



SESA ES - SECRETARIA  
DA SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO

# Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica



**Governo do Estado do Espírito Santo**  
**Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo**  
**Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde**  
**Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde**

## **Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica**

**Espírito Santo, 2024.**

**Governador do Estado do Espírito Santo**

José Renato Casagrande

**Secretário de Saúde do Estado do Espírito Santo**

Miguel Paulo Duarte Neto

**Subsecretário de Estado de Atenção à Saúde**

José Tadeu Marino

**Subsecretário Estadual de Regulação do Acesso à Saúde**

Gleikson Barbosa dos Santos

**Gerente de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde**

Daysi Koehler Behning

**Chefe do Núcleo Especial de Atenção Primária à Saúde**

Maria Angélica Callegario Vieira

**Chefe do Núcleo Especial de Atenção Especializada**

Ozinelia Pedroni Batista

**Chefe do Núcleo Especial de Programação de Serviços de Saúde**

Márcia Portugal Siqueira

### **Organizadores (as)**

Alexandre Bittencourt Pedreira  
Alice Pignaton Naseri  
Camila Spagnol  
Joszilene Teodoro de Jesus  
Livia Maria de Araújo Maia Cláudio  
Raiany Boldrini Christe Jalles  
Rodrigo Klein

### **Colaboradores(as)**

Alessandra Baque Berton  
Alexsandro de Moraes Vimercati  
Ana Paula Neves Burian  
Claudio Almeida Tibúrcio  
Gilséia Sossai  
Júlia Zanon  
Manoela Cassa Libardi  
Maria dos Santos Machado  
Priscila Bacchetti Cezar Weber  
Sarah Campo Dall'Orto Martins  
Taisla Soprani  
Raquel Mariano Botelho Farias  
Tarcísio Borges de Souza  
Yann Araujo Guimarães

## LISTA DE SIGLAS

AE- Atenção Especializada  
APS – Atenção Primária em Saúde  
AVC- Acidente Vascular Cerebral  
BCC- Bloqueador do Canal de Cálcio  
BPAI- Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado  
BRA- Bloqueador do Receptor de Angiotensina  
CAEN-TRS - Centro de Atendimento Especializado em Nefrologia com TRS  
CET- Central Estadual de Transplantes do Espírito Santo  
CIAP – Classificação Internacional de Assistência Primária versão 2  
CID 10 – Código Internacional de Doenças versão 10  
CNES- Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde  
CRE- Centro Regional de Especialidades  
CTU – Cadastro Técnico Único  
DM2- Diabetes Mellitus Tipo 2  
DP – Diálise Peritoneal  
DRC – Doença Renal Crônica  
DRCT – Doença Renal Crônica Terminal  
EAS- Exame do Sedimento Urinário  
EQS- Exame Quantitativo de Urina  
e-SUS VS – Sistema de Informação em Vigilância em Saúde  
FAV – Fistula arteriovenosa  
GLP1- Agonista do Receptor Peptídeo 1  
GRAAS – Gerência de Regulação de Assistência à Saúde  
HD – Hemodiálise  
IAM- Infarto Agudo do Miocárdio  
IECA- Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensinogênio  
ISGLT2- Inibidor do Co-transportador Sódio-Glicose 2  
IMC- Índice de Massa Corporal  
LC – Linha de Cuidado  
NEPPS- Núcleo de Estudos de Política Pública  
PA- Pressão Arterial

PCDT - Protocolos Clínicas e Diretrizes Terapêuticas  
PDR – Plano Diretor de Regionalização  
PPI - Programação Pactuada e Integrada  
RFG – Ritmo de filtração glomerular  
RGCT- Registro Geral de Cadastro Técnico  
RT – Regulação Territorial  
SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica  
SNT – Sistema Nacional de Transplantes  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TGF – Taxa de Filtração Glomerular  
TRS – Terapia Renal Substitutiva  
TXR – Transplante Renal  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UTRS- Unidade de Terapia Renal Substitutiva (igual a Centro de Atendimento Especializado em Nefrologia com TRS)  
VISA- Vigilância Sanitária

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Manejo de sintomas em pacientes com DRC e cuidados paliativos	Nº 86
---	-------

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Marcadores de pior prognóstico para perda progressiva da função renal ao longo do tempo na pessoa com DRC	Nº 23
Quadro 02: Distribuição da cobertura da APS no Estado do Espírito Santo, setembro de 2023	Nº 28
Quadro 03: Número de equipes de APS nos municípios capixabas	Nº 32
Quadro 04 - Relação dos Centros de Referência Habilitados ou não para atendimento especializado em DRC com habilitação para TRS em 2022	
Quadro 05: Principais metas para controle da DRC	Nº 37
Quadro 06: Critérios de encaminhamento à atenção especializada	Nº 44
Quadro 07: Centros Estaduais e Contratualizados diretamente com a Rede Estadual de Atenção em Nefrologia	Nº 58
Quadro 08: Perfilização hospitalar em Nefropediatria	Nº 61
Quadro 09: Perfilização hospitalar em Nefrologia adulto	Nº 62
Quadro 10: Procedimentos para inscrição na fila do transplante renal	Nº 66
Quadro 11: Ferramentas validadas para diagnóstico precoce de cuidados paliativos para pacientes DRC	Nº 81
Quadro 12: Estratégias e ações nos Cuidados Paliativos Renais	Nº 84
Quadro 13: Classificação do grau de risco sanitário das atividades econômicas	Nº 87
Quadro 14: Código para os serviços de Diálise e Nefrologia	Nº 89
Quadro 15: Orientações referentes à prática diária no atendimento odontológico à pessoa com DRC	Nº 94
Quadro 16: Projeção de recursos a serem utilizados de acordo com a estratificação da DRC	Nº 100



## LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Níveis de atenção à saúde	Nº 11
Figura 02: Fluxo do diagnóstico de Doença Renal Crônica	Nº 20
Figura 03: Calculadoras da Taxa de Filtração Glomerular	Nº 21
Figura 04: Fatores de Risco para desenvolvimento de DRC	Nº 23
Figura 05: Causas que contribuem para Progressão da DRC	Nº 24
Figura 06: Estadiamento da DRC	Nº 24
Figura 07: Distribuição da população com DRC (acima 20 anos) de acordo com a macrorregião e saúde do PDR, dividida por classificação do grau de gravidade da DRC	Nº 27
Figura 08: Percentual de jovens brasileiros com 30 anos ou menos	Nº 28
Figura 09: Fluxograma - Linha de Cuidado da Pessoa com DRC	Nº 34
Figura 10: Fluxograma - Atenção ao indivíduo portador de DRC	Nº 44
Figura 11: Processo de regulação ambulatorial da APS para AE	Nº 46
Figura 12: Processo de regulação ambulatorial por meio do Sistema MV- SESA/ES	Nº 46
Figura 13: Fluxograma de Regulação Ambulatorial para atendimento na APS, segundo critérios de gravidade.	Nº 48
Figura 14: Modelo de perfilização de retaguarda hospitalar	Nº 76
Figura 15: Fluxograma de Atendimento de Emergência e Urgência em TRS	Nº 79
Figura 16: Fluxograma: Unidade de Saúde Renal com um Serviço de Cuidados Paliativos Renais	Nº 84

## SUMÁRIO

1.Introdução .....	13
2.Documentos utilizados para a elaboração da linha de cuidado .....	17
3. Objetivos .....	19
4.Definição, fatores de risco, diagnóstico e estadiamento.....	20
5.Diagnóstico situacional da assistência à pessoa com doença renal crônica no Espírito Santo e projeção anual de gastos na LC-DRC.....	25
6.Pontos da Rede de Atenção à Saúde (competências, profissionais, dispositivos, plano terapêutico, promoção da saúde e prevenção de doenças) .....	33
6.1- ATENÇÃO PRIMÁRIA Á SAÚDE.....	35
6.2- VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	41
6.3- FLUXO DE ATENDIMENTO E DE REGULAÇÃO DA DRC.....	42
6.4. SUGESTÃO PARA ORGANIZAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL A SER ENCAMINHADO PARA GESTÃO ESTADUAL PARA COMPOSIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DRC .....	48
6.5 – ATENÇÃO ESPECIALIZADA .....	50
6.5.1- ATENÇÃO SECUNDÁRIA.....	50
6.5.2- ATRIBUIÇÃO DE CADA UNIDADE .....	54
6.5.3. PONTOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL.....	57
6.6-DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ADESÃO E HABILITAÇÃO PARA INTEGRAR A LINHA DE CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA(LCP-DRC) .....	58
6.7- ATENÇÃO HOSPITALAR .....	61
6.8- ATENÇÃO DOMICILIAR E CUIDADOS PROLONGADOS .....	69
7-ATENÇÃO EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.....	74
8- CUIDADOS PALIATIVOS .....	80
9- VIGILÂNCIA EM SAÚDE, VIGILÂNCIA SANITÁRIA E MONITORAMENTO.....	87
10- ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	90

<b>11 – SAÚDE BUCAL .....</b>	<b>93</b>
<b>12- FINANCIAMENTO .....</b>	<b>99</b>
<b>11.1- CUSTEIO .....</b>	<b>99</b>
<b>11.2- PROJEÇÃO DE RECURSOS DE ACORDO COM A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA DRC.....</b>	<b>100</b>
<b>13- TELECONSULTA .....</b>	<b>123</b>
<b>14- REFERÊNCIAS.....</b>	<b>124</b>

## PREFÁCIO

**A Linha de Cuidado se** caracteriza por padronizações técnicas que explicitam informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema, em todos os pontos de atenção, desde a baixa até a alta complexidade.

**Viabiliza** a comunicação entre as equipes, serviços e usuários de uma Rede de Atenção à Saúde, com foco na padronização de ações, organizando um continuum assistencial, viabilizando a visualização do plano de cuidado desde o início da trajetória do usuário no SUS, em todos os níveis de complexidade.

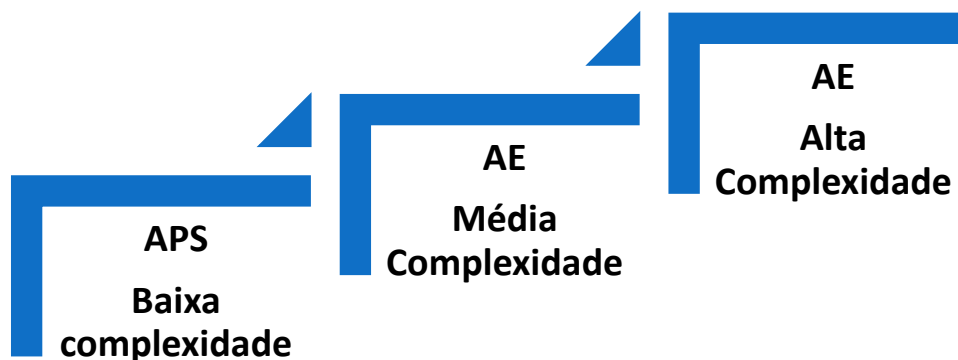


Figura 01 – Níveis de atenção à saúde

A elaboração da Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica no SUS Capixaba vem sendo edificada ao mesmo tempo em que a política para implementação vem sendo pactuada. A construção de um modelo baseado nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, contando com a colaboração dos vários setores da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo estão sendo vitais para uma visualização dos nós críticos e resolução de problemas que interrompem a assistência, com a construção de uma política viva, que pode ser moldada de acordo com o fluxo das Redes.

O objetivo principal é demonstrar, de forma clara e objetiva, o percurso do usuário na Rede Capixaba de Atenção à Pessoa com DRC. Outros documentos em forma de protocolos e manuais estão sendo finalizados para consulta e serão publicados como documentos avulsos e complementares a fim de facilitar a

visualização da Linha de Cuidado, como o trajeto do usuário e explicitar o modo pelo qual ele irá acessar o Sistema de Saúde e por onde será feita a regulação do acesso, passando por todos os níveis de cuidados.

## 1. INTRODUÇÃO

Por definição a pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) é todo indivíduo que, independentemente da causa, apresente por, pelo menos três meses consecutivos, uma taxa de filtração glomerular (TFG)  $<60\text{mL}/\text{min.}/1,73\text{m}^2$  ou uma  $\text{TFG} \geq 60\text{mL}/\text{min.}/1,73\text{m}^2$  associada à pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso (albuminúria, hematúria, alteração morfológica, lesões tubulares) ou alteração em exame de imagem (Brasil, 2014). A DRC possui um curso insidioso, com múltiplas causas e vários fatores de prognóstico, manifestando-se de forma assintomática na maior parte de sua evolução, segundo a história natural da doença, devido aos processos adaptativos desenvolvidos pelos rins. Mas no decorrer do tempo, surgem alterações que afetam tanto a estrutura, quanto a função renal.

A DRC faz parte do grupo das doenças cardiovasculares, pois há uma associação independente entre TFG reduzida, proteinúria e risco aumentado de morte, de eventos cardiovasculares e de internação (Go *et al.*, 2004). Além disso, outro desfecho preocupante da DRC é a perda continuada da função renal, processo patológico conhecido como progressão, podendo levar muitos desses pacientes à doença renal crônica terminal (DRCT) (National Kidney Foundation, 2002). Os pacientes que evoluem para DRCT necessitam de algum tipo de terapia renal substitutiva (TRS) e as modalidades disponíveis são a hemodiálise (HD), a diálise peritoneal (DP) e o transplante renal (TXR) (Brasil, 2014).

Atualmente, aproximadamente 70% dos pacientes que iniciam a diálise acessam o sistema de saúde pela porta da urgência. A Linha de Cuidado foi desenvolvida para reestruturar a Rede Estadual de Assistência em Nefrologia, que até o momento estava pautada apenas na diálise ou na alta complexidade. O objetivo principal é garantir a continuidade e a integralidade da atenção, favorecendo a prevenção, o diagnóstico precoce da DRC, o tratamento de suas complicações e o início de TRS em melhores condições clínicas.

A portaria nº 389 do Ministério da Saúde, de 13 de março de 2014, definiu os critérios para a organização da Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (LCP-DRC) e instituiu incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico, devendo ser utilizado pelas secretarias de saúde dos estados e dos municípios, na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes. O objetivo desta portaria é oferecer orientações às equipes multiprofissionais sobre o cuidado da pessoa sob o risco ou com diagnóstico de DRC, abrangendo a estratificação de risco, estratégias de prevenção, diagnóstico e o seu manejo clínico (Brasil, 2014). Posteriormente, a **Portaria nº 1675 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***

Além deste documento, há o Guia Instrutivo para Organização Local da Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica, publicado em 2014.

A portaria nº 389 orienta que os estabelecimentos de saúde integrantes da linha de cuidado à pessoa com DRC devem ter o foco da atenção nas necessidades de saúde da população, com coordenação pela Atenção Básica, porém contemplando todos os níveis de atenção, com articulação intersetorial, garantindo a ampla participação e o controle social. Nesse sentido, é necessário desenvolver medidas que garantam a difusão das ações e cuidados 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 e a implementação das diretrizes expressas no Programa Nacional de Segurança do Paciente (Brasil, 2014). Esta portaria também traz informações quanto à 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 TRS (Brasil, 2014).

Em fevereiro de 2022 o Ministério da Saúde estabeleceu orientações sobre a Linha de Cuidado a Pessoa adulta com Doença Renal Crônica (DRC), que norteia as redes estaduais a implementarem o processo.

O diagnóstico precoce de DRC é fundamental, seguido pela estratificação do risco da população com DRC de acordo com a classificação do seu estágio clínico, segundo a TFG estimada a partir do exame laboratorial da creatinina sérica. Portanto, deve-se garantir a oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para o tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas (Brasil, 2014).

Para que ocorra a implementação e a efetivação da Linha de Cuidado, é de grande importância a educação permanente dos profissionais da rede de atenção, com foco na Atenção Primária em Saúde (APS) que é um lócus privilegiado para a realização de ações de promoção da saúde, prevenção, rastreamento, diagnóstico, estratificação de risco e cuidado das pessoas com DRC, constando como prioridade desta Secretaria de Saúde.

A DRC se desenvolve de forma progressiva e geralmente assintomática, em decorrência da falta de controle de doenças crônicas como, por exemplo, a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus. Essas doenças estão muito presentes na população brasileira, considerando a transição epidemiológica, marcada pelo aumento da expectativa de vida, envelhecimento populacional e aumento da prevalência das doenças crônicas.

Assim, o número de pessoas portadoras de DRC vem aumentando de forma alarmante no Brasil e no mundo. No Brasil, a constatação de incidência e prevalência elevadas de DRC tem levado muitas autoridades médicas a considerarem-na como um problema de saúde pública. No Brasil, há poucos estudos disponíveis, sobre a prevalência da doença renal crônica. Na cidade de Bambuí em Minas Gerais, *Passos VMA e col.* analisaram a presença de creatinina sérica elevada ( $\geq 1,3\text{mg/dL}$  para homens e  $\geq 1,1\text{mg/dL}$  para mulheres) em 1742 adultos com idade  $> 60$  anos e encontraram a prevalência geral de 5,09%, sendo que a prevalência de creatinina elevada aumentou com a idade ( $x^2 = 26,17$ ,  $p = 0,000$ ) e foi maior em homens idosos (8,19%) do que em mulheres idosas (5,29%,  $x^2 = 5,00$ ,  $p = 0,02$ ) (Passos et al., 2003) (Brasil, 2014).

Em outro estudo, a prevalência de DRC autorreferida é de 1,42%, ou seja, aproximadamente dois milhões de indivíduos da população no país<sup>6</sup>, sendo maior em indivíduos do sexo masculino, podendo chegar até a 3,6% em pacientes acima de 75 anos (Moura et al., 2015).



Segundo dados coletados pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, no seu mais recente inquérito epidemiológico, publicado em 2022, a prevalência de pacientes em hemodiálise vem crescendo continuamente nos últimos 10 anos, com prevalência estimada em 2012 de 97.566 pacientes saltando para 153.831 pacientes em 2022, um aumento de 57% no período. A incidência de tratamento dialítico também tem aumentado, com um número estimado de 43.524 pacientes incidentes em diálise (Senso Brasileiro de Nefrologia, 2022).

A DRC dialítica constitui uma condição de alta morbidade e mortalidade, com taxas de hospitalização (Senso Brasileiro de Nefrologia, 2022). e mortalidade anual variando entre 18 a 20%, respectivamente.

A hospitalização é maior em pacientes com idade acima de 50 anos e homens, apresentando uma mortalidade intra-hospitalar aumentada, podendo chegar a 36%. Esses óbitos relacionam-se a admissão em caráter de urgência e complicações infecciosas, em especial, aquelas relacionadas ao acesso venoso.

O SUS é a fonte pagadora de 80% dos pacientes em TRS, o que gera um grande impacto econômico e gerencial na área de saúde, pois é procedimento de alta complexidade (Senso Brasileiro de Nefrologia, 2022) (Silva, *et al.*, 2021)

## 2. DOCUMENTOS UTILIZADOS PARA A ELABORAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO

- Portaria nº 82, de 03/01/2001, determina os critérios mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados de diálise, bem como mecanismos de monitorização; atribuições gerais, indicação de diálise e monitoramento da evolução clínica dos pacientes; parâmetros operacionais; procedimentos, recursos humanos e equipamentos; qualidade de água; infraestrutura física; normas para cadastramento dos serviços junto ao SUS; avaliação e controle dos serviços de diálise.

- Portaria nº 1168 GM/MS, de 15/06/2004, que institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

- Portaria nº 389, de 13/03/2014, que define os critérios para organização da linha de cuidado da pessoa com DRC e institui incentivo financeiro destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

- Portaria nº 1535, de 23/07/2014, altera os incisos I e II do art. 27 e acrescenta inciso XII ao artigo 15 da Portaria 389/GM/MS, DE 13 DE MARÇO DE 2014.

- Portaria nº 584, de 18/05/2015, altera a tabela de procedimentos do SUS relacionados à HD em pacientes soropositivos para HIV, HCV E HBV.

- RDC nº 802/01/2001 Regulamento técnico que institui as boas práticas de fabricação de concentrado polieletrólítico para hemodiálise (CPHD).

- RDC 154 15/06/2004, atrelada à RDC no 154/2004, que estabelece os indicadores para subsidiar a avaliação dos serviços de diálise.

- RDC nº 33, de 03/06/2008, que aprova o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação dos sistemas de tratamento e distribuição de água para hemodiálise (STDAH) no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

- RDC nº 11, de 13/03/2014, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de diálise e outras providências.

- Nota Técnica da ANVISA GIVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 04/2023, sobre Orientações para vigilância das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e resistência microbiana (RM) em serviços de diálise.

- As Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde de 2014, que estabeleceu as diretrizes para o cuidado às pessoas com doença renal crônica na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (Brasil, 2014).

- A portaria nº 483 de 1º de abril de 2014, que redefiniu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabeleceu diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

- Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde, de que se trata os artigos 102 a 106 da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017.

- Portaria nº 1675, de 07 de junho de 2018 do Ministério da Saúde, que dispõe 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.

- Livro de Atenção Ambulatorial Especializada da autoria de Jorge Solla e Arthur Chioro

- Assistência de Média e Alta Complexidade do SUS, 2007 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS;

- Censo Brasileiro de Diálise (CBD), da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), *Braz. J. Nephrol. (J. Bras. Nefrol.)* 2022.

- Definição da Linha de Cuidado do Paciente com Doença Renal Crônica (DRC) no adulto do Ministério da Saúde de fevereiro de 2022.

### 3. OBJETIVO GERAL

- Objetivo principal: definir as competências por nível de atenção à saúde e macrorregião e oferecer orientações às equipes multiprofissionais sobre o cuidado da pessoa sob o risco ou com diagnóstico de DRC, abrangendo desde o rastreamento e diagnóstico, até o manejo clínico conforme o estágio da DRC.
- Objetivos secundários: Organizar de forma hierarquizada, em um fluxo contínuo as ações na atenção ao paciente com Doença Renal Crônica; Dimensionar a necessidade de assistência especializada ao paciente com DRC no estado do Espírito Santo; Mapear as unidades de saúde que prestam assistência especializada ao paciente com DRC;

#### 4. DEFINIÇÃO, FATORES DE RISCO, DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

A Doença Renal é definida como uma alteração funcional ou estrutural renal, com repercussão para a saúde do indivíduo, que pode ocorrer de forma abrupta, com resolução ou, se persistindo, levar a um quadro crônico (> 90 dias). Quando esta alteração persiste por mais de 3 meses, define-se pelo diagnóstico de Doença Renal Crônica.



Figura 02 - Fluxo do diagnóstico de Doença Renal Crônica.

Doença Renal Crônica refere-se a uma condição heterogênea com causas e evolução diversas, assim como progressão variável. A avaliação funcional é realizada através da análise da taxa de filtração glomerular. Uma TFG menor que 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> por mais de 3 meses, define o diagnóstico de DRC pelo critério funcional. Atualmente, recomenda-se a utilização da estimativa de filtração glomerular através de fórmulas, que utilizam marcadores endógenos, dosados no plasma, sendo utilizados a **CREATININA**, mais sensível, globalmente disponível e mais acessível, e a cistatina C, porém com alto custo e utilizada para casos em particular: pacientes com TFG limítrofe, sem outra evidência de doença renal e pacientes com variações de massa muscular, exemplo: pacientes cirróticos, desnutridos (Silva *et al.*, 2021). A **fórmula** mais utilizada atualmente é a **CKD-EPI**, cuja calculadora pode ser acessada em diversos sites na internet, como o da Sociedade Brasileira de Nefrologia (KDGO 2012, 2013) ou por aplicativos. A fórmula de Cockcroft-Gault, muito utilizada no

passado, não é mais recomendada, pois precisa ser ajustada para superfície corporal e apresenta menor acurácia.

## CKD-EPI Equation

$$\text{GFR} = 141 \times [\min(\text{Scr}/\kappa, 1)^\alpha \times \max(\text{Scr}/\kappa, 1)^{-1.209}] \times \text{Age}^{-0.993} \times 1.018 [\text{if female}] \times [1.157 \text{ if Black}]$$

$\alpha$  is 0.329 for females and 0.411 for males; min indicates minimum of Scr/ $\kappa$  or 1, and max indicates maximum of Scr/ $\kappa$  or 1

Female	$\leq 0.7$	$\rightarrow$	$\text{GFR} = 144 \times (\text{Scr}/0.7)^{-0.329}$	} x Age <sup>-0.993</sup> x 1.157 [if black]
	$> 0.7$	$\rightarrow$	$\text{GFR} = 144 \times (\text{Scr}/0.7)^{-1.209}$	
Male	$\leq 0.9$	$\rightarrow$	$\text{GFR} = 141 \times (\text{Scr}/0.9)^{-0.411}$	
	$> 0.9$	$\rightarrow$	$\text{GFR} = 141 \times (\text{Scr}/0.9)^{-1.209}$	

Levey et al *Ann Int Med* 2009; 150: 604 612

Figura 03 - Calculadoras da Taxa de Filtração Glomerular

Fonte: Sociedade Brasileira de Nefrologia

Considera-se diagnóstico de DRC quando o paciente apresenta TFG < 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> por mais de 3 meses.

Nos pacientes com TFG  $\geq$  60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, o diagnóstico de DRC pode ocorrer, desde que o paciente apresente uma evidência de dano renal parenquimatoso, como os listados abaixo:

- Albuminúria > 30mg/24h ou Relação Albuminúria Creatininúria (RAC) > 30mg/g;
- Hematúria de origem glomerular, definida pela presença de cilindros hemáticos ou dismorfismo eritrocitário (presença de codócitos ou acantócitos) no exame de urina (EAS);
- Alterações em exame de imagem, como rins policísticos, hidronefrose, cicatrizes corticais, alterações da textura cortical ou sinais de doença infiltrativa, que

podem ser identificadas por radiografia simples de abdome, ultrassonografia de rins e vias urinárias ou tomografia computadorizada.

- Alterações eletrolíticas ou ácido-base, devido a desordens tubulares.
- Alterações histológicas detectadas pela biópsia renal (Brasil, 2014);

A DRC é uma doença silenciosa e que na maior parte do tempo de sua evolução é assintomática. Existem muitos fatores que estão associados tanto à etiologia quanto à progressão da DRC. É importante reconhecer os indivíduos que estão sob o risco de desenvolver a DRC, com o objetivo do diagnóstico precoce, bem como quais são os fatores de pior prognóstico, que estão relacionados à perda continuada de função renal.

São considerados pacientes com risco de desenvolver DRC (Silva *et al.*, 2021):

- Portadores de diabetes mellitus do tipo 1 ou do tipo 2;
- Portadores de hipertensão arterial sistêmica;
- Idosos;
- Portadores de obesidade, definida como a presença de índice de massa corporal (IMC)  $\geq 30$  Kg/m<sup>2</sup>;
- Pessoas com histórico de doença do aparelho circulatório como, por exemplo, doença coronariana, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica ou insuficiência cardíaca;
- Pessoas com histórico familiar de DRC;
- Tabagistas;
- Indivíduos que fazem uso crônico de agentes nefrotóxicos como anti-inflamatórios;
- Pacientes com infecções virais crônicas, como Hepatite B, Hepatite C e HIV
- Portadores de doenças reumatológicas e autoimunes;

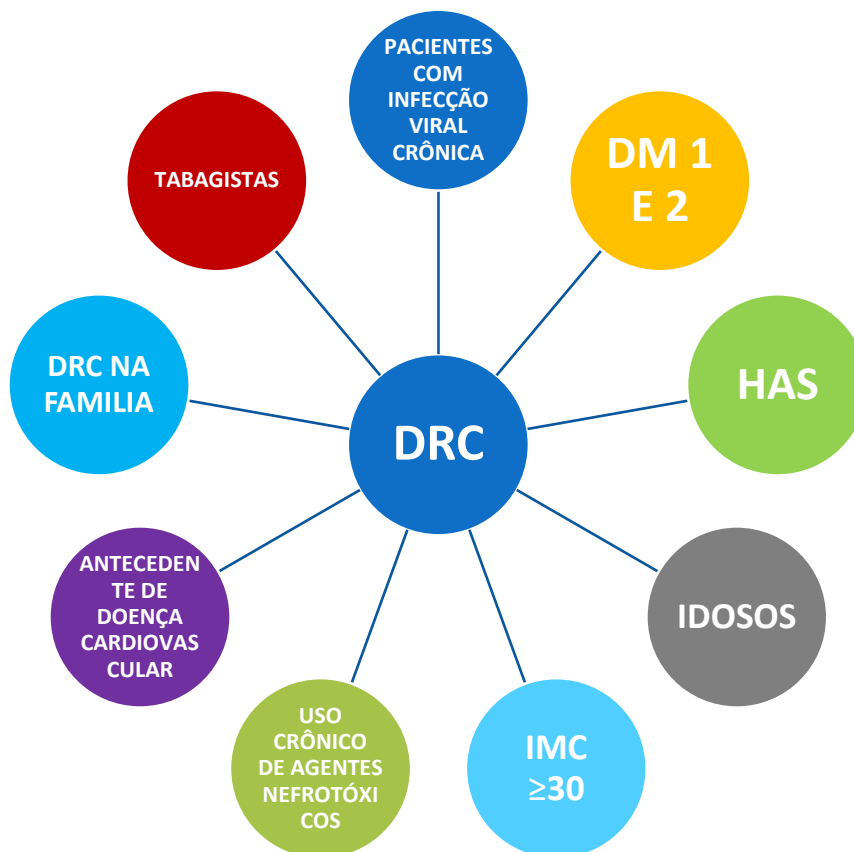


Figura 04 - Fatores de Risco para desenvolvimento de DRC.

<b>Marcadores de pior prognóstico para perda progressiva da função renal ao longo do tempo na pessoa com DRC</b>
Controle inadequado da pressão arterial
Controle inadequado dos níveis glicêmicos
Controle inadequado dos níveis de colesterol
Estágios mais avançados da DRC, nos quais a perda de função renal tende a ser mais rápida
Presença de albuminúria e a sua intensidade, pois quanto maior o nível de albuminúria, mais rápida será a perda de função renal;
Tabagismo
Uso de agentes nefrotóxicos.

Quadro 01: Marcadores de pior prognóstico para perda progressiva da função renal ao longo do tempo na pessoa com DRC



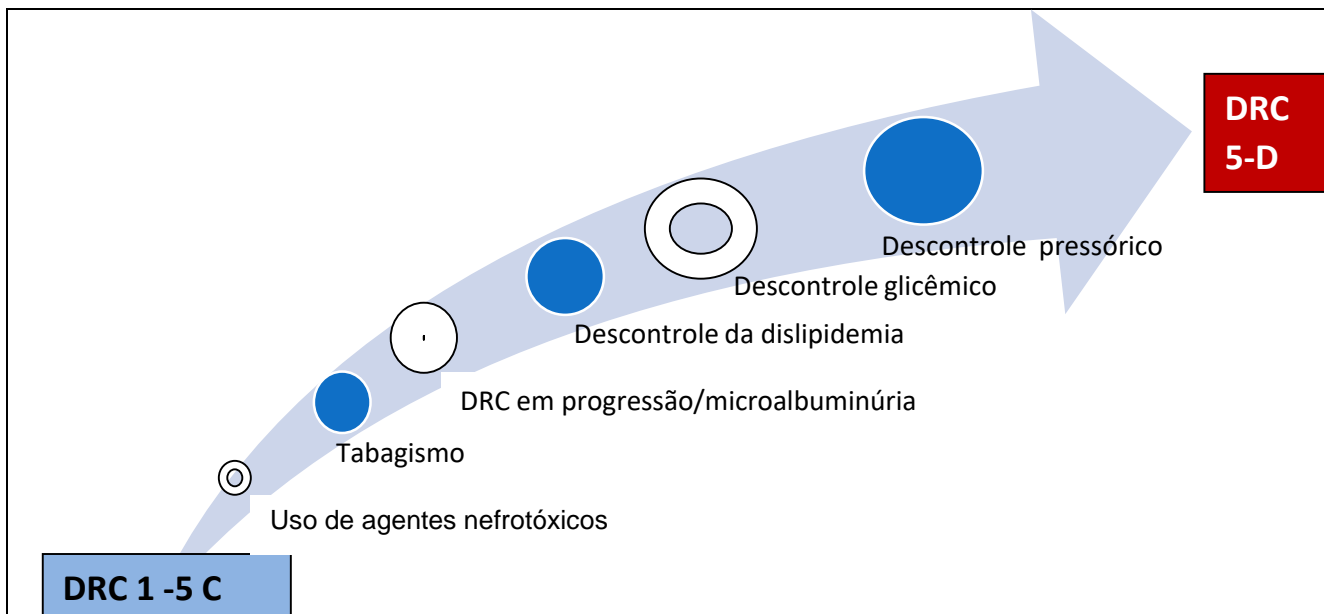


Figura 05 - Causas que contribuem para Progressão da DRC

A Doença Renal Crônica é classificada de acordo com a Taxa de Filtração Glomerular e o grau de albuminúria, de destacando seis faixas pelo primeiro critério e 3 faixas pelo segundo, de acordo com a tabela abaixo. Tendo cada uma delas um valor prognóstico, com uma correlação da evolução clínica e aparecimento das complicações (KDGO 2012, 2013).

				Categorias dos níveis de albuminúria		
				A1	A2	A3
				Normal para ligeiro aumento	Aumento moderado	Aumento grave
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
Categorias de GFR (ml/min/ 1.73m <sup>2</sup> ) Descrição e intervalo	G1	Normal ou alto	≥90		Monitorizar	Referenciar*
	G2	Diminuição ligeira	60-89		Monitorizar	Referenciar*
	G3a	Diminuição moderada	45-59	Monitorizar	Monitorizar	Referenciar
	G3b	Diminuição pouco severa	30-44	Monitorizar	Monitorizar	Referenciar
	G4	Diminuição grave	15-29	Referenciar*	Referenciar*	Referenciar
	G5	Falência renal	<15	Referenciar	Referenciar	Referenciar

Figura 06 - Estadiamento da DRC  
Fonte: KDIGO 2012

A estratificação oferece uma possibilidade de analisar o risco de progressão da DRC e do surgimento de eventos cardiovasculares. O estadiamento auxilia no referenciamento especializado, possibilitando estimar de acordo com a prevalência populacional a demanda por assistência nefrológica especializada.

Os graus 1 e 2 devem ser apenas monitorizados, pois o risco de piora da função renal e sua progressão são baixos. Em caso de relação albumina/creatinina > 300mg/gr, os pacientes devem ser referenciados ao especialista.

O grau 3 é dividido em a e b. O Grau 3a, (RFGe CKD-EPI) entre 60-45ml/min, deve ser referenciado ao especialista apenas se apresentar macroalbuminúria (A3). Já o estágio 3b, o paciente tem maior risco de evoluir com progressão mais rápida da doença, sendo referenciado ao especialista quando já apresenta uma microalbuminúria (A2) (Silva *et al.*, 2021).

Os recursos diagnósticos utilizados para identificar o paciente com DRC são a TFG através de fórmulas de estimativa baseada na creatinina, o exame sumário de urina (EAS) e um exame de imagem. Nos pacientes de alto risco para DRC, como diabéticos, idosos e hipertensos a albuminúria relaciona-se com um maior risco de progressão da DRC, maior risco de doença cardiovascular. Considera-se anormal, valores de albuminúria maior que 30 mg em 24 horas ou uma Relação albumina/creatinina (RAC)> 30mg/gr em amostra isolada de urina. Este exame pode estar alterado em pacientes cujo EAS é considerado normal.

Nos indivíduos sob o risco nos quais a DRC não foi identificada, na primeira avaliação, recomenda-se a reavaliação da RFG, EAS e RAC na UBS anualmente (Brasil, 2014).

## **5. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ASSISTÊNCIA À PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA NO ESPÍRITO SANTO**

O Espírito Santo, situado na região sudeste do país, constitui-se no menor e menos populoso estado da região, com população de 4.108.508 habitantes

(IBGE 2021), distribuída desigualmente em 78 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte. Apenas 09 municípios (11,54%) apresentam população maior que 100 mil habitantes (ES, 2012).

O Estado ocupa uma área de 46.098,1Km<sup>2</sup> e apresenta densidade demográfica de 76 hab./Km<sup>2</sup>. Sua região metropolitana demonstra uma grande concentração da população (190hab./Km<sup>2</sup>).

Segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2020, o Espírito Santo foi dividido em três regiões de saúde: Centro/Norte, Metropolitana e Sul, sendo feita a projeção da população com doença renal crônica por região, com intuito de programar as ações em saúde (Figura 07).

Para o planejamento da avaliação da necessidade do número de vagas de TRS e de consultas especializadas, atualizamos o mapa das Regiões de Saúde com a população acima de 20 anos, em 2022, sob risco de ter DRC, através de um cálculo baseado nos Critérios de Parametrização do Ministério da Saúde de 2017, e com a população do censo do IBGE (Figura 7).

## PLANO DIRETOR REGIONAL - ES

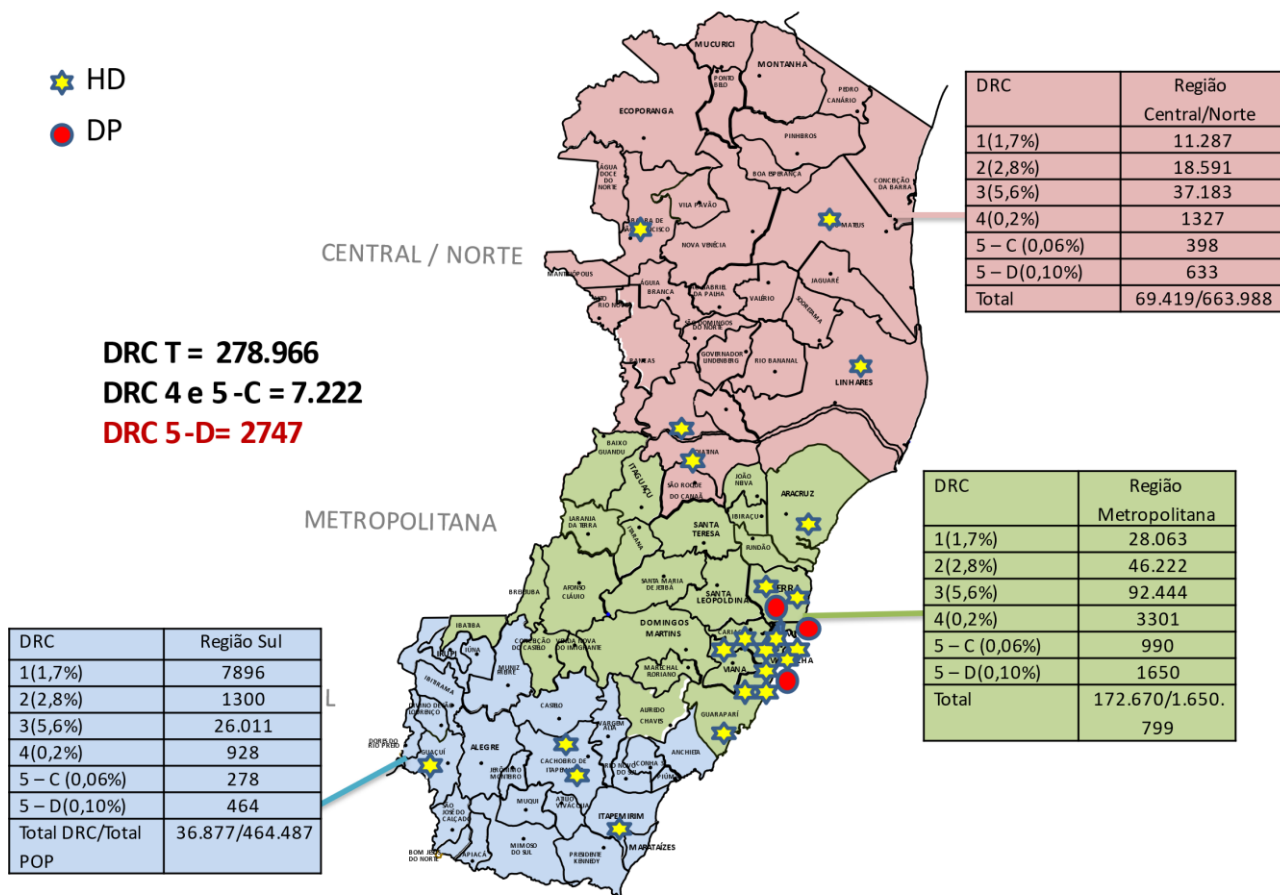
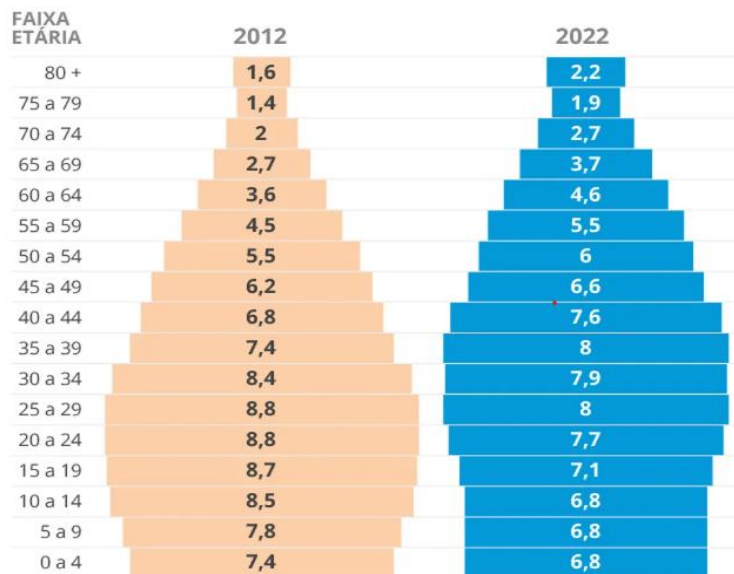


Figura 07 - Distribuição da população com DRC (acima 20 anos) de acordo com a macrorregião e saúde do PDR, dividida por classificação do grau de gravidade da DRC, atualizada em setembro pelo **Censo IBGE 2022 utilizando parametrização do Ministério da Saúde 2017**, para planejamento estratégico das necessidades de vagas de TRS. DRC T: Doença Renal Crônica no total de pacientes, DRC 4: Doença Renal Crônica grau 4, DRC 5-C: Doença Renal Crônica grau 5 em tratamento conservador, DRC 5-D: Doença Renal Crônica grau 5 em diálise, HD: Hemodiálise, DP: Diálise Peritoneal.

É importante salientar a tendência de envelhecimento progressivo da população, fenômeno que se dá, principalmente, em virtude da redução da taxa de natalidade e do aumento da expectativa de vida, favorecendo a ocorrência de doenças crônicas, em especial a DRC. Há um estreitamento da base e ampliação das faixas superiores da pirâmide de 2010 em relação à do ano de 1991 (Figura 08). O índice de envelhecimento em 2010, considerando a população acima de 60 anos foi de 44,9 idosos para cada 100 jovens com menos de 15 anos. Em 2019, esta relação passa para 66,5 idosos para cada 100 jovens.

Valores elevados desse índice indicam que a transição demográfica se encontra em estágio avançado.



Fonte: IBGE

Percentual de jovens brasileiros com 30 anos ou menos cai a menos da metade em uma década — Foto: Editoria de arte

Figura 08 - Percentual de jovens brasileiros com 30 anos ou menos  
Fonte: IBGE

Tal fato, reforça a necessidade de ampliar a rede de atenção ao renal crônico. A cobertura pela Atenção Primária de Saúde (APS), em **11/2022** o ES contava com **988** Equipes de Saúde da Família (**eSF**) e **167** Equipes de Atenção Primária (**eAP**) homologadas pelo Ministério da Saúde.

A **população coberta** pelas Equipes de Saúde da Família (**eSF**) era de **2.934.448** e a **população coberta** por Equipes da Atenção Primária (**eAP**) era de **298.636** pessoas. O **total de cadastros** (limitado pela população IBGE) era de **3.144.286** pessoas (Brasil, 2022).

Quadro 02: Distribuição da cobertura da APS no Estado do Espírito Santo, setembro de 2023

Região de Saúde	Cobertura APS
Central Norte	93.5%
Metropolitana	70.9%
Sul	96.07%
<b>Cobertura ES</b>	<b>80,55%</b>
Fonte: SISAB, competência julho/2023.	

Quadro 03: Número de equipes de APS nos municípios capixabas

Nº DE EQUIPES DE APS NOS MUNICÍPIOS CAPIXABAS, SETEMBRO/2023			
	Coluna 1	Coluna 2	Coluna 3
MUNICÍPIO	ESF	EAP	TOTAL EQUIPES DE APS
AFONSO CLÁUDIO	10	2	12
ALEGRE	10	0	10
ALFREDO CHAVES	5	0	5
ALTO RIO NOVO	4	0	4
ANCHIETA	13	0	13
APIACÁ	3	0	3
ARACRUZ	29	0	29
ATILIO VIVACQUA	6	0	6
BAIXO GUANDU	12	0	12
BARRA DE SÃO FRANCISCO	13	1	14
BOA ESPERANÇA	6	0	6
BOM JESUS DO NORTE	4	0	4
BREJETUBA	6	0	6
CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	54	0	54
CARIACICA	61	28	89
CASTELO	13	0	13
COLATINA	36	0	36
CONCEIÇÃO DA BARRA	9	0	9
CONCEIÇÃO DO CASTELO	4	0	4
DIVINO DE SÃO LOURENÇO	2	0	2
DOMINGOS MARTINS	10	0	10
DORES DO RIO PRETO	3	0	3
ECOPORANGA	9	0	9
FUNDÃO	6	0	6
GOVERNADOR LINDENBERG	5	0	5
GUARAPARI	21	2	23
GUAÇUÍ	10	0	10
IBATIBA	6	0	6
IBIRAÇU	4	0	4
IBITIRAMA	4	0	4
ICONHA	6	0	6
IRUPI	4	1	5
ITAGUAÇU	6	0	6
ITAPEMIRIM	12	0	12
ITARANA	5	0	5
IÚNA	10	0	10
JAGUARÉ	8	1	9
JERÔNIMO MONTEIRO	4	0	4

JOÃO NEIVA	6	0	6
LARANJA DA TERRA	4	0	4
LINHARES	44	0	44
MANTENÓPOLIS	5	0	5
MARATAÍZES	12	4	16
MARECHAL FLORIANO	7	0	7
MARILÂNDIA	6	0	6
MIMOSO DO SUL	13	0	13
MONTANHA	8	2	10
MUCURICI	3	0	3
MUNIZ FREIRE	9	0	9
MUQUI	5	0	5
NOVA VENÉCIA	13	0	13
PANCAS	9	0	9
PEDRO CANÁRIO	7	0	7
PINHEIROS	7	0	7
PIÚMA	8	2	10
PONTO BELO	3	0	3
PRESIDENTE KENNEDY	6	0	6
RIO BANANAL	7	0	7
RIO NOVO DO SUL	6	0	6
SANTA LEOPOLDINA	5	0	5
SANTA MARIA DE JETIBÁ	17	0	17
SANTA TERESA	9	0	9
SERRA	65	53	118
SOORETAMA	7	0	7
SÃO DOMINGOS DO NORTE	3	0	3
SÃO GABRIEL DA PALHA	10	1	11
SÃO JOSÉ DO CALÇADO	4	0	4
SÃO MATEUS	30	1	31
SÃO ROQUE DO CANAÃ	4	1	5
VARGEM ALTA	8	0	8
VENDA NOVA DO IMIGRANTE	10	0	10
VIANA	28	0	28
VILA PAVÃO	2	2	4
VILA VALÉRIO	5	0	5
VILA VELHA	62	39	101
VITÓRIA	83	18	101
ÁGUA DOCE DO NORTE	6	0	6
ÁGUIA BRANCA	5	0	5
TOTAL	984	158	1142

Fonte: Sistema de Informações da Atenção Básica – SISAB. Competência setembro/2023.

Portanto, a cobertura territorial de mais de 90% da população capixaba está assegurada pela APS, sendo uma das metas da implementação da Linha de Cuidado, iniciar os trabalhos de diagnóstico da DRC na Rede de Atenção e a capacitação dos profissionais deste nível de atenção, para programar os projetos de melhorias na assistência e garantir acesso ao atendimento e disseminação da prevenção, promoção, diagnóstico e terapia às pessoas com DRC.

Os serviços da AE se concentram, principalmente, na Região Metropolitana de Saúde, a mais populosa (Quadro 04). Pode-se visualizar pelos Centros Estaduais de Atenção Ambulatorial em Nefrologia, onde a oferta de vagas é maior, assim como a demanda. Ainda assim, o número de vagas ofertadas é insuficiente para a população que necessita de atendimento especializado, e algumas medidas foram iniciadas para estimular a habilitação dos Centros de Atenção em Nefrologia se habilitarem no código 15.06 para prestação de serviços aos usuários com DRC graus 3, 4 e 5 e também para realização de matriciamento da APS.

Nos últimos anos, houve uma expansão da oferta de Serviços de TRS na região Norte, onde havia um grande vazio assistencial.

A distribuição dos Serviços de TRS do ES apresenta maior concentração na Região Metropolitana de Saúde, conforme podemos observar na tabela abaixo.



Quadro 04 - Relação dos Centros de Referência Habilitados ou não para atendimento especializado em DRC com habilitação para TRS em 2022

SERVIÇO HD PRESTADOR	HABILITAÇÕES	CIDADE	VAGAS CONTRATO	NÚMERO PACIENTES	VAGAS OCUPADAS	VAGAS DISPONÍVEIS
<b>REGIÃO METROPOLITANA</b>						
INEB	NÃO	VITÓRIA	180/0	92	92	88
Da Vita –Vitória	1504	VITÓRIA	120/0	115	115	5
BAXTER RCS VITÓRIA	1504/1505	VITÓRIA	20/120	15	15/?	5
HSRC-AFECC	1504/1505	VITÓRIA	71/0	71	71	0
HUCAM	1504/1505	VITÓRIA	50/60	50/56	50/56	0/4
DaVita- Serra	1504/1505	SERRA	178/35	165/35	165/?	13/
BAXTER RCS SERRA	1504/1505	SERRA	158	156	156	2
CEDRES	NÃO	VILA VELHA	57	80	80	23
CLINIRIM ****	1504/1506	VILA VELHA	157	157	157	0
HEVV****	1504/1505/1506	VILA VELHA	137/60	137/35?	137	0
MEDRIM	1504/1505	CARIACICA	246	216	216	30
BAXTER RCS CARIACICA	1504/1505	CARIACICA	70	69	69	1
IR-GUARAPARI	1504/1505	GUARAPARI	130	130	130	0
CENTRO HD ARACRUZ	AINDA NÃO	ARACRUZ	89	89	89	0
			1663	1542	1542	121
<b>REGIÃO CENTRAL/NORTE</b>						
UTRS-SÃO MATEUS	1504/1505	SÃO MATEUS	228	223	223	5
Casa de Saúde Santa Maria	1504/1505	COLATINA	160	132	132	28
Clínica Nefrológica de Colatina	1504/1505	COLATINA	270	233	233	37
DaVita – LINHARES	1504/1505	LINHARES	188	162	162	26
<b>REGIÃO SUL</b>						
Santa Casa de Guaçuí****	1504/1506	GUAÇUI	102	90	90	12
Santa Casa de Cachoeiro	1504/1505	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	146	146	146	0
HECI	1504/1505	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	72	72	72	0
CHMJ – Clínica de Hemodiálise do Hospital Menino Jesus	AINDA NÃO	ITAPEMIRIM	22	4	4	18
ESPÍRITO SANTO - ES		<b>TOTAL</b>	<b>2851/275</b>	<b>2604/?</b>	<b>2604/?</b>	<b>247</b>

Fonte: GEREH

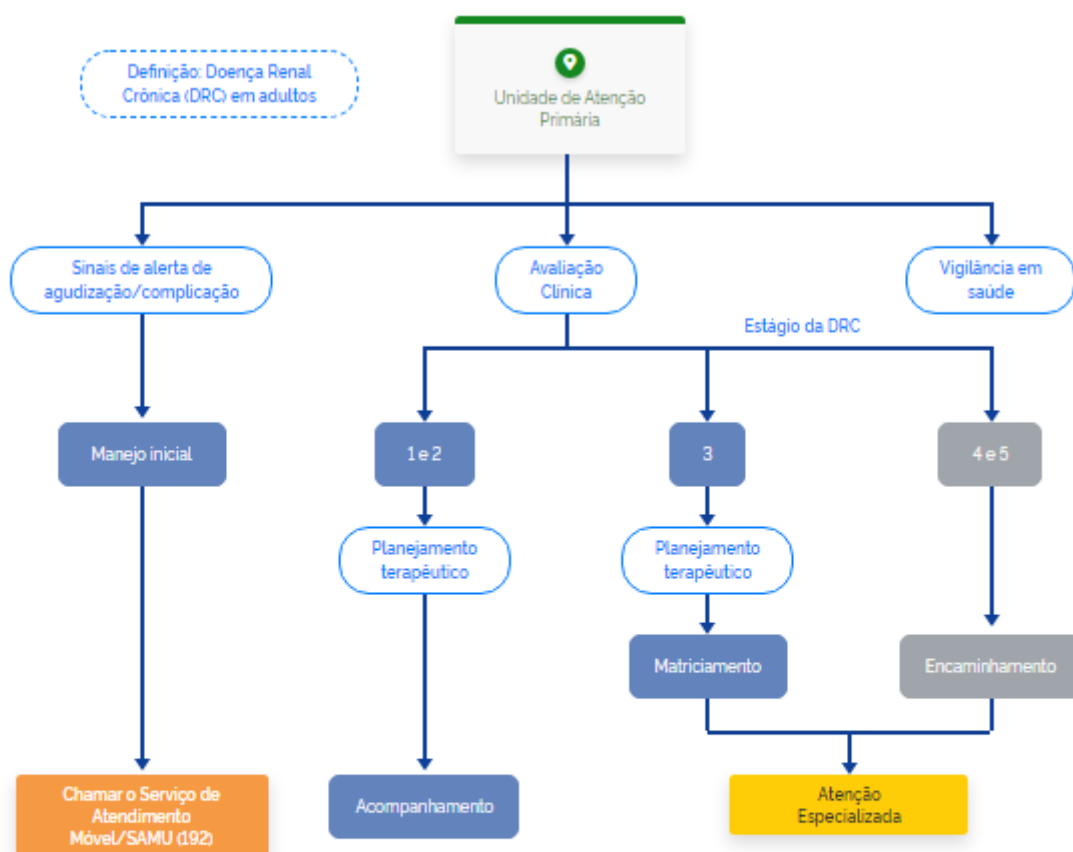
## **6. PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (COMPETÊNCIAS, PROFISSIONAIS, DISPOSITIVOS, PLANO TERAPÊUTICO, PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS)**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

Caberá a Unidade Básica de Saúde:

- Realizar ações recomendadas pela Política Nacional de Promoção à Saúde, na prevenção dos fatores de risco relativos à DRC;
- Realizar diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DRC, nos seus estágios iniciais, 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;
- Realizar estratificação de risco e encaminhamento à atenção especializada, quando necessário, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas da AR para o cuidado à pessoa com DRC;
- Coordenar, 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, integrando rede básica com atenção especializada.

- 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;
- Registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) as ações de controle da DRC no território;
- Realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC;
- Atualizar o calendário vacinal das pessoas com DRC, conforme Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (PNI/MS), vide ANEXO II.



Legenda:

Azul: O paciente recebe atendimento neste ponto de atenção

Cinza: O paciente deve ser direcionado a outro ponto de atenção

Estágios da Doença Renal Crônica: [Consulte](#)

Manejo inicial: O paciente realiza a avaliação inicial, e é encaminhado para outro ponto de atenção de acordo com a gravidade do caso.

Planejamento terapêutico: Medidas terapêuticas realizadas neste ponto assistencial.

Matriciamento: O planejamento terapêutico é realizado na Atenção Primária à Saúde com matriciamento na Atenção Especializada.

Encaminhamento: Quando o paciente deve ser encaminhado para outro ponto assistencial.

Figura 09 – Fluxograma: Linha de Cuidado da Pessoa com DRC

Fonte: Brasil - Ministério da Saúde, 2022

## **6.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

### **6.1.1. SINAIS DE ALERTA E AGUDIZAÇÃO**

Avaliar a repercussão do quadro no paciente. Realize contato com a Regulação Médica /Serviço de atendimento móvel/SAMU, para discutir a situação clínica e orientações do encaminhamento para unidade de emergência de referência, de acordo com a Rede de Atenção à Saúde local.

### **6.1.2. ENCAMINHAMENTO EMERGENCIAL**

Para o encaminhamento emergencial avaliar os critérios de agudização e os locais de referência de acordo com o perfil de referência hospitalar da região, seguir as recomendações do Protocolo de Emergências e Urgências em TRS.

## **CUIDADOS INTENSIVOS NEFROLÓGICOS, INCLUINDO URGÊNCIA DIALÍTICA**

- **Sinais e sintomas de injúria renal aguda** (IRA - perda de função renal dentro de horas a dias - redução da taxa de filtração glomerular (TFG) e/ou do débito urinário, segundo a classificação do KDIGO 2012).
- **Sintomas de uremia**
  - Gastrointestinais: Anorexia, náuseas, vômitos, distensão abdominal, sangramento digestivo
  - Cardiovasculares: Arritmia supraventricular, pericardite, hipervolemia, edema pulmonar ou cerebral, tamponamento pericárdico, hipertensão arterial sistêmica. Se crise hipertensiva.
  - Urogenitais: Anúria, oligúria, hematúria macroscópica e dor lombar intensa.
  - Neurológicos: Letargia, confusão mental, convulsão, coma, agitação, tremor.
- **Sinais e sintomas de infecção** em pacientes em terapia renal substitutiva (TRS)
- **Peritonite refratária ao tratamento na Unidade de Atenção Especializada**

## **URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PATOLOGIAS VENOSAS e/ou ARTERIAIS**

- Sangramento na fístula arteriovenosa

- **URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS ENDOVASCULARES,**

- Falência de acesso
- Trombose aguda de fístula arteriovenosa

### 6.1.3. MANEJO INICIAL

- Acomodar o paciente em local calmo e tranquilo.
- Avaliar sinais vitais.
- Solicitar os exames básicos: ureia, creatinina, potássio, gasometria venosa, hemograma.
- Em caso de suspeita de infecção de corrente sanguínea em paciente dialítico, avaliar:
  - Se for paciente hemodialítico: se há ou não presença de cateter duplo lúmen de curta ou longa permanência. Em havendo, proceder com coleta de hemoculturas e início imediato de antibiótico de amplo espectro para cobertura de infecção por bactérias gram positivas e gram negativas (escolha: Vancomicina + Gentamicina endovenoso)
  - Se for paciente de diálise peritoneal, avaliar aspecto do cateter de Tenckhoff e aspecto do líquido de drenagem. Se houver critérios de infecção, coletar citologia do líquido e cultura e iniciar antibiótico de amplo espectro para cobertura de infecção por bactérias gram positivas e gram negativas (escolha: Vancomicina + Gentamicina, preferencialmente intra peritoneal) imediatamente.
- Questionar sobre potenciais fatores desencadeantes de injúria renal aguda (perdas volêmicas efetivas), causas de hipoperfusão tecidual renal (arritmias agudas, insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, doença arterial coronariana), sintomas urinários, principalmente, que possam causar sintomas de obstrução do trato urinário, uso recente ou atual de medicações nefrotóxicas (anti-inflamatórios, antibióticos, analgésicos, herbicidas, por exemplo), má adesão ao tratamento de doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial.
- Se sangramento na fístula arteriovenosa: Realizar compressão local, com colocação de pequena compressa de gazes (formando um pequeno rolo compacto) em cima do ponto de sangramento e compressão pontual do local, por período maior que 20 min, seguida de curativo compressivo, para

cessar o sangramento. Encaminhar para local com atendimento especializado em Cirurgia Vascul ar imediatamente.

- Em caso de falência de acesso ou trombose aguda de fístula arteriovenosa encaminhar para local com atendimento especializado em Cirurgia Vascul ar/hemodinâmica imediatamente.

#### 6.1.4. TRATAMENTO AMBULATORIAL DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

O princípio básico para tratamento da DRC é tratar a causa de base e corrigir os fatores de risco para a progressão (ex.: albuminúria) e outras comorbidades que contribuem para a progressão da doença. Segue abaixo uma tabela com as principais metas para controle da DRC.

Quadro 05 - Principais metas para controle da DRC

Medidas no Cuidado da Pessoa com DRC	Meta
<b>Dieta</b>	Restrição de sódio em menos 2 gr por dia (< 90mmol de sódio ou < 5 g de cloreto de sódio por dia)
<b>Dieta</b>	<p>Adotar dietas saudáveis e diversificadas com um maior consumo de alimentos de origem vegetal em comparação com alimentos de origem animal e um menor consumo de alimentos ultraprocessados.</p> <p>Sugerimos manter uma ingestão proteica de 0,8 g/kg/dia em adultos com DRC G3–G5 (2C). Não restrinja a ingestão de proteínas em adultos com sarcopenia, caquexia, ou condições que resultem em desnutrição. Evite ingestão elevada de proteínas (&gt;1,3 g/kg/dia) em adultos com DRC em risco de progressão.</p> <p>DASH não é apropriada para pessoas com <b>DRC avançada</b>, devido ao risco de hipercalcemia.</p> <p>Para fornecer informações para pessoas com DRC sobre adaptações dietéticas em relação ao sódio, ingestão de fósforo, potássio e proteínas, adaptada às suas necessidades individuais, e gravidade da DRC e outras condições comórbidas, seria importante a consulta com nutricionista especializado em DRC, quando disponível.</p>

	Redução dos níveis de ingestão proteica quando TFG estiver abaixo 60mL/min.
<b>Atividade física</b>	Cerca de 150 min por semana. Após avaliação cardiológica.
<b>IMC</b>	IMC <25,0
<b>Tabaco</b>	Evitar/cessar tabagismo.
<b>Controle pressórico</b>	<p>Pressão arterial sistólica &lt;120mmHg, quando tolerada, pois reduziu as complicações cardiovasculares (IAM, AVC, IC ou morte 2ª doenças cardiovasculares). PAD ≥70mmHg.</p> <p>Monitoramento da PA domiciliar (2 medidas de manhã e 2 medidas à noite, na 1ª semana de cada mês) é sugerido para ajuste de droga anti-hipertensiva.</p>
<b>Inibidores Sistema Renina Angiotensina aldosterona (iECA) ou bloqueadores dos receptores de angiotensina II (BRA )</b>	<p>Iniciar sempre em pessoas com pressão arterial elevada, DRC e aumento importante da albuminúria (G1-4, A2 ou A3) sem diabetes (<i>nível 1 B de evidência</i>) e com aumento moderado a importante da albuminúria(G1-G4, A2 e A3) em pessoas com diabetes.</p> <p>Não é recomendada a associação de IECA com BRA e/ou inibidor direto da renina.</p> <p>Deve ser administrado usando a maior dose aprovada que é tolerada para alcançar os benefícios descritos porque benefícios foram alcançados em ensaios usando essas doses.</p> <p>Alterações na PA, creatinina sérica e potássio sérico devem ser verificados dentro de 2 a 4 semanas após o início ou aumento na dose de um IECA ou BRA, dependendo do TFG atual e potássio sérico.</p> <p>Continuar a terapia com IECA ou BRA, a menos que a creatinina sérica aumente mais de 30% dentro de 4 semanas após o início do tratamento ou um aumento na dose.</p> <p>Continuar IECA ou BRA em pessoas com DRC mesmo quando a TFG cai abaixo de 30 ml/min por 1,73 m<sup>2</sup>, se não houver efeitos colaterais.</p>
<b>Início de tratamento pressórico</b>	Combinação de diurético tiazídico e/ou IECA ou BRA e/ou BCC
<b>Inibidores de SGLT2</b>	<p>Recomendamos tratar pacientes com diabetes tipo 2 (DT2), DRC e TFG ≥20 ml/min por 1,73 m<sup>2</sup> com um SGLT2i (1A).</p> <p>Uma vez iniciado um SGLT2i, é razoável continuar um SGLT2i mesmo que a TFG caia abaixo de 20 ml/min por 1,73 m<sup>2</sup>, a menos que não seja tolerado ou diálise seja iniciada.</p>



	<p>É razoável suspender o SGLT2i durante períodos de jejum prolongado, cirurgia ou doença médica crítica (quando as pessoas podem estar em maior risco de cetose).</p> <p>Recomendamos o tratamento de adultos com DRC e insuficiência cardíaca ou TFG <math>\geq 20</math> ml/min por 1,73 m<sup>2</sup> com relação albumina/creatinina (ACR) na urina <math>\geq 200</math> mg/g com um SGLT2i (1A)</p> <p>Sugerimos tratar adultos com TFG <math>\geq 20</math> a 45 ml/min por 1,73 m<sup>2</sup> com ACR de urina <math>&lt; 200</math> mg/g com um SGLT2i (2B).</p>
<b>Agonista do receptor peptídeo-1 semelhante ao glucagon (GLP-1)</b>	<p>Em adultos com DM2 e DRC que não alcançaram alvos glicêmicos individualizados apesar do uso de tratamento com metformina e inibidor de SGLT2, ou que não podem usar esses medicamentos, recomendamos um AR GLP-1 de ação prolongada (1B)</p> <p>A escolha do AR GLP-1 deve priorizar agentes com benefícios cardiovasculares.</p>
<b>Acidose metabólica</b>	<p>Em pessoas com DRC, considerar o uso de medidas dietéticas e/ou farmacológicas tratamento para prevenir acidose grave (por exemplo, bicarbonato <math>&lt; 16</math> mmol/l).</p> <p>Monitorar pessoas com DRC para garantir a correção do bicarbonato sérico para concentrações que não excedam o limite superior do normal e não afetem adversamente o controle da PA, o potássio sérico ou o estado dos fluidos.</p>
<b>Anemia</b>	<p>Hb alvo 10,0-12,0</p> <p>Pesquisar inicialmente deficiência de Ferro</p> <p>Seguir PCDT de tratamento de anemia na DRC do MS: PORTARIA Nº 365, DE 15 DE FEVEREIRO DE 2017. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Anemia na Doença Renal Crônica, que está sendo revisado e cujo relatório preliminar se encontra no link: <a href="https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2023/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-da-anemia-na-doenca-renal-cronica">https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2023/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-da-anemia-na-doenca-renal-cronica</a></p>
<b>Distúrbio Mineral Ósseo</b>	<p>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Distúrbio Mineral Ósseo na Doença Renal Crônica, 2022</p>



	<p><a href="https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/20220325_relatorio_pcd_t_dmo_cp_10.pdf">https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/20220325_relatorio_pcd_t_dmo_cp_10.pdf</a></p>
<p><b>Hiperuricemia</b></p>	<p>Recomendamos pessoas com DRC com sintomas de hiperuricemia deve receber intervenção para redução do ácido úrico (1C).</p> <p>Considere iniciar terapia de redução de ácido úrico para pessoas com DRC após o primeiro episódio de gota (particularmente quando não há precipitante evitável ou a concentração sérica de ácido úrico é &gt;9 mg/dl).</p> <p>Os inibidores da xantina oxidase são preferidos aos agentes uricosúricos em pessoas com DRC e hiperuricemia sintomática.</p> <p>Para tratamento sintomático da gota aguda na DRC, doses baixas colchicina (muito cuidado, pois dose não corrigida pode causar eventos adversos graves) ou glicocorticóides intra-articulares/orais são preferíveis aos antiinflamatórios não esteróides (AINEs).</p> <p>Intervenções não farmacológicas que podem ajudar a prevenir a gota incluem limitar a ingestão de álcool, carnes e xarope de milho rico em frutose.</p> <p>Sugerimos não usar agentes para reduzir o ácido úrico sérico em pessoas com DRC e hiperuricemia assintomática para retardar a progressão da DRC (2D).</p>
<p><b>Doença Cardiovascular e intervenções para mudar o risco</b></p>	<p>Em adultos com idade <math>\geq 50</math> anos com TFGe <math>&lt; 60</math> ml/min por <math>1,73</math> m<sup>2</sup> mas não tratado com diálise crônica ou transplante renal (categorias TFG G3a-G5), recomenda-se tratamento com estatina ou combinação estatina/ezetimiba (1A).</p> <p>Em adultos com idade <math>\geq 50</math> anos com DRC e TFGe <math>\geq 60</math> ml/min por <math>1,73</math> m<sup>2</sup> (categorias TFG G1-G2), recomendamos tratamento com estatina (1B).</p> <p>Em adultos de 18 a 49 anos com DRC, mas não tratados com diálise crônica ou transplante renal, sugerimos tratamento com estatinas em pessoas com um ou mais dos seguintes (2A):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• doença coronariana conhecida (infarto do miocárdio ou revascularização coronariana)</li> <li>• diabetes mellitus</li> <li>• acidente vascular cerebral isquêmico prévio</li> <li>• incidência estimada em 10 anos de morte coronariana ou infarto do miocárdio não fatal <math>&gt; 10\%</math></li> </ul>

<b>Terapia Antiplaquetária</b>	Recomendamos aspirina oral em baixas doses para prevenção de eventos recorrentes de doença cardiovascular isquêmica (ou seja, prevenção secundária) em pessoas com DRC e doença cardiovascular isquêmica estabelecida (1C). Considerar outro agente se intolerância ou alergia a aspirina.
	Sugere-se que seja realizado teste de estresse para confirmação de doença isquêmica coronariana e uma abordagem conservadora inicial usando terapia médica intensiva como alternativa apropriada ante de uma estratégia invasiva inicial (2D).

Fonte: KDIGO, 2023

## 6.2. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel central no reconhecimento dos indivíduos sob risco de desenvolver a doença renal crônica (DRC).

O objetivo é realizar o diagnóstico precoce, identificação precoce da disfunção renal e os fatores de pior prognóstico (progressão para perda de função renal) para tratamento e encaminhamento à Atenção Especializada se aplicável.

No âmbito da LC-DRC, propõem-se indicadores para o monitoramento das ações da rede, focadas em avaliar as condições de saúde da população adstrita a fim de planejar ações de prevenção dos agravos e promoção da saúde, quanto dos procedimentos relativos ao tratamento da DRC objetivando a qualificação do cuidado (Portaria nº 389/GM/MS, de 13 de março de 2014). Vide ANEXO I.

### Estratégia de prevenção e rastreamento

**Prevenção:** Tratamento e controle dos fatores de risco com foco em Hipertensão e Diabetes mellitus.

**Principais orientações:** Controle da pressão arterial, manejo do diabetes e dislipidemias, cessação do tabagismo, promoção de hábitos alimentares adequados e saudáveis, prática de atividade física regular

**Rastreamento:** O **rastreamento** com exames complementares em pacientes com fatores de risco vai depender das condições de risco individuais.

Pacientes com **DM e HAS:** Recomenda-se realizar **anualmente** exame de creatinina sérica para cálculo do ritmo de filtração glomerular (TFG).

Para avaliação da albuminúria, recomenda-se:

- Para pacientes com **DM:** Relação Albuminúria/Creatinúria (RAC) ou relação proteinúria/creatininúria (RPC) anualmente
- Para pacientes com **HAS:** Exame sumário de urina (EAS) anualmente

**Atenção:** Orientar que o uso crônico de qualquer medicamento deve ser realizado somente com prescrição médica. Atenção especial a medicamentos nefrotóxicos, especialmente anti-inflamatórios não esteróides (AINE).

A avaliação e acompanhamento clínico da DRC devem ser realizados por equipe multidisciplinar, se necessário de forma integrada entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Especializada.

## **AValiação Clínica**

- Fatores de risco para DRC
- Anamnese e exame clínico;
- Identificação precoce da disfunção renal e de doenças associadas
- Diagnóstico
- Estágios da doença renal crônica com detecção e correção de causas reversíveis da doença renal
- Estratificação do risco
- Acompanhamento em conjunto com especialista para prevenção das complicações crônicas da doença e comorbidades em comum

### **6.3. FLUXOS DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM DRC**

Para uma melhor definição do fluxo que o paciente com DRC deve seguir na Rede é necessária a definição do Grau de DRC, segunda KDIGO (figura 6), a fim de que por meio de sua classificação, seja possível manter o atendimento na APS ou na AE.

A Atenção Especializada (AE) deve ofertar matriciamento (nefrologista) para apoio às equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) para auxiliar no

diagnóstico e tratamento dos pacientes com DRC, sendo obrigatório para os Centros Cadastrados com o Código 15.06.

A consulta compartilhada com especialistas pode ser uma opção para as unidades na APS.

O plano de cuidados deve ser compartilhado entre APS e AE.

Oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso e os exames complementares realizados recentemente.

O encaminhamento deve conter:

- Resultado de exame de creatinina sérica
  - Se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo seis meses de intervalo entre eles.
- Resultado de microalbuminúria ou relação albuminúria/creatinúria ou relação proteinúria/creatininúria em amostra isolada de urina ou proteinúria na coleta de urina de 24 horas
- Resultado EQU/EAS/Urina Tipo 1
- Resultado de ecografia de vias urinárias (se realizada)
- Descrever a data de realização de cada exame
- A Rede Estadual de Teleconsultoria ainda é inexistente, sendo um dos requisitos para o plano de ação. Há a disponibilidade de um número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde Brasil Redes do Ministério da Saúde - 0800 644 6543

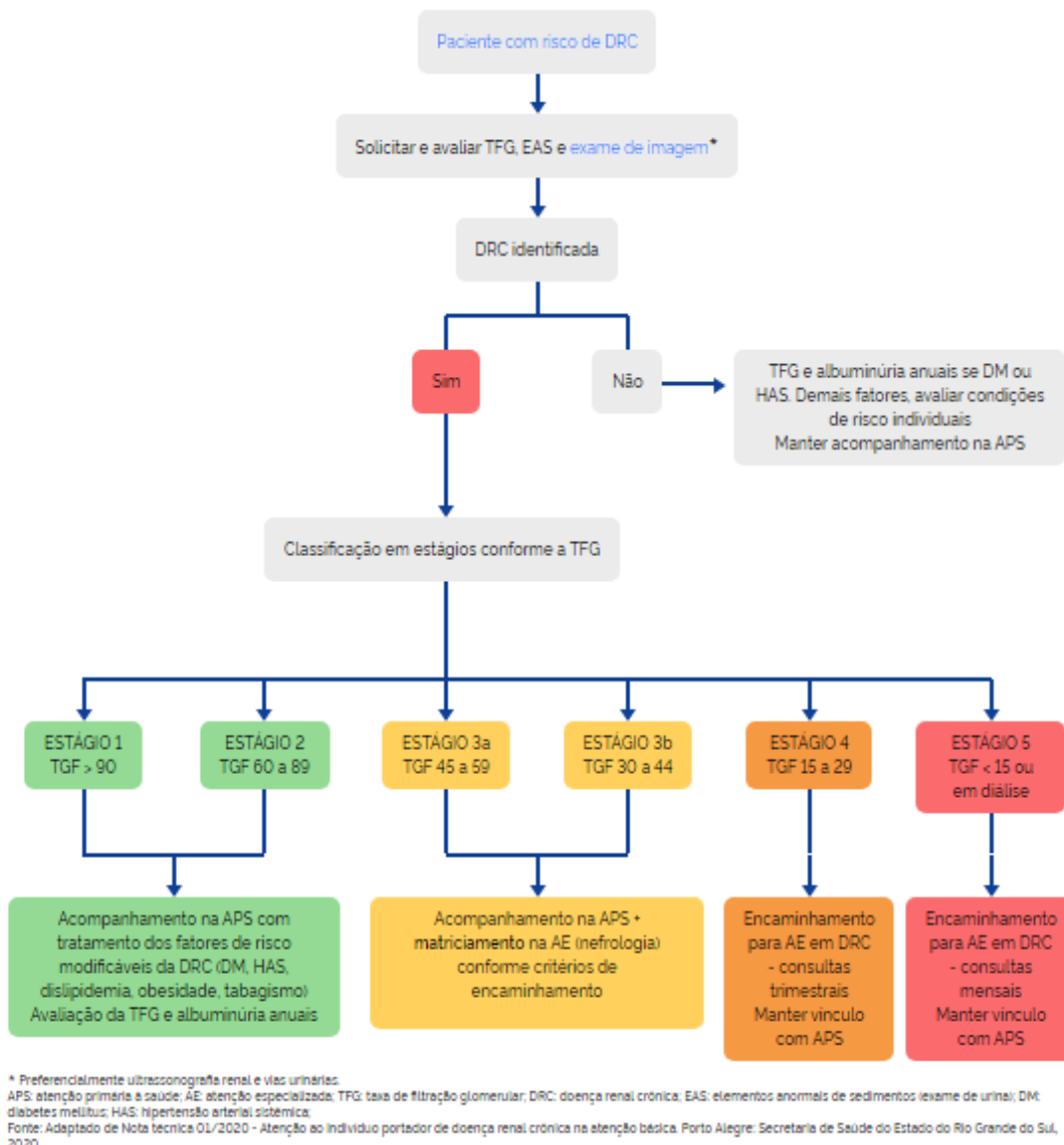


Figura 10 – Fluxograma: Atenção ao indivíduo portador de DRC

Fonte: Ministério da Saúde 2022

Quadro 06 – Critérios de encaminhamento à atenção especializada

<b>Critérios de encaminhamento à atenção especializada</b>
Injúria renal aguda ou queda súbita do ritmo de filtração glomerular;
TFG<30ml/min/1.73m <sup>2</sup> (TFG categorias G4 e G5 de DRC)
Achado consistente de proteinúria significativa (RAC≥300mg/g em amostra isolada de urina ou Albuminúria de 24hs ≥300mg em 24hs, que são equivalentes a Prot/CREA 500mg/g ou proteinúria de 24 hs > 500mg em 24hs)

Progressão de DRC <ul style="list-style-type: none"> <li>• Queda do TFG &gt;25% do basal no intervalo entre consultas</li> <li>• Declínio sustentado da perda de função renal <math>\geq 5\text{mL}/\text{min}/1.73\text{m}^2/\text{ano}</math></li> </ul>
Aumento crescente e progressivo da creatinina ou piora do RFG em cada consulta consecutivamente.
EAS com presença de cilindros hemáticos, Hemácias na sedimentoscopia > 20 pc em 2 ou mais amostras de forma persistente e inexplicada
DRC e hipertensão arterial resistente ou refratária ou suspeita de hipertensão do jaleco branco ou mascarada
Anormalidades persistentes do potássio ou outros eletrólitos
Nefrolitíase recorrente
Doença renal hereditária (suspeita ou com familiar confirmado)
<b>Referência:</b> <a href="https://kdigo.org/guidelines/ckd-evaluation-and-management/">https://kdigo.org/guidelines/ckd-evaluation-and-management/</a>

O fluxo e as indicações completas para a regulação da pessoa com DRC da APS para a AE é determinado por protocolo da SESA, que pode ser encontrado na página do ICEPi, no link: <https://icepi.es.gov.br/Media/ICEPi/ArquivosICEPi/Autorregula%C3%A7%C3%A3oFormativaTerritorialProtocolos/ARFT%20Nefrologia%20Adulto%20vers%C3%A3o%20final.pdf>

Toda a Regulação ambulatorial ocorre por meio da Gerência de Regulação Ambulatorial Especializada, que conta com um médico regulador que avalia cada caso, de acordo com o Protocolo Estadual de Regulação, e encaminha os pacientes para AE ou emite opinião formativa sobre o quadro clínico.

## PROCESSO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL DA APS PARA AE

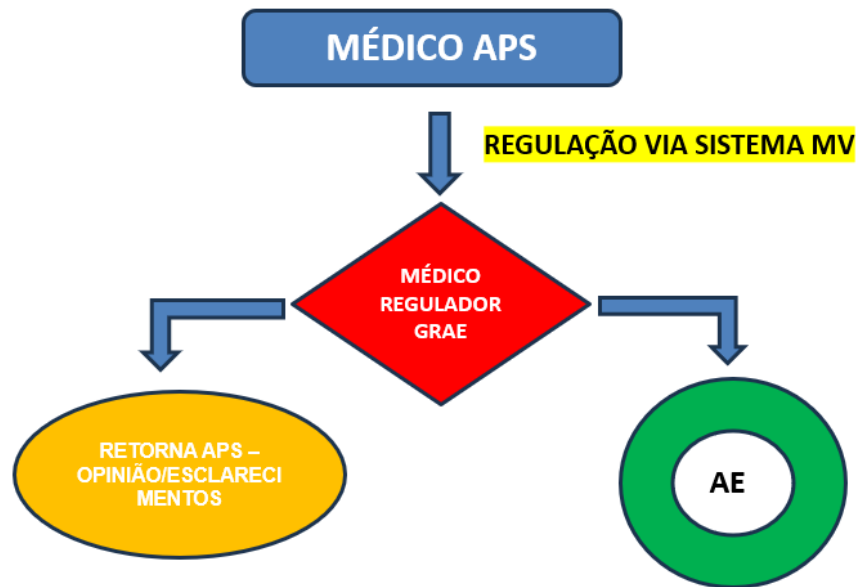


Figura 11 - Processo de regulação ambulatorial da APS para AE

O processo de regulação ambulatorial é realizado por meio do Sistema MV, cujo link de acesso é encontrado na página da SESA, na aba Regulação Ambulatorial, Sistema MV, conforme a ilustração abaixo:

A captura de tela mostra a interface do usuário do SESA. No topo, há o endereço <https://saude.es.gov.br> e o nome do site SESA. Abaixo, há uma barra de navegação com links para 'Transparência', 'Acesso à Informação', 'Ouvidoria' e 'Administrador'. O menu principal contém as seguintes opções:

- Recursos Humanos
- Regionais de Saúde
- Regulação do Acesso** (destacado em vermelho)
  - Regulação Pré Hospitalar (urgência)
  - Regulação Hospitalar (Internação)
  - Central Estadual de Transplantes
  - Terapia Renal Substitutiva
  - Acesso Sistema MV
  - Regulação Ambulatorial** (destacado com um círculo vermelho e uma seta vermelha apontando para ele)
  - Publicações
  - Sistema MV
- Servidor

Na parte superior direita, há uma barra de busca com o texto 'Buscar' e um ícone de lupa. Abaixo dela, há o texto 'E-DOCS'.



Pacientes com TFG < 30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> (estágios 4 e 5), perda rápida de função renal, hematúria por provável doença glomerular, suspeita de síndrome nefrítica ou nefrótica (após devida avaliação em caráter emergencial, quando indicado) devem ter preferência no encaminhamento ao nefrologista.

Figura 12 - Processo de regulação ambulatorial por meio do Sistema MV – SESA/ES

Para proceder com a solicitação de parecer especializado, o médico solicitante (APS ou AE) entrará no site da Secretaria de Saúde do Espírito Santo na aba de Regulação Ambulatorial e irá clicar em Sistema MV, onde irá colocar seu login e senha para fazer a solicitação da consulta, exames ou procedimentos eletivos. Em alguns municípios, o médico da APS não consegue fazer o cadastro e esta solicitação será encaminhada de um Núcleo que irá transferir a solicitação para a Regulação Estadual Ambulatorial. Um médico regulador da Gerência de Regulação Ambulatorial Especializada irá avaliar o quadro clínico descrito e irá autorizar o agendamento, caso esteja dentro do protocolo ou irá reencaminhar com a opinião formativa para providências ou para esclarecimentos.

Caso seja um médico do setor privado ou de outro serviço que não tenha acesso ao MV, o paciente encaminhará o pedido para a APS e o médico da APS ou do Núcleo de regulação municipal irá cadastrar a solicitação no Sistema MV da Regulação Ambulatorial Especializada Estadual.

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE DO ATENDIMENTO		
COR	PRIORIDADE	MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO
VERMELHO	MUITO ALTA	<b>Eletivo de alta prioridade:</b> são pacientes que necessitam de atendimento médico especializado prioritário por possíveis e/ou prováveis complicações clínicas e/ou físicas.
LARANJA	ALTA	<b>Eletivo prioritário:</b> são pacientes que necessitam de atendimento médico em um prazo curto de tempo, pois a demora na marcação pode alterar a conduta a ser seguida ou implicar em interrupção do acesso a outros procedimentos subsequentes.
AMARELO	MÉDIA	<b>Prioridade eletiva não urgente:</b> são situações clínicas sem gravidade que necessitam de um agendamento eletivo.
VERDE	BAIXA	<b>Eletivo de rotina:</b> são pacientes que necessitam de atendimento médico eletivo não prioritário.



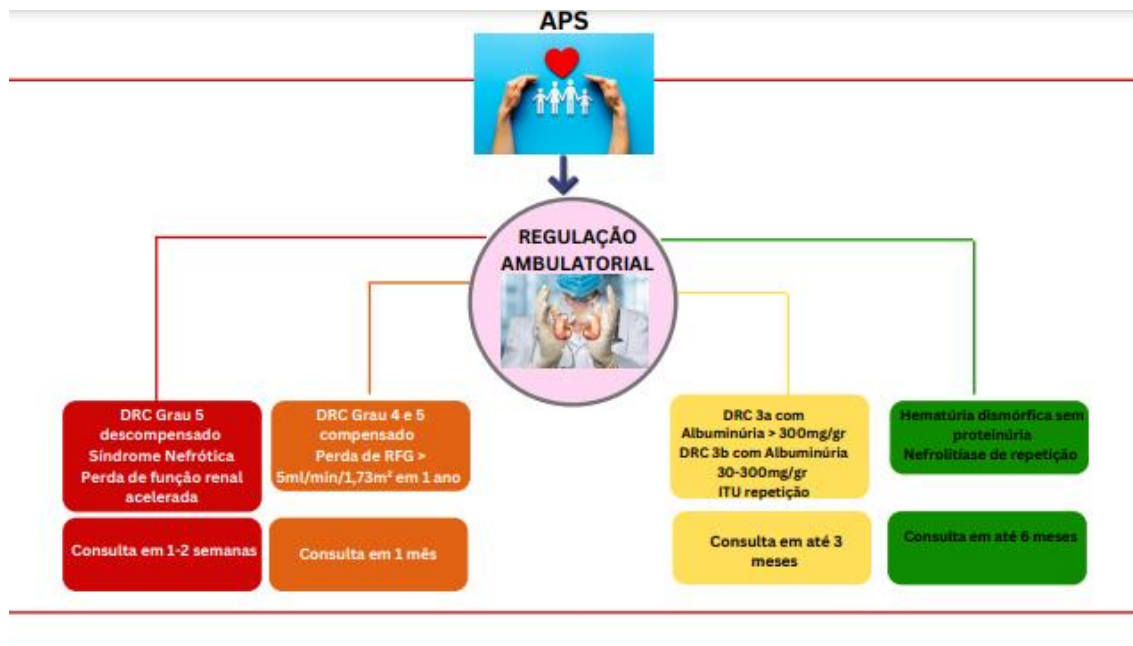


Figura 13 - Fluxograma de Regulação Ambulatorial para atendimento na APS, segundo critérios de gravidade.

#### 6.4. SUGESTÃO PARA ORGANIZAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL A SER ENCAMINHADO PARA GESTÃO ESTADUAL PARA COMPOSIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DRC:

- Dados do Gestor de Saúde responsável pela linha de cuidado.
- Caso a linha de cuidado seja estruturada para atender a uma Região de Saúde (RS) e não apenas a um município, informar a relação de municípios com o quantitativo da população que farão parte da linha de cuidado.
- Identificação da população estimada de pessoas com Doença Renal Crônica.
- Definição das competências e as ações a serem desenvolvidas por cada ponto de atenção do município/região que estará envolvido na linha de cuidado, no que se refere ao cuidado da população com DRC.

- E. Descrever a estrutura de serviços disponíveis no Município ou na Região de Saúde, a ser utilizada para implantar a linha de cuidado, e estimar a estrutura necessária para atendimento da demanda.
- F. Identificar quais são as Unidades de Atenção Básica que serão matriciadas pelos Serviços de Atenção Especializada (Unidade Especializada em DRC e Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise), de acordo com o proposto pela Portaria GM/MS nº 389, de 13/03/2014. O Gestor de Saúde (Secretaria de Saúde) deverá relacionar as Unidades de Atenção Básica e seus respectivos números do Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde –SCNES que receberão o apoio matricial dos Serviços de Atenção Especializada (Unidade Especializada em DRC e Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise). O Gestor de Saúde (Secretaria de Saúde) deverá cadastrar o CNES das UBS no CNES do respectivo serviço de Atenção Especializada.
- G. Identificação das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia (serviço de nefrologia) já habilitados de acordo com o código 15.04, 15.05 E 15.06, que poderão ser reclassificados e serem inseridos na linha de cuidado.
- H. Identificar os estabelecimentos de saúde de Atenção Hospitalar que serão referência para o atendimento da pessoa com DRC em casos de urgência e emergência.
- I. Descrever as ações e serviços de regulação e, se houver Central de Regulação, com indicação do CNES. Descrever como funciona o processo regulador, como as consultas, marcação de exames, disponibilidade de vagas para a diálise, com as quantidades programadas, disponibilidade de vagas nos hospitais da Rede do SUS que serão referência para o atendimento da pessoa com DRC em casos de urgência e emergência. Descrever o fluxo de referência e

contrarreferência entre os pontos de atenção envolvidos na operacionalização da linha de cuidado.

- J. Definir os indicadores de qualidade e as metas que serão utilizados para monitoramento e avaliação das Linhas de Cuidado. Os estabelecimentos de saúde que prestam assistência às pessoas com DRC, habilitados pelos critérios definidos na Portaria GM/MS nº 389, de 13/03/2014, deverão produzir as informações para atender aos indicadores de qualidade definidos no Anexo II da referida Portaria e se comprometer com as metas estabelecidas.

## **6.5. ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

### **6.5.1. ATENÇÃO SECUNDÁRIA**

O paciente após o diagnóstico de Doença Renal Crônica, deve ser estratificado em relação a taxa de filtração glomerular e ao grau de albuminúria, conforme figura 6.

Assim, o enfrentamento das condições crônicas voltou a ser um desafio para gestores, profissionais de todas as áreas e usuários do sistema de saúde. Estágios mais avançados de DRC (3b-5) podem compreender 2,3% da população adulta, com necessidade de assistência médica especializada multiprofissional (Bastos *et al.*, 2009).

O encaminhamento tardio de usuários com DRC implica no aumento do risco de mortalidade, em pior estado metabólico na diálise, de complicações relacionadas ao uso de acesso vascular temporário, em maior tempo de internação hospitalar, na redução do acesso ao transplante renal preemptivo. Dentre os principais motivos para o encaminhamento tardio estão: falta de registro de creatinina e microalbuminúria; desconhecimento do cálculo da estimativa de filtração glomerular; desconhecimento dos critérios de encaminhamento à assistência especializada.

Os pacientes no estágio 5 e indicação de início urgente de diálise serão encaminhados para Unidades de Pronto Atendimento, onde serão regulados

através da gestão da regulação hospitalar, para o centro de referência, seguindo o Protocolo de Emergências e Urgências Dialíticas da SESA-ES.

### **COMPONENTE DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL**

As unidades de assistência secundária e terciária serão tipificadas de acordo com a especificação da Portaria 389, de 13 de março de 2014

I - Unidade Especializada em DRC;

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

III - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise

A Atenção Especializada Ambulatorial possui como atribuições:

- Atuar de acordo com a definição da Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- Prestar assistência ambulatorial de forma multiprofissional, incluindo a necessidade de TRS;
- 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 à doenças renais;
- 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;
- 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;
- Utilizar da regulação das urgências para o encaminhamento ou transferência da pessoa com DRC para os estabelecimentos de saúde de referência, previamente pactuados locos regionalmente, quando estas pessoas estiverem no estabelecimento de atenção especializada ambulatorial em DRC e necessitarem, naquele momento, de cuidados imediatos em urgência;

- Manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais componentes da RAS;
- 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.

**Compete ainda aos estabelecimentos de Atenção Especializada Ambulatorial em DRC o apoio matricial às equipes de Atenção Básica nos temas relacionados ao cuidado às pessoas com DRC do estágio clínico 4 e 5 (pré-dialítico), bem como aos estágios dialíticos (BRASIL, 2014; BRASIL, 2014).**

As unidades de atenção especializada ambulatorial em DRC serão divididas em três tipos: Unidade Especializada em DRC, Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise.

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), exceto TRS - diálise, e deverão matricular as equipes de atenção básica, nos temas relacionados a doenças renais.

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.

A Unidade Especializada em DRC com TRS - Diálise, responsável pela Atenção de Média e Alta complexidade, possui como competências: realizar o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 (pré-diálise); matricular as equipes de atenção básica nos temas relacionados a doenças renais; ofertar, pelo menos, uma modalidade de TRS - diálise para tratamento da pessoa com DRC.

O acompanhamento multiprofissional de pessoas com DRC consiste em realizar consultas multiprofissionais e exames complementares. O apoio matricial 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. O tratamento de diálise consiste na realização das consultas em nefrologia e exames complementares decorrentes e na realização de pelo menos uma das modalidades de TRS - diálise: diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), diálise peritoneal automática (DPA), diálise peritoneal intermitente (DPI), e hemodiálise (HD).

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

- Atendimento ambulatorial aos pacientes que estão em processo de diálise, sob sua responsabilidade;
- Pelo menos uma das modalidades de diálise;
- Aporte nutricional ao paciente no dia do procedimento dialítico, sob orientação do nutricionista e com base na prescrição médica;
- A realização periódica, em seus pacientes, dos exames complementares definidos conforme as Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS, registrando os resultados dos exames e os indicadores da efetividade dialítica nos prontuários dos pacientes;
- O primeiro atendimento ao paciente nos casos de intercorrências que ocorrerem durante o processo de diálise, garantindo a estabilização do paciente;
- A 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 loco regionalmente.

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, enquanto as unidades com capacidade

para oferecer somente as modalidades DPAC, DPA e DPI devem garantir o acesso à HD, quando da necessidade do paciente.

A sala para atendimento ao paciente portador de hepatopatia crônica por vírus B pode ser considerada opcional, desde que o estabelecimento de diálise possua convênio ou contrato formal com outro serviço para o atendimento destes pacientes.

Os pacientes devem ser submetidos à confecção da fístula, de acordo com a condição vascular, quando a TFG for menor do que 20mL/min/1,83m<sup>2</sup>. Os pacientes que optarem por diálise peritoneal devem ser encaminhados, juntamente com seus familiares, para treinamento pela equipe multidisciplinar e para o serviço de referência de implante de cateter de diálise peritoneal em período suficiente para o início programado da diálise.

### **6.5.2. ATRIBUIÇÕES DE CADA UNIDADE**

#### **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)
- Matriciar as equipes de atenção básica, nos temas relacionados a doenças renais.
- Realização periódica, em seus pacientes, dos exames definidos conforme as Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS, assim como o registro dos seus resultados no prontuário.

#### **Unidade Especializada em DRC com TRS-Diálise, responsável pela Atenção de Média e Alta complexidade, compete:**

- 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;

- Matriciar as equipes de atenção básica nos temas relacionados a doenças renais; e
  - Ofertar, pelo menos, uma modalidade de TRS-diálise para tratamento da pessoa com DRC – Diálise peritoneal ambulatorial contínua, diálise peritoneal intermitente, diálise peritoneal automatizada ou hemodiálise.
  - Prestar os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências que ocorrerem durante o processo de diálise, garantindo a estabilização do paciente;
  - 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 localregionalmente.
  - Realização periódica, em seus pacientes, dos exames definidos conforme as Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS, assim como o registro dos seus resultados no prontuário.

#### **Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia:**

- Realizar pelo menos uma modalidade de TRS-diálise para tratamento da pessoa com DRC - Diálise peritoneal ambulatorial contínua, diálise peritoneal intermitente, diálise peritoneal automatizada ou hemodiálise.
- Prestar os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências que ocorrerem durante o processo de diálise, garantindo a estabilização do paciente; e
  - 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 localregionalmente.
  - Fornecimento, sob orientação do nutricionista e com base na prescrição médica, do aporte nutricional ao paciente no dia do procedimento dialítico; e
  - Realização periódica, em seus pacientes, dos exames definidos conforme as Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS, assim como o registro dos seus resultados no prontuário.



Equipe mínima de cada unidade:

Unidade Especializada em DRC terá a seguinte equipe mínima:

- Médico nefrologista;
- Enfermeiro;
- Nutricionista;
- Psicólogo; e
- Assistente social.

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

- 1 (um) médico nefrologista que responda pelos procedimentos e intercorrências médicas como Responsável Técnico;
- 1 (um) enfermeiro, especializado em nefrologia, que responda pelos procedimentos e intercorrências de enfermagem como Responsável Técnico;
- Médico nefrologista;
- Enfermeiro especialista em nefrologia;
- Assistente social;
- Psicólogo;
- Nutricionista;
- Técnico de enfermagem;
- Técnico de enfermagem exclusivo para o reprocessamento dos capilares;
- Funcionário exclusivo para serviços de limpeza.
- Técnico responsável pela operação do sistema de tratamento de água para diálise, para os serviços que possui o programa de hemodiálise.

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

- Médico nefrologista, como responsável técnico;
- Enfermeiro nefrologista, como responsável técnico;
- Nutricionista;

- Psicólogo;
- Assistente social; e
- Técnico de enfermagem

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

- A diálise pediátrica abrange pacientes na faixa etária entre 0 a 12 anos completos. Estes pacientes devem ser acompanhados pelo nefrologista pediátrico, durante o procedimento, nos serviços 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. A proporção de técnico de enfermagem deve ser de 1 (um) para cada 2 (dois) pacientes por turno. O paciente pediátrico terá direito ao acompanhamento de membro da família ou de responsável durante o atendimento dialítico.

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

- 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).

### **6.5.3. PONTOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL**

O número de consultas em Nefrologia ofertado pela Rede Própria Estadual e Contratualizada é de 667 vagas de 1ª vez.

O número de consultas em nefropediatria ofertados na Rede Própria Estadual é de 77 vagas de 1ª vez.

Existem serviços que estão ligados a Gestão Municipal e Federal que estão sendo mapeadas na Rede de Assistência.

Um dos planos de ação é aumentar a oferta de vagas de 1ª vez, sendo uma das metas desta LCP-DRC, aumentar o número de centros que ofertam atendimento ambulatorial em Nefrologia.

Quadro 07 - Centros Estaduais e Contratualizados diretamente com a Rede Estadual de Atenção em Nefrologia – consultas

Item Agendamento	Estabelecimento	Oferta	Inserções
CONSULTA EM NEFROLOGIA ADULTO - CENTRAL	COLATINA-CLINICA NEFROLOGICA DE COLATINA LTDA	34	97
CONSULTA EM NEFROLOGIA ADULTO - NORTE	NUCLEO REGIONAL DE ESPECIALIDADES DE SAO MATEUS	95	139
CONSULTA EM NEFROLOGIA ADULTO - SUL	SCMCI - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	35	317
CONSULTA EM NEFROLOGIA ADULTO - SUL	NUCLEO REGIONAL DE ESPECIALIDADES DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	141	
CONSULTA EM NEFROLOGIA ADULTO - SUL	HSJC - HOSPITAL SAO JOSE DO CALCADO	31	
CONSULTA EM NEFROLOGIA ADULTO - SUL	GUAÇUI - CIM POLO SUL REDE CUIDAR	33	
CONSULTA EM NEFROLOGIA ADULTO ALTA COMPLEXIDADE METROPOLITANA	HOSPITAL EVANGELICO DE VILA VELHA	27	57
CONSULTA EM NEFROLOGIA ADULTO ALTA COMPLEXIDADE METROPOLITANA	HOSPITAL DOUTOR DORIO SILVA - SERRA	42	
CONSULTA EM NEFROLOGIA ADULTO METROPOLITANA	NUCLEO REGIONAL DE ESPECIALIDADES VITORIA	150	278
CONSULTA EM NEFROLOGIA ADULTO METROPOLITANA	CLINIRIM	74	
CONSULTA EM NEFROLOGIA PEDIATRIA METROPOLITANA	HOSP. INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLORIA - VITORIA	27	49
CONSULTA EM NEFROLOGIA PEDIATRIA METROPOLITANA	HOSP. INFANTIL E MATERN. DR. ALZIR BERNADINO ALVES - V.VELHA	40	
CONSULTA EM NEFROLOGIA PEDIATRIA-CENTRAL	NUCLEO REGIONAL DE ESPECIALIDADES DE COLATINA	10	10

A Atenção Especializada Ambulatorial em TRS pode ser visualizada no quadro 4, sendo a regulação para solicitação de vaga para TRS realizada no Sistema Informatizado de Solicitação de Vagas da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo, conforme o Protocolo Estadual de Regulação, assim como os Centros de Atenção em Nefrologia com TRS, deverão solicitar os pedidos de confecção de acesso vascular, acesso para diálise peritoneal, paratireoidectomia, encaminhamento para 1ª consulta pré-transplante, dentre outros, pelo mesmo sistema, de modo a facilitar o acesso do usuário e não sobrecarregar a APS, com o contra fluxo para cadastro de solicitações de procedimentos.

## 6.6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A ADESÃO E HABILITAÇÃO PARA INTEGRAR A LINHA DE CUIDADO DA PESSOA COM DRC

**6.6.1- Para a adesão dos estabelecimentos de saúde para integrar 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;

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.

**6.6.2- 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 Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa 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;

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 itens 6.5.1 e 6.5.2.

Para que os estabelecimentos atualmente habilitados em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia (serviço de nefrologia) - código 15.04 ou 15.05 se habilitem como Unidade Especializada em DRC (código 15.06) com TRS/Diálise, para acompanhamento de pacientes DRC graus 4 e 5, o ente federativo interessado, por meio de sua respectiva Secretaria de Saúde, deverá encaminhar ao Ministério da Saúde as informações previstas no item 6.5.1.

A Secretaria de Saúde do Espírito Santo irá selecionar as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia que queiram se habilitar no código 15.06 de acordo com os seguintes parâmetros:

- Estar em conformidade pela Vigilância Sanitária;
- Documentação regular;
- Apresentar indicadores de qualidade assistenciais e de qualidade e segurança do paciente em conformidade com as Normas desta Linha de Cuidado;
- Apresentar equipe multiprofissional com carga horária para matriciamento, opinião formativa e/ou teleconsultoria para a UBS determinada para atenção à pessoa com DRC no seu município de abrangência;

## 6.7. ATENÇÃO HOSPITALAR

A rede hospitalar que prestará suporte aos pacientes com DRC em cada região foi determinada por meio de uma Comissão Estadual de Perfilização Hospitalar. As solicitações de internação hospitalar serão feitas por meio do Sistema Oficial da SESA-ES, com toda orientação pelo Protocolo Estadual de Regulação.

Na tabela, pode-se observar a referência hospitalar por região de saúde:

Quadro 8: Perfilização hospitalar em Nefropediatria.

NEFROLOGIA PEDIATRIA			
	Central Norte	Metropolitana	Sul
Emergências e Urgências em TRS	HIMABA	HIMABA	HIFA
Acesso Vascular para Hemodiálise CDLLP e FAV			
Acesso Vascular para Hemodiálise Acesso Difícil			
Falência de Acesso Vascular			HIMABA
Implante e retirada de Tenckhoff			
Paratireoidectomia	HINSG		
Biópsia Renal	HIMABA		

Quadro 9: Perfilização hospitalar em Nefrologia adulto

<b>NEFROLOGIA ADULTO</b>			
Emergências e Urgências em TRS	Hospital Alceu Melgaço Filho – HAMF  Hospital Roberto Arnault Silveiras – HRAS  Hospital e Maternidade Silvio Avidos - HMSA	Hospital Estadual Dr Jayme Santos Neves – HEJSN  Hospital Estadual Dr Dório Silva – HEDDS  Hospital Antônio Bezerra de Faria – HABF  Hospital Madre Regina Protmann – HMRP	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim – HSCMCI  Hospital Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí – HSCMG  Hospital infantil São Francisco de Assis - HIFA
Acesso Vascular para Hemodiálise CDLLP e FAV	Hospital e Maternidade São Jose - HMSJ	Hospital estadual Dr Jayme Santos Neves – HEJSN  Hospital Estadual Dr Dório Silva – HEDDS  Hospital Universitário Antônio Cassiano de Moraes – HUCAM  Hospital Evangélico de Vila Velha – HEVV  Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – HSCMV	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim – HSCMCI  Hospital Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí – HSCMG  Hospital infantil São Francisco de Assis - HIFA
Acesso Vascular para Hemodiálise Acesso Difícil	Hospital Roberto Arnault Silveiras – HRAS  Hospital e maternidade Silvio Avidos - HMSA	Hospital Estadual Dr Jayme Santos Neves – HEJSN  Hospital Estadual de Urgência e Emergência – HEUE  Hospital Evangélico de Vila Velha – HEVV	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim – HSCMCI  Hospital Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí – HSCMG  Hospital infantil São Francisco de Assis – HIFA
Falência de Acesso Vascular	Hospital e Maternidade São José – HMSJ	Hospital Evangélico de Vila Velha – HEVV	Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim - HECI
Implante e retirada de Tenckhoff	Em avaliação	Hospital Evangélico de Vila Velha - HEVV	Em avaliação

Paratireoidectomia	Hospital e Maternidade São José - HMSJ	Hospital Evangélico de Vila Velha – HEVV	Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim – HECI
Biópsia Renal	Hospital Rio Doce (em contratualização)	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - HUCAM	Hospital Infantil São Francisco de Assis – HIFA (em contratualização)
Transplante Renal	-	Hospital Meridional – Unidade Cariacica Hospital Evangélico de Vila Velha	■

Os Transplantes Renais estão sendo realizados em dois Hospitais da Região Metropolitana – Hospital Meridional de Cariacica e Hospital Evangélico de Vila Velha que ainda não realizam transplante em pacientes pediátricos, sendo estes encaminhados para fora do Estado, através do Programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), de acordo com o protocolo da Central Estadual de Transplantes (CET).

#### 6.7.1. TRANSPLANTE RENAL

O Transplante renal é uma das opções de tratamento para a pessoa com DRC estágio grau 5 em diálise, sendo considerada a melhor opção. Após o transplante renal, os medicamentos imunossupressores são utilizados para prevenir as rejeições aguda e crônica. A imunossupressão visa inibir o reconhecimento imunológico e a ativação da resposta alogênica celular e humoral e é dividida em duas fases: fase de indução e fase de manutenção, que são fornecidas pela Farmácia Estadual. Adicionalmente, pode haver necessidade do tratamento das rejeições.

Conforme os dados do Registro Brasileiro de Transplantes, no último ano foram realizados 5.317 **transplantes de rim**. Desde 2013, já foram realizados 56.729 transplantes desse órgão e, em junho de 2023, a lista de espera para essa cirurgia continha 3.541 pacientes adultos e 490 pacientes pediátricos. O **transplante de rim** é a cirurgia de transplante de órgãos mais realizada, de janeiro a junho 2023, foram realizados 4247 transplante de órgãos, deste 2023 transplantes renais (Registro Brasileiro de Transplantes, N°2, 2023).



Legislação vigente - A primeira lei que regularizou o transplante de órgãos foi a Nº 4.280/63. Em janeiro de 1998 entrou em vigor a Lei Nº 9.434/97, que ampliava os critérios da doação em vida e determina que a realização de transplantes só poderá ser realizada por estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, e por equipes médico-cirúrgicas previamente autorizadas pelo Ministério da Saúde. Ela permitia que qualquer pessoa juridicamente capaz pudesse doar para transplante um de seus órgãos duplos, desde que a doação não comprometesse a sua saúde e que fosse de forma gratuita. Basicamente, tem como os principais pontos:

- Proibição da comercialização de órgãos;
- Definição dos critérios para a doação (doador vivo e falecido);
- Punição para os infratores;
- Exibição pública da lista de espera;
- Proibição de doação por pessoa não identificada (sem documentos) ou sem autorização familiar (Bergold, s.d.)

Considera-se doador vivo relacionado o parentesco consanguíneo, na linha reta ou colateral, até o quarto grau inclusive. A Lei Nº 10.2118 (D) autoriza o transplante entre cônjuges, porém, há necessidade de autorização judicial nos casos de doadores vivos que não se enquadram nas possibilidades citadas.

Em 23 de março de 2001, foi editada a Lei Nº 10.211, que no seu Art. 9.0 diz: “É permitido à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do corpo vivo para fins terapêuticos ou transplantes em cônjuges ou parentes consanguíneos até o quarto grau (pais, filhos, irmãos, avós, tios e primos), ou em qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial”.

Em 7 de fevereiro de 2012, ocorre a publicação da PORTARIA Nº 201, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano vivo para fins de transplantes no território nacional envolvendo estrangeiros não residentes no país.

A Portaria conjunta SAES/SCTIE/MS Nº 1, de 05 de JANEIRO DE 2021, instituiu o Protocolo para imunossupressão em transplantes.

É estabelecido por Lei, que no prazo de 90 (noventa) dias após o início do tratamento dialítico, as unidades de diálise devem obrigatoriamente apresentar

ao paciente apto, ou ao seu representante legal, a opção de inscrição em uma equipe de transplante renal. É a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) – setor da Secretaria de Estado da Saúde – a responsável pelo recebimento das inscrições que são encaminhadas pelas equipes de transplante, armazenando os dados de todos os pacientes em espera. É ela também que recebe as informações sobre doadores e realiza a seleção dos pacientes para distribuição dos órgãos de doador cadáver. No Brasil, há leis que regem as listas de transplante e os critérios de distribuição de órgãos, que são sempre técnicos e médicos.

No Espírito Santo, a CNCDO realiza a distribuição dos pacientes para os Hospitais de Referência em Transplante de forma igualitária, segundo o Protocolo Estadual de Regulação da SESA-ES, em processo de atualização.

Atualmente, o processo do Transplante funciona da seguinte maneira:

- O paciente que necessita do transplante, chamado de receptor, preenche uma ficha e faz exames para determinar suas características sanguíneas, da estatura física e antigênica (no caso dos rins), acompanhado e orientado pela equipe médica do centro de transplante de sua escolha ou região de domicílio;
- Os dados são organizados em um programa de computador. A ordem cronológica é usada também como critério de classificação;
- Quando aparece um órgão, ele é submetido a exames e os resultados processados ficam à disposição do sistema de classificação de receptores em lista;
- O programa faz o cruzamento entre os dados de doador e receptor e apresenta as dez opções mais compatíveis com o órgão;
- Os dez pacientes não são identificados pelo nome para evitar favorecimento, somente pelas suas iniciais e números;
- O laboratório refaz os exames e realiza outros novos com material armazenado desse receptor. Nesse momento, o receptor ainda não é comunicado;
- A nova bateria de exames aponta o receptor mais compatível;
- O médico do receptor é contatado para responder sobre o estado de saúde do paciente. Se ele estiver em boas condições, é o candidato a

receber o novo órgão. Se não estiver bem de saúde, o processo recomeça, seguindo a lista estabelecida, rigorosamente;

- O receptor é contatado e decide se deseja o transplante (Espírito Santo, 2024).

Quadro 10: Procedimentos para inscrição na fila do transplante renal conforme Central Estadual de Transplante do ES

PROCEDIMENTO OPERACIONAL	ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO
<p><b>No prazo máximo de 90 (noventa) dias</b> após admissão do paciente para terapia renal substitutiva (TRS): hemodiálise (HD) ou diálise peritoneal (DP), irá avaliar as condições do paciente classificando-o:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>APTO:</b> apresentar ao paciente apto ou ao seu representante legal, a opção de Transplante Renal, (T4) enviando a <i>FICHA DE ENCAMINHAMENTO</i> com os dados à <i>Equipe Especializada de Transplante Renal</i>;</li> <li>• <b>CONTRAINDICAÇÃO:</b> deverá, obrigatoriamente, esclarecer ao paciente ou ao seu representante legal, (T2) preencher o <b>TERMO DE NÃO INSCRIÇÃO EM FILA DE TRANSPLANTE RENAL</b>, com ciência do paciente ou seu representante legal;</li> <li>• <b>RECUSA:</b> do paciente, ou do representante legal, a Unidade de Terapia Renal Substitutiva (UTRS) deverá, (T2) preencher o <b>TERMO DE NÃO INSCRIÇÃO EM FILA DE TRANSPLANTE RENAL</b>, com ciência do paciente ou seu representante legal;</li> </ul>	<p><b>CENTRO ESPECIALIZADO EM NEFROLOGIA COM TRS (CEN-TRS)</b></p>
<p>CEN-TRS encaminhará as informações do paciente APTO à <i>Equipe Especializada de Transplante Renal</i> escolhida pelo CEN-TRS ou pela paciente, para agendamento de consulta do candidato ao transplante</p>	<p><b>CENTRO ESPECIALIZADO EM NEFROLOGIA COM TRS (CEN-TRS)</b></p>
<p>Unidade de Transplante receberá o paciente acompanhado do relatório médico e exames complementares, para consulta, avaliando e verificando se o mesmo encontra-se em condições de ser candidato ao transplante, definindo se o paciente encontra-se <b>APTO ou INAPTO:</b></p>	<p><b>UNIDADE DE TRANSPLANTE</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>APTO:</b></li> </ul> <p>A Equipe Especializada de Transplante Renal realizará a inscrição no SIG/SNT (<b>SISTEMA INFORMATIZADO DE GERENCIAMENTO – SIG/Sistema Nacional de Transplantes – SNT</b>), gerando um número um Registro Geral na Central de Transplante (RGCT);</p> <p>A Equipe Especializada de Transplante Renal informará a <i>CEN-TRS</i> o RGCT do paciente candidato ao transplante renal;</p>	
<p>Abastecer com o RGCT o prontuário do paciente e informar que este número dá acesso à Lista Nacional de Transplantes (LNT)</p>	<p><b>CENTRO ESPECIALIZADO EM NEFROLOGIA COM TRS (CEN-TRS)</b></p>
<p>Solicitar exames complementares de rotina, exames de Histocompatibilidade e Imunogenética: Tipagem de HLA e Painel, gerando guia de BPAi;</p>	<p><b>UNIDADE DE TRANSPLANTE</b></p>
<p>Encaminhar as guias de BPAi à CET/ES para autorização</p>	<p><b>UNIDADE DE TRANSPLANTE</b></p>
<p>O médico autorizador da CET/ES, avaliará os dados nas Guias de BPAi, em conjunto com os dados no SIG/SNT, caso esteja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>INCONSISTENTE:</b> (T12) Informar a <i>Equipe Especializada de Transplante Renal</i> para ajustes dos dados;</li> <li>• <b>CONSISTENTE:</b> (T13) Autorizar as guias de BPAi e disponibilizar à <i>UTRS</i> para retorno;</li> </ul>	<p><b>CNCDO – Central Estadual de Transplantes</b></p>
<p>Enviar amostra de sangue em tubo previamente estabelecido juntamente com as BPAis autorizadas ao Laboratório de Histocompatibilidade e Imunogenética – LIH;</p>	<p><b>CENTRO ESPECIALIZADO EM NEFROLOGIA COM TRS (CEN-TRS)</b></p>
<p>Realizará exames de Histocompatibilidade (HLA) e reatividade contra painel (RCP)</p> <p>Alimentará SIG/SNT com resultados</p> <p>Enviar cópia do resultado à <i>CEN-TRS</i> e ao Hospital Transplantador</p>	<p><b>LABORATÓRIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE (LIH)</b></p>
<p><b>Compor prontuário do paciente com os resultados de HLA e RCP</b></p>	<p><b>CENTRO ESPECIALIZADO EM NEFROLOGIA COM TRS (CEN-TRS)</b></p> <p><b>UNIDADE DE TRANSPLANTE</b></p>
<p>Enviar duas vezes ao ano, até o 5º (quinto) dia do mês anterior ao estipulado previamente pelo LIH, a Guia de BPAi</p>	

<p>para exame PAINEL CLASSE I e CLASSE II (Para este exame, anexar cópia de resultado com mais 30% de Reatividade Contra Painel Classe I) para autorização na CET/ES;</p>	
<p><b>ACESSO AO SISTEMA INFORMATIZADO DE GERENCIAMENTO (SIG) / SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTE (SNT)</b></p> <p>→ O SNT é responsável pelas ações de gerenciamento e regulação dos transplantes no Brasil, e para abastecimento dos dados de receptores e doadores no SIG/SNT existem diferentes perfis de acesso ao site (<a href="http://www.snt.saude.gov.br">www.snt.saude.gov.br</a>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>PACIENTE</b> → <b>Visualizar seu prontuário, Status, Posição na Fila Ativa e Posição no Cadastro Técnico;</b></li> </ul> <p>Passo-a-passo para consulta ao prontuário de pacientes inscritos em lista:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acessar &lt;snt.saude.gov.br&gt; através de navegador;</li> <li>2. Clicar &lt;prontuário do paciente&gt;;</li> <li>3. Na tela seguinte, escolher o órgão ou tecido pertinente.</li> <li>4. Após, DIGITAR (copiado não funciona);       <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1. O RGCT completo do paciente (exemplo 123456-7890);</li> <li>4.2. O CPF do paciente (o sistema preenche automaticamente pontos e hifen);</li> <li>4.3. O dado referente à data de nascimento do paciente (varia a cada tentativa: dia; mês ou ano);</li> <li>4.4. Os caracteres que aparecem no quadro do canto direito da tela.</li> </ol> </li> <li>5. Depois, clicar na lupa. Os dados do prontuário serão mostrados na tela.</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>CENTROS ESPECIALIZADOS EM NEFROLOGIA - TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA</b> → Relatórios de Censo, Cadastro Técnicos e Listagens dos potenciais receptores, da própria UTRS</li> <li>✓ <b>UNIDADES DE TRANSPLANTE RENAL</b> → Abastecer dados para o CTU do SIG/SNT, dos</li> </ul>	<p><b>TODAS AS ESFERAS COM DIFERENTES OPÇÕES DE ACESSO</b></p>

<p>potenciais receptores de UTRS's ligadas à esta equipe;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>LABORATÓRIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE E IMUNOGENÉTICA (LHI)</b> → Abastecer resultado de exames de Histocompatibilidade e Imunogenética;</li> <li>✓ <b>CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTE (CET) , CNCDO</b>→ Monitoramento e Gerenciamento dos Potenciais Receptores, UTRS, Equipe Especializadas em Transplante, Hospital Transplantador, e, Processos de Doação de órgãos e Tecidos</li> <li>✓ <b>SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES (SNT)</b> → Monitoramento, Gerenciamento e Fiscalização dos processos.</li> </ul>	
<b>NORMA DE PROCEDIMENTO – CET/ES - Gerenciamento</b>	
<b>Tema:</b>	<p>PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE RECEPTOR DE RIM NA FILA DE TRANSPLANTE RENAL NO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTE</p> <p>VERSÃO 1</p>

Contato:**Central de Notificação, Captação e Doação de Órgãos no Espírito Santo (CNCDO):** 27 3636-8271 | [cncdo@saude.es.gov.br](mailto:cncdo@saude.es.gov.br)

## 6.8. ATENÇÃO DOMICILIAR E CUIDADOS PROLONGADOS

A Atenção Domiciliar (AD) é a forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde. Com abordagens diferenciadas, esse tipo de serviço está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) e é oferecido de acordo com a necessidade do paciente, a partir do atendimento de diferentes equipes.

Com abordagens diferenciadas, esse tipo de serviço está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a necessidade do paciente, esse cuidado em casa pode ser realizado por diferentes equipes. Quando o paciente precisa ser visitado com menos frequência, por exemplo, uma vez por mês, e já

está mais estável, este cuidado pode ser realizado pela equipe de Saúde da Família/Atenção Básica de sua referência. Já os casos de maior complexidade são acompanhados pelas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e de apoio (EMAP), dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Melhor em Casa.

A Atenção Domiciliar proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. Dessa forma, evitam-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência.

Os pacientes que precisam de equipamentos e outros recursos de saúde e demandam maior frequência de cuidado, com acompanhamento contínuo, também podem ser assistidos pelo Melhor em Casa.

Em caso de haver necessidade de utilização de acompanhamento domiciliar dos os pacientes em condições de alta hospitalar, o Escritório de Gestão de Alta (EGA) de cada hospital deve entrar em contato com a Unidade Básica de Saúde e acionar o serviço de estratégia de saúde da família para o acompanhamento do paciente.

O Melhor em Casa é um programa do Ministério da Saúde cuja finalidade é melhorar e ampliar a assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) a pacientes com agravos de saúde que possam receber atendimento humanizado, em casa, e perto da família. No Espírito Santo, o projeto de implantação do Melhor em Casa é uma das prioridades do governo. É um programa do Ministério da Saúde cuja finalidade é melhorar e ampliar a assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) a pacientes com agravos de saúde que possam receber atendimento humanizado, em casa, e perto da família.

## **MODALIDADES DE AD:**

### **Modalidade AD1 – Atenção Básica**

Destina-se a pacientes que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de

locomoção até uma unidade de saúde; e/ou pacientes que necessitem de cuidados de menor intensidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência de visitas, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que compõem a atenção básica.

### **Modalidade AD2 e AD3 – Melhor em Casa (SAD)**

Destina-se, na modalidade AD2, a usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica. A modalidade AD3 destina-se aos usuários semelhantes aos da AD2, mas que façam uso de equipamentos específicos. São pacientes de maior complexidade que dificilmente terão alta dos cuidados domiciliares.

### **Composição da EMAD Tipo 1 – para municípios com população de 40 mil habitantes ou mais**

- Profissional(is) médico(s) com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;
- Profissional(is) enfermeiro(s) com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;
- Profissional(is) fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho por equipe; e
- Profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho por equipe;

### **Composição da EMAD Tipo 2 – para municípios com população entre 20 mil e 39.999 habitantes**

- Profissional médico com CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho;
- Profissional enfermeiro com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho;



- Profissional fisioterapeuta ou assistente social com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e
- Profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho.

### Composição da EMAP

A EMAP deverá oferecer apoio à EMAD, bem como às equipes de atenção básica (inclusive equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família).

A EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações listadas a seguir, cuja soma das CHS de seus componentes será de, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho:

Quadro 13 - Profissionais que atuam na Atenção Domiciliar

<b>Profissionais que atuam na Atenção Domiciliar</b>	Assistente social Enfermeiro Fisioterapeuta Fonoaudiólogo Nutricionista Odontólogo Psicólogo Farmacêutico Terapeuta Ocupacional
--	---

O acesso ao Programa de atenção Domiciliar/Melhor em Casa se dá a partir da indicação clínica, pela equipe assistencial, da possibilidade de continuidade da assistência ao usuário em seu lar.

Assim, conforme a Portaria Ministerial, a AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

Dessa forma, a equipe dos serviços de saúde hospitalares e de urgência e emergência (UPA/PA) devem acionar as equipes de Atenção Domiciliar dos municípios que possuem o programa em seu território, mesmo que o serviço de saúde esteja fora do território do usuário, se em seu município tiver o programa, o contato pode ser realizado.

O contato dar-se-á via e-mail ou telefone das equipes, que são disponibilizados pela Coordenação Estadual de Atenção Domiciliar/GEPORAS/SSAS e pela SSERAS.

As equipes deverão preencher o Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD) desenvolvido pelo Ministério da Saúde (ANEXO 3), que tem como objetivo direcionar o profissional, durante a avaliação, a eleger a modalidade de atenção domiciliar do usuário, conforme os seguintes eixos:

- Indicações Clínicas especiais ou Gatilhos
- Uso do Sistema de Saúde
- Vulnerabilidade Social
- Suporte Familiar/Cuidado
- Funcionalidade
- Polifarmácia

Para direcionamento do usuário ao ponto de atenção à saúde mais conveniente para sua assistência, o sistema de pontuação será classificado da seguinte forma: até 9 pontos o usuário será classificado como AD1, devendo o contato ser realizado com as equipes de Atenção Básica do território do usuário; de 10 a 15 pontos o usuário será classificado como AD2 e maior ou igual a 16 pontos o usuário será classificado como AD3. Na classificação dos usuários como AD2 ou AD3, as solicitações deverão ser encaminhadas ao serviço de atenção domiciliar do município para avaliação.

As solicitações não devem ser encaminhadas pelos usuários, devendo obrigatoriamente ter uma solicitação da equipe assistencial anterior. Em situações de casos acompanhados pela equipe de Atenção Básica dos territórios, quando houver a identificação da necessidade de visitas mais frequentes pela equipe de Atenção Domiciliar pelo Programa Melhor em Casa, por risco de hospitalização iminente, o contato deve ser feito pela equipe que acompanha o usuário, com preenchimento da IAEC-AD.

Antes da utilização do IAEC-AD se algum dos critérios abaixo forem apresentados, o avaliador não necessitará preencher os demais tópicos, uma vez que o usuário se encontra inelegível;

Art. 14. Será **inelegível** para a AD o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações:

- Moradia fora da área de abrangência do SAD;
- Recusa do paciente e/ou família à assistência do SAD;
- Inexistência de rede elétrica estável segura quando em uso de dispositivos elétricos de suporte à vida;
- Reside em localidade comprovadamente de alto risco de violência urbana, que impeçam a segurança da equipe para AD e não ofereçam alternativa para cuidado;
- Ausência de cuidador/rede de apoio, no caso de usuário dependente de cuidados de terceiros.

Outros pontos que serão considerados na elegibilidade do usuário são: necessidade de monitorização contínua; necessidade de assistência contínua de enfermagem; necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência; necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, em casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento.

## **7. ATENÇÃO EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIA**

A Rede de Atenção às Urgências tem como objetivo reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõe, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas.

É constituída pela Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; SAMU 192; Sala de Estabilização; Força Nacional do SUS; UPA 24h; Unidades Hospitalares e Atenção Domiciliar.

Sua complexidade se dá pela necessidade do atendimento 24 horas às diferentes condições de saúde: agudas ou crônicas agudizadas; sendo elas de natureza clínica, cirúrgica, traumatológica entre outras.

Assim, para que a Rede ofereça assistência qualificada aos usuários, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Sendo indispensável a implementação da qualificação profissional, da informação, do processo de acolhimento e da regulação de acesso a todos os componentes que a constitui.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 - é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências, criada em 2003, que tem como finalidade proteger a vida das pessoas e garantir a qualidade no atendimento no SUS. Está presente em 100% dos municípios capixabas. Deverá ser utilizado para o encaminhamento ou transferência das pessoas com DRC para os estabelecimentos de saúde de referência quando necessitarem, naquele momento, de cuidados imediatos em urgência, conforme o Protocolo de Emergências e Urgências em TRS da SESA-ES.

As Unidades de Pronto Atendimento – UPAs - são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária, articulado com a APS, o SAMU, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da rede de urgência e emergência. Com funcionamento ininterrupto, este ponto de atenção conta com equipe assistencial multiprofissional. O paciente com DRC adentra essa unidade com menor frequência, já que é um dispositivo de saúde que necessita de retaguarda hospitalar para diversos procedimentos de maior complexidade disponíveis nos hospitais, sendo necessária a regulação para acesso a serviços disponíveis em alguns hospitais da rede, conforme listado no modelo de perfilização de retaguarda hospitalar no subitem 6.7 da Atenção Hospitalar.

# UPA, PA, Unidade Mista e Hospital Pequeno Porte

## Central Norte

- UPA
  - UPA São Mateus
  - UPA Santa Bárbara - Alto Rio Novo
  - UPA Litorânea

- PM
  - PM Porto Belo
  - PM Municipal de Montebelo
  - PM Maria do Carmo Tom Dolanegra - Vila Valério
  - PM Cardeal João das Neves - São Bento
  - PM Maréchal
  - PM Municipal de Colônia
  - PM São Roque do Canaã

- Unidade Mista
  - Unidade Mista de Internação - Mucuri
  - Unidade Mista de Internação - Jaguaré
  - Unidade Mista Afiliada Porto Santana - Rio Bonito

- Hospital Pequeno Porte
  - Hospital Maternidade Nossa Sra. de Aparecida - Montebelo
  - Hospital Menino Jesus - Pedro Cardão
  - Hospital de Peleiros
  - Hospital Municipal de Conceição da Barra
  - Hospital Maternidade Cristo Rei - Rua Esperança
  - Hospital São Gabriel - São Gabriel da Palha
  - Hospital Municipal da Favela Imagem - Franca

## Metropolitana

- UPA
  - UPA Vila Rica - Anjura
  - UPA Barro do Rio Preto - Anjura
  - UPA Oculária Miranda Borges - Serra (terra sede)
  - UPA Franca Maria Penitent - Serra (Carapina)
  - UPA Dr. Fernando Sábio Santoro - Serra (Cachoeira)
  - UPA Casa Jorge Lacerda Salcedo - Vila Rica
  - UPA 2500 Anos - Vila Velha (Baixa do Barão)
  - UPA Dr. João Batista de Almeida Neto - Guarani

- PM
  - PM Unidade Mista de Urgência e Emergência Nossa Sra. de São Filipe
  - PM São João
  - PM Dr. César Aguiar - Fundão
  - PM Boqueirão
  - PM Lenor Miguel Freixo - Caracica (Baía Vista)
  - PM Monsenhor Antônio Neves Balduino - Caracica (do Trevo)
  - PM Nova Rosa da Penha - Caracica
  - PM Fiscal II - Caracica
  - PM São Pedro - Vitória
  - PM Póla do Sul - Vitória
  - PM Maria Saracua T. Canafim - Baitão
  - PM São Roberto da Silva - Municipal Planalto
  - PM Vitória Saz - Vitória
  - PM Dr. Antônio Augusto de Barros - Vila Velha (Póla)
  - PM Cabóndia - Vila Velha

- Unidade Mista
  - Unidade Mista Hospital Pedro Nunes - Caracica

- Hospital Pequeno Porte
  - Hospital Municipal São João Batista - Lacerda da Terra
  - Hospital São João - Itapicoba
  - Hospital Nossa Sra. da Penha - Santa Leopoldina
  - Hospital Municipal de Caracica
  - Hospital Municipal de Cabóndia

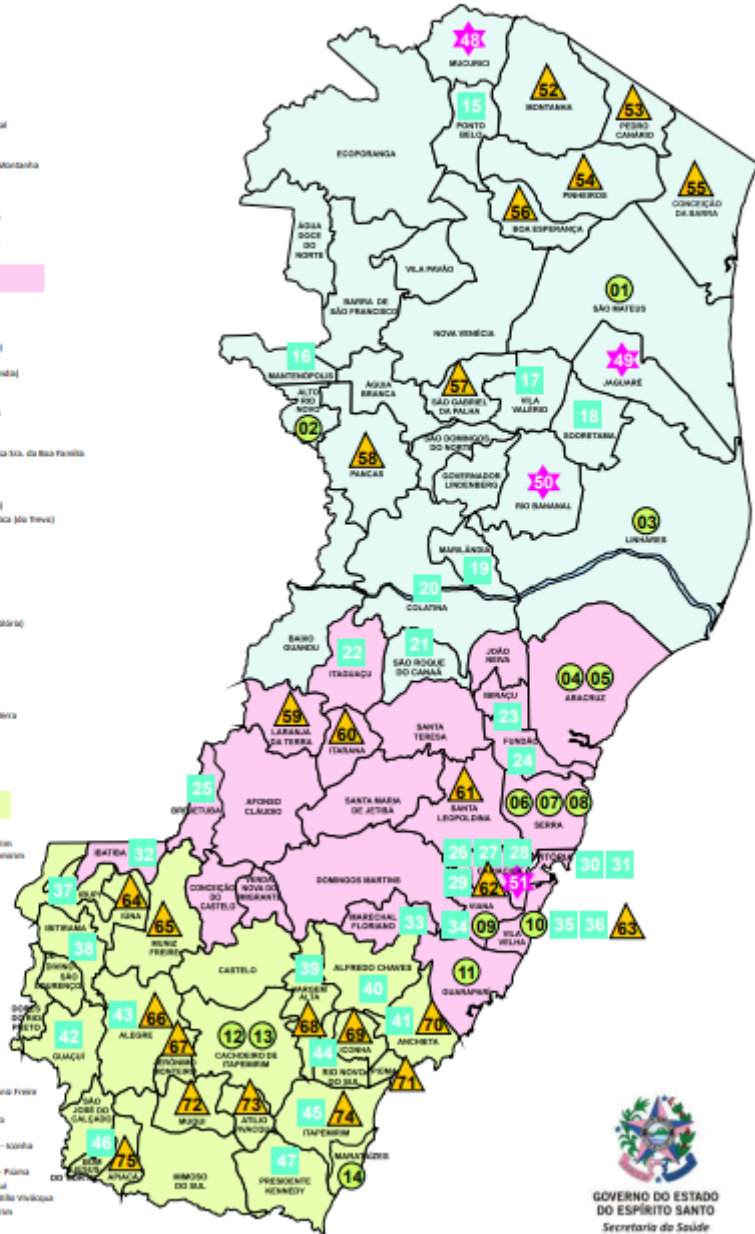
## Sul

- UPA
  - UPA Paulo Pereira Soares - Cachoeira de Espumantes
  - UPA Dr. Antônio Jorge Alôz Netto - Cach. de Espumantes
  - UPA Dr. Aroldo Nogueira - Montebelo

- PM
  - PM Itaipava
  - PM Bitorina
  - PM Otacilio Geraldo do Carmo - Vargem Alta
  - PM Oleguer Mônica - Alfredo Chaves
  - PM Anchieta
  - PM Sebastião Gonçalves Pereira - Guaiçú
  - PM de Alegre
  - PM Antônio Gonçalves Pereira - Rio Novo do Sul
  - PM de Itálica - Itaperiçá
  - PM Padre Gabriel - Bom Jesus do Norte
  - PM Presidente Kennedy

- Hospital Pequeno Porte
  - Santa Casa de São João
  - Santa Casa de Misericórdia Jesus Maria José - Mundo Novo
  - Pronto Socorro Geral - Alegre
  - Hospital Unidade Integrada de Jerônimo Monteiro
  - Hospital Padre Cláudio - Vargem Alta
  - Hospital Maternidade Santa Mariana de Castro - Itálica
  - Hospital Padre Humberto - Anchieta
  - Hospital e Maternidade Nossa Sra. de Conceição - Piuma
  - Hospital Maternidade Dr. Aulônio Figueiredo - Mucuri
  - Hospital Municipal Dr. Antônio Carlos Lopes - Alta Vitória
  - Hospital Materno Infantil Menino Jesus - Espumantes
  - Hospital São Mateus - Alegre

- UPA - 01 a 14
- PA - 15 a 47
- Unidade Mista (UBS e PA) - 48 a 51
- Hospital Pequeno Porte - 52 a 75



## Central Norte

### UPA

- 01 UPA São Mateus
- 02 UPA Santa Bárbara - Alto Rio Novo
- 03 UPA Linhares

### PA

- 15 PA Ponto Belo
- 16 PA Municipal de Mantenópolis
- 17 PA Maria do Carmo Tom Dalmagro - Vila Valério
- 18 PA Geraldo Inácio dos Santos - Sooretama
- 19 PA Marilândia
- 20 PA Municipal de Colatina
- 21 PA São Roque do Canaã

### Unidade Mista

- 48 Unidade Mista de Internação - Mucurici
- 49 Unidade Mista de Internação - Jaquaré
- 50 Unidade Mista Alfredo Pinto Santana - Rio Bananal

### Hospital Pequeno Porte

- 52 Hospital Maternidade Nossa Sra. de Aparecida - Montanha
- 53 Hospital Menino Jesus - Pedro Canário
- 54 Hospital de Pinheiros
- 55 Hospital Municipal de Conceição da Barra
- 56 Hospital Maternidade Cristo Rei - Boa Esperança
- 57 Hospital São Gabriel - São Gabriel da Palha
- 58 Hospital Municipal Ida Ferreira Mageste - Pancas

## Sul

### UPA

- 12 UPA Paulo Pereira Gomes - Cachoeiro de Itapemirim
- 13 UPA Dr. Antônio Jorge Abib Netto - Cach. de Itapemir
- 14 UPA Dr. Anis Nasshen - Marataízes

### PA

- 37 PA Irupi
- 38 PA Ibitirama
- 39 PA Otacilio Geraldo do Carmo - Vargem Alta
- 40 PA Klinger Minassa - Alfredo Chaves
- 41 PA Anchieta
- 42 PA Lionizio Gonçalves Passine - Guaçuí
- 43 PA de Alegre
- 44 PA Adauto Gonçalves Pessine - Rio Novo do Sul
- 45 PA de Itaóca - Itapemirim
- 46 PA Padre Galeno - Bom Jesus do Norte
- 47 PA Presidente Kennedy

### Hospital Pequeno Porte

- 64 Santa Casa de Iúna
- 65 Santa Casa de Misericórdia Jesus Maria José - Muniz
- 66 Pronto Socorro Geral - Alegre
- 67 Hospital Unidade Integrada de Jerônimo Monteiro
- 68 Hospital Padre Olívio - Vargem Alta
- 69 Hospital Maternidade Danilo Monteiro de Castro - Içara
- 70 Hospital Padre Humberto - Anchieta
- 71 Hospital e Maternidade Nossa Sra. da Conceição - Piraí
- 72 Hospital Maternidade Dr. Aluizio Figueiras - Muqui
- 73 Hospital Municipal Dra. Andrea Canzian Lopes - Atílio
- 74 Hospital Materno Infantil Menino Jesus - Itapemirim
- 75 Hospital José Monteiro - Apiacá

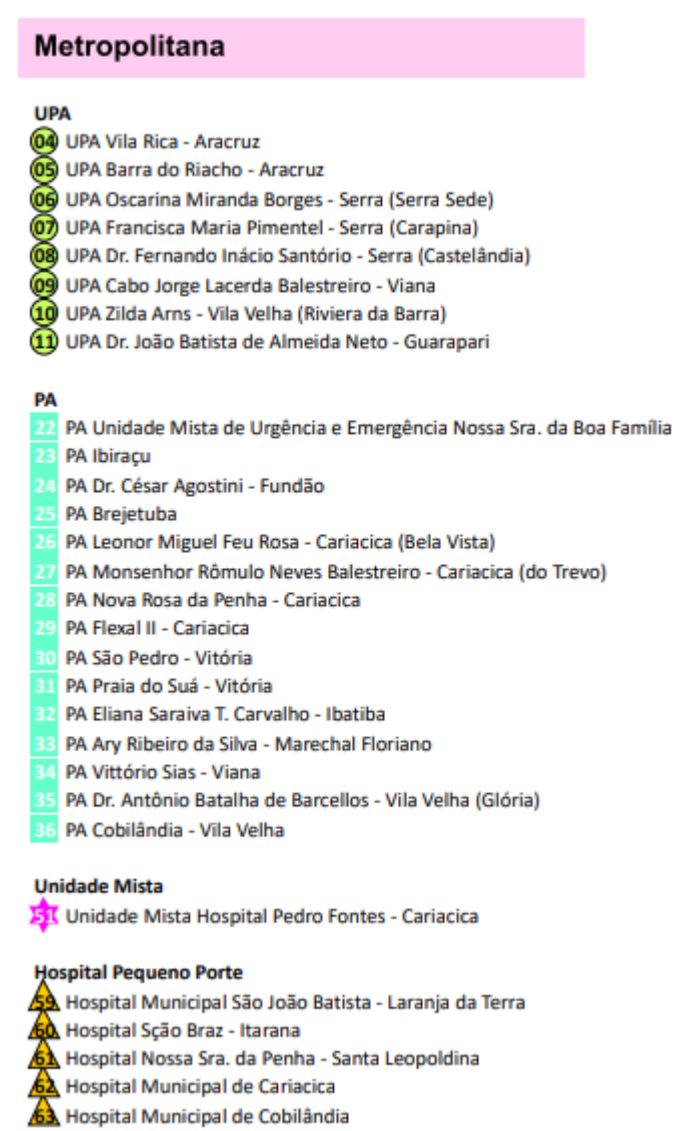


Figura 14 - Modelo de perfilização de retaguarda hospitalar

Com intuito de normatizar um fluxograma de atendimento pelos Serviços de Urgência e Emergência Estadual, a GEPORAS e GEREH elaboraram um Protocolo de Urgências e Emergências em TRS, englobando não só as urgências dialíticas com Injúria Renal Aguda e Crônica e as indicações de encaminhamento imediato, como também as intoxicações e um guia para encaminhamento de contrarreferência para as UBSs em caráter de maior celeridade, de acordo com o grau de disfunção renal apresentada.



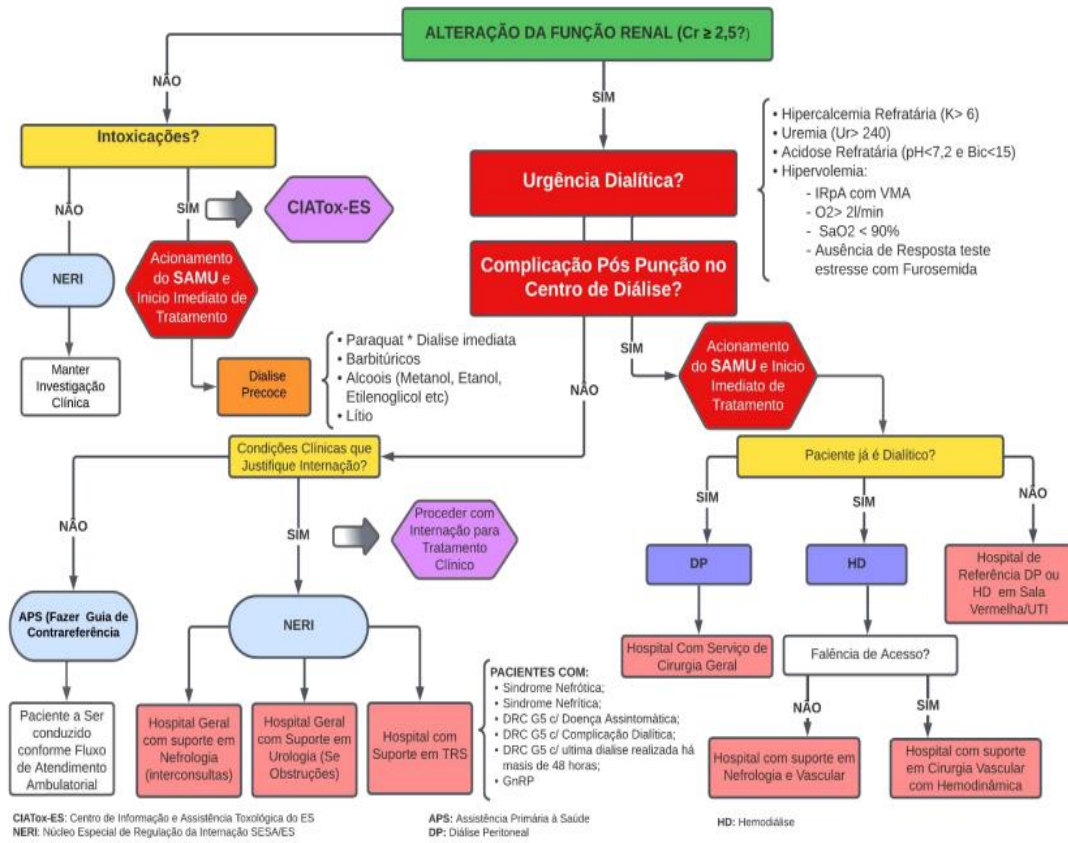


Figura 15 - Fluxograma de Atendimento de Emergência e Urgência em TRS



## 8 . CUIDADOS PALIATIVOS

A compreensão sobre os cuidados paliativos (CP) vem sendo elaborada ao longo de seu processo de definição, atualizado pela Organização Mundial da Saúde em 2018. Ela determina que cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais. Compreende-se como doença grave e ameaçadora à vida qualquer doença aguda ou crônica, ou diversas condições de saúde que estão relacionadas a um alto grau de mortalidade, com prejuízos à qualidade de vida e funcionalidade da pessoa, decorrentes de sintomas ou tratamentos, acarretando dependência de cuidados e possível sobrecarga do cuidador responsável.

A Comissão Intergestores Tripartite instaurou a Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).

Embora algumas doenças crônicas possam causar demandas e sintomas específicos, existe uma gama de necessidades comuns, relacionadas a comunicação, controle de sintomas, como lidar com as incapacidades decorrentes do adoecimento, planejamento de cuidados, além do acolhimento e apoio aos cuidadores e familiares. Neste contexto, a existência de uma rede de saúde que englobe o cuidado paliativo (CP) torna-se imperativo, pelo impacto na saúde pública, sendo necessária a articulação entre políticas públicas, capacitação de profissionais e conscientização da sociedade.

Os profissionais não especialistas, mas com o conhecimento básico, seriam os responsáveis por cuidar da maior parte das demandas relacionadas a CP. Aos profissionais especialistas, estariam reservadas as funções de assistência a casos complexos, gerenciamento de indicadores, educação e capacitação de outros profissionais, de modo que pudesse ser executado da atenção primária até os serviços de maior complexidade.

No caso do paciente com DRC a detecção para diagnóstico precoce da necessidade de cuidados paliativos pode ser feita com a utilização de algumas ferramentas já validadas, como descrito no Quadro 12:

Quadro 11 - Ferramentas validadas para diagnóstico precoce de cuidados paliativos para pacientes DRC

FERRAMENTA	CRITÉRIOS
Supportive and Palliative Care Indicators Tool  (Brazilian version) - SPICT-BRTM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doença renal crônica, estágios 4 e 5 com piora clínica.</li> <li>• Insuficiência renal complicando outras condições clínicas ou tratamento</li> <li>• Decisão de suspender a diálise por piora clínica ou intolerância ao tratamento.</li> </ul>
Gold Standards Framework (GSF)  Proactive Identification Guidance (PIG)	<p>DRC estágios 4 e 5 cuja condição está se deteriorando com pelo menos dois dos indicadores abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente para o qual a pergunta surpresa se aplica.</li> <li>• Repetidas admissões não planejadas (mais de 3/ano)</li> <li>• Pacientes com baixa tolerância à diálise com mudança de modalidade.</li> <li>• Pacientes que escolhem a opção por seguimento conservador, suspensão de diálise ou não optam pela diálise após falha de transplante.</li> <li>• Sintomas físicos ou psicológicos difíceis que não responderam aos tratamentos específicos.</li> <li>• Insuficiência renal sintomática em pacientes que optaram por não dialisar - náuseas e vômitos, anorexia, prurido, redução de funcionalidade, sobrecarga de volume intratável.</li> </ul>
Identificación y Atención Integral	Insuficiência renal grave (TFG < 15ml/min) em pacientes que não são candidatos ou que recusam tratamento

- Integrada de Personas com Enfermedades Crónicas Avanzadas em Servicios de Salud y Sociales - NECPAL CCOMS-ICO	substitutivo e/ou transplante, finalização da diálise ou falha no transplante.
---	--

O prognóstico também deve ser avaliado.

Muitos pacientes não toleram a diálise em fases avançadas da doença renal. Cerca de 20% dos pacientes dialíticos interrompem diálise antes de falecer e, cada vez mais, pacientes idosos optam por não a iniciar, em razão de perda de funcionalidade e desfechos ruins associados. Dessa forma, torna-se importante compreender a evolução do quadro de insuficiência renal sem diálise.

Pacientes com insuficiência renal que interrompem a diálise apresentam sobrevida mediana de 7 (sete) dias após a interrupção. No entanto, essa sobrevida é fortemente influenciada pelo motivo/ quadro da insuficiência renal, assim como por comorbidades, idade, estado nutricional e função renal residual.

Nos casos de lesão renal aguda, cuja indicação de diálise se deve a hipercalemia, hipervolemia ou distúrbios ácido-base significativos, o não início da diálise tipicamente está associado a um óbito em horas a dias.

Nos casos de doença renal crônica (DRC), em que a diálise seria indicada por piora de status nutricional ou por sintomas leves a moderados de uremia, a decisão por não iniciar a terapia não costuma ser associada a um prognóstico tão limitado.

Os pacientes sobrevivem por semanas a meses após a decisão de não iniciar a diálise e, nesse contexto, um estudo estimou uma sobrevida média de 16 meses. Pacientes em que se cogita interromper a diálise, bem como não a iniciar, devem ser abordados em relação a cuidados paliativos no processo de tomada de decisão compartilhada.

Planejamento avançado de cuidados (PAC) é um processo no qual pacientes, familiares e equipe de saúde definem objetivos de cuidados e

tratamentos futuros, baseando-se nos desejos e valores do paciente e em questões técnicas. Preconiza-se que o PAC seja feito através de tomada de decisão compartilhada, isto é, a equipe de saúde deve ter uma escuta ativa, entender como o paciente e a família estão compreendendo o processo de adoecimento, buscar ouvir sobre a história de vida do paciente, quais são as coisas que mais importam para ele e o que faz com que a sua vida tenha sentido. Além disso, os profissionais (mais frequentemente o médico) devem prover o paciente com informações sobre seu diagnóstico, prognóstico, opções de tratamento e riscos e benefícios de cada uma delas.

A ideia é que unindo as informações biográficas e de valores do paciente às questões técnicas do cuidado se construa um planejamento de cuidados individualizado e que faça sentido para aquela pessoa, tanto em termos de medicina baseada em evidências, como em termos pessoais.

O principal objetivo do PAC é garantir que, à medida em que o quadro clínico avance, o paciente receba tratamentos e cuidados de saúde em consonância com as suas preferências (D'Alessandro, 2023).

A princípio, todo paciente com DRC teria, em menor ou maior grau, indicação de cuidados paliativos, principalmente aqueles que estão nos estágios mais avançados da doença, em diálise ou não (Figura 16). Portanto, para diagnosticar as necessidades de cuidados paliativos de um paciente com DRC em qualquer estágio, devemos explorar e implementar estratégias estabelecidas da medicina paliativa. É fundamental que a integração benéfica das estratégias e ações da medicina paliativa (Quadro 12) comece cedo, e continue ao longo da trajetória da doença renal.

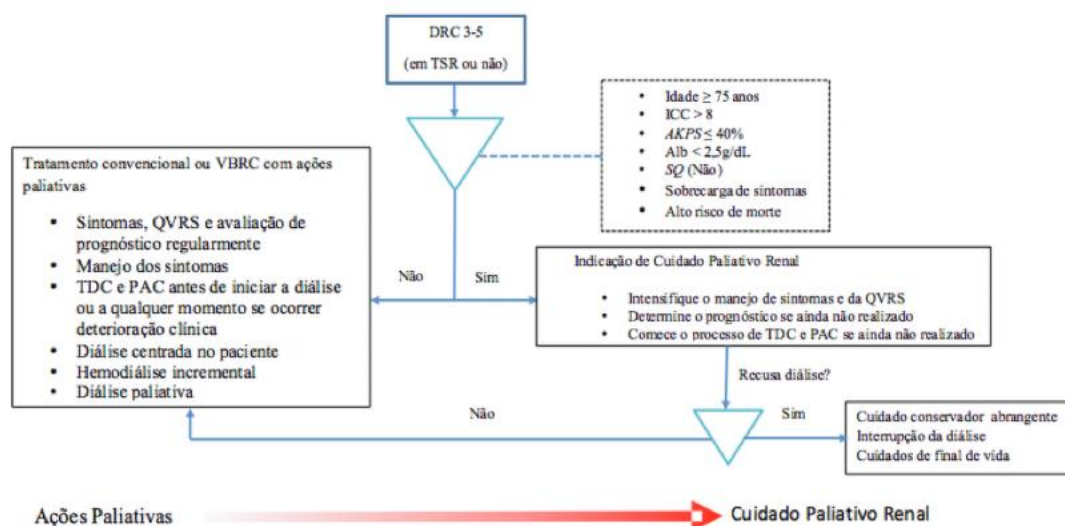


Figura 17 – Fluxograma: Unidade de Saúde Renal com um Serviço de Cuidados Paliativos Renais

Abreviações: DRC – doença renal crônica; TRS – terapia renal substitutiva; QVRS – qualidade de vida relacionada à saúde; TDC – tomada de decisão compartilhada; PCA – planejamento de cuidados avançados; ICC – índice de comorbidades de Charlson; AKPS – Escala Australiana Modificada de Desempenho de Karnofsky; Alb – albumina; SQ – pergunta surpresa: “Você se surpreenderia se esse paciente viesse à óbito nos próximos seis meses?”; VBRC – Cuidados Renais Baseados em Valor. Adaptado de Scherer Js et al.

Quadro 12: Estratégias e ações nos Cuidados Paliativos Renais

Estratégia	Ação
Manejo dos sintomas e qualidade de vida	Avaliar sintomas regularmente usando ferramentas validadas e adotar medidas efetivas de controle.
Prognóstico	Avaliar o prognóstico regularmente usando ferramentas validadas
Comunicação	Estabelecer comunicação centrada no paciente e explorar os valores e preferências dos pacientes
Tomada de decisão compartilhada	Promover a tomada de decisão compartilhada dentre as opções de terapia renal substitutiva, incluindo a diálise e o controle não-dialítico da doença renal crônica.
Planejamento de cuidados avançados	Considerar antecipadamente os valores e preferências do paciente sobre cuidados indesejáveis quando eles perdem a capacidade de tomar decisões próprias e objetivos realistas de

	vida que eles gostariam de realizar. Diretrizes avançadas sobre testamento serão parte desse processo
Cuidados conservadores abrangentes	Avaliar, selecionar e prover cuidados conservadores abrangentes a indivíduos que têm pouca probabilidade de se beneficiar da diálise.
Diálise centrada no paciente	Personalizar o tratamento e prove-lo com dignidade, compaixão e respeito para com os valores e preferências do paciente.
Hemodiálise incremental	Implementar HD incremental segundo os valores da função renal residual para reduzir a carga do tratamento
Diálise Paliativa	Implementar diálise paliativa ou de “conforto” e personaliza-la às necessidades de cada paciente individualmente para assim otimizar a qualidade de vida e minimizar o desconforto do tratamento.
Descontinuação da diálise	Descontinuação da diálise
Cuidados no fim da vida	Considerar as preferências do paciente no tocante aos cuidados no fim da vida quando a expectativa de vida for menor do que 12 meses.

HD: hemodiálise. Fonte: Tavares *et al.*, 2021

Considerando que os pacientes com DRC apresentam uma média de 6 a 20 sintomas simultâneos, e que podem ter interações importantes (como prurido e insônia), estabelecer estratégias para melhor a qualidade de vida nestes pacientes é de fundamental importância (Tabela 1).

Tabela 01: Manejo de sintomas em pacientes DRC e critérios de paliatividade.

Sintoma	Medicação	Comentários
Dor	1. Dor discreta (1-3) – Dipirona ou Paracetamol (max. 3g/dia)	Avaliar a causa da dor. Redução de 20-30% na intensidade da dor é suficiente para melhorar a QVRS.
	2. Dor moderada (4-6) - Tramadol com dose reduzida. Sob diálise 50-100mg 2x/d (dose máxima). Em conservador 5-50mg 2x/d (dose máxima). Alguns autores recomendam pular o passo 2 na DRC.	Administrar medicação analgésica segundo os princípios WHO: via oral, no horário, para o indivíduo, na escala e com atenção aos detalhes.
	3. Dor severa (7-10) - Fentanil, Buprenorfina, Hidromorfona e Metadona são consideradas seguras. Começar com doses menores.	Dor neuropática ou mista exige outras classes de medicação, como ISRS, TCAs e Gabapentinóides.
Prurido urêmico	Gabapentina	Remover outras causas de prurido.
	DRC estágios 3 e 4 – começar com 50-100 mg 1 – 2 h antes de dormir	Hidratante é aconselhável.
	DRC estágio 5 – começar com 100mg em noites alternadas	
	Diálise – começar com 100mg após cada sessão e acompanhar para checar eficácia e efeitos colaterais	
Síndrome das pernas inquietas	Gabapentina – como acima	Se o paciente tiver prurido urêmico e câimbra, preferir gabapentina.
	Agonista dopaminérgico - ropinirol 0.5mg à noite ou pramipexol 0.25mg à noite. Se o paciente tiver prurido urêmico e câimbra, preferir gabapentina.	
Náusea e vômito	Primeira linha: ondansetrona 4 – 8 mg a cada 8h se necessário.	Multifatorial na origem. A metoclopramida age como antiemético central e periférico (gastroparesia diabética e urêmica).
	Segunda linha: Metoclopramida 2.5 a cada 8h se necessário e antes das refeições.	
	Terceira linha: olanzapina 2.5 mg a cada 8h se necessário ou haloperidol 0.5mg a cada 8h se necessário.	
Constipação	Bisacodil ou Senna	Acrescentar fibras à dieta.
		Verificar medicações que causem constipação.
Dispneia	Hidromorfona – começar com 0,5mg 4x/d e aumentar, se tolerado	Descartar causas reversíveis
	Morfina 2.5mg 4x/dia por 2 a 3 dias	
Anorexia	Remover precipitantes	Multifatorial
	Revisar a dieta	
	Suplementos	
Fadiga	Tratar as causas reversíveis	Multifatorial
Ansiedade	Aconselhamento	Multifatorial
	Avaliação por Psicólogo/Psiquiatra	
Depressão	Se houver ataques de pânico, considere Benzodiazepínicos - Lorazepam 0,5mg a 1mg.	Difícil diagnosticar porque os sintomas de depressão parecem aqueles da DRT. Considerar avaliação psiquiátrica.
	Alguns ISRS, tais como o Citalopram, Fluoxetina e a Sertralina são seguros para uso na DRC	
Distúrbio do sono	Avaliar a causa cuidadosamente tratar a causa	Na suspeita da apnéia do sono - polissonografia
	Temazepam 10-20 mg à noite	

ISRS, Inibidores seletivos da recaptção da serotonina. Adaptado de Davison SN et al (ref. 50)

Fonte: Tavares *et al.*, 2021

Para informações complementares e aprofundadas sobre o Cuidado Paliativo em DRC, sugerimos a consulta do Manual de Cuidados Paliativos, do Ministério da Saúde, no link [manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao \(www.gov.br\)](http://manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao.www.gov.br) e o artigo de revisão do Jornal Brasileiro de Nefrologia: “Cuidados de suporte renal: uma atualização da situação atual dos cuidados paliativos em pacientes com DRC” (Tavares et al., 2021).

## 9 VIGILÂNCIA SANITÁRIA E MONITORAMENTO

O gerenciamento de risco sanitário é a aplicação sistêmica e contínua do conjunto de procedimentos, condutas e recursos, com vistas à análise qualitativa e quantitativa dos potenciais eventos adversos que podem afetar a segurança sanitária, a saúde humana, a integridade profissional e o meio ambiente, a fim de identificar, avaliar e propor medidas sanitárias apropriadas à minimização dos riscos.

Conforme o Art. 6º da Resolução RDC/ANVISA nº153/2017, a definição do grau de risco das atividades econômicas sujeitas à vigilância sanitária deve observar critérios relativos à natureza das atividades, aos produtos e insumos relacionados às mesmas e à frequência de exposição aos produtos ou serviços, cabendo atualização sempre que o contexto sanitário demandar, considerando, entre outros fatores, a atualização da tabela de CNAE - Classificação Nacional de Atividades Econômicas - pela Concla/IBGE.

Para efeito de licenciamento sanitário, adota-se a seguinte classificação do grau de risco das atividades econômicas, segundo quadro abaixo:

Quadro 13 - Classificação do grau de risco sanitário das atividades econômicas

<b>Baixo risco - Nível de Risco I</b>	atividades econômicas que não dependem de licença sanitária para o exercício contínuo e regular da atividade, ficando sujeitas às ações pós-mercado e à fiscalização posterior do funcionamento da empresa e do exercício da atividade econômica;
---------------------------------------	---



<b>Médio risco - Nível de Risco II</b>	atividades econômicas que dependem de licença sanitária para o exercício contínuo e regular da atividade e que comportam inspeção sanitária posterior ao início do funcionamento da empresa, sendo emitida licença provisória pelo órgão competente para início de seu funcionamento;
<b>Alto risco - Nível de Risco III</b>	atividades econômicas que dependem de licença sanitária para o exercício contínuo e regular da atividade, a qual será obtida após inspeção sanitária ou análise documental pelo órgão competente..

Fonte: Anvisa, 2022

A Vigilância Sanitária (VISA) tem como missão a proteção e promoção à saúde da população e defesa da vida. Para cumpri-la, deve ter uma interação muito grande na sociedade. Por este motivo, a Vigilância Sanitária deve procurar uma participação efetiva na rede de Controle Social do SUS, contando com a colaboração dos Conselhos de Saúde para as suas ações. O Conselho de Saúde, além de contribuir no acompanhamento das políticas direcionadas às ações de Vigilância Sanitária, pode ser um importante parceiro nos objetivos deste serviço.

O governo tem a obrigação de promover e proteger a saúde da população. Para isto ele diz quais são as regras, as normas que devem ser consideradas e respeitadas na produção, uso e circulação de produtos que apresentam algum tipo de risco para a saúde das pessoas:

- Riscos ambientais: água (consumo e mananciais hídricos), esgoto, lixo (doméstico, industrial, hospitalar), vetores e transmissores de doenças (mosquitos, barbeiro, animais), poluição do ar, do solo e de recursos hídricos, transporte de produtos perigosos, etc;
- Riscos ocupacionais: processo de produção, substâncias, intensidades, carga horária, ritmo e ambiente de trabalho;

- Riscos iatrogênicos: (decorrentes de tratamento médico e uso de serviços de saúde) medicamentos, infecção hospitalar, sangue e hemoderivados, radiações ionizantes, tecnologias médico-sanitárias, procedimentos e serviços de saúde;
- Riscos institucionais: creches, escolas, clubes, hotéis, motéis, portos, aeroportos, fronteiras, estações ferroviárias e rodoviárias, salão de beleza, saunas, etc;
- Riscos sociais: transporte, alimentos, substâncias psicoativas, violências, grupos vulneráveis, necessidades básicas insatisfeitas.

A Subsecretaria de Vigilância em Saúde da SESA-ES, elaborou um Catálogo de Atividades Econômicas Sujeitas à Vigilância Sanitária (CAE-VISA), que está em sua 4ª Edição e possui informações sobre o enquadramento de estabelecimentos sujeitos à VISA, no Estado do Espírito Santo. Os Serviços de Diálise e Nefrologia são classificados com o código 8640-2/03.

Quadro 14 – Código para os serviços de Diálise e Nefrologia

8640-2/03 – SERVIÇOS DE DIÁLISE E NEFROLOGIA		
GRAU DE RISCO	APROVAÇÃO	DE PROJETO
Alto risco	<b>ARQUITETÔNICO</b>	
Prevista em legislação		
<b>Compreende:</b>		
- os serviços destinados ao tratamento de pacientes com doença renal crônica nas modalidades hemodiálise e diálise peritoneal.		
<b>Não compreende:</b>		
- os serviços de atendimento a pacientes renais agudos em pronto-socorros e UTIs (8610-1/02)		

Fonte: Catálogo de Atividades Econômicas Sujeitas à Vigilância Sanitária, Subsecretaria de Vigilância Sanitária do Espírito Santo, 4ª Edição (<https://saude.es.gov.br/visa/publicacao>).

Toda abertura de um Centro de Atendimento em Nefrologia necessita de vistoria prévia da VISA, que objetiva verificar e promover a adesão às Normas e aos Regulamentos técnicos vigentes, avaliar as condições de funcionamento e identificar os riscos e os danos à saúde dos usuários, trabalhadores e ao meio ambiente. Mediante cumprimento de todas as exigências determinadas por lei, o estabelecimento receberá o Alvará Sanitário.

Uma das ações adotadas pela ANVISA em 2022 foi a publicação da NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/Anvisa Nº 01/2022, sobre o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e Resistência Microbiana (RM) em Serviços de Diálise, que objetiva fornecer orientações gerais para a notificação nacional de indicadores de IRAS em diálise, esclarecer como deve ser feita a vigilância e notificação dos dados dos serviços de diálise e sinalizar quais foram as alterações do formulário de notificação dos dados de diálise em relação ao formulário do ano anterior. A notificação dos dados de IRAS é obrigatória para os serviços de diálise que realizam tratamento dialítico em pacientes com doença renal crônica inscritos no Programa de hemodiálise ou diálise peritoneal ambulatoriais e deve ser realizada mensalmente até o 15º dia do mês subsequente ao mês de vigilância. Os indicadores estão listados no Anexo I e serão itens obrigatórios para a nova contratualização.

Os indicadores assistenciais do ANEXO 1, determinados pela Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 setembro de 2017 serão utilizados para avaliação dos Centros Especializados em Nefrologia – TRS e serão fornecidos mensalmente aos fiscais de contrato de cada Superintendência de Saúde ou à Subsecretaria do estado de Contratualização para serem analisados quadrimestralmente nas Reuniões da Câmara Técnica.

## **10. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA ESTADUAL**

O Projeto Farmácia Cidadã surgiu da necessidade de ampliar o acesso aos medicamentos e de aprimorar a qualidade dos serviços ofertados aos usuários de medicamentos de alto custo do estado, pois as condições das farmácias antigas eram deficientes.

Esse projeto vem trazer ao estado um conceito moderno em farmácia pública com maior disponibilidade de medicamentos, estrutura física adequada, ambiente climatizado, atendimento farmacêutico especializado, informatização e desburocratização, além da disponibilização de serviços pela internet e comunicação via torpedo. Com isso, pretendemos proporcionar melhoria da

humanização, agilidade, com ênfase na qualidade no atendimento prestado aos usuários dos medicamentos, além de ampliar o acesso aos tratamentos.

Os medicamentos disponíveis nas Farmácias Cidadãs Estaduais pertencem ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) que consiste em uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em publicados Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicadas pelo Ministério da Saúde.

### 10.1 - Abertura de Processo para Solicitação de Medicamentos

Para abertura do processo para Solicitação de Medicamentos, o paciente ou responsável legal deverá comparecer a uma Farmácia Cidadã Estadual de referência de seu município residente, portando os seguintes documentos:

- cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento
- cópia do CPF (obrigatório)
- cópia do comprovante de residência atual
- cópia do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS (solicitar na rede municipal de saúde)
- Procuração, para representantes de usuários. Levar documento de identificação com a mesma assinatura da procuração e cópia do documento de identidade do representante. [Clique aqui para o Modelo de Procuração.](#)
- **Receita Médica** - em duas vias, contendo o nome genérico do medicamento, concentração, posologia, tempo de tratamento, quantitativo mensal, carimbo, assinatura e data
- LME - Laudo para Solicitação/Autorização de Medicamentos do Componente Especializado. É obrigatório o preenchimento de todos os campos pelo médico. ([Clique aqui para preenchimento eletrônico](#))
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade datado, carimbado e assinado pelo médico e pelo paciente
- Exames necessários para abertura de processos e continuidade de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

Após abertura do processo, a solicitação será encaminhada para uma Comissão de Farmacologia e Terapêutica para avaliação dos documentos

anexados, conforme os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Caso preencha os critérios de inclusão, a solicitação será autorizada para posterior dispensação do medicamento. Para continuidade do tratamento deverá ser feito pedido de renovação a cada três meses.

### **MEDICAÇÕES PADRONIZADAS DISPONÍVEIS PARA PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA/TRANSPLANTE RENAL**

- Alfapoetina/ Eritropoetina -1
- Atorvastatina
- Sacarato de hidróxido de ferro III
- Calcitriol
- Cinacalcete
- Inibidores de SGLT2 – aguardando posicionamento do MS, em publicar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para normatizar seu fornecimento e inserir este procedimento na Tabela de SIGTAP.
- Desferroxamina
- Paracalcitol
- Sevelamer
- Azatioprina
- Ciclosporina
- Everolimo
- Hidroxicloroquina
- Metilprednisolona
- Metotrexato
- Micofenolato mofetil
- Micofenolato sódico
- Sirolimo
- Imunoglobulina Humana
- Tacrolimo

Link: <https://farmaciacidade.es.gov.br/documentacao-necessaria-para-abrir-processo-de-medicamento>

**Coordenação das Farmácias Cidadãs Estaduais:** Sarah Campo Dall'Orto  
Martins e Taisla Soprani.

**Telefone:** (27)3636-8417e3636-8418

**E-mail:** [geaf.farmaciacidada@saude.es.gov.br](mailto:geaf.farmaciacidada@saude.es.gov.br)

## 11. SAÚDE BUCAL

As ações de saúde bucal foram incluídas na estratégia do Programa de Saúde da Família, em 2000, Portaria GM/MSNº 1.444, que estabelece incentivo financeiro para reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios, por meio do PSF. As pessoas com DRC são acometidas por intercorrências sistêmicas, incluindo alterações odontológicas.

A doença periodontal é uma infecção e doença inflamatória dos tecidos de sustentação dentária, osso alveolar e ligamento periodontal. Sua principal característica clínica é a perda da inserção, acompanhada principalmente pela bolsa periodontal, e alterações na densidade e no nível do osso alveolar subjacente (Dyke; Serhan, 2003)(Borawski et al., 2007).

Várias doenças hematológicas e genéticas têm sido associadas ao desenvolvimento da periodontite e à progressão da doença. Estudos sobre a patogênese da doença periodontal têm mostrado a presença de bactérias patogênicas por componentes bacterianos como lipopolissacarídeos e endotoxinas que podem desencadear uma resposta imune inflamatória caracterizada pela liberação de mediadores inflamatórios que são os principais fatores associados à destruição do tecido periodontal. A doença periodontal foi avaliada como aquela com potenciais fatores de risco para mortalidade de pacientes em hemodiálise. Observamos microrganismos gram-negativos derivados da infecção periodontal, como *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Actinomyces actinocetomicomitans* e *Prevotella intermedia* na corrente sanguínea e concluímos que a periodontite pode contribuir significativamente na evolução de doenças sistêmicas.

Os pacientes renais crônicos precisavam ter seu risco avaliado e receber o diagnóstico correto da doença periodontal para realizar um planejamento

adequado e terapia de manutenção. O modelo de avaliação do risco da doença periodontal tem como objetivo avaliar a suscetibilidade, a progressão e o prognóstico de uma doença em cada indivíduo (Sedý *et al*, 2010) (Vilela *et al*, 2011) (Kadiroglu *et al*, 2006) (Armitage, 1999).

Os pacientes com DRC e transplantados renais requerem atenção odontológica e orientação sobre higiene oral, por isto o Cirurgião dentista se torna um membro essencial para a equipe de saúde.

A seguir, listamos algumas orientações referentes à prática diária no atendimento odontológico à pessoa com DRC:

Quadro 15 – Orientações referentes à prática diária no atendimento odontológico à pessoa com DRC

<p><b>Anamnese</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detalhada</li> <li>• Fatores de risco para sangramento</li> <li>• Presença ou não de fístula ou cateter</li> <li>• Dias da diálise e dos e de heparina utilizada na sessão de HD</li> <li>• Diálise peritoneal.</li> <li>• Consulta com nefrologista há mesmo 3 meses antes de procedimentos invasivos odontológicos.</li> <li>• Uso de medicações</li> <li>• Assegurar que o médico nefrologista assegure que o controle metabólico esteja adequado (níveis de fósforo, potássio, ureia, adequação de diálise, acidose)</li> </ul>
<p><b>Exame Físico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HAS: Pode agravar sangramento se hipertensão não controlada.</li> <li>• Anemia: Risco de complicações pós-operatórias</li> </ul>
<p><b>Manifestações bucais na DRC</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palidez mucosa bucal – anemia → solicitar hemograma</li> <li>• Gengivite ulcerativa necrotizante</li> <li>• Úlceras (estomatite urêmica)</li> <li>• Halitose: excesso de uréia na saliva</li> <li>• Aumento das parótidas</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puberdade: hipoplasia do esmalte, crescimento mandibular , mal oclusão e erupção tardia dos dentes.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Aspectos farmacológicos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atentar para medicações que são de eliminação renal, pois se acumulam no organismo e há necessidade de correção da dose da medicação.</li> <li>• Evitar uso de AINES (anti-inflamatórios não hormonais), usar preferencialmente, dipirona, paracetamol, tramadol.</li> <li>• Atentar para antibiótico mais adequado ao paciente, correto é sugerir orientação ao nefrologista.</li> <li>• Anestésicos locais não estão contraindicados, mas deve-se ter cautela com seu uso de reduzir a dose.</li> <li>• Suspende AAS 1 semana antes do procedimento dentário;</li> <li>• Pacientes em uso de anticoagulantes orais devem ter avaliação do risco/benefício de interromper medicação oral, e se alto risco de trombose, preciosa de consulta com orientação hematológica. Pode ser tele consultoria.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Doenças</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biofilme e cálculo dentário - Devido ao baixo fluxo salivar, há um aumento do pH, diminuindo o magnésio salivar, levando a alta concentração de ureia e fósforo na saliva, e conseqüente precipitação de cálcio, fósforo e oxalato de cálcio, fazendo que aumente a probabilidade de acúmulo de biofilme dentário e rápida formação de cálculo, agravados, principalmente, pela falta de higiene bucal.</li> <li>• Cárie - Mesmo que os pacientes com DRC tenham uma dieta rica em carboidratos, devido à restrição de proteínas, estudos evidenciam que a prevalência de cárie nesses pacientes é menor. Esse fato pode ser explicado pela alta concentração de amônia na cavidade bucal, resultante da hidrólise da ureia, que também está em nível elevado, o que gera alcalinidade na saliva, aumentando sua capacidade tampão, inibindo a formação de placa bacteriana e o crescimento das bactérias cariogênicas. Entretanto o aumento dessa concentração causa odor característico, altera o paladar e/ou gosto metálico.</li> </ul>



- Halitose: Pacientes com DRC é muito comum a presença de hálito urêmico, devido à retenção de ureia e outros metabolitos não eliminados pelos rins, devido a sua incapacidade de retirar essa ureia do sangue, aumentando, assim, sua concentração na saliva, sendo convertida em amônia e, por vezes, podendo até apresentar odor semelhante a urina no hálito. Além da halitose frequente, podem apresentar gosto alterado ou metálico na cavidade bucal. Pacientes que realizam hemodiálise 3 vezes por semana, durante 4 horas, exalam uma maior quantidade de ureia pela boca.
- Xerostomia: Sensação de boca seca, a xerostomia, possui várias causas nos pacientes acometidos com DRC, dentre elas a redução da ingestão de líquidos (para se manter um nível apropriado de equilíbrio hídrico), envolvimento das glândulas salivares, respiração bucal, uso de medicamentos como antidepressivos e anti-hipertensivos, além de problemas de circulação pulmonar. Tal alteração pode aumentar o risco de cárie, disfagia, infecções por cândida, doença periodontal, ulcerações, lábios secos e fissurados, perda do paladar, dificuldade de fala e na retenção das próteses totais e na mastigação.
- Hiperplasia gengival: Ela pode ser induzida pelo uso de alguns medicamentos utilizados pelo paciente com DRC, como os anti-hipertensivos e drogas imunossupressoras como a ciclosporina, esta última, usada principalmente pelos indivíduos que serão submetidos a um transplante renal ou que estão no estágio final da doença, sempre associados a uma higiene bucal deficiente. Essa alteração não só causa uma aparência desagradável como também pode retardar a erupção dos dentes ou causar a erupção em posição anormal, trazendo problemas na fala, sensibilidade gengival e dificultando a higiene bucal, que já se encontra deficitária.
- Infecções bucais: Infecções bucais têm maior incidência nos pacientes onde a IR está mais avançada, os que já possuem baixa imunidade e os transplantados, os quais estão sob terapia

	<p>vão apresentar, pelo menos, uma alteração bucal, sendo as mais comuns as candidoses, as infecções herpéticas e as virais, especialmente, da família do citomegalovírus. A candidíase é a infecção que acomete com maior frequência os pacientes transplantados devido à queda da imunidade gerada pelo uso de imunossuppressores, podendo surgir nas formas pseudomembrana, eritematosa e atrófica. Alguns fatores encontrados nos pacientes com DRC podem aumentar o risco como xerostomia, má- higiene bucal, diabetes, idade avançada, uso de prótese total, atrofia de papilas linguais e queilite angular</p>
<p><b>Anticoagulação</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A heparina tem uma meia vida curta de aproximadamente duas a quatro horas. Nos pacientes que já se encontram em programa de diálise interativa e que deverão se submeter a cirurgias orais eletivas, estas deverão ser realizadas no dia seguinte ao tratamento da diálise. Isso permite que a heparina utilizada durante a diálise seja metabolizada e que o paciente esteja em melhor estado fisiológico quanto ao volume intravascular e aos produtos metabólicos resultantes (Lopes, 2012).</li> </ul>
<p><b>Segurança para procedimento odontológico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fazer uso de bochechos prévios de clorexidina 0,12%, para controle microbiano e eliminação de todos os possíveis focos de infecção local para não gerar comprometimentos sistêmicos.</li> <li>• A sedação com ansiolítico pode gerar um grande conforto a esse paciente, visto que muitos portadores de DRC possuem hipertensão, diminuindo assim a ansiedade gerada no atendimento odontológico. Por isso, em todas as consultas antes de qualquer procedimento deve-se verificar a pressão arterial do paciente, garantindo um atendimento seguro.</li> <li>• qualquer procedimento invasivo deve ser realizado no dia seguinte a hemodiálise, pois durante este procedimento é utilizada a heparina, um anticoagulante, que tem a meia-vida de quatro horas, sendo assim, o mais seguro, para evitar a ocorrência de sangramento excessivo, é programar os procedimentos mais invasivos para o dia posterior à hemodiálise.</li> <li>• Pacientes com DRC deve-se ter muito cuidado em relação ao uso de anestésicos locais, visto que</li> </ul>

são incapazes de realizar a filtração, fazendo com que haja um potencial de toxicidade maior. Por isso, a lidocaína é o anestésico de eleição, uma vez que é metabolizado no fígado.

- Cautela deve ocorrer com o uso de medicamentos, deve-se dar prioridade pela metabolização hepática, além de redução das doses e com maior intervalo entre uma dose e outra. Deve-se evitar os AINEs e a aspirina, que apresenta nefrotoxicidade e ação antiplaquetária aumentando o risco de sangramento, diminuindo assim a função renal. Antibióticos, como a tetraciclina, aumentam os níveis de nitrogênio urêmico no sangue.
- Pacientes que se encontram na fila para o transplante renal, devem ter o seu tratamento odontológico concluído, pois do contrário, ele pode perder a vez na fila, pois o sucesso do transplante também tem total influência sobre essa condição. Já para os pacientes transplantados o atendimento odontológico eletivo deve ser realizado após seis meses do transplante renal. Para os procedimentos odontológicos que tenha um grande sangramento, é aconselhável realizar a profilaxia antibiótica.
- Monitorar a P.A. do paciente no início, durante e ao fim da consulta, porém caso o CD identifique alguma alteração durante o atendimento, o mesmo deverá parar o atendimento e realizar as devidas providências. Evitar verificar a P.A. no braço da fístula da diálise (Niccioli *et al.*, 2021)

## **12. FINANCIAMENTO**

### **12.1. CUSTEIO**

Na média Complexidade, os procedimentos serão financiados pelo Ministério da Saúde, segundo valores estabelecidos na tabela do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), os quais são pagos a partir da apresentação dos serviços realizados.

Na Alta Complexidade os Serviços de Nefrologia serão financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), através da apresentação dos serviços produzidos, seja por apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e/ou Autorização de Procedimento de 4 PLANO ESTADUAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA 2015 Alta Complexidade (APAC), conforme valores definidos nas tabelas dos sistemas de Informações Ambulatoriais e/ou Hospitalares do SUS (SIA ou SIH/SUS).

## 12.2 - PROJEÇÃO DE RECURSOS A SEREM UTILIZADOS DE ACORDO COM A ESTRATIFICAÇÃO DA DRC

Quadro 16 - Projeção de recursos a serem utilizados de acordo com a estratificação da DRC

ÍTEMS DE PROGRAMAÇÃO: PROCEDIMENTOS/AGREGADOS	DADOS POPULACIONAIS		CONCENTRAÇÃO	COBERTURA POPULACIONAL %	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POPULAÇÃO TOTAL	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POPULAÇÃO SUS DEPENDENTE	TEM DE PROGRAMAÇÃO INDIVIDUAL/ AGREGADO	VALOR UNITÁRIO SIGTAP
	PARÂMETRO	NÚMERO POPULACIONAL						
<b>I ESTÁGIO 1 TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR (&gt; OU = 30 ml/min/1,73 m2)</b>								
<b>PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b>								
0205020054 ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	1 exame/ano	43775	1	100,00	43775	34842	INDIVIDUAL	24,2
0205020046 ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (rins e vias urinárias)	1 exame/ano	43775	1	100,00	43775	34842	INDIVIDUAL	37,95
0202050017 ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	1 exame/ano	43775	1	100,00	43775	34842	INDIVIDUAL	3,7
0202050032 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	1 exame/ano	43775	1	100,00	43775	34842	INDIVIDUAL	8,12
0202050114 DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA 24 HORAS)	1 exame/ano	43775	1	100,00	43775	34842	INDIVIDUAL	2,04
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	1 exame/ano	43775	1	100,00	43775	34842	INDIVIDUAL	1,85
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	1 exame/se anémia		1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	15,59
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	1 exame/se anémia		1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	4,12
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	1 exame/ano	43775	1	100,00	43775	34842	INDIVIDUAL	1,85
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	1 exame/ano/diabético		1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	7,86
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS	1 exame/ano	43775	1	100,00	43775	34842	INDIVIDUAL	3,51
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1 exame/ano	43775	1	100,00	43775	34842	INDIVIDUAL	1,85
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	1 exame/ano	43775	1	100,00	43775	34842	INDIVIDUAL	3,51
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	1 exame/ano	43775	1	100,00	43775	34842	INDIVIDUAL	3,51
<b>PROCEDIMENTOS CLÍNICOS</b>								
0301010064 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA	1 consulta/ano	43775	1	100,00	43775	34842	INDIVIDUAL	0
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ENFERMEIRO	1 consulta/ano	43775	1	100,00	43775	34842	INDIVIDUAL	0
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) NUTRICIONISTA	1 consulta/ano	43775	1	100,00	43775	34842	INDIVIDUAL	0
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) PSICÓLOGO	1 consulta/ano	43775	1	100,00	43775	34842	INDIVIDUAL	0
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ASSISTENTE SOCIAL	1 consulta/ano	43775	1	100,00	43775	34842	INDIVIDUAL	0
0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (225103 Médico nefrologista)	1 consulta/ano se RAC>1g/g		1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	10

ÍTEM DE PROGRAMAÇÃO: PROCEDIMENTOS/AGREGADOS	VALOR AMBULATORIAL OU HOSPITALAR TOTAL	VALOR AMBULATORIAL OU HOSPITALAR TOTAL SUS DEPENDENTE	Total ES		Ajuste Necessidade P/ Programação			
			Físico	Financeiro	POP SUS DEP / 3		POP SUS AJUSTE PRODUÇÃO	
<b>I ESTÁGIO 1 TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR (&gt; OU = 90 ml/min/1,73 m2)</b>								
<b>PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b>								
0205020054 ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	1204550,81	843185,57	34842	843185,57	11614	281.061,86	11614	281.061,86
0205020046 ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (rim e vias urinárias)	1888954,68	1322268,28	34842	1322268,28	11614	440.756,09	11614	440.756,09
0202050017 ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	184166,86	128916,80	34842	128916,80	11614	42.972,27	11614	42.972,27
0202050032 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	404171,60	282920,12	34842	282920,12	11614	34.306,71	11614	34.306,71
0202050114 DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA 24 HORAS)	101540,65	71078,45	34842	71078,45	11614	23.692,82	11614	23.692,82
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	92083,43	64458,40	34842	64458,40	11614	21.486,13	11614	21.486,13
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	92083,43	64458,40	34842	64458,40	11614	21.486,13	11614	21.486,13
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICÉRIDEOS	174709,64	122296,75	34842	122296,75	11614	40.765,58	11614	40.765,58
0202010235 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	92083,43	64458,40	34842	64458,40	11614	21.486,13	11614	21.486,13
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	174709,64	122296,75	34842	122296,75	11614	40.765,58	11614	40.765,58
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	174709,64	122296,75	34842	122296,75	11614	40.765,58	11614	40.765,58
<b>PROCEDIMENTOS CLÍNICOS</b>								
0301010064 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA	0	0	34842	0	11614	0	11614	0
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ENFERMEIRO	0	0	34842	0	11614	0	11614	0
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) NUTRICIONISTA	0	0	34842	0	11614	0	11614	0
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) PSICÓLOGO	0	0	34842	0	11614	0	11614	0
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ASSISTENTE SOCIAL	0	0	34842	0	11614	0	11614	0
0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (225108 Médico nefrologista)	0	0	0	0	0	0	0	0

ÍTEM DE PROGRAMAÇÃO: PROCEDIMENTOS/AGREGADOS	DADOS POPULACIONAIS		CONCENTRAÇÃO	COBERTURA POPULACIONAL %	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POPULAÇÃO	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POPULAÇÃO SUS	ITEM DE PROGRAMAÇÃO INDIVIDUAL/ AGREGADO	VALOR UNITÁRIO SIGTAP
	PARÂMETRO	NÚMERO POPULACIONAL						
<b>II ESTÁGIO 2 TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR (89-60 ml/min/1,73 m2)</b>								
<b>PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b>								
0205020046 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (rins e vias urinárias)	1 exame/fano	81982,068	1	100,00	81.982	57.387	INDIVIDUAL	37,95
0202050017 ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	1 exame/fano	81982,068	1	100,00	81.982	57.387	INDIVIDUAL	3,70
0202050092 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	1 exame/fano	81982,068	1	100,00	81.982	57.387	INDIVIDUAL	8,12
0202050025 CLEARANCE DE CREATININA	1 exame/fano	81982,068	1	100,00	81.982	57.387	INDIVIDUAL	3,51
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	1 exame/fano	81982,068	1	100,00	81.982	57.387	INDIVIDUAL	1,85
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	1 exame/fano/diabético		1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	7,86
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS	1 exame/fano	81982,068	1	100,00	81.982	57.387	INDIVIDUAL	3,51
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1 exame/fano	81982,068	1	100,00	81.982	57.387	INDIVIDUAL	1,85
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	1 exame/fano	81982,068	1	100,00	81.982	57.387	INDIVIDUAL	3,51
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	1 exame/fano	81982,068	1	100,00	81.982	57.387	INDIVIDUAL	3,51
<b>PROCEDIMENTOS CLINICOS</b>								
0301010064 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA	1 consulta/fano	81982,068	1	100,00	81.982	57.387	INDIVIDUAL	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BASICA (EXCETO MÉDICO) ENFERMEIRO	1 consulta/fano	81982,068	1	100,00	81.982	57.387	INDIVIDUAL	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BASICA (EXCETO MÉDICO) NUTRICIONISTA	1 consulta/fano	81982,068	1	100,00	81.982	57.387	INDIVIDUAL	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BASICA (EXCETO MÉDICO) PSICÓLOGO	1 consulta/fano	81982,068	1	100,00	81.982	57.387	INDIVIDUAL	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BASICA (EXCETO MÉDICO) ASSISTENTE SOCIAL	1 consulta/fano	81982,068	1	100,00	81.982	57.387	INDIVIDUAL	0,00
0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (225109 Médico nefrologista)	1 consulta/fano se RAC > 1g/g	81982,068	1	100,00	81.982	57.387	INDIVIDUAL	10,00

ÍTEM DE PROGRAMAÇÃO: PROCEDIMENTOS/AGREGADOS	VALOR AMBULATORIAL OU HOSPITALAR TOTAL	VALOR AMBULATORIAL OU HOSPITALAR TOTAL SUS	Total ES		Ajuste Necessidade P/ Programação			
			Físico	Financeiro	POP SUS DEP / 3		POP SUS AJUSTE PRODUÇÃO	
<b>II ESTAGIO 2 TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR (60-89 ml/min/1,73 m2)</b>								
<b>PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b>								
0205020046 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (rins e vias urinárias)	3111219,481	2177853,636	57387,4476	2177853,636	19.129	725.951,21	19.129	725.951,21
0202050017 ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	303333,6516	212333,5561	57387,4476	212333,5561	19.129	70.777,85	19.129	70.777,85
0202050092 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	665694,3922	465986,0745	57387,4476	465986,0745	19.129	155.328,69	19.129	155.328,69
0202050025 CLEARANCE DE CREATININA	287757,0587	201429,9411	57387,4476	201429,9411	19.129	67.143,31	19.129	67.143,31
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	151666,8258	106166,7781	57387,4476	106166,7781	19.129	35.388,93	19.129	35.388,93
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	287757,0587	201429,9411	57387,4476	201429,9411	19.129	67.143,31	19.129	67.143,31
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	151666,8258	106166,7781	57387,4476	106166,7781	19.129	35.388,93	19.129	35.388,93
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	287757,0587	201429,9411	57387,4476	201429,9411	19.129	67.143,31	19.129	67.143,31
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	287757,0587	201429,9411	57387,4476	201429,9411	19.129	67.143,31	19.129	67.143,31
<b>PROCEDIMENTOS CLINICOS</b>								
0301010064 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA	0	0	57387,4476	0	19.129	0,00	19.129	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ENFERMEIRO	0	0	57387,4476	0	19.129	0,00	19.129	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) NUTRICIONISTA	0	0	57387,4476	0	19.129	0,00	19.129	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) PSICÓLOGO	0	0	57387,4476	0	19.129	0,00	19.129	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ASSISTENTE SOCIAL	0	0	57387,4476	0	19.129	0,00	19.129	0,00
0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (225109 Médico nefrologista)	819820,68	573874,476	57387,4476	573874,476	19.129	191.291,49	19.129	191.291,49



ÍTEMS DE PROGRAMAÇÃO: PROCEDIMENTOS/AGREGADOS	DADOS POPULACIONAIS		CONCENTRAÇÃO	COBERTURA POPULACIONAL %	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POPULAÇÃO	TEM DE PROGRAMAÇÃO INDIVIDUAL/ AGREGADO	VALOR UNITÁRIO SIGTAP
	PARÂMETRO	NÚMERO POPULACIONAL						
<b>III ESTÁGIO 3a TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR (45-59 ml/min/1,73 m2)</b>								
<b>PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b>								
0205020046 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (rins e vias urinárias)	1exame/ano	163.964	1	100,00	163.964	114.775	INDIVIDUAL	37,95
0202050017 ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	1exame/ano	163.964	1	100,00	163.964	114.775	INDIVIDUAL	3,70
0202050092 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	1exame/ano	163.964	1	100,00	163.964	114.775	INDIVIDUAL	8,12
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	2 exames/ano	163.964	2	100,00	327.928	229.550	INDIVIDUAL	1,85
0202050025 CLEARANCE DE CREATININA	2 exames/ano	163.964	2	100,00	327.928	229.550	INDIVIDUAL	3,51
0202010634 DOSAGEM DE URÉIA	2 exames/ano	163.964	2	100,00	327.928	229.550	INDIVIDUAL	1,85
0208040080 DETERMINAÇÃO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR	2 exames/ano	163.964	2	100,00	327.928	229.550	INDIVIDUAL	63,22
0202020371 HEMATÓCRITO	1exame/ano	163.964	1	100,00	163.964	114.775	INDIVIDUAL	1,53
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	1exame/ano	163.964	1	100,00	163.964	114.775	INDIVIDUAL	1,53
0202010600 DOSAGEM DE POTÁSSIO	1exame/ano	163.964	1	100,00	163.964	114.775	INDIVIDUAL	1,85
0202010635 DOSAGEM DE SÓDIO	1exame/ano	163.964	1	100,00	163.964	114.775	INDIVIDUAL	1,85
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	1exame/ano	163.964	1	100,00	163.964	114.775	INDIVIDUAL	1,85
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	1exame/ano/diabético		1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	7,86
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICÉRIDEOS	1exame/ano	163.964	1	100,00	163.964	114.775	INDIVIDUAL	3,51
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1exame/ano	163.964	1	100,00	163.964	114.775	INDIVIDUAL	1,85
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	1exame/ano	163.964	1	100,00	163.964	114.775	INDIVIDUAL	3,51
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	1exame/ano	163.964	1	100,00	163.964	114.775	INDIVIDUAL	3,51
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	1exame/ano	163.964	1	100,00	163.964	114.775	INDIVIDUAL	18,55
0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSA)	1exame/ano	163.964	1	100,00	163.964	114.775	INDIVIDUAL	18,55
0202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBCIGG)	1exame/ano	163.964	1	100,00	163.964	114.775	INDIVIDUAL	18,55
0202030679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTIHCV)	1exame/ano	163.964	1	100,00	163.964	114.775	INDIVIDUAL	18,55
0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIHIV1 + HIV2 (ELISA)	1exame/ano	163.964	1	100,00	163.964	114.775	INDIVIDUAL	10,00
Obs: Utilizei parâmetros do DC MSI/2014 para pacientes em estágio 3B para todos os pacientes em estágio 3, já que não foi possível estimar quanto em estágio 3A e quanto em estágio 3B, portanto a necessidade pode estar superestimada para alguns exames.								
<b>**Se RAC &gt; 30mg/g creatinina, mas foi calculado para todos os pacientes.</b>								
0301010064 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA	2 consultas/ano	163.964	2	100,00	327.928	229.550	INDIVIDUAL	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ENFERMEIRO	2 consultas/ano	163.964	2	100,00	327.928	229.550	INDIVIDUAL	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) NUTRICIONISTA	2 consultas/ano	163.964	2	100,00	327.928	229.550	INDIVIDUAL	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) PSICÓLOGO	2 consultas/ano	163.964	2	100,00	327.928	229.550	INDIVIDUAL	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ASSISTENTE SOCIAL	2 consultas/ano	163.964	2	100,00	327.928	229.550	INDIVIDUAL	0,00
0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (225109 Médico nefrologista)	2 consultas/ano se RAC>30mg/g	163.964	2	100,00	327.928	229.550	INDIVIDUAL	10,00

ÍTEM DE PROGRAMAÇÃO: PROCEDIMENTOS/AGREGADOS	VALOR AMBULATORI	VALOR AMBULATORIAL	Total ES		Ajuste Necessidade P/ Programação			
			Físico	Financeiro	POP SUS DEP / 3	POP SUS AJUSTE	PRODUÇÃO	
<b>III ESTÁGIO 3a TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR (45-59 ml/min/1,73 m2)</b>								
<b>PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b>								
0205020046 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (rins e vias urinárias)	6.222.438,96	4.355.707,27	114.775	4.355.707,27	38.258	1.451.902,42	38.258	1.451.902,42
0202050017 ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	606.667,30	424.667,11	114.775	424.667,11	38.258	141.555,70	38.258	141.555,70
0202050092 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	1.331.388,78	931.972,15	114.775	931.972,15	38.258	310.657,38	38.258	310.657,38
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	606.667,30	424.667,11	229.550	424.667,11	76.517	141.555,70	76.517	141.555,70
0202050025 CLEARANCE DE CREATININA	1.151.028,23	805.719,76	229.550	805.719,76	76.517	268.573,25	76.517	268.573,25
0202010634 DOSAGEM DE URÉIA	606.667,30	424.667,11	229.550	424.667,11	76.517	141.555,70	76.517	141.555,70
0208040080 DETERMINAÇÃO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR	20.731.625,36	14.512.137,75	229.550	14.512.137,75	76.517	4.837.379,25	76.517	4.837.379,25
0202020371 HEMATÓCRITO	250.865,13	175.605,59	114.775	175.605,59	38.258	58.535,20	38.258	58.535,20
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	250.865,13	175.605,59	114.775	175.605,59	38.258	58.535,20	38.258	58.535,20
0202010600 DOSAGEM DE POTÁSSIO	303.333,65	212.333,56	114.775	212.333,56	38.258	70.777,85	38.258	70.777,85
0202010635 DOSAGEM DE SÓDIO	303.333,65	212.333,56	114.775	212.333,56	38.258	70.777,85	38.258	70.777,85
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	303.333,65	212.333,56	114.775	212.333,56	38.258	70.777,85	38.258	70.777,85
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS	575.514,12	402.859,88	114.775	402.859,88	38.258	134.286,63	38.258	134.286,63
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	303.333,65	212.333,56	114.775	212.333,56	38.258	70.777,85	38.258	70.777,85
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	575.514,12	402.859,88	114.775	402.859,88	38.258	134.286,63	38.258	134.286,63
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	575.514,12	402.859,88	114.775	402.859,88	38.258	134.286,63	38.258	134.286,63
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBs)	3.041.534,72	2.129.074,31	114.775	2.129.074,31	38.258	709.691,44	38.258	709.691,44
0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBS)	3.041.534,72	2.129.074,31	114.775	2.129.074,31	38.258	709.691,44	38.258	709.691,44
0202030184 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBcIGG)	3.041.534,72	2.129.074,31	114.775	2.129.074,31	38.258	709.691,44	38.258	709.691,44
0202030679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	3.041.534,72	2.129.074,31	114.775	2.129.074,31	38.258	709.691,44	38.258	709.691,44
0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIHIV1 + HIV2 (ELISA)	1.639.641,36	1.147.748,95	114.775	1.147.748,95	38.258	382.582,98	38.258	382.582,98
Obs: Utilizei parâmetros da DC MS/2014 para pacientes em estágio 3B para todos os pacientes em estágio 3, já que não foi possível estimar quantos em estágio 3A e quanto em estágio 3B, portanto a necessidade pode estar superestimada para alguns exames.								
0301010064 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA	0,00	0,00	229.550	0,00	76.517	0,00	76.517	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ENFERMEIRO	0,00	0,00	229.550	0,00	76.517	0,00	76.517	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) NUTRICIONISTA	0,00	0,00	229.550	0,00	76.517	0,00	76.517	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) PSICÓLOGO	0,00	0,00	229.550	0,00	76.517	0,00	76.517	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ASSISTENTE SOCIAL	0,00	0,00	229.550	0,00	76.517	0,00	76.517	0,00
0301010072 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (225108 Médico nefrologista)	3.279.282,72	2.295.497,90	229.550	2.295.497,90	76.517	765.165,97	76.517	765.165,97

ÍTEMS DE PROGRAMAÇÃO: PROCEDIMENTOS/AGREGADOS	DADOS POPULACIONAIS		CONCENTRAÇÃO	COBERTURA POPULACIONAL %	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POPULAÇÃO	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS	TEM DE PROGRAMAÇÃO INDIVIDUAL/ AGREGADOS	VALOR UNITÁRIO SIGTAP
	PARÂMETRO	NÚMERO POPULACIONAL						
<b>IV ESTÁGIO 3b TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR (30-44 ml/min/1,73 m2)</b>								
<b>PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b>								
0205020046 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (rins e vias urinárias)	1 exame/ano	163.364	1	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	37,95
0202050017 ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	2 exames/ano	163.364	2	100,00	327.328	229.550	INDIVIDUAL	3,70
0202050092 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	2 exames/ano	163.364	2	100,00	327.328	229.550	INDIVIDUAL	8,12
0202010627 DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	1 exame/ano	163.364	1	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	1,85
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	3 exames/ano	163.364	3	100,00	491.892	344.325	INDIVIDUAL	1,85
0202050025 CLEARANCE DE CREATININA	2 exames/ano	163.364	2	100,00	327.328	229.550	INDIVIDUAL	3,51
0202010694 DOSAGEM DE URÉIA	3 exames/ano	163.364	3	100,00	491.892	344.325	INDIVIDUAL	1,85
0203040030 DETERMINAÇÃO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR	2 exames/ano	163.364	2	100,00	327.328	229.550	INDIVIDUAL	63,22
0202020371 HEMATÓCRITO	1 exame/ano	163.364	1	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	1,53
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	1 exame/ano	163.364	1	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	1,53
0202010210 DOSAGEM DE CÁLCIO	1 exame/ano	163.364	1	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	1,85
0202010600 DOSAGEM DE POTÁSSIO	2 exames/ano	163.364	2	100,00	327.328	229.550	INDIVIDUAL	1,85
0202010430 DOSAGEM DE FÓSFORO	1 exame/ano	163.364	1	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	1,85
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	1 exame/ano	163.364	1	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	15,53
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA*	1 exame/ano	163.364	1	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	4,12
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	1 exame/ano	163.364	1	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	3,51
0202010023 DETERMINAÇÃO DA CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	1 exame/ano	163.364	1	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	2,01
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	1 exame/ano	163.364	1	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	1,85
0202060276 DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	1 exame/ano	163.364	1	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	43,13
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	1 exame/ano	163.364	1	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	2,01
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	1 exame/ano/diabético	163.364	1	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	7,86
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICÉRIDEOS	1 exame/ano	163.364	1	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	3,51
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1 exame/ano	163.364	1	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	1,85
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	1 exame/ano	163.364	1	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	3,51
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	1 exame/ano	163.364	1	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	3,51
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	1 exame/ano	163.364	1	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	15,24
0202030634 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	1 exame/ano	163.364	1	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	18,55
0202030970 PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	1 exame/ano	163.364	1	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	18,55
0202030754 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBCIGG)	1 exame/ano	163.364	1	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	18,55
(ANTIHCV)	1 exame/ano	163.364	1	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	18,55
0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIHIV1 + HIV2 (ELISA)	1 exame/ano	163.364	1	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	10,00
Obs: Utilizar parâmetro da DC MS/2014 para paciente em estágio 3B para todos os pacientes em estágio 3A e quanto em estágio 3B, partanta a no cozeido de pode estar supor otimizada para alguns exames.								
<b>**Se RAC &gt; 30mg/g creatinina, mas foi calculado para todos os pacientes.</b>								
0301010064 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA	2 consultas/ano	16	2	100,00	31	22	INDIVIDUAL	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ENFERMEIRO	2 consultas/ano	16	2	100,00	31	22	INDIVIDUAL	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) NUTRICIONISTA	2 consultas/ano	16	2	100,00	31	22	INDIVIDUAL	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) PSICÓLOGO	2 consultas/ano	16	2	100,00	31	22	INDIVIDUAL	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ASSISTENTE SOCIAL	2 consultas/ano	16	2	100,00	31	22	INDIVIDUAL	0,00
0301010072 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (225109 Médico nefrologista)	2 consultas/ano se RAC>300mg/lq	81.982	2	100,00	163.364	114.775	INDIVIDUAL	10,00

ÍTEMS DE PROGRAMAÇÃO: PROCEDIMENTOS/AGREGADOS	VALOR AMBULATORIAL	VALOR AMBULATORIA	Total ES		Ajuste Necessidade PI Programação				
			Físico	Financeiro	POP SUS DEP / 3	POP SUS AJUSTE PRODUÇÃO			
<b>IV ESTÁGIO 3b TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR (30-44 ml/min/1,73 m2)</b>									
<b>PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b>									
0205020046 ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (rin e viar urinária)	6.222.438,96	4.355.707,27	114.775	4.355.707,27	38.258	1.451.902,42	38.258	1.451.902,42	
0202050017 ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	1.213.334,61	849.334,22	229.550	849.334,22	76.517	283.111,41	76.517	283.111,41	
0202050092 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	2.662.777,57	1.863.944,30	229.550	1.863.944,30	76.517	621.314,77	76.517	621.314,77	
0202010627 DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	303.333,65	212.333,56	114.775	212.333,56	38.258	70.777,85	38.258	70.777,85	
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	310.000,95	637.000,67	344.325	637.000,67	114.775	212.333,56	114.775	212.333,56	
0202050025 CLEARANCE DE CREATININA	1.151.028,23	805.719,76	229.550	805.719,76	76.517	268.573,25	76.517	268.573,25	
0202010694 DOSAGEM DE URÉIA	310.000,95	637.000,67	344.325	637.000,67	114.775	212.333,56	114.775	212.333,56	
0208040080 DETERMINAÇÃO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR	20.731.625,36	14.512.137,75	229.550	14.512.137,75	76.517	4.837.379,25	76.517	4.837.379,25	
0202020371 HEMATÓCRITO	250.865,13	175.605,59	114.775	175.605,59	38.258	58.535,20	38.258	58.535,20	
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	250.865,13	175.605,59	114.775	175.605,59	38.258	58.535,20	38.258	58.535,20	
0202010210 DOSAGEM DE CÁLCIO	303.333,65	212.333,56	114.775	212.333,56	38.258	70.777,85	38.258	70.777,85	
0202010600 DOSAGEM DE POTÁSSIO	606.667,30	424.667,11	229.550	424.667,11	76.517	141.555,70	76.517	141.555,70	
0202010430 DOSAGEM DE FÓSFORO	303.333,65	212.333,56	114.775	212.333,56	38.258	70.777,85	38.258	70.777,85	
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	2.556.200,88	1.789.340,62	114.775	1.789.340,62	38.258	596.446,87	38.258	596.446,87	
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA*	675.532,24	472.872,57	114.775	472.872,57	38.258	157.624,19	38.258	157.624,19	
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	575.514,12	402.859,88	114.775	402.859,88	38.258	134.286,63	38.258	134.286,63	
0202010023 DETERMINAÇÃO DA CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	329.567,91	230.697,54	114.775	230.697,54	38.258	76.899,18	38.258	76.899,18	
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	303.333,65	212.333,56	114.775	212.333,56	38.258	70.777,85	38.258	70.777,85	
0202060276 DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	7.071.773,19	4.950.241,23	114.775	4.950.241,23	38.258	1.650.080,41	38.258	1.650.080,41	
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	329.567,91	230.697,54	114.775	230.697,54	38.258	76.899,18	38.258	76.899,18	
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	1.288.758,11	902.130,68	114.775	902.130,68	38.258	300.710,23	38.258	300.710,23	
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICÉRIDOS	575.514,12	402.859,88	114.775	402.859,88	38.258	134.286,63	38.258	134.286,63	
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	303.333,65	212.333,56	114.775	212.333,56	38.258	70.777,85	38.258	70.777,85	
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	575.514,12	402.859,88	114.775	402.859,88	38.258	134.286,63	38.258	134.286,63	
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	575.514,12	402.859,88	114.775	402.859,88	38.258	134.286,63	38.258	134.286,63	
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	2.438.813,43	1.749.169,40	114.775	1.749.169,40	38.258	583.056,47	38.258	583.056,47	
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS	3.041.534,72	2.129.074,31	114.775	2.129.074,31	38.258	709.691,44	38.258	709.691,44	
0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBS)	3.041.534,72	2.129.074,31	114.775	2.129.074,31	38.258	709.691,44	38.258	709.691,44	
0202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS	3.041.534,72	2.129.074,31	114.775	2.129.074,31	38.258	709.691,44	38.258	709.691,44	
0202030679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTIHCV)	3.041.534,72	2.129.074,31	114.775	2.129.074,31	38.258	709.691,44	38.258	709.691,44	
0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIHIV1+ HIV2 (ELISA)	1.639.641,36	1.147.748,95	114.775	1.147.748,95	38.258	382.582,98	38.258	382.582,98	
Obs: Utilizei parâmetro da DCMS/2014 para paciente em estágio 3B para todos os pacientes em estágio 3, is que não foi possível articular quantar em estágio 3A e quanto em estágio 3B, portanto a necessidade pode estar superestimada para alguns exames.									
<b>**Se RAC &gt; 30mg/g creatinina, mas foi calculado para todos os pacientes.</b>									
0301010064 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA	0,00	0,00		229.550	0,00	76.517	0,00	76.517	0,00
0301010050 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ENFERMEIRO	0,00	0,00		229.550	0,00	76.517	0,00	76.517	0,00
0301010050 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) NUTRICIONISTA	0,00	0,00		229.550	0,00	76.517	0,00	76.517	0,00
0301010050 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) PSICÓLOGO	0,00	0,00		229.550	0,00	76.517	0,00	76.517	0,00
0301010050 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ASSISTENTE SOCIAL	0,00	0,00		229.550	0,00	76.517	0,00	76.517	0,00
0301010072 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (225109 Medicina nefrológica)	1.639.641,36	1.147.748,95	114.775	1.147.748,95	38.258	382.582,98	38.258	382.582,98	

ÍTEMS DE PROGRAMAÇÃO: PROCEDIMENTOS/AGREGADOS	DADOS POPULACIONAIS		CONCENTRAÇÃO	COBERTURA POPULACIONAL %	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POPULAÇÃO	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS	TEM DE PROGRAMAÇÃO INDIVIDUAL/ AGREGADO	VALOR UNITÁRIO SIGTAP
	PARÂMETRO	NÚMERO POPULACIONAL						
<b>V ESTÁGIO 4 TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR (15-29 ml/min/1,73 m2)</b>								
<b>PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b>								
0205020046 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (rins e vias urinárias)	1exame/ano	5.856	1	100,00	5.856	4.099	INDIVIDUAL	37,95
0202050092 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	2 exames/ano	5.856	2	100,00	11.712	8.198	INDIVIDUAL	8,12
0202010627 DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	2 exames/ano	5.856	2	100,00	11.712	8.198	INDIVIDUAL	1,85
0202010634 DOSAGEM DE URÉIA	4 exames/ano	5.856	4	100,00	23.423	16.396	INDIVIDUAL	1,85
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	4 exames/ano	5.856	4	100,00	23.423	16.396	INDIVIDUAL	1,85
0202020371 HEMATÓCRITO	3 exames/ano	5.856	3	100,00	17.568	12.297	INDIVIDUAL	1,53
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	3 exames/ano	5.856	3	100,00	17.568	12.297	INDIVIDUAL	1,53
0202010732 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE )	3 exames/ano	5.856	3	100,00	17.568	12.297	INDIVIDUAL	15,65
0202010600 DOSAGEM DE POTÁSSIO	4 exames/ano	5.856	4	100,00	23.423	16.396	INDIVIDUAL	1,85
0202010210 DOSAGEM DE CÁLCIO	4 exames/ano	5.856	4	100,00	23.423	16.396	INDIVIDUAL	1,85
0202010430 DOSAGEM DE FÓSFORO	4 exames/ano	5.856	4	100,00	23.423	16.396	INDIVIDUAL	1,85
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	3 exames/ano	5.856	3	100,00	17.568	12.297	INDIVIDUAL	15,59
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA*	3 exames/ano	5.856	3	100,00	17.568	12.297	INDIVIDUAL	4,12
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	3 exames/ano	5.856	3	100,00	17.568	12.297	INDIVIDUAL	3,51
0202010023 DETERMINAÇÃO DA CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	4 exames/ano	5.856	4	100,00	23.423	16.396	INDIVIDUAL	2,01
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	1exame/ano	5.856	1	100,00	5.856	4.099	INDIVIDUAL	1,85
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	1exame/ano/diabético	5.856	1	100,00	5.856	4.099	INDIVIDUAL	7,86
0202060276 DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	2 exames/ano	5.856	2	100,00	11.712	8.198	INDIVIDUAL	43,13
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	2 exames/ano	5.856	2	100,00	11.712	8.198	INDIVIDUAL	2,01
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICÉRIDEOS	1exame/ano	5.856	1	100,00	5.856	4.099	INDIVIDUAL	3,51
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1exame/ano	5.856	1	100,00	5.856	4.099	INDIVIDUAL	1,85
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	1exame/ano	5.856	1	100,00	5.856	4.099	INDIVIDUAL	3,51
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	1exame/ano	5.856	1	100,00	5.856	4.099	INDIVIDUAL	3,51
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	1exame/ano	5.856	1	100,00	5.856	4.099	INDIVIDUAL	15,24
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	1exame/ano	5.856	1	100,00	5.856	4.099	INDIVIDUAL	18,55
0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	1exame/ano	5.856	1	100,00	5.856	4.099	INDIVIDUAL	18,55
0202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBCIGG)	1exame/ano	5.856	1	100,00	5.856	4.099	INDIVIDUAL	18,55
0202030679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTIHCV)	1exame/ano	5.856	1	100,00	5.856	4.099	INDIVIDUAL	10,00
0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIHIV1 + HIV2 (ELISA)	1exame/ano	5.856	1	100,00	5.856	4.099	INDIVIDUAL	18,55
<b>**Se RAC &gt; 30mg/g creatinina, mas foi calculado para todos os pacientes.</b>								
0301010064 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA	0,00	0,00	16.396	0,00	5.465	0,00	5.465	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ENFERMEIRO	0,00	0,00	16.396	0,00	5.465	0,00	5.465	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) NUTRICIONISTA	0,00	0,00	16.396	0,00	5.465	0,00	5.465	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) PSICÓLOGO	0,00	0,00	16.396	0,00	5.465	0,00	5.465	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ASSISTENTE SOCIAL	234.234,48	163.964,14	16.396	163.964,14	5.465	54.654,71	5.465	54.654,71
0301010072 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (225109 Médico nefrologista)	1.428.830,33	1.000.181,23	16.396	1.000.181,23	5.465	333.393,74	5.465	333.393,74



ÍTEMS DE PROGRAMAÇÃO: PROCEDIMENTOS/AGREGADOS	VALOR AMBULATORIAL	VALOR AMBULATORIAL	Total ES		Ajuste Necessidade PI Programação			
			Físico	Financeiro	POP SUS DEP / 3	POP SUS AJUSTE PRODUÇÃO		
<b>V ESTÁGIO 4 TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR (15-29 ml/min/1,73 m2)</b>								
<b>PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b>								
0205020046 ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (rins e vias urinárias)	222.229,96	155.560,97	4.099	155.560,97	1.366	51.853,66	1.366	51.853,66
0202050092 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	95.099,20	66.569,44	8.198	66.569,44	2.733	22.189,81	2.733	22.189,81
0202010627 DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	21.666,69	15.166,68	8.198	15.166,68	2.733	5.055,56	2.733	5.055,56
0202010634 DOSAGEM DE URÉIA	43.333,38	30.333,37	16.396	30.333,37	5.465	10.111,12	5.465	10.111,12
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	43.333,38	30.333,37	16.396	30.333,37	5.465	10.111,12	5.465	10.111,12
0202020371 HEMATÓCRITO	26.878,41	18.814,88	12.297	18.814,88	4.099	6.271,63	4.099	6.271,63
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	26.878,41	18.814,88	12.297	18.814,88	4.099	6.271,63	4.099	6.271,63
0202010732 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE))	274.932,72	192.452,90	12.297	192.452,90	4.099	64.150,97	4.099	64.150,97
0202010600 DOSAGEM DE POTÁSSIO	43.333,38	30.333,37	16.396	30.333,37	5.465	10.111,12	5.465	10.111,12
0202010210 DOSAGEM DE CÁLCIO	43.333,38	30.333,37	16.396	30.333,37	5.465	10.111,12	5.465	10.111,12
0202010430 DOSAGEM DE FÓSFORO	43.333,38	30.333,37	16.396	30.333,37	5.465	10.111,12	5.465	10.111,12
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	273.878,67	191.715,07	12.297	191.715,07	4.099	63.905,02	4.099	63.905,02
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA*	72.378,45	50.664,92	12.297	50.664,92	4.099	16.888,31	4.099	16.888,31
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	61.662,23	43.163,56	12.297	43.163,56	4.099	14.387,85	4.099	14.387,85
0202010023 DETERMINAÇÃO DA CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	47.081,13	32.956,79	16.396	32.956,79	5.465	10.985,60	5.465	10.985,60
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	10.833,34	7.583,34	4.099	7.583,34	1.366	2.527,78	1.366	2.527,78
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	46.027,08	32.218,95	4.099	32.218,95	1.366	10.739,65	1.366	10.739,65
0202060276 DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	505.126,66	353.588,66	8.198	353.588,66	2.733	117.862,89	2.733	117.862,89
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	23.540,57	16.478,40	8.198	16.478,40	2.733	5.492,80	2.733	5.492,80
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICÉRIDEOS	20.554,08	14.387,85	4.099	14.387,85	1.366	4.795,95	1.366	4.795,95
0202010235 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	10.833,34	7.583,34	4.099	7.583,34	1.366	2.527,78	1.366	2.527,78
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	20.554,08	14.387,85	4.099	14.387,85	1.366	4.795,95	1.366	4.795,95
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	20.554,08	14.387,85	4.099	14.387,85	1.366	4.795,95	1.366	4.795,95
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	89.243,34	62.470,34	4.099	62.470,34	1.366	20.823,45	1.366	20.823,45
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	108.626,24	76.038,37	4.099	76.038,37	1.366	25.346,12	1.366	25.346,12
0202030370 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	108.626,24	76.038,37	4.099	76.038,37	1.366	25.346,12	1.366	25.346,12
0202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBCIGG)	108.626,24	76.038,37	4.099	76.038,37	1.366	25.346,12	1.366	25.346,12
0202030679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	58.558,62	40.991,03	4.099	40.991,03	1.366	13.663,68	1.366	13.663,68
0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIHIV1 + HIV2 (ELISA)	108.626,24	76.038,37	4.099	76.038,37	1.366	25.346,12	1.366	25.346,12
<b>**Se RAC &gt; 30mg/g creatinina, mas foi calculado para todos os pacientes.</b>								
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ENFERMEIRO	0,00	0,00	16.396	0,00	5.465	0,00	5.465	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) NUTRICIONISTA	0,00	0,00	16.396	0,00	5.465	0,00	5.465	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) PSICÓLOGO	0,00	0,00	16.396	0,00	5.465	0,00	5.465	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ASSISTENTE SOCIAL	0,00	0,00	16.396	0,00	5.465	0,00	5.465	0,00
0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (225109 Médico nefrologista)	234.234,48	163.964,14	16.396	163.964,14	5.465	54.654,71	5.465	54.654,71
0301130051 ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DRC ESTAGIO 04 PRÉ DIÁLISE	1.428.830,33	1.000.181,23	16.396	1.000.181,23	5.465	333.393,74	5.465	333.393,74

ESTÁGIO 5ND - NÃO DIALÍTICO*								
ÍTEMS DE PROGRAMAÇÃO: PROCEDIMENTOS/AGREGADOS	DADOS POPULACIONAIS		CONCENTRAÇÃO	COBERTURA POPULACIONAL %	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POPULAÇÃO	TEM DE PROGRAMAÇÃO INDIVIDUAL/ AGREGADO	VALOR UNITÁRIO SIGTAP
	PARÂMETRO	NÚMERO POPULACIONAL						
<b>ESTÁGIO 5ND - NÃO DIALÍTICO*</b>								
<b>PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b>								
0206030010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	1exame/ano	1.464	1	100,00	1.464	1.025	INDIVIDUAL	138,63
0205020046 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (rins e vias urinárias)	1exame/ano	1.464	1	100,00	1.464	1.025	INDIVIDUAL	37,95
0202010627 DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRACÕES	4 exames/ano	1.464	4	100,00	5.856	4.099	INDIVIDUAL	1,85
0202010634 DOSAGEM DE URÉIA	12 exames/ano	1.464	12	100,00	17.568	12.297	INDIVIDUAL	1,85
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	12 exames/ano	1.464	12	100,00	17.568	12.297	INDIVIDUAL	1,85
0202020371 HEMATÓCRITO	12 exames/ano	1.464	12	100,00	17.568	12.297	INDIVIDUAL	1,53
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	12 exames/ano	1.464	12	100,00	17.568	12.297	INDIVIDUAL	1,53
0202010732 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT E	6 exames/ano	1.464	6	100,00	0	0	INDIVIDUAL	15,65
0202010210 DOSAGEM DE CÁLCIO	12 exames/ano	1.464	12	100,00	17.568	12.297	INDIVIDUAL	1,85
0202010600 DOSAGEM DE POTÁSSIO	12 exames/ano	1.464	12	100,00	17.568	12.297	INDIVIDUAL	1,85
0202010430 DOSAGEM DE FÓSFORO	12 exames/ano	1.464	12	100,00	17.568	12.297	INDIVIDUAL	1,85
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	4 exames/ano	1.464	4	100,00	5.856	4.099	INDIVIDUAL	2,01
0202010332 DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	4 exames/ano	1.464	4	100,00	5.856	4.099	INDIVIDUAL	3,51
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	4 exames/ano	1.464	4	100,00	5.856	4.099	INDIVIDUAL	15,53
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA*	4 exames/ano	1.464	4	100,00	5.856	4.099	INDIVIDUAL	4,12
0202010023 DETERMINAÇÃO DA CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	4 exames/ano	1.464	4	100,00	5.856	4.099	INDIVIDUAL	2,01
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	1exame/ano	1.464	1	100,00	1.464	1.025	INDIVIDUAL	1,85
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	1exame/ano/diabético	1.464	1	100,00	1.464	1.025	INDIVIDUAL	7,86
0202060276 DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	4 exames/ano	1.464	4	100,00	5.856	4.099	INDIVIDUAL	43,13
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICÉRIDES	1exame/ano	1.464	1	100,00	1.464	1.025	INDIVIDUAL	3,51
0202010235 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1exame/ano	1.464	1	100,00	1.464	1.025	INDIVIDUAL	1,85
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	1exame/ano	1.464	1	100,00	1.464	1.025	INDIVIDUAL	3,51
0202010273 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	1exame/ano	1.464	1	100,00	1.464	1.025	INDIVIDUAL	3,51
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	2 exames/ano	1.464	2	100,00	2.928	2.050	INDIVIDUAL	15,24
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	1exame/ano	1.464	1	100,00	1.464	1.025	INDIVIDUAL	18,55
0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	1exame/ano	1.464	1	100,00	1.464	1.025	INDIVIDUAL	18,55
0202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBCIGG)	1exame/ano	1.464	1	100,00	1.464	1.025	INDIVIDUAL	18,55
0202030673 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTIHCV)	1exame/ano	1.464	1	100,00	1.464	1.025	INDIVIDUAL	18,55
0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIHIV1 + HIV2 (ELISA)	1exame/ano	1.464	1	100,00	1.464	1.025	INDIVIDUAL	10,00
0202080153 HEMOCULTURA	Se necessário	732	1	100,00	732	512	INDIVIDUAL	11,49
0202080072 BACTERIOSCOPIA (GRAM)	Se necessário	732	1	100,00	732	512	INDIVIDUAL	2,80
<b>**Se RAC &gt; 30mg/dg creatinina, mas foi calculado para todos os pacientes.</b>								
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ENFERMEIRO	12 consultas/ano	1.464	12	100,00	17.568	12.297	INDIVIDUAL	6,30
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) NUTRICIONISTA	12 consultas/ano	1.464	12	100,00	17.568	12.297	INDIVIDUAL	6,30
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) PSICÓLOGO	12 consultas/ano	1.464	12	100,00	17.568	12.297	INDIVIDUAL	6,30
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ASSISTENTE SOCIAL	12 consultas/ano	1.464	12	100,00	17.568	12.297	INDIVIDUAL	6,30
0301010072 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (225103 Médico nefrologista)	12 consultas/ano	1.464	12	100,00	17.568	12.297	INDIVIDUAL	10,00
030130060 ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DRC ESTÁGIO 05 PRÉ DIALISE	12 consultas/ano	1.464	12	100,00	17.568	12.297	INDIVIDUAL	61,00

ÍTEM DE PROGRAMAÇÃO: PROCEDIMENTOS/AGREGADOS	VALOR AMBULATORIAL OU	VALOR AMBULATORIAL OU	Total ES		Ajuste Necessidade P/ Programação			
			Físico	Financeiro	POP SUS DEP / 3	POP SUS AJUSTE PRODUÇÃO		
<b>ESTÁGIO 5ND - NÃO DIALÍTICO*</b>								
<b>PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b>								
0206030010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	202.949,54	142.064,68	1,025	142.064,68	342	47.354,89	342	47.354,89
0205020046 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (rins e vias urinárias)	55.557,49	38.890,24	1,025	38.890,24	342	12.963,41	342	12.963,41
0202010627 DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	10.833,34	7.583,34	4,099	7.583,34	1,366	2.527,78	1,366	2.527,78
0202010634 DOSAGEM DE URÉIA	32.500,03	22.750,02	12,297	22.750,02	4,099	7.583,34	4,099	7.583,34
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	32.500,03	22.750,02	12,297	22.750,02	4,099	7.583,34	4,099	7.583,34
0202020371 HEMATÓCRITO	26.878,41	18.814,88	12,297	18.814,88	4,099	6.271,63	4,099	6.271,63
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	26.878,41	18.814,88	12,297	18.814,88	4,099	6.271,63	4,099	6.271,63
0202010732 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT E	549.865,44	384.905,81	24,595	384.905,81	8,198	128.301,94	8,198	128.301,94
0202010210 DOSAGEM DE CÁLCIO	32.500,03	22.750,02	12,297	22.750,02	4,099	7.583,34	4,099	7.583,34
0202010600 DOSAGEM DE POTÁSSIO	32.500,03	22.750,02	12,297	22.750,02	4,099	7.583,34	4,099	7.583,34
0202010430 DOSAGEM DE FÓSFORO	32.500,03	22.750,02	12,297	22.750,02	4,099	7.583,34	4,099	7.583,34
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	11.770,28	8.239,20	4,099	8.239,20	1,366	2.746,40	1,366	2.746,40
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	20.554,08	14.387,85	4,099	14.387,85	1,366	4.795,95	1,366	4.795,95
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	91.292,89	63.905,02	4,099	63.905,02	1,366	21.301,67	1,366	21.301,67
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA*	24.126,15	16.888,31	4,099	16.888,31	1,366	5.629,44	1,366	5.629,44
0202010023 DETERMINAÇÃO DA CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	11.770,28	8.239,20	4,099	8.239,20	1,366	2.746,40	1,366	2.746,40
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	2.708,34	1.895,84	1,025	1.895,84	342	631,95	342	631,95
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	11.506,77	8.054,74	1,025	8.054,74	342	2.684,91	342	2.684,91
0202060276 DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	252.563,33	176.794,33	4,099	176.794,33	1,366	58.931,44	1,366	58.931,44
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICÉRIDEOS	5.138,52	3.536,96	1,025	3.536,96	342	1.198,99	342	1.198,99
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	2.708,34	1.895,84	1,025	1.895,84	342	631,95	342	631,95
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	5.138,52	3.536,96	1,025	3.536,96	342	1.198,99	342	1.198,99
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	5.138,52	3.536,96	1,025	3.536,96	342	1.198,99	342	1.198,99
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	44.621,67	31.235,17	2,050	31.235,17	683	10.411,72	683	10.411,72
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBs)	27.156,56	19.009,59	1,025	19.009,59	342	6.336,53	342	6.336,53
0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAg)	27.156,56	19.009,59	1,025	19.009,59	342	6.336,53	342	6.336,53
0202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBcIGG)	27.156,56	19.009,59	1,025	19.009,59	342	6.336,53	342	6.336,53
0202030679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTIHCv)	27.156,56	19.009,59	1,025	19.009,59	342	6.336,53	342	6.336,53
0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIHIV1 + HIV2 (ELISA)	14.639,66	10.247,76	1,025	10.247,76	342	3.415,92	342	3.415,92
0202080153 HEMOCULTURA	8.410,48	5.887,34	512	5.887,34	171	1.962,45	171	1.962,45
0202080072 BACTERIOSCOPIA (GRAM)	2.049,55	1.434,69	512	1.434,69	171	478,23	171	478,23
<b>**Se RAC &gt; 30mg/g creatinina, mas foi calculado para todos os pacientes.</b>								
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ENFERMEIRO	110.675,79	77.473,05	12,297	77.473,05	4,099	25.824,35	4,099	25.824,35
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) NUTRICIONISTA	110.675,79	77.473,05	12,297	77.473,05	4,099	25.824,35	4,099	25.824,35
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ASSISTENTE SOCIAL	110.675,79	77.473,05	12,297	77.473,05	4,099	25.824,35	4,099	25.824,35
0301010072 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (225109 Médico nefrologista)	175.675,86	122.973,10	12,297	122.973,10	4,099	40.991,03	4,099	40.991,03
0301130060 ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DRC ESTÁGIO 05 PRÉ DIA	1.071.622,75	750.135,92	12,297	750.135,92	4,099	250.045,31	4,099	250.045,31



ESTÁGIO 5 - DIALÍTICO (em Diálise Peritoneal)								
ÍTEM DE PROGRAMAÇÃO: PROCEDIMENTOS/AGREGADOS	DADOS POPULACIONAIS		CONCENTRAÇÃO	COBERTURA POPULACIONAL %	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POPULAÇÃO	TEM DE PROGRAMAÇÃO INDIVIDUAL/ AGREGADO	VALOR UNITÁRIO SIGTAP
	PARÂMETRO	NÚMERO POPULACIONAL						
<b>ESTÁGIO 5 - DIALÍTICO (em Diálise Peritoneal)</b>								
<b>PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b>								
0205020054 ULTRASSONOGRÁFIA DE APARELHO URINÁRIO								
0204030153 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	1exame/ano	2.928	1	100,00	2.928	2.050	INDIVIDUAL	9,50
0211020036 ELETROCARDIOGRAMA	1exame/ano	2.928	1	100,00	2.928	2.050	INDIVIDUAL	5,15
0202010627 DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	4 exames/ano	2.928	4	100,00	11.712	8.198	INDIVIDUAL	1,85
0202010634 DOSAGEM DE URÉIA	24 exames/ano	2.928	24	100,00	70.270	49.189	INDIVIDUAL	1,85
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA**	12 exames/ano	2.928	12	100,00	35.135	24.535	INDIVIDUAL	1,85
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO								
0202020371 HEMATÓCRITO	12 exames/ano	2.928	12	100,00	35.135	24.535	INDIVIDUAL	1,53
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	12 exames/ano	2.928	12	100,00	35.135	24.535	INDIVIDUAL	1,53
0202010210 DOSAGEM DE CÁLCIO	12 exames/ano	2.928	12	100,00	35.135	24.535	INDIVIDUAL	1,85
0202010600 DOSAGEM DE POTÁSSIO	12 exames/ano	2.928	12	100,00	35.135	24.535	INDIVIDUAL	1,85
0202010635 DOSAGEM DE SÓDIO	12 exames/ano	2.928	12	100,00	35.135	24.535	INDIVIDUAL	1,85
0202010430 DOSAGEM DE FÓSFORO	12 exames/ano	2.928	12	100,00	35.135	24.535	INDIVIDUAL	1,85
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	4 exames/ano	2.928	4	100,00	11.712	8.198	INDIVIDUAL	3,51
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	4 exames/ano	2.928	4	100,00	11.712	8.198	INDIVIDUAL	15,59
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	4 exames/ano	2.928	4	100,00	11.712	8.198	INDIVIDUAL	4,12
0202010651 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICOPIRUVICA (TGP)	12 exames/ano	2.928	12	100,00	35.135	24.535	INDIVIDUAL	2,01
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE*	1exames/ano	2.928	1	100,00	2.928	2.050	INDIVIDUAL	1,85
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA*	1exame/ano/diabético	2.928	1	100,00	2.928	2.050	INDIVIDUAL	7,86
0202060276 DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	4 exames/ano	2.928	4	100,00	11.712	8.198	INDIVIDUAL	43,13
0202060250 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	1exame/ano	2.928	1	100,00	2.928	2.050	INDIVIDUAL	8,96
0202060373 DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	1exame/ano	2.928	1	100,00	2.928	2.050	INDIVIDUAL	8,76
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	4 exames/ano	2.928	4	100,00	2.928	2.050	INDIVIDUAL	2,01
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS	1exame/ano	2.928	1	100,00	2.928	2.050	INDIVIDUAL	3,51
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1exame/ano	2.928	1	100,00	11.712	8.198	INDIVIDUAL	1,85
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	1exame/ano	2.928	1	100,00	70.270	49.189	INDIVIDUAL	3,51
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	1exame/ano	2.928	1	100,00	35.135	24.535	INDIVIDUAL	3,51
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	2 exames/ano	2.928	2	100,00	35.135	24.535	INDIVIDUAL	15,24
0202070085 DOSAGEM DE ALUMÍNIO	1exame/ano	2.928	1	100,00	35.135	24.535	INDIVIDUAL	27,50
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	2 exames/ano	2.928	2	100,00	35.135	24.535	INDIVIDUAL	18,55
0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	6,5 exames/ano	2.928	6,5	100,00	35.135	24.535	INDIVIDUAL	18,55
0202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBCIGG)	6,5 exames/ano	2.928	6,5	100,00	35.135	24.535	INDIVIDUAL	18,55
0202030890 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBCIGM)***								
0202030679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTIHCV)	6,5 exames/ano	2.928	6,5	100,00	35.135	24.535	INDIVIDUAL	18,55
0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIHIV1 + HIV2 (ELISA)	1exame/ano	2.928	1	100,00	11.712	8.198	INDIVIDUAL	10,00
0202080153 HEMOCULTURA	1exame/ano	2.928	1	100,00	11.712	8.198	INDIVIDUAL	11,49

\*A glicemia mensal é apenas para diabéticos, para os demais é trimestral, mas por falta de parâmetro, foi calculada para todos os pacientes em HD o exame mensal, podendo a necessidade estar superestimada. A Hb Glicada também só deve ser solicitada trimestralmente a diabéticos mas foi calculada para todos.

\*\*A glicemia mensal é apenas para diabéticos, para os demais é trimestral, mas por falta de parâmetro, foi calculada para todos os pacientes em HD o exame mensal, podendo a necessidade estar superestimada. A Hb Glicada também só deve ser solicitada trimestralmente a diabéticos mas foi calculada para todos.

\*\*\*Dosagem de uréia para realizar o Realizar o KTV semanal de uréia sérica e no líquido de diálise.

Teste do Desferal	Eventualmente			100,00			INDIVIDUAL
Análise do Líquido Peritoneal com contagem total e diferencial de leucócitos, bacterioscopia por gram e cultura.	Eventualmente			100,00			INDIVIDUAL
Teste do equilíbrio peritoneal	Eventualmente			100,00			INDIVIDUAL
<b>**Se RAC &gt; 30mg/g creatinina, mas foi calculado para todos os pacientes.</b>							
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ENFERMEIRO	12 consultas/ano	INDIVIDUAL	12	100,00	#VALOR!	#VALOR!	INDIVIDUAL
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) NUTRICIONISTA	12 consultas/ano	INDIVIDUAL	12	100,00	#VALOR!	#VALOR!	INDIVIDUAL
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) PSICÓLOGO	12 consultas/ano	INDIVIDUAL	12	100,00	#VALOR!	#VALOR!	INDIVIDUAL
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ASSISTENTE SOCIAL	12 consultas/ano	INDIVIDUAL	12	100,00	#VALOR!	#VALOR!	INDIVIDUAL
0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (225109 Médico nefrologista)	12 consultas/ano	INDIVIDUAL	12	100,00	#VALOR!	#VALOR!	INDIVIDUAL
0301130060 ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DRC ESTÁGIO 05 PRÉ DIALISE	PROD SIA 2017-2020	0	1	100,00	0	0	INDIVIDUAL
0305010018 DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (1SESSÃO POR SEMANA EXCEPCIONALIDADE)	PROD SIA 2017-2020	0	1	100,00	0	0	INDIVIDUAL
0305010026 DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (MÁXIMO 2 SESSÕES POR SEMANA)	PROD SIA 2017-2020	0	1	100,00	0	0	INDIVIDUAL
0305010034 DIALISE PERITONEAL PI PACIENTES RENAIIS AGUDOS	PROD SIA 2017-2020	0	1	100,00	0	0	INDIVIDUAL
0305010182 TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DIALISE PERITONEAL - DPAC-DPA (3 DIAS)	PROD SIA 2019	20	1	100,00	20	20	INDIVIDUAL
0418010093 IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKOFF OU SIMILAR P/DPI				100,00			INDIVIDUAL
0418020035 RETIRADA DE CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA				100,00			INDIVIDUAL
0301050147 VISITA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR	1 visita por caso			100,00	0	0	INDIVIDUAL
0305010166 MANUTENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC	SIA 2019	1.415	1	100,00	1.415	1.415	INDIVIDUAL
<b>PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS AMBULATORIAL/HOSPITALAR</b>							
0418010080 IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILAR P/ DPA/DPAC	SIH 2019	43	1	100,00	43	43	INDIVIDUAL

**ESTÁGIO 5 - DIALÍTICO (em Diálise Peritoneal)**

ÍTEM DE PROGRAMAÇÃO: PROCEDIMENTOS/AGREGADOS	VALOR AMBULATORIAL OU	VALOR AMBULATORIAL OU	Total ES		Ajuste Necessidade P/ Programação		
			Físico	Financeiro	POP SUS DEP / 3	POP SUS AJUSTE	
<b>ESTÁGIO 5 - DIALÍTICO (em Diálise Peritoneal)</b>							
<b>PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b>							
0204030153 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	27.815,34	19.470,74	2.050	19.470,74	683	6.430,25	683
0205020046 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (rins e vias urinárias)	70.855,93	49.539,15	2.050	49.539,15	683	16.533,05	683
0211020036 ELETROCARDIOGRAMA	15.078,84	10.555,19	2.050	10.555,19	683	3.518,40	683
0202010627 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	21.666,69	15.166,68	8.198	15.166,68	2.733	5.055,56	2.733
0202010694 DOSAGEM DE URÉIA	130.000,14	91.000,10	49.189	91.000,10	16.396	30.333,37	16.396
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	65.000,07	45.500,05	24.595	45.500,05	8.198	15.166,68	8.198
0202020371 HEMATÓCRITO	53.756,81	37.629,77	24.595	37.629,77	8.198	12.543,26	8.198
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	53.756,81	37.629,77	24.595	37.629,77	8.198	12.543,26	8.198
0202010210 DOSAGEM DE CÁLCIO	65.000,07	45.500,05	24.595	45.500,05	8.198	15.166,68	8.198
0202010600 DOSAGEM DE POTÁSSIO	65.000,07	45.500,05	24.595	45.500,05	8.198	15.166,68	8.198
0202010635 DOSAGEM DE SÓDIO	65.000,07	45.500,05	24.595	45.500,05	8.198	15.166,68	8.198
0202010430 DOSAGEM DE FÓSFORO	65.000,07	45.500,05	24.595	45.500,05	8.198	15.166,68	8.198
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	41.108,15	28.775,71	8.198	28.775,71	2.733	9.591,90	2.733
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	182.585,78	127.810,04	8.198	127.810,04	2.733	42.603,35	2.733
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA*	12.063,08	33.776,61	8.198	33.776,61	2.733	11.258,87	2.733
0202010651 DOSAGM DE TRANSAMINASE GLUTAMICOPIRUVICA (TGP)	0,00	49.435,19	24.595	49.435,19	8.198	16.478,40	8.198
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	65.000,07	3.791,67	2.050	3.791,67	683	1.263,89	683
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	276.162,45	16.109,48	2.050	16.109,48	683	5.363,83	683
0202060276 DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	1.515.379,37	353.588,66	8.198	353.588,66	2.733	117.862,89	2.733
0202060250 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	314.811,14	18.363,98	2.050	18.363,98	683	6.121,33	683
0202060373 DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	307.784,11	17.954,07	2.050	17.954,07	683	5.984,69	683
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	70.621,70	4.119,60	2.050	4.119,60	683	1.373,20	683
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	0,00	7.193,93	2.050	7.193,93	683	2.397,98	683
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	0,00	15.166,68	8.198	15.166,68	2.733	5.055,56	2.733
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	0,00	172.654,24	49.189	172.654,24	16.396	57.551,41	16.396
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	0,00	86.327,12	24.595	86.327,12	8.198	28.775,71	8.198
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	0,00	374.822,01	24.595	374.822,01	8.198	124.340,67	8.198
0202070085 DOSAGEM DE ALUMINIO	7.397,50	676.352,06	24.595	676.352,06	8.198	225.450,69	8.198
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	54.313,12	456.230,21	24.595	456.230,21	8.198	152.076,74	8.198
0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	0,00	456.230,21	24.595	456.230,21	8.198	152.076,74	8.198
0202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBCIGG)	651.757,44	456.230,21	24.595	456.230,21	8.198	152.076,74	8.198
0202030679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTIHCV)	651.757,44	456.230,21	24.595	456.230,21	8.198	152.076,74	8.198
0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIHIV1 + HIV2 (ELISA)	351.351,72	81.982,07	8.198	81.982,07	2.733	27.327,36	2.733
0202080153 HEMOCULTURA	403.703,13	94.197,40	8.198	94.197,40	2.733	31.399,13	2.733
0202080072 BACTERIOSCOPIA (GRAM)	8.198,21	5.738,74	2.050	5.738,74	683	1.912,91	683
0202080080 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	16.454,97	11.518,48	2.050	11.518,48	683	3.839,49	683
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA (na líquida peritoneal)	10.833,34	7.583,34	4.039	7.583,34	1.366	2.527,78	1.366
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE (na líquida peritoneal)	21.666,69	15.166,68	8.198	15.166,68	2.733	5.055,56	2.733
0202050114 DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA 24 HORAS)	11.945,96	8.362,17	4.039	8.362,17	1.366	2.787,39	1.366

\*A glicemia mensal é apenas para diabéticos, para os demais é trimestral, mas por falta do parâmetro, foi calculada para todos os pacientes em HD a exame mensal, podendo a necessidade estar superestimada. A Hb Glicada também se deve ser realizada trimestralmente a diabéticos mas foi calculada para todos os pacientes em HD a exame mensal, podendo a necessidade estar superestimada.  
 \*\*Doragão de urina para realizar a Realizar a KTY/renal de urina e na líquida de diálise.

Torço da Dorferal			0	0,00	0	0,00	0
Análise da Líquida Peritoneal com contagem total e diferencial de leucócitos, bacterioscopia por gram e cultura.			0	0,00	0	0,00	0
Torço da equibria peritoneal			0	0,00	0	0,00	0

2024-0X08W E-DOCS - DOCUMENTO ORIGINAL 3/08/2024 15:17 PÁGINA 115 / 137

**\*\*Se RAC > 30mg/g creatinina, mas foi calculado para todos os pacientes.**

0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ENFERMEIRO	221.351,58	154.946,11	24.535	154.946,11	8.138	51.648,70	8.138
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) NUTRICIONISTA	221.351,58	154.946,11	24.535	154.946,11	8.138	51.648,70	8.138
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) PSICÓLOGO	221.351,58	154.946,11	24.535	154.946,11	8.138	51.648,70	8.138
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) ASSISTENTE SOCIAL	221.351,58	154.946,11	24.535	154.946,11	8.138	51.648,70	8.138
0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (225109 Medicina nefrológica)	351.351,72	245.946,20	24.535	245.946,20	8.138	81.982,07	8.138
0301150060 ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DRC ESTAGIO 05 PRE DIALISE	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
0305010018 DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (1 SESSÃO POR SEMANA EXCEPCIONALIDADE)	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
0305010026 DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (MÁXIMO 2 SESSÕES POR SEMANA)	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
0305010034 DIALISE PERITONEAL P/ PACIENTES RENAIIS AGUDOS	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
0305010182 TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DIALISE PERITONEAL - DPA/DPA (9 DIAS)	1.102,60	1.102,60	20	1.102,60	7	367,53	7
0418010099 IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKOFF OU SIMILAR P/DPI	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
0418020035 RETIRADA DE CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
0301050147 VISITA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
0305010166 MANUTENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPA	506.654,90	506.654,90	1.415	506.654,90	472	168.884,97	472

**PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS AMBULATORIAL/HOSPITALAR**

0418010080 IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILAR P/DPA/DPA	17.200,00	17.200,00	43	17.200,00	14	5.733,33	14
--	-----------	-----------	----	-----------	----	----------	----

ESTÁGIO 5 - DIALÍTICO (em Hemodiálise)								
ÍTEM DE PROGRAMAÇÃO: PROCEDIMENTOS/AGREGADOS	DADOS POPULACIONAIS		CONCENTRAÇÃO	COBERTURA POPULACIONAL %	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POPULAÇÃO	TEM DE PROGRAMAÇÃO INDIVIDUAL/ AGREGAD	VALOR UNITÁRIO SIGTAP
	PARÂMETRO	NÚMERO POPULACIONAL						
<b>ESTÁGIO 5 - DIALÍTICO (em Hemodiálise)</b>								
<b>PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b>								
0205020046 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (rivar e viar urinárias)	1 exame/fano		1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	24,20
0204030153 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	1 exame/fano		1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	9,50
0211020036 ELETROCARDIOGRAMA	1 exame/fano		1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	5,15
0202010627 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES	4 exames/fano		4	100,00	0	0	INDIVIDUAL	1,85
0202010694 DOSAGEM DE URÉIA****	24 exames/fano		24	100,00	0	0	INDIVIDUAL	1,85
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	12 exames/fano		12	100,00	0	0	INDIVIDUAL	1,85
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	4 exames/fano		4	100,00	0	0	INDIVIDUAL	4,11
0202020371 HEMATÓCRITO	12 exames/fano		12	100,00	0	0	INDIVIDUAL	1,53
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	12 exames/fano		12	100,00	0	0	INDIVIDUAL	1,53
0202010210 DOSAGEM DE CÁLCIO	12 exames/fano		12	100,00	0	0	INDIVIDUAL	1,85
0202010600 DOSAGEM DE POTÁSSIO	12 exames/fano		12	100,00	0	0	INDIVIDUAL	1,85
0202010635 DOSAGEM DE SÓDIO	12 exames/fano		12	100,00	0	0	INDIVIDUAL	1,85
0202010430 DOSAGEM DE FÓSFORO	12 exames/fano		12	100,00	0	0	INDIVIDUAL	1,85
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	4 exames/fano		4	100,00	0	0	INDIVIDUAL	3,51
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	4 exames/fano		4	100,00	0	0	INDIVIDUAL	15,59
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	4 exames/fano		4	100,00	0	0	INDIVIDUAL	4,12
0202010651 DOSAGM DE TRANSAMINASE GLUTAMICOPIRUVICA (TGP)	12 exames/fano		12	100,00	0	0	INDIVIDUAL	2,01
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	12 exames/fano		12	100,00	0	0	INDIVIDUAL	1,85
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	4 exames/fano/diabético		4	100,00	0	0	INDIVIDUAL	7,86
0202060276 DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	4 exames/fano		4	100,00	0	0	INDIVIDUAL	6,96
0202060280 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOSTIMILANTE (TSH)	1 exame/fano		1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	6,96
0202060373 DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	1 exame/fano		1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	8,76
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	4 exames/fano		4	100,00	0	0	INDIVIDUAL	2,01
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	1 exame/fano		1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	3,51
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1 exame/fano		1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	1,85
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	1 exame/fano		1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	3,51
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	1 exame/fano		1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	3,51
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	2 exames/fano		2	100,00	0	0	INDIVIDUAL	15,24
0202070085 DOSAGEM DE ALUMINIO	1 exame/fano ou suspeito de intox. Al		1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	27,50
0202030036 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HB S)****	2 exames/fano		2	100,00	0	0	INDIVIDUAL	18,55
0202030070 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HB SAg)	2 exames/fano		1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	18,55
0202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBc IGG)***	12 exames/fano		12	100,00	0	0	INDIVIDUAL	18,55
0202030890 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBc IGM)***	12 exames/fano		12	100,00	0	0	INDIVIDUAL	18,55
0202020679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTIHCV)	1 exame/fano		1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	18,55
0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIHIV1 + HIV2 (ELISA)	1 exame/fano		1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	10,00
0202080153 HEMOCULTURA	Susp. Infecção		1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	11,49
0202080072 BACTERIOSCOPIA (GRAM)	Susp. Infecção		1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	2,80
do parâmetro, foi calculada para cada paciente em HD a osse mensal, padendo a necessidade de ser superestimada. A Hb Glicada também não deve ser realizada								
**Duração de uréia para realizar a Realizar a KT/Volume de uréia bruta e na líquida de diálise.								
***Duração de uréia para realizar a Realizar a KT/Volume de uréia bruta e na líquida de diálise.								
****Foi estimada para cada paciente em HD a duração indicada para cada paciente a ser superestimada.								
*****A Diretriz orienta medir a uréia pré e pós sessão de hemodiálise uma vez ao mês, portanto, contabilizou-se 2 durações de uréia por mês por paciente.								

ÍTEM DE PROGRAMAÇÃO: PROCEDIMENTOS/AGREGADOS	DADOS POPULACIONAIS		CONCENTRAÇÃO	COBERTURA POPULACIONAL %	NÚMERO DE PROCEDIMENT	NÚMERO DE PROCEDIMENT	TEM DE PROGRAMAÇÃO INDIVIDUAL/ AGREGADO	VALOR UNITÁRIO
	PARÂMETRO	NÚMERO						
<b>ESTÁGIO 5 - DIALÍTICO (em Hemodiálise)</b>								
<b>PROCEDIMENTOS CLÍNICOS</b>								
0304010072 CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (Nefrologia)	12 exames/ano		12	100,00	0	0	INDIVIDUAL	10,00
0305010042 HEMODIÁLISE CONTINUA				100,00			INDIVIDUAL	265,41
0305010093 HEMODIÁLISE (MÍNIMO 1 SESSÃO POR SEMANA EXCEPCIONALIDADE)	PROD SIA 2020	3.534	1	100,00	3.534	3.534	INDIVIDUAL	218,47
0305010107 HEMODIÁLISE (MÍNIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	PROD SIA 2020	286.331	1	100,00	286.331	286.331	INDIVIDUAL	218,47
0305010115 HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MÍNIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	PROD SIA 2019	3.421	1	100,00	3.421	3.421	INDIVIDUAL	265,41
0305010123 HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (EXCEPCIONALIDADE - MÍNIMO 1 SESSÃO / SEMANA)	PROD SIA 2019	78	1	100,00	78	78	INDIVIDUAL	265,41
0305010131 HEMODIÁLISE P/ PACIENTES RENAIS AGUDOS / CRÔNICOS AGUDIZADOS S/ TRATAMENTO DIALÍTICO INICIADO	PROD SIA 2019	0	1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	265,41
0305010204 HEMODIÁLISE PEDIÁTRICA (MÍNIMO 4 SESSÕES POR SEMANA)	PROD SIA 2020	243	1	100,00	243	243	INDIVIDUAL	353,88
TRANSITO	PROD SIA 2020	1	1	100,00	1	1	INDIVIDUAL	0,00
<b>PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS AMBULATORIAL/HOSPITALAR</b>								
0404020086 CONFECCAO DE FISTULA ARTERIOVENOSA P/ ACESSO				100,00			INDIVIDUAL	0,00
0418010021 CONFECCAO DE FISTULA ARTERIOVENOSA C/ ENERTO AUTOLOGO	SIH 2019	253	1	100,00	253	253	INDIVIDUAL	685,53
0418010013 CONFECCAO DE FISTULA ARTERIOVENOSA C/ ENERTIA DE POLITETRAFLUORETILENO (PFE)	SIH 2019	37	1	100,00	37	37	INDIVIDUAL	1.453,85
0418010048 IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANENCIA P/ HEMODIÁLISE	SIH 2019	72	1	100,00	72	72	INDIVIDUAL	200,00
0418010064 IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/ HEMODIÁLISE	SIH 2019	1.218	1	100,00	1.218	1.218	INDIVIDUAL	115,81
0418020019 INTERVENCAO EM FISTULA ARTERIO-VENOSA	SIH 2019	17	1	100,00	17	17	INDIVIDUAL	600,00
0418020027 LIGADURA DE FISTULA ARTERIO-VENOSA	SIH 2019	2	1	100,00	2	2	INDIVIDUAL	600,00
0418010030 CONFECCAO DE FISTULA ARTERIOVENOSA P/ HEMODIÁLISE	SIH 2019	444	1	100,00	444	444	INDIVIDUAL	600,00

ÍTEM DE PROGRAMAÇÃO: PROCEDIMENTOS/AGREGADOS	VALOR AMBULATORIAL OU	VALOR AMBULATORIAL OU	Total ES		Ajuste Necessidade P/ Programção		
			Físico	Financeiro	POP SUS DEP / 3	POP SUS AJUSTE PRODUÇÃO	
<b>ESTÁGIO 5 - DIALÍTICO (em Hemodiálise)</b>							
<b>PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b>							
I205020046 ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (rin e visar urináriu)	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I204030153 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I211020034 ELETROCARDIOGRAMA	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202010627 DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202010694 DOSAGEM DE URÉIA****	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202010317 DOSAGEM DE CREATININA	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202020371 HEMATÓCRITO	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202010210 DOSAGEM DE CÁLCIO	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202010600 DOSAGEM DE POTÁSSIO	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202010635 DOSAGEM DE SÓDIO	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202010430 DOSAGEM DE FÓSFORO	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202010392 DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202010651 DOSAGM DE TRANSAMINASE GLUTAMICOPIRUVICA (TGP)	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202010593 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202060274 DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202060250 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMILANTE (TSH)	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202060373 DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202070085 DOSAGEM DE ALUMÍNIO	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202030634 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)****	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202030970 PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBCIGG)***	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202030890 PESQUISA DE ANTICORPOS IGH CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBCIGH)***	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202030679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTIHCV)	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIHIV1+ HIV2 (ELISA)	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202080153 HEMOCULTURA	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
I202080072 BACTERIOSCOPIA (GRAM)	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0
R glicemia mensal é apenas para diabéticos, para os demais é trimestral, mas partilha o parâmetro, foi calculado para cada um paciente em HD o exame mensal, podendo a necessidade estar superestimada. A Hb Glicada também é doze vezes realizada trimestralmente e diabéticos mas foi calculado para cada um.							
*Dose de uréia para realizar a Realizar a KTRV mensal de uréia sérica e na líquida de diálise.							
**Dose de uréia para cada um dos exames de elevação de TGP, entretanto, foi calculado para cada um paciente em HD (superestimada).							
***Foi estimada para cada um paciente em HD mensal é indicada dose de cada um dos exames de uréia sérica.							
****A Diretriz orienta medir uréia pré e pós sessão de hemodiálise uma vez ao mês, portanto, contabilizou-se 2 doses de uréia por mês por paciente.							

ÍTEM DE PROGRAMAÇÃO: PROCEDIMENTOS/AGREGADOS	VALOR AMBULATORIAL OU	VALOR AMBULATORIAL OU	Total ES		Ajuste Necessidade P/ Programação			
			Físico	Financeiro	POP SUS DEP / 3		POP SUS AJUSTE PRODUÇÃO	
<b>ESTÁGIO 5 - DIALÍTICO (em Hemodiálise)</b>								
<b>PROCEDIMENTOS CLÍNICOS</b>								
0301010072 CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (Nefrologia)	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
0305010042 HEMODIÁLISE CONTINUA	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00		
0305010033 HEMODIÁLISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA EXCEPCIONALIDADE)	772.072,98	772.072,98	3.534	772.072,98	1.178	257.357,66	3.534	772.072,98
0305010107 HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	62.685.815,57	62.685.815,57	286.931	62.685.815,57	95.644	20.895.271,86	286.931	62.685.815,57
0305010115 HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	2.500.427,61	2.500.427,61	9.421	2.500.427,61	3.140	833.475,87	9.421	2.500.427,61
0305010123 HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA	20.701,98	20.701,98	78	20.701,98	26	6.900,66	78	20.701,98
0305010131 HEMODIÁLISE P/ PACIENTES RENAIS AGUDOS / CRONICOS AGUDIZADOS S/ TRATAMENTO DIALÍTICO INICIADO	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00		0,00
0305010204 HEMODIÁLISE PEDIÁTRICA (MÁXIMO 4 SESSÕES POR SEMANA)	85.992,84	85.992,84	243	85.992,84	81	28.664,28	243	85.992,84
0305010212 IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTE SOB TRATAMENTO DIALÍTICO EM TRÂNSITO	0,00	0,00	1	0,00	0	0,00	1	
<b>PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS AMBULATORIAL/HOSPITALAR</b>								
0406020086 CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIOVENOSA P/ ACESSO	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00		
0418010021 CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIOVENOSA C/ ENERTO AUTOLOGO	173.433,09	173.433,09	253	173.433,09	84	57.813,03	253	173.433,09
0418010013 CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIOVENOSA C/ ENERTIA DE POLIETILFLUORETILENO (PFE)	141.023,45	141.023,45	97	141.023,45	32	47.007,82	97	141.023,45
0418010048 IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIÁLISE	14.400,00	14.400,00	72	14.400,00	24	4.800,00	72	14.400,00
0418010064 IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/ HEMODIÁLISE	141.056,58	141.056,58	1.218	141.056,58	406	47.018,86	1.218	141.056,58
0418020019 INTERVENÇÃO EM FISTULA ARTERIO-VENOSA	10.200,00	10.200,00	17	10.200,00	6	3.400,00	17	10.200,00
0418020027 LIGADURA DE FISTULA ARTERIO-VENOSA	1.200,00	1.200,00	2	1.200,00	1	400,00	2	1.200,00
0418010020 CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIOVENOSA P/ HEMODIÁLISE	266.400,00	266.400,00	444	266.400,00	148	88.800,00	444	266.400,00



ÍTEM DE PROGRAMAÇÃO: PROCEDIMENTOS/AGREGADOS	DADOS POPULACIONAIS		CONCENTRAÇÃO	COBERTURA POPULACIONAL %	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POPULAÇÃO	TEM DE PROGRAMAÇÃO INDIVIDUAL/ AGREGADO	VALOR UNITÁRIO SIGTAP
	PARÂMETRO	NÚMERO POPULACIONAL						
<b>ATENÇÃO HOSPITALAR</b>								
0305010140 HEMOFILTRAÇÃO	PROD SIH 2019	0	1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	107,96
0305010158 HEMOFILTRAÇÃO CONTÍNUA	PROD SIH 2019	0	1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	107,96
0305010190 ULTRAFILTRAÇÃO	PROD SIH 2019	0	1	100,00	0	0	INDIVIDUAL	101,07
0305010174 TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA EM PACIENTE RENAL CRÔNICO SOB TRATAMENTO DIALÍTICO (POR DIA)	PROD SIH 2019	269	1	100,00	269	269	INDIVIDUAL	80,77
0305020056 TRATAMENTO DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA	PROD SIH 2019	1.418	1	100,00	1.418	1.418	INDIVIDUAL	449,65
<b>TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS</b>								
0505020092 TRANSPLANTE DE RIM (ÓRGÃO DE DOADOR FALECIDO)	PROD SIH 2019	43	1	100,00	43	43	INDIVIDUAL	27.622,67
0505020106 TRANSPLANTE DE RIM (ÓRGÃO DE DOADOR VIVO)	PROD SIH 2019	17	1	100,00	17	17	INDIVIDUAL	21.238,82
0505020017 PARTICIPAÇÃO DE EQUIPE NEFROLÓGICA EM TRANSPLANTE RENAL DE DOADOR FALECIDO				100,00			INDIVIDUAL	
0505020025 PARTICIPAÇÃO DE EQUIPE NEFROLÓGICA EM TRANSPLANTE RENAL DE DOADOR VIVO				100,00			INDIVIDUAL	
0501050043 EXAMES DE PACIENTES EM LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTES				100,00			INDIVIDUAL	
<b>SUBTOTAL HOSPITALAR</b>								
<b>ESTÁGIO 5 - DIALÍTICO (em diálise)</b>								
<b>ÓRTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS</b>								
0702100030 CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA P/ DP/DPAC/DPA	PROD SIA 2019	25	1	100,00	25	25	INDIVIDUAL	149,75
0702100039 DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN				100,00			INDIVIDUAL	21,59
0702100013 CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE	PROD SIA 2019	71	1	100,00	71	71	INDIVIDUAL	482,34
0702100021 CATETER P/SUBCLÁVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE	PROD SIA 2019	1.222	1	100,00	1.222	1.222	INDIVIDUAL	64,76
<b>ESTÁGIO 5 - DIALÍTICO (em Diálise Peritoneal)</b>								
0702100048 CONJ. TROCA P/DPA (PACIENTE-MES C/ INSTALAÇÃO DOMICILIAR E MANUTENÇÃO DA MÁQUINA CICLADORA)	PROD SIA 2019	1.425	1	100,00	1.425	1.425	INDIVIDUAL	2.984,56
0702100056 CONJUNTO DE TROCA PARA PACIENTE SUBMETIDO A DPA (PACIENTE 15 DIAS COM INSTALAÇÃO DOMICILIAR E MANUTENÇÃO DE MÁQUINA CICLADORA)	PROD SIA 2019	23	1	100,00	23	23	INDIVIDUAL	1.255,77
0702100064 CONJUNTO DE TROCA PARA PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE MÊS) CORRESPONDENTE A 120 UNIDADES	PROD SIA 2019	28	1	100,00	28	28	INDIVIDUAL	2.354,17
0702100072 CONJUNTO DE TROCA P/ TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA / DPAC (9 DIAS) CORRESPONDENTE A 36 UNIDADES	PROD SIA 2019	44	1	100,00	44	44	INDIVIDUAL	609,39
0702100080 CONJUNTOS DE TROCA PARA PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE 15 DIAS)	PROD SIA 2019	2	1	100,00	2	2	INDIVIDUAL	946,84
<b>SUB TOTAL OPME</b>								
<b>TOTAL GERAL</b>								

ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA							
0604400012 SEVELAMER 800 MG (POR COMPRIMIDO)	SIA 2020	1.018.453		100,00			INDIVIDUAL
0604620039 CALCITRIOL 0,25 MCG (POR CAPSULA)	SIA 2020	214.509		100,00			INDIVIDUAL
0604470045 ALFAEPOETINA 4.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPO)	SIA 2020	149.083		100,00			INDIVIDUAL
0604470029 ALFAEPOETINA 2.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPO)	SIA 2020	80.578		100,00			INDIVIDUAL
0604770014 CINACALCETE 30 MG (POR COMPRIMIDO)	SIA 2020	112.898		100,00			INDIVIDUAL
0604260016 SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO 100 MG INJETAVEL (P)	SIA 2020	23.123		100,00			INDIVIDUAL
0604620047 CALCITRIOL 1,0 MCG INJETAVEL (POR AMPOLA)	SIA 2020	8.106		100,00			INDIVIDUAL
0604470053 ALFAEPOETINA 10.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPO)	SIA 2020	8.663		100,00			INDIVIDUAL
0604770030 PARICALCITOL 5,0 MCG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (AMPO)	SIA 2020	5.310		100,00			INDIVIDUAL

ÍTEMS DE PROGRAMAÇÃO: PROCEDIMENTOS/AGREGADOS	VALOR AMBULATORIAL OU	VALOR AMBULATORIAL OU	Total ES		Ajuste Necessidade P/ Programação			
			Físico	Financeiro	POP SUS DEP / 3		POP SUS AJUSTE PRODUÇÃO	
<b>ATENÇÃO HOSPITALAR</b>								
0305010140 HEMOFILTRACAO	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
0305010158 HEMOFILTRACAO CONTINUA	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
0305010190 ULTRAFILTRACAO	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
0305010174 TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA EM PACIENTE RENAL CRONICO SOB TRATAMENTO DIALITICO (POR DIA)	21.727,13	21.727,13	269	21.727,13	90	7.242,38	90	7.242,38
0305020056 TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	637.603,70	637.603,70	1.418	637.603,70	473	212.534,57	473	212.534,57
<b>TRANSPLANTE DE ORGAOS, TECIDOS E CELULAS</b>								
0505020092 TRANSPLANTE DE RIM (ORGAO DE DOADOR FALECIDO)	1.187.774,81	1.187.774,81	43	1.187.774,81	14	395.924,94	14	395.924,94
0505020106 TRANSPLANTE DE RIM (ORGAO DE DOADOR VIVO)	361.059,94	361.059,94	17	361.059,94	6	120.353,31	6	120.353,31
0505020017 PARTICIPACAO DE EQUIPE NEFROLOGICA EM TRANSPLANTE RENAL DE DOADOR FALECIDO			0	0,00	0	0,00	0	0,00
0505020025 PARTICIPACAO DE EQUIPE NEFROLOGICA EM TRANSPLANTE RENAL DE DOADOR VIVO			0	0,00	0	0,00	0	0,00
0501050043 EXAMES DE PACIENTES EM LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTES			0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>SUBTOTAL HOSPITALAR</b>	<b>R\$ 2.208.165,58</b>	<b>R\$ 2.208.165,58</b>						
<b>ESTÁGIO 5 - DIALÍTICO (em diálise)</b>								
<b>ÓRTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS</b>								
0702100030 CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA P/ DP/DPAC/DPAC	3.743,75	3.743,75	25	3.743,75	8	1.247,92	8	1.247,92
0702100099 DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATETER DUPL O LUMEN	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
0702100013 CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE	34.246,14	34.246,14	71	34.246,14	24	11.415,38	24	11.415,38
0702100021 CATETER P/SUBCLAVIA DUPL O LUMEN P/ HEMODIALISE	79.136,72	79.136,72	1.222	79.136,72	407	26.378,91	407	26.378,91
<b>ESTAGIO 5 - DIALITICO (em Diálise Peritoneal)</b>								
0702100048 CONJ. TROCA P/DPAC (PACIENTE-MES C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DA MAQUINA CICLADORA)	4.252.998,00	4.252.998,00	1.425	4.252.998,00	475	1.417.666,00	475	1.417.666,00
0702100056 CONJUNTO DE TROCA PARA PACIENTE SUBMETIDO A DPA (PACIENTE 15 DIAS COM INSTALAÇÃO DOMICILIAR E MANUTENÇÃO DE MAQUINA CICLADORA)	28.882,80	28.882,80	23	28.882,80	8	9.627,60	8	9.627,60
0702100064 CONJUNTO DE TROCA PARA PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE MÉS) CORRESPONDENTE A 120 UNIDADES	65.916,76	65.916,76	28	65.916,76	9	21.972,25	9	21.972,25
0702100072 CONJUNTO DE TROCA P/ TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA / DPAC (9 DIAS) CORRESPONDENTE A 36 UNIDADES	26.813,16	26.813,16	44	26.813,16	15	8.937,72	15	8.937,72
0702100080 CONJUNTOS DE TROCA PARA PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE 15 DIAS)	1.893,68	1.893,68	2	1.893,68	1	631,23	1	631,23
SUB TOTAL OPME	<b>R\$ 4.493.631,01</b>	<b>R\$ 4.493.631,01</b>	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>R\$ 220.293.239,68</b>	<b>R\$ 177.002.761,58</b>	<b>13.109.341</b>	<b>R\$177.002.761,58</b>	<b>4.369.780</b>	<b>R\$ 59.000.920,53</b>	<b>4.572.331</b>	<b>R\$ 59.000.920,53</b>

ÍTEMS DE PROGRAMAÇÃO: PROCEDIMENTOS/AGREGADOS	DADOS POPULACIONAIS		CONCENTRAÇÃO	COBERTURA POPULACIONAL %	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POPULAÇÃO SUS	TEM DE PROGRAMAÇÃO INDIVIDUAL/ AGREGADO	VALOR UNITÁRIO SIGTAP
	PARÂMETRO	NÚMERO POPULACIONAL						
<b>ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA</b>								
0604400012 SEVELAMER 800 MG (POR COMPRIMIDO)	SIA 2020	1.018.453		100,00			INDIVIDUAL	
0604620039 CALCITRIOL 0,25 MCG (POR CAPSULA)	SIA 2020	214.509		100,00			INDIVIDUAL	
0604470045 ALFAEPOETINA 4.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPO)	SIA 2020	149.083		100,00			INDIVIDUAL	
0604470029 ALFAEPOETINA 2.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPO)	SIA 2020	80.578		100,00			INDIVIDUAL	
0604770014 CINACALCETE 30 MG (POR COMPRIMIDO)	SIA 2020	112.898		100,00			INDIVIDUAL	
0604260016 SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO 100 MG INJETAVEL (PI)	SIA 2020	23.123		100,00			INDIVIDUAL	
0604620047 CALCITRIOL 1,0 MCG INJETAVEL (POR AMPOLA)	SIA 2020	8.106		100,00			INDIVIDUAL	
0604470053 ALFAEPOETINA 10.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPO)	SIA 2020	8.663		100,00			INDIVIDUAL	
0604770030 PARICALCITOL 5,0 MCG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (AMPO)	SIA 2020	5.310		100,00			INDIVIDUAL	

Fonte: Núcleo se Especial de Programação de Serviços de Saúde, 2020 (NEPPS)

### 13. TELECONSULTORIA

A Plataforma de Telessaúde do Ministério da Saúde deve ser utilizada sempre que houver dúvidas clínicas por parte dos profissionais que atuam na Atenção Básica ou em situações não contempladas nesta Linha de Cuidado para qualificar o cuidado do portador de DRC na Atenção Básica. As teleconsultorias, para o esclarecimento de dúvidas sobre diagnóstico e tratamento, são respondidas em tempo real, sem necessidade de agendamento prévio, pelo telefone **0800 644 6543**. O horário de atendimento é de segunda a sexta-feira, das 08h às 20h, podendo acessar o serviço profissionais médicos, enfermeiros e dentistas da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica do Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.: 37 p.: il.
2. Go, A. S.; Chertow, G. M.; Fan, D.; McCulloch, C. E.; Hsu, C. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. **N Engl J Med**, v.351, n.13, p.1296-1305. 2004.
3. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. **Am J Kidney Dis**, v.39, S1-S266. 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº389, de 13 de março de 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389\\_13\\_03\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html)
5. Passos, V. M.; Barreto, S. M.; Lima-Costa, M. F. F. Detection of renal dysfunction based on serum creatinine levels in a Brazilian community: Bambuí Health and Ageing Study. **Braz J Med Biol Res**, v.36, n.3. p. 393-401. 2003.
6. Brasil. Ministério de Saúde. Departamento de Análise de Situações de Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades de Federação. Rio de Janeiro; 2014
7. Moura, L.; Andrade, S. S. C. A.; Malta, D. C.; Pereira, C. A.; Passos, J. E. F. Prevalência de autorrelato de diagnóstico médico de doença renal crônica no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Bras Epidemiol**, v.18 (Supl. 2), p.181- 191. 2015. <http://doi.org/10.1590/1980-54972015000600166>

8. Censo Brasileiro de Diálise SBN 2022, <https://www.censo-sbn.org.br/censosAnteriores>
9. Silva, F. S. L.; Cruz, F. C.; Pinheiro, D. M.; Campelo, E. M.; Cardoso, J. A.; Rodrigues, S. P. M.; Moura, M. C. V.; Santos, C. F. B. Mortalidade por doença renal crônica no Brasil: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.5, p. 19900-19910 sep./oct. 2021
10. KDIGO 2012. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease, *Kidney International Supplements* v.3, n.1. 2013.
11. <https://www.sbn.org.br/profissional/utilidades/calculadoras-nefrologicas>
12. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease, *Kidney International Supplements* (2013)
13. ESPÍRITO SANTO. Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2020.
14. Parametrizações da População com Doença Renal Crônica em todos os estágios, segundo Ministério da Saúde, Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde, de que se trata os artigos 102 a 106 da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017
15. Censo do ES de Nefrologia – anexo do Censo Brasileiro de Nefrologia 2022, Sociedade Brasileira de Nefrologia
16. Brasil. Ministério da Saúde. **Painéis de Indicadores: Atenção Primária à Saúde**. Nov. 2022. [https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/cobertura\\_aps](https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/cobertura_aps)
17. Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica, Ministério da Saúde, 2022
18. Sedý, J.; Horká, E.; Foltán, R.; Spacková, J.; Duscková, J. Mechanism of increased mortality in hemodialysed patients with periodontitis. **Med Hypotheses**, v. 74, n.2, p. 374-6. 2009.
19. Vilela, E. M.; Bastos, J. A.; Fernandes, N.; Ferreira, A. P.; Chaoubach, A.; Bastos, M. G. Treatment of chronic periodontitis decreases serum prohepcidin levels in patients with chronic kidney disease. **Clinics (São Paulo)**, v.66, n.4, p.657-662. 2011.
20. Kadiroglu, A. K.; Kadiroglu, E. T.; Sit, D.; Dag, A.; Yilmaz, M. E. Periodontitis is an important and occult source of inflammation in hemodialysis patients. **Blood Purif**, v.24, n.4, p.400-4. 2006.

21. Armitage, G. C. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. **Ann Periodontol**, v.4, n.1, p.1-6. 1999.
22. Lopes, L. G. S. Atendimento odontológico ao paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemolítico: recomendações para a prática clínica na ESF. **Trabalho de conclusão de curso**. Minas GERAIS: UFMG. 2012
23. Bastos R. M. R.; Bastos, M. G.; Ribeiro, L. C.; Bastos, R. V.; Teixeira, M. T. B. Prevalência da doença renal crônica nos estágios 3, 4 e 5. **Assoc Med Bras**, v.55, n.1, p.40-4. 2009. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20140043>
24. Nocchioli, É. B.; Cavalcanti, P. P.; Souza, V. P. A. Atendimento odontológico em pacientes com doença renal crônica e suas manifestações bucais. **Revista Diálogos em Saúde**, v.4, n.2, p.46. 2021.
25. D'Alessandro, M. P. S. et al. Manual de Cuidados Paliativos. Ed. 2. São Paulo. Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023.
26. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Transplantes de órgãos. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/transplantes>. Acesso em: 10 fev. 2024.
27. Tavares, A. P. S. T.; Santos, C. G. S.; Tzanno-Martins, C.; Neto, J. B.; Silva, A. M. M.; Lotaif, L.; Souza, J. V. L. Kidney supportive care: an uptade of the current state of the art of palliative care in CKD patients. **J Bras Nefrol**, v. 43, n.1, p. 74-87. 2021.
28. Dyke, T. E. V.; Serhan, C. N. Resolution of inflammation: a new paradigm for the pathogenesis of periodontal diseases. **J Dent Res**, v. 82, n.2, p.82-90. 2003.
29. Borawski, J.; Wilczynska-Borawska, M.; Stokowska, W.; Mysliwiec, M. The periodontal status of pre-dialysis chronic kidney disease and maintenance dialysis patients. **Nephrol Dial Transplant**, v.22, n.2, p.457-64. 2007.
30. Bertold, H. **Manual de transplante renal: período pós-transplante [internet]**. Revisão: Castro, M. C. R. São Paulo. Grupo Lopso de Comunicação. Disponível em: [https://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/Profissional\\_Manual/manual\\_transplante\\_rim.pdf](https://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/Profissional_Manual/manual_transplante_rim.pdf)

## ANEXO I

### INDICADORES DE QUALIDADE ASSISTENCIAL E SEGURANÇA DO PACIENTE

#### Atenção Primária em Saúde (APS)

Atualmente, o primeiro passo será a implementação da estratificação de risco em todas as unidades da APS, por meio da capacitação das equipes. Após atingir esta meta, será estabelecida a coleta de dados referentes aos indicadores de processo e de qualidade assistencial, sugeridos abaixo.

#### FICHA DE INDICADORES DE PROCESSO DE ASSISTÊNCIA APS

INDICADOR	FÓRMULA CÁLCULO	FORMA DE MEDIDA	META
Dosagem de creatinina	Número de pessoas com DRC com creatinina dosada conforme protocolo SESA-ES	Percentual	100%
Dosagem albuminúria RAC ou da ou	Número de pessoas com DRC com albuminúria dosada conforme protocolo MS e SESA-ES	Percentual	100%
Realização da Estratificação de risco da DRC	Estratificação de todas as pessoas com DRC, após 1º atendimento médico	Percentual	100%

#### ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Indicadores nacionais de notificação obrigatória em hemodiálise.

INDICADOR	NUMERADOR A SER NOTIFICADO	DENOMINADOR A SER NOTIFICADO
-----------	----------------------------	------------------------------



Taxa de hospitalização de pacientes em hemodiálise (HD)	Nº de internações hospitalares de pacientes submetidos a HD no mês Observação: Considerar qualquer internação independente do motivo	Nº de pacientes submetidos a HD no mês
Taxa de utilização de cateter temporário/ não tunelizado por mais de 3 meses	Nº de pacientes submetidos a HD com cateter temporário/não tunelizado por mais de 3 meses no mês	Nº de pacientes submetidos a HD no mês
Taxa de soroconversão para hepatite C em hemodiálise	Nº de pacientes submetidos a HD com soroconversão para hepatite C no mês	Nº de pacientes submetidos a HD com anti-HCV negativo
Taxa de mortalidade de pacientes em hemodiálise	Nº de óbitos de pacientes submetidos a HD no mês Observação: Considerar óbito por qualquer causa, mesmo não estando relacionado à doença renal ou ao procedimento dialítico.	Nº de pacientes submetidos a HD no mês
Taxa de infecção do acesso vascular (IAV) associada ao cateter temporário/não tunelizado	Nº de pacientes submetidos a HD com IAV associada a cateter temporário/não tunelizado no mês	Nº de pacientes submetidos a HD com cateter temporário/não tunelizado no mês
Taxa de IAV associada a cateter permanente/ tunelizado	Nº de pacientes submetidos a HD com IAV do cateter permanente/tunelizado no mês	Nº de pacientes submetidos a HD com cateter permanente/tunelizado no mês
Taxa de IAV associada à fístula arteriovenosa (AV)	Nº de pacientes submetidos a HD com IAV2 da fístula - AV no mês	Nº de pacientes submetidos a HD com fístula - AV no mês
Taxa de bacteremia associada a cateter temporário/ não tunelizado	Nº de pacientes com cateter temporário/não tunelizado submetido a HD com bacteremia no mês	Nº de pacientes com cateter temporário/não tunelizado no mês
Taxa de bacteremia associada à fístula - AV	Nº de pacientes com fístula - AV submetidos a HD com bacteremia no mês	Nº de pacientes com fístula - AV no mês

Taxa de bacteremia associada a cateter permanente/ tunelizado	Nº de pacientes com cateter permanente /tunelizado submetido a HD com bacteremia no mês	Nº de pacientes com cateter permanente/tunelizado no mês
Taxa de tratamento com Vancomicina em pacientes em hemodiálise	Nº de pacientes que receberam vancomicina no mês Observação: Considerar o uso de vancomicina por qualquer motivo, não apenas para tratamento de bacteremia.	Nº de pacientes submetidos a HD no mês
Distribuição percentual de microrganismos específicos (espécie) isolados em hemocultura de pacientes em hemodiálise com bacteremia	Nº de microrganismo específico (espécie) isolado em hemocultura de pacientes em HD com bacteremia no mês	Nº total de microrganismos isolados em hemocultura de pacientes em HD com bacteremia no mês

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2019.

#### Indicadores nacionais de notificação obrigatória em diálise peritoneal

INDICADOR	NUMERADOR A SER NOTIFICADO	DENOMINADOR A SER NOTIFICADO
Taxa de hospitalização de pacientes em Diálise Peritoneal	Nº de internações hospitalares de pacientes submetidos a diálise peritoneal no mês Observação: Considerar qualquer internação independente do motivo	Nº de pacientes submetidos a diálise peritoneal no mês
Taxa de peritonite em pacientes em Diálise Peritoneal	Nº de pacientes submetidos a diálise peritoneal com peritonite no mês	Nº de pacientes submetidos a diálise peritoneal no mês
Taxa de mortalidade de pacientes em Diálise Peritoneal	Nº de óbitos de pacientes submetidos a diálise peritoneal no mês Observação: Considerar óbito por qualquer causa, mesmo não estando relacionado à doença renal ou ao procedimento dialítico	Nº de pacientes submetidos a diálise peritoneal no mês

Indicadores assistenciais para avaliação dos Centros Especializados em Nefrologia

INDICADOR	CÁLCULO	FREQUENCIA
Proporção de pacientes em tratamento conservador (pré-dialítico) com Hemoglobina (Hb) <sup>3</sup> 10 mg/dl e Hb12 mg/dl	Nº de pacientes em tratamento conservador com Hb <sup>3</sup> 10 mg/dl e HB 12 mg/d mg/dl/ No total de pacientes em tratamento conservador X 101	TRIMESTRAL
Proporção de pacientes em tratamento conservador (pré-dialítico) com a dosagem de fósforo (P) <sup>3</sup> 2,5 mg/dl e P 4,5 mg/dl	Nº de pacientes em tratamento conservador com P > 2,5 e < 4,5 mg/dl/ Nº total de pacientes em tratamento conservador X 101	TRIMESTRAL
Proporção de pacientes que iniciaram o tratamento hemodialítico com a FAV	Nº de pacientes que iniciaram o tratamento hemodialítico com a FAV/ Nº total de pacientes em tratamento hemodialítico X 100	MENSAL
Proporção de pacientes que iniciaram tratamento hemodialítico sem FAV e em 30 dias realizou a FAV.	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	MENSAL
Proporção de pacientes em tratamento conservador (pré-dialítico) que abandonaram o tratamento	Nº de pacientes em tratamento conservador com abandono de tratamento/ Nº total de pacientes em tratamento conservador X 101	ANUAL
Proporção de pessoas em diálise peritoneal	Nº de pacientes em diálise peritoneal/ Nº total de pacientes em tratamento em diálise X 101	TRIMESTRAL
Taxa de hospitalização dos pacientes por intercorrência clínica	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	MENSAL

	Nº total de pacientes em tratamento por CAPD e DPA X 101	
Proporção de pacientes em hemodiálise em uso de cateter de curta duração por mais de 3 meses	Nº pacientes em HD em uso de cateter venoso central de curta duração/ Nº total de pacientes em tratamento de HD	MENSAL
Taxa de mortalidade de pacientes em diálise	Nº de óbitos de pacientes em diálise/ Nº total de pacientes em diálise X 101	ANUAL
Número de soroconversão para Hepatite C em pacientes submetidos à Hemodiálise	Nº absoluto de casos com soroconversão para Hepatite C	TRIMESTRAL
Incidência em peritonite em pacientes em diálise peritoneal	Nº pacientes em diálise peritoneal com peritonite diagnosticada/ Nº total de pacientes em tratamento em DP X 100	TRIMESTRAL
Proporção de pacientes com Hb > 10 g/dl e < 12,0 g/dl em diálise	Nº de pacientes em diálise com Hb > 10 e < 12 g/dl/ Nº total de pacientes em diálise X 101	TRIMESTRAL
Proporção de pacientes em diálise com Fósforo (P) >3,5 e < 5,5 mg/dl	Nº de pacientes com P > 3,5 e < 5,5 mg/dl/ Nº total de pacientes em diálise X 101	TRIMESTRAL
Proporção de pacientes em tratamento dialítico com Albumina <sup>3</sup> 3,0 mg/dl	Nº pacientes em tratamento dialítico com Ab <sup>3</sup> 3,0 g/dl/ Nº total de pacientes em tratamento X 100	TRIMESTRAL
Proporção de pacientes em Diálise com PTH > 600 pg/ml	Nº de pacientes em Diálise com PTH > 600 pg/ml/ Nº total de pacientes em Diálise X 101	TRIMESTRAL
Proporção de pacientes em Hemodiálise com KTV > 1,3	Nº de pacientes em Hemodiálise com KTV > 1,3/ Nº total de pacientes em Hemodiálise X 101	MENSAL
Proporção de pacientes com mais de 6 meses de tratamento dialítico, aptos para o transplante e inscritos na CNCDO	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	MENSAL

## ANEXO II

### Indicação de Imunobiológicos para pacientes adultos com DRC.


Imunobiológico	Periodicidade	Observação
<b>Dupla Adulto (dT)</b>	<p>Devem ter esquema vacinal básico (3 doses) para difteria e tétano. Pode haver também dose de dTpa – difteria, tétano e coqueluche (pertussis). Deverá administrar uma dose de reforço a cada 10 anos.</p> <p>Caso esteja com esquema incompleto: completar o esquema básico de 3 doses. Sem comprovação vacinal: administrar três doses. O intervalo entre as doses é de 60 dias, com um mínimo de 30 dias.</p>	<p>Vacina inativada oferecida rotineiramente. (dT). Gestante e profissional de saúde podem receber dTpa.</p> <p>Caso ocorra lesão com risco para Tétano, o paciente deve ter uma dose da vacina dT/dTpa nos últimos 5 anos e caso o prazo seja maior, deve ser feita a antecipação de uma dose de reforço.</p>
<b>Influenza</b>	Revacinação anual.	Vacina inativada trivalente oferecida em Campanha na Unidade de Saúde ou CRIE. Após a campanha, a vacina pode ser encontrada durante o ano no CRIE.
<b>Febre Amarela</b>	<p>Para quem recebeu 1 dose da vacina considerar vacinado. Não administrar nenhuma dose. Pessoas com 60 anos e mais, que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação: avaliar a pertinência da vacinação, levando em conta o risco da doença e o risco de eventos adversos nessa faixa etária e/ou decorrentes de comorbidades.</p>	<p>Vacina de vírus vivos atenuados oferecida rotineiramente, necessita avaliação de indicação/contraindicação pelo médico assistente.</p> <p>Contraindicada em imunossuprimidos e em mulheres que estejam amamentando bebês menores de 6 meses de idade.</p>
<b>Vacina Haemophilus Influenzae tipo B (Hib)</b>	Dose única para adultos imunocompetentes e em duas doses com intervalo de dois meses entre as doses para imunocomprometidos.	Vacina especial, disponibilizada pelo CRIE mediante prescrição médica, indicando esquema conforme condição imunológica do paciente.
<b>Vacina pneumocócica conjugada 13- valente (PV13)</b>	Dose única em paciente que recebeu transplante renal. Idealmente fazer 2 meses antes da primeira dose da vacina pneumocócica polissacarídica 23 valente.	<p>Vacina especial, disponibilizada pelo CRIE mediante solicitação médica.</p> <p>Pode ser realizada antes do transplante, mediante estar cadastrado no Registro Geral da Central de Transplantes (RGCT).</p>

<p><b>Vacina pneumocócica 23- valente (PnVPP23)</b></p>	<p>Esquema de 2 doses com cinco anos de intervalo entre as doses.</p> <p>Caso tenha recebido a vacina conjugada para pneumococo previamente, fazer dois meses após a primeira dose de VPP23 e cinco anos após a primeira dose de VPP23, fazer a 2ª dose de VPP23.</p>	<p>Vacina especial, disponibilizada pelo CRIE mediante solicitação médica.</p>
<p><b>Hepatite B</b></p>	<p>Paciente em acompanhamento, porém ainda com função renal preservada, deverá ter esquema vacinal com 3 doses com volume da dose convencional (0, 1 e 6 meses de intervalo), podendo ser feito na Unidade de Saúde.</p> <p>Pacientes com doença renal crônica, pré-diálise: 4 doses com o dobro da dose para a idade, esquema de 0, 1, 2 e 6 meses. Dosar Anti-HBs, repetir esquema para os não reagentes.</p> <p>Pacientes com doença renal crônica, em diálise: 4 doses com o dobro da dose para a idade, esquema de 0, 1, 2 e 6 meses. Dosar Anti-HBs, repetir esquema para os não reagentes. Retestar anualmente e aplicar reforço para os que apresentam títulos inferior a 10 mUI/ml</p>	<p>O esquema diferenciado, os reforços e a testagem de Anti-HBs devem ser prescritos pelo médico assistente. Dosar Anti-HBs no período entre 30 a 60 dias após última dose do esquema vacinal.</p> <p>Esquemas diferenciados em número de doses e volume devem ser encaminhados ao CRIE.</p>
<p><b>Vacina Hepatite A</b></p>	<p>Duas doses com intervalo de 6 meses entre as doses para os paciente que receberam transplante renal e/ou em uso de medicação imunossupressora, caso sejam suscetíveis (Anti-HVA IgG negativo)</p>	<p>Vacina especial, disponibilizada pelo CRIE mediante laudo médico com descrição do doença e medicação e dose em uso).</p> <p>Pode ser realizada antes do transplante, mediante estar cadastrado no Registro Geral da Central de Transplantes (RGCT).</p>
<p><b>Vacina Meningocócica C (MncC)/ Meningocócica ACWY (MncACWY)</b></p>	<p>Duas doses com intervalo de 2 meses entre as doses para os paciente que receberam transplante renal e/ou em uso de medicação imunossupressora.</p> <p>Deverá receber uma dose de reforço a cada cinco anos,</p>	<p>Vacina especial, disponibilizada pelo CRIE mediante laudo médico com descrição do doença e medicação e dose em uso).</p> <p>Pode ser realizada antes do transplante, mediante estar cadastrado no Registro Geral</p>

	enquanto usar medicação imunossupressora.	da Central de Transplantes (RGCT).
<b>Varicela**</b>	Duas doses com intervalo de três meses.	Vacina de vírus vivos atenuados, oferecida para adultos como vacina especial, disponibilizada pelo CRIE. Necessita avaliação de indicação/contraindicação pelo médico assistente.
<b>Tríplice Viral*</b>	Menores de <u>Pessoas de 5 (cinco)</u> a 29 anos de idade não vacinadas ou com esquema incompleto devem receber ou completar o esquema de duas doses de tríplice viral, conforme situação encontrada, considerando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. Considerar vacinada a pessoa que comprovar 2 (duas) doses de vacina contendo os componentes sarampo e rubéola (dupla viral, tríplice viral ou tetra viral); Pessoas de 30 a 59 anos de idade não vacinadas devem receber uma dose de tríplice viral. Considerar vacinada contra o sarampo a pessoa que comprovar 1 (uma) dose de vacina contendo o componente sarampo (monovalente, dupla viral ou tríplice viral);	Vacina de vírus vivos atenuados oferecida rotineiramente, necessita avaliação de indicação/contraindicação pelo médico assistente.



### ANEXO III

	<b>AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE E ADMISSÃO</b> (para uso exclusivo de SAD)	DIGITADO POR:	DATA:
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____	_____	_____	____/____/____
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	TURNO: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
_____	_____	_____	_____	

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO		
CNS DO CIDADÃO* _____	DATA NASC.:* ____/____/____	SEXO:* <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M

PROCEDÊNCIA (ASSINALAR)*
<input type="radio"/> Atenção Básica <input type="radio"/> Internação hospitalar <input type="radio"/> Urgência e emergência <input type="radio"/> C.ACON/UNACON <input type="radio"/> Iniciativa do paciente ou terceiros <input type="radio"/> Outros

CONDIÇÃO(ÕES) AVALIADA(S)	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Adaptação ao uso de órtese/prótese
<input type="checkbox"/> Domiciliado	<input type="checkbox"/> Reabilitação domiciliar
<input type="checkbox"/> Úlceras/feridas (grau III ou IV)	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos oncológicos
<input type="checkbox"/> Acompanhamento nutricional	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos não oncológicos
<input type="checkbox"/> Uso de sonda nasogástrica - SNG	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia domiciliar
<input type="checkbox"/> Uso de sonda nasointestinal - SNE	<input type="checkbox"/> Uso de traqueostomia
<input type="checkbox"/> Uso de gastrostomia	<input type="checkbox"/> Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica
<input type="checkbox"/> Uso de colostomia	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - CPAP
<input type="checkbox"/> Uso de cistostomia	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - BIPAP
<input type="checkbox"/> Uso de sonda vesical de demora - SVD	<input type="checkbox"/> Diálise peritoneal
<input type="checkbox"/> Acompanhamento pré-operatório	<input type="checkbox"/> Paracentese
<input type="checkbox"/> Acompanhamento pós-operatório	<input type="checkbox"/> Medicação parenteral

CID-10 (principal)* _____	CID-10 (secundário) _____	CID-10 (secundário) _____
---------------------------	---------------------------	---------------------------

CONCLUSÃO/DESTINO*	
ELEGÍVEL: (ver legenda) <input type="radio"/> AD 1 <input type="radio"/> AD 2 <input type="radio"/> AD 3	<input type="radio"/> INELEGÍVEL
<input type="checkbox"/> Admissão na própria Emad	<input type="checkbox"/> Instabilidade clínica com necessidade de monitorização contínua
<input type="checkbox"/> Encaminhado para outra Emad	<input type="checkbox"/> Necessidade de terapêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, com urgência
<input type="checkbox"/> Encaminhado para a Atenção Básica (AD1)	<input type="checkbox"/> Outro motivo clínico
<input type="checkbox"/> Outro encaminhamento	<input type="checkbox"/> Ausência de cuidador (em casos com necessidade)
	<input type="checkbox"/> Outras condições sociais e/ou fam. impeditivas do cuidado domiciliar

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO PARA ADMISSÃO			
NOME COMPLETO:** _____			
NOME SOCIAL: _____			
RAÇA/COR:** <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena	Etnia:**	Nº NIS (PIS/Pasep) _____	
NOME COMPLETO DA MÃE:** _____			
<input type="checkbox"/> Desconhecido			
NOME COMPLETO DO PAI:** _____			
<input type="checkbox"/> Desconhecido			
NACIONALIDADE:** <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro	PAÍS DE NASCIMENTO:**	DATA DE NATURALIZAÇÃO:** ____/____/____	
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**	MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**		
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** ____/____/____	E-MAIL:		

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA	
CEP:**	MUNICÍPIO:** _____ UF:**
BAIRRO:**	TIPO DE LOGRADOURO:** _____ NOME DO LOGRADOURO:**
NÚMERO:** <input type="checkbox"/> Sem número	COMPLEMENTO: _____ PONTO DE REFERÊNCIA:

TELEFONES PARA CONTATO	
TEL. RESIDÊNCIA: ( ) _____	TEL. CONTATO: ( ) _____

CUIDADOR	CNS DO CUIDADOR
<input type="radio"/> Não possui <input type="radio"/> Cônjuge/Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(s)/Estrado(s) <input type="radio"/> Pai/Mãe <input type="radio"/> Avô/Avó <input type="radio"/> Neto(s) <input type="radio"/> Irmão(s) <input type="radio"/> Outro	_____

**Legenda:**  Opção múltipla de escolha    Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)  
**Modalidade de AD:** destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. **AD 1:** usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de atenção básica. **AD 2:** usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. **AD 3:** usuários com os critérios de AD 2 com agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica e paracentese).  
 \*Campo obrigatório  
 \*\*Campo obrigatório para cadastro de cidadãos admitidos na própria Emad  
 \*\*\*Condicionado à resposta anterior



## ASSINATURAS (4)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

**JOSZILENE TEODORO DE JESUS**  
ENFERMEIRO - QSS  
NEAE - SESA - GOVES  
assinado em 13/03/2024 15:17:22 -03:00

**OZINELIA PEDRONI BATISTA**  
CHEFE NUCLEO ESPECIAL QCE-04  
NEAE - SESA - GOVES  
assinado em 13/03/2024 11:09:03 -03:00

**DAYS KOEHLER BEHNING**  
GERENTE QCE-03  
GEPORAS - SESA - GOVES  
assinado em 13/03/2024 10:55:45 -03:00

**JOSÉ TADEU MARINO**  
SUBSECRETARIO ESTADO  
SSAS - SESA - GOVES  
assinado em 13/03/2024 12:23:03 -03:00



### INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 13/03/2024 15:17:23 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)  
por JOSZILENE TEODORO DE JESUS (ENFERMEIRO - QSS - NEAE - SESA - GOVES)  
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-L0X08W>