

## Ministério da Saúde

### GABINETE DO MINISTRO

#### PORTARIA Nº 389, DE 13 DE MARÇO DE 2014

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

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

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

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

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

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

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

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

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I - DRC estágio 1: TFG  $\geq$  90 mL/min/1,73m<sup>2</sup> na presença de proteinúria e/ou hematuria ou alteração no exame de imagem;

II - DRC estágio 2: TFG  $\geq$  60 a 89 mL/min/1,73m<sup>2</sup>;

III - DRC estágio 3a: TFG  $\geq$  45 a 59 mL/min/1,73m<sup>2</sup>;

IV - DRC estágio 3b: TFG  $\geq$  30 a 44 mL/min/1,73m<sup>2</sup>;

V - DRC estágio 4: TFG  $\geq$  15 a 29 mL/min/1,73m<sup>2</sup>; e

VI - DRC estágio 5: TFG < 15 mL/min/1,73m<sup>2</sup>.

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

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

I - Componente Atenção Básica:

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

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

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

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

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

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

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

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

II - Componente da Atenção Especializada Ambulatorial:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I - Unidade Especializada em DRC;

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

III - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I - diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC);

II - diálise peritoneal automática (DPA);

III - diálise peritoneal intermitente (DPI); e

IV - Hemodiálise (HD).

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

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

II - uma ou mais das modalidades de diálise de que trata o § 6º do art. 8º;

III - fornecimento, sob orientação do nutricionista e com base na prescrição médica, do aporte nutricional ao paciente no dia do procedimento dialítico; e

IV - realização periódica, em seus pacientes, dos exames definidos conforme as Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS.

§ 1º A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRC com TRS/diálise com capacidade para oferecer somente a modalidade HD devem garantir o acesso à DPAC, à DPA e à DPI quando da necessidade do paciente.

§ 2º A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRC com TRS/diálise com capacidade para oferecer somente as modalidades DPAC, DPA e DPI devem garantir o acesso à HD, quando da necessidade do paciente.

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

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



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

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

Art. 11. A sala para atendimento ao paciente HbsAg+ pode ser considerada opcional, desde que o estabelecimento de diálise possua convênio ou contrato formal com outro serviço para o atendimento destes pacientes.

Art. 12. Os pacientes devem ser submetidos à confecção da fistula, de acordo com a condição vascular, quando a TFG for menor do que 20 ml/min.

Art. 13. Os pacientes que optarem por diálise peritoneal serão encaminhados, juntamente com seus familiares, para treinamento pela equipe multidisciplinar.

Parágrafo único. Os pacientes de que trata o "caput" serão encaminhados para o serviço de referência de implante de cateter em período suficiente para o início programado da diálise.

#### CAPÍTULO IV

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### CAPÍTULO V

##### DA COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES

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

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

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

- I - 1 (um) médico nefrologista que responda pelos procedimentos e intercorrências médicas como Responsável Técnico;
- II - 1 (um) enfermeiro, especializado em nefrologia, que responda pelos procedimentos e intercorrências de enfermagem como Responsável Técnico;
- III - médico nefrologista;
- IV - enfermeiro especialista em nefrologia;
- V - assistente social;
- VI - psicólogo;
- VII - nutricionista;
- VIII - técnico de enfermagem;
- IX - técnico de enfermagem exclusivo para o reprocessamento dos capilares;
- X - funcionário exclusivo para serviços de limpeza.
- XI - técnico responsável pela operação do sistema de tratamento de água para diálise, para os serviços que possui o programa de hemodiálise.

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

- I - médico nefrologista, como responsável técnico;
- II - enfermeiro nefrologista, como responsável técnico;
- III - nutricionista;
- IV - psicólogo;
- V - assistente social; e
- VI - técnico de enfermagem.

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

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

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

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

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

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

- I - 1 (um) médico nefrologista durante o dia, para avaliação dos pacientes e atendimento das intercorrências, podendo ser o mesmo da hemodiálise, DPAC, DPA, desde que não ultrapasse a relação de 1 (um) médico para cada 35 (trinta e cinco) pacientes;
- II - 1 (um) médico para atendimento de urgências no período noturno para cada 35 (trinta e cinco) pacientes;
- III - 1 (um) enfermeiro, em conformidade com o art. 31, para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, durante o dia;
- IV - 1 (um) enfermeiro, em conformidade com o art. 31, para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, durante o período noturno; e
- V - 1 (um) técnico de enfermagem em todos os turnos, para cada 2 (dois) pacientes, ou para cada 4 (quatro), no caso de todos os postos de atendimento contarem com máquinas para diálise peritoneal.

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

- I - 1 (um) médico nefrologista para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, em cada turno, não contabilizado o médico Responsável Técnico;

II - 1 (um) enfermeiro para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, em cada turno, não contabilizado o enfermeiro Responsável Técnico; e

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### CAPÍTULO VI

##### DO FINANCIAMENTO

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

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

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

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

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

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

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

#### CAPÍTULO VII

##### DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

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

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

III - avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos estabelecimentos.

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

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

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

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



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

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

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

§ 7º O ente federativo desabilitado fica obrigado a restituir os valores de que trata o art. 32 referente ao período de 3 (três) meses nos quais não tenha cumprido as metas físicas estabelecidas pelo gestor público de saúde.

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

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

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

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

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

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

Art. 41. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, distrital e municipais não executados, seja parcial

ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo.

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

#### CAPÍTULO VIII DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 43. Fica alterado na Tabela de Serviços Especializados do SCNES o serviço de código 130, passando a ter a denominação de Serviço de Atenção à Doença Renal Crônica com as respectivas classificações e CBO, conforme Anexo V.

Parágrafo único. Fica excluída do serviço de que trata o "caput" a classificação 002 - Litotripsia.

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

I - Código 15.01 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia;

II - Código 15.03 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com hemodiálise;

III - Código 15.04 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com diálise peritoneal;

IV - Código 15.05 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo I com hemodiálise;

V - Código 15.05 - Unidade Especializada em DRC;

VI - Código 15.06 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo I com hemodiálise;

VII - Código 15.07 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo I com diálise peritoneal;

VIII - Código 15.08 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo II com hemodiálise;

IX - Código 15.09 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo II com diálise peritoneal;

X - Código 15.10 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo III com hemodiálise;

XI - Código 15.11 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo III com diálise peritoneal;

XII - Código 15.12 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo IV com hemodiálise; e

XIII - Código 15.13 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo IV com diálise peritoneal.

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

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

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

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

I - 03.01.13.005-1 - acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 4 pré-diálise; e

II - 03.01.13.006-0 - acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 5 pré-diálise, conforme Anexo I.

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

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

§ 3º Os procedimentos secundários dos procedimentos descritos nos incisos I e II seguem a regra condicionada à classificação 008 da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS condicionando os procedimentos secundários a terem o valor zero.

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTHUR CHIORO

#### ANEXO I

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

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
03.01.13.005-1	Acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 04 pré-diálise
Descrição	Consiste na realização de acompanhamento multiprofissional e exames diagnósticos necessários
Complexidade	MC- Média Complexidade
Modalidade	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro	07 - APAC (Proc. Principal)
Financiamento	FAEC
Valor ambulatorial	0,00
Valor ambulatorial total	0,00
Valor hospitalar	0,00
Valor hospitalar total	0,00
Sexo	Ambos
CID	N18.0
Idade mínima	0 meses
Idade máxima	130 anos
Quantidade Máxima	01
CBO	2251-09 nefrologista, 2515-10- psicólogo, 2516-05 assistente social, 2237-10 nutricionista, 2235-05 enfermeiro
Habilitação	15.05- Unidade Especializada em DRC 15.06- Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo I com hemodiálise 15.07- Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo I com diálise peritoneal 15.08- Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo II com hemodiálise 15.09- Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo II com diálise peritoneal 15.10- Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo III com hemodiálise 15.11 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo III com diálise peritoneal 15.12 Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo IV com hemodiálise 15.13 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo IV com diálise peritoneal
Serviço/Classificação	130 - Atenção em DRC - 006 -Tratamento pré dialítico

CODIGO	PROCEDIMENTO
03.01.13.006	Acompanhamento multiprofissional em DRC - estágio 05 pré diálise
Descrição	Consiste na realização de acompanhamento multiprofissional e exames diagnósticos necessários

Complexidade	MC-Média Complexidade
Modalidade	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro	07 - APAC (Proc. Principal)
Financiamento	FAEC
Valor ambulatorial	0,00
Valor ambulatorial total	0,00
Valor hospitalar	0,00
Valor hospitalar total	0,00
Sexo	Ambos
Idade mínima	0 meses
Idade máxima	130 anos
Quantidade Máxima	01
CBO	2251-09 nefrologista, 2515-10 psicólogo, 2516-05 assistente social, 2237-10 nutricionista, 2235-05 enfermeiro
Habilitação	15.05- Unidade Especializada em DRC; 15.06- Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo I com hemodiálise 15.07- Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo I com diálise peritoneal 15.08- Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo II com hemodiálise 15.09- Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo II com diálise peritoneal 15.10- Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo III com hemodiálise 15.11- Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo III com diálise peritoneal 15.12 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo IV com hemodiálise 15.13- Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo IV com diálise peritoneal
Serviço/Classificação	130 - Atenção em DRC - 006 -Tratamento pré-dialítico

#### ANEXO II

##### INDICADORES DE QUALIDADE

- 1- Proporção de pacientes em tratamento conservador com Hemoglobina (Hb) <sup>3</sup> 10 mg/dl  
a) Cálculo: N° pacientes em tratamento conservador com 10 < Hb < 12 mg/N° 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° 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: Nº de pacientes em tratamento conservador encerrado devido encaminhamento para tratamento hemodialítico e com FAV maturada/Nº 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: Nº pacientes em tratamento conservador com abandono de tratamento/Nº 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: Nº pacientes em diálise peritoneal/Nº 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: Nº pacientes internados por intercorrência clínica em HD/Nº total de pacientes em tratamento de HD X 100
- Nº pacientes internados por intercorrência clínica em CAPD e DPA/Nº 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: Nº pacientes em HD em uso de cateter venoso central de curta duração/Nº total de pacientes em tratamento de HD X 100
- b) Frequência: Mensal
- c) 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: Nº óbitos em pacientes /Nº total de pacientes em tratamento dialítico X 100
- b) Frequência: Mensal
- c) Meta: < 10% ao final de 2 anos após a implementação da política
- 9- Número de soroconversão para Hepatite C positiva em pacientes submetidos à Hemodiálise
- a) Cálculo: Nº 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/ Nº 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 <sup>3</sup> 10 g/dl, em tratamento dialítico
- a) Cálculo: Nº pacientes com 10 £ Hb £ 11 dg/ml /Nº total de pacientes em tratamento X 100
- b) Frequência: Mensal
- c) Meta: <sup>3</sup> 80% ao final de 2 anos após a implementação da política
- 12- Proporção de pacientes com Albumina <sup>3</sup> 3,0 mg/dl
- a) Cálculo: Nº pacientes com Ab <sup>3</sup> 3,0 g/dl /Nº total de pacientes em tratamento X 100
- b) Frequência: Trimestral
- c) Meta: <sup>3</sup> 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: Nº pacientes com 3,5£ P £5,5 mg/dl /Nº total de pacientes em tratamento X 100
- b) Frequência: Mensal
- c) Meta: <sup>3</sup> 50% ao final de 2 anos após a implementação da política
- 13- Proporção de pacientes com PTH >600g/ml
- a) Cálculo: Nº de pacientes com PTH > 600 pg/ml/Nº total de pacientes em tratamento X 100
- b) Frequência: Trimestral
- c) Meta: £ 20% ao final de 2 anos após a implementação da política
- 10- Proporção de pacientes em HD com Ktv <sup>3</sup> 1,2
- a) Cálculo: Nº pacientes com Ktv <sup>3</sup> 1,2 /Nº total de pacientes em tratamento de HD X 100
- b) Frequência: Mensal
- c) Meta: <sup>3</sup> 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: Nº pacientes aptos para o Tx e com <sup>3</sup> 6 meses de tratamento inscritos na CNCDO/Nº total de pacientes aptos para transplante e com mais de 6 meses para X 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: Nº pacientes com FAV maturadas/Nº de pacientes com FAV confeccionadas X 100
- b) Frequência: Mensal
- c) Meta: 70% ao final de 2 anos após a implementação da política

ANEXO III

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

Tipo da Unidade de atenção às pessoas com DRC	Percentual de pessoas com DRC nos estágios 4 e 5	% de incremento nos procedimentos de sessões de diálise
Tipo I	25% (1DRC:4TRS)	3,02%
Tipo II	50% (1DRC:2 TRS)	6,04%
Tipo III	75% (3 DRC:4TRS)	9,06%
Tipo IV	100% (1DRC:1TRS)	12,08%

ANEXO IV

Procedimentos com incremento financeiro no componente Serviço Ambulatorial (SA)

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

ANEXO V

SERVIÇO ESPECIALIZADO 130 - ATENÇÃO À DOENÇA RENAL CRÔNICA

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

PORTARIA Nº 390, DE 13 DE MARÇO DE 2014

Autoriza a emissão de empenhos para propostas cadastradas no Sistema de Cadastramento de Propostas do Fundo Nacional de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor que os recursos do Fundo Nacional de Saúde destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital a serem executados pelos estados, pelo Distrito Federal ou pelos municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênios ou outros instrumentos jurídicos;

Considerando o disposto no art. 18 do Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007;

Considerando a Portaria Interministerial nº 507/MP/MF/CGU, de 24 de novembro de 2011; e

Considerando a Portaria Interministerial nº 274/MP/MF/CGU, de 1º de agosto de 2013, que altera a Portaria Interministerial nº 507/MP/MF/CGU, de 2011, resolve:

Art. 1º Fica autorizada a emissão de empenho para as propostas cadastradas no Sistema de Cadastramento de Propostas do Fundo Nacional de Saúde, nos termos do Anexo.

Art. 2º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para viabilizar os procedimentos necessários para o cumprimento do disposto nesta Portaria e demais regras previstas na Portaria Interministerial nº 507/MP/MF/CGU, de 24 de novembro de 2011, com a redação que lhe foi conferida pela Portaria Interministerial nº 274/MP/MF/CGU, de 1º de agosto de 2013.

Art. 3º Os recursos orçamentários para a execução do disposto nesta Portaria estão descritos nos termos do Anexo.

Art. 4º Os beneficiários que constam no Anexo devem concluir a respectiva proposta de trabalho até o dia 30 de março de 2014, sendo que após este prazo será cancelado o empenho para os beneficiários que não tiverem concluído o cadastramento da proposta de trabalho.

Art. 5º Os beneficiários, quando solicitados a complementar ou realizar ajustes na proposta de trabalho, deverão realizá-los no prazo máximo de 15 dias após a emissão do parecer técnico sob pena de rejeição da proposta e consequente cancelamento do empenho.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ARTHUR CHIORO

ANEXO

ENTIDADE E ENTES FEDERADOS A TEREM EMPENHOS EMITIDOS

UF	MUNICÍPIO	ENTIDADE	CNPJ	VALOR	FUNCIONAL PROGRAMÁTICA
SP	APARECIDA	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE APARECIDA	43667179000148	200.000,00	10302201585350001
BA	BARREIRAS	MUNICÍPIO DE BARREIRAS	08595187000125	300.000,00	10302201585350001