.

2) A documentação que deve ser encaminhada ao Departamento de Atenção Especializada – Coordenação-Geral da Alta Complexidade Ambulatorial - DAE/SAS/MS é a seguinte:

- a - Anuência do Serviço de Nefrologia para ser Centro de Referência em Nefrologia;
- b - Projeto onde o candidato a Centro de Referência descreva a forma de integração com a Rede Estadual de Assistência em Nefrologia, de acordo com as exigências constantes no item II.1 deste Anexo;
- c - Parecer conclusivo do gestor estadual quanto a habilitação do Serviço de Nefrologia como Centro de Referência em Nefrologia;
- d - Parecer conclusivo da Comissão Intergestores Bipartite.

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

**Ministério da Saúde**
Gabinete do Ministro**PORTARIA Nº 389, DE 13 DE MARÇO DE 2014**

Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 1.168/GM/MS, de 15 de junho de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão;

Considerando a Portaria nº 1.559/GM/MS, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.034/GM/MS, de 5 de maio de 2010, que dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria nº 533/GM/MS, de 28 de março de 2012, que estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 841/GM/MS, de 2 de maio de 2012, que publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do SUS e dá outras providências;

Considerando a Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 2.135/GM/MS, de 25 de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS;

Considerando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, em especial no seu eixo III, que se refere ao cuidado integral das DCNT;

Considerando o Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias do Ministério da Saúde de 2012 e os Cadernos de Atenção Básica, disponíveis no sítio eletrônico www.saude.gov.br/sas e www.saude.gov.br/dab;

Considerando os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) aprovados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC);

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC Nº 11, de 13 de março de 2014, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços de diálise; e

Considerando a necessidade de regulamentar a atenção à pessoa com doença renal crônica nos serviços de atenção especializada ambulatorial e estabelecer critérios técnicos e clínicos, resolve:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Ficam definidos os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e instituído incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

Art. 2º Ficam aprovadas as Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no âmbito do SUS, que será disponibilizada no sítio eletrônico www.saude.gov.br/sas.

CAPÍTULO II

DAS DIRETRIZES E CRITÉRIOS PARA A ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM DRC

Art. 3º Os estabelecimentos de saúde integrantes da linha de cuidado à pessoa com DRC na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas observarão às seguintes diretrizes:

I - foco da atenção nas necessidades de saúde da população coordenado pela Atenção Básica e contemplando todos os níveis de atenção;

II - diagnóstico precoce de modo a identificar as pessoas com DRC;

III - implementação da estratificação de risco da população com DRC de acordo com a classificação do seu estágio clínico, segundo a alteração de exame laboratorial da Taxa de Filtração Glomerular (TFG);

IV - garantia de financiamento adequado para prevenção, tratamento dos fatores de risco e tratamento da DRC na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, em especial ao cuidado das pessoas com DRC em estágios clínicos pré-dialíticos, bem como para o cuidado das pessoas com necessidades de Terapia Renal Substitutiva (TRS);

V - garantia da educação permanente de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS);

VI - implementação das diretrizes expressas no Programa Nacional de Segurança do Paciente;

VII - garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC baseado nas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas;

VIII - articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; e

IX - desenvolvimento de medidas que garantam a difusão das ações e cuidado à pessoa com DRC em todos os pontos de atenção da linha de cuidado, bem como a comunicação entre os serviços de saúde para promoção do cuidado compartilhado.

Art. 4º Para efeito desta Portaria, a classificação do estágio clínico da DRC, segundo a TFG, observará aos seguintes parâmetros:

I - DRC estágio 1: TFG \geq 90 mL/min/1,73m² na presença de proteinúria e/ou hematúria ou alteração no exame de imagem;

II - DRC estágio 2: TFG \geq 60 a 89 mL/min/1,73m²;

III - DRC estágio 3a: TFG \geq 45 a 59 mL/min/1,73m²;

IV - DRC estágio 3b: TFG \geq 30 a 44 mL/min/1,73m²;

V - DRC estágio 4: TFG \geq 15 a 29 mL/min/1,73m²; e VI - DRC estágio 5: TFG $<$ 15 mL/min/1,73m².

Parágrafo único. É recomendado que o laboratório de análises clínicas disponibilize o resultado do exame de dosagem de creatinina acompanhado do resultado da TFG.

Art. 5º São atribuições dos pontos de atenção dos componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, além das definidas na Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS:

I - Componente Atenção Básica:

a) realizar ações recomendadas pela Política Nacional de Promoção à Saúde, na prevenção dos fatores de risco relativos à DRC;

b) atualizar o calendário vacinal das pessoas com DRC, conforme Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (PNI/MS);

c) realizar diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DRC em conformidade com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), bem como a atenção de acordo com as Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no âmbito do SUS;

d) realizar estratificação de risco e encaminhamento à atenção especializada, quando necessário, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC;

e) coordenar e manter o vínculo e o cuidado das pessoas com DRC, quando referenciados para outros pontos de atenção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;

f) realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC;

g) prestar cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento das pessoas com complicações agudas da DRC ou da TRS a outros pontos de atenção, quando necessário, de acordo com a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 6 de junho de 2011; e

h) registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica (SisAB) as ações de controle da DRC; e

II - Componente da Atenção Especializada Ambulatorial:

a) atuar de acordo com a definição da Rede de Atenção à Saúde (RAS);

b) prestar assistência ambulatorial de forma multiprofissional, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS, incluindo a necessidade de TRS;

c) disponibilizar carga horária, adequada à realidade local e mediante pactuação e contratualização do gestor, para realizar apoio matricial, presencialmente ou por meio dos Núcleos do Telessaúde ou através de outras formas de comunicação definidas com o gestor público de saúde local, às equipes de atenção básica de referência nos temas relacionados a doenças renais, conforme disposto no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS;

d) diagnosticar, quando da necessidade de TRS-diálise, os casos com indicação para procedimento cirúrgico da confecção de fístula arterio-venosa ou implante de cateter para diálise peritoneal, conforme o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS;

e) definir, no contrato celebrado entre o gestor de saúde e o estabelecimento de atenção especializada ambulatorial em DRC, de quem será a responsabilidade para realizar a confecção da fístula arterio-venosa de acesso à hemodiálise ou o implante de cateter para diálise peritoneal;

f) utilizar da regulação das urgências para o encaminhamento ou transferência da pessoa com DRC para os estabelecimentos de saúde de referência, previamente pactuados local/regionalmente, quando estas pessoas estiverem no estabelecimento de atenção especializada ambulatorial em DRC e necessitarem, naquele momento, de cuidados imediatos em urgência;

g) manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais componentes da RAS; e

Portaria com fletas = 1 de julho

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

RESOLUÇÃO - RDC Nº 154, DE 15 DE JUNHO DE 2004 (*)***Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise.***

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 11, inciso IV, do Regulamento da ANVISA aprovado pelo Decreto 3.029, de 16 de abril de 1999, c/c o art. 111, inciso I, alínea "b", §1º do Regimento Interno aprovado pela Portaria nº 593, de 25 de agosto de 2000, republicada no DOU de 22 de dezembro de 2000, em reunião realizada em 22 de maio de 2006,

considerando a necessidade de redefinir os critérios mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que realizam diálise em pacientes ambulatoriais, portadores de insuficiência renal crônica, bem como os mecanismos de sua monitoração;

considerando a necessidade de redução dos riscos aos quais fica exposto o paciente que se submete à diálise, adota a seguinte Resolução e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Estabelecer o Regulamento Técnico para Funcionamento do Serviço de Diálise, na forma do Anexo desta Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), disciplinando as exigências mínimas.

Art. 2º O serviço de diálise deve funcionar somente após receber o Alvará Sanitário expedido pela autoridade sanitária competente do Estado, Distrito Federal ou Município, atendendo aos requisitos do Regulamento Técnico de que trata o Art. 1º desta RDC e demais legislações pertinentes.

§1º O serviço de diálise deve estar capacitado para oferecer, no mínimo, a modalidade de hemodiálise - HD, devendo ter no máximo 200 pacientes em HD, respeitado o limite do número máximo de 01 (um) paciente por equipamento instalado por turno.

§ 2º Quando o serviço optar por fornecer somente a modalidade de HD e o paciente necessitar de diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC) ou diálise peritoneal automatizada (DPA), o responsável técnico deve referenciá-lo para outro serviço.

§ 3º Quando da necessidade de realização de diálise peritoneal intermitente (DPI), o serviço deve referenciá-lo para um serviço de diálise intra-hospitalar.

§ 4º A modalidade de Hemodiálise pode funcionar em até três turnos, com intervalo mínimo de uma hora entre as sessões. A ampliação do número de turnos está condicionada à autorização do gestor local.

Art. 3º Estabelecer que a construção, reforma ou adaptação na estrutura física do serviço de diálise deve ser precedida de aprovação do projeto junto à autoridade sanitária local em conformidade com a RDC/ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, e suas atualizações ou instrumento legal que venha a substituí-la.

Art. 4º Determinar que a inobservância dos requisitos constantes desta RDC constitui infração de natureza sanitária, sujeitando o infrator a processo e penalidades previstas na Lei 6.437, de 20 de agosto de 1977, ou instrumento legal que venha a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

Parágrafo único. Os serviços de diálise que não cumprirem o disposto nesta RDC ou apresentarem deficiência constatada na avaliação dos gestores, além das penalidades previstas no caput, estão sujeitos à exclusão do cadastro definido a critério da autoridade sanitária competente.

Art. 5º Cem por cento (100%) dos serviços de diálise devem ser inspecionados e avaliados no mínimo duas (02) vezes por ano, pela Vigilância Sanitária local.

Parágrafo único. Para efetivação dos procedimentos de que trata este artigo, deve ser assegurado à autoridade sanitária livre acesso a todas as dependências do estabelecimento e mantidos à disposição todos os registros, informações e documentos especificados no Regulamento Técnico estabelecido por esta RDC.

Art. 6º Fica facultado às associações de pacientes portadores de insuficiência renal crônica e comissões constituídas formalmente pelos conselhos de saúde o acesso às instalações e registros dos serviços de diálise.

§ 1º O acesso aos documentos, inclusive os indicados no art. 6º, se dará de modo a preservar as condições de sigilo médico, previstas no Código de Ética Médica, e de direito, previstas no Código de Defesa do Consumidor.

§ 2º Qualquer irregularidade constatada por estas associações ou comissões deve ser imediatamente comunicada à Vigilância Sanitária local para as devidas providências.

Art.7º A responsabilidade ética, civil e criminal pelas irregularidades constatadas no serviço de diálise é do médico Responsável Técnico (RT) pelo serviço.

Art.8º As secretarias estaduais e municipais de saúde devem implementar os procedimentos para adoção do Regulamento Técnico estabelecido por esta RDC, podendo adotar normas de caráter suplementar, com a finalidade de adequá-lo às especificidades locais.

Art. 9º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU RAPOSO DE MELO

ANEXO

REGULAMENTO TÉCNICO PARA O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE DIÁLISE

1. DEFINIÇÕES

1.1. Água Potável: água com características físico-químicas e biológicas em conformidade com o disposto na Portaria GM/MS nº 518, de 25 de março de 2004, ou instrumento legal que venha a substituí-la.

1.2. Água Tratada para Diálise: água cujas características são compatíveis com o Quadro II desta RDC.

1.3. Dialisato: solução de diálise após a passagem pelo dialisador.

1.4. DPA: Diálise Peritoneal Automatizada: modalidade de diálise peritoneal realizada no domicílio do paciente com trocas controladas por uma máquina cicladora automática.

1.5. DPAC: Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua: modalidade de diálise peritoneal realizada no domicílio do paciente com trocas realizadas pelo próprio paciente ou cuidador.

1.6. DPI: Diálise Peritoneal Intermitente: modalidade de diálise peritoneal realizada em serviços de saúde com trocas controladas manualmente ou por máquina cicladora automática.

1.7. Evento Adverso Grave: qualquer ocorrência clínica desfavorável que resulte em morte, risco de morte, hospitalização ou prolongamento de uma hospitalização preexistente, incapacidade significante, persistente ou permanente, ou ocorrência clínica significativa.

1.8. Nível de Ação: parâmetro que indica a necessidade de adoção de providências para identificação do foco de contaminação.

1.9. "Priming": determinação do volume interno das fibras do dialisador.

1.10. Programa de Tratamento Dialítico: forma de atendimento de pacientes renais crônicos que necessitam de diálise de modo continuado.

1.11. Registro de produtos: ato privativo do órgão competente do Ministério da Saúde e necessário para a comercialização no País dos produtos submetidos ao regime da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976.

1.12. Responsável Técnico: profissional de nível superior com especialização na área correspondente, assentada junto ao respectivo conselho profissional.

1.13. Reuso em diálise: utilização, para o mesmo paciente, do dialisador e linhas arteriais e venosas, por mais de uma vez, após os respectivos reprocessamentos.

1.14. Reprocessamento em diálise: conjunto de procedimentos de limpeza, desinfecção, verificação da integridade e medição do volume interno das fibras, e do armazenamento dos dialisadores e das linhas arteriais e venosas.

1.15. Serviço de diálise: serviço destinado a oferecer modalidades de diálise para tratamento de pacientes com insuficiência renal crônica.

1.16. Serviço de diálise autônomo: serviço de diálise com autonomia administrativa e funcional, podendo funcionar intra ou extra hospitalar.

1.17. Serviço de diálise hospitalar: Serviço de diálise que funciona dentro da área hospitalar vinculado administrativa e funcionalmente a este hospital.

2. ATRIBUIÇÕES GERAIS DOS SERVIÇOS DE DIÁLISE

2.1. Os serviços de diálise devem funcionar atendendo aos requisitos de qualidade e a um padrão de assistência médica que tenha como objetivo:

- uma exposição mínima aos riscos decorrentes do próprio tratamento, em relação aos benefícios obtidos;
- um monitoramento permanente da evolução do tratamento, assim como de seus eventos adversos;
- responsabilidade integral pelo tratamento das complicações decorrentes do tratamento dialítico;
- a melhora geral do seu estado de saúde com vistas à sua reinserção social.

2.2. Todo serviço de diálise deve fornecer ao paciente, no dia do procedimento dialítico, alimentação de acordo com a orientação dietética do Nutricionista e com base na prescrição médica, considerando seu estado clínico e nutricional.

3. INDICAÇÃO DE DIÁLISE E MONITORAMENTO DA EVOLUÇÃO DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE

3.1. O principal parâmetro de avaliação laboratorial, de indicação para início de diálise, é a depuração de creatinina endógena, a qual deverá ter um valor igual ou inferior a dez mililitros por minuto.

3.1.1. Para o ingresso de paciente apresentando depuração de creatinina endógena com valor superior a dez mililitros por minuto, deve ser elaborada justificativa de indicação clínica para o gestor local do Sistema Único de Saúde.

3.1.2. Em pacientes diabéticos e crianças a diálise pode ser iniciada quando apresentarem depuração de creatinina endógena inferior a 15 mililitros/minuto.

3.2. A escolha e a indicação do tipo de tratamento dialítico, a que deve ser submetido cada paciente, devem ser efetuadas ponderando-se o seu estado de saúde e o benefício terapêutico pretendido, em relação ao risco inerente a cada opção terapêutica.

3.2.1. O paciente deve ser informado sobre as diferentes alternativas de tratamento, seus benefícios e riscos, garantindo-lhe a livre escolha do método, respeitando as contra indicações.

3.3. Compete a cada serviço de diálise prover os meios necessários para o monitoramento e prevenção dos riscos de natureza química, física e biológica inerentes aos procedimentos correspondentes a cada tipo de tratamento realizado.

3.4. A promoção e manutenção, no paciente, da via de acesso para o procedimento de diálise são de responsabilidade do serviço de diálise.

3.5. Pacientes não portadores de hepatite B e com resultado de imunidade negativo para este vírus devem ser, obrigatoriamente, encaminhados ao local indicado pela secretaria de saúde local, para imunização em conformidade com o Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, decorridos do início do tratamento.

3.6. O paciente deve ser submetido a todos os exames previstos no item 3.7, além de ultra-sonografia abdominal com estudo dos rins e bexiga, no prazo de 30 (trinta) dias, decorridos da data de sua admissão no programa de tratamento dialítico, caso não disponha dos exames realizados nos últimos seis meses.

3.7. O serviço de diálise deve realizar periodicamente, em seus pacientes, os seguintes exames:

a) Exames mensais: medição do hematócrito, dosagem de hemoglobina, uréia pré e pós a sessão de diálise, potássio, cálcio, fósforo, transaminase glutâmica pirúvica (TGP), glicemia para pacientes diabéticos e creatinina durante o primeiro ano;

a.1) Quando houver elevação de TGP, descartadas outras causas, o médico nefrologista deve solicitar o AntiHBc IgM, HbsAg e AntiHCV.

a.2) A complementação diagnóstica e terapêutica das hepatites virais deve ser assegurada aos pacientes e realizada nos serviços especializados em hepatites virais.

b) Exames trimestrais: hemograma completo; medição da saturação da transferrina; dosagem de ferritina, ferro sérico, proteínas totais e frações e fosfatase alcalina.

c) Exame semestral: párateo-hormônio, AntiHBs, e, para pacientes susceptíveis (com AntiHBC total ou IgG, AgHBs e AntiHCV inicialmente negativos), a realização de HbsAG e AntiHCV. Dosagem de creatinina após o primeiro ano.

d) Exames anuais: colesterol total e fracionado, triglicérides, dosagem de anticorpos para HIV e do nível sérico de alumínio, Rx de tórax em PA e perfil.

3.7.1. Nos pacientes em Diálise Peritoneal deve-se avaliar a função renal residual e o "clearance" peritoneal anualmente.

3.7.2. A continuidade dos exames específicos de anti-HIV, HBsAg e anti-HCV pode ser dispensada, quando for confirmada a positividade dos testes sorológicos por três dosagens consecutivas.

3.7.3. O serviço de diálise deve registrar os resultados dos exames realizados e os indicadores da eficiência dialítica nos prontuários dos pacientes.

3.8. Os tipos e as frequências de realização dos exames listados no item 3.7. podem ser modificados pelo Gestor local do SUS ou pelo Ministério da Saúde, por meio de norma específica.

3.9. A realização dos exames de rotina prescritos não exclui a necessidade de demais exames, segundo indicação médica.

3.10. Quando identificado resultado de exames fora do padrão, o serviço deve proceder à revisão do plano de tratamento com os devidos registros.

3.11. Todos os pacientes devem ser submetidos à consulta ambulatorial pelo nefrologista responsável pelo tratamento dialítico, mediante realização de, no mínimo, um exame clínico mensal, registrado no prontuário médico, com identificação do profissional responsável (nome e número do registro no Conselho Regional de Medicina), com ênfase na avaliação cardiológica e nutricional, sendo encaminhado ao especialista quando indicado.

3.12. Os serviços de diálise devem assegurar aos pacientes os antimicrobianos para tratamento de peritonite e infecções relacionadas ao uso de cateteres

4. PARÂMETROS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE DIÁLISE

4.1. Os serviços autônomos devem dispor de hospital de retaguarda que tenha recursos materiais e humanos compatíveis com o atendimento aos pacientes submetidos a tratamento dialítico, em situações de intercorrência ou emergência, localizado em área próxima e de fácil acesso.

4.1.1. O serviço autônomo que presta atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) deve celebrar termo de compromisso entre o hospital vinculado ao SUS de retaguarda, o gestor local e o próprio serviço de diálise, estabelecendo as responsabilidades pela garantia de referência aos casos que necessitem de internação por intercorrências decorrentes do tratamento.

4.1.2. Os serviços autônomos que não prestam atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) devem comprovar a retaguarda hospitalar por meio de contrato formal assinado pelo diretor do serviço e do hospital.

4.1.3. A responsabilidade de providenciar a internação de pacientes com complicações decorrentes da diálise é do responsável técnico do serviço.

4.2. Durante a internação de qualquer natureza, é de responsabilidade do RT do serviço de diálise assegurar a continuidade do tratamento dialítico.

4.3. Todo serviço autônomo deve dispor de um serviço de remoção de pacientes, que atenda aos requisitos da legislação em vigor, destinado a transportar, de imediato, os pacientes em estado grave até o hospital de retaguarda, assegurando o seu pronto atendimento.

4.3.1. Os serviços de diálise que não dispõem de serviço próprio devem estabelecer contrato formal com um serviço de remoção, licenciado pela autoridade sanitária local, de modo a assegurar o atendimento previsto no item 4.3.

4.4. Todo serviço de diálise deve implantar e implementar um Programa de Controle e Prevenção de Infecção e de Eventos Adversos (PCPIEA), subsidiado pela Portaria GM/MS n.º 2616, de 12 de maio de 1998, ou instrumento legal que venha a substituí-la.

4.4.1. O PCPIEA deve ser elaborado com a participação dos profissionais do serviço de diálise sob a responsabilidade do médico ou enfermeiro do serviço.

4.5. Compete ao responsável pelo PCPIEA: i) garantir a implementação da vigilância epidemiológica sistematizada dos episódios de infecção e reação pirogênica; ii) a investigação epidemiológica nos casos de Eventos Adversos Graves, visando à

intervenção com medidas de controle e prevenção; e iii) avaliar as rotinas escritas relacionadas ao controle das doenças infecciosas.

4.5.1. O responsável pelo PCPIEA do serviço de diálise deve enviar à Secretaria Municipal de Saúde, com periodicidade semestral, a "Planilha de Encaminhamento de Informações", publicada em Resolução Específica da Anvisa.

4.6. No prazo de 90 (noventa) dias após o início do tratamento dialítico, o serviço deve, obrigatoriamente, apresentar ao paciente apto ou ao seu representante legal, a opção de inscrição na Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) local ou de referência.

4.6.1. Dentro do mesmo prazo o paciente deve, depois de esclarecido nos termos do art. 10 da lei 10.211, formalizar a sua opção ou recusa em relação à sua inscrição na CNCDO para transplante renal.

4.6.2. O paciente poderá alterar a qualquer momento a sua opção para transplante renal, devendo, para tanto, assinar novo termo de opção/recusa. A nova opção deve ser encaminhada à CNCDO.

4.6.3. O serviço de diálise deve encaminhar formalmente o paciente, acompanhado do relatório médico atualizado, ao estabelecimento e equipe escolhidos para realização do transplante, comprometendo-se a encaminhar, trimestralmente, amostras do soro coletado, além de informar a situação clínica e o status em lista de espera.

4.6.4. A recusa, impossibilidade ou atraso na avaliação prétransplante, por parte do serviço de transplante ou de diálise, deverá ser notificado formalmente ao paciente e encaminhado cópia do documento à CNCDO, para as providências cabíveis.

4.6.5. A imunotipagem HLA é, obrigatoriamente, regulada pela CNCDO, tanto na sua autorização, como no recebimento de seus resultados.

5. PROCEDIMENTOS DO SERVIÇO DE DIÁLISE

5.1. Todo serviço de diálise deve estabelecer, por escrito, em conjunto com o responsável pelo PCPIEA, uma rotina de funcionamento, assinada pelo médico RT e pelo enfermeiro responsável pelo serviço, compatível com as exigências técnicas previstas neste Regulamento e que contemple, no mínimo, os seguintes itens:

- a) PCPIEA;
- b) procedimentos médicos;
- c) procedimentos de enfermagem;
- d) controle e atendimento de intercorrências;
- e) processamento de artigos e superfícies;
- f) controle de qualidade do reuso das linhas e dos dialisadores;
- g) controle do funcionamento do sistema de tratamento da água tratada para diálise;
- h) procedimentos de operações, manutenção do sistema e de verificação da qualidade da água;
- i) controle dos parâmetros de eficácia do tratamento dialítico;
- j) controle de manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos da unidade;
- k) procedimentos de biossegurança.

5.2. Todo serviço de diálise deve manter um prontuário para cada paciente, com todas as informações sobre o tratamento dialítico, sua evolução e intercorrências.

5.2.1. Os prontuários dos pacientes devem estar preenchidos, de forma clara e precisa, atualizados, assinados e datados pelo médico responsável por cada atendimento.

5.2.2. Os prontuários devem estar acessíveis para autoridade sanitária e outros representantes dos órgãos gestores do SUS, e para consulta dos pacientes ou seus responsáveis, desde que asseguradas as condições de sigilo previstas no Código de Ética Médica e de direito, previstas no Código de Defesa do Consumidor.

5.3. Os concentrados químicos utilizados para diálise devem possuir registro no Ministério da Saúde.

5.3.1. Estão dispensados do registro os concentrados preparados em farmácias hospitalares ou no serviço de diálise, para uso na própria instituição, desde que estes atendam às formulações prescritas pelo médico do serviço, e à legislação sanitária específica.

5.3.2. Todo concentrado químico deve ser mantido armazenado ao abrigo da luz, calor e umidade, em boas condições de ventilação e higiene ambiental, e com controle do prazo de validade.

5.4. Os dialisadores e linhas utilizados no tratamento dialítico devem possuir registro no Ministério da Saúde.

5.5. Os dialisadores e as linhas arteriais e venosas podem ser utilizadas, para o mesmo paciente, até 12 (doze) vezes, quando utilizado o reprocessamento manual, ou até 20 (vinte) vezes, quando utilizado reprocessamento automático em máquinas registradas na ANVISA.

5.5.1. Só podem ser reutilizados dialisadores que apresentem capilares construídos com membrana biocompatível.

5.5.2. O reuso de dialisadores e das linhas arteriais e venosas não é permitido para os pacientes portadores de HIV.

5.5.3. Para fins de controle do reuso e descarte, dialisadores e linhas arteriais e venosas devem ser tratados como um único conjunto, respeitando o disposto no item 5.5.

5.5.4. O registro da utilização de um novo conjunto de dialisador e linha arterial e venosa deve ser assinado pelo paciente e arquivado.

5.6. É obrigatória a medida do volume interno das fibras "priming" em todos os dialisadores antes do primeiro uso e após cada reuso subsequente, mantendo arquivados os registros dos dados referentes a todos os testes.

5.6.1. Após a medida do volume interno das fibras, qualquer resultado indicando uma redução superior a 20% do volume inicial torna obrigatório o descarte do dialisador, independentemente do método empregado para o seu reprocessamento.

5.7. Todos os valores da medida do volume interno das fibras dos dialisadores, obtidos tanto antes da primeira utilização como após cada reuso, devem ser registrados e assinados pelo responsável pelo processo e permanecer disponíveis para consulta dos pacientes.

5.8. A medida do volume interno das fibras deve ser feita por técnico ou auxiliar de enfermagem treinado na realização deste procedimento, em conformidade com o item 5.1, alínea f, usando vidraria graduada íntegra e com boas condições de leitura, sob supervisão do enfermeiro responsável.

5.8.1. No caso do reuso automatizado a medida é fornecida pelo display da máquina.

5.9. O conjunto do paciente (linhas e dialisador) reutilizável deve ser acondicionado separadamente em recipiente limpo, desinfetado, com identificação clara e precisa do nome do paciente, data da primeira utilização e grupo de reprocessamento, ou seja, dialisadores de pacientes sem Hepatite, com Hepatite B ou C, armazenados em áreas separadas e identificadas.

5.9.1. Todo paciente deve ser instruído a verificar sua identificação no dialisador e linhas, antes de ser submetido à hemodiálise.

5.10. Os dialisadores e linhas passíveis de reuso devem ser desinfetados mediante o preenchimento com solução, conforme protocolo de procedimentos estabelecido, por escrito, em conjunto com os técnicos do PCPIEA e em conformidade com o item 5.1, alínea f.

5.10.1. A diluição das soluções, quando necessária, deve ser feita por profissional capacitado, empregando vidraria de laboratório graduada ou volumétrica e usando água tratada para diálise, atendendo o estabelecido em rotina escrita.

5.11. Os dialisadores e linhas devem ser submetidos a enxágüe na máquina de hemodiálise, para remoção da solução, conforme protocolo descrito no PCPIEA, após a desinfecção e imediatamente antes de sua utilização.

5.11.1. Deve ser adotado monitoramento, por meio de testes, com registros dos níveis residuais do agente químico empregado na desinfecção dos dialisadores e linhas, após o enxágüe dos mesmos e antes da conexão no paciente.

5.12. Todas as atividades relacionadas ao reprocessamento de dialisadores e linhas devem ser realizadas por técnico ou auxiliar de enfermagem, treinado para o procedimento e sob a supervisão direta do responsável técnico da enfermagem, em conformidade com o item 5.1.f.

5.12.1. Fica vedada, a qualquer funcionário, a atuação simultânea na sala de reprocessamento de dialisadores não contaminados, contaminados por Hepatite B ou contaminados por Hepatite C num mesmo turno de trabalho.

5.13. A limpeza e desinfecção de equipamentos, artigos e superfícies do serviço de diálise devem ser realizados de acordo com as instruções contidas neste Regulamento Técnico, na legislação sanitária pertinente, nos manuais técnicos publicados pelo Ministério da Saúde, e de acordo com as recomendações do fabricante, assim como sob supervisão do responsável pelo PCPIEA ao qual estão vinculadas.

5.14. Todos os funcionários, ao realizarem procedimentos nos pacientes, no reprocessamento de dialisadores e linhas ou manipulação de produtos químicos, devem estar protegidos com Equipamento de Proteção Individual (EPI), especificados por escrito em conformidade com o programa de PCPIEA.

5.15. Fica vedada a manipulação de pacientes com sorologia para Hepatite B e com sorologia não reativa para a referida patologia pelos mesmos funcionários, no mesmo turno de trabalho, assegurando-se a estrita observância das normas técnicas e precauções universais.

5.16. Pacientes recém admitidos no programa de tratamento dialítico da Unidade e com sorologia desconhecida devem ser submetidos ao tratamento hemodialítico em máquinas específicas para este tipo de atendimento, diferenciadas das demais, e o reprocessamento de seus dialisadores deve ser realizado na própria máquina.

O período de confirmação da sorologia não deve exceder a 01 (um) mês.

5.17. Pacientes portadores de antiHCV, tratados ou não, devem ser considerados potencialmente infectantes.

5.18. A vacinação contra o vírus de Hepatite B é obrigatória para todo o pessoal que atua no serviço de diálise.

5.18.1. Os funcionários devem ser imunizados, em conformidade com o Programa Nacional de Imunização, no prazo de 30 dias após admissão.

5.19. O descarte de resíduos deve ser em conformidade com a RDC/ANVISA nº 33 de 25 de fevereiro de 2003, ou instrumento legal que venha a substituí-la.

6. RECURSOS HUMANOS DO SERVIÇO DE DIÁLISE

6.1. Os serviços de diálise devem ter como Responsáveis Técnicos (RT):

a) 01 (um) médico nefrologista que responde pelos procedimentos e intercorrências médicas;

b) 01 (um) enfermeiro, especializado em nefrologia, que responda pelos procedimentos e intercorrências de enfermagem.

6.1.1. O médico e o enfermeiro só podem ser os Responsáveis Técnicos por 01 (um) serviço de diálise.

6.2. Cada serviço de diálise deve ter a ele vinculado, no mínimo:

a) 02 (dois) médicos nefrologistas, devendo residir no mesmo município ou cidade circunvizinha;

b) 02 (dois) enfermeiros, em conformidade com o item 6.9;

c) 01 (um) assistente social;

d) 01 (um) psicólogo;

e) 01 (um) nutricionista;

f) Auxiliares ou técnicos de enfermagem de acordo com o número de pacientes;

g) Auxiliar ou técnico de enfermagem exclusivo para o reuso;

h) 01 (um) funcionário, exclusivo para serviços de limpeza.

6.3. O programa de hemodiálise deve integrar em cada turno, no mínimo, os seguintes profissionais:

a) 01 (um) médico nefrologista para cada 35 (trinta e cinco) pacientes;

b) 01 (um) enfermeiro para cada 35 (trinta e cinco) pacientes;

c) 01 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem para cada 04 (quatro) pacientes por turno de Hemodiálise.

6.3.1. Todos os membros da equipe devem permanecer no ambiente de realização da diálise durante o período de duração do turno.

6.4. O programa domiciliar de Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC) e/ou Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) deve ser integrado por:

a) 01 (um) médico nefrologista responsável;

b) 01 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes.

6.5. O Programa Hospitalar de Diálise Peritoneal Intermitente (DPI) deve ser integrado por:

a) 01 (um) médico nefrologista durante o dia, para avaliação dos pacientes e atendimento das intercorrências, podendo ser o mesmo da hemodiálise, DPAC, DPA, desde que não ultrapasse a relação de 01 (um) médico para cada 35 (trinta e cinco) pacientes;

b) 01 (um) médico para atendimento de urgências no período noturno para cada 35 (trinta e cinco) pacientes;

c) 01 (um) enfermeiro, em conformidade com o item 6.9, para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, durante o dia;

d) 01 (um) enfermeiro, em conformidade com o item 6.9, para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, durante o período noturno;

e) 01 (um) auxiliar de enfermagem em todos os turnos, para cada 02 (dois) pacientes, ou para cada 04 (quatro), no caso de todos os postos de atendimento contarem com máquinas para diálise peritoneal.

6.6. Os procedimentos de diálise pediátrica, que abrangem a faixa etária de 0 a 12 anos completos, devem ser acompanhados por médico nefrologista pediátrico.

6.6.1. Em municípios que não contam com nefrologista pediátrico, o tratamento deverá ser acompanhado, também, por um pediatra, não sendo necessária sua vinculação com o serviço de diálise.

6.6.2. A proporção de auxiliar ou técnico de enfermagem deve ser de 01 (um) para cada 02 (dois) pacientes por turno.

6.6.3. O paciente pediátrico terá direito ao acompanhamento de membro da família ou de responsável durante o atendimento dialítico.

6.7. Cada nefrologista pode prestar serviços em diferentes serviços de diálise ou diferentes turnos, desde que sua responsabilidade não ultrapasse o total de 50 (cinquenta) pacientes inscritos em programa de tratamento dialítico.

6.8. Os médicos nefrologistas dos serviços de diálise devem ter o título de especialista ou certificado registrado pelo Conselho Federal de Medicina.

6.9. A Capacitação formal e o credenciamento dos Enfermeiros na especialidade de nefrologia devem ser comprovados por declaração / certificado, respectivamente, reconhecidos pela SOBEN.

No caso do título de especialista, poderá ser obtido através de especialização em Nefrologia reconhecida pelo MEC ou pela SOBEN através da prova de título, seguindo as normas do Conselho Federal de Enfermagem.

6.9.1. O enfermeiro que estiver em processo de capacitação deve ser supervisionado por um enfermeiro especialista em nefrologia.

7. EQUIPAMENTOS

7.1. As máquinas de hemodiálise devem apresentar um desempenho que resulte na eficiência e eficácia do tratamento e na minimização dos riscos para os pacientes e operadores. Para tanto devem possuir:

a) dispositivo que permita o tamponamento por bicarbonato de sódio;

b) controlador e monitor de temperatura;

c) controle automático de ultrafiltração e monitor de pressão da solução de diálise ou monitor de pressão transmembrana com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue, parada da ultrafiltração e com alarmes sonoros e visuais;

d) monitor contínuo da condutividade com dispositivo de suspensão automática da vazão da solução e com alarmes sonoros e visuais;

e) detector de ruptura do dialisador com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue parada da ultrafiltração e com alarmes sonoros e visuais;

f) detector de bolhas e proteção contra embolismo gasoso com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue e com alarmes sonoros e visuais;

g) proteção contra operação em modo de diálise quando estiver em modo de desinfecção;

h) monitor de pressão de linha venosa e arterial com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue alarmes sonoros e visuais;

7.2. Todos os equipamentos em uso no serviço de diálise devem estar limpos, em plenas condições de funcionamento e com todas as funções e alarmes operando.

7.3. Deve ser feita análise microbiológica de uma amostra do dialisato colhida da máquina de diálise no final da sessão (parâmetro permitido: 2000 UFC/ml).

7.3.1. Deve ser estabelecida uma rotina mensal de coleta de amostras com registro, de forma que anualmente o teste tenha sido realizado em todas as máquinas.

7.3.2. Deve-se proceder imediatamente à coleta e envio para análise de amostra do dialisato, a critério médico, sem prejuízo de outras ações julgadas necessárias, quando algum paciente apresentar sintomas típicos de bacteremia ou reações pirogênicas durante a diálise.

7.4. Os manômetros do equipamento devem estar isolados dos fluidos corpóreos do paciente mediante utilização de isolador de pressão descartável de uso único.

7.5. O serviço de diálise deve possuir máquina de hemodiálise de reserva em número suficiente para assegurar a continuidade do atendimento.

7.5.1. O equipamento de reserva deve estar pronto para o uso ou efetivamente em programa de manutenção.

7.6. Manter na unidade um aparelho de pressão para cada quatro pacientes, por turno.

7.7. O serviço de diálise deve dispor para atendimento de emergência médica, no próprio local ou em área contígua e de fácil acesso e em plenas condições de funcionamento, no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos:

a) eletrocardiógrafo;

b) carro de emergência composto de monitor cardíaco e desfibrilador;

c) ventilador pulmonar manual (AMBU com reservatório);

d) medicamentos para atendimento de emergências;

e) ponto de oxigênio;

f) aspirador portátil;

g) material completo de entubação (tubos endotraqueais, cânulas, guias e laringoscópio com jogo completo de lâminas).

7.8. Todos os equipamentos somente podem ser conectados a uma rede elétrica que atenda à norma NBR-13.534.

7.8.1. Todo serviço de diálise deve garantir o suprimento contínuo de energia elétrica.

7.9. A rotina de manutenção preventiva dos equipamentos deve obedecer à periodicidade e ao procedimento indicado pelos fabricantes dos mesmos, documentada e arquivada.

7.10. As intervenções realizadas nos equipamentos, tais como instalação, manutenção, troca de componentes e calibração, devem ser acompanhadas e/ou executadas pelo responsável técnico pela manutenção, documentadas e arquivadas.

7.10.1. Havendo terceirização do serviço de manutenção de equipamentos o serviço de diálise deve celebrar um contrato formal com o serviço, que estabeleça, entre outros requisitos, o tempo máximo tolerável de inatividade dos equipamentos.

7.11. As atividades de manutenção preventiva e de aferição dos monitores e alarmes devem ser registradas, com identificação e assinatura do técnico responsável.

8. QUALIDADE DA ÁGUA

8.1. As diversas etapas do sistema de tratamento, armazenagem distribuição da água para hemodiálise devem ser realizadas em sistemas especificados e dimensionados, de acordo com o volume do sistema de tratamento, armazenagem e distribuição da água para hemodiálise e características da água que abastece o serviço de diálise.

8.1.1. A água utilizada na preparação da solução para diálise nos serviços deve ter a sua qualidade garantida em todas as etapas do seu tratamento, armazenagem e distribuição mediante o monitoramento dos parâmetros microbiológicos e físico-químicos, assim como dos próprios procedimentos de tratamento.

8.2. A água de abastecimento dos serviços de diálise proveniente da rede pública, de poços artesianos ou de outros mananciais deve ter o seu padrão de potabilidade em conformidade com o disposto na Portaria GM/MS nº 518, de 25 de março de 2004, ou de instrumento legal que venha a substituí-la.

8.2.1. A obtenção dos laudos atestando as condições de potabilidade da água, fornecidos pela companhia de abastecimento público ou por laboratório especializado, é de responsabilidade dos serviços de diálise em conformidade com o artigo 9º da Portaria GM/MS nº 518, de 25 de março de 2004.

8.2.2. Todas as coletas de água para análise devem ser realizadas atendendo às orientações do laboratório de referência responsável pelas análises.

8.3. A água potável de abastecimento dos serviços de diálise, independentemente de sua origem ou tratamento prévio, deve ser inspecionada pelo técnico responsável pela operação do sistema de tratamento de água do serviço, conforme o Quadro I, em amostras de 500ml, coletadas na entrada do reservatório de água potável e na entrada do pré-tratamento do sistema de tratamento de água do serviço.

8.3.1. O técnico responsável pela operação do sistema de tratamento de água para diálise deve ter capacitação específica para esta atividade, atestada por Certificado de Treinamento.

QUADRO I CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E ORGANOLÉPTICAS DA ÁGUA POTÁVEL

Característica	Parâmetro Aceitável	Frequência de verificação
Cor aparente	Incolor	Diária
Turbulência	Ausente	Diária
Sabor	Insípido	Diária

Odor	Inodoro	Diária
Cloro residual livre	Maior que 0,5mg/l	Diária
pH	6,0 a 9,5	Diária

8.4. A qualidade da água tratada para uso no serviço de diálise é de responsabilidade do RT do serviço.

8.5. A água tratada para uso no serviço de diálise utilizada na preparação da solução para diálise deve ser processada de modo que apresente um padrão em conformidade com o Quadro II, confirmado por análises de controle.

8.5.1. As amostras da água para fins de análises físico-químicas e microbiológicas devem ser colhidas nos pontos contíguos à máquina de hemodiálise e no reuso, devendo ser um dos pontos na parte mais distal da alça de distribuição (loop).

8.5.2. A análise da água deve ser realizada por laboratório habilitado na Rede Brasileira de Laboratórios (REBLAS/ANVISA).

8.6. Os reservatórios de água tratada para diálise, quando imprescindíveis, devem ter as seguintes características:

- ser constituídos de material opaco, liso, resistente, impermeável, inerte e isento de amianto, de forma a não possibilitar a contaminação química e microbiológica da água e a facilitar os procedimentos de limpeza e desinfecção;
- possuir sistema de fechamento hermético que impeça contaminações provenientes do exterior;
- permitir o acesso para inspeção e limpeza;
- possuir sistema automático de controle da entrada da água e filtro de nível bacteriológico no sistema de suspiro;
- ser dotados de sistema de recirculação contínua de água 24 horas por dia, 07 dias por semana e a uma velocidade que garanta regime turbulento de vazão no retorno do loop de distribuição ao tanque, que deve ser fechado e com fundo cônico;
- possuir, em sua parte inferior, canalização de drenagem que possibilite o esgotamento total da água.

QUADRO II PADRÃO DE QUALIDADE DA ÁGUA TRATADA UTILIZADA NA PREPARAÇÃO DE SOLUÇÃO PARA DIÁLISE

Componentes	Valor máximo permitido	Frequência de análise
Coliforme total	Ausência em 100 ml	Mensal
Contagem de bactérias heterotróficas	200 UFC/ml	Mensal
Endotoxinas	2 EU/ml	Mensal
Nitrato (NO ₃)	2 mg/l	Semestral
Alumínio	0,01 mg/l	Semestral
Cloramina	0,1 mg/l	Semestral
Cloro	0,5 mg/l	Semestral
Cobre	0,1 mg/l	Semestral
Fluoreto	0,2 mg/l	Semestral
Sódio	70 mg/l	Semestral
Cálcio	2 mg/l	Semestral
Magnésio	4 mg/l	Semestral
Potássio	8 mg/l	Semestral
Bário	0,1mg/l	Semestral
Zinco	0,1mg/l	Semestral
Sulfato	100 mg/l	Semestral
Arsênico	0,005 mg/l	Semestral
Chumbo	0,005mg/l	Semestral
Prata	0,005mg/l	Semestral
Cádmio	0,001 mg/l	Semestral
Cromo	0,014 mg/l	Semestral
Selênio	0,09 mg/l	Semestral
Mercúrio	0,0002 mg/l	Semestral
Berílio	0,0004 mg/l	Semestral
Tálio	0,002 mg/l	Semestral
Antimônio	0,006 mg/l	Semestral

8.7. O nível de ação relacionado à contagem de bactérias heterotróficas é de 50 UFC/ml;

8.7.1. Deve ser verificada a qualidade bacteriológica da água tratada para diálise toda vez que ocorrerem manifestações pirogênicas, bacteremia ou suspeitas de septicemia nos pacientes.

8.8. O sistema de tratamento da água potável para obtenção da água tratada para diálise, bem como seu reservatório e sistema de distribuição, devem ser especificados em projeto assinado por um responsável técnico habilitado na área.

8.8.1. O projeto deve conter informações sobre o laudo de análise da água potável que se vai tratar, as especificações de operação e manutenção do sistema de modo a assegurar o padrão estabelecido neste Regulamento para água tratada para diálise.

8.9. Na saída do sistema de tratamento da água para diálise, a condutividade da mesma deve ser monitorada, continuamente, por instrumento que apresente compensação para variações de temperatura e tenha dispositivo de alarme visual e auditivo.

8.9.1. A condutividade deve ser igual ou menor que 10 microSiemens/cm, medida a temperatura de 25°C.

8.10. Os procedimentos de manutenção do sistema de armazenamento de água devem ser realizados de acordo com a frequência prevista no Quadro III.

Quadro III Procedimentos de manutenção do sistema de armazenamento de água

Procedimentos	Frequência
Limpeza do reservatório de água potável	Semestral
Controle bacteriológico do reservatório de água potável	Mensal
Limpeza e desinfecção do reservatório e da rede de distribuição de água tratada para diálise	Mensal

8.10.1. Os procedimentos indicados no Quadro III também devem ser realizados sempre que for verificada a não conformidade com os padrões estabelecidos para a água tratada para diálise.

8.11. A desinfecção do sistema de tratamento, armazenagem e distribuição da água tratada para diálise, bem como do seu reservatório, deve ser realizada por pessoa capacitada na técnica de desinfecção e de controle do nível de resíduos de desinfetantes, sob orientação do fornecedor do sistema e dos técnicos do PCPIEAG.

8.12. Durante os procedimentos de manutenção e desinfecção do sistema de tratamento, armazenagem e distribuição da água tratada para diálise, deve ser colocado um alerta junto às máquinas de hemodiálise, vedando sua utilização.

8.13. Os serviços de tratamento e distribuição de água da rede pública devem disponibilizar às Secretarias de Saúde os laudos dos exames de controle de qualidade da água potável e informar sobre qualquer alteração no método de tratamento ou sobre acidentes que possam modificar o padrão da água potável.

8.13.1. Os resultados das análises realizadas para controle das condições de potabilidade da água da rede pública devem ser fornecidos pelas Secretarias de Saúde aos serviços de diálise.

9. INFRA-ESTRUTURA FÍSICA

9.1. As Unidades de Diálise devem atender aos requisitos de estrutura física previstos na RDC/ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 ou instrumento legal que venha a substituí-la, além das exigências estabelecidas neste regulamento, em códigos, leis ou normas pertinentes, quer na esfera federal, estadual ou municipal e, normas específicas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas referenciadas.

9.2. Os serviços intra-hospitalares podem compartilhar os seguintes ambientes com outros setores do hospital, desde que estejam situadas em local próximo, de fácil acesso e possuam dimensões compatíveis com a demanda de serviços a serem atendidos:

- a) área de registro (arquivo) e espera de paciente;
- b) sanitários para pacientes (ambos os sexos);
- c) depósito de material de limpeza;
- d) sala de utilidades;
- e) sanitários para funcionários (ambos os sexos);
- f) copa;
- g) sala administrativa;
- h) área para guarda de macas e cadeiras de rodas;
- i) vestiários de funcionários;
- j) abrigo reduzido de coleta de resíduos sólidos de serviços de saúde;
- k) área de processamento de roupa.

9.3. As salas de hemodiálise, DPI, DPAC e DPA constituem-se em ambientes exclusivos e não podem servir de passagem ou circulação de acesso a qualquer outro ambiente que não pertença ao serviço.

9.3.1. Os ambientes devem dispor de iluminação natural e acesso a ventilação natural.

9.4. As salas de DPAC, DPA e DPI devem ser providas de pias de despejos no próprio ambiente ou em local anexo para descarte dos resíduos líquidos.

9.5. As salas de reprocessamento de dialisadores devem ser contíguas e de fácil acesso às salas de tratamento hemodialítico, além de possuir:

- a) sistema de ventilação e/ou exaustão de ar;
- b) bancadas próprias para esta operação, abastecidas de água tratada para diálise, dotadas de cubas profundas, constituídas de material resistente e passível de desinfecção;
- c) recipiente de acondicionamento de substâncias desinfetantes para preenchimento dos dialisadores, constituído por material opaco e dotado de sistema de fechamento, a fim de evitar emissão de vapores;
- d) local próprio para o armazenamento dos dialisadores em uso, constituído de material liso, lavável e passível de desinfecção.

9.6. O posto de enfermagem e serviços deve possibilitar a observação visual total das poltronas/leitos.

9.7. A sala para atendimento ao paciente HbsAg + pode ser considerada opcional, desde que o serviço de diálise possua convênio ou contrato formal com outro serviço para atendimento destes pacientes, localizado no mesmo município e referendado pela autoridade sanitária local.

9.8. A sala de tratamento e reservatório de água tratada para diálise deve constituir-se num ambiente exclusivo para esta atividade, sendo vedada sua utilização para qualquer outro fim.

9.8.1. Deve dispor de acesso facilitado para sua operação e manutenção e estar protegida contra intempéries e vetores.

9.9. O serviço de diálise deve dispor, no mínimo, de 01(um) sanitário para uso de indivíduos portadores de deficiência ambulatoria, de acordo com a norma ABNT NBR 9050.

9.9.1. Nos serviços intra-hospitalares, os sanitários podem estar localizados em outra área do hospital, desde que seja disponível e de fácil acesso para os usuários do serviço de diálise.

9.10. É vedado o uso de painéis removíveis nos sanitários, áreas de atendimento de pacientes e salas de reprocessamento.

9.11. Os reservatórios devem ser mantidos ao abrigo da incidência direta da luz solar.

10. AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE DIÁLISE

10.1. Compete aos serviços de diálise a realização continuada de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento global e por modalidade de tratamento dos serviços.

10.1.1. A avaliação deve ser realizada levando em conta os "Indicadores para a Avaliação do Serviço de Diálise" e as demais disposições estabelecidas em Resolução Específica da Anvisa (RE).

10.2. Os serviços de diálise devem disponibilizar à Vigilância Sanitária as informações referentes ao monitoramento dos indicadores, durante o processo de inspeção sanitária ou de investigação de surtos e eventos adversos.

10.2.1 Sempre que solicitado, os serviços de diálise devem enviar o resultado do monitoramento dos indicadores para as secretarias municipais e estaduais de saúde e Governo Federal.

11. NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS GRAVES

11.1. O responsável pelo PCPIEA deve notificar surtos e casos suspeitos de eventos adversos graves à autoridade sanitária competente do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas.

11.2. A notificação não isenta o responsável pelo PCPIEA da investigação epidemiológica e da adoção de medidas de controle do evento, em conformidade com o item 4.5.

12. DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

12.1. Os serviços de diálise com mais de 200 pacientes em hemodiálise, de acordo com a disponibilidade e a regulação do gestor local, não devem receber novos pacientes até adequação, conforme estabelecido no §1º do artigo 2º deste regulamento.

12.2. Os serviços de diálise têm o prazo de 180 dias para garantir que a análise da água de diálise seja realizada por laboratório habilitado na Rede Brasileira de Laboratórios (REBLAS/ANVISA).

(* Republicada por ter saído, no DOU nº 115, de 17/6/2004, Seção 1, Pág. 65, com incorreção no original.

Relatório Analítico de Procedimentos

Procedimento: 03.05.01.009-3 HEMODIÁLISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA -

Origem:

A.27031195

Complexidade: Alta Complexidade

Modalidade:

01 - Ambulatorial

Instrumento de Registro:

07 - APAC (Proc. Secundário)

Tipo de Financiamento: 04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)

Valor Ambulatorial S.A.: R\$ 218,47

Valor Ambulatorial Total: R\$ 218,47

Valor Hospitalar S.P.: R\$ 0,00

Valor Hospitalar S.H.: R\$ 0,00

Valor Hospitalar Total: R\$ 0,00

SubTipo de Financiamento: 0017 - Nefrologia

Sexo: Ambos

Idade Mínima: 12 Ano(s)

Idade Máxima: 130 Ano(s)

Quantidade Máxima: 5

Média Permanência: 0

Pontos: 0

CBO:

225109

Habilitação:

Grupo de Habilitação

1504 - Atenção Especializada em DRC com Hemodiálise

Serviço / Classificação:

130 - Atenção à Doença Renal Crônica - 001 - Tratamento Dialítico-Hemodiálise

SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

[Download](#) | [Wiki](#) | [Fale Conosco](#) | [Sair](#)

Usuário: publico

Procedimento
Compatibilidades
Tabelas
Relatórios

Procedimento

Procedimento: 03.05.01.010-7 - HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)

Grupo: 03 - Procedimentos clínicos
 Sub-Grupo: 05 - Tratamento em nefrologia
 Forma de Organização: 01 - Tratamento dialítico

 Competência: 05/2022 [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial
 Complexidade: Alta Complexidade
 Financiamento: Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
 Sub-Tipo de Financiamento: Nefrologia
 Instrumento de Registro: APAC (Proc. Principal)
 Sexo: Ambos
 Média de Permanência:
 Tempo de Permanência:
 Quantidade Máxima: 14
 Idade Mínima: 12 anos
 Idade Máxima: 130 anos
 Pontos:
 Atributos Complementares: Exige CNS Admite APAC de Continuidade Exige registro na APAC de dados complementares

Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 218,47	Serviço Hospitalar: R\$ 0,00
Total Ambulatorial: R\$ 218,47	Serviço Profissional: R\$ 0,00
	Total Hospitalar: R\$ 0,00

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
-----------	-----	-----	-------	-----------------------	-------------	-------	--------	--------------------	---------	------

Descrição

CONSISTE NA TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO RENAL REALIZADA ATRAVÉS DE CIRCUITO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA, UTILIZANDO-SE MÁQUINAS DE PROPORÇÃO, NAS QUAIS A DEPURAÇÃO DE SOLUTO OCORRE POR DIFUSÃO ENTRE O SANGUE E UMA SOLUÇÃO DE DIÁLISE, ATRAVÉS DE UM DIALISADOR SINTÉTICO.



SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

Download | Wiki | Fale Conosco | Sair

Usuário: publico

Procedimento
Compatibilidades
Tabelas
Relatórios

Procedimento

Procedimento: 03.05.01.010-7 - HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)

Grupo: 03 - Procedimentos clínicos
 Sub-Grupo: 05 - Tratamento em nefrologia
 Forma de Organização: 01 - Tratamento dialítico

Competência: 12/2022 [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial
 Complexidade: Alta Complexidade
 Financiamento: Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
 Sub-Tipo de Financiamento: Nefrologia
 Instrumento de Registro: APAC (Proc. Principal)
 Sexo: Ambos
 Média de Permanência:
 Tempo de Permanência:
 Quantidade Máxima: 14
 Idade Mínima: 12 anos
 Idade Máxima: 130 anos
 Pontos:
 Atributos Complementares: Exige CNS Admite APAC de Continuidade Exige registro na APAC de dados complementares

Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 218,47	Serviço Hospitalar: R\$ 0,00
Total Ambulatorial: R\$ 218,47	Serviço Profissional: R\$ 0,00
	Total Hospitalar: R\$ 0,00

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
-----------	-----	-----	-------	-----------------------	-------------	-------	--------	--------------------	---------	------

Descrição

CONSISTE NA TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO RENAL REALIZADA ATRAVÉS DE CIRCUITO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA, UTILIZANDO-SE MÁQUINAS DE PROPORÇÃO, NAS QUAIS A DEPURAÇÃO DE SOLUTO OCORRE POR DIFUSÃO ENTRE O SANGUE E UMA SOLUÇÃO DE DIÁLISE, ATRAVÉS DE UM DIALISADOR SINTÉTICO.



PRODUÇÃO AMBULATORIAL SUS - ESTADO DE SÃO PAULO - (A PARTIR DE JAN/2008)

1. Aprovada por Mês/ano Competencia segundo Procedimento

Unidade: 354070 Porto Ferreira

Financiamento: 04 Fundo de Ações Estratégicas e Compensações FAEC

ES-até 3244148: 2080931 03 SANTA CASA DE SAO CARLOS

Período: Jan-Set/2022

Procedimento	Jan/2022	Fev/2022	Mar/2022	Abr/2022	Mai/2022	Jun/2022	Jul/2022	Ago/2022	Set/2022	Total
TOTAL	252	234	252	242	241	254	250	264	265	2.254
0301040168 PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIO REALIZADA NA REDE DE SAUDE - COMPLEMENTAÇÃO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
0305010093 HEMODIÁLISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)	3	1	0	0	0	2	5	0	0	11
0305010107 HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	240	222	249	236	239	242	241	264	249	2.182
0418010030 CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE	0	2	3	1	0	0	3	0	1	10
0418010048 IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE	2	2	0	0	0	1	0	0	1	6
0418010064 IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE	0	1	0	1	0	2	0	0	3	7
0418020019 INTERVENÇÃO EM FISTULA ARTERIO-VENOSA	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0418020035 RETIRADA DE CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA	2	1	0	1	2	0	1	0	0	7
0702100013 CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE	2	2	0	0	0	1	0	0	1	6
0702100021 CATETER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE	0	1	0	1	0	2	0	0	3	7
0702100099 DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN	0	1	0	1	0	2	0	0	3	7
0702100102 GUIA METALICO P/ INTRODUÇÃO DE CATETER DUPLO LUMEN	0	1	0	1	0	2	0	0	3	7

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais SIA-SUS

COPIA COMO .CSV

COPIA PARA TABWIN

VOLTAR



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE-DRS III
Av. Espanha, 188 - 4º andar - Fone - Fax (016)3301-1810.

Check-List - Doença Renal Crônica (DRC)

Nome da Instituição: _____	

CNPJ: _____	CNES: _____
DRS III - Araraquara	Município: _____
Gestão: _____	

Tipo de Serviço	SIM
Unidade Especializada em DRC	
Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia	
Unidade Especializada em DRC com TRS-Diálise	X
I - diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC);	
II - diálise peritoneal automática (DPA);	
III - diálise peritoneal intermitente (DPI); e	
IV - Hemodiálise (HD).	

PORTARIA Nº 389, DE 13 DE MARÇO DE 2014	Documentação		
<i>Requisitos</i>	SIM	NÃO	FLS.
Ofício do Prestador, solicitando credenciamento ao Gestor local, contendo nome da Unidade, CNPJ, nº de CNES e o tipo de credenciamento que esta solicitando;			
Ofício do gestor local solicitando credenciamento do serviço de DRC, contendo nome da Unidade, CNPJ, nº de CNES, tipo de gestão e o tipo de credenciamento que esta solicitando endereçado ao Diretor do DRS III;			
Cópia da licença de funcionamento (alvará sanitário);			
Relatório de vistoria realizado pela VISA local com parecer conclusivo, onde conste que a Instituição cumpre com todas as normas da RDC nº 11, de 13 de março de 2014;			
Declaração informando o quantitativo de máquinas existentes funcionando e o quantitativo de máquinas reservas;			
Declaração Informando os turnos de funcionamento da Unidade;			
Declaração Informando a estimativa do número de pacientes que iniciarão tratamento na clínica pelo SUS, por modalidade, segundo o Plano da Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica;			
Declaração que a Unidade conta com Médico Nefrologista que responde pelos procedimentos e intercorrências médicas como Responsável Técnico.			
Declaração que a Unidade conta Enfermeiro, especializado em nefrologia, que responde pelos procedimentos e intercorrências de enfermagem como Responsável Técnico.			
Termo de Compromisso celebrado entre o serviço de diálise, o gestor local e o hospital de retaguarda, estabelecendo as responsabilidades pela garantia de referência aos pacientes que necessitem de internação por intercorrências decorrentes do tratamento dialítico;			

Termo de Compromisso celebrado entre o serviço de diálise e o serviço de diagnóstico para que seja garantida a execução dos exames de raio x e ultrassom (imagem);			
Termo de Compromisso assinado pelo gestor de saúde local e o responsável técnico do estabelecimento de DRC com definição da responsabilidade pela confecção da fístula arterio-venosa ou implante de cateter para diálise peritoneal;			
Declaração do gestor municipal de saúde que comprove a garantia da assistência do paciente com DRC, por meio de regulação de urgência e emergência, no caso de intercorrência durante o tratamento de diálise;			
Declaração que o serviço de diálise possui sala para atendimento de pacientes HbsAg+ (hepatite B). Caso não possua enviar contrato formal com o serviço de saúde de diálise de referência para tratamento ao paciente HbsAg+;			
Termo de Compromisso assinado pelo Responsável Técnico do estabelecimento em DRC garantindo o encaminhamento de todos os pacientes em diálise para avaliação por uma equipe de transplante;			
Declaração da composição da equipe que realizara o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 (pré diálise), sendo: médico nefrologista, enfermeiro, assistente social, nutricionista e psicólogo. Observação: o mesmo profissional poderá compor a equipe da Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise na atenção de média e alta complexidade, desde que em diferentes turnos.			
Declaração informando as unidades básicas de saúde que serão matriciadas pela clínica de diálise, segundo Linha de Cuidado;			
Declaração informando as metas físicas a serem alcançadas, conforme a estimativa de público alvo com DRC estágios 4 e 5 (pré dialítico);			
Inserir no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES no campo ambulatorial subcampo diálise as informações do serviço;			
Declaração informando a equipe responsável pelo cuidado aos pacientes com Diálise Peritoneal;			
Declaração com a relação dos profissionais que comporão a equipe: enviar cópia do diploma, título de especialização e cópia do registro no conselho de classe dos profissionais; bem como as escalas de trabalho;			
Termo de Compromisso da realização periódica dos exames definidos conforme as Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS.			
Declaração do impacto financeiro do serviço a ser credenciado, segundo os valores dos procedimentos necessários à realização da diálise constantes na tabela de procedimentos do SUS;			
Informação sobre estar inserido na Linha de Cuidados da RRAS, com nº da Del. CIB de aprovação do Plano			
Laudo atualizado de Análise da Água, conforme RDC 33 de 03/06/2008			
Parecer do gestor local acerca do credenciamento solicitado;			
Parecer conclusivo do gestor público de saúde estadual (DRS) quanto ao credenciamento/habilitação da Unidade			
Relatório de visita técnica do DRS III Araraquara			
Manifestação da CIR a qual a Unidade será referência (homologação)			

****Observação:**

A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia que ofertar a modalidade de HD, terá a seguinte equipe mínima:

I - 1 (um) médico nefrologista que responda pelos procedimentos e intercorrências médicas como Responsável Técnico;

II - 1 (um) enfermeiro, especializado em nefrologia, que responda pelos procedimentos e intercorrências de enfermagem como Responsável Técnico;

III - 01 médico nefrologista para cada 50 pacientes;

IV - 01 enfermeiro para cada 50 pacientes;

V - assistente social;

VI - psicólogo;

VII - nutricionista;

VIII - técnico de enfermagem;

IX - técnico de enfermagem exclusivo para o reprocessamento dos capilares;

X - funcionário exclusivo para serviços de limpeza; e

XI - técnico responsável pela operação do sistema de tratamento de água para diálise, para os serviços que possui o programa de hemodiálise.

Todos os membros da equipe de saúde responsáveis pelo atendimento durante o procedimento hemodialítico devem permanecer no ambiente de diálise durante toda a sessão.