

Portaria 1.675 - Análise

A **PORTARIA 389 de 13 de março de 2014** foi consolidada em 28 de setembro de 2017 em 2 portarias de Consolidação, sejam elas, **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3, de 28 de setembro de 2017** que trata da Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde e **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 6, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017** que trata da Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde especificamente referente a **Seção III**, Do Incentivo Financeiro para as Equipes de Saúde da Família que Incorporarem os Agentes de Combate às Endemias (ACE) na sua Composição

Portanto a **PORTARIA 1.675 de 07 de junho de 2018** vem a substituir na Portaria de Consolidação número 3, o ANEXO IV Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Origem: PRT MS/GM 483/2014) Art. 1º Este Anexo define a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 1º)

Para facilitar a leitura das modificações colocaremos nossas observações em cor preta, os itens que foram retirados (quando houver necessidade de constar) em verde e os itens introduzidos ou modificados em vermelho.

Foi incluído o Parágrafo Único, ITENS X e XI

Parágrafo único. Para o cumprimento no disposto nesta norma, devem ser observados os seguintes anexos: I - Anexo 12 do Anexo IV - Formulário para habilitação em Atenção Especializada em DRC; e II - Anexo 6 do Anexo IV - Indicadores de qualidade. " (NR)

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

XI - Garantia do transporte sanitário adequado, de acordo com as características territoriais; e XII - garantia do acesso por meio da regulação de todas as modalidades de tratamento dialítico." (NR)

"Art. 62.

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

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

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

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

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

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

g) prestar cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento das pessoas com complicações agudas da DRC ou da TRS a outros pontos de atenção, quando necessário, de acordo com o Anexo III ; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, g)

II - Componente da Atenção Especializada Ambulatorial: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II)

a) atuar de acordo com a definição da Rede de Atenção à Saúde (RAS); (Origem: PRT MS/GM :

b) realizar a atenção ambulatorial e hospitalar de forma multiprofissional e intersetorial, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC no SUS, incluindo a necessidade da Terapia Renal Substitutiva - TRS, nas modalidades de hemodiálise e diálise peritoneal;389/2014, Art. 5º, II,

c) prestar assistência ambulatorial de forma multiprofissional, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS, incluindo a necessidade de TRS; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, b)

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

e) definir, no contrato celebrado entre o gestor de saúde e o estabelecimento de atenção especializada ambulatorial em DRC, de quem será a responsabilidade para realizar a confecção da fístula arterio-venosa de acesso à hemodiálise ou o implante de cateter para diálise peritoneal; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, e)

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

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

momento, de cuidados imediatos em urgência; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, f)

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

h) informar todos os acompanhamentos multiprofissionais em DRC nos estágios 4 e 5 (pré diálise) e os demais procedimentos correspondentes nos temas relacionados em doenças renais, incluindo a TRS, quando couber, no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), ou outro(s) que vier(em) a substituí-lo, de acordo com a tipologia do estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, h)

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

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

Art. 64. Compete aos pontos de atenção do componente de Atenção Básica, ainda, a gestão do cuidado à pessoa com DRC e a atenção dos estágios clínicos pré-dialíticos 1 ao 3, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 6º)

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

Art. 65. Compete aos estabelecimentos de atenção especializada ambulatorial em DRC o apoio matricial às equipes de Atenção Básica nos temas relacionados em doenças renais, o cuidado às pessoas com DRC do estágio clínico 4 e 5 (pré dialítico), bem como aos estágios dialíticos, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas

para o cuidado ao às pessoas com DRC. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 7º)

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

Art. 66. A atenção à saúde da pessoa com DRC será organizada conforme as seguintes tipologias: (Origem: PRT MS/GM 389/2014,

Art. 8º) I - Unidade Especializada em DRC; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, I)

II - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, II)

III - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, III)

"Seção III Das Tipologias e Atribuições das Unidades de Atenção Especializada em DRC Art. 66. A Atenção Especializada em DRC será estruturada para fins de habilitação pelo Ministério da Saúde conforme as seguintes tipologias:

I - Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 - Pré-Dialítico - código 15.06; II - Atenção Especializada em DRC com hemodiálise - código 15.04; e III - Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal - código 15.05

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

MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 1º) § 2º A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia, responsável pela Atenção de Alta Complexidade, realizará pelo menos uma modalidade de TRS-diálise para tratamento da pessoa com DRC. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 2º) § 3º À Unidade Especializada em DRC com TRS-Diálise, responsável pela Atenção de Média e Alta complexidade, compete: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 3º) I - realizar o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 (pré diálise) ou nas demais situações previstas no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 3º, I)

§ 1º Para os estabelecimentos de saúde habilitados em Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 - Pré-Dialítico - código 15.06, fica instituída a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em DRC. § 2º Os estabelecimentos de saúde a serem habilitados no código 15.06 deverão ser de natureza pública ou filantrópica. § 3º Os estabelecimentos de saúde de Atenção Especializada em DRC com hemodiálise - 15.04 - e com diálise peritoneal - 15.05 - poderão ser habilitados de forma concomitante. " (NR)

Observem que somente estabelecimentos de natureza pública ou filantrópica poderão ser habilitados no código 15.06. O Ministério da Saúde deverá emitir, em breve, nota técnica aos gestores sobre este item pactuado na CIT.

II - matricular as equipes de atenção básica nos temas relacionados a doenças renais; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 3º, II)
III - ofertar, pelo menos, uma modalidade de TRS-diálise para tratamento da pessoa com DRC. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 3º, III) § 4º O acompanhamento multiprofissional em DRC de que trata o § 1º e o inciso I do § 3º consiste na realização de consultas multiprofissionais e na realização de exames na periodicidade recomendada no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS no estágio clínico pré-dialítico. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 4º) § 5º O apoio matricial de que trata o § 1º e o inciso II do § 3º inclui ações como interconsultas, segunda opinião formativa, discussão de casos, momentos de educação permanente conjuntos, intervenções no território e intersetoriais, a fim de compartilhar a

responsabilidade pelo cuidado de uma população específica, de ampliar a capacidade de análise e de intervenção, aumentando a resolutividade dos respectivos pontos de atenção envolvidos no processo de apoio matricial. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 5º) § 6º O tratamento de diálise, de que trata o § 2º e o inciso III do § 3º consiste na realização das consultas em nefrologia e exames decorrentes e na realização de pelo menos uma das seguintes modalidades de TRS-diálise: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 6º) I - diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC); (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 6º, I) II - diálise peritoneal automática (DPA); (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 6º, II) III - diálise peritoneal intermitente (DPI); e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 6º, III) IV - Hemodiálise (HD). (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 6º, IV)

Art. 67. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRC com TRS/diálise deverão oferecer, obrigatoriamente: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º)

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

A questão da alimentação, foi substituído, ou seja, não é mais no dia, mas durante a permanência na clínica e pode ser opcional dependendo da avaliação do nutricionista

III - fornecimento, sob orientação do nutricionista e com base na prescrição médica, do aporte nutricional ao paciente no dia do procedimento dialítico; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º,

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

IV - realização periódica, em seus pacientes, dos exames definidos conforme as Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º, IV)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 1º A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRC com TRS/diálise com capacidade para oferecer somente a modalidade HD devem garantir o acesso à DPAC, à DPA e à DPI quando da necessidade do paciente. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º, § 1º) § 2º A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRC com TRS/diálise com capacidade para oferecer somente as modalidades DPAC, DPA e DPI devem garantir o acesso à HD, quando da necessidade do paciente. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º, § 2º)

Art. 68. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRC com TRS/diálise deverão: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 10)

I - prestar os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências que ocorrerem durante o processo de diálise,

garantindo a estabilização do paciente; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 10, I)

II - dar continuidade à assistência por meio da regulação de urgência e emergência, que deverá garantir o transporte do paciente e a continuidade da assistência necessária para as referências previamente pactuadas locorregionalmente. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 10, II)

Estes itens acima entraram no Artigo 67, mas modificados

Art. 71 passou a ser artigo 70. Os pacientes que optarem por diálise peritoneal serão encaminhados, juntamente com seus familiares, para treinamento pela equipe multidisciplinar. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 13)

Parágrafo Único. Os pacientes de que trata o "caput" serão encaminhados para o serviço de referência de implante de cateter em período suficiente para o início programado da diálise. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 13, Parágrafo Único)

Foi acrescentada a **NORMATIZAÇÃO DA DIALISE EM TRÂNSITO que não existia na Portaria anterior**

Do Tratamento Dialítico em Trânsito

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

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

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

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

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

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

e V - o estabelecimento de saúde de origem deve comunicar ao estabelecimento de saúde de destino, mediante relatório, as seguintes informações, que deverão ficar arquivadas no estabelecimento de saúde de destino para fins de controle e auditoria:

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

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

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

A sessão IV que trata da habilitação mudou para sessão V com as seguintes alterações e simplificações abaixo elencadas

"Seção V Da Habilitação para a Organização e Funcionamento do Cuidado da Pessoa com DRC Art. 75. Para a habilitação dos estabelecimentos de saúde como Atenção Especializada em DRC, as Secretarias Estaduais de Saúde deverão encaminhar ao Ministério da Saúde, por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde - SAIPS, as seguintes informações: I - Resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB - ou, no caso do Distrito Federal, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde - CGSES/DF, ou da Comissão Intergestores Regional - CIR, conforme deliberação em CIB, contendo: a) tipo de

habilitação com o respectivo código de habilitação, nome do estabelecimento de saúde e CNES; e b) valor do impacto financeiro mensal e anual segundo os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS, anexando a memória de cálculo; II - relatório de vistoria realizado pela vigilância sanitária local, onde conste a estrita observância da RDC nº 11, de 13 de março de 2014, e cópia da licença de funcionamento; e III - formulário para habilitação em Atenção Especializada em DRC, disponível via SAIPS. § 1º O processo de habilitação deverá ser formalizado pela Secretaria Estadual de Saúde. § 2º O respectivo gestor público de saúde estadual analisará a necessidade e os critérios estratégicos e técnicos dispostos e dará início ao processo de habilitação. § 3º A ausência da análise de que trata o § 2º impede a sequência do processo de habilitação. § 4º Após a emissão do parecer favorável à habilitação pelo gestor público de saúde estadual, o processo com a documentação comprobatória ficará na posse do gestor do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria. " (NR) "Art. 76. O Ministério da Saúde avaliará os documentos encaminhados pelas Secretarias de Saúde, podendo proceder a vistoria in loco para conceder a habilitação do serviço de saúde. Parágrafo Único. Caso a avaliação seja favorável, o Ministério da Saúde tomará as providências para a publicação da Portaria específica de habilitação. " (NR)

A sessão V que trata da habilitação mudou para sessão VI com as seguintes alterações

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

II - enfermeiro;

III - nutricionista;

IV - psicólogo;

e V - assistente social.

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

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

II - construir o plano de cuidado de maneira integrada com a Atenção Básica; III - realizar o matriciamento para as equipes de Atenção Básica para o estágio 3 e o acompanhamento multiprofissional em DRC para os estágios 4 a 5;

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

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

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

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

Observação : serão necessários 2 médicos nefrologistas titulados/clinica

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

Observação : serão necessários 2 enfermeiros nefrologistas titulados/clinica

III - assistente social; IV - psicólogo; V - nutricionista; e VI - técnico de enfermagem. " (NR) "

O Art 79 abaixo substitui o item XI, ou seja, agora o serviço responsável pelo tratamento de água poderá ser terceirizado

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

XI - técnico responsável pela operação do sistema de tratamento de água para diálise, para os serviços que possui o programa de hemodiálise. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, XI)

Art. 80. A composição mínima da equipe da Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise observará o disposto nos arts. 77, 78 e 79 do Anexo IV , no que couber. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 22)

Parágrafo Único. O mesmo profissional poderá compor a equipe da Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise na atenção de média e alta complexidade, desde que em diferentes turnos. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 22, Parágrafo Único)

Observação : não há necessidade de ter substitutos da equipe multiprofissional no período de férias

Art. 81. A substituição dos profissionais que compõem as equipes mínimas deve ser providenciada nos respectivos períodos de férias. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 23) Art.

82. O médico e o enfermeiro de que trata os incisos I e II do art. 78 e os incisos I e II do art. 79 só podem ser os Responsáveis Técnicos de 1 (uma) Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia ou de 1 (uma) Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 24)

Art. 83. Para o programa de DPAC e de DPA, deverá ser obedecida a proporção de pelo menos 1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 25)
passou a ser artigo 80

Além de enfermeiro teremos os demais profissionais da equipe

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

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

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

III - nutricionista;

IV - psicólogo;

V - assistente social;

e VI - técnico de enfermagem. " (NR)

O artigo 82 passou a ser Art 81

Art. 83 passou a ser 82 .

“Art 83 Para o programa de DPAC e de DPA, deverá ser obedecida a proporção de pelo menos 1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 25)

"Art. 82. Para o estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal - código 15.05" deverá ser obedecida, no mínimo, a seguinte proporção: I - 1 (um) médico nefrologista para cada 50 (cinquenta) pacientes; e II - 1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes. " (NR)

A norma para serviços de DPI foi retirada

Art. 84. Para o programa de DPI, deverá ser obedecido, no mínimo, a seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 26) I - 1 (um) médico nefrologista durante o dia, para avaliação dos pacientes e atendimento das intercorrências, podendo ser o mesmo da hemodiálise, DPAC, DPA, desde que não ultrapasse a relação de 1 (um) médico para cada 35 (trinta e cinco) pacientes; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 26, I) II - 1 (um) médico para atendimento de urgências no período noturno para cada 35 (trinta e cinco) pacientes; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 26, II) III - 1 (um) enfermeiro, em conformidade com o art. 89, para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, durante o dia; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 26, III) IV - 1 (um) enfermeiro, em conformidade com o art. 89, para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, durante o período noturno; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 26, IV) V - 1 (um) técnico de enfermagem em todos os turnos, para cada 2 (dois) pacientes, ou para cada 4 (quatro), no caso de todos os postos de atendimento contarem com máquinas para diálise peritoneal. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 26, V)

Art. 85. Passou a ser Art 83

Para a HD, deverá ser obedecido, no mínimo, a seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 27) I - 1 (um) médico nefrologista para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 27, I) II - 1 (um) enfermeiro para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, em cada turno; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 27, II) III - 1 (um) técnico de enfermagem para cada 4 (quatro) pacientes por sessão de HD. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 27, III)

"Art. 83. Para o estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Especializada em DRC com hemodiálise - código 15.04" deverá ser obedecida, no mínimo, a seguinte proporção: I - 1 (um) médico nefrologista para cada 50 (cinquenta) pacientes, em cada turno; II - 1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes, em cada turno; e III - 1 (um) técnico de enfermagem para cada 6 (seis) pacientes em cada turno. " (NR)

Foi retirado do texto a obrigatoriedade presencial no ambiente durante toda a sessão de HD

Parágrafo Único. Todos os membros da equipe de saúde responsáveis pelo atendimento durante o procedimento hemodialítico devem permanecer no ambiente de diálise durante toda a sessão. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 27, Parágrafo Único)

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

O artigo 85 substituiu o artigo 86

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

Art. 86. Os procedimentos de diálise pediátrica, que abrangem a faixa etária de 0 a 12 anos completos, devem ser acompanhados por médico nefrologista pediátrico. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 28) § 1º Em Municípios que não contam com nefrologista pediátrico, o tratamento deverá ser acompanhado, também, por um pediatra, não sendo necessária sua vinculação com o serviço de diálise. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 28, § 1º) § 2º A

proporção de técnico de enfermagem deve ser de 1 (um) para cada 2 (dois) pacientes por turno. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 28, § 2º) § 3º O paciente pediátrico terá direito ao acompanhamento de membro da família ou de responsável durante o atendimento dialítico. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 28, § 3º)

O artigo 87 foi eliminado

Art. 87. Cada nefrologista pode prestar serviços em diferentes serviços de diálise ou diferentes turnos, desde que sua responsabilidade não ultrapasse o total de 70 (setenta) pacientes inscritos em programa de tratamento dialítico. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 29)

Os artigos 88 e 89 foram incorporados no artigo 78

Sessão VI se tornou sessão VII que trata do monitoramento e avaliação e foi redefinida

"Seção VII Do Monitoramento e Avaliação

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

Art. 87. Os gestores públicos de saúde possuem as seguintes atribuições: I - avaliar a estrutura e equipe dos estabelecimentos por eles autorizados para prestar o cuidado; II - avaliar a compatibilidade entre o número de casos esperados para a população atendida, o número de atendimentos realizados e o número de procedimentos faturados, observando também a distribuição numérica esperada dos procedimentos - consultas e acompanhamentos/tratamentos; III - avaliar a qualidade dos serviços prestados pelos estabelecimentos; e IV - controlar a frequência de pacientes em tratamento dialítico, preferencialmente por meio de sistema eletrônico, para fins de cobrança dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS. " (NR) "

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

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

Art. 89. A manutenção da habilitação dos estabelecimentos de saúde de Atenção Especializada em DRC está condicionada: I - ao cumprimento contínuo das normas estabelecidas nesta Portaria; II - a existência do contrato ou convênio com o estabelecimento de saúde habilitado em Atenção Especializada em DRC, quando este não for da rede própria vinculada à respectiva Secretaria de Saúde; III - aos resultados gerados pelo Sistema Nacional de Auditorias recomendadas pela SAS/MS e executadas pelos órgãos de controle; e IV - ao registro regular no SIA/SUS ou de outros sistemas de informação oficiais definidos pelo Ministério da Saúde, não podendo ultrapassar o período de 3 (três) meses consecutivos sem registro de informação. " (NR) "

Art. 90. Na hipótese de descumprimento do disposto artigo 86, a desabilitação dos estabelecimentos de saúde habilitados de acordo com as normas desta Portaria ocorrerá: I - a pedido do gestor público de saúde em seu respectivo âmbito de atuação; ou II - por iniciativa do Ministério da Saúde, que deverá, antes de proceder a desabilitação do serviço, notificar o gestor estadual do SUS, que, por seu turno, terá o prazo de 15 (quinze) dias para regularizar ou apresentar justificativa. " (NR) "

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

Seção VIII Das Disposições Finais substitui a Seção VII e estabelece remuneração por APAC das consultas multiprofissionais

Art. 92. O procedimento referente ao acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 4 pré-diálise deverá ser realizado trimestralmente com APAC de continuidade de validade de 3 (três) competências. " (NR) "Art. 93. O procedimento de acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 5 pré-diálise deverá ser realizado mensalmente com APAC de validade fixa de 12 (doze) competências. " (NR) "Art. 94. Para fins de acesso à informação, deve ser garantido aos conselhos de saúde e às

associações ou comissões de pacientes com DRC, o acesso aos estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com DRC. Parágrafo Único. O acesso aos estabelecimentos de saúde de que trata o caput se dará de modo a preservar as condições de sigilo médico, previstas no Código de Ética Médica." (NR) Art. 2º O Capítulo II da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 6, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017

Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

Seção

III

Do Incentivo Financeiro para as Equipes de Saúde da Família que Incorporarem os Agentes de Combate às Endemias (ACE) na sua Composição foi substituído por "Seção III Do Incentivo Financeiro de Custeio Destinado ao Cuidado Ambulatorial Pré-dialítico e Dialítico em Trânsito

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

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

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

Art. 297. Os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais, do "GRUPO - 03-PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, SUB-GRUPO 05-NEFROLOGIA", tem o instrumento de registro por Autorização de

Procedimentos Ambulatoriais - APAC e são financiados pelo FAEC.
" (NR) "

Art. 299. Os recursos orçamentários para o custeio do procedimento dialítico em trânsito, de que trata a Seção IV do Anexo IV à Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC - Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC Plano Orçamentário 0005. " (NR) Art. 3º O Anexo 12 do Anexo IV e o Anexo 06 do Anexo IV, ambos da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 setembro de 2017, passam a vigorar, respectivamente, na forma do Anexo I e II a esta Portaria. Art. 4º Ficam atualizadas as descrições sob os códigos "15.04", "15.05" e "15.06", na Tabela de Habilitações do CNES para o "GRUPO 15 - NEFROLOGIA", conforme Anexo III a esta portaria. Art. 5º Ficam mantidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS os procedimentos "ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DRC ESTÁGIO 04 PRÉ-DIÁLISE - CÓDIGO 03.01.13.005- 1" e "ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DRC ESTÁGIO 05 PRÉ-DIÁLISE - 03.01.13.006-0" suas concomitâncias, suas compatibilidades com os exames laboratoriais definidas nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC no SUS, alterado o atributo valor conforme Anexo IV a esta portaria. Art. 6º Fica incluído, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS, o procedimento especificado no Anexo V a esta Portaria, sob o código "03.05.01.021-2 - IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTE SOB TRATAMENTO DIALÍTICO EM TRÂNSITO". Art. 7º Os estabelecimentos atualmente habilitados sob o código "15.01 - UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEFROLOGIA - SERVIÇO DE NEFROLOGIA" serão migrados no CNES para as habilitações "15.04 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC COM HEMODIÁLISE" e "15.05 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC COM DIÁLISE PERITONEAL". Art. 8º Serão migrados para as habilitações "15.04 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC COM HEMODIÁLISE" e "15.05 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC COM DIÁLISE

PERITONEAL" no CNES os estabelecimentos atualmente habilitados sob os seguintes códigos: I - 15.07 - UNIDADES ESPECIALIZADAS EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO I COM HEMODIÁLISE; II - 15.08 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO I COM DIÁLISE PERITONEAL; III - 15.09 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO II COM HEMODIÁLISE; IV - 15.10 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO II COM DIÁLISE PERITONEAL; V - 15.11 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO III COM HEMODIÁLISE; VI - 15.12 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO III COM DIÁLISE PERITONEAL; VII - 15.13 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO IV COM HEMODIÁLISE; e VIII - 15.14 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO IV COM DIÁLISE PERITONEAL. Art. 9º Ficam excluídas da Tabela de Habilitações do CNES, as seguintes habilitações: I - 15.01 - UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEFROLOGIA (SERVIÇO DE NEFROLOGIA); II - 15.07 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO I COM HEMODIÁLISE; III - 15.08 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO I COM DIÁLISE PERITONEAL; IV - 15.09 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO II COM HEMODIÁLISE; V - 15.10 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO II COM DIÁLISE PERITONEAL; VI - 15.11 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO III COM HEMODIÁLISE; VII - 15.12 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO III COM DIÁLISE PERITONEAL; VIII - 15.13 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO IV COM HEMODIÁLISE; e IX - 15.14 - UNIDADE ESPECIALIZADA EM DRC COM TRS/DIÁLISE TIPO IV COM DIÁLISE PERITONEAL. Art. 10. Ficam mantidas as classificações do Serviço de Atenção à Doença Renal Crônica "CÓDIGO 130", com as respectivas classificações e CBO. Art. 11. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos operacionais nos sistemas de informação do SUS na competência seguinte a de sua publicação

Art. 12. Ficam revogados: I - os art. 95, art. 96 e art. 97, da Portaria de Consolidação nº 03/GM/MS, de 28 de setembro de 2017; III - os art. 300, art. 301 e art. 302, da Portaria de

Consolidação nº 06/GM/MS, de 28 de setembro de 2017; e II - o Anexo XVII "TIPOLOGIA DAS UNIDADES DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DRC E % DE INCREMENTO NOS PROCEDIMENTOS DE SESSÕES DE DIÁLISE" da Portaria de Consolidação nº 06/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

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

Os Indicadores de Qualidade abaixo em vermelho substituem os indicadores em verde onde haviam metas a cumprir em 2 anos.

INDICADORES DE QUALIDADE

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

A) CÁLCULO: No de pacientes em tratamento conservador com Hb 10 mg/dl e Hb 12 mg/d. No total de pacientes em tratamento conservador X 100

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

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

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

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

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

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

B) FREQUÊNCIA: Mensal

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

A) CÁLCULO: N° de pacientes que iniciaram tratamento hemodialítico sem FAV e em 30 dias realizou a FAV/ N° total de pacientes que entraram sem FAV X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

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

A) CÁLCULO: N° de pacientes em tratamento conservador com abandono de tratamento/ N° total de pacientes em tratamento conservador X 101

B) FREQUÊNCIA: Anual

6- Proporção de pessoas em diálise peritoneal

A) CÁLCULO: N° de pacientes em diálise peritoneal/ N° total de pacientes em tratamento em diálise X 101

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

7- Taxa de hospitalização dos pacientes por intercorrência clínica:

A) CÁLCULO: N° de pacientes internados por intercorrência clínica em hemodiálise/ N° total de pacientes em tratamento por hemodiálise X 100 OU N° de pacientes internados por intercorrência clínica em CAPD e DPA OU N° total de pacientes em tratamento por CAPD e DPA X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

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

A) CÁLCULO: N° pacientes em HD em uso de cateter venoso central de curta duração/ N° total de pacientes em tratamento de HD

B) FREQUÊNCIA: Mensal

9- Taxa de mortalidade de pacientes em diálise

A) CÁLCULO: N° de óbitos de pacientes em diálise/ N° total de pacientes em diálise X 101

B) FREQUÊNCIA: Anual

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

A) CÁLCULO: N° absoluto de casos com soroconversão para Hepatite C

B) Frequência: Trimestral

11- Incidência em peritonite em pacientes em diálise peritoneal

A) CÁLCULO: N° pacientes em diálise peritoneal com peritonite diagnosticada/ N° total de pacientes em tratamento em DP X 100

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

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

A) CÁLCULO: N° de pacientes em diálise com Hb > 10 e < 12 g/dl/ N° total de pacientes em diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

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

A) CÁLCULO: N° de pacientes com P > 3,5 e < 5,5 mg/dl/ N° total de pacientes em diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

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

A) CÁLCULO: N° pacientes em tratamento dialítico com Ab ³ 3,0 g/dl/ N° total de pacientes em tratamento X 100

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

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

A) CÁLCULO: N° de pacientes em Diálise com PTH > 600 pg/ml/ N° total de pacientes em Diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

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

A) CÁLCULO: N° de pacientes em Hemodiálise com KTV > 1,3/ N° total de pacientes em Hemodiálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

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

A) CÁLCULO: N° de pacientes com mais de 6 meses de tratamento dialítico, aptos para o transplante na e inscritos na CNCDO/ N° total de pacientes com mais de 6 meses de tratamento dialítico e aptos para o transplante X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal" (NR)

ANEXO II

INDICADORES DE QUALIDADE

1- Proporção de pacientes em tratamento conservador com Hemoglobina (Hb) ≥ 10 mg/dl

a) Cálculo: N° pacientes em tratamento conservador com $10 < Hb < 12$ mg/N^o total de pacientes em tratamento X 100

b) Frequência: Trimestral

c) Meta: 90% ao final de 2 anos após a implementação da política

2- Proporção de pacientes em tratamento conservador com a dosagem de fósforo (P) $2,5 < P < 4,5$ mg/dl

a) Cálculo: N° pacientes em tratamento conservador com $2,5 < P < 4,5$ mg/dl/N^o total de pacientes em tratamento X 100

b) Frequência: Trimestral

c) Meta: 70% ao final de 2 anos após a implementação da política

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

a) Cálculo: N° de pacientes em tratamento conservador encerrado devido encaminhamento para tratamento hemodialítico e com FAV maturada/N^o Total de pacientes em tratamento conservador encerrado devido encaminhamento para tratamento hemodialítico X 100

b) Frequência: Mensal

c) Meta: 50% ao final de 2 anos após a implementação da política

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

a) Cálculo: N° pacientes em tratamento conservador com abandono de tratamento/ N° total de pacientes em tratamento X 100

b) Frequência: Anual

c) Meta: < 10% ao final de 2 anos após a implementação da política

5- Proporção de pessoas em diálise peritoneal

a) Cálculo: N° pacientes em diálise peritoneal/ N° total de pacientes em tratamento X 100

b) Frequência: Mensal

c) Meta: Aumento anual gradativo, com relação de para cada 4 pacientes em HD ter 1 em DP ao final de 2 anos após a implementação da política

6- Taxa de hospitalização dos pacientes por intercorrência clínica:

a) Cálculo: N° pacientes internados por intercorrência clínica em HD/ N° total de pacientes em tratamento de HD X 100

N° pacientes internados por intercorrência clínica em CAPD e DPA/ N° total de pacientes em tratamento de CAPD e DPA X 100

b) Frequência: Mensal ao final de 2 anos após a implementação da política

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

a) Cálculo: N° pacientes em HD em uso de cateter venoso central de curta duração/ N° total de pacientes em tratamento de HD X 100

b) Frequência: Mensal

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

8- Taxa de mortalidade em pacientes com DRC em tratamento dialítico

a) Cálculo: N° óbitos em pacientes / N° total de pacientes em tratamento dialítico X 100

b) Frequencia: Mensal

c) Meta: < 10% ao final de 2 anos após a implementação da política

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

a) Cálculo: N^o absoluto de caso com soroconversão positiva para hepatite C

b) Frequência: Mensal

c) Meta: zero ao final de 2 anos após a implementação da política

10- Incidência em peritonite em pacientes em DPA e DPAC

a) Cálculo: Proporção de pacientes em diálise peritoneal com peritonite diagnosticada no mês vigente/ N^o total de pacientes em tratamento de CAPD e DPA X 100

b) Frequência: Mensal

c) Meta: 1 episódio por paciente a cada três anos ao final de 2 anos após a implementação da política

11- Proporção de pacientes com Hemoglobina ≥ 10 g/dl, em tratamento dialítico

a) Cálculo: N^o pacientes com $10 \leq Hb \leq 11$ dg/ml /N^o total de pacientes em tratamento X 100

b) Frequência: Mensal

c) Meta: $\geq 80\%$ ao final de 2 anos após a implementação da política

12- Proporção de pacientes com Albumina $\geq 3,0$ mg/dl

a) Cálculo: N^o pacientes com Ab $\geq 3,0$ g/dl /N^o total de pacientes em tratamento X 100

b) Frequência: Trimestral

c) Meta: $\geq 70\%$ ao final de 2 anos após a implementação da política

8- Proporção de pacientes com Fósforo entre 3,5 a 5,5 mg/dl

a) Cálculo: $\frac{N^{\circ} \text{ pacientes com } 3,5 \leq P < 5,5 \text{ mg/dl}}{N^{\circ} \text{ total de pacientes em tratamento}} \times 100$

b) Frequência: Mensal

c) Meta: $\geq 50\%$ ao final de 2 anos após a implementação da política

13- Proporção de pacientes com PTH > 600 g/ml

a) Cálculo: $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes com PTH} > 600 \text{ pg/ml}}{N^{\circ} \text{ total de pacientes em tratamento}} \times 100$

b) Frequência: Trimestral

c) Meta: $\leq 20\%$ ao final de 2 anos após a implementação da política

10- Proporção de pacientes em HD com Ktv $\geq 1,2$

a) Cálculo: $\frac{N^{\circ} \text{ pacientes com Ktv } \geq 1,2}{N^{\circ} \text{ total de pacientes em tratamento de HD}} \times 100$

b) Frequência: Mensal

c) Meta: $\geq 70\%$ ao final de 2 anos após a implementação da política

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

a) Cálculo: $\frac{N^{\circ} \text{ pacientes aptos para o Tx e com } \geq 6 \text{ meses de tratamento inscritos na CNCDO}}{N^{\circ} \text{ total de pacientes aptos para transplante e com mais de 6 meses de tratamento}} \times 100$

b) Frequência: Mensal

c) Meta: 80% ao final de 2 anos após a implementação da política

15- Proporção de confecção de Fístula arterio venosa- FAV maturadas

a) Cálculo: $\frac{N^{\circ} \text{ pacientes com FAV maturadas}}{N^{\circ} \text{ de pacientes com FAV confeccionadas}} \times 100$

b) Frequência: Mensal

c) Meta: 70% ao final de 2 anos após a implementação da política