



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
SUBDIRETORIA TÉCNICA EM SAÚDE – SDTECS
COORDENAÇÃO DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS
NÚCLEO DE NEFROLOGIA**

**LINHA DE CUIDADO AO DOENTE RENAL CRÔNICO NO ESTADO DE
RONDÔNIA**

Porto Velho - RO
Outubro/2023



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS
NÚCLEO DE NEFROLOGIA

MARCOS JOSÉ ROCHA DOS SANTOS
Governador de Rondônia

SÉRGIO GONÇALVES DA SILVA
Vice-governador

JEFFERSON RIBEIRO DA ROCHA
Secretário de Estado da Saúde

MAXWENDELL GOMES BATISTA
Secretário Adjunto de Estado da Saúde

ROSA MARIA FERREIRA DE ALMEIDA
Assessora Técnica -SESAU

MARIANA AGUIRAR PRADO
Subdiretora Técnica de Saúde

DANIELE CARDOSO SANTOS ARAÚJO RAMOS
Coordenadoria de Doenças e Condições Crônicas

Porto Velho - RO
Outubro/2023



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS
NÚCLEO DE NEFROLOGIA

ELABORAÇÃO:

ANA PAULA GUEDES BRANDÃO
Chefe de Núcleo de Nefrologia

INÁ INERAN GOMES DE CARVALHO
Enfermeira Nefrologista – SESAU

ALICE CRISTINE ROSSMANN FAGÁ
Coordenadora da Diálise do COHREC - CHD/SESAU

MICHELE GIROLDO SCHWINGEL
Gerente de enfermagem do Centro de Diálise de Ariquemes – CDA

GILMAR MEIRELES NOGUEIRA
Coordenador da Central de Diálise Madeira Mamoré – CDMM

KATIANE BRANDÃO
Médica Reguladora do NIR - HBAP

GLAUCE ANNE CARDOSO
Médica Assessoria Técnica da Coordenadoria de Regulação Estadual

FLAVIO M. M. FERREIRA
Enfermeiro Assessoria Técnica da Coordenadoria de Regulação Estadual

JARBAS GALDINO BANDEIRA
Diretor Centro de Referência de Saúde do Trabalhador

JÚLIO CESAR PINTO
Apoio Administrativo – Gerência Administrativa do CETAS



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS
NÚCLEO DE NEFROLOGIA

COLABORAÇÃO:

Assessoria Técnica – SESAU/ASTECA

Central de Diálise de Ariquemes – CDA

Central Estadual de Transplante – CET

Coordenadoria do Sistema de Apoio a Descentralização- COSAD

Coordenadoria de Gestão de Recursos Humanos - CRH

Coordenadoria de Gestão e Assistência Farmacêutica – CGAF

Laboratório Estadual de Patologia e Análises Clínicas – LEPAC

Coordenação de Regulação e Controle de Serviços de Saúde– CRECSS

Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro – HBAP

Complexo Regional de Cacoal - COHREC

Policlínica Oswaldo Cruz – POC

Coordenadoria de Regulação Assistencial

Coordenação da Atenção Primária em Saúde

Coordenação de Atenção às Urgências

Gerencias Regionais de Saúde de Rondônia – GRS

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
2.	OBJETIVOS	12
3.	PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DE RONDÔNIA	13
4.	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	17
5.	DOENÇA RENAL CRÔNICA	19
6.	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DA DRC EM RONDÔNIA	24
6.1	Rede de serviços de TRS da Região de saúde Madeira-Mamoré	24
6.2	Rede de serviço de TRS da Região de saúde do Vale do Jamari	27
6.3	Rede de serviço de TRS da Região de saúde Central	29
6.4	Rede de serviço de TRS da Região de saúde Zona da Mata	31
6.5	Rede de serviço de TRS da Região de saúde Café	32
6.6	Rede de serviço de TRS da Região de saúde do Cone Sul	34
6.7	Rede de serviço de TRS da Região de saúde do Vale do Guaporé	36
7.	ACESSO VASCULAR	37
8.	TRANSPLANTE RENAL	38
9.	COMPONENTES DA POLÍTICA DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL	41
9.1	Componente da Atenção Básica	41
	Estágio 1	42
	Estágio 2	42
	Estágio 3	43
	Estágio 3A	43
	Estágio 3B	44
	Recomendações para os pacientes em estágio 3Ae 3B:	44
9.2	Rede Estadual de Assistência à Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC)	45
	Estágio 4	45
	Recomendações para todos os pacientes no estágio 4:	46
	Estágio 5 - Condutas de manejo clínico	46
	Estágio 5-D (em diálise)	47
	Estágio 5-D (em hemodiálise)	48
	Exames eventuais	49
	Estágio 5-D (em diálise peritoneal)	49
	Exames eventuais	50
10.	TRATAMENTO	51

10.1	Modalidades de Diálise Peritoneal	52
11.	FLUXO DE ACESSO PARA CONSULTAS EM NEFROLOGIA	55
11.1	Rede de Atenção Ambulatorial Adulto e Pediátrico em Nefrologia	55
11.2	Atendimento às consultas para avaliação do paciente e realização de exames e procedimentos necessários:	60
12.	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	61
13.	DIRETRIZES CLÍNICAS PARA O CUIDADO ÀS PESSOAS COM DRC.....	67
13.1	Equipe Multiprofissional Mínima.....	67
14.	MACRORREGIÃO I.....	71
15.	MACRORREGIÃO II Figura 19: Mapa da Macrorregião II.....	74
16.	FLUXOS DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM LESÃO RENAL.....	75
16.1	Fluxo de atendimento ao paciente adulto com lesão renal aguda e/ou doença renal crônica agudizada no município:.....	75
16.2	Fluxo de Atendimento ao paciente adulto renal crônico dialítico apresentando complicação clínica e/ou cirúrgica no município:	77
16.3	Fluxo de Atendimento ao paciente pediátrico com Doença Renal no município:	79
17	MECANISMOS DE REFERÊNCIA E CONTRA- REFERÊNCIA	81
18	FINANCIAMENTO	83
19	MECANISMOS DE CONTROLE, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	89
20	SITUAÇÃO PROPOSTA	90
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91

LISTA DE SIGLAS

- APAC – Autorização de Procedimento Ambulatorial (alta complexidade/custo);
- APS – Atenção Primária à Saúde;
- BRA – Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina;
- CIB – Comissão Intergestores Bipartite;
- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
- DRC – Doente Renal Crônico;
- DP – Diálise Peritoneal;
- ESF – Estratégia Saúde da Família;
- EUA – Excreção Urinária de Albumina;
- FAV – Fistula Arteriovenosa;
- FG – Filtração Glomerular;
- HD – Hemodiálise;
- IECA – Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina;
- IRA – Insuficiência Renal Aguda;
- IRC – Insuficiência Renal Crônica;
- K/DOQI – Kidney Disease Outcomes Quality Initiative
- LME – Laudo de Medicamentos Especializados do SUS;
- MS – Ministério da Saúde;
- NKF – National Kidney Foundation Americana;
- PNI – Programa Nacional de Imunização;
- PTFE – Prótese de politetrafluoroetileno
- RAC – Razão Albumina/creatinina;
- RAS – Rede de Atenção à Saúde;
- RDC – Resolução da Diretoria Colegiada;
- RFG – Ritmo Filtração Glomerular;
- SBN – Sociedade Brasileira de Nefrologia;
- SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica;
- SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.
- TRS – Terapia Renal Substitutiva;
- SIH – Sistema de Informações Hospitalares;
- SUS – Sistema Único de Saúde;
- TFG – Taxa de Filtração Glomerular;

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Mapa das regiões de saúde de Rondônia

Figura 02: Estrutura operacional das redes de atenção à saúde

Figura 03: Classificação da DRC de acordo com o RFG e a Albuminúria

Figura 04: Doenças e agravos, por nível de risco, para desenvolver doença renal crônica.

Figura 05: Região Madeira-Mamoré

Figura 06: Região do Vale do Jamari

Figura 07: Mapa da Região de Saúde Central

Figura 08: Região da Zona da Mata

Figura 09: Região do Café

Figura 10: Região do Cone Sul

Figura 11: Região Vale do Guaporé

Figura 12: Linha detalhada para entrada do DRC ao serviço de transplante renal

Figura 13: Cateter implantado para realização de Diálise Peritoneal

Figura 14: Máquina Cicladora para Diálise Peritoneal Automatizada

Figura 15: Fluxo de acesso para atendimento ambulatorial de paciente adulto suspeito ou portador de Doença Renal no município de origem

Figura 16: Fluxo de regulação ambulatorial para acesso de paciente pediátrico em nefrologia.

Figura 17: Fluxo eletivo para confecção de Fístula Arteriovenosa (FAV)

Figura 18: Mapa da Macrorregião I

Figura 19: Mapa da Macrorregião II

Figura 20: Fluxo de Acesso para atendimento ao paciente com Doença Renal em Emergência e Urgência.

Figura 21: Fluxo de Acesso para atendimento ao paciente Adulto com Doença Renal

Figura 22: Fluxo de atendimento ao paciente pediátrico com lesão renal aguda e/ou doença renal crônica agudizada, no município

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Mapa de Saúde do Estado dividido em sete Regiões de Saúde.

Tabela 02: Cobertura de equipes de saúde da família nas regiões de saúde de Rondônia.

Tabela 03: Estágio e Classificação da Doença Renal Crônica.

Tabela 04: Quantitativo de atendimentos de Hemodiálise (HD) e Diálise Peritoneal (DP), e médicos Nefrologistas das TRS na região Madeira – Mamoré

Tabela 05: Distribuição dos pacientes em Hemodiálise por município da região Madeira-Mamoré

Tabela 06: Distribuição dos pacientes em Diálise Peritoneal por município da região Madeira-Mamoré.

Tabela 07: Quantitativo de pacientes de Hemodiálise (HD), Diálise Peritoneal (DP) e médicos Nefrologistas da SOS rim.

Tabela 08: Quantitativo de pacientes em Hemodiálise e médicos Nefrologistas do C.D.A.

Tabela 09: A distribuição dos pacientes em HD por município Região do Vale do Jamari

Tabela 10: Quantitativo de pacientes em Hemodiálise e médicos Nefrologistas da CLINERON – Ji-Paraná.

Tabela 11: A distribuição dos pacientes em HD por município da Região Central

Tabela 12: Quantitativos de pacientes que realizam HD da Zona da Mata.

Tabela 13: Quantitativo de pacientes em Hemodiálise e médicos Nefrologistas da TRS – Cacoal.

Tabela 14: A distribuição de pacientes em HD por município da TRS de Cacoal

Tabela 15: Quantitativo de pacientes em Hemodiálise e médicos Nefrologistas do IRR

Tabela 16: A distribuição de pacientes em HD por município do IRR.

Tabela 17: Quantitativos de pacientes que realizam HD da região do Vale do Guaporé.

Tabela 18: Para pacientes com CID de Doença Renal Crônica

Tabela 19: Para pacientes com CID de Transplante

Tabela 20: Central de Hemodiálise Madeira – Mamoré e sua capacidade máxima

Tabela 21: Hospitais de Gestão estadual com vagas para Hemodiálise beira-leito de UTI

Tabela 22: Central de Hemodiálise do Complexo Regional de Cacoal

Tabela 23 : Tabela de procedimentos relacionados a Tratamento em Nefrologia, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPMS do SUS.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a cada dia cresce o número de pessoas que sofrem de doenças renais. Existem diferentes níveis de gravidade da doença, até situações em que os rins estão totalmente paralisados. Doenças como a diabetes e a hipertensão arterial, se não tratadas de maneira corretamente, podem levar à falência total do funcionamento renal, caracterizando, em conjunto com as glomerulonefrites, as principais causas das doenças renais. Na falta de funcionamento correto dos rins há a necessidade de se fazer diálise. Na maioria das vezes o tratamento deve ser feito para o resto da vida, se não houver possibilidade de se realizar um transplante renal. Houve um aumento relevante pronunciado na população em diálise no Brasil ao longo dos anos (GOVERNO SANTA CATARINA, p. 13, 2018).

Com o intuito de direcionar a linha de cuidado à pessoa com DRC, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Portaria nº 389 em 31 de março de 2014, que define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com DRC e o incentivo financeiro de custeio para o cuidado ambulatorial pré-dialítico. Bem como a resolução RDC Nº 11, de 13 de março de 2014, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços de diálise (Ministério da Saúde, 2014).

No cenário atual, temos uma rede de nefrologia voltada basicamente na Terapia Renal Substitutiva (TRS), seja devido à inexistência das ações preventivas ou de diagnóstico precoce ainda na atenção básica, que somado às dificuldades de contratação de profissionais especializados e capacitação de profissionais em Doenças Renais e suas condutas, fazem com que concentre esforços maiores na alta complexidade e foco na TRS (GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ, p. 6, 2015).

O Estado de Rondônia atualmente possui (08) Serviços de Nefrologia cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde), sendo que a maior concentração se encontra na capital.

Considerando que a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus são fatores de risco para a insuficiência renal crônica, se faz necessária à implementação da atenção básica com ênfase ao programa de controle da hipertensão arterial e diabete mellitus (Hiperdia), utilizando estratégia do programa saúde da família, assim como a capacitação de profissionais para detecção precoce e para o acompanhamento dos pacientes portadores de doença renal na atenção básica. (GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ, p. 6, 2015).

Os programas de controle de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus estão implantados nos 52 municípios do Estado de Rondônia, com sub-registro elevado,

decorrentes de problemas operacionais apresentados nas versões de atualizações do Sistema de Informação em Saúde de Hipertensão e Diabetes, (SISHIPERDIA, 2021).

O cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral. O modelo vigente, que utiliza propostas de cuidados formatadas a priori, não tem obtido sucesso em suas condutas por não conseguir chegar ao singular de cada indivíduo e por impor olhares e fazeres que nada têm a ver com o usuário real, que está necessitando de atenção e de cuidado (MALTA; MERHY, 2010).

A determinação de desenvolver a Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal para Rondônia representa uma necessidade de adequação de processos de trabalhos incorporados às novas normas publicadas no campo da Diálise, a fim buscar uma resolução para os pacientes que aguardam por um diagnóstico e acompanhamento na fila de espera.

Essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita (MALTA; MERHY, 2010). As linhas de cuidado expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. As linhas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, bem como utilizam a estratificação para definir ações em cada estrato de risco (GOVERNOSANTA CATARINA, p. 15, 2018).

2. OBJETIVOS

2.2 GERAL

Promover a construção da Linha de Cuidado ao Portador de Doença Renal Crônica.

2.3 ESPECÍFICOS

- Identificar os pontos de atenção ao Doente Renal Crônico e seus respectivos serviços;
- Regionalizar acesso através do serviço de regulação a toda a Linha de Cuidado;
- Caracterizar o perfil assistencial dos estabelecimentos de saúde e dos usuários;
- Validar fluxogramas de acesso com definição de referência e contrarreferência;
- Ampliar o acesso para a realização das fístulas por meio das clínicas de Terapia Renal Substitutiva ou pactuações com hospitais de referência;
- Realizar diagnóstico precoce e a estratificação de risco na população com DRC, com base nos exames laboratoriais e estágio clínico;
- Sistematização para obtenção de informações da situação dos doentes renais crônicos.

3. PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DE RONDÔNIA

O Estado de Rondônia está localizado na Região Norte do Brasil possuindo uma área total correspondente a 237.754 km², tendo como fronteiras ao norte, nordeste e noroeste o Estado do Amazonas, ao leste e sudeste o Estado do Mato Grosso e ao sul e sudeste a República da Bolívia. A estreita faixa territorial corresponde ao distrito de Extrema, pertencente à Capital Porto Velho, e a fronteira leste com o vizinho Estado do Acre. Tem uma população estimada de 1.581.016 habitantes, sendo que corresponde a aproximadamente 0,8% da população atual do Brasil. Esse é o terceiro maior contingente populacional da Região Norte, atrás somente do Pará e do Amazonas. O Estado possui 52 municípios, sendo que a capital é a cidade mais populosa, com 460.413 habitantes (IBGE, 2022).

Atualmente aproximadamente 70% dos pacientes que iniciam a diálise, acessam o sistema de saúde pela porta da urgência em situações emergenciais, necessitando de intervenção imediata, em estágio 5, com necessidade dialítica, em péssimas condições de saúde, e com elevada mortalidade nos primeiros meses de terapia.

Em julho de 2020, o número total estimado de pacientes em diálise no Brasil foi 144.779. As taxas estimadas de prevalência e incidência de pacientes por milhão da população (pmp) foram 684 e 209, respectivamente. Dos pacientes prevalentes, 92,6% estavam em hemodiálise (HD) e 7,4% em diálise peritoneal (DP); 23% estavam na lista de espera para transplante. A taxa de incidência de COVID-19 confirmada entre fevereiro e julho de 2020 foi 684/10.000 pacientes em diálise, a taxa de letalidade foi 25,7%. As taxas estimadas de mortalidade geral e mortalidade bruta anual por COVID-19 foram 24,5 e 4,2%, respectivamente (NERBASS et al., 2022).

Quando estratificada por região, observou-se uma diminuição significativa na taxa de prevalência apenas na região Norte; os números aumentaram ligeiramente nas demais regiões. O número estimado de novos pacientes em diálise em 2020 foi de 44.264, e a taxa de incidência total foi de 209 pmp, menor do que em 2019, quando atingiu 218 pmp. A taxa de incidência variou de 75 pmp na região Norte a 227 pmp na região Sul. O número estimado de óbitos para o ano todo foi de 35.413. A taxa bruta de mortalidade anual está entre 18 e 20% desde 2016, e a projeção é que aumente para 24,5% em 2020 (NERBASS et al., 2022).

A faixa etária mais prevalente foi entre 45 e 64 anos, representando 42,5%. A distribuição por sexo, 58% de homens e 42% de mulheres, permaneceu estável, assim como o percentual das principais etiologias. A hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus representaram, cada um, quase um terço de todos os casos de pacientes em diálise no Brasil

(Censo Brasileiro de Diálise, 2020).

Dentre os centros de diálise do Estado de Rondônia, o número de pacientes registrados em tratamento dialítico no ano de 2021, consta –se em aproximadamente 980 pacientes (SESAU/RO 2021).

As internações para tratamento de nefrologia na rede assistencial hospitalar do estado de Rondônia, no ano de 2021, registrou o quantitativo de 2567 pacientes (MINISTÉRIO DE SAÚDE, SIH/SUS 2022).

Destacamos que a regionalização da assistência à saúde no Estado de Rondônia é constituída por 07 Regiões de Saúde, conforme Resolução CIB nº 087/CIB/RO de 08/05/2014, e foi considerada a oferta de serviços nos três níveis de Atenção.

- Referência Estadual para a Alta Complexidade.
- Referência Regional, representada pelos polos regionais, que deverão atender aos procedimentos da Média e Alta Complexidade.
- Referência local, representada pelos módulos assistenciais, compreendendo os procedimentos mínimos da Média Complexidade e Atenção Básica.

Figura 01- Mapa das regiões de saúde de Rondônia



Fonte: SESAU-RO, 2020.

Tabela 01: Atualmente o mapa de Saúde do Estado divide-se em sete Regiões de Saúde:

Região de saúde	Municípios	População
Região de Saúde Madeira – Mamoré População: 556.022	Porto Velho	460.413
	Guajará-Mirim	39.386
	Nova Mamoré	25.444
	Candeias do Jamari	22.238
	Itapuã do Oeste	8.541
Região de Saúde Vale do Jamari População: 214.728	Ariquemes	96.833
	Buritis	27.992
	Machadinho do Oeste	30.707
	Cujubim	14.863
	Alto Paraíso	16.320
	Monte Negro	11.548
	Campo Novo de Rondônia	8.844
	Cacaulândia	4.150
	Rio Crespo	3.471
Região de Saúde Central População: 324.844	Ji-Paraná	124.333
	Jaru	50.591
	Ouro Preto do Oeste	35.044
	São Miguel do Guaporé	21.635
	Presidente Médici	19.327
	Alvorada do Oeste	13.117
	Urupá	10.725
	Mirante da Serra	9.235
	Theobroma	8.113
	Vale do Anari	7.788
	Governador Jorge Teixeira	8.001
	Vale do Paraíso	6.479
	Nova União	6.200
Teixeirópolis	4.256	

Região de Saúde Zona da Mata População: 127.503	Rolim de Moura	56.406
	Alta Floresta do Oeste	21.495
	Nova Brasilândia do Oeste	15.679
	Alto Alegre dos Parecis	11.479
	Novo Horizonte	7.667
	Santa Luzia do Oeste	7.419
	Parecis	4.125
	Castanheiras	3.233
Região de Saúde Café População: 166.088	Cacoal	86.895
	Pimenta Bueno	34.998
	Espigão do Oeste	29.397
	Ministro Andreazza	6.466
	São Felipe d' Oeste	5.258
	Primavera de Rondônia	3.074
Região de Saúde do Cone Sul População: 149.591	Vilhena	95.832
	Colorado do Oeste	15.663
	Cerejeiras	15.890
	Chupinguaia	9.324
	Corumbiara	7.519
	Cabixi	5.363
Região de Saúde do Vale do Guaporé População: 40.084	São Francisco Do Guaporé	16.286
	Costa Marques	12.627
	Seringueiras	11.171
Total de habitantes RO		1.581.016

Fonte: IBGE/2022. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais.
Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica

Segundo o Ministério da Saúde (2021) a regionalização é o eixo estruturante que organiza a descentralização das ações e serviços de saúde no País e se materializa por meio da organização das Redes de Atenção à Saúde – RAS., busca promover a equidade, a integralidade na atenção à saúde, a racionalização dos gastos e otimização dos recursos, com ganho de escala, o estabelecimento de mecanismos de governança e a atuação do Estado

orientada pela lógica dos interesses coletivos e do SUS no espaço regional.

4. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios e diretrizes, vem sendo construído baseado em um ideário de reformas em que um novo modo de produção de saúde seja capaz de racionalizar a organização e a gestão da atenção à saúde, universalizando seu acesso. O modelo de organização escolhido foi o de Atenção Primária à Saúde (APS), materializado com o nome de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (PENA et al, p. 3136, 2012).

A APS, experiência exitosa de sistemas de saúde em vários países, apresenta-se como organização de redes assistenciais articuladas, onde os serviços de nível primário são os de primeiro contato do usuário. Caracterizam-se pelo acesso facilitado e atuam de forma efetiva sobre os principais problemas de saúde da população. Essa posição enquanto porta de entrada preferencial na rede assistencial permite também desenvolver a coordenação de cuidados pelo médico generalista ou de família (PENA et al, p. 3136, 2012).

Os médicos de família, além de funcionarem como o profissional de primeiro contato para o maior elenco de situações, controlam as referências para as especialidades, exercendo um papel regulador que deveria ser pautado pela lógica garantidora do acesso ao melhor cuidado possível, conforme um projeto terapêutico definido, considerando as necessidades daquele indivíduo ou comunidade (PENA et al, p. 3136, 2012).

Assim, temos como ponto de partida o acesso a todos os níveis da atenção enquanto instrumento fundamental para a garantia da integralidade, considerando que esse atributo interfere e sofre interferência na organização da equipe multiprofissional, na oferta ampla e na articulação de serviços em níveis crescentes de sofisticação tecnológica, assim como na articulação com outros recursos necessários para a resolução dos problemas de saúde da comunidade. Entretanto, no Brasil, alguns problemas de considerável gravidade, têm sua assistência em nível primário ainda pouco resolutiva. Destacamos a Doença Renal Crônica (DRC) (PENA et al, p.3136, 2012).

Ao considerar que a APS é o centro comunicador das redes de atenção à saúde, este passa a ter relevância em qualquer rede temática, necessitando de uma estrutura de governança que possa dar uma resposta resoluta e eficiente, a saber:

Figura 02: Estrutura operacional das redes de atenção à saúde.



Fonte: Mendes, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

A figura 3 mostra que a atenção primária precisa de sistemas de apoio e logístico para que possa cumprir com as diretrizes do SUS e os atributos da APS. Para isso, a APS precisa, além da estratificação de risco para melhor atender os casos, é necessário um suporte laboratorial e farmacêutico para acompanhamentos de pacientes com doença renal crônica.

A cobertura estimada da população por equipes de saúde da família do Estado de Rondônia, na competência de abril/2023, é de 87,86%, divididos por região de saúde, a saber:

Tabela 02: Cobertura de equipes de saúde da família nas regiões de saúde de Rondônia.

Região de Saúde	População	Qt. eSF	Capacidade da equipe	Cobertura APS
Café	173.643	42	148.148	85,31%
Central	341.326	103	256.506	106,04%
Cone Sul	161.819	47	171.507	105,98%

Madeira-Mamoré	666.953	123	468.693	70.27%
Vale do Guaporé	52.189	17	59.509	114.02%
Vale do Jamari	284.003	62	220.500	77.64%
Zona da Mata	135.345	46	164.729	121.71%

Fonte: SISAB. Acesso em 05/07/2023. Competência de abril/2023.

5. DOENÇA RENAL CRÔNICA

A DRC é definida como uma anormalidade da estrutura e/ou função renal, presente por mais de três meses, com implicações para a saúde. É preciso esclarecer a causa da doença, bem como definir seu estágio, com isso é possível identificar os riscos de desfechos adversos, relacionados ao comprometimento renal e ao óbito. (GESUALDO et al, p. 2020).

Nas sociedades ocidentais, as causas mais comuns de IRC são a hipertensão arterial, o diabetes e as glomerulonefrites, embora outras causas como infecções, nefrotoxicidade e acidentes peçonhentos sejam importantes causas de IRC, sobretudo nos países subdesenvolvidos (GOVERNO SANTA CATARINA, p. 24, 2018).

A Sociedade Brasileira de Nefrologia referendou a definição de DRC proposta pela National Kidney Foundation Americana (NKF), em seu documento Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI), que se baseia nos seguintes critérios:

- Lesão presente por um período igual ou superior a três meses, definida por anormalidades estruturais ou funcionais do rim, com ou sem diminuição da filtração glomerular (FG), evidenciada por anormalidades histopatológicas ou de marcadores de lesão renal, incluindo alterações sanguíneas e urinárias, ou ainda de exames de imagem;
- FG <60 mL/min/1,73 m² por um período igual ou superior a três meses com ou sem lesão renal. Assim, a DRC é definida pela lesão do parênquima renal (com função renal normal) e/ou pela diminuição funcional renal presentes por um período igual ou superior a três meses. Com base nesta definição, foi proposta a classificação (estadiamento) para a DRC (BASTOS et al, 2010).

A DRC é dividida em seis estágios funcionais, de acordo com o grau de função renal do paciente. Os estágios são:

Tabela 03: Para melhor estruturação do tratamento dos pacientes com Doenças Renais Crônicas, após o diagnóstico, todos os pacientes sejam classificados da seguinte maneira:

Estágio 1	TFG ³ 90mL/min/1,73m ² na presença de proteinúria e/ou hematuria ou alteração no exame de imagem
Estágio 2	TFG ³ 60 a 89 mL/min./1,73m ²
Estágio 3a	TFG ³ 45 a 59 mL/min./1,73m ²
Estágio 3b	TFG ³ 30 a 44 mL/min./1,73m ²
Estágio 4	TFG ³ 15 a 29 mL/min./1,73m ²
Estágio 5 - Não Diálítico	TFG < 15 mL/min./1,73m ²
Estágio 5 - Diálítico	TFG < 15 mL/min./1,73m ²

Fonte: Ministério da Saúde, 2014.

A classificação deve ser aplicada para tomada de decisão no que diz respeito ao encaminhamento para os serviços de referências e para o especialista, conforme cada caso.

Para fins de organização do atendimento integral ao paciente com doença renal crônica (DRC), o tratamento deve ser classificado em conservador, quando nos estágios de 1 a 3, pré-diálise quando 4 e 5-ND (não diálítico) e Terapia Renal Substitutiva (TRS) quando 5-D (diálítico).

O tratamento conservador consiste em controlar os fatores de risco para a progressão da DRC, bem como para os eventos cardiovasculares e mortalidade, com o objetivo de conservar a TFG pelo maior tempo de evolução possível. A pré-diálise consiste na manutenção do tratamento conservador, bem como no preparo adequado para o início da Terapia Renal Substitutiva em paciente com DRC em estágios mais avançados.

Como as duas principais causas de insuficiência renal crônica são a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, os médicos clínicos gerais que trabalham na atenção básica à saúde, deve priorizar a detecção precoce da doença renal e condutas terapêuticas apropriadas para o retardamento de sua progressão, podendo reduzir o sofrimento dos pacientes e os custos financeiros associados à DRC. (GOVERNO SANTA CATARINA, p. 27, 2018).

Para a classificação da DRC pela taxa de filtração glomerular e a albuminúria segue - se o quadro a seguir:

Figura 03: Classificação da DRC de acordo com o RFG e a Albuminúria.

Categoria	RFG (mL/min/1,73m ²)	EUA (mg/24h)	RAC (mg/g)	Descrição
RFG				
G1	≥90	-	-	Normal ou aumentado
G2	60-89	-	-	Levemente diminuído*
G3a	45-59	-	-	Levemente a moderadamente diminuído
G3b	30-44	-	-	Moderadamente a gravemente diminuído
G4	15-29	-	-	Gravemente diminuído
G5	< 15	-	-	Falência renal
Albuminúria				
A1	-	< 30	< 30	Normal ou ligeiramente aumentado
A2	-	≥30 e < 300	≥30 e < 300	Moderadamente aumentado
A3	-	≥300	≥300	Gravemente aumentado**

DRC = doença renal crônica; RFG = ritmo de filtração glomerular; EUA = excreção urinária de albumina;
RAC = relação albumina-creatinina.
* Na ausência de lesão renal evidente, as categorias do RFG G1 e G2 não cumprem os critérios para a DRC
** Incluindo a síndrome nefrótica (EUA geralmente > 2200 mg/24h ou RAC > 2220 mg/g)
Adaptado: KDIGO⁽¹⁾

Os marcadores de lesão renal possuem um papel muito importante para a detecção de anormalidades estruturais ou funcionais dos rins, as quais nem sempre resultam em declínio do RFG. Tais anormalidades podem ser detectadas por meio de exames histológicos ou de imagem; pela presença de distúrbios eletrolíticos ou outros decorrentes de lesões tubulares; pela presença de anormalidades no sedimento urinário, tais como células epiteliais tubulares, cilindros hemáticos, cilindros leucocitários, corpos graxos ovais, hemácias dismórficas, dentre outros; pela história de transplante renal, já que biópsias de rins transplantados apresentam anormalidades patológicas mesmo nos pacientes que não possuem declínio no RFG ou albuminúria; e por níveis aumentados de albuminúria e/ou proteinúria. (GOVERNO SANTA CATARINA, p. 28, 2018).

A albuminúria e a proteinúria consistem nos principais marcadores laboratoriais de lesão do parênquima renal. A avaliação destes marcadores pode ser realizada em amostra de urina coletada durante 24 horas ou em amostra de urina isolada normalizada pela creatinina urinária. Esta normalização tem como finalidade corrigir possíveis erros decorrentes da diluição ou concentração da amostra de urina isolada. A relação albumina/creatinina (ou proteínas totais/creatinina) tem sido mais recomendada por ser um método menos sujeito a erros de coleta. A elevação da excreção urinária de albumina (EUA) deve ser confirmada em pelo menos duas de três coletas, em um período de três a seis meses (GOVERNO SANTA CATARINA, p. 28-29, 2018).

Vários fatores podem interferir na determinação da albuminúria e, portanto, devem ser considerados durante a realização do exame. Dentre os fatores que podem elevar os níveis de albuminúria destacam-se o mau controle glicêmico e a hipertensão arterial não controlada, a presença de infecção do trato urinário, a prática de exercício físico intenso antes da coleta da

amostra de urina, a obesidade mórbida, a insuficiência cardíaca descompensada, a presença de doença aguda ou febre, a sobrecarga proteica ou hídrica e a gestação.

Outro fator que pode interferir na avaliação da relação albumina/creatinina (ou proteínas totais/creatinina) é a massa muscular do paciente, já que esta está diretamente relacionada com os níveis séricos de creatinina. Uma baixa massa muscular pode resultar em uma elevação da relação proteínas totais/creatinina e albumina/creatinina devido à redução da creatinina urinária, enquanto que uma elevada massa muscular pode resultar em normalidade mesmo na presença de excreção urinária elevada de proteínas ou albumina, decorrente de uma maior produção de creatinina. (GOVERNO SANTA CATARINA, p. 29, 2018).

A avaliação anual da albuminúria é recomendada nos pacientes diabéticos, os quais apresentam um risco elevado de desenvolver DRC, já que esta possibilita a detecção precoce de lesão no parênquima renal. Nos pacientes com diabetes mellitus tipo 1 (DM1), realiza-se o rastreamento a partir de cinco anos do diagnóstico do diabetes, ou antes, em pacientes persistentemente descompensados ou na adolescência. Em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 (DM2), a presença de albuminúria deve ser pesquisada logo após o diagnóstico do diabetes, assim que obtido o melhor controle possível da hiperglicemia e da hipertensão.

O grupo de risco para desenvolverem a doença renal crônica, os pacientes devem ser submetidos a exames para averiguar a presença de lesão renal (análise de proteinúria) e para estimar o nível de função renal (RGF) a cada ano (GOVERNO SANTA CATARINA, p. 29, 2018).

A Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (SCHMIDT; DUNCAN; 30 STEVENS et al., 2009; SCHMIDT et al., 2011; ROSA, 2008). As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde.

Figura 04: Doenças e agravos, por nível de risco, para desenvolver Doença Renal Crônica.

Risco para Doença Renal Crônica	
Elevado	Hipertensão arterial Diabetes mellitus História familiar de DRC
Médio	Enfermidades sistêmicas Infecções urinárias de repetição Litíase urinária repetida Uropatias Crianças com < 5anos Adultos com > 60 anos Mulheres grávidas

O tratamento de pacientes portadores de insuficiência renal progressiva pode ser dividido em componentes que poderão promover intervenção precoce:

- Programa de promoção à saúde e prevenção primária (grupos de riscos para DRC);
- Identificação precoce da disfunção renal (diagnóstico da DRC);
- Detecção e correção de causas reversíveis da doença renal;

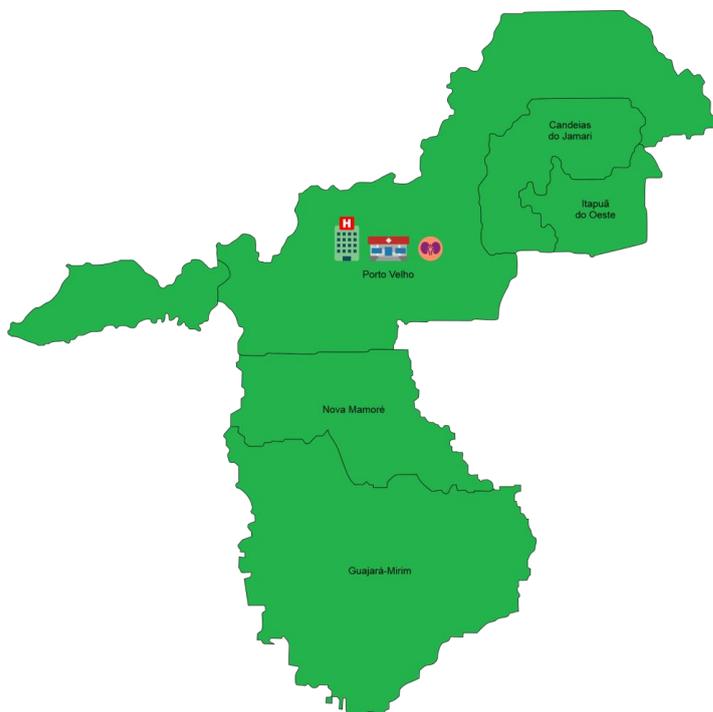
Pacientes portadores de aloenxerto renal, apresentando DRC resultante das diferentes formas de agressão ao tecido transplantado, causas rejeição crônica, nefrotoxicidade por uso de drogas imunossupressoras, recidiva de glomerulopatias, glomerulopatia do transplante.

6. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DA DRC EM RONDÔNIA

6.1 Rede de serviços de TRS da Região de saúde Madeira-Mamoré.

As Clínicas de TRS que compõem esta região é a CLINERON e NEFRON, tais clínicas são da rede privada e possuem contrato na modalidade credenciamento com a SESAU/RO.

Figura 05: Região Madeira-Mamoré



Fonte: SESAU/RO, 2023.

Tabela 04: Quantitativo de pacientes de Hemodiálise (HD) e Diálise Peritoneal (DP), e médicos Nefrologistas das TRS na região Madeira - Mamoré.

Clínica de TRS	Serviço	Nº Nefrologistas	HD	DP
CLINERON	Rede privado e credenciada com o SUS	03	171	-
NEFRON	Rede privado e credenciada com o SUS	03	190	34

Fonte: SESAU/RO, junho de 2023.

Na clínica NEFRON, há uma média de 17 pacientes atendidos por convênio, perfazendo um total de 224 pacientes atendidos. A CLINERON informou que atualmente não possuem pacientes de convenio.

Tabela 05: Distribuição dos pacientes em Hemodiálise por município da região Madeira-Mamoré, segue conforme quadro abaixo:

Município	Pacientes em HD CLINERON	Paciente em HD NEFRON
Porto Velho	156	158
Candeias do Jamari	06	09
Guajará Mirim	08	11
Itapuã d'Oeste	-	05
Nova Mamoré	01	04
Total	171	187

Fonte: SESAU/RO, junho de 2023.

Dentre os 190 pacientes em HD da clínica NEFRON, observou-se 1 (um) paciente de Jaru (provavelmente em transito); 2 (dois) pacientes do estado do Amazonas (Humaitá).

Destaca-se que a Diálise Peritoneal, no Estado de Rondônia, é ofertada somente NEFRON e SOS Rim e que ambas estão localizadas na Região Madeira-Mamoré, contudo somente a NEFRON possui contrato com a rede pública/SUS.

Tabela 06: Distribuição dos pacientes em Diálise Peritoneal por município da região Madeira-Mamoré, segue conforme quadro abaixo:

Município	Paciente em DP Nefron
Porto Velho	20
Candeias do Jamari	02
Guajará Mirim	01
Itapuã d'Oeste	-
Nova Mamoré	-

Fonte: SESAU/RO, junho de 2023.

Dentre os 34 pacientes em DP atendidos na NEFRON, observa-se 01 (um) paciente de Ariquemes, 1 (um) de Machadinho d'Oeste, 1 (um) de Jaru, 2 (dois) de Ji-Paraná, 1 (um) de Presidente Médici, 1 (um) de Pimenta Bueno, 1 (um) de Rolim de Moura, 1 (um) de Vilhena e 2 (dois) de Humaitá/AM.

Destaca-se também que a predominância do nível de escolaridade foi ensino fundamental incompleto e a renda média foi de até 1 (um) salário mínimo. A doença de base predominante foi a glomerulonefrite, seguida de hipertensão. Havendo predominância do sexo masculino, faixa etária predominante foi a de 50-59 anos.

No estado de Rondônia, apenas uma clínica de TRS atende exclusivamente convênio sem nenhuma participação do SUS, que é o Centro de Diálise SOS rim.

Tabela 07: Quantitativo de pacientes de Hemodiálise (HD), Diálise Peritoneal (DP) e médicos Nefrologistas da SOS rim.

Região de Saúde	Clínica Particular (convênio)	Nº Nefrologistas	HD e HDF	DP
Madeira Mamoré	1	6	30	23

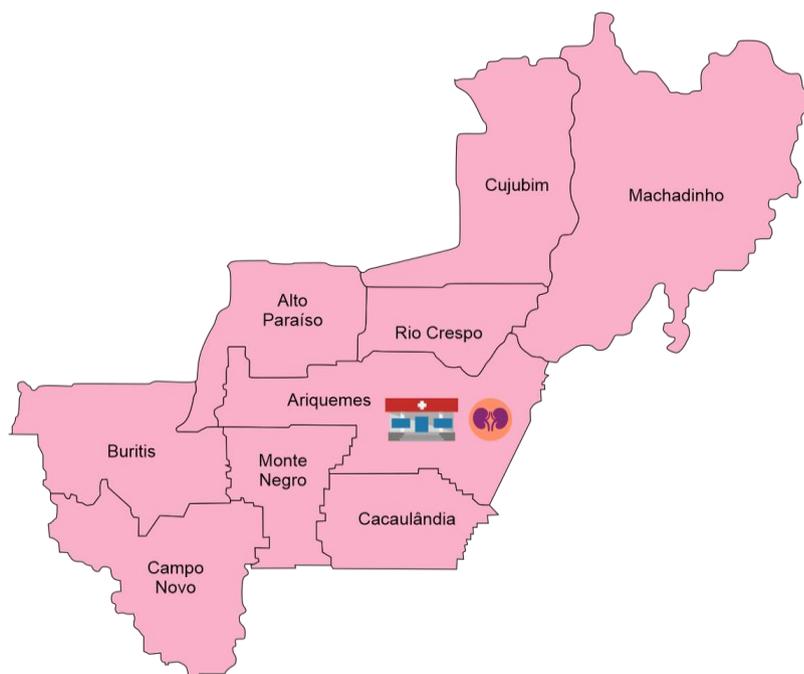
Fonte: SESAU/RO, 2023.

Destaca-se que esta clínica possui o perfil de pacientes predominantemente masculino, faixa etária entre 50-59 anos, nível de escolaridade superior completo, uma renda entre 2 (dois) a 5 (cinco) salários mínimos e tendo como doença de base predominante a hipertensão e diabetes.

6.2 Rede de serviço de TRS da Região de saúde do Vale do Jamari.

A Clínica de TRS que compõem esta região é o Centro de Diálise de Ariquemes (C.D.A.), a mesma faz parte da rede pública da Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia.

Figura 06: Região do Vale do Jamari



Fonte: SESAU/RO, 2023.

Tabela 08: Quantitativo de pacientes em Hemodiálise e médicos Nefrologistas do C.D.A.

Região de Saúde	Clínica	N Nefrologistas	Atendimentos Ambulatoriais
Vale do Jamari	1	2	197

Fonte: SESAU/RO, junho de 2023.

Tabela 09: A distribuição dos pacientes em HD por município Região do Vale do Jamari:

Município	Paciente em HD
Alto Paraíso	14
Ariquemes	82
Buritis	19
Cacaulândia	1
Campo Novo	8

Cujubim	7
Machadinho d'Oeste	15
Monte Negro	15
Rio Crespo	2
Jaru	32
Gov. Jorge Teixeira	2

Fonte: SESAU/RO, junho de 2023.

Observa-se a predominância de pacientes do sexo masculino, faixa etária entre 40 e 49 anos, com ensino fundamental completo, renda de até 1 (um) salário mínimo e doença de base predominante é a hipertensão.

6.3 Rede de serviço de TRS da Região de saúde Central.

A Clínica de TRS que compõem esta região é a CLINERON – Ji-Paraná, a mesma é da rede privada e possui contrato com o SUS através de gestão municipal.

Figura 07: Mapa da Região de Saúde Central



Fonte: SESAU/RO, 2023.

Tabela 10: Quantitativo de pacientes em Hemodiálise e médicos Nefrologistas da CLINERON – Ji-Paraná.

Região de Saúde	Clínica	N Nefrologistas	Atendimentos Ambulatoriais
Central	1	2	185

Fonte: SESAU/RO, 2023.

Tabela 11: A distribuição dos pacientes em HD por município da Região Central:

Município	Pacientes em HD
Ji - Paraná	87
Alvorada d'Oeste	0
Governador Jorge Teixeira	6
Jaru	0

Mirante da Serra	11
Nova União	6
Ouro Preto d'Oeste	27
Presidente Médici	9
Teixeirópolis	3
Theobroma	6
Urupá	9
Vale do Anari	2
Vale do Paraíso	8

Fonte: SESAU/RO, 2023.

Nesta região, houve a predominância de pacientes do sexo masculino, faixa etária entre 60 e 69 anos, com ensino fundamental incompleto, renda de até 1 (um) salário mínimo e doença de base predominante é a hipertensão.

Ressaltamos que os pacientes em HD do município de Jarú e alguns do município de Jorge Teixeira, estão sendo atendidos na Região Vale do Jamari na clínica de referência pública Centro de Diálise de Ariquemes.

6.4 Rede de serviço de TRS da Região de saúde Zona da Mata.

A Região Zona da Mata não possui TRS em sua dimensão geográfica. Os pacientes são referenciados para a região de saúde do Café, tendo como sede o município de Cacoal.

Figura 08: Região da Zona da Mata



Fonte: SESAU/RO, 2023.

Tabela 12: Quantitativos de pacientes que realizam HD da Zona da Mata.

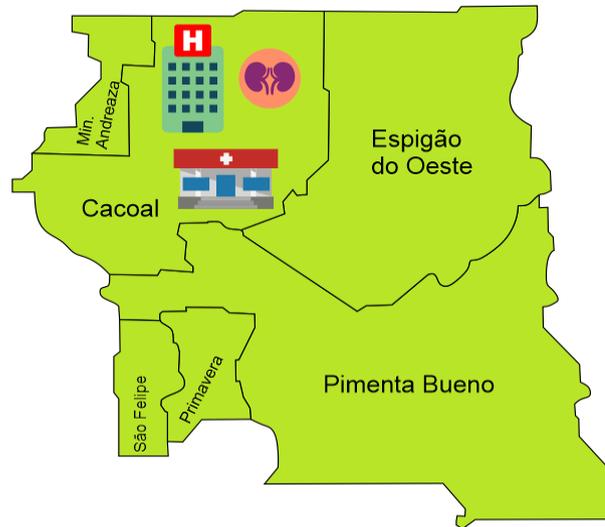
Região de Saúde	Clínica	Pacientes em HD
Zona da Mata	0	55

Fonte: SESAU/RO, junho de 2023.

6.5 Rede de serviço de TRS da Região de saúde Café.

A Região do Café possui o Centro de Diálise de Rondônia (TRS-Cacoal), a mesma é da rede privada e possui contrato com o SUS através de gestão municipal.

Figura 09: Região do Café



Fonte: SESAU/RO, 2023.

Tabela 13: Quantitativo de pacientes em Hemodiálise e médicos Nefrologistas da TRS –Cacoal.

Região de Saúde	Clínica	Nº Nefrologistas	Pacientes em HD
Café	1	3	169

Fonte: SESAU/RO, 2023.

Tabela 14: A distribuição de pacientes em HD por município da TRS, segue conforme quadro abaixo:

Município	Pacientes em HD
Cacoal	72
Espigão d'Oeste	13
Ministro Andreazza	03
Pimenta Bueno	16
Primavera de Rondônia	01
São Felipe d'Oeste	02

Rolim de Moura	18
Alta Floresta d'Oeste	11
Alta Alegre dos Parecis	04
Castanheiras	01
Nova Brasilândia d'Oeste	08
Novo Horizonte d'Oeste	07
Parecis	-
Santa Luzia d'Oeste	06

Fonte: SESAU/RO, junho de 2023.

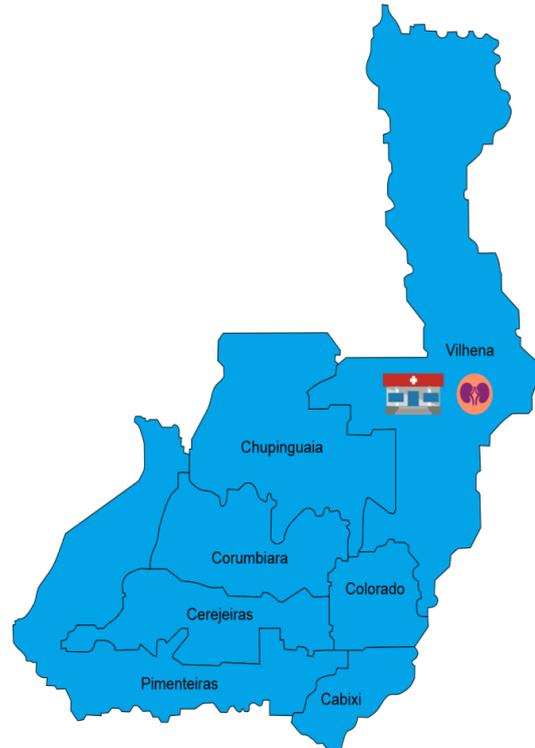
Dos 169 pacientes, 2 (dois) do Estado de Mato Grosso, 1 (um) da região Cone Sul e 4 (quatro) da região Central.

Nesta região, houve a predominância de pacientes do sexo masculino, faixa etária entre 60 e 69 anos, com ensino fundamental incompleto, renda de até 1 (um) salário mínimo e doença de base predominante é a hipertensão.

6.6 Rede de serviço de TRS da Região de saúde do Cone Sul.

A Região do Cone Sul possui o Instituto do Rim de Rondônia (IRR), a mesma é da rede privada e possui contrato com o SUS através de gestão municipal.

Figura 10: Região do Cone Sul.



Fonte: SESAU/RO, 2023.

Tabela 15: Quantitativo de pacientes em Hemodiálise e médicos Nefrologistas do IRR.

Região de Saúde	Clínica	Nº Nefrologistas	Pacientes em HD
Cone Sul	1	2	114

Fonte: SESAU/RO, junho de 2023.

Tabela 16: A distribuição de pacientes em HD por município da TRS, segue conforme quadro abaixo:

Município	Paciente em HD
Vilhena	71
Cabixi	02
Cerejeiras	08
Chupinguaia	01

Colorado do Oeste	11
Corumbiara	03
Pimenteiras do Oeste	03

Fonte: SESAU/RO, junho de 2023.

Cabe informar que dos 114 pacientes do IRR, 15 (quinze) são do Estado do Mato Grosso. Nesta região, houve a predominância de pacientes do sexo masculino, faixa etária entre 50 e 59 anos, com ensino médio incompleto, renda de até 1 (um) salário mínimo e doença de base predominante é a hipertensão.

6.7 Rede de serviço de TRS da Região de saúde do Vale do Guaporé

A Região do Vale do Guaporé não possui TRS em sua dimensão geográfica. Os pacientes são referenciados para a região de saúde do Café e Central, tendo como sede o município de Cacoal e Ji-Paraná.

Figura 11: Região Vale do Guaporé



Fonte: SESAU/RO, 2023

A prestadora de serviço CLINERONJi-Paraná atende os municípios São Miguel, Seringueiras, Costa Marques e São Francisco do Guaporé.

Tabela 17: Quantitativos de pacientes que realizam HD do Vale do Guaporé.

Região de Saúde	Clínica	Pacientes em HD
Vale do Guaporé	0	11

Fonte: SESAU/RO, junho de 2023.

Tabela 18: A distribuição de pacientes em HD por município da TRS, segue conforme quadro abaixo:

Município	Paciente em HD
São Miguel	0
Seringueiras	3
São Francisco	5
Costa Marques	3

Fonte: SESAU/RO, junho de 2023.

7. ACESSO VASCULAR

A fístula arteriovenosa (FAV) representa a modalidade de escolha para o acesso vascular definitivo, que consiste em uma anastomose subcutânea de uma artéria com uma veia adjacente, geralmente confeccionada no punho distal -fístula radiocefálica -ou no cotovelo - fístula braquiao-cefalia (Joshi AS, Agrawal DP; 2020). A fístula braquio-basílica transposta também é utilizada (MARCH et al; 2020). Comparando aos enxertos protéticos ou aos cateteres de hemodiálise, as fístulas arteriovenosas são o acesso inicial preferencial, uma vez que apresentam vantagens clínicas e econômicas superiores (MARCH et al; 2020). O ramo venoso da FAV dilata-se e sua parede torna-se mais espessa, permitindo repetidas punções.

Pelo Ministério da Saúde (MS) é classificado como procedimento ambulatorial em ambiente cirúrgico com pagamento por procedimento ambulatorial de alta complexidade - APAC (GOVERNO SANTA CATARINA, p. 60, 2018).

Nem todas as pessoas têm condições para realizar uma fístula arteriovenosa (FAV), ou seja, pode ser difícil criar uma FAV em certos doentes, devido ao fato das veias serem pequenas, ou devido a situações vasculares coexistentes associadas à idade ou a doenças (diabetes).

A realização dos procedimentos de Confecção de fístula arteriovenosa com enxertia de politetrafluoretileno (PTFE), confecções de fístula arteriovenosa com enxerto autólogo e confecção de fístula arteriovenosa para hemodiálise de alta complexidade, são financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC), sendo que podem ser realizados nos hospitais, sendo o pagamento através de autorização de procedimento de Alto Custo (APAC).

As fístulas da Região Madeira - Mamoré são realizadas pelas clínicas credenciadas NEFRON e CLINERON. Quanto à Região Vale do Jamari, no ano de 2022 foi contratado um médico vascular para realização das FAV no Centro de Diálise de Ariquemes (CDA), mas no ano de 2023 o profissional solicitou desligamento do cargo. Neste ano, novo edital de contratação do profissional foi divulgado para alinhamento do retorno da confecção das FAV.

Na região do Café, as fístulas estão sendo realizadas no Hospital Regional de Cacoal, através dos encaminhamentos da TRS de Cacoal.

Na região Central, as fístulas são realizadas a nível ambulatorial na TRS de Ji-Paraná.

Na região do Cone Sul, as fístulas estão sendo realizadas no Hospital Regional de Vilhena, através dos encaminhamentos do Instituto do Rim de Vilhena.

8. TRANSPLANTE RENAL

Os pacientes com DRC desde o estágio 5-DN, devem ser encaminhados para os serviços especializados em transplante. (Ministério da Saúde, 2014).

O médico nefrologista deve esclarecer ao doente renal crônico as formas de tratamento e o ingresso na lista única de espera de receptores, bem como, encaminhá-lo para os exames necessários e a equipe de transplante.

O transplante renal é considerado uma alternativa mais completa de substituição da função renal. Tendo como principal vantagem a melhor qualidade de vida, pois o transplante renal garante mais liberdade na rotina diária do paciente. O paciente precisa entender que a lista não funciona por ordem de chegada e sim por compatibilidade. A indicação de transplante deve seguir as orientações da Portaria GM/MS nº 2.600, de 31 de outubro de 2009, ou a que venha a substituir (GOVERNO SANTA CATARINA, p. 67, 2018).

A Central Estadual de Transplantes (CET) é uma organização pública da administração direta da Secretaria de Estado de Saúde (SES) do Estado de Rondônia Sua instituição ocorreu pelo Decreto Estadual nº 10.850, de 29 de dezembro de 2003, autorizada pelo Ministério da Saúde (MS) pela Portaria nº. 452 de 22 de junho de 2006, sediada nas dependências do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HBAP), de acordo com o disposto na Lei Federal nº 9.434/1997, regulamentada pelo decreto nº 9.175/2017 e em conformidade com a Portaria Ministerial 2.600/2009. Sua premissa principal é assegurar aos pacientes que necessitam de transplante de órgãos e tecidos, um processo seguro e eficaz, desde a doação de órgãos e tecidos até ao acompanhamento no pós-transplantes. (SESAU, 2022).

Atualmente a equipe de transplante renal do Hospital de Base, encontra-se inabilitada pelo Ministério da Saúde, para realizar o procedimento de transplante renal. Assim, para viabilizar o acesso da população ao transplante não realizado no estado de Rondônia, a Central Estadual de Transplantes de Rondônia realiza agendamento em centros transplantadores, com o objetivo efetivar a avaliação pré e pós transplante de órgãos ou tecidos. Assim, entendemos a importância de descrever como ocorre o fluxo de acesso ao tratamento de transplante renal fora do estado de Rondônia.

Fluxo de vaga ambulatorial para avaliação pré-transplante renal: Definição de rotina de encaminhamento para os pacientes candidatos que estiverem dentro das condições clínicas e dos critérios que indicam o tratamento de transplante renal, sendo este encaminhamento feito médico nefrologista responsável pelo tratamento conservador ou TRS do paciente.

Para regulação de vaga ambulatorial, a Central Estadual de Transplantes deve receber o laudo de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) devidamente preenchido pelo médico nefrologista com justificativa plausível em todos os itens solicitados, sobretudo o meio de transporte e a necessidade de acompanhante. Enviar o laudo juntamente com as seguintes documentações:

- Carta de Trânsito para diálise;
- Exames laboratoriais e sorológicos atuais (com até 30 dias da data de realização);
- Documentos pessoais do paciente (RG, CPF, cartão do SUS, comprovante de residência em nome do paciente, dos pais ou do acompanhante, comprovante bancário, contato de telefone);
- Documentos pessoais do acompanhante (RG, CPF, cartão do SUS, comprovante bancário, contato de telefone);

Para a os pacientes que residem nos municípios contemplados pelas Gerências Regionais de Saúde-GRS (GRS I, III, IV e V) o atendimento está totalmente descentralizado. Assim os pacientes, representantes e/ou responsáveis são atendidos diretamente nas GRS, não havendo a necessidade de comparecer em Porto Velho para entregar o laudo do TFD, tornando o atendimento para os pacientes do interior do Estado mais humanizado e muito mais célere.

O estado de Rondônia não possui pactuação desse serviço com outro estado. Dessa forma, não há como prever a data certa do agendamento, uma vez que depende de fatores como disponibilidade de vagas, quadro clínico estável do paciente, tipo de acesso vascular utilizado pelo paciente e se acesso vascular funcionante.

É importante ressaltar que cada estado possui um fluxo regulatório distinto e específico quanto a solicitação de agendamento de consulta pré-transplante renal, sendo necessário que a CET/RO se adeque a cada particularidade. Após o agendamento da consulta o laudo do TFD segue com o comprovante de agendamento para a Coordenação do TFD/SESAU, onde passa pela avaliação da junta médica para providências quanto a emissão de passagens aéreas ou outro meio de transporte.

Fluxo de vaga de paciente hospitalizado para avaliação pré-transplante renal: Definição de rotina de encaminhamento para os casos de pacientes crônicos, graves e hospitalizados, candidatos ao tratamento de transplante renal, sendo este encaminhamento feito médico nefrologista responsável pelo tratamento do paciente.

Para regulação de vaga hospitalar, a Central Estadual de Transplantes deve receber o

laudo de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) devidamente preenchido pelo médico nefrologista com justificativa plausível em todos os itens solicitados, sobretudo o meio transporte e a necessidade de acompanhante. Enviar o laudo juntamente com as seguintes documentações:

- Carta de Trânsito para diálise;
- Exames laboratoriais e sorológicos atuais (com até 30 dias da data de realização);
- Documentos pessoais do paciente (RG, CPF, cartão do SUS, comprovante de residência em nome do paciente, dos pais ou do acompanhante, comprovante bancário, contato de telefone);
- Documentos pessoais do acompanhante (RG, CPF, cartão do SUS, comprovante bancário, contato de telefone);

Para o paciente com falência de acesso e hemodinamicamente instável que se encontra internado, e que precise ser transferido para leito hospitalar (enfermaria ou UTI), a CET/RO providencia junto a regulação do estado para qual o paciente será encaminhado, a vaga de caráter ambulatorial, a fim de gerar um código de acesso ao paciente dentro do sistema de regulação. Esse código não garante o leito hospitalar, apenas a vaga da consulta. A partir desse código, a equipe médica assistencial deve contatar a Central de Regulação do hospital para qual foi disponibilizado o leito, a fim de dar seguimento ao processo regulatório, onde a equipe passará as informações sobre a condição clínica do paciente diariamente até que o hospital disponibilize a vaga do leito e a hemodiálise.

O estado de Rondônia não possui pactuação desses serviços com outro estado. As vagas são ofertadas conforme disponibilidade da rede de assistência do hospital. Toda a documentação do agendamento, laudo do TFD e outras que se fizeram necessárias são encaminhadas à Coordenação do TFD/SESAU, afim de tomar providências quanto ao transporte do paciente. Nos casos em que o paciente necessite ser transferido de UTI aérea, é de responsabilidade da equipe médica assistencial o preenchimento do formulário de solicitação do aeromédico.

9. COMPONENTES DA POLÍTICA DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL

9.1 Componente da Atenção Básica

Compete ao componente da Atenção Básica a gestão do cuidado à pessoa com DRC e a atenção dos estágios clínicos 1 ao 3, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC no SUS, bem como as ações a seguir (Ministério da Saúde, 2014):

- Realizar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e controle das principais patologias relacionadas à DRC, como Hipertensão Arterial 78 Sistêmica e Diabetes Mellitus, considerados os fatores de risco mais prevalentes na população; atualizar o calendário vacinal das pessoas com DRC, conforme Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (PNI/MS);
- Identificar determinantes e condicionantes das principais patologias que podem levar a DRC;
- Realizar acolhimento com classificação e estratificação de risco e vulnerabilidade, diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DRC de acordo com as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC no SUS;
- Coordenar o cuidado atuando como o centro de comunicação entre os diversos componentes da RAS e ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas;
- Realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC;
- Realizar abordagem multiprofissional e intersetorial, incluindo o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e outros programas e ações da Atenção Básica no acompanhamento aos pacientes com DRC;
- Manter o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) vigente atualizado e com registro qualificado das informações pelos profissionais;

- Responsabilizar-se no território adscrito pelo cuidado à pessoa em tratamento dialítico e seus familiares.
- A assistência ao paciente portador de DRC neste nível de atenção será realizada pelas unidades matricidas.

Exames protocolados para os estágios 1, 2, 3A e 3B deverão ser assegurados pelo município de origem do paciente e o acesso se dará por encaminhamento para a rede laboratorial.

Outros exames de maior complexidade serão regulados pela Regulação Estadual para a Rede de Apoio Diagnóstico de gestão estadual localizada em Porto Velho e Cacoal. O transporte sanitário para este serviço será de competência municipal.

Estágio 1

1. TFG \geq 90mL/min/1,73m² na presença de proteinúria ou hematúria glomerular ou alteração no exame de imagem.

O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado pelas unidades básicas de saúde (UBS) para tratamento dos fatores de risco modificáveis de progressão da DRC e doença cardiovascular de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida.

2. A avaliação da TFG e do exame sumário de urina (EAS) deverão ser realizados anualmente.
3. Os pacientes devem ser encaminhados para o ambulatório em doença renal crônica se apresentar uma das seguintes alterações clínicas:
 - Razão entre as medidas de albumina e creatinina (RAC) acima de 1 g/g, se não diabético.
 - Perda de 30% de TFG com Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (BRA).

Estágio 2

1. TFG entre 60 e 89 mL/min/1,73m².

O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado pelas unidades básicas de saúde (UBS) para tratamento dos fatores de risco modificáveis de progressão da DRC e

doença cardiovascular de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida.

2. A avaliação da TFG, do EAS e da RAC deverá ser realizada anualmente.

3. Esses pacientes devem ser encaminhados para o ambulatório em doença renal crônica se apresentar uma das seguintes alterações clínicas:

- RAC acima de 1 g/g, se não diabético
- Perda de 30% de TFG com Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (BRA).

Estágio 3

Estágio 3A

1. TFG entre 45 e 59 mL/min/1,73m².

O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado nas unidades básicas de saúde (UBS) para tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC e doença cardiovascular de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida.

2. A avaliação da TFG, do EAS, RAC e da dosagem de potássio sérico deverá ser realizada anualmente.

A dosagem do potássio sérico justifica se porque a redução da TFG está associada à redução da capacidade da sua excreção, bem como a hipercalemia associada à IECA ou BRA é mais frequente quanto menor for a TFG. Em relação às alterações do metabolismo mineral e ósseo, menos de 10% desses pacientes apresentam alterações no nível sérico de fósforo e pouco mais de 20% no PTH sérico.

Recomenda-se a dosagem anual do fósforo e do PTH intacto e, havendo alterações nos seus níveis, o caso deve ser discutido com o nefrologista responsável pelo matriciamento da UBS.

3. Esses pacientes devem ser encaminhados para o ambulatório de nefrologia em doença renal crônica quando apresentarem uma das seguintes alterações clínicas:

- RAC acima de 1g/g, se não diabético;
- Perda de 30% de TFG com Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (BRA).

Observação: Os exames laboratoriais (potássio, fosfato e PTH) serão realizados pela Rede Laboratorial do Estado.

Estágio 3B

1. TFG entre 30 e 44 mL/min/1,73m².

O acompanhamento desses indivíduos deverá ser mantido nas unidades básicas de saúde (UBS) para tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC e doença cardiovascular de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida. Havendo necessidade, as unidades de atenção especializadas em doença renal crônica poderão matricular o acompanhamento do paciente nesse estágio da DRC.

2. A avaliação da TFG, do EAS, RAC e da dosagem de potássio sérico deverá ser realizada semestralmente.

Os demais exames deverão ser realizados conforme descrito abaixo: cálcio, fósforo, hematócrito e hemoglobina, ferritina e índice de saturação de transferrina (IST) em pacientes com diagnóstico de anemia (Hb <13g/dL, para homens e Hb <12, para mulheres), PTH e proteínas totais e frações anualmente KDIGO (2013).

3. Esses pacientes devem ser encaminhados para o ambulatório de nefrologia em doença renal crônica quando apresentarem uma das seguintes alterações clínicas:

- RAC acima de 300 mg/g, se não diabético.
- Perda de 30% de TFG com Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (BRA).

Recomendações para os pacientes em estágio 3A e 3B:

1. Diminuir a ingestão de sódio (menor que 2g/dia) correspondente a 5 g de cloreto de sódio, em adultos, a não ser se contraindicado;

2. Atividade física compatível com a saúde cardiovascular e tolerância: caminhada de 30 minutos 5x por semana para manter IMC < 25;

3. Abandono do tabagismo;

4. Correção da dose de medicações como antibióticos e antivirais de acordo com a TFG.

5. Utilizar tecnologias como Telessaúde ou outras estratégias locais para qualificar o processo de trabalho, através do uso de protocolos de encaminhamento de maneira integrada com a Regulação (Ministério da Saúde, 2014).

9.2 Rede Estadual de Assistência à Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC)

Estruturada pelo Ministério da Saúde a partir das Portarias nº 1.675/2018 e nº 3.415/2018 a Atenção Especializada em DRC, define as seguintes tipologias:

9.2.1 Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 4 e 5 - Pré Dialítico;

9.2.2 Atenção Especializada em DRC com hemodiálise e

9.2.3 Atenção Especializada em DRC com Diálise Peritoneal.

A assistência ao paciente portador de DRC na Atenção Especializada em DRC será realizada pelas unidades públicas e credenciadas. Os exames protocolados para os estágios 4 e 5 serão assegurados pela Rede Estadual e o acesso se dará por encaminhamento e regulação.

Exames de maior complexidade serão regulados pela regulação estadual para a rede de apoio diagnóstico de gestão estadual localizada em Porto Velho. O transporte sanitário para este serviço será de competência municipal.

Estágio 4

TFG entre 15 e 29 mL/min/1,73m².

O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado pela equipe multiprofissional composta de, no mínimo, os seguintes profissionais: médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, nas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica, mantendo vínculo com as unidades básicas de saúde (UBS). O tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC e doença cardiovascular deve ser mantido de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida.

A avaliação nefrológica deverá ser realizada trimestralmente ou de acordo com indicação clínica. Nesse estágio deverá ser realizado o esclarecimento sobre as modalidades de TRS por uma equipe multiprofissional da atenção especializada com o registro de tal esclarecimento no prontuário. Caso o paciente opte pela hemodiálise como TRS, pode-se encaminhá-lo, após avaliação criteriosa pelo médico nefrologista, para confecção de fístula arteriovenosa em serviço de referência quando a TFG for menor do que 20 ml/min.

Em casos de pacientes que optarem por diálise peritoneal, eles poderão ser encaminhados após avaliação criteriosa pelo médico nefrologista, juntamente com seus familiares, para treinamento pela equipe multidisciplinar. Concomitante, os pacientes podem

ser encaminhados para o serviço de referência de implante de cateter em período suficiente para o início programado da diálise.

Os exames mínimos realizados devem seguir a seguinte programação

<i>Trimestralmente</i>	Creatinina, ureia, cálcio, fósforo, hematócrito e hemoglobina, ferritina e índice de saturação de transferrina (IST) nos pacientes com anemia e potássio;
<i>Semestralmente</i>	PTH, fosfatase alcalina, gasometria venosa ou reserva alcalina, proteínas totais e frações e RAC;
<i>Anualmente</i>	Anti-HBs.

Fonte: Resolução - RDC nº 154, de 15 de junho de 2004

Recomendações para todos os pacientes no estágio 4:

1. Diminuir a ingestão de sódio (menor que 2 g/dia) correspondente a 5 g de cloreto de sódio, em adultos, a não ser se contraindicado;
2. Atividade física compatível com a saúde cardiovascular e tolerância: caminhada de 30 minutos 5x por semana para manter IMC < 25;
3. Abandono do tabagismo;
4. Correção da dose de medicações como antibióticos e antivirais, de acordo com a TFG;
5. Redução da ingestão de proteínas para 0,8 g/Kg/dia em adultos, acompanhado de adequada orientação nutricional, devendo se evitar ingestão maior do que 1,3g/kg/dia nos pacientes que necessitarem, por outra indicação, ingesta acima de 0,8 g/kg/dia;
6. Reposição de bicarbonato via oral para pacientes com acidose metabólica, definida por nível sérico de bicarbonato abaixo de 22mEq/L na gasometria venosa.

Estágio 5 - Condutas de manejo clínico

- TFG < 15mL/min/1,73m²

Acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado pela equipe multiprofissional composta de, no mínimo, os seguintes profissionais: médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, nas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica, mantendo vínculo com as unidades básicas de saúde (UBS). O tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC e doença cardiovascular deve ser

mantido de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, da dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida.

Nesse estágio, deverá ser realizado o treinamento e preparo para a modalidade de TRS escolhida pelo paciente, por uma equipe multiprofissional da atenção especializada (KDIGO, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2004).

A avaliação nefrológica deverá ser realizada mensalmente.

Os exames mínimos realizados devem seguir a seguinte programação

<i>Mensalmente</i>	Creatinina, ureia, cálcio, fósforo, hematócrito e hemoglobina, potássio
<i>Trimestralmente</i>	Proteínas totais e frações, ferritina, índice de saturação de transferrina (IST), fosfatase alcalina, PTH e gasometria venosa ou reserva alcalina;
<i>Semestralmente</i>	Vitamina D;
<i>Anualmente</i>	Anti-HBs, anti-Hcv, HBsAg, HIV.

Fonte: Resolução - RDC nº 154, de 15 de junho de 2004

Neste nível de Atenção Especializada em DRC com hemodiálise e Atenção Especializada em DRC com Diálise Peritoneal, o serviço de nefrologia atenderá o fluxo referenciado pelas unidades da região integrado a rede de referência hospitalar em atendimento de urgência e emergência com serviços de atendimento pré-hospitalar, com a central de regulação e com os demais serviços assistenciais ambulatoriais e hospitalares do estado, adequados à realidade local e mediante pactuação e contratualização do gestor.

Estágio 5-D (em diálise)

- TFG <15 mL/min/1,73m² em paciente que está em TRS.

Deve-se indicar TRS para pacientes com TFG inferior a 10 mL/min/1,73m². Em pacientes diabéticos e com idade inferior a 18 anos, pode-se indicar o início da TRS quando a TFG for menor do que 15 mL/min/1,73m².

A escolha do método de TRS deve levar em consideração a escolha do paciente, bem como a condição clínica, de acordo com avaliação da equipe multiprofissional. Antes do início da TRS, é recomendado que o paciente assine um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) sobre a modalidade escolhida, que deve ser anexado ao prontuário.

O acompanhamento desses indivíduos em procedimento dialítico é realizado nas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica, pelo nefrologista e equipe multiprofissional desse serviço, mantendo vínculo com as unidades básicas de saúde (UBS). O tratamento dos fatores de risco modificáveis para mortalidade cardiovascular deve ser mantido de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida. A avaliação nefrológica deverá ser realizada mensalmente (KDIGO, 2013).

Estágio 5-D (em hemodiálise).

Os exames mínimos realizados para pacientes em hemodiálise deve mseguir a seguinte programação:

<i>Os exames mínimos realizados devem seguir a seguinte programação</i>	
<i>Mensalmente</i>	Hematócrito, hemoglobina, ureia pré e pós sessão de hemodiálise, sódio, potássio, cálcio, fósforo, *transaminase glutâmica pirúvica (TGP), glicemia para pacientes diabéticos e creatinina durante o primeiro ano;
<i>Trimestralmente</i>	Hemograma completo, índice de saturação de transferrina, dosagem de ferritina, fosfatase alcalina, PTH, proteínas totais e frações e hemoglobina glicosilada para diabéticos;
<i>Semestralmente</i>	Vitamina D e antiHBs. Para pacientes suscetíveis, definidos como antiHBC total ou IgG, AgHBs ou antiHCV inicialmente negativos, fazer AgHbs e antiHCV;
<i>Anualmente</i>	Colesterol total e frações, triglicérides, alumínio sérico, glicemia, TSH, T4, dosagem de anticorpos para HIV, RX de tórax em PA e perfil, ultrassonografia renal e de vias urinárias, eletrocardiograma.

Fonte: Resolução - RDC nº 154, de 15 de junho de 2004

* Quando houver elevação de TGP, deve-se solicitar: antiHBc IgM, HbsAg e antiHCV. A complementação diagnóstica e terapêutica nos casos de diagnóstico de hepatite viral deve ser assegurada aos pacientes e realizada nos serviços especializados.

Exames eventuais

Hemocultura na suspeita de infecção da corrente sanguínea e teste desferal na suspeita de intoxicação pelo alumínio.

Estágio 5-D (em diálise peritoneal)

Deve-se destacar que menos de 10% dos pacientes com DRCT terá contraindicação para realizar a diálise peritoneal.

<i>CONTRAINDICAÇÕES PARA A DIÁLISE PERITONEAL</i>	
	Perda comprovada da função peritoneal ou múltiplas adesões peritoneais.
	Incapacidade física ou mental para a execução do método.
<i>ABSOLUTAS</i>	Condições cirúrgicas não corrigíveis (grandes hérnias inguinais, incisionais ou umbilical), onfalocele, gastrosquise (malformação da parede abdominal, com extrusão de vísceras abdominais), hérnia diafragmática, extrofia vesical.
<i>RELATIVAS</i>	Presença de próteses vasculares abdominais há menos de quatro meses
	Presença de derivações ventrículo-peritoneais recentes
	Episódios frequentes de diverticulite.
	Doença inflamatória ou isquêmica intestinal
	Intolerância à infusão de volume necessário para a adequação dialítica

Fonte: Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal, 2014

Os exames mínimos realizados para pacientes em diálise peritoneal devem seguir a seguinte programação:

<i>Os exames mínimos realizados para pacientes em DP</i>	
<i>Mensalmente</i>	Hematócrito, hemoglobina, sódio, potássio, cálcio, fósforo, creatinina e glicemia para pacientes diabéticos;
<i>Trimestralmente</i>	Hemograma completo, índice de saturação de transferrina, dosagem de ferritina, fosfatase alcalina, PTH, glicemia, proteínas totais e frações e hemoglobina glicosilada para diabéticos;
<i>Semestralmente</i>	Vitamina D, colesterol total e frações, triglicérides. Realizar o Kt/V semanal de ureia através da dosagem da ureia sérica e no líquido de diálise peritoneal.
<i>Anualmente</i>	Alumínio sérico, TSH, T4, RX de tórax em PA e perfil, ultrassonografia renal e de vias urinárias, eletrocardiograma.

Fonte: Resolução - RDC nº 154, de 15 de junho de 2004

OBS: Para pacientes que apresentam função renal residual, realizar depuração de creatinina, através da coleta de urina de 24 horas e depuração de ureia, através de coleta de urina de 24 horas.

Exames eventuais

Teste do desferal na suspeita de intoxicação pelo alumínio na suspeita de peritonite; análise do líquido peritoneal com contagem total e diferencial de leucócitos (bacterioscopia por gram e cultura); teste de equilíbrio peritoneal, no início do tratamento e repetir nos casos de redução de ultrafiltração e/ou inadequação.

10. TRATAMENTO

O tratamento do doente renal crônico através de procedimentos de diálise, consiste na realização das consultas em nefrologia, exames e na realização de pelo menos uma das seguintes modalidades de TRS-diálise:

I - Diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC): modalidade de diálise peritoneal realizada no domicílio do paciente com trocas pelo próprio paciente ou cuidador.

II - Diálise peritoneal automática (DPA): modalidade de diálise peritoneal realizada no domicílio do paciente com trocas pelo próprio paciente ou cuidador.

III - Diálise peritoneal intermitente (DPI): modalidade de diálise peritoneal realizada em serviços de saúde com trocas controladas manualmente ou por máquina cicladora automática.

IV - Hemodiálise (HD): modalidade de diálise realizada em serviços de saúde, controlada por máquina com filtros capilares, tendo o paciente uma fístula arteriovenosa (FAV) com bom fluxo ou, temporariamente, através de cateter vascular.

Os resultados dos tratamentos por diálise peritoneal e hemodiálise são iguais. A escolha entre hemodiálise e diálise peritoneal depende das condições clínicas e da escolha do próprio paciente.

É possível que durante algum tempo o paciente faça diálise peritoneal e depois passe para a hemodiálise. Ou até mesmo ao contrário, faça um tempo de hemodiálise e depois passe para a diálise peritoneal. Estas opções são sempre decididas em conjunto, entre o médico nefrologista e o paciente.

Para que o líquido de diálise seja colocado no abdômen do paciente é inserido cateter de diálise peritoneal no abdômen, próximo ao umbigo. Este cateter é aprimorado através de uma pequena cirurgia, em geral, com anestesia local, podendo receber alta no mesmo dia. Este cateter, ou acesso peritoneal, deve ser colocado alguns dias ou semanas antes da primeira diálise. Esse cateter é flexível, pouco incomoda e fica instalado por tempo indefinido. (SBN, 2023)

Figura 13: Cateter implantado para realização de Diálise Peritoneal



Fonte: Baxter/Brasil/DP, 2023.

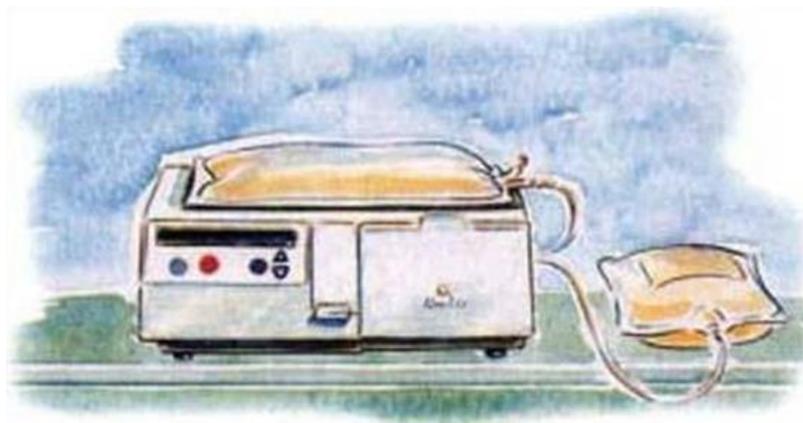
Essa diálise permite realizar o tratamento em domicílio. A principal vantagem desse método é que após um período de treinamento o paciente pode realizá-lo em casa, de maneira independente. Um familiar do paciente também recebe treinamento para ajudar o paciente quando for necessário.

10.1 Modalidades de Diálise Peritoneal

Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC): realizada diariamente e de forma manual pelo paciente e/ou familiar. Sempre 4 trocas ao dia (manhã, almoço, tarde, noite), sendo que o tempo de troca leva aproximadamente 30 minutos. No período entre as trocas, o paciente fica livre das bolsas. (SBN, 2023)

Diálise Peritoneal Automatizada (DPA): realizada todos os dias, normalmente à noite, em casa, utilizando uma pequena máquina cicladora, que infunde e drena o líquido, fazendo as trocas do líquido. Antes de dormir, o paciente conecta-se à máquina, que faz as trocas automaticamente de acordo com a prescrição médica. A drenagem é realizada conectando a linha de saída a um ralo sanitário e/ou recipiente rígido para grandes volumes. Durante o dia, se necessário, podem ser programadas “trocas manuais”. (SBN, 2023)

Figura 14: Máquina Cicladora para Diálise Peritoneal Automatizada



Fonte: Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2016.

A Diálise Peritoneal tem vantagens e desvantagens, uma vantagem é a liberdade do paciente para poder realizar as trocas em seu domicílio. É, porém, um tratamento contínuo, ou seja, durante os 7 dias da semana, onde a água e o excesso de produtos orgânicos tóxicos são removidos do organismo do paciente. O paciente pode fazer suas atividades habituais entre as trocas sob certos cuidados e benefícios, os quais se lista a seguir, tendo por base as orientações da Sociedade Brasileira de Nefrologia:

- I. São necessárias consultas regulares de acompanhamento;
- II. Não precisa se deslocar repetidamente casa - clínica - casa;
- III. Fácil de fazer mesmo em férias;
- IV. Pode fazer este tratamento enquanto dorme (no caso de fazer DPA);
- V. São necessárias várias sessões de treino para aprender a lidar com equipamento (fácil de aprender);
- VI. É necessário espaço físico para armazenamento em casa;
- VII. Risco de infecção;
- VIII. Cateter permanente externo;
- IX. Risco de aumento de peso;
- X. Limita a vida noturna (no caso de fazer DPA).
- XI. Seguir a prescrição do tratamento e as recomendações de dieta;
- XII. Controlar o peso e tensão arterial;
- XIII. Vigiar o orifício do cateter;
- XIV. Manter limpo e bem arejado o local das trocas;
- XV. Não são recomendados banhos de banheira e piscinas.

Embora muitas pessoas se submetam à diálise peritoneal durante anos sem problemas, por vezes podem surgir complicações. Como em qualquer tratamento, podem surgir efeitos secundários ou complicações, a maioria das vezes resultantes de fatores individuais. Os efeitos secundários mais frequentes são: enfartamento, obstipação (“prisão de ventre”), dor escapular (nos ombros), dor abdominal com a entrada ou a saída do líquido e a formação de hérnias. As complicações menos frequentes, porém mais graves, são as infecções do orifício de inserção do cateter e a peritonite (infecção do peritônio) (GOVERNO DO ESTADO SANTA CATARINA, p. 76-77, 2018).

11. FLUXO DE ACESSO PARA CONSULTAS EM NEFROLOGIA

A porta de entrada para o atendimento inicial do paciente suspeito de doença renal, sem critérios de urgência e emergência, é a Atenção Primária (Unidade Básica de Saúde - UBS) do município. Todos os serviços de saúde devem acolher os casos, classificar o risco, atender, e, se necessário, regular via SISREG para avaliação do médico nefrologista no Ambulatório Especializado de ambas as Macrorregiões de Saúde I e II.

A solicitação de consulta especializada em nefrologia, nos serviços da rede estadual, será avaliada pelo médico regulador da Central de Regulação Ambulatorial e Exames – CERAE, que realizará o agendamento do paciente conforme a disponibilidade de vaga, de forma regionalizada.

O médico assistente deve justificar no pedido de encaminhamento o motivo da necessidade de avaliação especializada. A solicitação poderá ser devolvida ao solicitante caso não atenda aos critérios técnicos estabelecidos neste protocolo.

O paciente deverá levar, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados (SESAU- RO, 2023).

11.1 Rede de Atenção Ambulatorial Adulto e Pediátrico em Nefrologia

O atendimento ambulatorial ao paciente suspeito e/ou portador de doença renal, sem critérios de urgência e emergência, no estado de Rondônia, é descentralizado, com oferta de serviços na macrorregião I (Porto Velho), através do Ambulatório de Nefrologia e Nefrologia Pediátrica na Policlínica Oswaldo Cruz (POC) e na macrorregião II (Cacoal) no Ambulatório de Nefrologia do Hospital Regional de Cacoal (HRC).

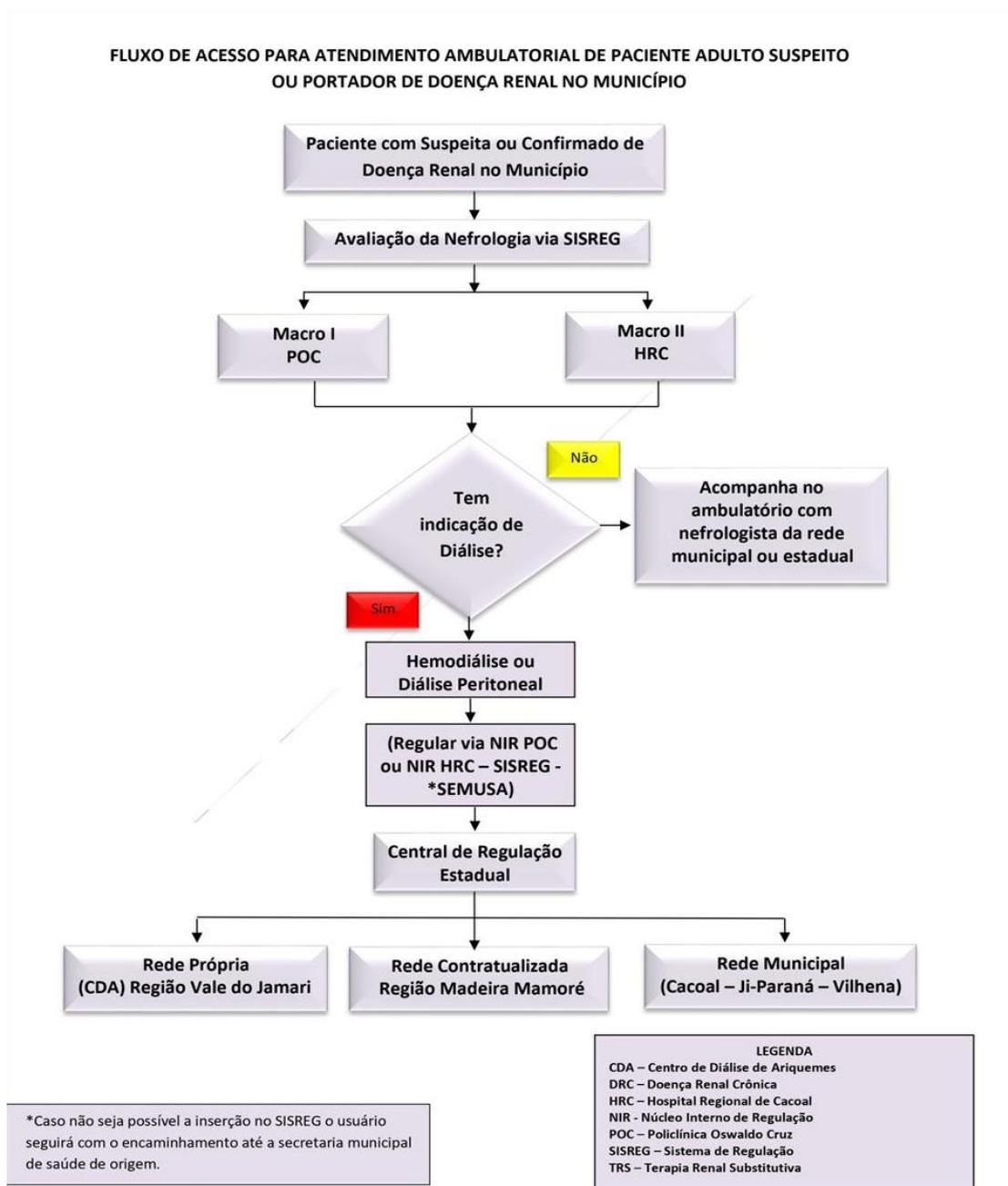
O atendimento ambulatorial de nefrologia adulto na Macro I, disponível na POC, conta com uma nefrologista do quadro permanente do estado de Rondônia, com carga horária de 20 horas semanais para atender os doentes renais, sendo atendidos após inserção e autorização do SISREG.

O Ambulatório de Nefrologia em Pediatria, a equipe médica presta serviço ambulatorial na Policlínica Oswaldo Cruz, com consultas médicas em nefropediatria, com periodicidade semanal, as crianças com nefropatia que foram devidamente reguladas pelo SISREG e/ou pela regulação dos egressos do Hospital Infantil Cosme e Damião.

O atendimento ambulatorial de nefrologia adulto na Macro II, presta atendimento ambulatorial dos estágios 3B, 4 e 5, no município de Cacoal, nas dependências do Hospital Regional de Cacoal de gestão estadual. Para o atendimento ambulatorial de nefrologia pediátrica, os pacientes devem ser referenciados para Macro I, devido a não disposição do serviço.

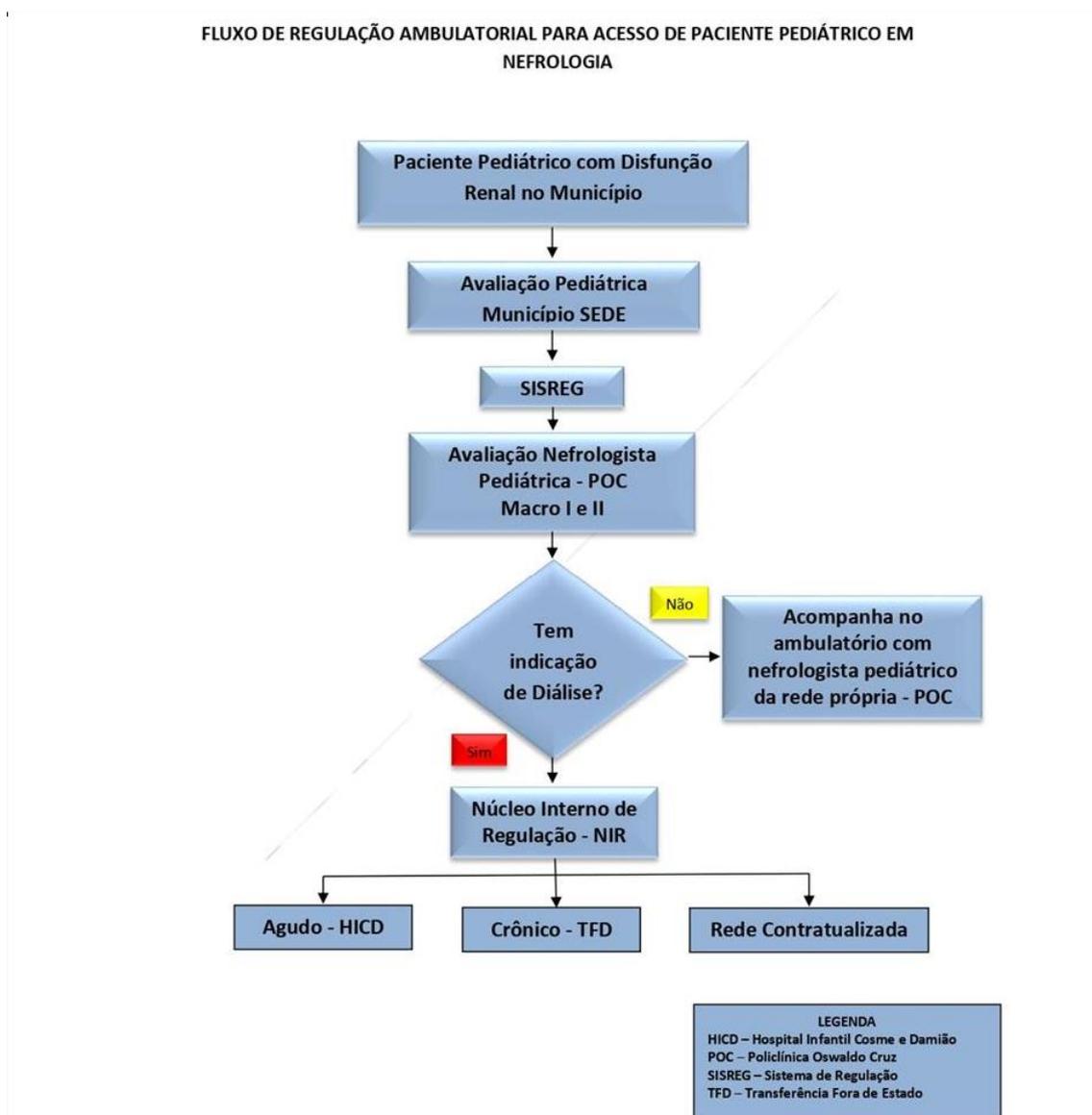
Destaca-se a seguir os fluxos para as consultas em nefrologia no nível de assistência ambulatorial adulto e pediátrico.

Figura 15: Fluxo de acesso para atendimento ambulatorial de paciente adulto suspeito ou portador de Doença Renal no município de origem.



Fonte: SESAU - RO, 2023.

Figura 16: Fluxo de regulação ambulatorial para acesso de paciente pediátrico em nefrologia.



Fonte: SESAU - RO, 2023.

Todo paciente adulto e pediátrico procedente da atenção básica ou de uma unidade hospitalar com necessidade de atendimento ambulatorial com o especialista em nefrologia e nefrologia pediátrica na rede estadual, deverá ser regulado via SISREG.

- 1) O médico assistente avalia a necessidade de consulta com especialista, preenche o encaminhamento, solicita os exames pertinentes e informa ao paciente para se dirigir ao setor de regulação municipal ou Núcleo Interno de Regulação (NIR) da unidade hospitalar;

- 2) A central de regulação municipal e ou NIR da unidade solicitante insere o pedido de encaminhamento no SISREG;
- 3) O médico regulador da Central de Regulação Ambulatorial e Exames (CERAE) identifica a solicitação e a justificativa do encaminhamento, classificando a prioridade de atendimento de acordo com critérios descritos neste protocolo;
- 4) Somente estarão aptas para o agendamento as solicitações de pacientes encaminhados que contenham no campo de observações do SISREG todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento corretamente preenchidos e com a indicação do médico solicitante (nome e CRM);
- 5) O paciente será agendado de acordo com a Classificação de Prioridade e conforme as vagas disponíveis na central de regulação estadual;
- 6) As solicitações que não estiverem devidamente preenchidas serão devolvidas para correto preenchimento. A ausência ou parcialidade nas informações comprometem a eficácia da gestão das filas e conseqüentemente a prioridade do agendamento;
- 7) O paciente após o atendimento terá o retorno agendado na própria unidade de saúde da rede estadual ou receberá o relatório de contrarreferência para acompanhamento pela atenção básica do seu município;
- 8) Ao município de origem caberá a garantia das consultas de seguimento pela atenção básica e a priorização da realização de exames complementares para que estejam disponíveis na consulta de retorno;
- 9) Quando o paciente tiver indicação de Terapia Renal Substitutiva (TRS), o nefrologista deverá preencher o parecer de solicitação do procedimento (APAC) a ser inserido no SISREG pela unidade solicitante e regulado conforme fluxo estabelecido (SESAU- RO, 2023).

Sendo necessário o tratamento dialítico, será incluído os pacientes no SISREG do estado de Rondônia, para admissão nas TRS sob gestão estadual, municipal e contratualizada.

Para utilizar o serviço de TRS, o paciente passará por uma avaliação multiprofissional na unidade executante que indicará se o mesmo está apto a começar o procedimento. A solicitação de TRS (preenchida pelo nefrologista da rede estadual) deverá ser inserida no SISREG pelo NIR da unidade solicitante (POC / HRC);

- 1) A confecção de fístula dos pacientes regulados pela central estadual às clínicas contratadas pelo estado e/ou para as clínicas de gestão municipal são de responsabilidade dos respectivos serviços;
- 2) O paciente da macrorregião I, com indicação de hemodiálise, regulado para a Central de Diálise de Ariquemes deverá ser internado no Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro para confecção da fístula arteriovenosa, pela cirurgia vascular. Na macrorregião II, a internação será no HRC;
- 3) O paciente com indicação de diálise peritoneal, deverá ser regulado pelo SISREG da unidade solicitante para internação no Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro para a implantação do cateter de Tenckhoff, pelo urologista;
- 4) A diálise peritoneal somente está disponível na macrorregião I, através da clínica credenciada NEFRON;
- 5) A autorização da solicitação de TRS nas clínicas de diálise de gestão estadual será realizada pela central de regulação estadual.
- 6) Nos serviços de gestão municipal, o fluxo de regulação para TRS deve ser estabelecido pela regulação municipal. Quando superada a capacidade instalada das clínicas de gestão municipal, poderá ser solicitado via SISREG a inserção do paciente na rede estadual.

Agendamento aos pacientes: Responsabilidade das Unidades Municipais Solicitantes.

Para verificar o andamento das solicitações deve-se proceder da seguinte maneira: Acessar o SISREG III>Fazer login>Consulta Amb > Preencher Cód. Solicitação > Pesquisar.

Após verificação do agendamento da avaliação no SISREG, e encaminhamento dos documentos por e-mail, as unidades municipais solicitantes deverão realizar contato telefônico com os pacientes e realizar a entrega dos comprovantes de agendamento emitidos pelo SISREG, fazendo todas as orientações necessárias aos pacientes.

No caso de cancelamentos ou desistências, as Unidades Solicitantes deverão enviar de forma eletrônica a solicitação de cancelamento da consulta/exame à central de regulação estadual, que poderá utilizar a vaga liberada para agendamento de outro paciente que aguarda na fila de espera do SISREG.

11.2 Atendimento às consultas para avaliação do paciente e realização de exames e procedimentos necessários:

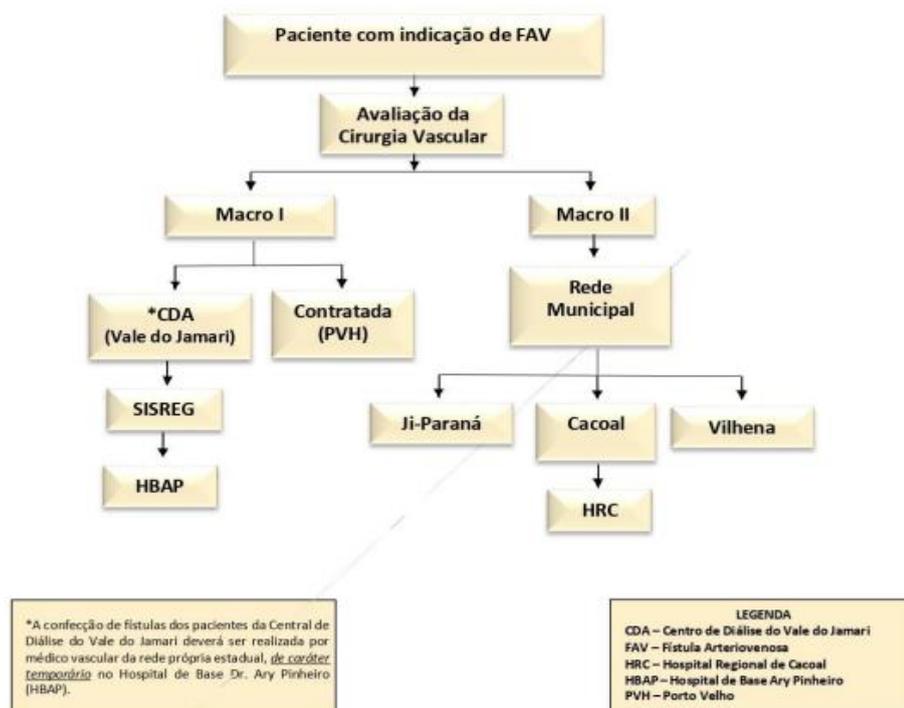
Responsabilidade da Rede Credenciada

A rede credenciada deverá proceder com o atendimento dos pacientes com indicação de terapia renal substitutiva, após autorização do procedimento pela Central de Regulação Estadual, bem como providenciar todos os exames e procedimentos necessários para execução do mesmo.

É de responsabilidade da clínica ainda, encaminhar, após os atendimentos, à Coordenadoria de Regulação Assistencial, a relação de pacientes aptos para iniciar a Hemodiálise e mensalmente a relação dos pacientes que estão realizando hemodiálise.

Diante a escolha do acesso vascular para a realização do tratamento hemodialítico, após avaliação médica e decisão do paciente, segue abaixo o fluxo para a confecção da FAV.

Figura 17: Fluxo eletivo para confecção de Fístula Arteriovenosa (FAV)



Fonte: SESAU - RO, 2023.

A Terapia Renal Substitutiva (TRS) para o paciente dialítico, de caráter assistencial ambulatorial, é disponibilizada na macrorregião I, na Região Madeira-Mamoré (Porto Velho)

através das clínicas contratadas pelo estado (NEFRON e Clineron), na Região do Vale do Jamari, através da Central de Diálise em Ariquemes (serviço próprio estadual). Na macrorregião II, os serviços de TRS são de gestão municipal e estão localizados na Região Central (Ji-Paraná - Clineron), Região do Café (Cacoal-Central de Diálise de Cacoal) e Região do Cone Sul (Vilhena - Santa Casa de Misericórdia de Chavantes).

12. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Conforme a Portaria nº 1.554 de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) no âmbito do SUS, é uma estratégia de acesso aos 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 protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicadas pelo Ministério da Saúde (Governo Santa Catarina, p. 87, 2018).

Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas neste componente estão divididos em três grupos conforme características, responsabilidades e formas de organização distintas. Especificamente para esta consulta técnica para os Protocolos Clínicos de Diretrizes Terapêuticas de Anemia na Doença Renal Crônica (Portaria SAS/MS nº 365 - 15/02/2017), Distúrbio Mineral Ósseo na Doença Renal Crônica (Portaria SAES/SCTIE/MS nº 15 - 04/08/2022) e Imunossupressão no Transplante Renal (Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 01/2021 - 05/01/2021), o CEAF Rondônia tem disponível os seguintes medicamentos e apresentações, classificados por grupo de financiamento:

Grupo 1A: Medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;

ALFAEPOETINA 10.000 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP)
ALFAEPOETINA 4.000 UI SOL INJ (FR-AMP)
CINACALCETE 30 MG COMP
CINACALCETE 60 MG COMP

SEVELAMER 800 MG COMP
PARICALCITOL 5 MCG/ML SOL INJ (AMP) 1 ML
EVEROLIMO 0,5 MG COMP GRUPO
EVEROLIMO 0,75 MG COMP
EVEROLIMO 1 MG COMP
IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR)
MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP
MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG COMP
MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG COMP
SIROLIMO 1 MG DRÁGEA
SIROLIMO 2 MG DRÁGEA
TACROLIMO 1 MG CAP
TACROLIMO 5 MG CAP

Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; (Alterado pela Portaria GM/MS nº 1.996 de 11 de setembro de 2013);

DESFERROXAMINA 500 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP)
SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO 100 MG SOL INJ (FR) 5 ML

Grupo 2: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;

CALCITRIOL 0,25 MCG CAP
AZATIOPRINA 50 MG COMP

CICLOSPORINA 100 MG CAP
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML
CICLOSPORINA 25 MG CAP
CICLOSPORINA 50 MG CAP

Para ter acesso aos medicamentos contemplados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica o paciente e/ou responsável deverá se dirigir a Farmácia Especializada (em Porto Velho, nas sedes das Gerências Regionais de Saúde de Ji-Paraná, Cacoal, Vilhena, Ariquemes e Rolim de Moura), e proceder o cadastro de acordo com as regras do CEAFF que orientam:

Para a solicitação, será obrigatória a presença do paciente ou seu responsável e a apresentação dos seguintes documentos do paciente:

- I. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- II. Cópia de documento de identidade, cabendo ao responsável pelo recebimento da solicitação atestar a autenticidade de acordo com o documento original de identificação;
- III. Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
- IV. Prescrição médica devidamente preenchida;
- V. Documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado;
- VI. Cópia do comprovante de residência.

Os documentos descritos nos itens III, IV e V poderão ser oriundos de serviços privados de saúde, desde que respeitadas as demais regras da Portaria GM/MS 1.554/2013 e as pactuações realizadas no âmbito da respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Os documentos descritos nos itens II e VI não serão exigidos para a população indígena e penitenciária.

Para a solicitação, fica dispensada a presença de pacientes considerados incapazes, conforme arts. 3º e 4º da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), devidamente caracterizados no LME pelo médico prescritor.

Cada paciente deverá ter apenas um cadastro no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, independentemente do número de LME vigentes.

A avaliação corresponde à análise técnica, de caráter documental, da solicitação e da renovação da continuidade de tratamento. Em Rondônia o avaliador é o profissional farmacêutico, registrado em seu devido conselho de classe.

Para a avaliação, serão considerados os documentos para cadastro e observando-se as seguintes recomendações:

- I. LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V da Portaria GM/MS 1.554/2013;
- II. Prescrição médica contendo as informações exigidas na legislação vigente;
- III. Todos os documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado.

O LME pode ser preenchido para 6 meses no caso do Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas de Imunossupressão no Transplante Renal (Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 01/2021 - 05/01/2021), e 1 mês no caso dos Protocolos Clínicos de Diretrizes Terapêuticas de Anemia na Doença Renal Crônica (Portaria SAS/MS nº 365 - 15/02/2017) e Distúrbio Mineral Ósseo na Doença Renal Crônica (Portaria SAES/SCTIE/MS nº 15 - 04/08/2022).

Caso o cadastro do paciente seja deferido, os medicamentos são disponibilizados de forma imediata considerando o estoque desses medicamentos no Almoarifado do CEAF Rondônia. Caso o medicamento não esteja disponível, o paciente deverá aguardar que sejam tomadas as providências para abastecimento do estoque.

Destaca - se abaixo os medicamentos dispensados pelo estado de Rondônia nos anos de 2020, 2021, 2022 e número de pacientes ativos para cada medicamento.

Tabela 18: Para pacientes com CID de Doença Renal Crônica

MEDICAMENTO	QUANTIDADE DISPENSADA 2020	QUANTIDADE DISPENSADA 2021	QUANTIDADE DISPENSADA 2022	PACIENTE ATIVO
ALFAEPOETINA 10.000 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	Não tem paciente cadastrado	Não tem paciente cadastrado	Não tem paciente cadastrado	-
ALFAEPOETINA 4.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	84.587	79.958	79.896	1.068
CINACALCETE 30 MG COMP GRUPO 1.A	45.592	41.348	53.070	199
CINACALCETE 60 MG COMP GRUPO 1.A	13.710	16.830	17.400	80
SEVELAMER 800 MG COMP GRUPO 1.A	497.414	353.890	523.044	475
PARICALCITOL 5 MCG/ML SOL INJ (AMP) 1 ML GRUPO 1.A	650	2.754	6.358	109
DESFERROXAMINA 500 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	-	-	16	1
SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO 100 MG SOL INJ (FR) 5 ML GRUPO 1.B	11.045	9.254	11.307	711
CALCITRIOL 0,25 MCG CAP GRUPO 2	67.642	34.066	55.718	255

Fonte: SESAUCGAF 2023.

Tabela 19: Para pacientes com CID de Transplante

MEDICAMENTO	QUANTIDADE DISPENSADA 2020	QUANTIDADE DISPENSADA 2021	QUANTIDADE DISPENSADA 2022	PACIENTE ATIVO
EVEROLIMO 0,5 MG COMP GRUPO 1.A	720	540	1.120	2
EVEROLIMO 0,75 MG	não tem paciente	não tem paciente	não tem paciente	não tem

COMP GRUPO 1.A	cadastrado	cadastrado	cadastrado	paciente cadastrado
EVEROLIMO 1 MG COMP GRUPO 1.A	2.280	1.710	2.260	3
IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A	123	338	393	2
MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP GRUPO 1.A	6.518	4.950	4.500	5
MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG COMP GRUPO 1.A	23.989	22.384	19.120	26
MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG COMP GRUPO 1.A	169.394	143.494	135.302	142
SIROLIMO 1 MG DRÁGEA GRUPO 1.A	8.096	10.140	9.015	26
SIROLIMO 2 MG DRÁGEA GRUPO 1.A	3.278	1.560	1.185	3
TACROLIMO 1 MG CAP GRUPO 1.A	348.090	247.750	233.500	175
TACROLIMO 5 MG CAP GRUPO 1.A	6.868	6.280	6.420	11
AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2	25.830	18.280	19.660	28
CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2	6.418	5.040	5.215	11
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2	não tem paciente cadastrado	não tem paciente cadastrado	não tem paciente cadastrado	não tem paciente cadastrado
CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2	6.060	4.020	2.790	7
CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2	8220	6333	6540	10

Fonte: SESAUCGAF 2023.

13. DIRETRIZES CLÍNICAS PARA O CUIDADO ÀS PESSOAS COM DRC

A diretriz clínica tem como objetivo 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.

Deverá oferecer, obrigatoriamente:

- Atendimento ambulatorial aos pacientes que estão em processo de diálise, sob sua responsabilidade;
- Uma ou mais das modalidades de diálise;
- Fornecimento, sob orientação do nutricionista e com base na prescrição médica, do aporte nutricional ao paciente no dia do procedimento dialítico;
- Realização periódica, em seus pacientes, dos exames definidos conforme as Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS.
- 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 loco regionalmente.
- Registrar os resultados dos exames realizados e os indicadores da efetividade dialítica nos prontuários dos pacientes.

13.1 Equipe Multiprofissional Mínima

A equipe mínima da Unidade Especializada em DRC terá os seguintes profissionais: médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente social.

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

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

Compete à Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em DRC:

- Constituir preferencialmente referência regional para assistência ambulatorial em DRC para os estágios 3, 4 e 5;
- Construir o plano de cuidado de maneira integrada com a Atenção Básica;
- Realizar o matricialmente para as equipes de Atenção Básica para o estágio 3 e o acompanhamento multiprofissional em DRC para os estágios 4 a 5; e
- Encaminhar os casos com indicação de diálise em período suficiente para o início programado do tratamento renal substitutivo - hemodiálise ou diálise peritoneal.

O acompanhamento multiprofissional em DRC consiste na realização de consultas multiprofissionais e na realização de exames na periodicidade recomendada no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS no estágio 4 e 5 pré-dialítico (BRASIL, 2018).

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

- 2 (dois) médicos, sendo 1 (um) o responsável técnico, ambos com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional Medicina - CRM;
- 2 (dois) enfermeiros, sendo 1 (um) o responsável técnico, ambos com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional de Enfermagem - COREN;
- Assistente social;
- Psicólogo;
- Nutricionista;
- Técnico de enfermagem.

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

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

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

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

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

- 1 (um) médico nefrologista para cada 35 (trinta e cinco) pacientes; e
- 1 (um) enfermeiro para cada 35 (trinta e cinco) pacientes. " (NR)

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

- 1 (um) médico nefrologista para cada 35 (cinquenta) pacientes, em cada turno;
- 1 (um) enfermeiro para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, em cada turno; e
- 1 (um) técnico de enfermagem para cada 4 (quatro) pacientes por sessão.

Durante o procedimento dialítico, o paciente não poderá ficar sem a disponibilidade dos profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

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

Diante o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise conforme RESOLUÇÃO - RDC N° 154, DE 15 DE JUNHO DE 2004, revogada pela RDC N° 11, DE 13 DE MARÇO DE 2014, onde expõe os parâmetros operacionais para os serviços de diálise:

Os serviços autônomos devem dispor de hospital de retaguarda que tenha recursos materiais e humanos compatíveis com o atendimento aos pacientes submetidos a tratamento dialítico, em situações de intercorrência ou emergência, localizado em área próxima e de fácil acesso;

O serviço autônomo que presta atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) deve celebrar termo de compromisso entre o hospital vinculado ao SUS de retaguarda, o gestor local e o próprio serviço de diálise, estabelecendo as responsabilidades pela garantia de referência aos casos que necessitem de internação por intercorrências decorrentes do

tratamento;

A responsabilidade de providenciar a internação de pacientes com complicações decorrentes da diálise é do responsável técnico do serviço;

Durante a internação de qualquer natureza, é de responsabilidade do RT do serviço de diálise assegurar a continuidade do tratamento dialítico;

Todo serviço autônomo deve dispor de um serviço de remoção de pacientes, que atenda aos requisitos da legislação em vigor, destinado a transportar, de imediato, os pacientes em estado grave até o hospital de retaguarda, assegurando o seu pronto atendimento (Ministério da Saúde, 2004).

A rede assistencial de alta complexidade em nefrologia do estado de Rondônia para atendimentos de emergência/urgência está dividida em Macrorregiões I e II.

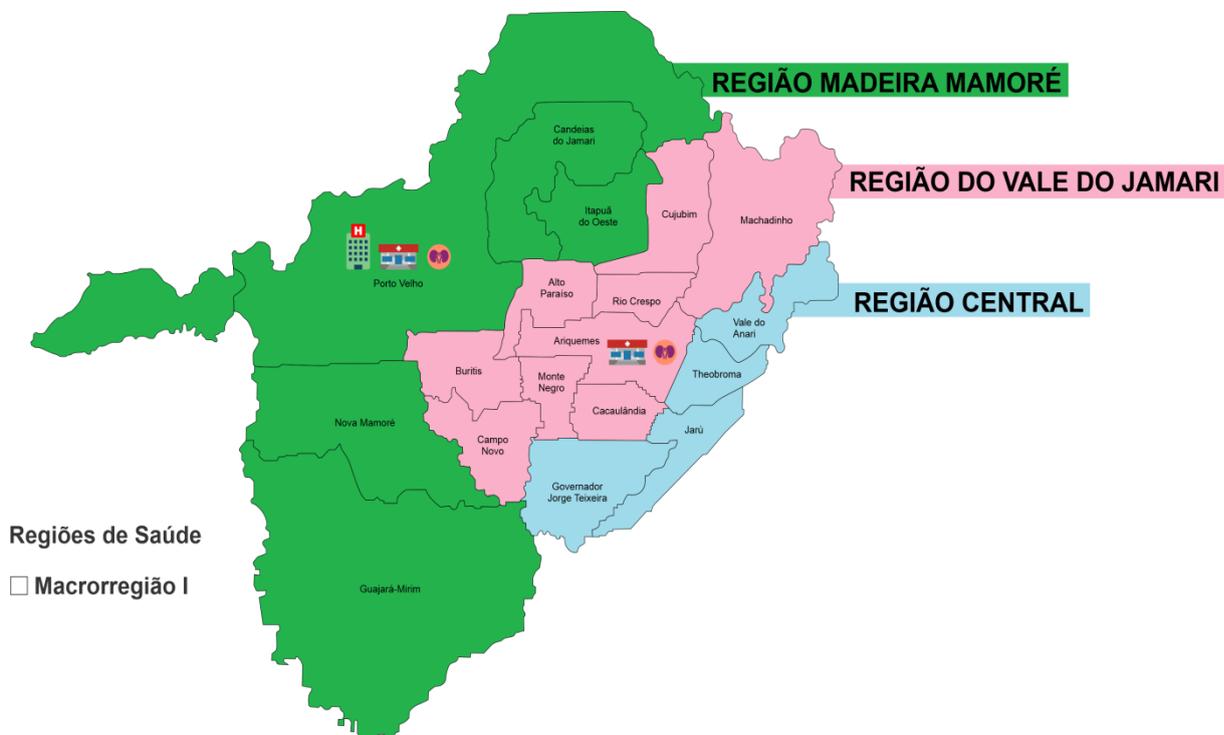
A RESOLUÇÃO Nº 017/CIB/RO, Porto Velho 19 de março de 2015, resolve aprovar a pactuação de 02 (duas) Macrorregiões de Atenção à Urgência e Emergência Hospitalar no Estado de Rondônia, em:

Macrorregião I (Porto Velho): Hospital de referência Pronto Socorro Estadual João Paulo II, que atenderá as Regiões de Saúde: Madeira-Mamoré, Central (Governador Jorge Teixeira, Jaru, Theobroma e Vale do Anari) e Vale do Jamari e;

Macrorregião II (Cacoal): Hospital de referência Pronto Socorro Estadual/Regional, que atenderá as Regiões de Saúde do Café, Central (Ji-Paraná, Alvorada do Oeste, Teixeirópolis, Urupá, Mirante da Serra, Nova União, Ouro Preto do Oeste, Presidente Médici, Vale do Paraíso e São Miguel do Guaporé), Cone Sul, Zona da Mata e Vale do Guaporé.

14. MACRORREGIÃO I

Figura 18: Mapa da macrorregião I



Fonte: SESAU/RO, 2023.

Demonstrativo das Unidades hospitalares de alta complexidade da Região Madeira Mamoré, com central de diálise e UTIs, médicos nefrologistas e capacidade de atendimento aos doentes renais agudos e/ou crônicos agudizados.

Tabela 20: Central de Hemodiálise Madeira – Mamoré e sua capacidade máxima

Hospital	Central de Diálise	Nº Nefrologistas	Capacidade Máxima
BASE DR ARY PINHEIRO	1	4	32

Fonte: SESAU/RO, 2021.

Tabela 21: Hospitais de Gestão estadual com vagas para Hemodiálise beira-leito deUTI

Hospital	UTI	Nº Nefrologistas	Capacidade Máxima
JOÃO PAULO II	1	4	8
CEMETRON	2	1	12
AMI	1	4	16
COSME DAMIÃO	1	3	4

Fonte: SESAU/RO, 2021.

Central de Diálise Para Pacientes Renais Agudos, instalada nas dependências do Hospital de Base Dr Ary Pinheiro, possui a essência de atuação enquanto retaguarda das unidades hospitalares mantidas pelo Serviço Estadual, portanto o acesso se dá via regulação entre o médico nefrologista que responde o parecer na unidade de origem do paciente e a equipe de atendimento da Central, e em casos de pacientes em trânsito que não consegue acesso às clínicas de atendimento crônico ambulatorial na Capital Porto Velho. Portanto, as unidades de referência para atendimento aos casos sintomáticos de injúria renal aguda são as unidades de pronto atendimento do Estado, e posteriormente os pacientes com indicação de terapia renal na modalidade de hemodiálise, caso possua condições clínicas de remoção por suporte básico, são encaminhados para central e os casos em que não há condições clínicas para a remoção citada, são internados em leitos de UTI e atendidos com a terapia renal a beira do leito.

O quantitativo de leitos de UTI contemplados com terapia renal à beira do leito, perfazem um total de 78 leitos, na capital Porto Velho.

Por se tratar de leitos de UTI, a capacidade máxima de atendimento é diretamente proporcional ao número absoluto de leitos existentes.

O número de pacientes em atendimento está sujeito a alterações diárias constantes em virtude da natureza do atendimento, uma vez que essa modalidade de atendimento é destinada aos pacientes sem condições clínicas de remoção por transporte terrestre em veículo de suporte básico de vida até a Central de Diálise para Pacientes Renais Agudos. A demanda portanto segue indicação nas unidades de porta de entrada pelo médico nefrologista de acordo com a urgência dialítica avaliada, e por se tratar de pacientes graves o índice de mortalidade influencia diretamente no quantitativo de pacientes atendidos em um dado momento, destarte torna-se superficial qualquer planejamento com base no quantitativo momentâneo de pacientes em terapia em virtude das alterações retro mencionadas.

Em relação a composição da equipe de atendimento nas UTIs, é empregado o efetivo necessário de acordo com a demanda apresentada, resguardando o dimensionamento previsto. Geralmente para atendimento às unidades citadas na tabela supra, são necessários no mínimo 05 (cinco) profissionais técnicos em enfermagem e 01 (um) enfermeiro atuando na supervisão e acompanhamento por turno de atividades, sendo estes profissionais especializados em terapia renal na modalidade de hemodiálise.

Pacientes renais crônicos internados nas unidades hospitalares do Estado que estão em programa dialítico na modalidade de hemodiálise ambulatorial, com quadro clínico estável, conforme avaliação médica, são submetidos ao tratamento dialítico nas dependências das clínicas credenciadas nas quais já possuem cadastro, sendo removidos pelo suporte básico das unidades hospitalares.

O Hospital Cosme e Damião disponibiliza atendimento de urgência e emergência e UTI Pediátrica. Os pacientes pediátricos que necessitem de hemodiálise receberão o tratamento nos leitos de UTI do HICD, após avaliação do médico nefrologista.

A unidade hospitalar conta com três nefropediatrias na escala médica, duas em caráter estatutário e uma em caráter CLT.

A escala de plantão no Hospital Infantil Cosme e Damião é diariamente, atendendo as crianças nefropatas internadas em leito de enfermaria, cuidados intensivos intermediário pediátrico e unidade de terapia intensiva pediátrica, com abrangência às terapias renais substitutivas agudas; ainda ocorre a atuação no Hospital de Base Ary Pinheiro, nos setores da maternidade/ alojamento conjunto, unidades de cuidados intermediários neonatal e unidade de terapia intensiva neonatal, com abrangência às terapias renais substitutivas agudas. Em relação aos pacientes renais crônicos, os não dialíticos são acompanhados ambulatorialmente na Policlínica Oswaldo Cruz mediante regulação e acompanhados no Hospital Infantil Cosme e Damião em suas agudizações. Já os pacientes renais crônicos dialíticos, os que estão em diálise peritoneal, recebem insumos e atendimento em enfermagem nefrológica por empresa terceirizada, cabendo a parte de acompanhamento médico da unidade para ajuste das terapias, medicações e programação de transplante renal (que não é realizado no Estado de Rondônia), sendo então esses pacientes encaminhados para Tratamento Fora do Domicílio. O estado de Rondônia não dispõe de serviço de hemodiálise pediátrica crônico.

15. MACRORREGIÃO II

Figura 19: Mapa da Macrorregião II



Fonte: SESAU/RO, 2023.

Demonstrativo das Unidades hospitalares de alta complexidade da Região do Café, com UTIs, médicos nefrologistas e capacidade de atendimento aos doentes renais agudos e/ou crônicos agudizados.

Tabela 22: Central de Hemodiálise do Complexo Regional de Cacoal

Unidades Hospitalares	Nº de UTI	Nº Nefrologistas	Capacidade Máxima
HRC	03	03	28
HEURO	01	03	10

Fonte: SESAU/RO, 2023.

O Complexo Regional de Cacoal – COHREC, institui o HEURO Cacoal, com a finalidade de ser referência “porta aberta”, ou seja, de livre demanda para atenção às urgências e emergências de média e alta complexidade. No que se refere especificamente ao serviço de Hemodiálise, apesar do HEURO ser uma instituição que atende demanda espontânea, o tratamento dialítico beira leito ocorre somente na UTI, sendo um serviço referenciado. Já o HRC é um Hospital referenciado que oferta o procedimento às UTIs e futuramente aos pacientes clínicos internos em sua dependência. Atualmente os pacientes internados nas enfermarias do COHREC, que não tenham critério de UTI, mas que necessitam

de tratamento dialítico estão sendo encaminhados à clínica de diálise municipal de Cacoal (TRS). A fim de esclarecimentos, existe o projeto para funcionamento da central de diálise que atenderá aos pacientes internos nas clínicas. Ressalta-se que este Complexo não dispõe do serviço de diálise peritoneal, nem diálise ao paciente infantil, nesses casos, há necessidade de transferência imediata.

O complexo hospitalar dispõe do serviço de hemodiálise 24h. Porém, não dispõe de médico nefrologista 24h e o atendimento à beira leito limita-se à existência de vaga nas UTI's. No caso do paciente já ser interno nas clínicas das unidades do COHREC (HEURO e HRC), avalia-se a condição clínica, dependendo desta o mesmo é destinado à UTI para tratamento dialítico ou encaminhado à clínica municipal de Cacoal (TRS).

16. FLUXOS DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM LESÃO RENAL

16.1 Fluxo de atendimento ao paciente adulto com lesão renal aguda e/ou doença renal crônica agudizada no município:

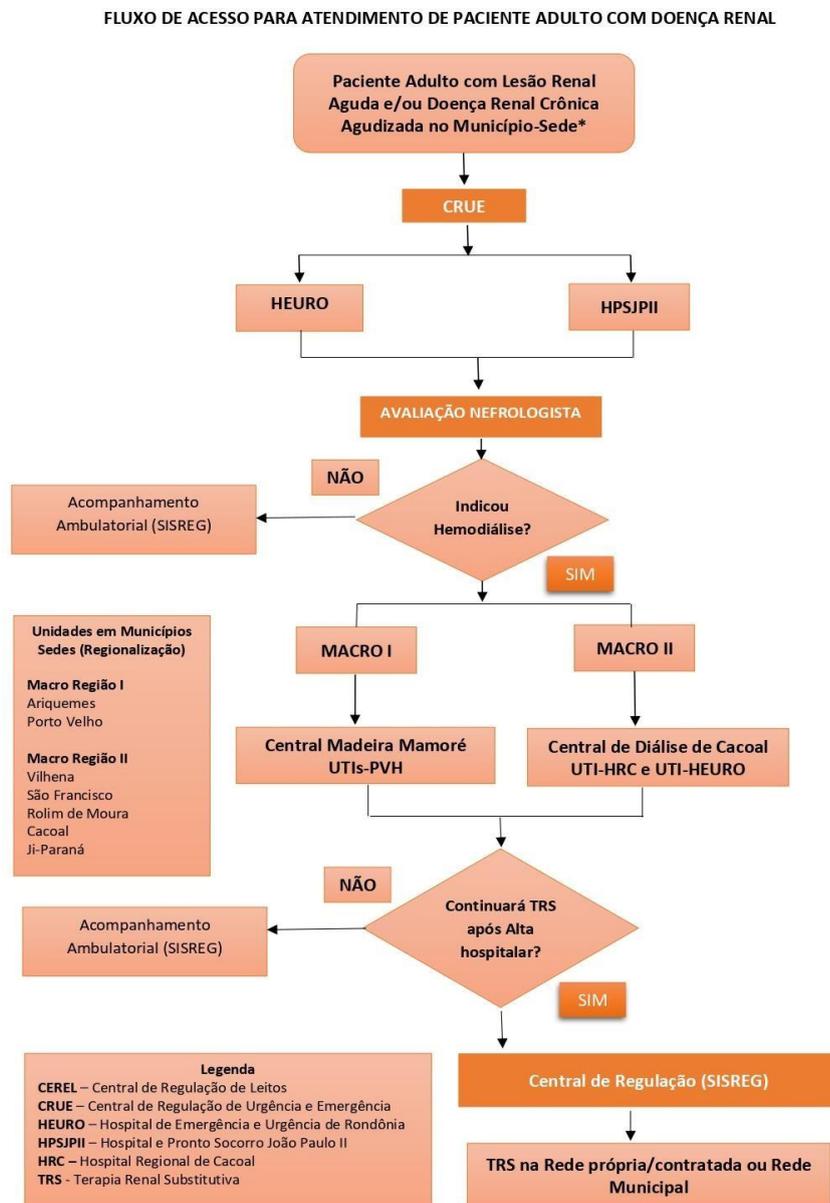
- Todo paciente adulto apresentando quadro clínico suspeito/confirmado de lesão renal aguda ou doença renal crônica agudizada, em situação de urgência e emergência, no município, deverá ser regulado pelo médico assistente com a Central de Regulação de Urgência e Emergência - CRUE;
- O médico regulador após avaliação do caso e confirmação da hipótese diagnóstica, deverá fazer contato com a unidade de referência estadual da macrorregião (Hospital e Pronto Socorro João Paulo II e/ou Hospital de Urgências de Rondônia - HEURO-Cacoal) e autorizar transferência do paciente para avaliação do nefrologista;
- O nefrologista, após avaliação do paciente, deverá definir a necessidade de internação para acompanhamento clínico, hemodiálise e/ou alta para acompanhamento ambulatorial;
- Se o paciente tiver indicação de hemodiálise, na macrorregião I, deverá ser encaminhado para tratamento na Central de Diálise Madeira Mamoré (CDMM), localizada no Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro ou UTIs-PVH e, na macrorregião 2, à clínica de diálise municipal de Cacoal e/ou nas unidades estaduais UTI-HEURO e/ou UTI-HRC;
- Na alta hospitalar, o nefrologista deverá indicar a necessidade de manutenção do tratamento dialítico ou acompanhamento ambulatorial;
- Em caso de necessidade da continuidade do tratamento dialítico, o nefrologista

deverá preencher o parecer de solicitação do procedimento a ser inserido no Sistema Nacional de Regulação (SISREG) pela unidade solicitante;

- A autorização de TRS nas clínicas de diálise de gestão estadual será realizada pela central de regulação estadual.

- O paciente que recebe alta da diálise com indicação de acompanhamento pelo nefrologista ambulatorialmente deverá ter agendamento de consulta na rede estadual (POC e/ou HRC), conforme fluxo de regulação para paciente ambulatorial (fila de egressos da nefrologia).

Figura 20: Fluxo de Acesso para atendimento ao paciente com Doença Renal em Emergência e Urgência.



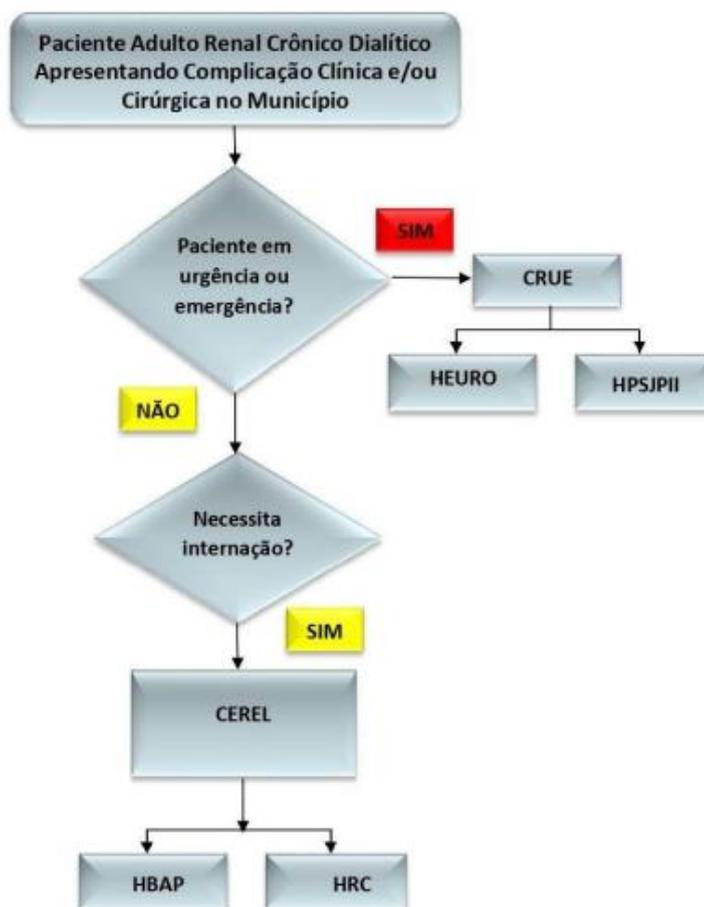
Fonte: SESAU - RO, 2023.

16.2 Fluxo de Atendimento ao paciente adulto renal crônico dialítico apresentando complicação clínica e/ou cirúrgica no município:

- Todo paciente adulto, portador de doença renal crônica dialítica, no município-sede, quando apresentar complicação clínica e/ou cirúrgica em caráter de urgência e emergência, deverá ser regulado pela Central de Regulação de Urgência e Emergência - CRUE via link <https://www.regulacaoestadualro.com.br/crue> ;
- O médico regulador após avaliação do caso e confirmação da hipótese diagnóstica, deverá fazer contato com a unidade de referência estadual da macrorregião (Hospital e Pronto Socorro João Paulo II e/ou Hospital de Urgências de Rondônia - HEURO-Cacoal) e autorizar transferência do paciente para avaliação clínica e/ou cirúrgica;
- Se o paciente não estiver em situação de urgência e/ou emergência, mas necessitar manter-se internado para tratamento de condição clínica e/ou cirúrgica deverá ter a solicitação de internação encaminhada ao CEREL via link <https://www.regulacaoestadualro.com.br/cerel>. Nesses casos, o paciente deverá permanecer internado na unidade municipal até a liberação deleito pela CEREL da unidade de referência estadual;
- O paciente internado para tratamento clínico e/ou cirúrgico que tiver condições de transporte, deverá manter o tratamento dialítico na clínica contratada de referência;
- Se o paciente apresentar instabilidade clínica e/ou cirúrgica que contraindique o transporte, deverá ser regulado e internado em leito de UTI para manutenção da terapia dialítica.

Figura 21: Fluxo de Acesso para atendimento ao paciente Adulto com Doença Renal

FLUXO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE ADULTO RENAL CRÔNICO DIALÍTICO APRESENTANDO COMPLICAÇÃO CLÍNICA E/OU CIRÚRGICA NO MUNICÍPIO SEDE



Complicações Clínicas e Cirúrgicas
• Síndrome Coronariana Aguda;
• Síndrome Respiratória Aguda;
• Acidente Vascular Cerebral/Encefálico;
• Insuficiência Cardíaca Congestiva;
• Traumas;
• Abdome Agudo;
• Outros.

Legenda
CRUE – Central de Regulação de Urgência e Emergência
HBAP – Hospital de Base Ary Pinheiro
HEURO – Hospital de Emergência e Urgência de Rondônia
HPSJPII – Hospital e Pronto Socorro João Paulo II

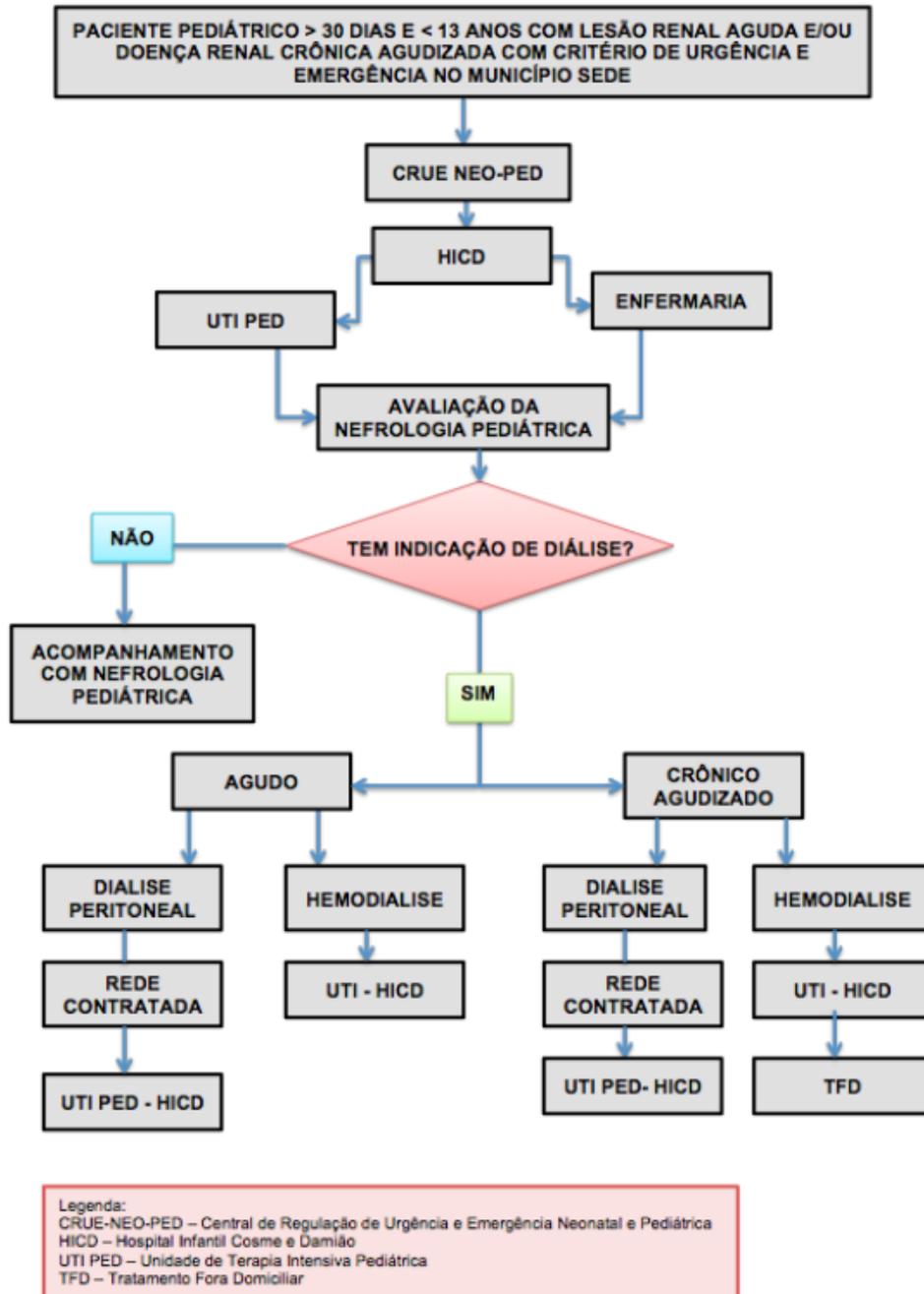
Fonte: SESAU - RO, 2023.

16.3 Fluxo de Atendimento ao paciente pediátrico com Doença Renal no município:

- Todo paciente pediátrico/neonatal apresentando quadro clínico suspeito/confirmado de lesão renal aguda ou doença renal crônica agudizada no município deverá ser regulado pelo médico assistente com o Núcleo de Regulação NEO-PED da CRUE;
- O médico regulador após avaliação do caso e confirmação da hipótese diagnóstica, deverá fazer contato com a unidade de referência estadual (Hospital Infantil Cosme Damião) e autorizar transferência do paciente para avaliação do nefrologista;
- O nefrologista, após avaliação do paciente, deverá definir a necessidade de terapia renal substitutiva e/ou acompanhamento ambulatorial;
- O paciente pediátrico com lesão renal aguda e indicação de hemodiálise deverá ser regulado para UTI pediátrica do Hospital Infantil Cosme Damião;
- O paciente pediátrico com doença renal crônica dialítica será encaminhado para Tratamento Fora do Domicílio (TFD);
- Quando a Terapia Renal Substitutiva indicada for a Diálise Peritoneal (aguda e/ou crônica), a solicitação deverá ser inserida no SISREG e autorizada pela Central de Regulação Estadual para a clínica contratada.
- O atendimento ambulatorial será realizado na Policlínica Osvaldo Cruz e no Ambulatório de egressos da nefropediatria, com agendamentos via regulação (SISREG e NIR-HICD, respectivamente).

Figura 22: Fluxo de atendimento ao paciente pediátrico com lesão renal aguda e/ou doença renal crônica agudizada, no município

FLUXO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE PEDIÁTRICO COM LESÃO RENAL AGUDA E/OU DOENÇA RENAL CRÔNICA AGUDIZADA NO MUNICÍPIO SEDE



Fonte: SESAU - RO, 2023.

17 MECANISMOS DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

A Portaria nº 4.279 de 2010 do Ministério da Saúde (MS) reafirma a responsabilidade do SUS por um cuidado integral, apresenta a estratégia de organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a define como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”; dessa forma, as redes viabilizam a operacionalização do SUS, promovendo cuidado contínuo e assim vêm ganhando destaque em discussões (BRASIL, 2011, p. 4).

Para a operacionalização das RAS pelos serviços de saúde, é preciso o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência (RCR), o qual se refere ao mecanismo para o estabelecimento da comunicação. Através desse sistema é possível perceber, nos serviços de saúde, que o usuário obtém a continuidade no cuidado ofertado, em que cada informação sobre o usuário, advinda por diferentes profissionais de saúde e por diferentes serviços, é sempre válida para continuidade do cuidado desse indivíduo, visto como um todo e recebendo atenção integral (Oliveira et al, p. 2, 2021).

O modelo SUS de hierarquização do sistema de referência e contra-referência procura garantir acesso aos serviços do sistema público de saúde desde o mais simples até o mais complexo de acordo com as reais necessidades de saúde do paciente (GOVERNO SANTA CATARINA, p. 122, 2018).

Diversos estudos verificaram falhas no manejo clínico de pacientes com doença renal crônica, resultando no encaminhamento tardio ao nefrologista e início não planejado da diálise (GOVERNO SANTA CATARINA, p. 123, 2018).

O encaminhamento tardio ao nefrologista resultou no maior uso de cateter para o início da hemodiálise, maior mortalidade e menor possibilidade de escolha da modalidade da diálise adequada ao paciente, considerando o local mais próximo para o paciente realizar o tratamento, conforme condições de locomoção, sociais, de participação da família, por exemplo.

Por outro lado, o encaminhamento precoce resulta em uma melhor condição clínica e melhor preparação para o início da diálise, aumenta a probabilidade dos pacientes iniciarem a diálise de forma planejada, em serviços ambulatoriais, com a fístula arteriovenosa madura ou na modalidade de diálise peritoneal (GOVERNO SANTA CATARINA, p. 123, 2018).

Dentre os problemas relacionados ao encaminhamento tardio do paciente pode-se citar:

1. Dificuldade de acesso à atenção especializada;
2. Falta de capacitação dos profissionais da atenção básica para detecção precoce, acompanhamento, monitoramento e controle dos principais grupos de risco para a doença renal, além de escassas medidas de promoção da saúde e prevenção da insuficiência renal;
3. Dificuldades de acesso aos recursos cirúrgicos para confecção da fístula arteriovenosa.
4. Baixo número de cirurgiões vasculares destinados ao atendimento de pacientes indicados a diálise e em diálise.
5. Características sócio demográficas.
6. Déficit no tratamento e o controle dos fatores de risco para a DRC sensíveis à atenção primária: diabetes, hipertensão, dislipidemia, obesidade, doença cardiovascular e tabagismo. Nas atividades educativas e apoio ao autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC. Na realização de classificação de risco, diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DRC de acordo com as Diretrizes Clínicas.

É relevante monitorar a conformidade do fluxo e mecanismos de referência e contra-referência, os quais devem integrar os seguintes sistemas de informação, implantados ou a serem implantados pelos gestores de acordo com suas atribuições ((GOVERNO SANTA CATARINA, p. 124-125, 2018).

1. Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB/MS), para a monitoração dos resultados da atenção primária em saúde.
2. Centrais de Regulação, para a monitoração do agendamento de consultas médicas em nefrologia, cardiologia, endocrinologia, avaliação pré-transplante e acompanhamento pós-transplante. As Centrais de Regulação poderão ser geridas pela SES como pelas SMS responsáveis pela oferta das consultas médicas.
3. SIS-APAC (SIA)/MS, para a monitoração do acesso e continuidade da Terapia Renal Substitutiva.
4. Notificação de Indicação/ Contraindicação de Transplante, para monitoramento da avaliação pré-transplante com a participação do SC Transplante.
5. Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (“fila de transplante”), para monitoração da inscrição, atualização da soroteca e realização de

transplantes (quinto momento de intervenção).

6. Ficha de Acompanhamento de Terapia Renal Substitutiva, para monitoração pelo gestor do cumprimento dos protocolos de acompanhamento dos pacientes em TRS.
7. Sistema de Informações de Mortalidade, para monitoração do desenlace letal dos pacientes hipertensos, diabéticos e nefropatas sob acompanhamento.
8. Monitoração da Programação Pactuada e Integrada, para monitoração da oferta de serviços programada e pactuada.

18 FINANCIAMENTO

Os custos para tratamento do doente renal crônico têm se elevado considerando o período de 2013 a 2015 (ALCALDE e KIRSZTAJN, 2018).

Isso reporta a necessidade de investimentos na atenção primária de saúde, nas ações preventivas para redução dos custos do tratamento dialítico e a melhoria da qualidade de vida da pessoa e sua contribuição na sociedade como ser ativo.

Uma vez instalada a Doença Renal Crônica em estágios avançados que requeiram a indicação de tratamento dialítico na modalidade de hemodiálise ou diálise peritoneal, assim como o transplante, recaí sobre o SUS a necessidade de financiamento, que de além de ser custeado, deve ser preservada a qualidade da assistência e de forma integral (GOVERNO SANTA CATARINA, p. 117, 2018).

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 Alta Complexidade (APAC), conforme valores definidos nas tabelas dos sistemas de Informações Ambulatoriais e/ou Hospitalares do SUS (SIA ou SIH/SUS).

Os investimentos na expansão dos referidos serviços serão realizados com recursos próprios da União, do Estado e dos Municípios, no sentido de garantir a oferta dos referidos serviços a toda a população necessitada, de forma regionalizada, hierarquizada, humanizada e de fácil acesso com qualidade e amplitude devida.

Tabela 23 – Tabela de procedimentos relacionados a Tratamento em Nefrologia, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPMS do SUS.

INTRA-HOSPITALAR (ADULTO / PEDIÁTRICO / NEO NATAL)		
CODIGO DO SUS	PROCEDIMENTO	VALOR UNITÁRIO
03.05.01.003-4	Dialise peritoneal p/ pacientes renais agudos	R\$ 111,42
04.18.01.007-2	Implante de cateter tenckhoff ou similar de longa permanência na ira (inclui cateter)	R\$ 206,80
TRATAMENTO EM NEFROLOGIA		
03.05.01.009-3	Hemodialise (máximo 1 sessão por semana-excepcionalidade)	R\$ 240,97
03.05.01.010-7	Hemodialise (máximo 3 sessões por semana)	R\$ 240,97
03.05.01.011-5	Hemodiálise em paciente com sorologia positiva para hiv e/ou hepatite b e/ou hepatite c (máximo 3 sessões por semana)	R\$ 325,98
03.05.01.012-3	Hemodiálise em paciente com sorologia positiva para hiv e/ou hepatite b e/ou hepatite c (excepcionalidade - máximo 1 sessão / semana)	R\$ 325,98
03.05.01.020-4	Hemodiálise pediátrica (máximo 04 sessões por semana)	R\$ 363,63
03.05.01.017-4	Tratamento de intercorrência em paciente renal crônico sob tratamento dialítico (por dia) -	R\$ 80,77
CIRURGIA NEFROLOGIA		
04.18.01.003-0	Confecção de fistula arterio-venosa p/ hemodialise	R\$ 600,00
04.18.01.004-8	Implante de cateter de longa permanência p/ hemodialise	R\$ 200,00
04.18.01.006-4	Implante de cateter duplo lumen p/hemodialise	R\$ 115,81
04.18.02.002-7	Ligadura de fistula arterio-venosa	R\$ 600,00
ÓRTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS RELACIONADOS A NEFROLOGIA		
07.02.10.010-2	Guia metalico p/ introducao de cateter duplo lumen	R\$ 15,45
07.02.10.002-1	Cateter p/ subclavia duplo lumen p/ hemodialise	R\$ 64,76
07.02.10.001-3	Cateter de longa permanência p/ hemodialise	R\$ 482,34
07.02.10.009-9	Dilatador p/ implante de cateter duplo lumen	R\$ 21,59
CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS		
03.01.01.004-8	Consulta de profissionais de nivel superior na atenção especializada(exceto médico)	R\$ 6,30
03.01.01.007-2	Consulta medica em atenção especializada	R\$ 10,00
03.01.10.001-2	Administração de medicamentos na atenção especializada	R\$ 0,63
05.06.01.002-3	Acompanhamento de paciente pos-transplante de rim figado coracao pulmao celulas-tronco hematopoeticas e/ou pancreas	R\$ 135,00

DIAGNÓSTICO		
0.202.010.02-3	Determinacao de capacidade de fixacao do ferro	R\$ 2,01
0.202.010.04-0	Determinacao de curva glicemica (2 dosagens)	R\$ 3,63
0.202.010.11-2	Dosagem de acido ascorbico	R\$ 2,01
0.202.010.12-0	Dosagem de acido urico	R\$ 1,85
0.202.010.16-3	Dosagem de alfa-1-glicoproteina acida	R\$ 3,68
0.202.010.18-0	Dosagem de amilase	R\$ 2,25
0.202.010.20-1	Dosagem de bilirrubina total e fracoes	R\$ 2,01
0.202.010.21-0	Dosagem de calcio	R\$ 1,85
0.202.010.22-8	Dosagem de calcio ionizavel	R\$ 3,51
0.202.010.26-0	Dosagem de cloreto	R\$ 1,85
0.202.010.27-9	Dosagem de colesterol HDL	R\$ 3,51
0.202.010.28-7	Dosagem de colesterol LDL	R\$ 3,51
0.202.010.29-5	Dosagem de colesterol total	R\$ 1,85
0.202.010.31-7	Dosagem de creatinina	R\$ 1,85
0.202.010.32-5	Dosagem de creatinofosfoquinase (CPK)	R\$ 3,68
0.202.010.33-3	Dosagem de creatinofosfoquinase fracao mb	R\$ 4,12
0.202.010.36-8	Dosagem de desidrogenase latica	R\$ 3,68
0.202.010.38-4	Dosagem de ferritina	R\$ 15,59
0.202.010.39-2	Dosagem de ferro serico	R\$ 3,51
0.202.010.40-6	Dosagem de folato	R\$ 15,65
0.202.010.42-2	Dosagem de fosfatase alcalina	R\$ 2,01
0.202.010.43-0	Dosagem de fosforo	R\$ 1,85
0.202.010.46-5	Dosagem de gama-glutamyl-transferase (gama gt)	R\$ 3,51
0.202.010.47-3	Dosagem de glicose	R\$ 1,85
0.202.010.48-1	Dosagem de glicose-6-fosfato desidrogenase	R\$ 3,68
0.202.010.49-0	Dosagem de haptoglobina	R\$ 3,68
0.202.010.50-3	Dosagem de hemoglobina glicosilada	R\$ 7,86
0.202.010.53-8	Dosagem de lactato	R\$ 3,68
0.202.010.55-4	Dosagem de lipase	R\$ 2,25
0.202.010.56-2	Dosagem de magnesio	R\$ 2,01
0.202.010.60-0	Dosagem de potassio	R\$ 1,85
0.202.010.61-9	Dosagem de proteinas totais	R\$ 1,40
0.202.010.62-7	Dosagem de proteinas totais e fracoes	R\$ 1,85
0.202.010.63-5	Dosagem de sodio	R\$ 1,85
0.202.010.64-3	Dosagem de transaminase glutamico-oxalacetica (TGO)	R\$ 2,01
0.202.010.65-1	Dosagem de transaminase glutamico-piruvica (TGP)	R\$ 2,01
0.202.010.66-0	Dosagem de transferrina	R\$ 4,12
0.202.010.67-8	Dosagem de triglicerideos	R\$ 3,51
0.202.010.69-4	Dosagem de ureia	R\$ 1,85
0.202.010.70-8	Dosagem de vitamina b12	R\$ 15,24
0.202.010.72-4	Eletroforese de proteinas	R\$ 4,42
0.202.010.73-2	Gasometria (ph pco2 po2 bicarbonato as2 (excesso ou deficit base)	R\$ 15,65
0.202.010.75-9	Teste de tolerancia a insulina / hipoglicemiantes orais	R\$ 6,55
0.202.010.76-7	Dosagem de 25 hidroxivitamina d	R\$ 15,24
0.202.020.02-9	Contagem de plaquetas	R\$ 2,73
0.202.020.03-7	Contagem de reticulocitos	R\$ 2,73

0.202.020.05-3	Determinacao de enzimas eritrocitarias (cada)	R\$ 2,73
0.202.020.07-0	Determinação de tempo de coagulação	R\$ 2,73
0.202.020.09-6	Determinação de tempo de sangramento -duke	R\$ 2,73
0.202.020.10-0	Determinação de tempo de sangramento de ivy	R\$ 9,00
0.202.020.13-4	Determinação de tempo de tromboplastina parcial ativada (ttp ativada)	R\$ 5,77
0.202.020.14-2	Determinação de tempo e atividade da protrombina (TAP)	R\$ 2,73
0.202.020.15-0	Determinação de velocidade de hemossedimentação (VHS)	R\$ 2,73
0.202.020.29-0	Dosagem de fibrinogenio	R\$ 4,60
0.202.020.30-4	Dosagem de hemoglobina	R\$ 1,53
0.202.020.36-3	Eritrograma (eritrocitos, hemoglobina, hematocrito)	R\$ 2,73
0.202.020.37-1	Hematocrito	R\$ 1,53
0.202.020.38-0	Hemograma completo	R\$ 4,11
0.202.020.39-8	Leucograma	R\$ 2,73
0.202.020.49-5	Prova de retracao do coagulo	R\$ 2,73
0.202.020.50-9	Prova do laco	R\$ 2,73
0.202.020.54-1	Teste direto de antiglobulina humana (TAD)	R\$ 2,73
0.202.030.06-7	Determinação de complemento (ch50)	R\$ 9,25
0.202.030.08-3	Determinação quantitativa de proteina c reativa	R\$ 9,25
0.202.030.10-5	Dosagem de antígeno prostatico especifico (PSA)	R\$ 16,42
0.202.030.12-1	Dosagem de complemento c3	R\$ 17,16
0.202.030.13-0	Dosagem de complemento c4	R\$ 17,16
0.202.030.14-8	Dosagem de crioglobulina	R\$ 2,83
0.202.030.20-2	Dosagem de proteina C reativa	R\$ 2,83
0.202.030.25-3	Pesquisa de anticorpo IGG anticardiopina	R\$ 10,00
0.202.030.26-1	Pesquisa de anticorpo IGM anticardiopina	R\$ 10,00
0.202.030.27-0	Pesquisa de anticorpos ANTI-DNA	R\$ 8,67
0.202.030.29-6	Pesquisa de anticorpos ANTI-HIV-1 (western blot)	R\$ 85,00
0.202.030.30-0	Pesquisa de anticorpos ANTI-HIV-1 + hiv-2 (elisa)	R\$ 10,00
0.202.030.31-8	Pesquisa de anticorpos ANTI-HTLV-1 + htlv-2	R\$ 18,55
0.202.030.34-2	Pesquisa de anticorpos anti-sm	R\$ 17,16
0.202.030.35-0	Pesquisa de anticorpos ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55
0.202.030.36-9	Pesquisa de anticorpos ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55
0.202.030.47-4	Pesquisa de anticorpos antiestreptolisina o (ASLO)	R\$ 2,83
0.202.030.55-5	Pesquisa de anticorpos antimicrosomas	R\$ 17,16
0.202.030.59-8	Pesquisa de anticorpos antinucleo	R\$ 17,16
0.202.030.62-8	Pesquisa de anticorpos antitireoglobulina	R\$ 17,16
0.202.030.63-6	Pesquisa de anticorpos contra antígeno de superfície do vírus da hepatite B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55
0.202.030.64-4	Pesquisa de anticorpos contra antígeno e do vírus da hepatite B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55
0.202.030.67-9	Pesquisa de anticorpos contra o vírus da hepatite c (ANTI-HCV)	R\$ 18,55
0.202.030.74-1	Pesquisa de anticorpos IGG anticitomegalovirus	R\$ 11,00
0.202.030.76-8	Pesquisa de anticorpos IGG antitoxoplasma	R\$ 16,97
0.202.030.77-6	Pesquisa de anticorpos IGG antitrypanosoma cruzi	R\$ 9,25
0.202.030.78-4	Pesquisa de anticorpos IGG e IGM contra antígeno central do vírus da hepatite B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55
0.202.030.79-2	Pesquisa de anticorpos IGG contra arbovirus	R\$ 30,00
0.202.030.80-6	Pesquisa de anticorpos IGG contra o vírus da	R\$ 18,55

	hepatite A (HAV-IGG)	
0.202.030.81-4	Pesquisa de anticorpos IGG contra o virus da rubeola	R\$ 17,16
0.202.030.83-0	Pesquisa de anticorpos IGG contra o virus epstein-barr	R\$ 17,16
0.202.030.84-9	Pesquisa de anticorpos IGG contra o virus herpes simples	R\$ 17,16
0.202.030.85-7	Pesquisa de anticorpos IGM anticitomegalovirus	R\$ 11,61
0.202.030.87-3	Pesquisa de anticorpos IGM antitoxoplasma	R\$ 18,55
0.202.030.88-1	Pesquisa de anticorpos IGM antitrypanosoma cruzi	R\$ 9,25
0.202.030.89-0	Pesquisa de anticorpos IGM contra antígeno central do virus da hepatite B (anti-HBC-IGM)	R\$ 18,55
0.202.030.90-3	Pesquisa de anticorpos IGM contra arbovirus	R\$ 20,00
0.202.030.91-1	Pesquisa de anticorpos IGM contra o virus da hepatite A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
0.202.030.92-0	Pesquisa de anticorpos IGM contra o virus da rubeola	R\$ 17,16
0.202.030.94-6	Pesquisa de anticorpos IGM contra o virus epstein-barr	R\$ 17,16
0.202.030.95-4	Pesquisa de anticorpos IGM contra o virus herpes simples	R\$ 17,16
0.202.030.97-0	Pesquisa de antígeno de superficie do virus da hepatite B (HBSAG)	R\$ 18,55
0.202.030.98-9	Pesquisa de antígeno e do virus da hepatite B (HBEAG)	R\$ 18,55
0.202.031.00-4	Pesquisa de crioglobulinas	R\$ 2,83
0.202.031.03-9	Pesquisa de imunoglobulina e (IGE) alergeno-especifica	R\$ 9,25
0.202.031.04-7	Pesquisa de trypanosoma cruzi (por imunofluorescencia)	R\$ 10,00
0.202.031.11-0	Teste não treponemico p/ detecção de sífilis	R\$ 2,83
0.202.031.20-9	Dosagem de troponina	R\$ 9,00
0.202.040.06-2	Pesquisa de eosinofilos	R\$ 1,65
0.202.040.09-7	Pesquisa de leucocitos nas fezes	R\$ 1,65
0.202.040.10-0	Pesquisa de leveduras nas fezes	R\$ 1,65
0.202.040.12-7	Pesquisa de ovos e cistos de parasitas	R\$ 1,65
0.202.040.14-3	Pesquisa de sangue oculto nas fezes	R\$ 1,65
0.202.050.01-7	Analise de caracteres fisicos, elementos e sedimento da urina	R\$ 3,70
0.202.050.02-5	Clearance de creatinina	R\$ 3,51
0.202.050.04-1	Clearance de ureia	R\$ 3,51
0.202.050.08-4	Dosagem de citrato	R\$ 2,01
0.202.050.09-2	Dosagem de microalbumina na urina	R\$ 8,12
0.202.050.10-6	Dosagem de oxalato	R\$ 3,68
0.202.050.11-4	Dosagem de proteinas (urina de 24 horas)	R\$ 2,04
0.202.060.12-8	Dosagem de calcitonina	R\$ 14,38
0.202.060.13-6	Dosagem de cortisol	R\$ 9,86
0.202.060.15-2	Dosagem de dihidrotestoterona (DHT)	R\$ 11,71
0.202.060.16-0	Dosagem de estradiol	R\$ 10,15
0.202.060.21-7	Dosagem de gonadotrofina corionica humana (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85
0.202.060.23-3	Dosagem de hormonio foliculo-estimulante (FSH)	R\$ 7,89
0.202.060.24-1	Dosagem de hormonio luteinizante (LH)	R\$ 8,97

0.202.060.25-0	Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH)	R\$ 8,96
0.202.060.26-8	Dosagem de insulina	R\$ 10,17
0.202.060.27-6	Dosagem de paratormônio	R\$ 43,13
0.202.060.29-2	Dosagem de progesterona	R\$ 10,22
0.202.060.30-6	Dosagem de prolactina	R\$ 10,15
0.202.060.34-9	Dosagem de testosterona	R\$ 10,43
0.202.060.35-7	Dosagem de testosterona livre	R\$ 13,11
0.202.060.37-3	Dosagem de tiroxina (t4)	R\$ 8,76
0.202.060.38-1	Dosagem de tiroxina livre (t4 livre)	R\$ 11,60
0.202.060.39-0	Dosagem de triiodotironina (t3)	R\$ 8,71
0.202.060.47-0	Pesquisa de macroprolactina	R\$ 12,15
0.202.070.08-5	Dosagem de alumínio	R\$ 27,50
0.202.070.18-2	Dosagem de ciclosporina	R\$ 58,61
0.202.080.01-3	Antibiograma	R\$ 4,98
0.202.080.04-8	Baciloscopia direta p/ baar tuberculose (diagnóstica)	R\$ 4,20
0.202.080.07-2	Bacterioscopia (gram)	R\$ 2,80
0.202.080.08-0	Cultura de bactérias p/ identificação	R\$ 5,62
0.202.080.13-7	Cultura para identificação de fungos	R\$ 4,19
0.202.080.15-3	Hemocultura	R\$ 11,49
0.202.090.12-4	Dosagem de glicose no líquido sinovial e derrames	R\$ 1,89
0.202.090.13-2	Dosagem de proteínas no líquido sinovial e derrames	R\$ 1,89
0.202.090.30-2	Prova do latex p/ pesquisa do fator reumatoide	R\$ 1,89
0.202.120.02-3	Determinação direta e reversa de grupo abo	R\$ 1,37
0.202.120.08-2	Pesquisa de fator rh (inclui d fraco)	R\$ 1,37
0.202.120.09-0	Teste indireto de antiglobulina humana (tia)	R\$ 2,73
0.203.010.03-5	Exame de citologia (exceto cervico-vaginal e de mama)	R\$ 20,96
0.214.010.07-4	Teste rápido para sífilis	R\$ 1,00

Fonte: Ministério da Saúde/MS, SIGTAP, DATASUS, 2023.

19 MECANISMOS DE CONTROLE, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

A manutenção da habilitação dos estabelecimentos de saúde de Atenção Especializada em DRC está condicionada:

- I. Ao cumprimento contínuo das normas estabelecidas na Portaria MS nº 1675/2018 e Portaria MS nº 3415/2018.
- II. A existência do contrato ou convênio com o estabelecimento de saúde habilitado em Atenção Especializada em DRC, quando este não for da rede própria vinculada à respectiva Secretaria de Saúde.
- III. Aos resultados gerados pelo Sistema Nacional de Auditorias recomendadas pela SAS/MS e executadas pelos órgãos de controle; e
- IV. Ao registro regular no SIA/SUS ou de outros sistemas de informação oficiais definidos pelo Ministério da Saúde, não podendo ultrapassar o período de 3 (três) meses consecutivos sem registro de informação.

A desabilitação dos estabelecimentos de saúde habilitados de acordo com as normas, ocorrerá:

- I. A pedido do gestor público de saúde em seu respectivo âmbito de atuação.
- II. Por iniciativa do Ministério da Saúde, que deverá, antes de proceder a desabilitação dos serviços, notificar o gestor estadual do SUS, que, por seu turno, terá o prazo de 15 (quinze) dias para regularizar ou apresentar justificativa.

Demais requisitos técnicos a serem analisados, os quais se detalham a seguir:

- Avaliar a estrutura e equipe dos estabelecimentos por eles autorizados para prestar o cuidado.
- Avaliar a compatibilidade entre o número de casos esperados para a população atendida, o número de atendimentos realizados e o número de procedimentos faturados, observando também a distribuição numérica esperada dos procedimentos - consultas e acompanhamentos/tratamentos.
- Avaliar a qualidade dos serviços prestados pelos estabelecimentos.

20. SITUAÇÃO PROPOSTA

20.1 Atenção Primária:

- Estratificação da população com doença renal crônica (Estágios 1, 2, 3A e 3B) por regiões de saúde;
- Análise situacional dos estabelecimentos de saúde (avaliação da estrutura física e dos profissionais);
- Encaminhamentos com o transporte sanitário.

20.1 Média Complexidade:

- Estratificação da população com doença renal crônica (Estágios 4 e 5) por regiões de saúde.
- Quantitativo de profissionais de saúde, conforme a PORTARIA N° 38, de 14 de março de 2014, por região de saúde.
- Análise situacional dos estabelecimentos de saúde (avaliação da estrutura física e dos profissionais).
- Fluxograma para remoção do paciente em caso de intercorrências durante o tratamento de diálise.
- Encaminhamentos com o transporte sanitário.
- Elaborar e implementar o Plano de Segurança do Paciente, juntamente com o Núcleo de Segurança do Paciente).

20.2 Alta Complexidade:

- Estratificação da população com doença renal crônica (Estágios 5D(em hemodiálise) e 5D(em diálise peritoneal)) por regiões de saúde.
- Quantitativo de profissionais de saúde, conforme a PORTARIA N° 38, de 14 de março de 2014, por região de saúde.
- Análise situacional dos estabelecimentos de saúde (avaliação da estrutura física e dos profissionais).
- Fluxograma para remoção do paciente em caso de intercorrências durante o tratamento de diálise.
- Elaborar e implementar o Plano de Segurança do Paciente, juntamente com o Núcleo de Segurança do Paciente).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA PENA, P. F.; SILVA JUNIOR, A. G.; RIBEIRO DE OLIVEIRA, P. T.; MOREIRA, G. A. R.; LIBÓRIO, A.B. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando na integralidade e no matriciamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 3135-3144, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n11/3135-3144/pt>. Acesso em: 26 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 11, de 13 de março de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/doenca-renal-cronica-\(DRC\)-em-adultos/unidade-de-atencao-primaria/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/doenca-renal-cronica-(DRC)-em-adultos/unidade-de-atencao-primaria/). Acesso em: 26 jun. 2023.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 37 p.: il. ISBN 1. Doença Renal Crônica. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf. Acesso em 26 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2021-0198>. Acesso em: 21 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 389, de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. *Biblioteca Virtual em Saúde*, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014_rep.html. Acesso em: 26 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regionalização da Saúde. Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/regionalizacao>. Acesso em: 28 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, descritos no quadro 28, 28B e 29 da respectiva Portaria. Ministério da Saúde, 2015, p. 28.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.603/GM/MS de 22 de novembro de 2018. Estabelece que os procedimentos relacionados à Terapia Renal Substitutiva - TRS, cobrados por meio de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais - APAC, sejam financiados, em sua totalidade, por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3603_23_11_2018.html. Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1675/GM/MS 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.

MARCONDES, M. F.; DE SOUZA, G. B. V.; SOUZA, J. B. A.; COSTA, L. L. A.; JUNIOR, E. de A. Complicações decorrentes de fístulas arteriovenosas em pacientes admitidos à hemodiálise / Complicações decorrentes de fístulas arteriovenosas em pacientes submetidos à hemodiálise. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 2, p. 9566–9573, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-449>. Acesso em: 20 abr. 2023.

NERBASS, Fabiana B.; LIMA, H. N.; SALDANHA, F.; VIEIRA NETO, T. O. M.; SESSO, R.; LUGON, J. R. Pesquisa Brasileira de Diálise 2021. *Revista Brasileira de Nefrologia (J. Bras.)* Artigo original. DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2022-0083pt. Acesso em 10 jul. 2023.

OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, e 310105, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310105>. Acesso em: 28 jun. 2023.

PARÁ. Governo do Pará. Plano Estadual de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica 2015. Belém, 2015.

RONDÔNIA. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 087/CIB/2014, de 08 de maio de 2014. Aprova as conformações das 07 regiões de saúde do Estado de Rondônia. *Diário Oficial do Estado de Rondônia*, 01 jul. 2014, p. 23. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/72507680/doero-01-07-2014-pg-23>. Acesso em: 10 jan. 2022.

SANTA CATARINA. Plano Operativo para Organização da Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica em Santa Catarina. Florianópolis, 2018.

SANTA CATARINA. Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica em Santa Catarina, Florianópolis, 2021.

Sociedade Brasileira de Nefrologia. Tratamento de Diálise Peritoneal. Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2018. Disponível em: <https://www.sbn.org.br/orientacoes-e->

tratamentos/tratamentos/dialise-peritoneal/. Acesso em: 30 jun. 2023.