



Ministério da Saúde  
Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos

OFÍCIO Nº 1421/2025/ASPAR/MS

Brasília, 12 de novembro de 2025.

A Sua Excelência o Senhor

**Deputado Federal Carlos Veras**

Primeiro-Secretário da Câmara dos Deputados

**Referência: Requerimento de Informação nº 4636/2025**

**Assunto:** *Informações acerca da oferta de serviços de hemodiálise para a população idosa no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.*

Senhor Primeiro-Secretário,

1. Cumprimentando-o cordialmente, em atenção ao Ofício nº 364/2025, proveniente da Primeira Secretaria da Câmara dos Deputados, referente a o **Requerimento de Informação nº 4636/2025**, de autoria da **Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa**, por meio do qual são requisitadas informações *acerca da oferta de serviços de hemodiálise para a população idosa no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS*, sirvo-me do presente para encaminhar as informações prestadas pelas áreas técnicas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, por meio de Despacho (0051596838), validado pelo Secretário através de Despacho (0051603450).
2. Desse modo, no âmbito do Ministério da Saúde, essas foram as informações exaradas pelo corpo técnico sobre o assunto.
3. Sem mais para o momento, este Ministério permanece à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

# ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Ministro de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Alexandre Rocha Santos Padilha, Ministro de Estado da Saúde**, em 12/11/2025, às 18:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0051712794** e o código CRC **49ED990A**.

**Referência:** Processo nº 25000.177589/2025-21

SEI nº 0051712794

Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos - ASPAR  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900  
Site - [saude.gov.br](http://saude.gov.br)



Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
Departamento de Atenção Especializada e Temática  
Coordenação-Geral de Atenção Especializada

DESPACHO

DAET/CGAE/DAET/SAES/MS

Brasília, 06 de novembro de 2025.

À CORISC/SAES/GAB/MS,

1. Versa o presente acerca do Despacho CORISC (0051176943) que encaminha o Ofício nº 364 (0051042499), que faz referência ao Requerimento de Informação nº 4636/2025, de autoria da Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, por meio do qual requisita ao Senhor Ministro de Estado da Saúde, Alexandre Rocha Santos Padilha, informações acerca da oferta de serviços de hemodiálise para a população idosa no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, informa-se:

2. Em relação ao item 1 que solicita informações de quantos idosos (com 60 anos ou mais) atualmente realizam tratamento de hemodiálise pelo Sistema Único de Saúde – SUS? Favor apresentar os dados por Estado e por faixa etária (60–69, 70–79, 80 anos ou mais).

2.1. Informa-se que, por meio dos sistemas de informação em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), não é possível identificar com precisão o número de pacientes que realizam tratamento de hemodiálise, tampouco desagregar os dados por faixa etária.

2.2. O principal sistema utilizado para o registro e o monitoramento dos procedimentos de hemodiálise é o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), administrado pelo Departamento de Regulação Assistencial e Controle (DRAC/SAES/MS). Esse sistema registra a produção ambulatorial dos serviços de saúde a partir de Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (APACs), conforme os parâmetros e códigos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP).

2.3. Entretanto, o SIA/SUS não identifica individualmente o paciente, mas sim o número de procedimentos realizados, o que implica que um mesmo usuário pode gerar diversos registros ao longo do mês ou do ano, uma vez que o tratamento de hemodiálise é contínuo e de alta frequência (geralmente três sessões semanais).

2.4. Assim, os dados disponíveis representam a produção de serviços e não o número de indivíduos em tratamento, inviabilizando a estimativa exata de quantos pacientes idosos se encontram em hemodiálise.

2.5. Cabe destacar ainda que a coordenação da base de dados nacional é realizada pelo DATASUS, que consolida as informações encaminhadas mensalmente pelos gestores locais, observando os princípios da Portaria de Consolidação nº 1, de

28 de setembro de 2017, e as normas operacionais do SUS relativas à produção ambulatorial.

3. Considerando questionamento a cerca do item 2 o qual solicita quantos centros de nefrologia/habilitados em hemodiálise existem hoje no Brasil? Informar localização, capacidade instalada e a quantidade de pacientes atendidos em cada Estado.

3.1. Em consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), verificou-se que há 766 estabelecimentos habilitados em Atenção Especializada em DRC com hemodiálise (código 15.04), até o atual momento (outubro de 2025).

3.2. O CNES permite consultar, por Estado e Município, a localização, a capacidade instalada e a natureza da gestão dos estabelecimentos habilitados. O acesso pode ser feito no portal: <https://cnes2.datasus.gov.br/> → Relatórios → Habilitações → Código 1504. Os estabelecimentos habilitados também podem ser consultados no Anexo Estabelecimentos habilitados em DRC com Hemodiálise (0051231435).

4. Em relação ao item 3, acerca da existência atual de filas de espera para o início do tratamento de hemodiálise no SUS? Em caso afirmativo, quantos idosos aguardam o início do tratamento e qual o tempo médio de espera por Estado?

4.1. A organização da oferta e a regulação do acesso aos serviços de hemodiálise são de competência das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, no exercício da gestão descentralizada e compartilhada do SUS, conforme previsto na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e na Portaria de Consolidação nº 1/2017.

4.2. O Ministério da Saúde, na esfera federal, atua como coordenador da política nacional de atenção à saúde, cabendo-lhe definir diretrizes e apoiar tecnicamente a estruturação das redes assistenciais, mas não compete à União o gerenciamento direto de filas, marcações de vagas ou encaminhamentos de pacientes.

4.3. O controle de demanda e oferta de vagas é atribuição das Centrais de Regulação Estaduais e Municipais, em articulação com os serviços habilitados e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Dessa forma, a existência de filas e o tempo de espera podem variar conforme o território e a capacidade instalada local, sendo responsabilidade dos entes federativos promover a ampliação do acesso e a distribuição equitativa dos serviços.

5. Considerando questionamento acerca do item 4, referente a quais são os critérios adotados pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde para regulação de vagas de hemodiálise no caso de pacientes idosos?

5.1. Os critérios de regulação e priorização de vagas seguem parâmetros clínicos e administrativos estabelecidos localmente pelos gestores estaduais e municipais, conforme pactuações realizadas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), em observância à Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação.

5.2. Essa política define que a regulação assistencial visa assegurar o acesso oportuno, integral e equânime aos serviços de saúde, com base na avaliação da necessidade clínica do paciente, na disponibilidade de serviços e na responsabilidade territorial.

5.3. No caso da hemodiálise, os critérios de priorização normalmente consideram a indicação médica, o estágio da Doença Renal Crônica (DRC), a

gravidade clínica e o risco de descompensação, conforme os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) vigentes.

5.4. O Ministério da Saúde orienta tecnicamente por meio dessas diretrizes, mas a execução da regulação e a definição das prioridades cabem às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, dentro do princípio da autonomia federativa e gestão tripartite do SUS.

6. Por fim, em relação ao item 5 que questiona se há previsão de recursos específicos e diretrizes sobre transporte sanitário para garantir o deslocamento de pacientes idosos às unidades de hemodiálise?

6.1. Na portaria que dispõe sobre os critérios para organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (Portaria GM/MS nº 1.675/2018 - 0051232005), no inciso XI do art. 61º traz como diretriz do cuidado à pessoa com Doença Renal Crônica a garantia do transporte sanitário adequado, de acordo com as características territoriais. Vide:

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

6.3. (...)

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

6.5. Complementarmente, destaca-se que na Lei que institui o Programa Agora Tem Especialista (Lei nº 15.233, de 7 de outubro de 2025 - 0051509535) prevê que aos usuários diagnosticados com doença renal crônica que estejam em tratamento dialítico em serviço sediado em ente federativo diverso de seu domicílio ficam garantidos o transporte sanitário adequado, conforme rege o art. 20º. Vide:

6.6. Art. 20º A lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, passa a vigorar acrescida dos seguintes arts. 2º-A e 2º-B

6.7. (...)

6.8. Art. 2º-B Fica instituído, no âmbito do SUS, conjunto de ações destinadas à ampliação do acesso ao tratamento dialítico para pessoas com nefropatias crônicas, com os seguintes objetivos:

6.9. (...)

6.10. § 3º Aos usuários diagnosticados com doença renal crônica que estejam em tratamento dialítico em serviço sediado em ente federativo diverso de seu domicílio ficam garantidos o transporte sanitário adequado e o pagamento de diárias para custear alojamento e alimentação durante todo o período do tratamento, observada a disponibilidade orçamentária específica, na forma estabelecida em ato do Ministro de Estado da Saúde.

6.11. Cabe informar que o gestor em saúde local juntamente com o serviço de saúde presente na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças crônicas possuem autonomia para a organização e disponibilização do transporte sanitário adequado ao cuidado à pessoa com Doença Renal Crônica de modo a conferir eficiência na prestação das ações e serviços públicos de saúde por meio de sua rede de atenção própria e da rede de prestadores contratados.

7. Considerando o questionamento presente no item 6 o qual questiona a existência de políticas públicas, protocolos clínicos ou diretrizes nacionais voltadas à atenção à saúde da pessoa idosa com doença renal crônica? Em caso afirmativo, encaminhar cópia ou link para acesso.

7.1. Sim, o Ministério da Saúde mantém um conjunto de políticas, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas voltados à atenção integral à pessoa idosa e à pessoa com DRC, que orientam a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Entre as principais, destacam-se:

- 7.2. Portaria GM/MS nº 1.675/2018 - 0051232005, que define os componentes da atenção à DRC no SUS, desde a prevenção e detecção precoce até o tratamento dialítico e o transplante renal;
- 7.3. Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT) da Doença Renal Crônica (0051232028), que orienta a abordagem clínica, diagnóstico e acompanhamento dos pacientes com DRC, com foco em retardar a progressão da doença;
- 7.4. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS nº 2.528/2006 - 0051232093), que assegura atenção integral à saúde da população idosa, articulando ações de promoção, prevenção e manejo de condições crônicas;
- 7.5. Portaria GM/MS nº 4.279/2010 (0051232112 e 0051232375), que institui diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS, com vistas à integralidade e coordenação do cuidado.

7.6. Esses instrumentos orientam os gestores locais na organização da atenção à saúde da pessoa idosa com DRC, assegurando o acesso equitativo, a continuidade do cuidado e a abordagem interdisciplinar, conforme os princípios do SUS.

8. Restitua-se a CORISC/SAES para prosseguimento.

**CARMEN CRISTINA MOURA DOS SANTOS**

Diretora Substituta

Departamento de Atenção Especializada e Temática - DAET/SAES/MS

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS



Documento assinado eletronicamente por **Carmen Cristina Moura dos Santos, Diretor(a) do Departamento de Atenção Especializada e Temática substituto(a)**, em 06/11/2025, às 15:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0051596838** e o código CRC **CAFEA326**.



Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
Gabinete  
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

DESPACHO

SAES/CORISC/SAES/GAB/SAES/MS

Brasília, 06 de novembro de 2025.

**ENCAMINHE-SE à Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos - ASPAR/MS**, para conhecimento e providências, informando que estou de acordo com o conteúdo do Despacho 0051596838, elaborado pelo Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET), desta Secretaria.

**MOZART SALES**

Secretário de Atenção Especializada à Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Mozart Julio Tabosa Sales, Secretário(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 07/11/2025, às 17:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0051603450** e o código CRC **AAD2C4FB**.

**Referência:** Processo nº 25000.177589/2025-21

SEI nº 0051603450



CÂMARA DOS DEPUTADOS  
Primeira-Secretaria

Ofício 1ªSec/RI/E/nº 364

A Sua Excelência o Senhor  
**ALEXANDRE PADILHA**  
Ministro de Estado da Saúde

(DATADO ELETRONICAMENTE)

Assunto: **Requerimento de Informação**

Senhor Ministro,  
Nos termos do art. 50, § 2º, da Constituição Federal, encaminho a Vossa Excelência cópia(s) do(s) seguinte(s) Requerimento(s) de Informação:

| PROPOSIÇÃO                               | AUTOR                                           |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Requerimento de Informação nº 4.617/2025 | Deputado Capitão Alberto Neto                   |
| Requerimento de Informação nº 4.620/2025 | Deputado Capitão Alberto Neto                   |
| Requerimento de Informação nº 4.626/2025 | Deputado Capitão Alberto Neto                   |
| Requerimento de Informação nº 4.627/2025 | Deputado Sanderson                              |
| Requerimento de Informação nº 4.631/2025 | Deputada Laura Carneiro                         |
| Requerimento de Informação nº 4.632/2025 | Deputada Erika Kokay                            |
| Requerimento de Informação nº 4.633/2025 | Deputado Duda Ramos                             |
| Requerimento de Informação nº 4.634/2025 | Deputada Laura Carneiro                         |
| Requerimento de Informação nº 4.636/2025 | Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa |
| Requerimento de Informação nº 4.706/2025 | Deputado Messias Donato                         |
| Requerimento de Informação nº 4.806/2025 | Deputado Capitão Alberto Neto                   |
| Requerimento de Informação nº 4.824/2025 | Deputado Giovani Cherini e outros               |
| Requerimento de Informação nº 4.831/2025 | Deputado Capitão Alberto Neto                   |
| Requerimento de Informação nº 4.851/2025 | Deputado Dr. Frederico                          |
| Requerimento de Informação nº 4.856/2025 | Deputada Laura Carneiro                         |
| Requerimento de Informação nº 4.927/2025 | Deputado Luiz Carlos Hauly                      |
| Requerimento de Informação nº 4.963/2025 | Comissão de Saúde                               |
| Requerimento de Informação nº 4.989/2025 | Deputado Diego Garcia                           |
| Requerimento de Informação nº 4.996/2025 | Deputado Aureo Ribeiro                          |
| Requerimento de Informação nº 5.224/2025 | Deputado Rafael Fera                            |

**- NOTA: os Requerimentos de Informação, quando de autorias diferentes, devem ser respondidos separadamente.**

/LMR



Documento assinado por:

08/10/2025 16:57 - Dep. CARLOS VERAS

Selo digital de segurança: 2025-EOGG-BRYQ-NSJA-ETFF

Ofício 1ªSec/RI/E/nº 364 (0051042499)

SEI 25000.177589/2025-21 / pg. 8



CÂMARA DOS DEPUTADOS  
Primeira-Secretaria

Ofício 1ªSec/RI/E/nº 364

|                                          |                                                |
|------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Requerimento de Informação nº 5.232/2025 | Deputado Diego Garcia                          |
| Requerimento de Informação nº 5.251/2025 | Comissão de Fiscalização Financeira e Controle |
| Requerimento de Informação nº 5.259/2025 | Deputado André Fernandes                       |
| Requerimento de Informação nº 5.262/2025 | Deputado Dr. Frederico                         |
| Requerimento de Informação nº 5.263/2025 | Deputado Dr. Frederico                         |
| Requerimento de Informação nº 5.277/2025 | Deputado Capitão Alberto Neto                  |
| Requerimento de Informação nº 5.283/2025 | Deputado Capitão Alberto Neto                  |
| Requerimento de Informação nº 5.289/2025 | Deputado Felipe Carreras                       |
| Requerimento de Informação nº 5.293/2025 | Deputado Duarte Jr.                            |
| Requerimento de Informação nº 5.318/2025 | Comissão de Saúde                              |
| Requerimento de Informação nº 5.706/2025 | Deputada Antônia Lúcia                         |
| Requerimento de Informação nº 5.707/2025 | Deputada Antônia Lúcia                         |
| Requerimento de Informação nº 5.708/2025 | Deputada Antônia Lúcia                         |
| Requerimento de Informação nº 5.709/2025 | Deputada Antônia Lúcia                         |
| Requerimento de Informação nº 5.776/2025 | Deputado Capitão Alberto Neto                  |
| Requerimento de Informação nº 5.809/2025 | Deputado Capitão Alberto Neto                  |
| Requerimento de Informação nº 5.915/2025 | Deputado Diego Garcia                          |
| Requerimento de Informação nº 5.918/2025 | Deputada Maria Arraes                          |

Por oportuno, solicito, na eventualidade de a informação requerida ser de natureza sigilosa, seja enviada também cópia da decisão de classificação proferida pela autoridade competente, ou termo equivalente, contendo todos os elementos elencados no art. 28 da Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação), ou, caso se trate de outras hipóteses legais de sigilo, seja mencionado expressamente o dispositivo legal que fundamenta o sigilo. Em qualquer caso, solicito ainda que os documentos sigilosos estejam acondicionados em invólucro lacrado e rubricado, com indicação ostensiva do grau ou espécie de sigilo.

Atenciosamente,

**Deputado CARLOS VERAS**  
Primeiro-Secretário

**- NOTA: os Requerimentos de Informação, quando de autorias diferentes, devem ser respondidos separadamente.**

/LMR



Documento assinado por:

08/10/2025 16:57 - Dep. CARLOS VERAS

Selo digital de segurança: 2025-EOGG-BRYQ-NSJA-ETFF

Ofício 1ªSec/RI/E/nº 364 (0051042499)

SEI 25000.177589/2025-21 / pg. 9



**REQUERIMENTO DE INFORMAÇÃO \_\_\_\_\_/2025**

(Da Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa)

Requer informações ao Ministério da Saúde acerca da oferta de serviços de hemodiálise para a população idosa no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Apresentação: 07/08/2025 14:23:10.670 - Mesa

**RIC n.4636/2025**

Senhor Presidente,

Tendo em vista a aprovação por esta Comissão do Requerimento nº 42/2025, de autoria dos Deputados Geraldo Resende (PSDB-MS), Flávia Moraes (PDT/GO), e Luiz Couto (PT/PB), na reunião realizada em 06/8/2025, e, com fundamento no art. 50, §2º, da Constituição Federal, e nos arts. 115, I, e 116 do Regimento Interno, solicito a Vossa Excelência seja encaminhado ao Exmo. Ministro de Estado da Saúde o presente requerimento de informação com foco na estrutura, acesso e políticas voltadas à hemodiálise para pessoas idosas (com 60 anos ou mais) no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

É de notório saber que a insuficiência renal crônica (IRC) é uma das principais condições que afetam a população idosa no Brasil, com prevalência crescente à medida que aumenta a expectativa de vida da população, sendo a hemodiálise um tratamento essencial para esses pacientes, de maneira a permitir a sobrevivência e a melhora da qualidade de vida dos pacientes renais crônicos.

Atualmente, estima-se que mais de 40% dos pacientes em diálise no Brasil estejam na faixa etária acima de 60 anos, demonstrando a necessidade de planejar políticas públicas voltadas ao envelhecimento saudável, com ênfase no cuidado multidisciplinar e na organização da rede de atenção à saúde.



\* C D 2 5 7 9 3 4 6 1 8 3 0 0 \*



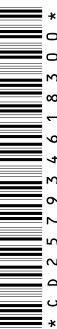
A dependência da hemodiálise exige deslocamentos frequentes, rotina intensa de tratamento e apoio de familiares e cuidadores, sendo essencial garantir a logística adequada, o acesso equitativo e o acolhimento humanizado.

Além disso, a oferta insuficiente de centros de nefrologia em diversas regiões do país impõe barreiras significativas ao acesso, especialmente em localidades distantes dos grandes centros urbanos, o que pode resultar em atrasos no início do tratamento, agravamento do quadro clínico e sobrecarga das unidades de emergência e internação hospitalar.

A ausência de programas específicos de prevenção da doença renal crônica, voltados à população idosa, bem como de linhas de cuidado estruturadas para o acompanhamento contínuo, demonstra a necessidade urgente de atuação do Estado nesse campo.

**Diante do exposto, requer-se as seguintes informações ao Ministério da Saúde:**

1. Quantos idosos (com 60 anos ou mais) atualmente realizam tratamento de hemodiálise pelo Sistema Único de Saúde – SUS? Favor apresentar os dados por Estado e por faixa etária (60–69, 70–79, 80 anos ou mais).
2. Quantos centros de nefrologia/habilitados em hemodiálise existem hoje no Brasil? Informar localização, capacidade instalada e a quantidade de pacientes atendidos em cada Estado.
3. Existem atualmente filas de espera para o início do tratamento de hemodiálise no SUS? Em caso afirmativo, quantos





idosos aguardam o início do tratamento e qual o tempo médio de espera por Estado?

4. Quais são os critérios adotados pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde para regulação de vagas de hemodiálise no caso de pacientes idosos?

5. Há previsão de recursos específicos e diretrizes sobre transporte sanitário para garantir o deslocamento de pacientes idosos às unidades de hemodiálise?

6. Existem políticas públicas, protocolos clínicos ou diretrizes nacionais voltadas à atenção à saúde da pessoa idosa com doença renal crônica? Em caso afirmativo, encaminhar cópia ou link para acesso.

Nesse sentido, o presente requerimento visa obter informações detalhadas sobre a atual estrutura, cobertura e regulamentação dos serviços de hemodiálise prestados à população idosa, de modo a subsidiar ações legislativas e fiscalizatórias por parte desta Comissão, sempre com o objetivo de garantir os direitos fundamentais das pessoas idosas à saúde, à dignidade e à vida.

Sala da Comissão, em 6 de agosto de 2025.

*(Documento assinado eletronicamente)*

Deputado **Zé Silva**  
(Solidariedade/MG)  
**Presidente**



Ministério da Saúde

**CNESNet**  
Secretaria de Atenção à Saúde  


Cadastró Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Home
Institucional
Serviços
Relatórios
Consultas

**Indicadores Habilitações**  
Habilitações - 1504- ATENCAO ESPECIALIZADA EM DRC COM HEMODIALISE

| UF | CNES    | Estabelecimento                                         | Competência Inicial | Competência Final | Leitos SUS | CNPJ Próprio   | CNPJ Mantenedora |
|----|---------|---------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|------------|----------------|------------------|
| AC | 0962465 | CLINICA DO RIM                                          | 12/2023             | ----              |            | 42767835000111 |                  |
| AC | 9879900 | CLINICA RENAL DE RIO BRANCO                             | 08/2022             | ----              |            | 09663726000189 |                  |
| AC | 2001586 | FUNDHACRE                                               | 11/2018             | ----              |            | 63602940000170 |                  |
| AC | 9246010 | HOSPITAL DO RIM ACRE                                    | 12/2018             | ----              |            | 24884762000166 |                  |
| AC | 5336171 | HOSPITAL REGIONAL DO JURUA IRMA NAIR TERESINHA REICHERT | 11/2018             | ----              |            | 04034526002359 | 04034526000143   |
| AL | 2005417 | CHAMA                                                   | 11/2018             | ----              |            | 04710210000124 |                  |
| AL | 2010615 | CLINICA DE DOENCAS RENAIH HOSPITAL SANTA RITA           | 11/2018             | ----              |            | 04611279000109 |                  |
| AL | 2006952 | CLINICA DE DOENCAS RENAIH LTDA                          | 11/2018             | ----              |            | 69976629000178 |                  |
| AL | 2006421 | HOSPITAL ORTOPEDICO DE MACEIO                           | 11/2018             | ----              |            | 12186367000120 |                  |
| AL | 2006197 | HOSPITAL UNIVERSITARIO PROF ALBERTO ANTUNES             | 11/2018             | ----              |            |                | 24464109000229   |
| AL | 2006448 | HOSPITAL VEREDAS                                        | 11/2018             | ----              |            | 12291290000159 |                  |
| AL | 2006960 | HOSPITAL VIDA                                           | 11/2018             | ----              |            | 02476391000140 |                  |
| AL | 0921270 | IRRA                                                    | 06/2023             | ----              |            | 35882097000198 |                  |
| AL | 9215328 | RENAL CENTER                                            | 12/2018             | ----              |            | 11941964000150 |                  |
| AL | 2007037 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MACEIO                    | 11/2018             | ----              |            | 12307187000150 |                  |
| AL | 2010151 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO MIGUEL DOS CAMPOS     | 11/2018             | ----              |            | 12737680000100 |                  |
| AM | 2019345 | DAVITA                                                  | 11/2018             | ----              |            | 04666319000101 |                  |
| AM | 2019434 | DAVITA                                                  | 11/2018             | ----              |            | 84490648000183 |                  |
| AM | 2012685 | FUNDACAO HOSPITAL ADRIANO JORGE                         | 12/2019             | ----              |            | 06168092000108 |                  |
| AM | 2018055 | HOSPITAL SANTA JULIA                                    | 11/2018             | ----              |            | 04666863000153 |                  |
| AM | 2017644 | HOSPITAL UNIVERSITARIO GETULIO VARGAS HUGV              | 11/2018             | ----              |            | 15126437001115 |                  |
| AM | 5257158 | PRONEFRO                                                | 11/2018             | ----              |            | 05053172000147 |                  |
| AP | 9677739 | CLINICA UNINEFRO AMAPA                                  | 10/2022             | ----              |            | 30871106000121 |                  |
| AP | 2020890 | HOSPITAL SAO CAMILO E SAO LUIS                          | 03/2022             | ----              |            | 60975737000909 |                  |
| AP | 2020645 | SES AP HOSPITAL DE CLINICAS DOUTOR ALBERTO LIMA         | 11/2018             | ----              |            | 23086176000456 | 23086176000103   |
| BA | 2533456 | CENTRO DE ASSIST INTEGRAL AO PACIENTE RENAL LTDA        | 11/2018             | ----              |            | 40614919000190 |                  |
| BA | 2306417 | CENTRO DE DOENCAS RENAIH DE JEQUIE CDRJ                 | 11/2018             | ----              |            | 63179816000144 |                  |
| BA | 3176983 | CLINEFRO                                                | 11/2018             | ----              |            | 03800375000124 |                  |
| BA | 6142702 | CLINEFRO                                                | 11/2018             | ----              |            | 09389146000145 |                  |
| BA | 5928354 | CLINEFRO                                                | 11/2018             | ----              |            | 24301008000903 |                  |
| BA | 7642407 | CLINICA DE HEMODIALISE DE IRECE                         | 11/2018             | ----              |            | 14022332000181 |                  |
| BA | 2988216 | CLINICA DE HEMODIALISE DE SEABRA                        | 04/2024             | ----              |            | 30861395000188 |                  |
| BA | 7141432 | CLINICA DE HEMODIALISE DE VALENCA                       | 11/2018             | ----              |            | 11038706000169 |                  |
| BA | 9358722 | CLINICA DE NEFROLOGIA DE EUCLIDES DA CUNHA              | 07/2019             | ----              |            | 22647445000109 |                  |
| BA | 0148792 | CLINICA DE NEFROLOGIA DE SANTO ESTEVAO                  | 12/2022             | ----              |            | 35061220000100 |                  |
| BA | 5630665 | CLINICA DE NEFROLOGIA DE SERRINHA                       | 11/2018             | ----              |            | 07584679000152 |                  |
| BA | 2804875 | CLINICA DO RIM                                          | 11/2018             | ----              |            | 04436727000177 |                  |
| BA | 7300778 | CLINICA NEFROVITA                                       | 11/2018             | ----              |            | 12999197000101 |                  |
| BA | 0003824 | CLINICA NEPHRON                                         | 11/2018             | ----              |            | 13323571000109 |                  |
| BA | 3564916 | CLINICA NEPHRON                                         | 11/2018             | ----              |            | 13323571000370 |                  |
| BA | 4025245 | CLINICA SANTA CRUZ                                      | 11/2018             | ----              |            | 03554500000163 |                  |
| BA | 7983263 | CLINICA SARE                                            | 12/2019             | ----              |            | 17319230000110 |                  |
| BA | 2602679 | CLINICA SENHOR DO BONFIM                                | 11/2018             | ----              |            | 14770457000190 |                  |
| BA | 0006173 | CLINICA SENHOR DO BONFIM                                | 11/2018             | ----              |            | 14770457000270 |                  |
| BA | 2407167 | CLINICA URO                                             | 11/2018             | ----              |            | 13243449000122 |                  |
| BA | 2799294 | CLIRENAL                                                | 11/2018             | ----              |            | 04361962000127 |                  |
| BA | 9233911 | DAVITA                                                  | 03/2018             | ----              |            | 24676071000177 |                  |
| BA | 2804891 | HEMOVIDA                                                | 11/2018             | ----              |            | 04805100000146 |                  |
| BA | 0003875 | HOSPITAL ANA NERY                                       | 11/2018             | ----              |            |                | 15180714000104   |
| BA | 2772280 | HOSPITAL CALIXTO MIDLEJ FILHO                           | 11/2018             | ----              |            | 14349740000223 | 14349740000142   |

|    |         |                                                  |         |      |  |                |                |
|----|---------|--------------------------------------------------|---------|------|--|----------------|----------------|
| BA | 7042450 | HOSPITAL DO RIM                                  | 11/2018 | ---- |  | 11698667000126 |                |
| BA | 6677460 | HOSPITAL DO RIM DE GUANAMBI                      | 11/2018 | ---- |  | 09428367000185 |                |
| BA | 0003859 | HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS                    | 11/2018 | ---- |  | 13937131005372 | 13937131000141 |
| BA | 0004251 | HOSPITAL PORTUGUES                               | 11/2018 | ---- |  | 15166416000151 |                |
| BA | 0003816 | HOSPITAL UNIVERSITARIO PROFESSOR EDGARD SANTOS   | 11/2018 | ---- |  | 15180714000287 | 15180714000104 |
| BA | 7160488 | INSTITUTO DE NEFROLOGIA ALAYDE COSTA             | 04/2024 | ---- |  | 15093966000279 |                |
| BA | 9786422 | INSTITUTO DE NEFROLOGIA DO RECONCAVO             | 03/2023 | ---- |  | 18319513000125 |                |
| BA | 7833415 | INSTITUTO DO RIM DE ITABERABA                    | 12/2019 | ---- |  | 19575404000131 |                |
| BA | 9141820 | INSTITUTO DOUTOR BRANCILDES                      | 12/2023 | ---- |  | 23349388000136 |                |
| BA | 2802147 | INSTITUTO VIVARENAL                              | 11/2018 | ---- |  | 35557438000150 |                |
| BA | 2603098 | IUNE                                             | 11/2018 | ---- |  | 13981840000124 |                |
| BA | 2517728 | NEFROESTE                                        | 11/2018 | ---- |  | 01954785000102 |                |
| BA | 2510022 | NEPHRON ITAPUA                                   | 11/2018 | ---- |  | 13323571000290 |                |
| BA | 6794009 | PAHD                                             | 12/2022 | ---- |  | 22845495000192 |                |
| BA | 7991967 | SAUDE RENAL                                      | 12/2019 | ---- |  | 12546754000120 |                |
| BA | 0413909 | UNIDADE DE HEMODIALISE WILSON PINTO DE OLIVEIRA  | 04/2024 | ---- |  |                | 14105183000114 |
| CE | 7021321 | CDB CLINICA DE DIALISE DE BATURITE LTDA          | 11/2018 | ---- |  | 13344875000152 |                |
| CE | 7371888 | CDC CLINICA DE DIALISE DE CASCAVEL               | 11/2018 | ---- |  | 13790023000199 |                |
| CE | 5458528 | CDE CLINICA DE DIALISE DO EUSEBIO                | 11/2018 | ---- |  | 08060456000159 |                |
| CE | 4492927 | CDI CENTRO DE DIALISES DA IBIAPABA               | 08/2024 | ---- |  | 51668340000126 |                |
| CE | 2805065 | CDRQ DE QUIXADA                                  | 11/2018 | ---- |  | 63386643000135 |                |
| CE | 4010973 | CENEC CENTRO DE NEFROL DE CAUCAIA                | 11/2018 | ---- |  | 04849198000133 |                |
| CE | 7062842 | CENIT CENTRO DE NEFROLOGIA DE ITAPIPOCA          | 11/2018 | ---- |  | 11507250000139 |                |
| CE | 2328011 | CENTRO DE DIALISE E DIAGNOSTICO DO VALE          | 11/2018 | ---- |  | 00655267000117 |                |
| CE | 7843607 | CENTRO DE NEFROLOGIA DR JOSE FERNANDES           | 11/2018 | ---- |  | 07770007000212 |                |
| CE | 2723182 | CLINICA DO RIM                                   | 11/2018 | ---- |  | 73902777000115 |                |
| CE | 2552078 | CLINICA PRONEFRON                                | 11/2018 | ---- |  | 06964480000197 |                |
| CE | 3644596 | CLINIRIM                                         | 11/2018 | ---- |  | 07448725000196 |                |
| CE | 5125685 | CNC                                              | 11/2018 | ---- |  | 07770007000131 |                |
| CE | 5592283 | CNI CENTRO DE NEFROLOGIA DO IGUATU               | 11/2018 | ---- |  | 07744509000198 |                |
| CE | 6011578 | CNJ                                              | 11/2018 | ---- |  | 09641165000117 |                |
| CE | 2479931 | DAVITA MEIRELES                                  | 11/2018 | ---- |  | 23097104003349 |                |
| CE | 2723166 | DAVITA MONDUBIM                                  | 11/2018 | ---- |  | 23097104003420 |                |
| CE | 2480034 | DAVITA SAO GERARDO                               | 11/2018 | ---- |  | 23097104003268 |                |
| CE | 2497654 | HGF HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA                  | 11/2018 | ---- |  | 07954571001429 | 07954571000104 |
| CE | 2561492 | HOSPITAL UNIVERSITARIO WALTER CANTIDIO           | 11/2018 | ---- |  | 15126437003916 |                |
| CE | 9068880 | INECE FILIAL                                     | 12/2020 | ---- |  | 06976039000206 |                |
| CE | 2723239 | INECE INSTITUTO DE NEFROLOGIA DO CEARA           | 11/2018 | ---- |  | 06976039000125 |                |
| CE | 6542816 | PRONEFRON MESSEJANA                              | 11/2018 | ---- |  | 06964480000278 |                |
| CE | 2479990 | PRONTORIM                                        | 11/2018 | ---- |  | 00101678000160 |                |
| CE | 2372304 | RIM CENTRO                                       | 11/2018 | ---- |  | 12360343000146 |                |
| CE | 2651394 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FORTALEZA          | 11/2018 | ---- |  | 07273592000164 |                |
| CE | 3021114 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL             | 11/2018 | ---- |  | 07818313000109 |                |
| CE | 2663929 | UNIRIM DR RAIMUNDO BEZERRA                       | 11/2018 | ---- |  | 02869185000109 |                |
| DF | 7491484 | CLINICA RENAL VIDA                               | 09/2018 | ---- |  | 18783509000113 |                |
| DF | 2779420 | DAVITA                                           | 11/2018 | ---- |  | 00648717000144 |                |
| DF | 5479878 | DAVITA BRASIL PATICIPACOES                       | 11/2018 | ---- |  | 23097104002105 |                |
| DF | 3224228 | DAVITA PLANALTO                                  | 11/2018 | ---- |  | 01856738000118 |                |
| DF | 6876617 | HOSPITAL DA CRIANCA DE BRASILIA JOSE ALENCAR HCB | 12/2018 | ---- |  | 00394700002828 |                |
| DF | 0010456 | HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL             | 11/2018 | ---- |  | 28481233000172 |                |
| DF | 0010510 | HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASILIA               | 11/2018 | ---- |  | 00038174000658 | 00038174000143 |
| DF | 0010502 | HRS                                              | 11/2018 | ---- |  | 00394700001422 | 00394700000108 |
| DF | 0010499 | HRT HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA              | 11/2018 | ---- |  | 00394700000965 | 00394700000108 |
| DF | 9967486 | IBRANE                                           | 08/2021 | ---- |  | 27544160000158 |                |
| DF | 3459918 | NEPHRON GAMA                                     | 12/2022 | ---- |  | 32911992000103 |                |
| DF | 7494424 | ULTRAMED                                         | 09/2018 | ---- |  | 02498976000161 |                |
| ES | 0011991 | AFPES                                            | 11/2018 | ---- |  | 28483261000129 |                |
| ES | 3491706 | BAXTER RCS CENTRO DE CUIDADO RENAL LTDA          | 11/2018 | ---- |  | 70947213000291 |                |
| ES | 0012297 | BAXTER RCS CENTRO DE CUIDADO RENAL LTDA          | 11/2018 | ---- |  | 70947213000615 |                |
| ES | 3422178 | BAXTER RCS CENTRO DE CUIDADO RENAL LTDA          | 11/2018 | ---- |  | 70947213000534 |                |
| ES | 2448424 | CASA DE SAUDE SANTA MARIA                        | 11/2018 | ---- |  | 27490614000155 | 31082204000495 |
| ES | 9957324 | CENTRO DE HEMODIALISE DE ARACRUZ                 | 12/2024 | ---- |  |                | 27142702000166 |
| ES | 2448475 | CLINICA NEFROLOGICA DE COLATINA LTDA             | 11/2018 | ---- |  | 31800113000103 |                |
| ES | 9739319 | CLINIRIM                                         | 12/2020 | ---- |  | 00317100000146 |                |
| ES | 4044851 | DAVITA                                           | 11/2018 | ---- |  | 03436704000108 |                |
| ES | 5418186 | DAVITA                                           | 11/2018 | ---- |  | 03436704000280 |                |
| ES | 7838425 | DAVITA                                           | 12/2019 | ---- |  | 36329936000108 |                |
| ES | 2547821 | HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM   | 11/2018 | ---- |  | 27193705000129 |                |

|    |         |                                                             |         |      |  |                |                |
|----|---------|-------------------------------------------------------------|---------|------|--|----------------|----------------|
| ES | 2494442 | HOSPITAL EVANGELICO DE VILA VELHA                           | 11/2018 | ---- |  | 28127926000161 |                |
| ES | 0011738 | HOSPITAL SANTA RITA DE CASSIA                               | 11/2018 | ---- |  | 28137925000106 |                |
| ES | 4044916 | HOSPITAL UNIVERSITARIO CASSIANO ANTONIO MORAES HUCAM        | 11/2018 | ---- |  | 15126437000658 |                |
| ES | 4044614 | I N G                                                       | 11/2018 | ---- |  | 03604115000183 |                |
| ES | 4044576 | MEDIRIM                                                     | 11/2018 | ---- |  | 04369206000144 |                |
| ES | 6478387 | PRO RENAL SAO MATEUS                                        | 11/2018 | ---- |  | 08055051000122 |                |
| ES | 2485680 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM       | 11/2018 | ---- |  | 27187087000104 |                |
| ES | 2447029 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUACUI                        | 12/2019 | ---- |  | 27686179000139 |                |
| GO | 2535513 | CASA DE DIALISE DE INAN                                     | 11/2018 | ---- |  | 73581787000104 |                |
| GO | 6274374 | CENTRO DE URO NEFROLOGIA                                    | 11/2018 | ---- |  | 08437034000150 |                |
| GO | 7064934 | CLIMER                                                      | 11/2018 | ---- |  | 11338609000191 |                |
| GO | 2519399 | CLINEFRO GOIANESIA                                          | 11/2018 | ---- |  | 04904095000129 |                |
| GO | 0517801 | CLINICA DE DIALISE DE URUACU                                | 09/2022 | ---- |  | 32427682000100 |                |
| GO | 2589060 | CLINICA DE DOENCAS RENAI                                    | 11/2018 | ---- |  | 26653642000183 |                |
| GO | 2338238 | CLINICA DE DOENCAS RENAI LTDA                               | 11/2018 | ---- |  | 01957797000182 |                |
| GO | 2358654 | CLINICA DE HEMODIALISES SAO BERNARDO                        | 11/2018 | ---- |  | 03965150000128 |                |
| GO | 2519372 | CLINICA DO RIM E HIPERTENSAO                                | 11/2018 | ---- |  | 04502313000107 |                |
| GO | 2796309 | CLINICA RENAL DE LUZIANIA                                   | 11/2018 | ---- |  | 04394492000106 |                |
| GO | 6492754 | CLINORTE                                                    | 11/2018 | ---- |  | 07882161000103 |                |
| GO | 5983967 | CTR CENTRO DE TERAPIA RENAL                                 | 11/2018 | ---- |  | 08799586000108 |                |
| GO | 2442825 | DAVITA                                                      | 11/2018 | ---- |  | 23097104002296 |                |
| GO | 8007470 | DAVITA                                                      | 11/2018 | ---- |  | 03706577000101 |                |
| GO | 2339749 | DAVITA GOIANIA                                              | 11/2018 | ---- |  | 01004795000179 |                |
| GO | 2518341 | DAVITA UNIDADE BUENO                                        | 11/2018 | ---- |  | 00602238000197 |                |
| GO | 8007489 | DAVITA UNIDADE JARDIM AMERICA                               | 11/2018 | ---- |  | 04529890000184 |                |
| GO | 2338424 | HOSPITAL DAS CLINICAS                                       | 11/2018 | ---- |  | 01567601000224 | 01567601000143 |
| GO | 2442620 | HOSPITAL E MATERNIDADE SAO NICOLAU                          | 11/2018 | ---- |  | 01326206000179 |                |
| GO | 2338734 | HOSPITAL ESTADUAL DR ALBERTO RASSI HGG                      | 11/2018 | ---- |  |                | 02529964000157 |
| GO | 2442108 | HOSPITAL EVANGELICO GOIANO SA                               | 11/2018 | ---- |  | 36975290000136 |                |
| GO | 2339668 | HOSPITAL UROLOGICO PUIGEVERTE                               | 11/2018 | ---- |  | 01590900000107 |                |
| GO | 3538265 | INSTITUTO DE NEFROLOGIA DE CERES LTDA                       | 11/2018 | ---- |  | 04828982000165 |                |
| GO | 7630743 | MILLI CLINICA NEFROLOGICA                                   | 05/2016 | ---- |  | 18585172000130 |                |
| GO | 7777663 | MONTES BELOS TERAPIAS AVANÇADAS                             | 05/2016 | ---- |  | 12622113000108 |                |
| GO | 7240902 | NEFROCENTER                                                 | 11/2018 | ---- |  | 09029537000159 |                |
| GO | 2339730 | NEFROCLINICA                                                | 11/2018 | ---- |  | 00136446000148 |                |
| GO | 2589303 | NEFROCLINICA DE ITUMBIARA                                   | 11/2018 | ---- |  | 00247860000124 |                |
| GO | 2338165 | RENALCLINICA                                                | 11/2018 | ---- |  | 02043906000119 |                |
| GO | 2338351 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GOIANIA                       | 11/2018 | ---- |  | 01619790000150 |                |
| GO | 6423434 | TRS TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA                              | 11/2018 | ---- |  | 10309312000135 |                |
| GO | 7339976 | 4HEALTH SERVICOS MEDICOS LTDA EPP                           | 02/2015 | ---- |  | 22571753000351 |                |
| MA | 7274394 | ASA NEFRON                                                  | 11/2018 | ---- |  | 41623380000289 |                |
| MA | 3262316 | BIORIM                                                      | 11/2018 | ---- |  | 03377848000122 |                |
| MA | 2453622 | CASA DE SAUDE E MATERNIDADE DE CAXIAS                       | 11/2018 | ---- |  | 06097687000101 |                |
| MA | 2458071 | CDR IMPERATRIZ                                              | 11/2018 | ---- |  | 12160479000102 |                |
| MA | 2457962 | CENEFRON                                                    | 11/2018 | ---- |  | 05629324000107 |                |
| MA | 0675628 | CENTRO DE HEMODIALISE DE BALSAS                             | 04/2024 | ---- |  |                | 02973240000106 |
| MA | 0452033 | CENTRO DE HEMODIALISE DE PINHEIRO                           | 04/2024 | ---- |  |                | 02973240000106 |
| MA | 2901064 | CENTRO DE HEMODIALISE DE PRESIDENTE DUTRA                   | 04/2023 | ---- |  |                | 02973240000106 |
| MA | 9931880 | CENTRO DE HEMODIALISE SAO LUIS                              | 12/2021 | ---- |  |                | 02973240000106 |
| MA | 2494914 | CENTRO DE TERAPIA RENAL DE TIMON LTDA                       | 11/2018 | ---- |  | 03044494000102 |                |
| MA | 2309009 | CLINICA DE RIM E HIPERTENSAO ARTERIAL LTDA                  | 11/2018 | ---- |  | 35123827000177 |                |
| MA | 7965214 | CNA CLINICA DE NEFROLOGIA DE ACAILANDIA                     | 11/2018 | ---- |  | 14271298000189 |                |
| MA | 5371325 | CNI CLINICA DE NEFROLOGIA DE IMPERATRIZ                     | 11/2018 | ---- |  | 05407764000110 |                |
| MA | 5744075 | DAVITA                                                      | 12/2016 | ---- |  | 07074847000160 |                |
| MA | 2726653 | EBSERH HOSPITAL UNIVERSITARIO DA UFMA                       | 11/2018 | ---- |  | 15126437000496 |                |
| MA | 2464594 | HOSPITAL DE REF EST DE ALTA COMPLEXIDADE DR CARLOS MACIEIRA | 09/2015 | ---- |  | 10978838000108 | 02973240000106 |
| MA | 9613374 | HOSPITAL DR JOSE DA COSTA ALMEIDA                           | 12/2020 | ---- |  |                | 02973240000106 |
| MA | 7546327 | NEFROCLINICA                                                | 12/2016 | ---- |  | 14728523000163 |                |
| MG | 2208857 | AISI HOSPITAL DE CLINICAS DE ITAJUBA                        | 11/2018 | ---- |  | 21040696000311 | 21040696000150 |
| MG | 2165074 | ASSCD ASSOCIACAO DA CASA DE DIALISE                         | 11/2018 | ---- |  | 06325163000120 |                |
| MG | 0027480 | BAXTER RCS CENTRO DE CUIDADO RENAL LTDA                     | 11/2018 | ---- |  | 70947213000100 |                |
| MG | 2113813 | BIO RIM                                                     | 11/2018 | ---- |  | 22237309000132 |                |
| MG | 2695634 | BIOCOR INSTITUTO                                            | 11/2018 | ---- |  | 20294088000109 |                |
| MG | 2764776 | CASA DE CARIDADE DE CARANGOLA                               | 11/2018 | ---- |  | 19274091000181 |                |
| MG | 4042085 | CASA DE CARIDADE DE MURIAE HOSPITAL SAO PAULO               | 11/2018 | ---- |  | 22780498000195 |                |
| MG | 2122650 | CASA DE CARIDADE LEOPOLDINENSE                              | 11/2018 | ---- |  | 22149165000162 |                |

|    |         |                                                           |         |      |  |                |                |
|----|---------|-----------------------------------------------------------|---------|------|--|----------------|----------------|
| MG | 2180790 | CDA CENTRO DE DIALISE DE ARAXA                            | 11/2018 | ---- |  | 86845963000101 |                |
| MG | 0941182 | CENTRO AVANÇADO EM SAUDE TIMOTEO                          | 04/2022 | ---- |  | 19878404004521 |                |
| MG | 5856361 | CENTRO DE HEMODIALISE DE PARACATU                         | 11/2018 | ---- |  |                | 18278051000145 |
| MG | 3417867 | CENTRO DE NEFROLOGIA DIALISE DORACI                       | 05/2024 | ---- |  | 39710075000100 |                |
| MG | 6240844 | CENTRO DE NEFROLOGIA DO HOSPITAL EVANG UNIDADE CONTAGEM   | 11/2018 | ---- |  | 17214743000833 |                |
| MG | 0281654 | CLINICA DO RIM DO ALTO PARANAIBA                          | 07/2021 | ---- |  | 36230317000161 |                |
| MG | 2763044 | CLINICA NEFROLOGICA DE TRES CORACOES                      | 11/2018 | ---- |  | 00222102000151 |                |
| MG | 2098318 | CLINICA SANTO ANTONIO                                     | 11/2018 | ---- |  | 73465700000125 |                |
| MG | 2195585 | CLINICAS INTEGRADAS HOSPITAL UNIVERSITARIO MARIO PALMERIO | 11/2018 | ---- |  | 25452301000500 | 25452301000187 |
| MG | 2118483 | CLIRENAL LTDA                                             | 11/2018 | ---- |  | 22692586000135 |                |
| MG | 2127989 | COMPLEXO HOSPITALAR SAMUEL LIBANIO                        | 11/2018 | ---- |  | 23951916000475 | 23951916000122 |
| MG | 0026840 | COMPLEXO HOSPITALAR SAO FRANCISCO                         | 11/2018 | ---- |  | 13025354000132 |                |
| MG | 2109204 | DAVITA                                                    | 11/2018 | ---- |  | 23097104001648 |                |
| MG | 2109190 | DAVITA                                                    | 11/2018 | ---- |  | 23097104003853 |                |
| MG | 2151995 | DAVITA UBER                                               | 11/2018 | ---- |  | 23097104001567 |                |
| MG | 2134268 | FUNDACAO MINAS NOVAS HOSPITAL DOUTOR BADARO JUNIOR        | 11/2022 | ---- |  | 21248752000146 |                |
| MG | 4378520 | HEMODIALISE JANUARIA UNIDADE DE TERAPIA RENAL             | 05/2024 | ---- |  | 07106508000207 |                |
| MG | 0027049 | HOSP DAS CLINICAS DA UNIV FED DE MINAS GERAIS EBSERH      | 11/2018 | ---- |  | 15126437001549 |                |
| MG | 2695324 | HOSPITAL DA BALEIA                                        | 11/2018 | ---- |  | 17200429000125 |                |
| MG | 2206595 | HOSPITAL DE CLINICAS DA UFTM                              | 11/2018 | ---- |  | 25437484000242 | 25437484000161 |
| MG | 2219646 | HOSPITAL DILSON GODINHO                                   | 11/2018 | ---- |  | 00991591000106 |                |
| MG | 3717135 | HOSPITAL DO RIM DE JANAUBA LTDA                           | 11/2018 | ---- |  | 07075483000132 |                |
| MG | 2127881 | HOSPITAL E MATERN SAO LUCAS DE EXTREMA                    | 11/2018 | ---- |  | 18191213000103 |                |
| MG | 2153084 | HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS                | 06/2024 | ---- |  | 21583042000172 |                |
| MG | 0026808 | HOSPITAL EVANGELICO DE BELO HORIZONTE                     | 11/2018 | ---- |  | 17214743000167 |                |
| MG | 0026859 | HOSPITAL FELICIO ROCHO                                    | 11/2018 | ---- |  | 17214149000176 |                |
| MG | 2105780 | HOSPITAL MANOEL GONCALVES                                 | 11/2018 | ---- |  | 21254057000197 |                |
| MG | 2205440 | HOSPITAL MARCIO CUNHA                                     | 11/2018 | ---- |  | 19878404000100 |                |
| MG | 2709848 | HOSPITAL MARGARIDA                                        | 11/2018 | ---- |  | 21142203000192 |                |
| MG | 2100681 | HOSPITAL MUNICIPAL DE SAO GOTARDO                         | 12/2023 | ---- |  |                | 18602037000155 |
| MG | 2206064 | HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO                       | 11/2018 | ---- |  | 01816967000109 |                |
| MG | 2215586 | HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES                          | 11/2018 | ---- |  | 20959292000100 |                |
| MG | 2111640 | HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES                          | 11/2018 | ---- |  | 23798846000114 |                |
| MG | 2118874 | HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRACAS                         | 11/2018 | ---- |  | 20600763000180 |                |
| MG | 2206528 | HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRACAS                         | 11/2018 | ---- |  | 24993560000152 |                |
| MG | 2210924 | HOSPITAL PHILADELFIA                                      | 11/2018 | ---- |  | 20942819000347 |                |
| MG | 2126494 | HOSPITAL PUBLICO REGIONAL PREFEITO OSVALDO REZENDE FRANCO | 11/2018 | ---- |  |                | 18715391000196 |
| MG | 2149990 | HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS                      | 11/2018 | ---- |  | 22669931000110 |                |
| MG | 2209195 | HOSPITAL SANTA CASA DE PATROCINIO                         | 11/2018 | ---- |  | 23406564000124 |                |
| MG | 2208172 | HOSPITAL SANTA ROSALIA                                    | 11/2018 | ---- |  | 25104902000107 |                |
| MG | 2178559 | HOSPITAL SANTO ANTONIO                                    | 11/2018 | ---- |  | 19989904000110 |                |
| MG | 2099438 | HOSPITAL SAO JOAO BATISTA                                 | 11/2018 | ---- |  | 17989187000109 |                |
| MG | 2159252 | HOSPITAL SAO JOAO DE DEUS                                 | 11/2018 | ---- |  | 20146064000102 |                |
| MG | 2143801 | HOSPITAL SAO JOSE DE NOVA SERRANA                         | 10/2023 | ---- |  | 20653028000135 |                |
| MG | 2144298 | HOSPITAL SAO JUDAS TADEU DE OLIVEIRA                      | 09/2023 | ---- |  | 22986442000191 |                |
| MG | 2142376 | HOSPITAL SAO LUIZ DE FORMIGA                              | 11/2018 | ---- |  | 20499893000179 |                |
| MG | 2171988 | HOSPITAL UNIVERSITARIO ALZIRA VELANO                      | 11/2018 | ---- |  | 17878554001241 |                |
| MG | 4034236 | HOSPITAL UNIVERSITARIO CIENCIAS MEDICAS                   | 11/2018 | ---- |  | 17178203000680 |                |
| MG | 2218798 | HOSPITAL UNIVERSITARIO DA UFJF                            | 11/2018 | ---- |  |                | 21195755000169 |
| MG | 2139073 | HOSPITAL VALE DO JEQUITINHONHA                            | 11/2018 | ---- |  | 19911312000185 |                |
| MG | 2118912 | INSTITUTO DE NEFROLOGIA HOSPITAL BOM SAMARITANO           | 11/2018 | ---- |  | 66227307000138 |                |
| MG | 2216221 | INSTITUTO MINEIRO DE NEFROLOGIA                           | 11/2018 | ---- |  | 19717784000100 |                |
| MG | 2760770 | INSTITUTO NEFROLOGICO DE ARAGUARI                         | 11/2018 | ---- |  | 01622345000140 |                |
| MG | 2098911 | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CATAGUASES     | 11/2018 | ---- |  | 19529478000131 |                |
| MG | 2775999 | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS         | 11/2018 | ---- |  | 23278898000160 |                |
| MG | 2200945 | MARIANA HOSPITAL MONSENHOR HORTA                          | 11/2018 | ---- |  | 60975737002529 | 60975737000151 |
| MG | 7333145 | NEFROBOM                                                  | 11/2018 | ---- |  | 13251550000125 |                |
| MG | 2152002 | NEFROCLINICA                                              | 11/2018 | ---- |  | 00216653000102 |                |
| MG | 2759462 | NEFROCLINICA CIRCUITO DAS AGUAS LTDA                      | 11/2018 | ---- |  | 00433289000132 |                |
| MG | 6386059 | NEFROCLINICA LTDA                                         | 11/2018 | ---- |  | 11179471000125 |                |
| MG | 6529763 | NEFROLOGICA NOROESTE                                      | 11/2018 | ---- |  | 11404238000280 |                |
| MG | 2154722 | NEFRON SERVICOS MEDICOS DE NEFROLOGIA LTDA                | 11/2018 | ---- |  | 19693688000160 |                |

|    |         |                                                             |         |      |  |                |                |
|----|---------|-------------------------------------------------------------|---------|------|--|----------------|----------------|
| MG | 3249425 | NEFROSUL                                                    | 11/2018 | ---- |  | 02999757000166 |                |
| MG | 2117037 | NOVA LIMA HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES                 | 11/2018 | ---- |  | 20218442000116 |                |
| MG | 2098849 | PRO RENAL CENTRO DE NEFROLOGIA LTDA                         | 11/2018 | ---- |  | 00244333000166 |                |
| MG | 5708257 | PRO RIM UTRS                                                | 11/2018 | ---- |  | 07106508000118 |                |
| MG | 2173107 | RENALCLIN                                                   | 11/2018 | ---- |  | 26204925000148 |                |
| MG | 2173492 | RENALCLIN CLINICA DE DOENCAS RENAI                          | 11/2018 | ---- |  | 26119156000180 |                |
| MG | 2171945 | SANTA CASA DE ALFENAS                                       | 11/2018 | ---- |  | 16650756000116 |                |
| MG | 0027014 | SANTA CASA DE BELO HORIZONTE                                | 11/2018 | ---- |  | 17209891000193 |                |
| MG | 2135132 | SANTA CASA DE CARIDADE                                      | 11/2018 | ---- |  | 20079166000152 |                |
| MG | 2796449 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAXUPE                       | 11/2018 | ---- |  | 20772760000124 |                |
| MG | 2127687 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAJUBA                       | 11/2018 | ---- |  | 21035852000194 |                |
| MG | 2111659 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE LAVRAS                        | 11/2018 | ---- |  | 22073266000105 |                |
| MG | 2139200 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DO HOSP SAO FRANCISCO DE ASSIS   | 06/2024 | ---- |  | 25268012000122 |                |
| MG | 2146525 | SANTA CASA DE PARAISO                                       | 11/2018 | ---- |  | 24899395000174 |                |
| MG | 2129469 | SANTA CASA DE POCOS DE CALDAS                               | 11/2018 | ---- |  | 23647209000147 |                |
| MG | 6421903 | SERVICO DE NEFROLOGIA                                       | 11/2018 | ---- |  | 00991591000378 |                |
| MG | 6146864 | SERVICO DE NEFROLOGIA DE PIRAPORA                           | 11/2018 | ---- |  | 00991591000530 |                |
| MG | 2776189 | SERVICO UBAENSE NEFROLOGIA LTDA                             | 11/2018 | ---- |  | 64297260000153 |                |
| MG | 7107234 | UNIDADE DE TERAPIA RENAL FERNANDO MENDONCA DE CASTRO        | 08/2014 | ---- |  | 11268876000210 |                |
| MG | 2146371 | UNIDADE DIALISEHEMODIALISE                                  | 11/2018 | ---- |  |                | 25648387000207 |
| MS | 7877854 | CENED                                                       | 11/2018 | ---- |  | 10296619000149 |                |
| MS | 0151564 | CENTRO DE HEMODIALISE DE BATAGUASSU                         | 12/2020 | ---- |  |                | 03576220000156 |
| MS | 3150372 | CLINICA DO RIM PONTA PORA                                   | 11/2018 | ---- |  | 05195236000144 |                |
| MS | 2695146 | DAVITA                                                      | 11/2018 | ---- |  | 04709749000163 |                |
| MS | 0009989 | DAVITA PANTANAL                                             | 11/2018 | ---- |  | 26813683000190 |                |
| MS | 0009709 | EBSERH HOSP UNIV MARIA APARECIDA PEDROSSIAN                 | 11/2018 | ---- |  | 15126437001891 |                |
| MS | 2375826 | FUNDACAO HOSPITALAR DE COSTA RICA                           | 10/2022 | ---- |  | 00541891000193 |                |
| MS | 2659417 | HOSPITAL DA CIDADE                                          | 11/2018 | ---- |  | 03038445000159 |                |
| MS | 2756951 | HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA                          | 11/2018 | ---- |  | 03873593000199 |                |
| MS | 0009725 | HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL                     | 11/2018 | ---- |  |                | 04228734000183 |
| MS | 6426190 | HOSPITAL REGIONAL DR ALVARO FONTOURA SILVA                  | 02/2017 | ---- |  | 11285282000137 |                |
| MS | 3113426 | INEPAR                                                      | 11/2018 | ---- |  | 05166982000100 |                |
| MS | 0021733 | MED RIM                                                     | 11/2018 | ---- |  | 24626194000101 |                |
| MS | 2376245 | RENAL MED                                                   | 11/2018 | ---- |  | 01739679000106 |                |
| MS | 0009717 | SANTA CASA                                                  | 11/2018 | ---- |  | 03276524000106 |                |
| MS | 7035969 | UCM UNIDADE CRITICA MEDICA                                  | 11/2018 | ---- |  | 12772536000104 |                |
| MT | 2396580 | CENTRO DE NEFROLOGIA                                        | 11/2018 | ---- |  |                | 03347101000121 |
| MT | 2393433 | CLINEMAT                                                    | 11/2018 | ---- |  | 27638296000127 |                |
| MT | 2534363 | CLINICA DE DOENCAS RENAI                                    | 11/2018 | ---- |  | 05902025000102 |                |
| MT | 2393727 | CLINICA DE TRATAMENTO RENAL                                 | 11/2018 | ---- |  | 36958692000122 |                |
| MT | 2394936 | CTR                                                         | 11/2018 | ---- |  | 02030980000109 |                |
| MT | 3324176 | CTR SINOP                                                   | 11/2018 | ---- |  | 05642702000192 |                |
| MT | 2767392 | DAVITA                                                      | 11/2018 | ---- |  | 04409507000154 |                |
| MT | 6909906 | INA INSTITUTO DE NEFROLOGIA DO ARAGUAIA                     | 11/2018 | ---- |  | 37436920000329 |                |
| MT | 6225209 | INEMAT TANGARA DA SERRA                                     | 11/2018 | ---- |  | 11114970000134 |                |
| MT | 0831778 | INEMAT INSTITUTO NEFROLOGICO                                | 10/2022 | ---- |  | 73814550000703 |                |
| MT | 2699540 | INEMAT INSTITUTO NEFROLOGICO LTDA                           | 11/2018 | ---- |  | 73814550000118 |                |
| MT | 7062508 | PRONEFRON NEFROLOGIA CLINICA E TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA   | 11/2018 | ---- |  | 11506077000154 |                |
| PA | 6500552 | ASSOCIACAO GUIOMAR JESUS                                    | 07/2023 | ---- |  | 25143682000112 |                |
| PA | 2664038 | CDR CARAJAS                                                 | 11/2018 | ---- |  | 04632809000197 |                |
| PA | 6971121 | CEHMO                                                       | 11/2018 | ---- |  | 13536655000120 |                |
| PA | 6106463 | CNC CLINICA DE NEFROLOGIA DE CASTANHAL                      | 11/2018 | ---- |  | 10014927000134 |                |
| PA | 6934056 | DAVITA                                                      | 11/2018 | ---- |  | 13781486000194 |                |
| PA | 2694786 | DAVITA TIMBO                                                | 11/2018 | ---- |  | 04086876000153 |                |
| PA | 2695200 | DIALIZE TERAPIA DO RIM                                      | 11/2018 | ---- |  | 10602750000197 |                |
| PA | 9418792 | GOLD NEFRO LTDA                                             | 12/2020 | ---- |  | 27650801000159 |                |
| PA | 2332671 | HOSPITAL D LUIZ I                                           | 11/2018 | ---- |  | 04928479000181 |                |
| PA | 2619717 | HOSPITAL DA DIVINA PROVIDENCIA                              | 11/2018 | ---- |  | 07277622000453 |                |
| PA | 2333031 | HOSPITAL DE CLINICAS GASPAR VIANA                           | 11/2018 | ---- |  | 22980973000177 |                |
| PA | 2615746 | HOSPITAL GERAL DE PARAUPEBAS MANOEL EVALDO BENEVIDES ALVES  | 12/2020 | ---- |  |                | 22980999000115 |
| PA | 2329905 | HOSPITAL MUNICIPAL DE SANTAREM                              | 11/2018 | ---- |  |                | 05182233000680 |
| PA | 2334321 | HOSPITAL OPHIR LOYOLA                                       | 11/2018 | ---- |  | 08109444000171 |                |
| PA | 5585422 | HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PA DR WALDEMAR PENNA | 11/2018 | ---- |  |                | 05054929000117 |

|    |         |                                                                |         |      |  |                |                |
|----|---------|----------------------------------------------------------------|---------|------|--|----------------|----------------|
| PA | 0073482 | HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO TOCANTINS<br>HOSPITAL SANTA ROSA    | 03/2024 | ---- |  |                | 05054929000117 |
| PA | 5599504 | HOSPITAL REGIONAL DO SUDESTE DO PARA DR<br>GERALDO VELOSO      | 10/2022 | ---- |  |                | 05054929000117 |
| PA | 5597501 | HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DA<br>TRANSAMAZONICA                 | 11/2018 | ---- |  |                | 05054929000117 |
| PA | 5498465 | HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DO ARAGUAIA                          | 11/2018 | ---- |  | 09055340000194 |                |
| PA | 6710158 | HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DO MARAJO                            | 03/2022 | ---- |  |                | 05054929000117 |
| PA | 0179817 | HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DO TAPAJOS<br>ITAITUBA               | 04/2024 | ---- |  |                | 05054929000117 |
| PA | 9685871 | HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DOS CAETES DR<br>JORGE NETO DA COSTA | 06/2024 | ---- |  |                | 05054929000117 |
| PA | 9917322 | HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DR ABELARDO<br>SANTOS                | 08/2022 | ---- |  |                | 05054929000117 |
| PA | 2678403 | HOSPITAL SANTO ANTONIO MARIA ZACCARIA                          | 11/2018 | ---- |  | 05320403000131 |                |
| PA | 2616513 | HOSPITAL SAO FRANCISCO                                         | 11/2018 | ---- |  | 19422783000120 |                |
| PA | 9702091 | NEFRO SAUDE                                                    | 08/2021 | ---- |  | 32492341000118 |                |
| PA | 2341026 | NEFROCLINICA                                                   | 11/2018 | ---- |  | 05860887000101 |                |
| PA | 2950332 | POLICLINICA DE TUCURUI NATEA                                   | 08/2024 | ---- |  |                | 05054929000117 |
| PA | 2752700 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DO PARA                             | 11/2018 | ---- |  | 04929345000185 |                |
| PB | 6352677 | AMIP PRAIA                                                     | 11/2018 | ---- |  | 03665879000189 |                |
| PB | 2605473 | COMPLEXO HOSPITALAR DEP JANDUHY<br>CARNEIRO                    | 11/2018 | ---- |  | 08778268002376 | 08778268000160 |
| PB | 0745804 | HELP FUNDACAO PEDRO AMERICO                                    | 11/2023 | ---- |  | 06101061000636 |                |
| PB | 2315793 | HOSPITAL ESCOLA DA FAP                                         | 11/2018 | ---- |  | 08841421000157 |                |
| PB | 2362848 | HOSPITAL GERAL ANTONIO TARGINO                                 | 11/2018 | ---- |  | 08806213000206 |                |
| PB | 2362880 | HOSPITAL MUNICIPAL DR EDGLEY                                   | 11/2018 | ---- |  |                | 08993917000146 |
| PB | 2315149 | HOSPITAL SANTA TEREZINHA                                       | 11/2018 | ---- |  | 09297961000184 |                |
| PB | 2399776 | HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO                                  | 11/2018 | ---- |  | 09124165000140 |                |
| PB | 2341417 | NEFRUZA                                                        | 11/2018 | ---- |  | 09291683000158 |                |
| PB | 7939906 | NEPHRON CAJAZEIRAS                                             | 10/2018 | ---- |  | 23400109000111 |                |
| PB | 9059202 | NEPHRON GUARABIRA                                              | 10/2018 | ---- |  | 22143527000108 |                |
| PB | 2613743 | SAS                                                            | 11/2018 | ---- |  | 07678950000119 |                |
| PB | 3237524 | UNIRIM UNIDADE DE DOENCAS RENAI                                | 11/2018 | ---- |  | 02553837000193 |                |
| PE | 6697461 | C D C                                                          | 11/2018 | ---- |  | 04290489000134 |                |
| PE | 2639009 | CASA DE SAUDE PERPETUO SOCORRO                                 | 11/2018 | ---- |  | 10248599000130 |                |
| PE | 9138730 | CENTRO DE NEFROLOGIA DO ARARIPE                                | 12/2017 | ---- |  | 23770094000183 |                |
| PE | 4018834 | CENTRO DE TRATAMENTO RENAL                                     | 11/2018 | ---- |  | 03648189000111 |                |
| PE | 2636808 | CLINICA DO RIM                                                 | 11/2018 | ---- |  | 69943892000160 |                |
| PE | 2434067 | CLINICA DO RIM DE VITORIA                                      | 11/2018 | ---- |  | 70077797000100 |                |
| PE | 6501826 | CLINICA DO RIM DO CARPINA UNIDADE II                           | 11/2018 | ---- |  | 69943892000241 |                |
| PE | 2349833 | CLINICA DO RIM PETROLINA                                       | 11/2018 | ---- |  | 24304495000100 |                |
| PE | 5789656 | CTRMS                                                          | 11/2018 | ---- |  | 07296894000158 |                |
| PE | 0001449 | DAVITA                                                         | 11/2018 | ---- |  | 41061292000150 |                |
| PE | 2708019 | DAVITA                                                         | 11/2018 | ---- |  | 11733680000179 |                |
| PE | 0002038 | DAVITA RECIFE                                                  | 11/2018 | ---- |  | 23097104003691 |                |
| PE | 2427427 | HOSPITAL BARAO DE LUCENA                                       | 11/2018 | ---- |  | 10572048000632 | 10572048000128 |
| PE | 0000396 | HOSPITAL DAS CLINICAS                                          | 11/2018 | ---- |  | 15126437001620 | 24134488000108 |
| PE | 0000566 | HOSPITAL MARIA LUCINDA                                         | 11/2018 | ---- |  | 09767633000102 |                |
| PE | 7498810 | HOSPITAL MESTRE VITALINO                                       | 12/2023 | ---- |  |                | 10572048000128 |
| PE | 0001120 | HOSPITAL PORTUGUES                                             | 11/2018 | ---- |  | 10892164000124 |                |
| PE | 0000434 | IMIP                                                           | 11/2018 | ---- |  | 10988301000129 |                |
| PE | 6218458 | IMIP SALGUEIRO                                                 | 11/2018 | ---- |  | 10988301000471 |                |
| PE | 0926167 | ITR ALICE TORRES PEREIRA DE CARVALHO                           | 08/2022 | ---- |  | 23598589000339 |                |
| PE | 0002119 | NEFROCENTRO                                                    | 11/2018 | ---- |  | 41249335000125 |                |
| PE | 0001694 | NEFROCLINICA LTDA                                              | 11/2018 | ---- |  | 08084394000115 |                |
| PE | 9641823 | NEFROVIDA                                                      | 06/2020 | ---- |  | 31207195000179 |                |
| PE | 9601554 | NEPHRONCARE                                                    | 07/2023 | ---- |  | 28974960000171 |                |
| PE | 3240509 | RENAL SERVICES                                                 | 11/2018 | ---- |  | 01438059000129 |                |
| PE | 3660710 | SOS RIM                                                        | 11/2018 | ---- |  | 04066778000154 |                |
| PE | 5315654 | SOS RIM ARCOVERDE                                              | 11/2018 | ---- |  | 04291667000141 |                |
| PI | 2365499 | CASA DE SAUDE MATERNIDADE SAO JOSE LTDA                        | 03/2023 | ---- |  | 35151851000110 |                |
| PI | 2323281 | CASAMATER                                                      | 11/2018 | ---- |  | 06833917000153 |                |
| PI | 7366140 | CENTRO DE TERAPIA RENAL DE PICOS LTDA                          | 11/2018 | ---- |  | 16978656000113 |                |
| PI | 2593416 | CLINEFRO NEFROLOGIA LTDA                                       | 11/2018 | ---- |  | 21893759000110 |                |
| PI | 0941700 | CLINICA DO RIM DE PIRIPIRI                                     | 03/2024 | ---- |  | 18110039000127 |                |
| PI | 2360381 | CTR                                                            | 11/2018 | ---- |  | 05057225000106 |                |
| PI | 4773977 | HOSPITAL DO RIM FLORIANO                                       | 06/2025 | ---- |  | 09301513000107 |                |
| PI | 2726971 | HOSPITAL GETULIO VARGAS                                        | 11/2018 | ---- |  | 06553564010443 | 06553564000138 |
| PI | 2324377 | INSTITUTO DO RIM                                               | 11/2018 | ---- |  | 01108606000108 |                |
| PI | 2323729 | IRCM                                                           | 11/2018 | ---- |  | 03708132000160 |                |
| PI | 6290175 | NEFROCENTER                                                    | 11/2018 | ---- |  | 09294602000173 |                |

|    |         |                                                           |         |      |  |                |                |
|----|---------|-----------------------------------------------------------|---------|------|--|----------------|----------------|
| PI | 2365189 | NEFROCLINICA LTDA                                         | 11/2018 | ---- |  | 03448591000152 |                |
| PI | 4381068 | NEFROCLINICA SUL                                          | 05/2024 | ---- |  | 49535938000103 |                |
| PI | 7054181 | NEPHRON LTDA                                              | 11/2018 | ---- |  | 11082932000147 |                |
| PI | 7215509 | PRORRENAL                                                 | 02/2015 | ---- |  | 13836288000180 |                |
| PI | 2364832 | UNIRIM                                                    | 11/2018 | ---- |  | 00386398000146 |                |
| PR | 0019054 | CDR                                                       | 11/2018 | ---- |  | 00072112000158 |                |
| PR | 9003444 | CDR COLOMBO                                               | 11/2018 | ---- |  | 20394549000115 |                |
| PR | 0016217 | CENTRO DE NEFROLOGIA NACOES LTDA                          | 11/2018 | ---- |  | 80867492000156 |                |
| PR | 2666685 | CLINICA DE DOENCAS RENAIS                                 | 08/2017 | ---- |  | 74004425000105 |                |
| PR | 3004864 | CLINICA DO RIM                                            | 11/2018 | ---- |  | 04873896000174 |                |
| PR | 2753707 | CLINICA DO RIM PARANAVAI                                  | 11/2018 | ---- |  | 80890742000179 |                |
| PR | 2814625 | CLINICA RENAL IRATY LTDA                                  | 11/2018 | ---- |  | 05089411000119 |                |
| PR | 2741784 | CLIRE                                                     | 11/2018 | ---- |  | 01537629000138 |                |
| PR | 2384299 | COMPLEXO DO HOSPITAL DE CLINICAS DA UFPR HC E MVFA        | 03/2023 | ---- |  | 15126437002430 |                |
| PR | 0531588 | DAVITA                                                    | 12/2021 | ---- |  | 04601672000103 |                |
| PR | 2578298 | DAVITA BANDEIRANTES                                       | 11/2018 | ---- |  | 23097104003500 |                |
| PR | 3480933 | DAVITA BRASIL PARTICIPACOES E SERVICOS DE NEFROLOGIA      | 10/2024 | ---- |  | 23097104003934 |                |
| PR | 2578441 | DAVITA BRASIL PARTICIPACOES E SERVICOS DE NEFROLOGIA      | 11/2018 | ---- |  | 23097104001052 |                |
| PR | 2576155 | DAVITA BRASIL PARTICIPACOES E SERVICOS DE NEFROLOGIA LTDA | 11/2018 | ---- |  | 23097104001214 |                |
| PR | 0015776 | DAVITA CAJURU                                             | 11/2018 | ---- |  | 00367772000166 |                |
| PR | 0015911 | DAVITA NOVO MUNDO                                         | 11/2018 | ---- |  | 75214205000250 |                |
| PR | 7672136 | DAVITA ROLANDIA                                           | 11/2018 | ---- |  | 23097104001133 |                |
| PR | 3823571 | DAVITA SERVICOS DE NEFROLOGIA CAMPO LARGO                 | 11/2018 | ---- |  | 04601841000105 |                |
| PR | 0015377 | DAVITA VILA IZABEL                                        | 11/2018 | ---- |  | 02871701000121 |                |
| PR | 2735989 | FUNDHOSPAR FUNDACAO HOSPITALAR DO PARANA                  | 11/2018 | ---- |  | 95641007000107 |                |
| PR | 0013633 | HOSPITAL ANGELINA CARON                                   | 11/2018 | ---- |  | 07088017000191 |                |
| PR | 2733307 | HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA CLARA                        | 12/2020 | ---- |  | 77251544000150 |                |
| PR | 0017868 | HOSPITAL FILANTROPICO POLICLINICA                         | 11/2018 | ---- |  | 12651010000176 |                |
| PR | 0015563 | HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRINCIPE                        | 11/2018 | ---- |  | 76591569000130 |                |
| PR | 2568349 | HOSPITAL REGIONAL DE CARIDADE NOSSA SRA APARECIDA         | 05/2024 | ---- |  | 60975737006273 |                |
| PR | 0015334 | HOSPITAL SANTA CASA DE CURITIBA                           | 11/2018 | ---- |  | 76613835000189 |                |
| PR | 2743469 | HOSPITAL SANTA RITA                                       | 11/2018 | ---- |  | 04792670000149 |                |
| PR | 2781883 | INSTITUTO DO RIM                                          | 11/2018 | ---- |  | 03626879000170 |                |
| PR | 2582082 | INSTITUTO DO RIM                                          | 11/2018 | ---- |  | 81881195000128 |                |
| PR | 2594412 | INSTITUTO DO RIM                                          | 11/2018 | ---- |  | 76717461000141 |                |
| PR | 0016500 | INSTITUTO DO RIM                                          | 11/2018 | ---- |  | 72442437000196 |                |
| PR | 2439417 | INSTITUTO DO RIM DE APUCARANA                             | 11/2018 | ---- |  | 78956620000196 |                |
| PR | 0014214 | INSTITUTO DO RIM DE CAMPO MOURAO                          | 11/2018 | ---- |  | 79697736000110 |                |
| PR | 2586568 | INSTITUTO DO RIM DE MARINGA                               | 11/2018 | ---- |  | 78189347000111 |                |
| PR | 2683148 | INSTITUTO DO RIM DE PARANAGUA                             | 11/2018 | ---- |  | 95749586000106 |                |
| PR | 2590255 | INSTITUTO DO RIM MARCOS GEVERT                            | 11/2018 | ---- |  | 56562569000103 |                |
| PR | 2673827 | NEFROCLINICA DE FOZ DO IGUAU                              | 11/2018 | ---- |  | 84926435000151 |                |
| PR | 2582295 | NEFRONOR                                                  | 11/2018 | ---- |  | 72273790000190 |                |
| PR | 4056779 | RENAL CLINICA                                             | 11/2018 | ---- |  | 82684796000103 |                |
| PR | 2740001 | RENALCLIN CLINICA DO RIM                                  | 11/2018 | ---- |  | 03506039000173 |                |
| PR | 2594714 | SANTA CASA DE MARINGA HOSPITAL E MAT M AUXILIADORA        | 11/2018 | ---- |  | 79115762000193 |                |
| PR | 2686953 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTA GROSSA                | 11/2018 | ---- |  | 80238926000159 |                |
| PR | 6270980 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTA GROSSA FILIAL CASTRO  | 11/2018 | ---- |  | 80238926001040 |                |
| PR | 3052818 | UNIRIM                                                    | 11/2018 | ---- |  | 76684000000110 |                |
| PR | 7317719 | UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO                         | 12/2019 | ---- |  |                | 76958966000106 |
| RJ | 3495531 | ANGRA RIM                                                 | 11/2018 | ---- |  | 03641507000112 |                |
| RJ | 2279525 | CASA DE SAUDE PARACAMBI                                   | 11/2018 | ---- |  | 32410920000174 |                |
| RJ | 2274736 | CDR                                                       | 11/2018 | ---- |  | 29473196002086 |                |
| RJ | 2281864 | CDR                                                       | 11/2018 | ---- |  | 29473196000628 |                |
| RJ | 2280140 | CDR CLINICA DE DOENCAS RENAIS LTDA                        | 11/2018 | ---- |  | 29473196000113 |                |
| RJ | 2697084 | CDR CLINICA DE DOENCAS RENAIS MACAE                       | 11/2018 | ---- |  | 29473196001780 |                |
| RJ | 2273055 | CDR NITEROI                                               | 11/2018 | ---- |  | 29473196000709 |                |
| RJ | 5160243 | CDR TAQUARA                                               | 11/2018 | ---- |  | 29473196002329 |                |
| RJ | 5662443 | CDR VILA DA PENHA                                         | 11/2018 | ---- |  | 29473196003058 |                |
| RJ | 2293811 | CDTR                                                      | 11/2018 | ---- |  | 18589891000129 |                |
| RJ | 2278618 | CENEFRO                                                   | 11/2018 | ---- |  | 00935358000106 |                |
| RJ | 4395255 | CENTRO DE HEMODIALISE E IMAGEM                            | 12/2024 | ---- |  | 43215548000161 |                |
| RJ | 5177847 | CENTRO NEFROLOGICO DE CASCADURA                           | 11/2018 | ---- |  | 25311743000103 |                |

|    |         |                                                       |         |      |  |                |                |
|----|---------|-------------------------------------------------------|---------|------|--|----------------|----------------|
| RJ | 2293056 | CINED                                                 | 11/2018 | ---- |  | 31844731000147 |                |
| RJ | 2275260 | CLINEFRON                                             | 11/2018 | ---- |  | 36284842000160 |                |
| RJ | 0746045 | CLINICA DE DIALISE NICE                               | 02/2023 | ---- |  | 15328950000206 |                |
| RJ | 2285533 | CLINICA DE DIALISE RIO BONITO                         | 11/2018 | ---- |  | 18589878000170 |                |
| RJ | 3362868 | CLINICA NEFROLOGICA DE RESENDE LTDA                   | 11/2018 | ---- |  | 02381599000186 |                |
| RJ | 2273268 | CNC CENTRO NEFROLOGICO CARIOCA                        | 11/2018 | ---- |  | 68612266000129 |                |
| RJ | 6050751 | CNJ JAPERI CENTRO NEFROLOGICO LTDA                    | 11/2018 | ---- |  | 09587807000147 |                |
| RJ | 2292122 | CNL ALCANTARA                                         | 11/2018 | ---- |  | 29541604000399 |                |
| RJ | 2292114 | CNL MANGUEIRA                                         | 11/2018 | ---- |  | 29541604000208 |                |
| RJ | 2288974 | CNL NITEROI                                           | 11/2018 | ---- |  | 29541604000127 |                |
| RJ | 6295843 | DAVITA                                                | 11/2018 | ---- |  | 09218020000108 |                |
| RJ | 2268876 | DAVITA                                                | 11/2018 | ---- |  | 00146531000197 |                |
| RJ | 2295296 | DAVITA BRASIL PARTICIPACOES E SERVICOS DE GESTAO LTDA | 11/2018 | ---- |  | 23097104000323 |                |
| RJ | 2272911 | DAVITA NITEROI                                        | 11/2018 | ---- |  | 23097104000838 |                |
| RJ | 2269333 | DAVITA SERVICOS DE NEFROLOGIA BARRA DA TIJUCA         | 11/2018 | ---- |  | 01707250000129 |                |
| RJ | 2278014 | DAVITA SERVICOS DE NEFROLOGIA CABO FRIO LTDA          | 11/2018 | ---- |  | 30173157000180 |                |
| RJ | 6496407 | DAVITA SERVICOS DE NEFROLOGIA NOVA IGUAÇU LTDA        | 11/2018 | ---- |  | 08983023000175 |                |
| RJ | 9097457 | DAVITA SERVICOS DE NEFROLOGIA VOLTA REDONDA LTDA      | 12/2017 | ---- |  | 20204493000199 |                |
| RJ | 2295288 | GAMEN GRUPO DE ASSISTENCIA MEDICA NEFROLOGICA         | 11/2018 | ---- |  | 28248219000123 |                |
| RJ | 3023788 | HEMODINIL CENTRO DE HEMODIALISE E DIAGNOSTICO         | 11/2018 | ---- |  | 07388632000113 |                |
| RJ | 2273357 | HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE                         | 11/2018 | ---- |  | 73696718000219 |                |
| RJ | 2298740 | HOSPITAL CLINICA GRAJAU                               | 11/2018 | ---- |  | 29474285000184 |                |
| RJ | 2287285 | HOSPITAL DR BEDA                                      | 11/2018 | ---- |  | 29251097000197 |                |
| RJ | 2269880 | HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO RJ                       | 11/2018 | ---- |  | 92787118002416 |                |
| RJ | 2275635 | HOSPITAL SANTA TERESA                                 | 11/2018 | ---- |  | 60922168000429 |                |
| RJ | 2278855 | HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI                             | 11/2018 | ---- |  | 29640612000120 |                |
| RJ | 2696940 | HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO                         | 11/2018 | ---- |  | 28812576000334 | 28812576000172 |
| RJ | 0012505 | HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO                  | 11/2018 | ---- |  | 15126437003673 |                |
| RJ | 2280167 | HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO         | 11/2018 | ---- |  | 33663683005347 | 33663683000116 |
| RJ | 2295415 | HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE               | 11/2018 | ---- |  | 34023077000280 | 34023077000107 |
| RJ | 2273748 | HUV HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VASSOURAS               | 11/2018 | ---- |  | 32410037001580 |                |
| RJ | 2293854 | INBEL INSTITUTO NEFROLOGICO BELFORD ROXO LTDA         | 11/2018 | ---- |  | 72141187000154 |                |
| RJ | 6429734 | INQUE INSTITUTO NEFROLOGICO DE QUEIMADOS LTDA         | 11/2018 | ---- |  | 08407606000158 |                |
| RJ | 3022706 | INSTITUTO DE UROLOGIA E NEFROLOGIA DE VREDONDA LTDA   | 11/2018 | ---- |  | 03987875000117 |                |
| RJ | 2277484 | INSTITUTO SEGUMED                                     | 11/2018 | ---- |  | 29578473000152 |                |
| RJ | 2269589 | INSTITUTO SEGUMED CAMPO GRANDE                        | 11/2018 | ---- |  | 29578473001124 |                |
| RJ | 2277476 | INSTITUTO SEGUMED FILIAL DUQUE DE CAXIAS              | 11/2018 | ---- |  | 29578473001043 |                |
| RJ | 2269864 | INSTITUTO SEGUMED OLARIA                              | 11/2018 | ---- |  | 29578473000748 |                |
| RJ | 2273306 | INSTITUTO SEGUMED REALENGO                            | 11/2018 | ---- |  | 29578473000829 |                |
| RJ | 2273608 | INSTITUTO SEGUMED SANTA CRUZ                          | 11/2018 | ---- |  | 29578473000900 |                |
| RJ | 2269988 | MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO              | 11/2018 | ---- |  | 00394544021182 |                |
| RJ | 6464262 | NEFRO QUEIMADOS CENTRO NEFROLOGICO DE QUEIMADOS LTDA  | 11/2018 | ---- |  | 11393966000152 |                |
| RJ | 2280752 | NEFROCLIN CL DE NEFROLOGIA                            | 11/2018 | ---- |  | 40400236000130 |                |
| RJ | 2288990 | NEFROTHERAPIA                                         | 11/2018 | ---- |  | 02152491000111 |                |
| RJ | 5657180 | POLICLINICA GRANDE RIO                                | 11/2018 | ---- |  | 08562623000160 |                |
| RJ | 2287269 | PRO RIM CLINICA DE DOENCAS RENAIIS                    | 11/2018 | ---- |  | 30414239000179 |                |
| RJ | 2296314 | PRODOCTOR SISTEMA INTEGRADO DE SAUDE                  | 11/2018 | ---- |  | 31252109000140 |                |
| RJ | 6466931 | PURA CENTRO DE TERAPIA RENAL                          | 11/2018 | ---- |  | 03596846000124 |                |
| RJ | 2269791 | RENALCOR CL DE NEFROLOGIA                             | 11/2018 | ---- |  | 86798956000104 |                |
| RJ | 2277468 | RENALDUC                                              | 11/2018 | ---- |  | 02595920000125 |                |
| RJ | 3322432 | RENALFORD                                             | 11/2018 | ---- |  | 06281272000193 |                |
| RJ | 2268744 | RENALLE                                               | 11/2018 | ---- |  | 03605324000141 |                |
| RJ | 9048456 | RENALMAIS TERESOPOLIS                                 | 12/2018 | ---- |  | 19454607000250 |                |
| RJ | 7645635 | RENALVIDA ASSIST INTEGRAL AO RENAL                    | 12/2017 | ---- |  | 04397894000318 |                |
| RJ | 2269783 | UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO                      | 11/2018 | ---- |  | 33540014001714 | 33540014000157 |
| RJ | 2269872 | UNI RIM CL DE NEFROLOGIA                              | 11/2018 | ---- |  | 30713051000121 |                |
| RN | 5146488 | CENTRO DE DIALISE DE MOSSORO CDM                      | 11/2018 | ---- |  | 06859985000191 |                |
| RN | 9124616 | CENTRO DE NEFROLOGIA SANTA RITA                       | 02/2018 | ---- |  | 18251867000185 |                |
| RN | 3576213 | CLINICA DE DOENCAS RENAIIS                            | 11/2018 | ---- |  | 05309609000160 |                |
| RN | 2693976 | CLINICA DO RIM                                        | 11/2018 | ---- |  | 04506003000152 |                |

|    |         |                                                          |         |      |  |                |                |
|----|---------|----------------------------------------------------------|---------|------|--|----------------|----------------|
| RN | 6457010 | CNN                                                      | 11/2018 | ---- |  | 10870563000194 |                |
| RN | 2381044 | DAVITA NATAL                                             | 11/2018 | ---- |  | 08210247000144 |                |
| RN | 6248284 | HOSPITAL DO RIM                                          | 11/2018 | ---- |  | 08735157000177 |                |
| RN | 2693585 | INSTITUTO DO RIM                                         | 11/2018 | ---- |  | 03665877000190 |                |
| RN | 2380412 | NEFRON CLINICA S A                                       | 11/2018 | ---- |  | 12752465000188 |                |
| RN | 2893002 | RENAL CLINICA                                            | 05/2023 | ---- |  | 28143437000101 |                |
| RO | 7519877 | CENTRO DE DIALISE DE ARIQUEMES                           | 11/2018 | ---- |  |                | 04287520000188 |
| RO | 6243614 | CENTRO DE DIALISE DE RONDONIA                            | 11/2018 | ---- |  | 08882264000128 |                |
| RO | 2360292 | CLINERON                                                 | 11/2018 | ---- |  | 03545833000207 |                |
| RO | 2515385 | CLINERON PORTO VELHO                                     | 11/2018 | ---- |  | 03545833000126 |                |
| RO | 4183061 | INSTITUTO DO RIM DE VILHENA                              | 05/2024 | ---- |  |                | 04092706000181 |
| RO | 2515393 | NEFRON SERVICOS DE NEFROLOGIA                            | 11/2018 | ---- |  | 22865117000170 |                |
| RR | 7083459 | CLINICA RENAL DE RORAIMA LTDA                            | 11/2018 | ---- |  | 09604871000199 |                |
| RS | 2262770 | CENTRO DE DIALISE E TRANSPLANTE LTDA                     | 11/2018 | ---- |  | 88458732000170 |                |
| RS | 2226952 | CENTRO NEFROLOGICO DE TAQUARA LTDA                       | 11/2018 | ---- |  | 93240711000114 |                |
| RS | 2264137 | CLINEFRO                                                 | 11/2018 | ---- |  | 90601725000128 |                |
| RS | 2230577 | CLINICA DE DIALISE DE CAMPO BOM LTDA                     | 11/2018 | ---- |  | 94707973000109 |                |
| RS | 2231069 | CLINICA DO RIM                                           | 11/2018 | ---- |  | 97002422000138 |                |
| RS | 2229706 | CLINICA DO RIM                                           | 11/2018 | ---- |  | 91635466000119 |                |
| RS | 2242400 | CLINICA RENAL DE SANTA MARIA CASA DE SAUDE               | 11/2018 | ---- |  | 87683041000299 |                |
| RS | 2242397 | CLINICA RENAL DE SANTA MARIA HOSPITAL DE CARIDADE MATRIZ | 11/2018 | ---- |  | 87683041000108 |                |
| RS | 2247429 | CLINICA RENAL DE URUGUAIANA                              | 11/2018 | ---- |  |                | 88131164000107 |
| RS | 2256029 | CLINICA RENAL DR GATZ                                    | 11/2018 | ---- |  | 89970925000179 |                |
| RS | 2262584 | CLINIRIM                                                 | 11/2018 | ---- |  | 89407217000124 |                |
| RS | 2233304 | CND                                                      | 11/2018 | ---- |  | 02509020000118 |                |
| RS | 2707829 | CUIDARE                                                  | 11/2018 | ---- |  | 33753308000329 |                |
| RS | 2232030 | FUNDACAO DE SAUDE PUBLICA SAO CAMILO DE ESTEIO           | 11/2018 | ---- |  | 13016717000173 |                |
| RS | 2707918 | FUNDACAO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA DE ERECHIM           | 11/2018 | ---- |  | 89421259000110 |                |
| RS | 2227843 | HEMODIALISE 1 SISTEMA DE SAUDE VILA NOVA                 | 11/2018 | ---- |  | 04994418001194 |                |
| RS | 2248239 | HOSPITAL AUXILIADORA                                     | 03/2022 | ---- |  | 95281929000142 |                |
| RS | 2252287 | HOSPITAL BRUNO BORN                                      | 11/2018 | ---- |  | 91162511000165 |                |
| RS | 2232022 | HOSPITAL CENTENARIO                                      | 11/2018 | ---- |  | 92931245000150 |                |
| RS | 2244357 | HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTIAGO                         | 11/2018 | ---- |  | 96136643000136 |                |
| RS | 2266474 | HOSPITAL DE CARIDADE E BENEFICENCIA                      | 11/2018 | ---- |  | 87768735000148 |                |
| RS | 2263858 | HOSPITAL DE CARIDADE SAO VICENTE DE PAULO                | 11/2018 | ---- |  | 89124630000181 |                |
| RS | 2237601 | HOSPITAL DE CLINICAS                                     | 11/2018 | ---- |  | 87020517000120 |                |
| RS | 2246929 | HOSPITAL DE CLINICAS                                     | 11/2018 | ---- |  | 92030543000170 |                |
| RS | 2262274 | HOSPITAL DE CLINICAS DE CARAZINHO                        | 11/2018 | ---- |  | 88450234000181 |                |
| RS | 2261057 | HOSPITAL DE CLINICAS IJUI                                | 11/2018 | ---- |  | 90730508000138 |                |
| RS | 2228602 | HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA FREDWEST                     | 03/2016 | ---- |  | 92404789000164 |                |
| RS | 2232049 | HOSPITAL DOM JOAO BECKER                                 | 11/2018 | ---- |  | 92815000000834 |                |
| RS | 2246961 | HOSPITAL FREI CLEMENTE SOLEDADE                          | 08/2022 | ---- |  | 97503676000130 |                |
| RS | 2223538 | HOSPITAL GERAL                                           | 11/2018 | ---- |  | 88648761001843 |                |
| RS | 2248298 | HOSPITAL IVAN GOULART                                    | 08/2022 | ---- |  | 96488598000189 |                |
| RS | 2237571 | HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO SA                   | 11/2018 | ---- |  | 92787118000120 |                |
| RS | 2241048 | HOSPITAL NOSSA SENHORA DA OLIVEIRA                       | 11/2018 | ---- |  | 15415694000103 |                |
| RS | 2241161 | HOSPITAL SAO JOAO BATISTA                                | 04/2018 | ---- |  | 91616805000110 |                |
| RS | 2262568 | HOSPITAL SAO LUCAS DA PUCRS                              | 11/2018 | ---- |  | 88630413000796 | 88630413000109 |
| RS | 2248271 | HOSPITAL SAO PATRICIO DE ITAQUI                          | 11/2018 | ---- |  | 90928151000105 |                |
| RS | 2236370 | HOSPITAL SAO SEBASTIAO MARTIR                            | 11/2018 | ---- |  | 98591910000190 |                |
| RS | 2257815 | HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO                            | 11/2018 | ---- |  | 91884957000101 |                |
| RS | 2246988 | HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO                            | 11/2018 | ---- |  | 92021062000106 |                |
| RS | 2241021 | HOSPITAL TACCHINI                                        | 11/2018 | ---- |  | 87547444000120 |                |
| RS | 2244306 | HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA MARIA                       | 11/2018 | ---- |  | 95591764001420 |                |
| RS | 2254611 | HOSPITAL VIDA SAUDE                                      | 11/2018 | ---- |  | 95815668000101 |                |
| RS | 2839938 | HUMANIZE DIALISE                                         | 10/2022 | ---- |  | 45235806000105 |                |
| RS | 2231778 | IMAS HOSPITAL VIAMAO                                     | 11/2018 | ---- |  | 28700530004744 |                |
| RS | 5844762 | INSTITUTO DE DOENCAS RENAIIS LTDA                        | 02/2020 | ---- |  | 01278288000123 |                |
| RS | 2262509 | INSTITUTO SEGUMED PORTO ALEGRE                           | 11/2018 | ---- |  | 29578473001477 |                |
| RS | 2237253 | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PORTO ALEGRE  | 11/2018 | ---- |  | 92815000000168 |                |
| RS | 2261898 | NEFRO RIM SUL                                            | 11/2018 | ---- |  | 93301141000125 |                |
| RS | 2701146 | NEFROCLIN                                                | 11/2018 | ---- |  | 00904738000183 |                |
| RS | 2227290 | NEFROCLINICA LTDA                                        | 11/2018 | ---- |  | 90152232000158 |                |
| RS | 2231042 | NEFROCOR SERVICOS NEFROLOGIA E CARDIOLOGIA CACHOEIRINHA  | 11/2018 | ---- |  | 93711158000150 |                |
| RS | 2237164 | NEFRON DIALISE E TRANSPLANTE LTDA                        | 11/2018 | ---- |  | 87105086000103 |                |

|    |         |                                                          |         |      |  |                |                |
|----|---------|----------------------------------------------------------|---------|------|--|----------------|----------------|
| RS | 2223546 | POMPEIA ECOSSISTEMA DE SAUDE                             | 11/2018 | ---- |  | 88633227000115 |                |
| RS | 2700662 | PRORENAL CLINICA DE DOENCAS RENAIS                       | 11/2018 | ---- |  | 87671558000187 |                |
| RS | 2248328 | SANTA CASA DE ALEGRETE                                   | 12/2022 | ---- |  | 87200929000142 |                |
| RS | 2233312 | SANTA CASA DE MISERIC S LOURENCO DO SUL                  | 02/2017 | ---- |  | 97011688000147 |                |
| RS | 2248220 | SANTA CASA DE MISERICORDIA                               | 06/2023 | ---- |  | 96039581000144 |                |
| RS | 2253054 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PELOTAS                    | 11/2018 | ---- |  | 92219559000125 |                |
| RS | 2248204 | SANTA CASA DE SAO GABRIEL                                | 11/2018 | ---- |  | 96593322000160 |                |
| RS | 2232995 | SANTA CASA DO RIO GRANDE                                 | 11/2018 | ---- |  | 94862265000142 |                |
| RS | 2252295 | SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA                     | 11/2018 | ---- |  | 92219070000153 |                |
| RS | 2253046 | UCPEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAO FRANCISCO DE PAULA      | 11/2018 | ---- |  | 92238914000294 |                |
| RS | 2255456 | UNIRIM                                                   | 11/2018 | ---- |  | 91340869000130 |                |
| RS | 2262460 | VITARIM CLINICA DO RIM                                   | 11/2018 | ---- |  | 89953756000169 |                |
| SC | 2522322 | ASSOCIACAO RENAL VIDA                                    | 11/2018 | ---- |  | 05748642000197 |                |
| SC | 2660857 | ASSOCIACAO RENAL VIDA                                    | 11/2018 | ---- |  | 05748642001088 |                |
| SC | 2379430 | ASSOCIACAO RENAL VIDA                                    | 11/2018 | ---- |  | 05748642000278 |                |
| SC | 2522616 | ASSOCIACAO RENAL VIDA ITAJAI                             | 11/2018 | ---- |  | 05748642000359 |                |
| SC | 3689603 | ASSOCIACAO RENAL VIDA TIMBO                              | 11/2018 | ---- |  | 05748642000430 |                |
| SC | 2543028 | CENTRO DE TERAPIA RENAL SC LTDA                          | 11/2018 | ---- |  | 00758519000133 |                |
| SC | 2379309 | CENTRO DE TRATAMENTO DE DOENCAS RENAIS DE JOINVILLE LTDA | 11/2018 | ---- |  | 78836855000306 |                |
| SC | 2491524 | CLINICA DE HEMODIALISE                                   | 11/2018 | ---- |  | 80490907000115 |                |
| SC | 2664895 | CLINICA DE NEFROLOGIA                                    | 11/2018 | ---- |  | 83852624000326 |                |
| SC | 2540320 | CLINICA DE NEFROLOGIA                                    | 11/2018 | ---- |  | 83852624000164 |                |
| SC | 2521342 | CLINICA DE NEFROLOGIA DE JOINVILLE                       | 11/2018 | ---- |  | 00663710000100 |                |
| SC | 9438653 | CLINICA DO RIM E HIPERTENSAO                             | 12/2018 | ---- |  | 25299893000149 |                |
| SC | 4058976 | CLINICA HEMODIALISE DE CURITIBANOS LTDA                  | 11/2018 | ---- |  | 02057769000171 |                |
| SC | 2692864 | CLINICA HEMODIALISE DE VIDEIRA LTDA                      | 11/2018 | ---- |  | 04504629000120 |                |
| SC | 2543486 | CLINICA RENAL DO EXTREMO OESTE LTDA                      | 11/2018 | ---- |  | 00613007000189 |                |
| SC | 2539373 | CLINICA RENAL DO OESTE LTDA                              | 11/2018 | ---- |  | 79894192000187 |                |
| SC | 2521725 | CLINICA RIM E VIDA                                       | 11/2018 | ---- |  | 04000353000142 |                |
| SC | 0020095 | CLINIRIM FPOLIS                                          | 11/2018 | ---- |  | 81531949000110 |                |
| SC | 2521512 | CTDR JOINVILLE                                           | 11/2018 | ---- |  | 78836855000144 |                |
| SC | 2306166 | CTDRJ UNIDADE RENAL JARAGUA DO SUL                       | 11/2018 | ---- |  | 78836855000497 |                |
| SC | 3201694 | FUNDACAO PRO RIM                                         | 11/2018 | ---- |  | 79361127000510 |                |
| SC | 2600250 | FUNDACAO PRO RIM                                         | 11/2018 | ---- |  | 79361127000439 |                |
| SC | 2521601 | FUNDACAO PRO RIM JOINVILLE                               | 11/2018 | ---- |  | 79361127001591 |                |
| SC | 0061271 | HEMOSER CLINICA DE HEMODIALISE LTDA                      | 12/2020 | ---- |  | 03700209000156 |                |
| SC | 2691841 | HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS                          | 11/2018 | ---- |  | 82951245000835 | 82951245000169 |
| SC | 2303892 | HOSPITAL SAO FRANCISCO                                   | 11/2018 | ---- |  | 83506030000282 |                |
| SC | 2758164 | HOSPITAL SAO JOSE                                        | 11/2018 | ---- |  | 92736040000890 | 92736040000114 |
| SC | 3157245 | HOSPITAL UNIV PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SAO THIAGO    | 11/2018 | ---- |  | 15126437003401 |                |
| SC | 2778777 | TR SAO JOSE CLINICA DE HEMODIALISE LTDA                  | 11/2018 | ---- |  | 04875748000199 |                |
| SC | 2411296 | UNIDADE DE TERAPIA RENAL DE XANXERE LTDA                 | 11/2018 | ---- |  | 03793030000190 |                |
| SE | 3539105 | CLINICA DO RIM                                           | 11/2018 | ---- |  | 05571437000107 |                |
| SE | 3448428 | DIAPERUM SAO JOSE                                        | 11/2014 | ---- |  | 59650366000582 |                |
| SE | 2469715 | DIAPERUM SIQUEIRA CAMPOS                                 | 11/2018 | ---- |  | 59650366000310 |                |
| SE | 0026468 | HOSPITAL DO RIM                                          | 11/2018 | ---- |  | 32747479000110 |                |
| SE | 2421518 | HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO                      | 11/2021 | ---- |  | 13366414000180 |                |
| SE | 0002585 | HOSPITAL SAO LUCAS                                       | 11/2018 | ---- |  | 13131370000100 |                |
| SE | 7910924 | NEFROES                                                  | 11/2018 | ---- |  | 18918031000191 |                |
| SP | 2090147 | BAXTER RCS CENTRO DE CUIDADO RENAL                       | 11/2018 | ---- |  | 70947213000453 |                |
| SP | 2705788 | BAXTER RCS CENTRO DE CUIDADO RENAL LTDA                  | 11/2018 | ---- |  | 70947213000372 |                |
| SP | 2082195 | BENEFICENCIA PORTUGUESA DE AMPARO                        | 11/2018 | ---- |  | 43464882000159 |                |
| SP | 6956890 | CDR                                                      | 06/2015 | ---- |  | 12225797000104 |                |
| SP | 2092328 | CDTR SOROCABA                                            | 11/2018 | ---- |  | 67363028000164 |                |
| SP | 9904050 | CENEA CENTRO DE NEFROLOGIA DE EMBU DAS ARTES             | 12/2020 | ---- |  | 29551460000190 |                |
| SP | 2091372 | CENENORTE CLINICA NEFROLOGICA                            | 11/2018 | ---- |  | 02994822000160 |                |
| SP | 2077965 | CENEVALE P ACU PARIQUERA ACU                             | 11/2018 | ---- |  | 64037971000199 |                |
| SP | 0677701 | CENTRO DE HEMODIALISE DR LINEU ALBERTO DE GOES           | 10/2022 | ---- |  |                | 46523031000128 |
| SP | 9189564 | CENTRO DE NEFROLOGIA DRA DEBORA PAULA DE CASTRO          | 11/2018 | ---- |  | 08896723000203 |                |
| SP | 2058553 | CETENE                                                   | 11/2018 | ---- |  | 48757090000277 |                |
| SP | 2059886 | CLINED DIADEMA                                           | 11/2018 | ---- |  | 00750796000108 |                |
| SP | 5688353 | CLINEFRAN                                                | 11/2018 | ---- |  | 08896723000122 |                |
| SP | 6233422 | CLINICA DE NEFROLOGIA RENALCLASS                         | 11/2018 | ---- |  | 10386235000117 |                |
| SP | 2073471 | CLINICA LESTE                                            | 11/2018 | ---- |  | 46367850000123 |                |
| SP | 3445194 | CLINICA LUND DE NEFROLOGIA SC LTDA ITU                   | 11/2018 | ---- |  | 03902136000347 |                |

|    |         |                                                            |         |      |  |                |                |
|----|---------|------------------------------------------------------------|---------|------|--|----------------|----------------|
| SP | 2025698 | CLINICA LUND DE RIBEIRAO PRETO                             | 11/2018 | ---- |  | 55996417000148 |                |
| SP | 6228194 | CLINICA NEFROLOGICA DO ITAIM PAULISTA                      | 11/2018 | ---- |  | 05299909000106 |                |
| SP | 7499078 | CLINICA NEFROLOGICA SANTA CATARINA                         | 11/2018 | ---- |  | 17466247000109 |                |
| SP | 2048094 | CLINICA NEFROLOGICA SAO MIGUEL                             | 11/2018 | ---- |  | 01540196000170 |                |
| SP | 2091569 | CNTT                                                       | 11/2018 | ---- |  | 03968196000109 |                |
| SP | 2081695 | CONJUNTO HOSPITALAR SOROCABA                               | 11/2018 | ---- |  | 46374500001409 | 46374500000194 |
| SP | 7760094 | CTN CLINICA DE NEFROLOGIA LTDA                             | 04/2024 | ---- |  | 22302255000141 |                |
| SP | 4048156 | DAVITA                                                     | 11/2018 | ---- |  | 64930142000130 |                |
| SP | 2044544 | DAVITA                                                     | 11/2018 | ---- |  | 59649251000144 |                |
| SP | 2042487 | DAVITA                                                     | 11/2018 | ---- |  | 56893852000100 |                |
| SP | 3154068 | DAVITA ANCHIETA                                            | 11/2018 | ---- |  | 05441227000196 |                |
| SP | 3064174 | DAVITA ARICANDUVA                                          | 11/2018 | ---- |  | 02166621000175 |                |
| SP | 2026449 | DAVITA BENJAMIN CONSTANT                                   | 11/2018 | ---- |  | 03777561000190 |                |
| SP | 6128076 | DAVITA BRASIL PARTICIPACOES E SERVICOS DE NEFROLOGIA LTDA  | 11/2018 | ---- |  | 23097104001729 |                |
| SP | 2705354 | DAVITA BRASIL PARTICIPACOES E SERVICOS DE NEFROLOGIA LTDA  | 11/2018 | ---- |  | 23097104001303 |                |
| SP | 2037726 | DAVITA BRASIL PARTICIPACOES E SERVICOS DE NEFROLOGIA LTDA  | 11/2018 | ---- |  | 23097104001486 |                |
| SP | 2698889 | DAVITA CAMBUCI                                             | 11/2018 | ---- |  | 44901882000131 |                |
| SP | 9037179 | DAVITA CARAGUATATUBA                                       | 11/2018 | ---- |  | 04666985000220 |                |
| SP | 5550637 | DAVITA JOAO DIAS                                           | 11/2018 | ---- |  | 23097104000595 |                |
| SP | 2091615 | DAVITA PENHA                                               | 11/2018 | ---- |  | 23097104000676 |                |
| SP | 2048302 | DAVITA PERDIZES                                            | 11/2018 | ---- |  | 23097104000757 |                |
| SP | 2057077 | DAVITA SANTANA                                             | 11/2018 | ---- |  | 53501714000140 |                |
| SP | 2025590 | DAVITA SAO BERNARDO                                        | 11/2018 | ---- |  | 23097104000404 |                |
| SP | 5529522 | DAVITA SERVICOS DE NEFROLOGIA HORTOLANDIA LTDA             | 12/2018 | ---- |  | 09106056000108 |                |
| SP | 6207693 | DAVITA SERVICOS DE NEFROLOGIA JARDIM DAS IMBUIAS           | 11/2018 | ---- |  | 97479646000488 |                |
| SP | 2039559 | DAVITA SERVICOS DE NEFROLOGIA LAPA                         | 11/2018 | ---- |  | 00649428000160 |                |
| SP | 2032228 | DAVITA SERVICOS DE NEFROLOGIA POMPEIA                      | 11/2018 | ---- |  | 57810459000178 |                |
| SP | 2064502 | DAVITA SERVICOS DE NEFROLOGIA SAO JOSE DO RIO PRETO LTDA   | 11/2018 | ---- |  | 46905121000183 |                |
| SP | 2071258 | DAVITA SERVICOS DE NEFROLOGIA TAUBATE LTDA                 | 11/2018 | ---- |  | 01205542000244 |                |
| SP | 3524086 | DAVITA SERVICOS DE NEFROLOGIA VILA OLIMPIA                 | 11/2018 | ---- |  | 05302343000124 |                |
| SP | 2035413 | DAVITA SILVA JARDIM                                        | 11/2018 | ---- |  | 55055198000100 |                |
| SP | 2749750 | DAVITA SUMARE                                              | 11/2018 | ---- |  | 04022262000108 |                |
| SP | 2071290 | DIERVERUM                                                  | 11/2018 | ---- |  | 59650366000159 |                |
| SP | 2071282 | ENESP                                                      | 11/2018 | ---- |  | 45181930000127 |                |
| SP | 2048116 | FRESENIUS MEDICAL CARE                                     | 11/2018 | ---- |  | 00708036000124 |                |
| SP | 2048078 | FRESENIUS VILA MARIANA                                     | 11/2018 | ---- |  | 56094410000101 |                |
| SP | 2078015 | HC DA FMUSP HOSPITAL DAS CLINICAS SAO PAULO                | 11/2018 | ---- |  | 56577059000100 |                |
| SP | 2075962 | HOSP DA STA CASA DE STO AMARO                              | 11/2018 | ---- |  | 57038952000111 |                |
| SP | 2077477 | HOSP STA MARCELINA SAO PAULO                               | 11/2018 | ---- |  | 60742616000160 |                |
| SP | 2784602 | HOSPITAL AGUSTO DE OLIVEIRA CAMARGO                        | 10/2014 | ---- |  | 60499365000215 | 60499365000134 |
| SP | 2080575 | HOSPITAL BP                                                | 11/2018 | ---- |  | 61599908000158 |                |
| SP | 2090961 | HOSPITAL CARLOS FERNANDO MALZONI MATAO                     | 11/2018 | ---- |  | 52314861000148 |                |
| SP | 2748223 | HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU | 11/2018 | ---- |  | 46230439000101 |                |
| SP | 2079798 | HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS               | 11/2018 | ---- |  |                | 46068425000133 |
| SP | 2082187 | HOSPITAL DAS CLINICAS FAIPA RIBEIRAO PRETO                 | 11/2018 | ---- |  | 57722118000140 |                |
| SP | 2790556 | HOSPITAL DE BASE DE BAURU                                  | 11/2018 | ---- |  | 46374500024026 | 46374500000194 |
| SP | 2077396 | HOSPITAL DE BASE DE SAO JOSE DO RIO PRETO                  | 11/2018 | ---- |  | 60003761000129 |                |
| SP | 7373465 | HOSPITAL DE CLINICAS MUNICIPAL                             | 12/2023 | ---- |  |                | 46523239000147 |
| SP | 2089785 | HOSPITAL DO RIM E HIPERTENSAO                              | 11/2018 | ---- |  | 52803319000159 |                |
| SP | 2755130 | HOSPITAL DOMINGOS LEONARDO CERAVOLO PRESIDENTE PRUDENTE    | 11/2018 | ---- |  | 46374500016864 | 46374500000194 |
| SP | 2087057 | HOSPITAL DOS FORNECEDORES DE CANA DE PIRACICABA            | 11/2018 | ---- |  | 54384631000261 |                |
| SP | 2078473 | HOSPITAL DR LUIZ CAMARGO DA FONSECA E SILVA                | 08/2023 | ---- |  |                | 47492806000108 |
| SP | 2082128 | HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO                        | 11/2018 | ---- |  | 46020301000269 |                |
| SP | 2790602 | HOSPITAL ESTADUAL BAURU                                    | 11/2018 | ---- |  | 46374500014810 | 46374500000194 |
| SP | 2080273 | HOSPITAL ESTADUAL MARIO COVAS DE SANTO ANDRE               | 11/2018 | ---- |  | 46374500014497 | 46374500000194 |
| SP | 2792168 | HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA                              | 11/2018 | ---- |  | 46374500013920 | 46374500000194 |
| SP | 2078562 | HOSPITAL GERAL DE ITAQUAQUECETUBA                          | 10/2024 | ---- |  | 46374500013504 | 46374500000194 |

|    |         |                                                              |         |      |  |                |                |
|----|---------|--------------------------------------------------------------|---------|------|--|----------------|----------------|
| SP | 2790610 | HOSPITAL GERAL PREFEITO MIGUEL MARTIN GUALDA DE PROMISSAO    | 11/2018 | ---- |  | 46374500001328 | 46374500000194 |
| SP | 2071371 | HOSPITAL INFANTIL DARCY VARGAS UGA III SAO PAULO             | 11/2018 | ---- |  | 46374500011803 | 46374500000194 |
| SP | 2082624 | HOSPITAL JAPONES SANTA CRUZ                                  | 11/2018 | ---- |  | 60552098000111 |                |
| SP | 2082853 | HOSPITAL MAJOR ANTONIO CANDIDO BATATAIS                      | 11/2018 | ---- |  | 44945962000199 |                |
| SP | 6095666 | HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR FRANCISCO MORAN             | 11/2018 | ---- |  | 46523015000801 | 46523015000135 |
| SP | 2058790 | HOSPITAL MUNICIPAL DR WALDEMAR TEBALDI                       | 11/2018 | ---- |  |                | 45781176000166 |
| SP | 2089327 | HOSPITAL PADRE ALBINO CATANDUVA                              | 11/2018 | ---- |  | 47074851000819 |                |
| SP | 2078511 | HOSPITAL REGIONAL DE ILHA SOLTEIRA                           | 11/2018 | ---- |  | 53221255003409 |                |
| SP | 3126838 | HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAIBA                         | 11/2018 | ---- |  | 60975737007245 |                |
| SP | 0008052 | HOSPITAL REGIONAL DR VIVALDO MARTINS SIMOES OSASCO           | 11/2018 | ---- |  | 46374500012524 | 46374500000194 |
| SP | 2754843 | HOSPITAL SANTO AMARO                                         | 11/2018 | ---- |  | 48697338000170 |                |
| SP | 2085194 | HOSPITAL SAO FRANCISCO DE ASSIS                              | 11/2018 | ---- |  | 50460351000153 |                |
| SP | 2081253 | HOSPITAL SAO LUIZ DE ARARAS                                  | 11/2018 | ---- |  | 44215341000150 |                |
| SP | 8005877 | HOSPITAL SAO MARCOS JABOTICABAL                              | 11/2018 | ---- |  | 50385384000186 |                |
| SP | 2077485 | HOSPITAL SAO PAULO HOSPITAL DE ENSINO DA UNIFESP             | 11/2018 | ---- |  | 61699567000192 |                |
| SP | 2080923 | HOSPITAL SAO VICENTE                                         | 11/2018 | ---- |  | 59901454000186 |                |
| SP | 2078155 | HOSPITAL STELLA MARIS                                        | 11/2018 | ---- |  | 49052533000106 |                |
| SP | 2076926 | HOSPITAL UNIVERSITARIO DA USP SAO PAULO                      | 11/2018 | ---- |  | 63025530008512 |                |
| SP | 2704900 | HOSPITAL UNIVERSITARIO SAO FRANCISCO NA PROV DE DEUS         | 11/2018 | ---- |  | 53221255005100 |                |
| SP | 2090244 | IBENE BEBEDOURO                                              | 11/2018 | ---- |  | 64923618000106 |                |
| SP | 2069296 | IDR SAO JOAO DA BOA VISTA                                    | 11/2018 | ---- |  | 00856003000202 |                |
| SP | 2789612 | IDR UNIDADE SANTO ANDRE                                      | 11/2018 | ---- |  | 44044675000108 |                |
| SP | 9716351 | IMON INSTITUTO MORATENSE DE NEFROLOGIA LTDA                  | 12/2020 | ---- |  | 28937926000127 |                |
| SP | 2792184 | INEDI TABOAO DA SERRA                                        | 11/2018 | ---- |  | 00235344000180 |                |
| SP | 2034824 | INSTITUTO DE HEMODIALISE DE SOROCABA                         | 11/2018 | ---- |  | 54329859000178 |                |
| SP | 2718359 | INSTITUTO DE NEFROLOGIA DE MOGI DAS CRUZES                   | 11/2018 | ---- |  | 01852741000163 |                |
| SP | 2048299 | INSTITUTO DE NEFROLOGIA DE SUZANO                            | 11/2018 | ---- |  | 59643684000192 |                |
| SP | 3009475 | INSTITUTO ITAPETININGA                                       | 11/2018 | ---- |  | 71565543000102 |                |
| SP | 2749742 | INSTITUTO SEGUMED SBO                                        | 11/2018 | ---- |  | 29578473000667 |                |
| SP | 3058190 | INSTITUTO SEGUMED UNIDADE SAO VICENTE                        | 11/2018 | ---- |  | 29578473001205 |                |
| SP | 2088193 | IRMANDADE DA STA CASA DE MISERICORD DE MOGI MIRIM MOGI MIRIM | 11/2018 | ---- |  | 52775392000164 |                |
| SP | 7919697 | NEFRO PG                                                     | 11/2018 | ---- |  |                | 46177531000155 |
| SP | 7602235 | NEFROCLINICA IPIRANGA                                        | 11/2018 | ---- |  | 16657024000158 |                |
| SP | 2048108 | NEFROCOR                                                     | 11/2018 | ---- |  | 73853079000177 |                |
| SP | 6253415 | NEFROLAPA                                                    | 11/2018 | ---- |  | 04965066000177 |                |
| SP | 9989579 | NEPHRO GROUP CLINICA DE DIALISE                              | 08/2021 | ---- |  | 32354745000145 |                |
| SP | 2078465 | REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA                    | 11/2018 | ---- |  | 46030318000116 |                |
| SP | 6213529 | RENALCARE NEFROLOGIA                                         | 11/2018 | ---- |  | 07475651000187 |                |
| SP | 9061606 | RENALS SAO JOAQUIM DA BARRA                                  | 07/2017 | ---- |  | 24979366000112 |                |
| SP | 6135153 | RENALS SERTAOZINHO                                           | 11/2018 | ---- |  | 10527048000106 |                |
| SP | 2078775 | SANTA CASA DE ARACATUBA HOSPITAL SAGRADO CORACAO DE JESUS    | 11/2018 | ---- |  | 43751502000167 |                |
| SP | 2083604 | SANTA CASA DE AVARE                                          | 10/2023 | ---- |  | 44584019000106 |                |
| SP | 2092611 | SANTA CASA DE BARRETOS                                       | 11/2018 | ---- |  | 44782779000110 |                |
| SP | 2024691 | SANTA CASA DE CRUZEIRO                                       | 04/2024 | ---- |  | 47431697000119 |                |
| SP | 2750988 | SANTA CASA DE DRACENA                                        | 11/2018 | ---- |  | 47617584000102 |                |
| SP | 2093324 | SANTA CASA DE FERNANDOPOLIS                                  | 11/2018 | ---- |  | 47844287000108 |                |
| SP | 2705982 | SANTA CASA DE FRANCA                                         | 11/2018 | ---- |  | 47969134000189 |                |
| SP | 2791722 | SANTA CASA DE JAU                                            | 11/2018 | ---- |  | 50753631000150 |                |
| SP | 2078074 | SANTA CASA DE LEME                                           | 11/2018 | ---- |  | 51381903000109 |                |
| SP | 2081458 | SANTA CASA DE LIMEIRA                                        | 11/2018 | ---- |  | 51473692000126 |                |
| SP | 2083116 | SANTA CASA DE MARILIA                                        | 11/2018 | ---- |  | 52049244000162 |                |
| SP | 2077647 | SANTA CASA DE MIS DE ADAMANTINA NA PROVIDENCIA DE DEUS       | 11/2018 | ---- |  | 53221255006777 |                |
| SP | 2081512 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUARATINGUETA                  | 11/2018 | ---- |  | 48547806000120 |                |
| SP | 2027186 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAPEVA                        | 11/2018 | ---- |  | 49797293000179 |                |
| SP | 2023709 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITATIBA                        | 11/2018 | ---- |  | 50119585000131 |                |
| SP | 2751704 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITUVERAVA                      | 11/2018 | ---- |  | 50304377000102 |                |
| SP | 2084228 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DONA CAROLINA MALHEIROS SJBV      | 11/2018 | ---- |  | 59759084000194 |                |
| SP | 2082845 | SANTA CASA DE OLIMPIA                                        | 10/2023 | ---- |  | 53227229000120 |                |
| SP | 4049020 | SANTA CASA DE OURINHOS                                       | 11/2018 | ---- |  | 53412144000111 |                |
| SP | 2755092 | SANTA CASA DE PINDAMONHANGABA                                | 11/2018 | ---- |  | 54122213000115 |                |

|                           |         |                                                              |         |      |  |                |     |
|---------------------------|---------|--------------------------------------------------------------|---------|------|--|----------------|-----|
| SP                        | 2772310 | SANTA CASA DE PIRACICABA                                     | 11/2018 | ---- |  | 54370630000187 |     |
| SP                        | 2785382 | SANTA CASA DE PIRASSUNUNGA                                   | 08/2021 | ---- |  | 54848361000111 |     |
| SP                        | 2751038 | SANTA CASA DE PRESIDENTE EPITACIO                            | 11/2022 | ---- |  | 44932846000135 |     |
| SP                        | 2082888 | SANTA CASA DE RIO CLARO                                      | 11/2018 | ---- |  | 56384183000140 |     |
| SP                        | 2025752 | SANTA CASA DE SANTOS                                         | 11/2018 | ---- |  | 58198524000119 |     |
| SP                        | 2080931 | SANTA CASA DE SAO CARLOS                                     | 11/2018 | ---- |  | 59610394000142 |     |
| SP                        | 2748029 | SANTA CASA DE SAO JOSE CAMPOS                                | 11/2018 | ---- |  | 45186053000187 |     |
| SP                        | 2688689 | SANTA CASA DE SAO PAULO HOSPITAL CENTRAL SAO PAULO           | 11/2018 | ---- |  | 62779145000190 |     |
| SP                        | 2080664 | SANTA CASA DE TUPA                                           | 11/2018 | ---- |  | 72547623000190 |     |
| SP                        | 2081377 | SANTA CASA DE VOTUPORANGA                                    | 11/2018 | ---- |  | 72957814000120 |     |
| SP                        | 2080532 | SANTA CASA HOSP DR ARISTOTELES OLIVEIRA MARTINS PRES PRUDENT | 11/2018 | ---- |  | 55344337000108 |     |
| SP                        | 2024616 | SENERP                                                       | 11/2018 | ---- |  | 52393048000100 |     |
| SP                        | 2071991 | SENESE                                                       | 11/2018 | ---- |  | 51745990000128 |     |
| SP                        | 2806126 | UNASCO OSASCO                                                | 11/2018 | ---- |  | 47465380000101 |     |
| SP                        | 2707217 | UNIDADE DE NEFROLOGIA DE ASSIS                               | 11/2018 | ---- |  | 68165497000131 |     |
| SP                        | 6095100 | UNTR UNIDADE DE NEFROLOGIA DIALISE E TRANSPLANTE RENAL       | 11/2018 | ---- |  | 09414876000159 |     |
| SP                        | 2089343 | UNTR UNIDADE DE NEFROLOGIA DIALISE E TRANSPLANTE RENAL       | 11/2018 | ---- |  | 47309554000139 |     |
| SP                        | 7339488 | VHP SAUDE                                                    | 05/2015 | ---- |  | 17495168000118 |     |
| TO                        | 5615283 | FUNDACAO PRO RIM GURUPI                                      | 11/2018 | ---- |  | 79361127000943 |     |
| TO                        | 2370581 | INSTITUTO DE DOENCAS RENAIIS DO TOCANTINS DE ARAGUAINA       | 11/2018 | ---- |  | 38142451000136 |     |
| TO                        | 3913090 | PRORIM FUNDACAO PRO RIM PALMAS                               | 11/2018 | ---- |  | 79361127000862 |     |
| TO                        | 9739254 | RENAL CENTER DE ARAGUAINA                                    | 08/2024 | ---- |  | 28894372000128 |     |
| Total de Leitos           |         |                                                              |         |      |  |                | 0   |
| Total de Estabelecimentos |         |                                                              |         |      |  |                | 766 |

## ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



**Ministério da Saúde**  
**Gabinete do Ministro**

**PORTARIA Nº 1.675, DE 7 DE JUNHO DE 2018**

***Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.***

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

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

"CAPÍTULO III

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

Seção I

Das Disposições Gerais

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

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

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

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

II - Anexo 6 do Anexo IV - Indicadores de qualidade." (NR)

"Seção II

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IX - desenvolvimento de medidas de promoção da saúde e que garantam a difusão das ações de saúde e o cuidado à pessoa com DRC de forma compartilhada entre os entes federados;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I - do componente da Atenção Básica:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II - do componente da Atenção Especializada:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### "Seção III

#### Das Tipologias e Atribuições das Unidades de Atenção Especializada em DRC

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II - ofertar uma ou mais das modalidades de diálise;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### "Seção IV

## Do Tratamento Dialítico em Trânsito

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## "Seção V

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## "Seção VI

## Das Equipes

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

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

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

- I - constituir preferencialmente referência regional para assistência ambulatorial em DRC para os estágios 3, 4 e 5;
- II - construir o plano de cuidado de maneira integrada com a Atenção Básica;
- III - realizar o matriciamento para as equipes de Atenção Básica para o estágio 3 e o acompanhamento multiprofissional em DRC para os estágios 4 a 5; e
- IV - encaminhar os casos com indicação de diálise em período suficiente para o início programado do tratamento renal substitutivo - hemodiálise ou diálise peritoneal.

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

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

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

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

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

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

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

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

- I - 1 (um) médico nefrologista para cada 50 (cinquenta) pacientes; e
- II - 1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes. " (NR)

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

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

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

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

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

#### "Seção VII

##### Do Monitoramento e Avaliação

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I - ao cumprimento contínuo das normas estabelecidas nesta Portaria;

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

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

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

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

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

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

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

#### "Seção VIII

##### Das Disposições Finais

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

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

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

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

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

#### "Seção III

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I - 15.01 - UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEFROLOGIA (SERVIÇO DE NEFROLOGIA);

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

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

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

Art. 12. Ficam revogados:

I - os art. 95, art. 96 e art. 97, da Portaria de Consolidação nº 03/GM/MS, de 28 de setembro de 2017;

III - os art. 300, art. 301 e art. 302, da Portaria de Consolidação nº 06/GM/MS, de 28 de setembro de 2017; e

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

## GILBERTO OCCHI

### ANEXO I

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

#### FORMULÁRIO PARA HABILITAÇÃO EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC

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

Solicitação de habilitação para:

( ) Atenção Especializada em DRC com hemodiálise - código 15.04

( ) Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal - código 15.05

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

Informações gerais:

1 - Informar o número de máquinas de hemodiálise:

2 - Informar o número de máquinas de hemodiálise reserva:

3 - Informar o número de turnos de atendimento:

4 - Informar o número de pacientes em acompanhamento multiprofissional nos estágios clínicos 4 e 5 (pré-diálise):

5 - Informar o número de pacientes adultos em hemodiálise:

6 - Informar o número de pacientes pediátricos em hemodiálise:

7 - Informar o número de pacientes com sorologia positiva para HIV, hepatite B ou hepatite C em hemodiálise:

8 - Informar o número de pacientes em Diálise Peritoneal Automatizada (DPA):

9 - Informar o número de pacientes em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC):

10 - Informar o número de pacientes em Diálise Peritoneal Intermitente (DPI):

11 - O estabelecimento de saúde possui licença de funcionamento vigente? Caso o serviço seja público deve ter a cópia do parecer técnico conclusivo da situação encontrada que deverá ser anexado ao processo.

( ) Sim ( ) Não

12 - O estabelecimento de saúde conta com parecer favorável da vigilância sanitária local e está de acordo com a RDC nº 11, de 13 de março de 2014 da ANVISA ou a que vier substituir?

( ) Sim ( ) Não

13 - O estabelecimento de saúde possui serviço de diagnose para que seja garantida a execução dos exames laboratoriais (análises clínicas)?

( ) Sim ( ) Não, referencia para: \_\_\_\_\_ CNES: \_\_\_\_\_

14 - O estabelecimento de saúde possui serviço de diagnose para que seja garantida a execução dos exames de imagem (Raio X e ultrassonografia)?

( ) Sim ( ) Não, referencia para: \_\_\_\_\_ CNES: \_\_\_\_\_

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

( ) Sim ( ) Não, referencia para: \_\_\_\_\_ CNES: \_\_\_\_\_

( ) Não se aplica

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

( ) Sim ( ) Não, referencia para: \_\_\_\_\_ CNES: \_\_\_\_\_

( ) Não se aplica

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

( ) Sim ( ) Não, referencia para: \_\_\_\_\_ CNES: \_\_\_\_\_

( ) Não se aplica

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

( ) Sim ( ) Não

Equipe multiprofissional:

19 - O estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 (pré-dialítico) - código 15.06 - possui equipe mínima de acordo com o proposto nesta Portaria?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

1.Nome do médico nefrologista:

2.Nome do enfermeiro:

3.Nome do nutricionista:

4.Nome do psicólogo:

5.Nome do assistente social:

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

( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

1.Nome do médico nefrologista responsável técnico:

2.Nome do médico nefrologista:

3.Nome do enfermeiro nefrologista responsável técnico:

4.Nome do enfermeiro nefrologista:

5.Nome do nutricionista:

6.Nome do psicólogo:

Nome do assistente social:

Relação com os nomes dos técnicos de enfermagem:

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

( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

1.Nome do médico nefrologista responsável técnico:

2.Nome do enfermeiro nefrologista responsável técnico:

3.Nome do nutricionista:

4.Nome do psicólogo:

5.Nome do assistente social:

6.Relação com os nomes dos técnicos de enfermagem:

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

( ) Sim ( ) Não

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

Nome: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

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

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

( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

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

( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

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

( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

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

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

( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

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

( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

26 - Anexar os seguintes documentos:

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

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

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

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

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

4. Cópia da licença de funcionamento vigente.

#### ANEXO II

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

#### INDICADORES DE QUALIDADE

1- Proporção de pacientes em tratamento conservador (pré-dialítico) com Hemoglobina (Hb)<sup>3</sup>10 mg/dl e HB $\leq$ 12 mg/dl

A) CÁLCULO:

No de pacientes em tratamento conservador com Hb<sup>3</sup>10 mg/dl e HB $\leq$ 12 mg/dl/ No total de pacientes em tratamento conservador X 101

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

2- Proporção de pacientes em tratamento conservador (pré-dialítico) com a dosagem de fósforo (P)<sup>3</sup>2,5 mg/dl e P $\leq$ 4,5 mg/dl

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em tratamento conservador com P > 2,5 e < 4,5 mg/dl/ Nº total de pacientes em tratamento conservador X 101

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

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

A) CÁLCULO:

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

B) FREQUÊNCIA: Mensal

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

A) CÁLCULO:

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

B) FREQUÊNCIA: Mensal

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

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em tratamento conservador com abandono de tratamento/ Nº total de pacientes em tratamento conservador X 101

B) FREQUÊNCIA: Anual

6- Proporção de pessoas em diálise peritoneal

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em diálise peritoneal/ Nº total de pacientes em tratamento em diálise X 101

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

7- Taxa de hospitalização dos pacientes por intercorrência clínica:

A) CÁLCULO:

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

OU

Nº total de pacientes em tratamento por CAPD e DPA X 101

B) FREQUÊNCIA: Mensal

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

A) CÁLCULO:

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

B) FREQUÊNCIA: Mensal

9- Taxa de mortalidade de pacientes em diálise

A) CÁLCULO:

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

B) FREQUÊNCIA: Anual

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

A) CÁLCULO:

Nº absoluto de casos com soroconversão para Hepatite C

a) Frequência: Trimestral

11- Incidência em peritonite em pacientes em diálise peritoneal

A) CÁLCULO:

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

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

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

A) CÁLCULO:

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

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

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

A) CÁLCULO:

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

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

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

A) CÁLCULO:

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

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

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

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em Diálise com PTH > 600 pg/ml/ Nº total de pacientes em Diálise X 101

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

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

A) CÁLCULO:

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

B) FREQUÊNCIA: Mensal

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

A) CÁLCULO:

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

B) FREQUÊNCIA: Mensal" (NR)

### ANEXO III

#### ATUALIZAÇÃO NA TABELA DE HABILITAÇÕES DO CNES

##### GRUPO 15 - NEFROLOGIA

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

### ANEXO IV

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

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

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

### ANEXO V

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

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

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

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



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE  
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA  
SAÚDE

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 11, DE 16 DE SETEMBRO DE 2024.

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas das  
Estratégias para Atenuar a Progressão da Doença Renal Crônica.

**O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE e o SECRETÁRIO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO E DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE**, no uso das atribuições que lhes conferem o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, alterado pelo Decreto nº 12.036, de 28 de maio de 2024, e

Considerando a necessidade de se estabelecerem os parâmetros sobre as estratégias para atenuar a progressão da Doença Renal Crônica (DRC) no Brasil e as diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta doença;

Considerando que os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas são resultado de consenso técnico-científico e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação;

Considerando o Registro de Deliberação nº 824/2023 e o Relatório de Recomendação nº 827/2023 – de maio de 2023, da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), a atualização da busca e avaliação da literatura;

Considerando a avaliação técnica do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SECTICS/MS), do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SECTICS/MS) e do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAES/MS), resolvem:

Art. 1º Fica aprovado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) das Estratégias para Atenuar a Progressão da Doença Renal Crônica.

Parágrafo único. O Protocolo objeto deste artigo, que contém o conceito geral da Doença Renal Crônica, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação, disponível no sítio <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt>, é de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes.

Art. 2º É obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais (efeitos ou eventos adversos) relacionados ao uso de procedimento ou medicamento preconizados para o tratamento da doença renal crônica.

Art. 3º Os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, conforme suas competências e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com essa doença em todas as etapas descritas no Anexo a esta Portaria, disponível no sítio citado no parágrafo único do art. 1º.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ADRIANO MASSUDA

CARLOS AUGUSTO GRABOIS GADELHA

## ANEXO

### PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS ESTRATÉGIAS PARA ATENUAR A PROGRESSÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

#### 1. INTRODUÇÃO

Este Protocolo visa a estabelecer os critérios diagnósticos da doença renal crônica (DRC) e as estratégias terapêuticas para atenuar sua progressão. Ele complementa as orientações das Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com DRC vigente. Ainda, o cuidado de pacientes com DRC também inclui as orientações dos Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Distúrbio Mineral Ósseo na DRC e de Anemia na DRC.

A DRC é uma condição clínica definida pela presença de anormalidade estrutural ou funcional renal, durante um período de pelo menos três meses, com a perda progressiva da função dos néfrons e consequente perda de sua capacidade de filtrar o sangue e manter a homeostase<sup>1-4</sup>. As diversas funções renais, como a excreção de produtos finais de diversos metabolismos, produção de hormônios, controle do equilíbrio hidroeletrolítico, do metabolismo ácido-básico e da pressão arterial, são gradativamente impactadas<sup>4,5</sup>.

Sabe-se que, apesar dos néfrons suportarem aumento transitório na carga de filtração glomerular, elevações persistentes da taxa de filtração glomerular (TFG) e da pressão de filtração (hipertensão glomerular) desencadeiam processos inflamatórios deletérios e estresse oxidativo que culminam com a esclerose glomerular e a fibrose túbulo-intersticial, ou seja, com a DRC e sua progressão<sup>4,5</sup>.

Diferentes mecanismos podem estar envolvidos na fisiopatologia e progressão da DRC, sendo múltiplas as causas e os fatores prognósticos. Além disso, muitos fatores estão associados tanto à etiologia quanto à progressão da perda de função renal, sendo considerados fatores de risco para o desenvolvimento e a progressão da doença<sup>4-6</sup>:

- a) diabetes;
- b) hipertensão;
- c) senilidade;
- d) obesidade;
- e) antecedentes de doença do aparelho circulatório (doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca);
- f) histórico de DRC na família;
- g) tabagismos;
- h) uso de agentes nefrotóxicos;
- i) doenças glomerulares;
- j) doenças genéticas (incluindo a doença renal policística autossômica dominante).

Atualmente, a DRC se destaca como um problema de saúde pública devido à sua prevalência crescente, morbimortalidade elevada e altos custos demandados para a manutenção dos pacientes renais crônicos dialíticos nas diversas modalidades de terapia renal substitutiva (TRS) existentes (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal)<sup>6-11</sup>.

Em 2017, um total de 697,5 milhões de casos de DRC foram descritos em todo o mundo, gerando uma prevalência estimada da doença de 9,1%. Cerca de um terço de todos esses casos eram procedentes da China (132,3 milhões) e da Índia (115,1 milhões). Países como Bangladesh, Brasil, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Rússia, Estados Unidos da América (EUA) e Vietnã contribuíram, cada um, com mais de 10 milhões de casos da doença<sup>7,8</sup>. No Brasil, cerca de dez milhões de pessoas têm alguma disfunção renal e a prevalência de DRC é de 50/100.000 habitantes<sup>9</sup>. Um estudo prospectivo multicêntrico

brasileiro (2008-2010) que envolveu seis capitais (Belo Horizonte, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo e Vitória) e mais de 14.500 trabalhadores ativos ou aposentados com idade entre 35 e 74 anos, apontou uma prevalência geral da DRC no país de 8,9%, sendo maior em indivíduos de menor nível socioeconômico, assim como em negros e indígenas<sup>10</sup>.

A DRC pode ser estratificada em estágios, conforme as condições clínicas do paciente. A prevalência mundial, em 2017, para cada um deles foi: estágios 1 e 2 de 5%; estágio 3 de 3,9%; estágio 4 de 0,16%; estágio 5 de 0,07%; pacientes em diálise de 0,041%; e transplantados renais de 0,011%<sup>9</sup>.

A alta taxa de morbidade está principalmente relacionada à necessidade de TRS dos pacientes. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia de 2023, atualmente, 157.000 brasileiros encontram-se em TRS, ou seja, no estágio 5D da DRC<sup>11</sup>. Estudo recentemente publicado indica que os custos médios envolvidos no cuidado dos pacientes com DRC aumentam de forma substancial à medida que a doença progride. Por exemplo, no estágio G1, este valor acumulado ao longo de quatro anos está em torno de R\$ 7.100, enquanto para o estágio G5, o valor ultrapassa R\$ 26.800, pois o paciente apresenta maiores chances de ser encaminhado ao tratamento dialítico dentro deste período. Apesar de apresentar uma carga econômica relevante, o tratamento aplicado na etapa de pré-diálise pode reduzir em mais de R\$ 33 mil o custo médio para cada ano de tratamento dialítico evitado<sup>12</sup>.

Considerando a mortalidade por DRC, foram registrados, em 2017, cerca de 1,2 milhões de óbitos no mundo e a taxa de mortalidade pela doença aumentou 41,5% entre 1990 e 2017. Ao ser ajustada pela idade, a taxa de mortalidade por DRC aumentou em 60,9%, 60,9% e 57,3% na América Latina central, na Ásia central e na América do Norte de alta renda, respectivamente<sup>7,8</sup>.

Prevenir a progressão da DRC, utilizando todos os esforços medicamentosos e não medicamentosos para a preservação da TFG tem impacto positivo na redução de desfechos de morbimortalidade e deve ser realizada de acordo com o estágio da DRC. Nesse contexto, a identificação de fatores de risco da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Primária um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

Este Protocolo estabelece os critérios diagnósticos da doença renal crônica (DRC) e as estratégias terapêuticas para atenuar sua progressão. O processo de desenvolvimento desse Protocolo seguiu recomendações das Diretrizes Metodológica de Elaboração de Diretrizes Clínicas do Ministério da Saúde<sup>13</sup>. Uma descrição mais detalhada da metodologia está disponível no **Apêndice 1**. O histórico de alterações deste Protocolo encontra-se descrito no **Apêndice 2**.

## **2. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)**

- N18.2 – Doença Renal Crônica estágio 2;
- N18.3 – Doença Renal Crônica estágio 3;
- N18.4 – Doença Renal Crônica estágio 4;
- N18.5 - Doença Renal Crônica estágio 5.

## **3. DIAGNÓSTICO**

Na maior parte do tempo, a DRC é assintomática. Desse modo, evidencia-se a relevância da realização da prevenção dos fatores de risco, do rastreamento e do diagnóstico precoce de DRC na atenção primária à saúde (APS), especialmente no que concerne às pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito. É fundamental, ainda, que o profissional possa agregar no processo de diagnóstico a percepção de identificar e reconhecer marcadores de determinantes sociais como identidade de

gênero, racismo, orientação sexual, etnia<sup>14</sup> e iniquidades sociais e econômicas como indicadores de saúde que podem contribuir para o desenvolvimento de situações de agravos e condições de adoecimento.

Neste sentido, destaca-se o importante papel da APS no ordenamento do cuidado conservador da pessoa com DRC e o monitoramento para acompanhamento e tratamento de fatores de risco com vistas à prevenção de agravos, especialmente no que tange as orientações e aconselhamentos para a modificação dos modos de viver, além do estímulo ao autocuidado relativo ao tratamento não medicamentoso, bem como na detecção da DRC dos estágios 1, 2 e 3A, sendo estas as principais contribuições da APS para esta população.

No geral, os pacientes com DRC apresentam sinais e sintomas mais evidentes nos estágios mais avançados da doença (4 e 5). Entre os sintomas destacam-se nictúria, hipertensão arterial, anemia, fraqueza, fadiga, emagrecimento, prurido, síndrome das pernas inquietas, dor crônica, sintomas gastrintestinais (inapetência, náusea, vômito, constipação), edema e dispneia e alterações urinárias (urina escura, na presença de hematuria; muito clara, se houver a diminuição da densidade urinária; espumosa, na presença de proteinúria). Nas fases mais avançadas pode haver oligúria<sup>4,5</sup>. Já as alterações laboratoriais podem estar presentes nos estágios intermediários da DRC: anemia, distúrbios do cálcio, fósforo e paratormônio, também chamado de distúrbios do metabolismo mineral e ósseo (DMO), e acidose metabólica, o principal distúrbio acidobásico na DRC<sup>1,2,4,5</sup>.

O diagnóstico da doença ocorre pela identificação da perda da função renal, independente da causa, durante um período superior a três meses, com implicações para a saúde<sup>15</sup>. Essa identificação é feita por meio da avaliação da taxa de filtração glomerular (TFG < 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>), calculada por meio de fórmulas, que serão abordadas a seguir. Nos casos de pacientes com TFG ≥ 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, o diagnóstico de DRC é realizado pela identificação de pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso ou de alteração no exame de imagem, preferencialmente ultrassonografia dos rins e vias urinárias<sup>1</sup>.

Uma das maiores causas de morbimortalidade em pacientes com DRC são as doenças cardiovasculares ateroscleróticas. Dessa forma, o risco cardiovascular deve ser estimado na avaliação inicial e periodicamente, pelo menos uma vez ao ano, em pacientes com DRC. Isto permite implementar intervenções preventivas necessárias para reduzir complicações cardiovasculares e aumentar a qualidade de vida desses pacientes.<sup>16-19</sup>

Além da avaliação clínica e laboratorial, é recomendado o uso de uma ferramenta validada para estimar o risco cardiovascular dos pacientes com DRC. Embora existam várias calculadoras para avaliação do risco cardiovascular, no Brasil, para indivíduos entre 40 e 74 anos de idade é recomendada a calculadora HEARTS/OPAS/OMS, que utiliza parâmetros definidos a partir do estudo *Global Burden Disease* (GBD), considerando os dados de estimativa populacional brasileira. Por permitir a estratificação do risco cardiovascular utilizando critérios laboratoriais e não laboratoriais, a calculadora HEARTS é considerada uma ferramenta de fácil aplicabilidade para estimar o risco cardiovascular. A calculadora é de livre acesso e está disponível em: <https://www.paho.org/pt/heart-nas-america/calculadora-risco-cardiovascular>.<sup>20-22</sup>

**Avaliação da Taxa de Filtração Glomerular:** para a avaliação da TFG deve-se evitar o uso da depuração de creatinina medida da coleta de urina de 24 horas pelo potencial de erro de coleta, além dos inconvenientes da coleta temporal. Deve-se, portanto, utilizar fórmulas baseadas na creatinina sérica para estimar a TFG. Recomenda-se o uso da fórmula CKD-EPI (**Quadro 1**)<sup>23,24</sup>. No passado, a fórmula de Cockcroft-Gault foi a mais utilizada para estimar a depuração de creatinina, contudo, seu uso não é recomendado porque necessita da correção para a superfície corpórea, além de apresentar vieses na correlação com a TFG. O cálculo da TFG é recomendado para todos os pacientes sob o risco de desenvolver DRC. Todos os pacientes que se encontram no grupo de risco para a DRC devem dosar a creatinina sérica e ter a sua TFG estimada<sup>1,4,5</sup>.

**Quadro 1** - Fórmula para estimar a taxa de filtração glomerular.

| Fórmula | Cálculo da TFG                                                                             | Valores a serem considerados                                |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| CKD-EPI | $TFG = A \times \left( \left( \frac{Creatinina}{B} \right)^C \right) \times Idade^{0,993}$ | A<br>Mulher = 166; Homem = 163<br>Mulher = 144; Homem = 141 |

| Fórmula | Cálculo da TFG | Valores a serem considerados                                                   |
|---------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------|
|         |                | B Mulher = 0,7; Homem = 0,9                                                    |
|         |                | C Creatinina > 0,7 = -1,209<br>Creatinina ≤ 0,7: Mulher = 0,329; Homem = 0,411 |

**Legenda:** CKD-EPI: *Chronic kidney disease Epidemiology Collaboration*; TFG – Taxa de filtração glomerular.

**Fonte:** adaptado de Levey AS *et al.*, Ann Intern Med. 2009; 150: 604–612.

**Alterações parenquimatosas:** as alterações parenquimatosas devem ser pesquisadas por meio do exame sumário de urina (elementos anormais do sedimento - EAS), também conhecido como urina tipo 1; da pesquisa de albuminúria, que é a presença de albumina na urina; da análise pela biópsia renal (histologia) ou alterações eletrolíticas características de lesões tubulares renais. O EAS deve ser feito para todos os pacientes sob o risco de DRC. Deve-se considerar a hematúria de origem glomerular, definida pela presença de cilindros hemáticos ou dimorfismo eritrocitário, identificados no EAS. Nos pacientes diabéticos e hipertensos com EAS mostrando ausência de proteinúria está indicada a pesquisa de albuminúria em amostra isolada de urina corrigida pela creatinúria, a Relação Albumina Creatinina (RAC). Os valores de referência, bem como a classificação da RAC, estão apresentados no **Quadro 3**. Indivíduos com história de DRC familiar, infecção urinária de repetição e doenças urológicas devem realizar exames de imagem, preferencialmente, a ultrassonografia dos rins e vias urinárias.

São considerados marcadores de dano renal parenquimatoso:

- albuminúria  $\geq 30$  mg/24 horas ou RAC  $\geq 30$  mg/g;
- hematúria de origem glomerular, definida pela presença de cilindros hemáticos ou dimorfismo eritrocitário no exame de urina (EAS);
- alterações eletrolíticas ou anormalidades tubulares;
- alterações detectadas por histologia, pela biópsia renal;
- alterações nos exames de imagem como rins policísticos, hidronefrose, cicatrizes corticais ou alterações da textura cortical, estenose da artéria renal.

### 3.1 Classificação da doença renal crônica

A DRC pode ser classificada em seis estágios (**Quadro 2**), a depender das alterações anatômicas ou estruturais e funcionais, sendo esta última baseada na taxa de filtração glomerular (TFG)<sup>1,2,5</sup>.

**Quadro 2** - Classificação da doença renal crônica de acordo com a taxa de filtração glomerular.

| Estágio | TFG<br>(mL/min por<br>1,73m <sup>2</sup> ) | Descrição                                                                                                                                                                  |
|---------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1       | $\geq 90$                                  | Lesão renal com TFG normal e presença de anormalidades estruturais (albuminúria $\geq 30$ mg ou alterações na imagem, histologia renal ou sedimento urinário)              |
| 2       | 60-89                                      | Lesão renal com TFG levemente diminuída e presença de anormalidades estruturais (albuminúria $\geq 30$ mg ou alterações na imagem, histologia renal ou sedimento urinário) |
| 3 A     | 45 a 59                                    | TFG moderadamente diminuída                                                                                                                                                |
| 3 B     | 30 a 44                                    | TFG moderadamente diminuída                                                                                                                                                |
| 4       | 15-29                                      | TFG gravemente diminuída                                                                                                                                                   |
| 5       | < 15                                       | Falência renal                                                                                                                                                             |

|    |                 |                                        |
|----|-----------------|----------------------------------------|
| 5D | < 15 em diálise | Falência renal em terapia substitutiva |
|----|-----------------|----------------------------------------|

**Legenda:** TFG – Taxa de filtração glomerular.

**Fonte:** Adaptado do KDIGO 2012.

A TFG e a presença de um marcador de dano renal caracterizam a evolução da DRC. A TFG é uma medida geral da função renal mais facilmente compreendida pelos profissionais de saúde, que possibilita a orientação das medidas preventivas e o encaminhamento para especialistas.

A DRC também pode ser classificada de acordo com a presença e intensidade da RAC urinária<sup>1,2,5</sup>, conforme **Quadro 3**.

**Quadro 3** - Classificação da doença renal crônica de acordo com a razão albumina/creatinina urinária.

| Estágio | RAC urinária (mg/g) | Descrição     |
|---------|---------------------|---------------|
| A1      | <30                 | Normal a leve |
| A2      | 30- 299             | Moderada      |
| A3      | > 300               | Grave         |

**Legenda:** RAC – Relação albumina/creatinina urinária.

**Fonte:** Adaptado do KDIGO 2012.

#### 4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes adultos com diagnóstico de DRC, independente da etiologia.

Adicionalmente, para utilizar a dapagliflozina, o paciente deve estar em uso de terapia padrão com medicamentos inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou bloqueadores de receptores da angiotensina (BRA), e deve apresentar a TFG entre 25 e 75 mL/min, ser diabético tipo 2 ou apresentar RAC maior que 300 mg/g em não diabéticos. Vale destacar, que mesmo que o paciente apresente mudanças na TFG ou na redução da RAC com o início do tratamento com dapagliflozina, o medicamento deverá ser mantido até o início da terapia renal substitutiva.

#### 5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações ao uso do respectivo medicamento ou procedimento preconizado neste Protocolo.

#### 6. TRATAMENTO

O tratamento conservador da DRC compreende o tratamento não dialítico. Seu objetivo é a manutenção da função renal e a prevenção da progressão da doença, buscando postergar a necessidade de TRS<sup>1,25-27</sup>. Quando a progressão é inexorável, o tratamento busca a atenuação na velocidade de perda da função renal. O tratamento conservador também contempla o cuidado às complicações, como anemia, hipertensão arterial, DMO, acidose e doença cardiovascular, embora essas não sejam objeto deste Protocolo<sup>28-31</sup>.

##### 6.1 Tratamento não medicamentoso

O tratamento não medicamentoso consiste nas mudanças do estilo de vida, incluindo a cessação do tabagismo, a prática de exercícios físicos, no cumulativo de 150 minutos/semana e de acordo com as condições cardiovasculares, cognitivas e de tolerabilidade física individuais (2C); a redução de peso para um índice de massa corporal normal; e as orientações nutricionais,

como restrição de sal (< 2g de sódio ao dia), exceto nas nefropatias perdedoras de sal; de fósforo na presença de hiperfosfatemia (< 800 mg/dia); de potássio na presença de hipercalemia (2-4 g ao dia) e; de proteínas na dieta<sup>1,4</sup>.

A carga excessiva de aminoácidos oriundos da dieta causa hiperfiltração glomerular significativa e um aumento do fluxo plasmático dos rins. Dietas pobres em proteína se opõem ao aumento adaptativo da pressão capilar glomerular que ocorre nos pacientes com DRC e constituem uma medida de tratamento que pode minimizar a esclerose glomerular. Assim, a restrição de proteínas é uma intervenção nutricional cujo objetivo é retardar a progressão da DRC<sup>32-33</sup>.

Dados experimentais e clínicos sugerem que a restrição proteica, tanto na forma de dieta hipoproteica (LPD, do inglês *Low Protein Diet*, que consiste na ingestão diária ideal de 0,6 g de proteína/kg), quanto a dieta muito pobre em proteínas (VLPD, do inglês *Very Low-Protein Diet*, que consiste na ingestão diária ideal de 0,3 g de proteína/kg), suplementada com cetoanálogos (CA), retarda a progressão da DRC<sup>33-36</sup>. Contudo, ainda não há evidências sobre o impacto dessas dietas na redução da necessidade da TRS e na mortalidade dos pacientes com DRC, razões pelas quais a tecnologia não foi incorporada ao SUS<sup>29</sup>.

Diretrizes nacionais e internacionais apresentam diferentes recomendações acerca da ingestão proteica diária dos pacientes com DRC. A Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN) indica para pacientes adultos com DRC estágio 3 a 5 a ingestão proteica diária de 0,6 a 0,8 g/kg. Já pacientes com DRC nos estágios 4 e 5, a ingestão proteica diária de 0,3 a 0,4 g/kg, suplementada com CA, pode ser utilizada de modo a reduzir a progressão da DRC e da proteinúria, sem causar prejuízos no estado nutricional<sup>26</sup>. O recente *guideline* proposto pela *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (KDOQI) recomenda que pacientes adultos com DRC em estágio 3 a 5, sem diabetes melito (DM) e metabolicamente estáveis, adotem LPD ou VLPD associada à suplementação de CA para atender as necessidades requeridas de proteínas (0,55-0,60 g/kg/dia). Pacientes com DRC estágios 3 a 5 e com DM devem seguir dieta com ingestão proteica de 0,6 a 0,8 g/kg/dia, de modo a estabilizar o estado nutricional e otimizar o controle glicêmico, não sendo sugerida a VLPD associada à suplementação de CA<sup>35</sup>.

Atualmente, segundo as Diretrizes Clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde<sup>4</sup>, a recomendação do Ministério da Saúde para a DRC é de redução da ingestão de proteínas para 0,8 g/Kg/dia em adultos, acompanhado de adequada orientação nutricional, devendo-se evitar ingestão maior do que 1,3g/kg/dia nos pacientes que necessitarem, por outra indicação, ingesta acima de 0,8 g/kg/dia, para os estágios 4 e 5-ND (não dialítico). Para o estágio 5-D (em diálise), é recomendada a adequação da ingesta de proteínas de acordo com o estado nutricional.

Destaca-se que o uso de aminoácidos, concomitante com análogos, foi avaliado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) para a prevenção e tratamento de danos causados pelo metabolismo falho ou deficiente de proteínas na doença renal crônica em conjunto com uma ingestão proteica limitada, com recomendação desfavorável à sua incorporação e seguida da decisão de não incorporação pelo Ministério da Saúde (Relatório de recomendação nº 787, de novembro de 2022 - Portaria SCTIE/MS nº 169/2022)<sup>37</sup>. Para essa recomendação, a Conitec considerou que, embora haja certa evidência de que a associação do CA com a VLPD retarde a progressão da DRC quando comparada à LPD, apenas 7% dos pacientes com DRC estágios 4 e 5 seriam contemplados com a tecnologia devido à dificuldade de adesão à dieta tão restrita em proteínas. Num cenário ainda mais desfavorável, mais pacientes seriam contemplados, porém sem aderirem a VLDP, ou seja, o benefício da tecnologia não seria observado e o custo seria muito elevado.

Os dados que justificam uma dieta baixa em proteínas foram amplamente coletados antes da adoção generalizada do bloqueio do sistema renina-angiotensina e inteiramente antes da adição de inibidores do cotransportador 2 de sódio-glicose (iSGLT2) no tratamento da DRC<sup>38</sup>.

A diretriz atual do KDOQI preconiza a adoção de dieta individualizada para portadores de DRC estágios 3 a 5, mediante avaliação nutricional e de hábitos culturais alimentares, considerando ainda, a idade, a expectativa de vida, a presença de fragilidade e o estado nutricional do paciente. Por essas razões, este Protocolo preconiza como mais adequada a dieta com restrição proteica inferior a 0,8 g/kg/dia. Ainda, preconiza-se a redução da ingestão diária de sódio na dieta (<2 g/dia), pois amplifica o efeito nefroprotetor dos medicamentos que inibem o sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA). Uma meta-

análise (11 ensaios clínicos randomizados) mostra que uma dieta pobre em sódio, *per se*, reduz a albuminúria em 32%. A diminuição da albuminúria é ainda mais significativa se o paciente estiver em uso de um dos medicamentos que inibem o SRAA (-41% vs. -17%, respectivamente), sugerindo um efeito sinérgico entre uma dieta pobre em sódio e terapia com IECA ou BRA<sup>39</sup>.

## 6.2 Tratamento medicamentoso

O tratamento medicamentoso para prevenção da progressão da DRC contempla a terapia padrão com o uso de medicamentos IECA ou BRA, espironolactona e a terapia com dapagliflozina<sup>26,29</sup>.

O estudo RENAAL mostrou que o uso do BRA reduz em 16% o risco da TRS ser necessária quando comparada ao placebo<sup>29</sup>. No entanto, pacientes com DRC em uso de IECA ou BRA frequentemente apresentam desfechos renais adversos, ou seja, declínio sustentado igual ou acima de 50% da taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) ou necessidade de diálise crônica, transplante renal ou TFG abaixo de 15 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>. Dados de seguimento do estudo DISCOVER CKD mostram que a taxa de incidência desses desfechos entre pacientes com DRC e TFGe abaixo de 75 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> foi de 0,64 a 1,09 por 100 pacientes-ano<sup>40</sup>.

O estudo CKDopps mostrou que IECA e BRA foram prescritos a apenas 67% dos pacientes brasileiros com DRC e DM, insuficiência cardíaca ou alto grau de albuminúria. Ainda, quando os episódios de hiperpotassemia ou de lesão renal aguda se tornam mais frequentes no contexto da DRC, principalmente nos estágios avançados, pode ser necessário interromper o uso ou reduzir a dose desses medicamentos<sup>41</sup>.

O uso de IECA ou BRA deve ser indicado para os pacientes adultos diabéticos com DRC estágios 1 a 5 e RAC  $\geq 30$  mg/g, e para pacientes não diabéticos com DRC estágios 1 a 5 com RAC  $\geq 300$  mg/g, independentemente da presença ou não da hipertensão arterial<sup>42</sup>.

O uso de espironolactona deve ser indicado para pacientes com DRC estágios 1 a 4 e RAC  $\geq 300$  mg/g, ou hipertrofia ventricular esquerda ou insuficiência cardíaca, independentemente da presença ou não da hipertensão arterial<sup>43</sup>.

O medicamento dapagliflozina, um inibidor do cotransportador de sódio-glicose 2 (iSGLT-2), foi incorporado ao SUS, conforme Portaria SCTIE/MS nº 106/2022, e pode ser associado à terapia padrão (IECA ou BRA), otimizando o tratamento da prevenção da progressão da DRC em pacientes adultos<sup>44</sup>.

Além de proporcionar controle glicêmico em pacientes diabéticos tipo 2, os iSGLT-2 mostraram atuar na proteção renal e cardiovascular adicional ao bloqueio do sistema renina-angiotensina em grandes ensaios controlados randomizados envolvendo pacientes diabéticos e não diabéticos. O estudo DAPA-CKD mostrou que o uso de dapagliflozina 10 mg associado à terapia padrão (IECA ou BRA na dose máxima tolerada e tratamento das comorbidades e complicações da DRC) em pacientes com DRC e TFG  $> 25$  mL/min associou-se a risco significativamente menor de apresentar desfechos como redução sustentada da TFG e de pelo menos 50%, doença renal em fase terminal ou morte por causa renais ou cardiovasculares do que os pacientes que receberam placebo, independentemente de o paciente ter ou não DM2. Adicionalmente, pacientes tratados com dapagliflozina apresentaram maior sobrevida e um risco reduzido de morte por causa cardiovascular e de hospitalização por insuficiência cardíaca. Nos estudos avaliados, a utilização de dapagliflozina em associação com IECA ou BRA por dois anos foi associada à diminuição nas taxas de desfechos desfavoráveis sem causar mais eventos adversos<sup>45,46</sup>.

Pacientes com DRC devem ser orientados a evitar o uso de substâncias com potencial nefrotóxico, tais como anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs), contraste radiológico, antibióticos de excreção renal como os aminoglicosídeos, antipsicóticos atípicos, e preparações intestinais à base de fosfato e alumínio. Ainda, as doses dos medicamentos utilizados devem ser frequentemente ajustadas<sup>1,2,4</sup>. Ressalta-se que o sistema de saúde do Reino Unido (NHS) salienta que o uso excessivo de inibidores da bomba de prótons (IBPs) é potencialmente nefrotóxico.<sup>47</sup>

### 6.2.1 Inibidores da enzima conversora da angiotensina: captopril e enalapril

O captopril e o enalapril são utilizados para o tratamento da hipertensão e da insuficiência cardíaca, além de oferecer proteção renal para pacientes com diabetes tipo 2 e proteinúria. São inibidores competitivos específicos da enzima conversora de angiotensina I (ECA), responsável por catalisar a conversão da angiotensina I à substância pressora angiotensina II. A inibição da ECA resulta na diminuição da angiotensina II plasmática, aumentando a atividade da renina plasmática (em razão da remoção do *feedback* negativo da liberação de renina) e diminui a secreção de aldosterona.

Como a ECA é idêntica à cininase II, os IECA também podem bloquear a degradação de bradicinina, um potente vasopressor peptídico, provocando aumento da concentração de bradicinina ou prostaglandina E2.

Os IECA diminuem a pressão arterial essencialmente pela supressão do sistema renina-angiotensina-aldosterona, o qual desempenha importante papel na regulação da pressão arterial. Ainda, na nefropatia diabética, os IECA previnem a progressão da doença renal e reduzem consequências clínicas associadas, tais como diálise, transplante renal e morte<sup>42</sup>.

### 6.2.2 Bloqueadores de receptores da angiotensina: losartana

A losartana pertence à classe dos bloqueadores de receptores (tipo AT1) da angiotensina II e é indicada para o tratamento da hipertensão e da insuficiência cardíaca, além de reduzir o risco combinado de morte cardiovascular, acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio em pacientes hipertensos com hipertrofia ventricular esquerda e oferecer proteção renal para pacientes com diabetes tipo 2 e proteinúria.

A angiotensina II, um potente vasoconstritor, é o principal hormônio ativo do sistema renina-angiotensina e o maior determinante da fisiopatologia da hipertensão. A angiotensina II liga-se ao receptor AT1 encontrado no músculo liso vascular, glândulas adrenais, rins e coração e desencadeia várias ações biológicas importantes, incluindo vasoconstrição e liberação de aldosterona, e também estimula a proliferação de células musculares lisas. Ao ligar-se seletivamente ao receptor AT1, a losartana bloqueia todas as ações fisiologicamente relevantes da angiotensina II<sup>42</sup>.

### 6.2.3 Antagonistas dos receptores mineralocorticoides: espironolactona

A espironolactona é um diurético poupador de potássio pertencente à classe dos antagonistas não seletivos dos receptores mineralocorticoides e é indicada para o tratamento da hipertensão e da insuficiência cardíaca, além de reduzir o risco combinado de morte cardiovascular, acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio em pacientes hipertensos com hipertrofia ventricular esquerda e oferecer proteção renal para pacientes com diabetes tipo 2 e proteinúria<sup>43</sup>.

A espironolactona é um antagonista da aldosterona, agindo no trocador de íons sódio-potássio, dependente de aldosterona presente no túbulo contornado distal do néfron. Isso promove o aumento das quantidades de sódio e água a serem excretados, com retenção de potássio. Por esse mecanismo, a substância age tanto como diurético, quanto como anti-hipertensivo<sup>43</sup>.

Recentemente, os estudos FIGARO<sup>44</sup> e FIDELIO<sup>45</sup> mostraram o benefício do uso de antagonistas seletivos dos receptores mineralocorticoides (finerenone) na atenuação da progressão da DRC de etiologia diabética. Entretanto, tal tecnologia foi recentemente aprovada pela ANVISA e ainda não incorporada no SUS.

### 6.2.4 Inibidores do cotransportador de sódio-glicose 2: dapagliflozina

A dapagliflozina é um inibidor do cotransportador de sódio-glicose 2 (SGLT-2), uma proteína responsável pela reabsorção da glicose no rim, levando à eliminação do excesso de glicose na urina.

A inibição do SGLT-2 pela dapagliflozina reduz a absorção de glicose do filtrado glomerular no túbulo renal proximal, com redução concomitante da reabsorção de sódio, levando à excreção urinária da glicose e diurese osmótica. Assim, a dapagliflozina aumenta a entrega de sódio no túbulo distal, eleva a retroalimentação no túbulo glomerular e reduz a pressão

intraglomerular. Este efeito combinado com a diurese osmótica reduz a sobrecarga de volume, a pressão sanguínea, a pré-carga e a pós-carga, o que pode ter efeito benéfico na remodelação cardíaca e preservação da função renal.

Outros efeitos incluem aumento do hematócrito e redução de peso. Os benefícios cardiovasculares da dapagliflozina não são dependentes unicamente do efeito da diminuição da glicemia sanguínea e não são restritos aos pacientes com diabetes. Adicionalmente à osmose diurética e às ações hemodinâmicas relacionadas à inibição do SGLT-2, efeitos secundários significativos no metabolismo do miocárdio, canais iônicos, fibrose, adipocinas e ácido úrico, podem ser mecanismos subjacentes dos efeitos positivos da dapagliflozina no sistema cardio-renal<sup>46</sup>.

#### 6.2.5 Medicamentos

- Captopril: comprimidos de 25 mg;
- Dapagliflozina: comprimidos de 10 mg;
- Espironolactona: comprimidos de 25 mg;
- Losartana potássica: comprimidos de 50 mg;
- Maleato de enalapril: comprimidos de 5, 10 e 20 mg.

#### 6.2.6 Esquemas de administração

• **Captopril:** a dose recomendada é de 25 mg a cada 8 horas. Caso o paciente apresente nefropatia diabética e insuficiência renal leve a moderada, doses de 75 a 100 mg/dia são bem toleradas, devendo ser divididas três vezes ao dia. Pacientes com insuficiência renal significativa devem ter sua dose diária inicial reduzida, utilizando incrementos menores para a titulação lenta (intervalos de uma a duas semanas). Não há necessidade de ajuste de dose em pacientes idosos. O medicamento deve ser administrado uma hora antes das refeições.

- **Maleato de enalapril:** podem ser administrados antes, durante ou após as refeições, conforme esquema a seguir:

**Quadro 4** - Esquemas de administração do enalapril conforme disfunção renal.

| Disfunção renal | Depuração plasmática de creatinina (mL/min) | Dose inicial (mg/dia)        |
|-----------------|---------------------------------------------|------------------------------|
| Leve            | Menor que 80 e maior que 30 mL/min          | 5 mg – 10 mg                 |
| Moderada        | Menor ou igual a 30 e maior que 10 mL/min   | 2,5 mg – 5 mg                |
| Grave *         | Menor ou igual a 10 mL/min                  | 2,5 mg nos dias de diálise** |

\* Normalmente esses pacientes estão sob diálise.

\*\*O maleato de enalapril é dialisável. Nos dias em que o paciente não for submetido à diálise, a posologia deverá ser ajustada à resposta da pressão arterial.

**Fonte:** Elaboração própria.

• **Losartana potássica:** a dose recomendada é de 50 mg uma vez ao dia, podendo ser aumentada para 100 mg uma vez ao dia conforme a pressão arterial. Não há necessidade de ajuste posológico inicial para pacientes idosos ou para pacientes com insuficiência renal, inclusive para pacientes em diálise. Pode ser administrada com ou sem alimentos. A losartana e o seu metabólito ativo não podem ser removidos da circulação por hemodiálise.

• **Espironolactona:** a dose recomendada é de 25 a 50 mg ao dia, em uma tomada diária. Não há necessidade de ajuste posológico inicial para pacientes idosos ou para pacientes com DRC. Pode ser administrada com ou sem alimentos. A espironolactona potencializa o efeito de outros diuréticos e anti-hipertensivos quando administrados concomitantemente. Há casos relatados de hiperpotassemia (aumento dos níveis sanguíneos de potássio) grave em pacientes que fazem uso de diuréticos poupadores de potássio, incluindo espironolactona e inibidores da ECA (como captopril e enalapril). Desta forma, a dose desses fármacos deverá ser reduzida quando a espironolactona for incluída ao tratamento.

- **Dapagliflozina:** a dose recomendada é 10 mg uma vez ao dia, a qualquer hora do dia, independentemente das refeições.

Não é necessário ajuste de dose com base na função renal. A dapagliflozina deve ser administrada em associação à terapia padrão (IECA ou BRA), em pacientes adultos com DRC e TFG entre 25 e 75 mL/min e com diabetes tipo 2 ou com uma RAC > 300 mg/g para pacientes com DRC e sem diabetes. Após a introdução da dapagliflozina, mesmo o paciente apresentando mudanças na TFG ou na redução da RAC, o tratamento com a dapagliflozina deverá ser mantido até o início da TRS ou transplante renal. Cabe destacar que apenas o uso da dapagliflozina deverá ser interrompido com o início da terapia renal substitutiva ou transplante.

## 6.2.7 Contraindicações e eventos adversos

### Captopril

O uso de captopril pode causar angioedema. Como o acometimento da língua, glote ou laringe pode obstruir as vias aéreas e causar morte, a terapia de emergência deve ser instituída rapidamente. O edema confinado à face, membranas mucosas da boca, lábios e extremidades, geralmente desaparece com a interrupção do medicamento, mas alguns casos necessitam de terapia médica. Foram relatados raros casos de angioedema intestinal em pacientes tratados com IECA e que apresentavam dor abdominal (com ou sem náusea ou vômitos), sem angioedema facial prévio e com níveis de esterase C-1 normais.

Também há relatos de reações anafiláticas durante dessensibilização com veneno de *Hymenoptera*, embora estas reações tenham sido evitadas após suspensão temporária do IECA e tenham reaparecido com o retorno do uso. Outras reações anafiláticas ocorreram durante a diálise de alto fluxo/exposição a membranas de aférese lipoprotéicas em pacientes tratados concomitantemente com um IECA. Reações anafiláticas têm sido relatadas em pacientes sob aférese de lipoproteínas de baixa densidade com absorção de sulfato de dextrano. Nestes pacientes, deve-se considerar a utilização de um tipo diferente de membrana de diálise ou uma diferente classe de medicamentos.

A neutropenia é muito rara (< 0,02%) em pacientes hipertensos com função renal normal (creatinina sérica < 1,6 mg/dL, sem doença vascular do colágeno). Em pacientes com algum grau de insuficiência renal (creatinina sérica igual ou superior a 1,6 mg/dL), mas sem doença vascular do colágeno, o risco da neutropenia nos estudos clínicos foi de cerca de 0,2%. O uso concomitante de alopurinol e captopril foi associado à neutropenia. Em pacientes com doenças vasculares do colágeno (por exemplo lúpus eritematoso sistêmico e escleroderma) e insuficiência renal, a neutropenia ocorreu em 3,7% dos pacientes nos estudos clínicos. Relata-se neutropenia geralmente após 3 meses do início da administração do captopril. Em geral, a contagem de neutrófilos voltou ao normal em cerca de duas semanas após a descontinuação de captopril e as infecções graves se limitaram aos pacientes clinicamente complicados. Cerca de 13% dos casos de neutropenia foram fatais, mas quase todas as fatalidades ocorreram em pacientes gravemente enfermos com doenças vasculares do colágeno, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, terapia imunossupressora, ou uma combinação destes fatores agravantes.

Pacientes com insuficiência renal devem realizar contagem de leucócitos e contagens diferenciais antes do início do tratamento, a intervalos aproximados de duas semanas durante cerca de três meses e, após este período, periodicamente. Pacientes com doença vascular do colágeno ou que utilizem outros medicamentos que afetem os leucócitos ou a resposta imunológica, principalmente quando há insuficiência renal, devem utilizar o medicamento com cuidado e após avaliação do risco e do benefício. Em caso de neutropenia (contagem de neutrófilos abaixo 1000/mm<sup>3</sup>), o médico deverá suspender o medicamento e acompanhar cuidadosamente o paciente.

Proteína urinária total superior a 1 g/dia foi observada em cerca de 0,7% dos pacientes em uso de captopril. Cerca de 90% dos pacientes afetados apresentaram evidências de doença renal anterior ou receberam doses relativamente elevadas de captopril (acima de 150 mg/dia) ou ambos. Em estudo multicêntrico, duplo-cego, controlado por placebo, envolvendo 207 pacientes com nefropatia diabética e proteinúria (≥500 mg/dia) que receberam 75 mg/dia de captopril durante uma média de 3 anos, houve uma consistente redução da proteinúria. Não se sabe se o tratamento a longo prazo teria efeitos semelhantes em pacientes com outros

tipos de doença renal. Pacientes com doença renal anterior ou aqueles recebendo captopril em doses superiores a 150 mg deverão fazer uma avaliação das proteínas urinárias antes do tratamento (feita na primeira urina da manhã) e, depois, realizar o teste periodicamente.

A hipotensão excessiva raramente foi observada em pacientes hipertensos, mas é uma consequência possível do uso de captopril em indivíduos com sal/volume depletados (tais como aqueles tratados com diuréticos), pacientes com insuficiência cardíaca ou naqueles pacientes que estão sendo submetidos à diálise renal.

Em raras ocasiões, os IECA têm sido associados com uma síndrome que se inicia com icterícia colestática e progride para uma necrose hepática fulminante e morte. Os mecanismos desta síndrome não são conhecidos. Assim, pacientes que apresentem icterícia ou elevações acentuadas nos níveis das enzimas hepáticas devem interromper o uso do medicamento e receber acompanhamento médico apropriado.

Alguns pacientes com doença renal, principalmente com grave estenose de artéria renal, apresentaram aumentos nos níveis de ureia e creatinina séricas após a redução da pressão arterial com captopril, podendo ser necessário ajuste de dose ou interrupção do uso de diuréticos.

Cerca de 20% dos pacientes em tratamento prolongado com captopril apresentam elevações estáveis dos níveis de ureia e creatinina séricas (20% acima do limite superior de normalidade ou do valor de referência). Menos de 5% dos pacientes, geralmente aqueles com graves doenças renais preexistentes, necessitam interromper o tratamento devido aos níveis progressivamente crescentes de creatinina.

A elevação do nível sérico de potássio foi observada em alguns pacientes. Há risco de desenvolvimento de hipercalemia em pacientes com insuficiência renal, diabetes melito e naqueles usando concomitantemente diuréticos poupadores de potássio, suplementos de potássio ou substitutos do sal contendo potássio, ou outros medicamentos associados com aumentos de potássio sérico, como heparina.

Pacientes em uso de IECA relatam tosse persistente e não produtiva, que desaparece após a interrupção do medicamento. Portanto, a tosse induzida por IECA deve ser considerada como parte do diagnóstico diferencial da tosse.

Durante grandes procedimentos cirúrgicos ou durante a anestesia com agentes que produzem hipotensão, o captopril bloqueia a formação de angiotensina II secundária à liberação compensatória de renina. Se a hipotensão ocorrer e for considerada como sendo devido a este mecanismo, poderá ser corrigida pela expansão de volume.

O captopril é classificado na categoria de risco na gravidez C (primeiro trimestre) e D (segundo e terceiro trimestres). Portanto, não devem ser usados na gravidez, pois podem causar morbidade e mortalidade fetal e neonatal quando administrados a mulheres no segundo e terceiro trimestres da gravidez. Ainda, devido ao potencial do captopril em causar reações adversas severas nos lactentes, deve-se interromper a amamentação ou o uso do medicamento, avaliando-se o risco-benefício para a mãe.

#### **Maleato de enalapril**

O uso de enalapril em crianças entre 1 mês a 16 anos de idade é apoiado por evidências de estudos adequados e bem controlados. Não é recomendado para pacientes neonatos e pediátricos com taxa de filtração glomerular abaixo de 30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, já que não existem dados disponíveis para essa população de pacientes.

Durante a gravidez, seu uso não é recomendado. Deve-se avaliar o risco-benefício para a mãe antes de suspender ou manter o tratamento. Os recém-nascidos de mães que utilizaram maleato de enalapril devem ser observados cuidadosamente, a fim de verificar a ocorrência de hipotensão, oligúria e hipercalemia. Ainda, por ser secretado no leite humano, mulheres que estejam amamentando devem ser cuidadosamente acompanhadas.

#### **Losartana potássica**

Pacientes com depleção de volume intravascular (como aqueles tratados com altas doses de diuréticos) podem apresentar hipotensão sintomática. Desequilíbrios eletrolíticos são observados em pacientes com comprometimento renal, com ou sem diabetes, e devem ser corrigidos.

Dados de farmacocinética demonstram aumentos significativos das concentrações plasmáticas de losartana em pacientes com cirrose. Assim, deve-se considerar doses mais baixas para pacientes com histórico de insuficiência hepática. Como consequência da inibição do sistema renina-angiotensina, foram relatadas alterações na função renal em indivíduos suscetíveis, inclusive insuficiência renal, as quais são reversíveis com a interrupção do tratamento.

O uso concomitante de losartana e de inibidores da ECA não foi adequadamente estudado.

A segurança e a eficácia em crianças ainda não foram estabelecidas. No entanto, a losartana é classificada nas categorias de risco na gravidez C (primeiro trimestre) e D (segundo e terceiro trimestres). Quando utilizado durante o segundo e o terceiro trimestres da gravidez, pode causar danos e até morte do feto em desenvolvimento. Assim, o tratamento com losartana deve ser interrompido em caso de gravidez. Inexistem informações sobre a excreção de losartana no leite humano, devendo-se suspender a amamentação ou o tratamento com losartana, conforme avaliação de risco-benefício para a mãe.

### **Espironolactona**

Os eventos adversos que podem ocorrer com o uso de espironolactona são ginecomastia, dor nas mamas, distúrbios menstruais, neoplasma benigno de mama, leucopenia (incluindo agranulocitose), trombocitopenia, distúrbios eletrolíticos e hipercalcemia, alterações na libido, confusão, tontura, distúrbios gastrointestinais, náuseas, função hepática anormal, insuficiência renal aguda, alopecia, hipertricose (crescimento de cabelo anormal), prurido, rash, urticária e câibras nas pernas. Outras reações também relatadas foram: sonolência, cansaço, dor de cabeça, confusão mental, febre, ataxia e impotência.

O uso deste medicamento é contraindicado a pacientes com insuficiência renal aguda, diminuição significativa da função renal, anúria e hiperpotassemia, doença de Addison ou hipersensibilidade à espironolactona ou de qualquer outro componente da fórmula. A espironolactona não deve ser usada por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. Devido a muitos fármacos serem excretados no leite materno e devido ao desconhecido potencial para eventos adversos sobre o lactante, uma decisão deve ser tomada em relação a descontinuação do tratamento levando-se em conta a importância do fármaco para a mãe. Caso o uso de espironolactona durante o período da amamentação for considerado essencial, um método alternativo de alimentação para a criança deve ser instituído.

O uso concomitante de espironolactona e outros diuréticos poupadores de potássio, inibidores da ECA (enzima conversora de angiotensina), antagonistas da angiotensina II, bloqueadores da aldosterona, suplementos de potássio, uma dieta rica em potássio ou substitutos do sal contendo potássio podem levar à hiperpotassemia grave. É aconselhável realizar uma avaliação periódica dos eletrólitos séricos, tendo em vista a possibilidade de hiperpotassemia, hiponatremia e uma possível elevação transitória da uréia plasmática especialmente em pacientes idosos e/ou com distúrbios preexistentes da função renal ou hepática, para os quais a relação risco/benefício deve ser considerada.

### **Dapagliflozina**

Ainda há poucos dados sobre o tratamento inicial de dapagliflozina em pacientes que apresentam TFG muito baixa (menor que 25 mL/min/1,73m<sup>2</sup>), ou seja, com função renal gravemente diminuída.

O estudo DAPA-CKD mostrou que o uso de dapagliflozina 10 mg associado à terapia padrão (inibidores da enzima conversora da angiotensina - IECA ou bloqueadores de receptores da angiotensina – BRA na dose máxima tolerada e tratamento das comorbidades e complicações da DRC) em pacientes adultos com DRC e TFG entre 25 e 75 mL/min, com ou sem diabetes e com RAC > 200 mg/g, associou-se a risco significativamente menor de apresentar desfechos como redução sustentada da TFG de pelo menos 50%, doença renal em fase terminal ou morte por causa renais ou cardiovasculares, comparado a pacientes que receberam placebo, independentemente do paciente ter ou não DM2. Adicionalmente, pacientes tratados com dapagliflozina apresentaram maior sobrevida e um risco reduzido de morte por causa cardiovascular e de hospitalização por insuficiência cardíaca. Nos estudos avaliados, a utilização de dapagliflozina em associação com IECA ou BRA por dois anos foi associada à diminuição nas taxas de desfechos desfavoráveis sem causar mais eventos adversos<sup>48-50</sup>.

A segurança e eficácia da dapagliflozina em pacientes pediátricos não foram estabelecidas. Ainda, o medicamento não deve ser utilizado no segundo e terceiro trimestres de gravidez ou por mulheres que estejam amamentando.

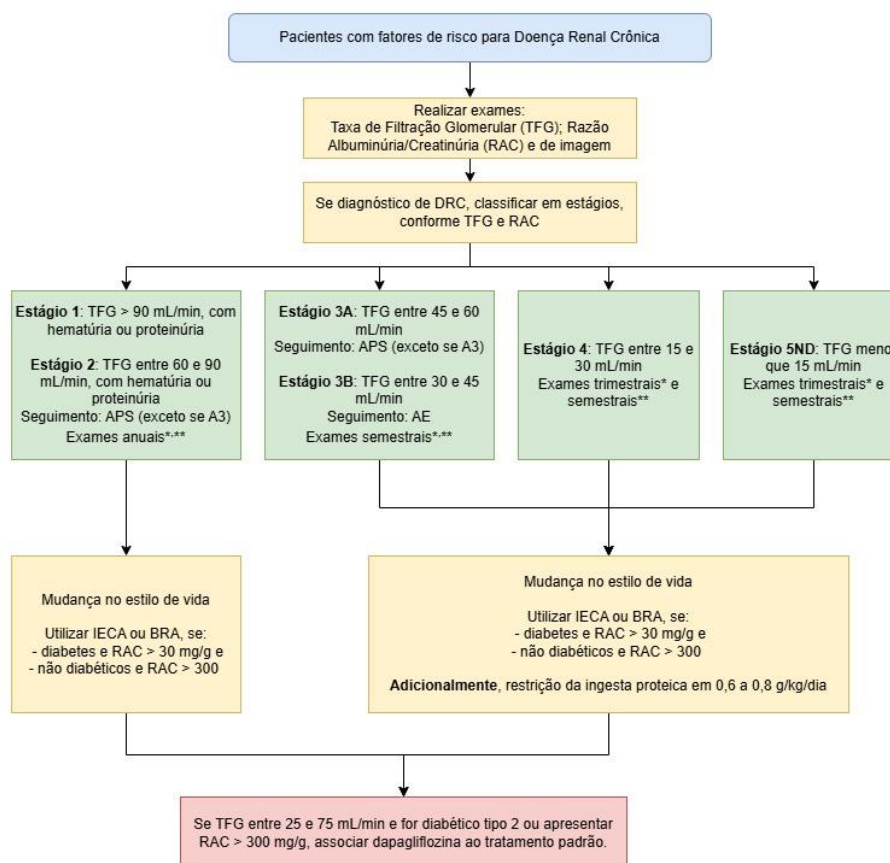
### 6.2.8 Critérios de interrupção

Os pacientes com diagnóstico de DRC devem continuamente adotar medidas para atenuar a progressão da doença. O tratamento pode ser interrompido em casos de eventos adversos aos medicamentos, sucesso do transplante renal ou início de terapia renal substitutiva, a menos que exista a indicação de continuidade da tecnologia por outros motivos como hipertensão arterial, diabetes ou insuficiência cardíaca. Cabe destacar que, apenas a utilização da dapagliflozina deverá ser interrompida com o início da terapia renal substitutiva ou transplante. Os pacientes em uso de IECA, BRA ou espironolactona devem ter o tratamento ajustado para menores doses ou interrompido quando apresentarem hipercalemia refratária às medidas para o controle de potássio ou injúria renal aguda. A interrupção ou a modificação do tratamento deve ser avaliada individualmente para cada paciente.

## 7. FLUXO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

O fluxograma de tratamento está descrito na **Figura 1**.

**Figura 1** - Fluxograma para diagnóstico e tratamento de pacientes com fatores de risco ou diagnóstico de DRC.



**Legenda:** DRC: Doença renal crônica; TFG: taxa de filtração glomerular; RAC: relação albuminúria/creatinúria; IECA: Inibidor da enzima conversora da angiotensina; BRA: bloqueador de receptor de angiotensina II, UBS: unidade básica de saúde, HA: hipertensão arterial; DM: diabetes melito.

\* TFG, RAC, hemoglobina, cálcio, fósforo, potássio, ureia.

\*\* Hormônio da paratireoide (PTH), proteínas totais e frações, ferritina, ferro, transferrina, bicarbonato.

## **8. MONITORAMENTO**

Os pacientes em tratamento devem ser reavaliados semestralmente em relação à eficácia do tratamento e ao desenvolvimento de toxicidade aguda ou crônica. Caso apresentem alguma alteração clínica ou laboratorial, devem ser acompanhados com maior periodicidade.

Os indivíduos com fatores de risco para a DRC e que ainda não apresentam diagnóstico da doença devem ter acompanhamento anual para TFG, RAC e EAS.

### **8.1 DRC estágios 1 e 2 – TFG > ou igual 60 mL/min/1,73m<sup>2</sup> na presença de proteinúria ou hematúria glomerular ou alteração no exame de imagem**

Os pacientes podem ser acompanhados na atenção primária à saúde (APS) para tratamento dos fatores de risco modificáveis de progressão da DRC e doença cardiovascular, de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida. A TFG e o EAS devem ser avaliados anualmente.

Caso apresentem algumas das seguintes alterações clínicas, os pacientes devem ser encaminhados à atenção especializada: paciente não diabético e RAC acima de 1 g/g; ou perda de 30% de TFG apesar do uso de IECA ou BRA.

### **8.2 DRC estágio 3A – TFG entre 45 e 59 mL/min/1,73m<sup>2</sup>**

Os pacientes podem ser acompanhados na APS para tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC e doença cardiovascular de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida.

A avaliação da TFG, do EAS, RAC, da dosagem dos níveis de potássio sérico, cálcio, fósforo, hormônio da paratireoide (PTH) e hemograma deve ser realizada anualmente. A dosagem do potássio sérico é necessária porque a redução da TFG está associada à redução da capacidade da sua excreção e, quanto menor a TFG, mais frequente é a hipercalemia associada ao uso de IECA ou BRA.

Pacientes com DRC estágio 3A com RAC acima de 30 mg/g devem ser avaliados a cada seis meses e encaminhados à atenção especializada quando apresentarem: RAC acima de 1 g/g, se o paciente não for diabético; ou perda de 30% de TFG apesar do uso de IECA ou BRA.

### **8.3 DRC estágio 3B – TFG entre 30 e 44 mL/min/1,73m<sup>2</sup>**

Os pacientes devem ser acompanhados na APS, por equipe multiprofissional, para tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC e doença cardiovascular de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida.

Esses pacientes devem ser encaminhados às unidades de atenção especializada em DRC para avaliação quando apresentarem uma das seguintes alterações clínicas: RAC acima de 300 mg/g, se não for diabético; ou perda de 30% de TFG apesar do uso de IECA ou BRA. A avaliação da TFG, do EAS, RAC e da dosagem de potássio sérico deve ser realizada a cada seis meses. Os demais exames relacionados às complicações crônicas da DRC devem ser realizados anualmente. Esses pacientes podem permanecer em seguimento conjunto com o nefrologista ou serem seguidos apenas pelos profissionais da atenção primária.

#### **8.4 DRC estágio 4 – TFG entre 15 e 29 mL/min/1,73m<sup>2</sup>**

O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado na atenção especializada pela equipe multiprofissional, incluindo médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente social. O tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC e doença cardiovascular deve ser mantido de acordo com as recomendações do MS: controle de glicemia, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida.

A avaliação nefrológica deve ser realizada trimestralmente, incluindo TFG, EAS, RAC, dosagem de potássio, hemograma e estoques de ferro. Semestralmente, devem ser avaliados os níveis séricos de cálcio, fósforo, PTH, proteínas totais e frações e bicarbonato. Pacientes nesse estágio deverão ser esclarecidos sobre as modalidades de TRS por uma equipe multiprofissional.

A difusão de tecnologias como matriciamento, teleconsulta ou teleassessoramento para pacientes com DRC estágios 3B e 4 é uma estratégia que pode ser utilizada para ampliar o acesso ao atendimento especializado. Os objetivos da utilização dessas tecnologias seriam melhorar a resolutividade e o atingimento de metas na APS, qualificar o acesso à atenção especializada e o processo de regulação e, reduzir o tempo de espera na rede de serviços ambulatoriais especializados. Todos os pacientes com DRC podem ser acompanhados na APS, adicionalmente, aos pacientes DRC estágio 3B, 4 e 5, é recomendado o atendimento com especialista.

Mesmo após a entrada em diálise, recomenda-se que o paciente seja acompanhado também pela APS, garantindo a articulação entre a rede de assistência nos diferentes níveis.

#### **8.5 DRC estágio 5-ND (não dialítico) – TFG abaixo de 15 mL/min/1,73m<sup>2</sup>**

O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado na atenção especializada pela equipe multiprofissional, incluindo médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente social. O tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC e doença cardiovascular devem ser mantidos. A avaliação nefrológica deve ser realizada mensalmente. A equipe multiprofissional deve treinar e preparar o paciente para a modalidade de TRS escolhida por ele.

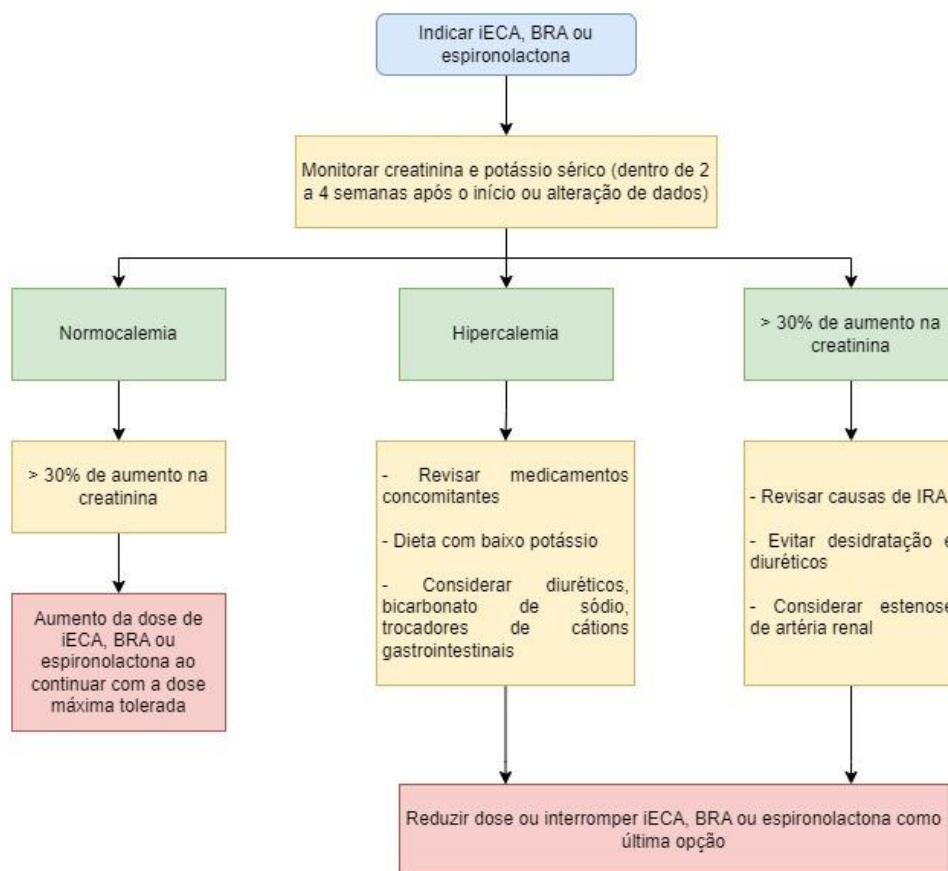
Dosagens de creatinina, ureia, cálcio, fósforo, hematócrito e hemoglobina, potássio e bicarbonato devem ser realizadas mensalmente, enquanto as dosagens de proteínas totais e frações, ferritina, índice de saturação de transferrina (IST), fosfatase alcalina, PTH devem ser realizadas trimestralmente. Dosagens de colesterol total, HDL e triglicérides devem ser consideradas semestralmente para os pacientes em tratamento com estatina, enquanto naqueles sem diagnóstico de dislipidemia, anualmente. Para renais crônicos diabéticos a hemoglobina glicada deve ser monitorada trimestralmente. Os pacientes com TFG < 15 mL/min devem ter exames de ECG, radiografia de tórax ou preferencialmente ecocardiograma e ultrassonografia renal e de vias urinárias anuais.

Mesmo após a entrada em diálise, recomenda-se que o paciente seja acompanhado também pela APS, garantindo a articulação entre a rede de assistência nos diferentes níveis.

#### **8.6 Fluxograma para monitorização dos níveis de Creatinina e Potássio**

Em qualquer estágio da DRC, ao introduzir ou otimizar dose de IECA, BRA ou espironolactona, deve-se monitorizar os níveis de creatinina e potássio após 2 a 4 semanas (**Figura 2**):

**Figura 2** – Fluxograma para monitorização dos níveis de creatinina e potássio após 2 a 4 semanas da introdução ou otimização da dose de iECA, BRA ou espironolactona.



**Legenda:** iECA - inibidores da enzima conversora de angiotensina; BRA - bloqueadores de receptores da angiotensina; GI - gastrointestinal; IRA – injúria renal aguda. **Fonte:** KDIGO, 2020.

## 9. REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de doentes neste Protocolo, a duração e a monitorização do tratamento, bem como para a verificação periódica das doses de medicamento (s) prescritas e dispensadas e da adequação de uso e do acompanhamento pós-tratamento.

A avaliação dos pacientes que se encontram no grupo de risco e ainda não apresentam diagnóstico de DRC deve ser feita no contexto do cuidado dos pacientes com fatores de risco, na unidade básica de saúde.

É recomendado que todos os pacientes com DRC sejam acompanhados na atenção primária à saúde. Adicionalmente, para os pacientes nos estágios 3B, 4 e 5 ou A3, também é recomendado o acompanhamento por nefrologistas. A prescrição dos medicamentos, incluindo a dapagliflozina, pode ser realizada tanto no âmbito da atenção primária quanto na atenção especializada à saúde.

Além desses cuidados, o paciente deve ser acompanhado por uma equipe multiprofissional, de modo que as decisões de tratamento sejam compartilhadas entre ele e a equipe<sup>21,22</sup>.

A existência de centro de referência facilita o tratamento em si, bem como o ajuste de doses conforme necessário e o controle de eventos adversos. É essencial verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

Os estados e municípios deverão manter atualizadas as informações referentes aos registros de estoque, distribuição e dispensação do(s) medicamento(s) e encaminhar estas informações ao Ministério da Saúde via Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (BNAFAR), conforme as normativas vigentes.

Os procedimentos diagnósticos (Grupo 02 e seus vários subgrupos – clínicos, cirúrgicos, laboratoriais e por imagem), terapêuticos clínicos (Grupo 03), terapêuticos cirúrgicos (Grupo 04 e os vários subgrupos cirúrgicos por especialidades e complexidade) e de transplantes (Grupo 05 e seus seis subgrupos) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS podem ser acessados, por código ou nome do procedimento e por código da CID-10 para a respectiva doença, no SIGTAP – Sistema de Gerenciamento dessa Tabela (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>), com versão mensalmente atualizada e disponibilizada.

## **10. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER**

Deve-se informar o paciente ou seu responsável legal sobre os potenciais riscos, benefícios e eventos adversos relacionados ao uso dos medicamentos preconizados neste Protocolo, levando-se em consideração as informações contidas no Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (TER).

## 11. REFERÊNCIAS

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl.* 2024;105(4s):S117–314.
2. Chen TK, Knicely DH, Grams ME. Chronic Kidney Disease Diagnosis and Management: A Review. *Jama.* 2019/10/02. 2019;322(13):1294–304.
3. Kazancioğlu R. Risk factors for chronic kidney disease: an update. *Kidney Int Suppl.* 2013;3(4):368–71.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. 2014. Disponível em: <<https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/diretriz-cuidados-drc.pdf>>.
5. Aguiar LK . Fatores associados à doença renal crônica segundo critérios laboratoriais da Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2020, doi.org/10.1590/1980-549720200101.
6. Marinho AWGB, Penha AP , Silva MT, Galvão TF. Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Cad. Saúde Colet.*, 2017, Rio de Janeiro, 25 (3): 379-388.
7. COLLABORATION GBDCKD. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2020/02/18. 2020;395(10225):709–33.
8. Cockwell P, Fisher LA. The global burden of chronic kidney disease. *Lancet.* 2020/02/18. 2020;395(10225):662–4.
9. Malta DC, Machado Í E, Pereira CA, Figueiredo AW, Aguiar LK, Almeida WDS, et al. Evaluation of renal function in the Brazilian adult population, according to laboratory criteria from the National Health Survey. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22Suppl 02(Suppl 02):E190010.supl.2.
10. Barreto SM, Ladeira RM, Duncan BB, Schmidt MI, Lopes AA, Benseñor IM, et al. Chronic kidney disease among adult participants of the ELSA-Brasil cohort: association with race and socioeconomic position. *J Epidemiol Community Heal.* 2015/10/30. 2016;70(4):380–9.
11. Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) [homepage na internet]. Censo 2023 [acesso em 05 set 2024]. Disponível em: <http://www.censo-sbn.org.br/censosAnteriores>
12. Moraes Júnior CS, Fernandes N, Colugnati FAB. Multidisciplinary treatment for patients with chronic kidney disease in pre-dialysis minimizes costs: a four-year retrospective cohort analysis. *J Bras Nefrol.* 2021;
13. [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/artigos\\_publicacoes/diretrizes/diretrizes-metodologicas-elaboracao-de-diretrizes-clinicas-2020.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/artigos_publicacoes/diretrizes/diretrizes-metodologicas-elaboracao-de-diretrizes-clinicas-2020.pdf)
14. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Blood Pressure Work Group. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2021 Mar;99(3S):S1-S87. doi: 10.1016/j.kint.2020.11.003.
15. Cândido J, Camelo LV, Brant L, Cunha RS, Mill JG, Barreto SM. Maior Rigidez Arterial Prediz Doença Renal Crônica no Estudo de Coorte ELSA-Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.* 2023;120(12):e20230409.
16. Bruce B. Duncan, Maria Inês Schmidt, Elsa R.J. Giugliani, Michael Schmidt Duncan, Camila Giugliani. *Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências.* Artmed, organizador. 2022.
- 17.ADA. American Diabetes Association Standards of Care in Diabetes. Disponível em: [https://ada.silverchaircdn.com/ada/content\\_public/journal/care/issue/46/supplement\\_1/14/standards-of-care](https://ada.silverchaircdn.com/ada/content_public/journal/care/issue/46/supplement_1/14/standards-of-care) 2023-copyright-stamped-updated-120622.pdf. 2023. 2023.

- 18.SBD. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes - Edição 2023. . Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>. 2023.
- 19.Blonde L, Umpierrez GE, Reddy SS, McGill JB, Berga SL, Bush M, et al. American Association of Clinical Endocrinology Clinical Practice Guideline: Developing a Diabetes Mellitus Comprehensive Care Plan—2022 Update. *Endocrine Practice* [Internet]. 2022;28(10):923–1049. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1530891X22005766>
- 20.Pedroso Camargos A, Barreto S, Brant L, et al. Performance of contemporary cardiovascular risk stratification scores in Brazil: an evaluation in the ELSA-Brasil study. *Open Heart* 2024;11:e002762. doi: 10.1136/openhrt-2024-002762
- 21.World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions Kaptoge, Stephen et al. *The Lancet Global Health*, Volume 7, Issue 10, e1332 - e1345
- 22.Brasil. Ministério da Saúde., SAPS-Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde: instrutivo para profissionais e gestores [recurso eletrônico]. 2022;
- 23.Levey AS, Bosch JP, Lewis B, Greene T, Rogers N, Roth N. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. *Ann Int Med* 1999; 130: 461-410.
- 24.Levey AS, Stevens LA, Schmid CH, et al. A new equation to estimate glomerular filtration rate. *Ann Intern Med*. 2009; 150: 604–612.
- 25.Rao SR, Vallath N, Siddini V, Jamale T, Bajpai D, Sancheti NN, et al. Symptom Management among Patients with Chronic Kidney Disease. *Indian J Palliat Care*. 2021/07/01. 2021;27(Suppl 1):S14-s29.
- 26.Romagnani P, Remuzzi G, Glasscock R, Levin A, Jager KJ, Tonelli M, et al. Chronic kidney disease. *Nat Rev Dis Prim*. 2017/11/24. 2017;3:17088.
- 27.Shabaka A, Cases-Corona C, Fernandez-Juarez G. Therapeutic Insights in Chronic Kidney Disease Progression. *Front Med*. 2021/03/13. 2021;8:645187.
- 28.BMJ Best Practice. Chronic kidney disease. <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/84>, 2022
- 29.Johnson CA, Levey AS, Coresh J, Levin A, Lau J, Eknoyan G. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease in adults: Part I. Definition, disease stages, evaluation, treatment, and risk factors. *Am Fam Physician*. 2004 Sep;70(5):869–76.
- 30.Vanholder R, Van Laecke S, Glorieux G, Verbeke F, Castillo-Rodriguez E, Ortiz A. Deleting Death and Dialysis: Conservative Care of Cardio-Vascular Risk and Kidney Function Loss in Chronic Kidney Disease (CKD). *Toxins (Basel)*. 2018;10(6).
- 31.Murtagh FE, Burns A, Moranne O, Morton RL, Naicker S. Supportive Care: Comprehensive Conservative Care in End-Stage Kidney Disease. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2016/08/12. 2016;11(10):1909–14.
- 32.Cupisti A, Gallieni M, Avesani CM, D'Alessandro C, Carrero JJ, Piccoli GB. Medical Nutritional Therapy for Patients with Chronic Kidney Disease not on Dialysis: The Low Protein Diet as a Medication. *J Clin Med*. 2020;9(11).
- 33.Koppe L, Cassani de Oliveira M, Fouque D. Ketoacid Analogues Supplementation in Chronic Kidney Disease and Future Perspectives. 2019;11(9).
- 34.BRASPEN (SBNPE) - Brazilian Society of Parenteral and Enteral Nutrition (Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral). Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Doença Renal. 2021 [internet]. Disponível em: <https://f9fcfefb-80c1-4>. BRASPEN J. 36(2º Supl 2):2–22.
- 35.Ikizler TA, Burrowes JD, Byham-Gray LD, Campbell KL, Carrero JJ, Chan W, et al. KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020 Update. *Am J Kidney Dis*. 2020/08/25. 2020;76(3 Suppl 1):S1-s107.

- 36.Li, A., Lee, H. Y., & Lin, Y. C. . The Effect of Ketoanalogues on Chronic Kidney Disease Deterioration: A Meta-Analysis. *Nutrients*. 2019;11(5):957.
- 37.Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec. Aminoácidos + análogos associados a dieta muito restritiva em proteínas para o tratamento de pacientes adultos com doença renal crônica em estágios 4 ou 5 pré-dialítico. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20221208\\_relatorio\\_aminoacidos\\_analogos\\_-drc\\_784.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20221208_relatorio_aminoacidos_analogos_-drc_784.pdf).
- 38.Obeid W, Hiremath S, Topf JM. Protein Restriction for CKD: Time to Move On. *Kidney360*. 2022 Jun 22;3(9):1611-1615. doi: 10.34067/KID.0001002022.
- 39.D’EliaL, RossiG, SchianodiColaM et al. Meta-analysis of the effect of dietary sodium restriction with or without concomitant reninangiotensin aldosterone antagonist-inhibiting treatment of albuminuria. *Clin J Am Soc Nephrol* 2015; 10:1542–1552.
- 40.Breener BM et al. Effects of losartan on renal and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and nephropathy. *N Engl J Med* 2001; 345:861-869.
- 41.Abdul Sultan A, Nolan S, Carrero JJ, Jiang Z, Kumar SR, Pecoits-Filho R, et al. Defining the excess risk of adverse kidney outcomes in CKD patients with type 2 diabetes in the discover-CKD cohort. *J Am Soc Nephrol* [Internet]. 2020;31:183. Available from: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L633703577&from=export>
- 42.Stengel B, Muenz D, Tu C, Speyer E, Alencar de Pinho N, Combe C, et al. Adherence to the Kidney Disease: Improving Global Outcomes CKD Guideline in Nephrology Practice Across Countries. *Kidney Int Reports* [Internet]. 2021 Feb;6(2):437–48. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468024920317964>
- 43.Alexandrou ME, Papagianni A, Tsapas A, Loutradis C, Boutou A, Piperidou A, Papadopoulou D, Ruilope L, Bakris G, Sarafidis P. Effects of mineralocorticoid receptor antagonists in proteinuric kidney disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Hypertens*. 2019 Dec;37(12):2307-2324. doi: 10.1097/HJH.0000000000002187.
- 44.Filippatos G, Anker SD, Agarwal R, et al., on behalf of the FIGARO-DKD Investigators. Finerenone Reduces Risk of Incident Heart Failure in Patients With Chronic Kidney Disease and Type 2 Diabetes: Analyses From the FIGARO-DKD Trial. *Circulation* 2022;145:437-47.
- 45..Agarwal R, Joseph A, Anker SD, et al. Hyperkalemia Risk with Finerenone: Results from the FIDELIO-DKD Trial. *J Am Soc Nephrol*. 2022;33(1):225-237. doi:10.1681/ASN.2021070942
- 46.[https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20220927\\_relatorio\\_773\\_dapagliflozina\\_doenca\\_renal\\_cronica\\_final.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20220927_relatorio_773_dapagliflozina_doenca_renal_cronica_final.pdf)
- 47.Mello, P. A. de, Rocha, B. G., Oliveira, W. N., Mendonça, T. S., & Domingueti, C. P. (2021). Nefrotoxicidade e alterações de exames laboratoriais por fármacos: revisão da literatura. *Revista De Medicina*, 100(2), 152-161. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v100i2p152-161>
- 48.Heerspink HJL, Stefánsson B V., Correa-Rotter R, Chertow GM, Greene T, Hou F-F, et al. Dapagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease. *N Engl J Med*. 2020;383(15):1436–46.
- 49.Zelniker TA, Raz I, Mosenson O, Dwyer JP, Heerspink HHJL, Cahn A, et al. Effect of Dapagliflozin on Cardiovascular Outcomes According to Baseline Kidney Function and Albuminuria Status in Patients with Type 2 Diabetes: A Prespecified Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Cardiol*. 2021;6(7):801–10.
- 50.Mosenson O, Wiviott SD, Heerspink HJL, Dwyer JP, Cahn A, Goodrich EL, et al. The Effect of Dapagliflozin on Albuminuria in DECLARE-TIMI 58. *Diabetes Care* [Internet]. 2021 Aug;44(8):1805–15. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/lookup/doi/10.2337/dc21-0076>.

## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

CAPTOPRIL, ENALAPRIL, LOSARTANA, ESPIRONOLACTONA E DAPAGLIFLOZINA

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do[a] paciente),  
declaro ter sido informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais eventos adversos relacionados ao uso de **captopril, enalapril, espironolactona, losartana e dapagliflozina**, indicados para o tratamento da Doença Renal Crônica, segundo critérios de elegibilidade definidos neste Protocolo.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo(a) médico(a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_(nome do(a) médico(a) que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- atenuar a progressão da doença renal crônica;
- diminuir a necessidade de iniciar diálise.

Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais eventos adversos e riscos:

- Os eventos adversos mais comuns dos medicamentos captopril, enalapril, losartana são a hipercalemia e a piora aguda da função renal. Consultas e exames durante o tratamento são necessários.
- O evento adverso mais comum do medicamento espironolactona é a hiperpotassemia. Consultas e exames durante o tratamento são necessários.
- O evento adverso mais comum do medicamento dapagliflozina é a hipoglicemia. Consultas e exames durante o tratamento são necessários.
- Todos esses medicamentos são contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de desistência do uso do medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

- ( ) Sim  
( ) Não

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

- ( ) captopril  
( ) enalapril  
( ) espironolactona  
( ) losartana  
( ) dapagliflozina

|                                                  |  |       |     |
|--------------------------------------------------|--|-------|-----|
| Local:                                           |  | Data: |     |
| Nome do paciente:                                |  |       |     |
| Cartão Nacional de Saúde:                        |  |       |     |
| Nome do responsável legal:                       |  |       |     |
| Documento de identificação do responsável legal: |  |       |     |
| <br><br><br>                                     |  |       |     |
| Assinatura do paciente ou do responsável legal   |  |       |     |
| Médico responsável:                              |  | CRM:  | UF: |
| <br><br><br>                                     |  |       |     |
| Assinatura e carimbo do médico                   |  |       |     |
| Data: _____                                      |  |       |     |

Nota: Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

## APÊNDICE 1

### METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

#### 1. Escopo e finalidade do Protocolo

O presente apêndice consiste no documento de trabalho do grupo elaborador da elaboração do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) das Estratégias para Atenuar a Progressão da Doença Renal Crônica, contendo a descrição da metodologia de busca de evidências científicas, as recomendações e seus julgamentos (fundamentos para a tomada de decisão), tendo como objetivo embasar o texto do PCDT, aumentar a sua transparência e prover considerações adicionais para profissionais da saúde, gestores e demais potenciais interessados.

Para a elaboração deste relatório foi utilizado como base as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde (Portaria GM/MS nº 389, de 13 de março de 2014), assim como informações sobre a incorporação do medicamento dapagliflozina para pacientes adultos com DRC, detalhadas na Portaria SCTIE/MS nº 106, de 27 de setembro de 2022, e no Relatório de Recomendação nº 773/2022 da Conitec.

#### 2. Equipe de elaboração e partes interessadas

O grupo desenvolvedor deste Protocolo foi composto por um painel de especialistas e metodologistas, sob coordenação do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde - DGITS/SECTICS/MS.

##### **Avaliação da Subcomissão Técnica de Avaliação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas**

A proposta de atualização do PCDT foi apresentada à 105ª Reunião da Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT, em 17 de janeiro de 2023, em que estiveram representantes da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (SAES), da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde (SECTICS). Não houve apontamentos quanto às alterações realizadas no texto.

##### **Consulta pública**

A Consulta Pública nº 11/2023 para manifestação da sociedade civil a respeito da recomendação preliminar do Comitê de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Conitec da proposta de publicação do PCDT das estratégias para atenuar a progressão da doença renal crônica foi realizada entre os dias 19/04/2023 e 08/05/2023. Foram recebidas 152 contribuições que podem ser verificadas em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/participacao-social/consultas-publicas/encerradas>.

#### 3. Busca da evidência e recomendações

O processo de desenvolvimento desse PCDT seguiu recomendações das Diretrizes Metodológicas de Elaboração de Diretrizes Clínicas do Ministério da Saúde, que preconiza o uso do sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*)<sup>1</sup>, para classificar a qualidade da informação ou o grau de certeza dos resultados disponíveis na literatura em quatro categorias (**Quadro A**). Devido ao prazo de disponibilização da dapagliflozina no SUS, não foram realizadas reuniões de recomendações com painel de especialistas, no desenvolvimento desse Protocolo.

**Quadro A.** Níveis de evidências de acordo com o sistema GRADE.

| Nível           | Definição                                                                     | Implicações                                                                                                          |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Alto</b>     | Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado | É improvável que trabalhos adicionais irão modificar a confiança na estimativa do efeito.                            |
| <b>Moderado</b> | Há confiança moderada no efeito estimado.                                     | Trabalhos futuros poderão modificar a confiança na estimativa de efeito, podendo, inclusive, modificar a estimativa. |

|                    |                                                                                                    |                                                                                                         |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Baixo</b>       | A confiança no efeito é limitada.                                                                  | Trabalhos futuros provavelmente terão um impacto importante em nossa confiança na estimativa de efeito. |
| <b>Muito baixo</b> | A confiança na estimativa de efeito é muito limitada. Há importante grau de incerteza nos achados. | Qualquer estimativa de efeito é incerta.                                                                |

**Fonte:** Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Para responder cada questão foi utilizada uma das seguintes metodologias: 1) revisões sistemáticas *de novo*; ou 2) adoção ou adaptação de diretrizes existentes.

Na sequência, são apresentadas para cada uma das questões clínicas, os métodos e resultados das buscas, as recomendações de outras diretrizes, um resumo das evidências e as tabelas de perfil de evidências de acordo com a metodologia GRADE.

## **QUESTÃO 1: QUAL É A EFETIVIDADE DA MUDANÇA NO ESTILO DE VIDA, INCLUINDO A CESSAÇÃO DO TABAGISMO, A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS E A REDUÇÃO DE PESO PARA ATENUAR A PROGRESSÃO DA DRC?**

**Recomendação:** Sugerimos que os pacientes com DRC estágios 1 a 5-ND (não dialítico) devem mudar o estilo de vida, incluindo a cessação do tabagismo, a prática de exercícios físicos e a redução de peso para atenuar a progressão da DRC (recomendação não graduada).

A estrutura PICO para esta pergunta foi:

**População:** Portadores de DRC estágios 1 a 5-ND (critérios diagnósticos de DRC)

**Intervenção:** Mudança no estilo de vida (cessação do tabagismo, exercícios físicos e redução de peso)

**Comparador:** Seguimento clínico sem intervenção

**Desfechos:** Redução da filtração glomerular; necessidade de diálise; eventos cardiovasculares; mortalidade por todas as causas e cardiovascular

### **Métodos e resultados da busca**

Para essa questão, foram consultadas as recomendações do *Chronic kidney disease: assessment and management NICE guideline*, publicado em 2021<sup>2</sup>, e do *KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease*<sup>3</sup>.

### **Resumo das evidências:**

#### **Recomendações do NICE<sup>2</sup>**

Orientação sobre estilo de vida: Incentivar os adultos com DRC a se exercitarem, atingirem um peso saudável e pararem de fumar [2008].

Intervenções dietéticas: Se for acordada uma intervenção dietética, fornecê-la juntamente com educação, avaliação dietética detalhada e supervisão para garantir que a desnutrição seja evitada. [2008]

Autogestão: Assegurar que existam sistemas para apoiar a autogestão (isto inclui o fornecimento de informações sobre pressão arterial, cessação do fumo, exercícios, dieta e medicamentos) e permitir que os adultos com DRC façam escolhas informadas. [2014]

Oferecer programas de educação de pacientes adequados à cultura e à idade a todos os adultos, crianças e jovens diagnosticados com anemia de DRC (e suas famílias e cuidadores). Estes devem ser repetidos conforme solicitado e de acordo com a mudança de circunstâncias da pessoa. Eles devem incluir o estilo de vida, como por exemplo: dieta, exercícios físicos, manter a normalidade ou conhecer outras pessoas com a condição.

#### **Recomendações do KDIGO 2012<sup>3</sup>**

O exercício regular leva ao aumento da capacidade de exercício, diminuição da morbidade e melhoria da qualidade de vida. O exercício pode reduzir o risco cardiovascular por seus efeitos benéficos sobre a pressão arterial (PA), níveis de triglicerídeos, colesterol lipoproteico de alta densidade (HDL), resistência à insulina e controle glicêmico. Na doença renal terminal, o exercício tem mostrado melhorar a rigidez arterial, a PA, a função cardiorrespiratória e a qualidade de vida. Ainda há poucos dados disponíveis sobre os efeitos benéficos do exercício sobre a DRC precoce. Entretanto, à medida que o risco cardiovascular aumenta gradualmente, tanto com uma taxa de filtração glomerular mais baixa quanto com uma taxa de filtração glomerular mais alta, espera-se que o exercício também ajude a prevenir a doença cardiovascular (DCV) progressiva em DCV menos severa. De fato, em indivíduos com categorias de TFG relativas à DRC de estágios 3A a 4 (TFG entre 15 e 59 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>), o treinamento de exercício a longo prazo melhorou o comprometimento físico, a rigidez arterial e a qualidade de vida. Portanto, o treinamento de exercício é imperativo em pacientes com DCV e programas de apoio, incluindo automonitoramento, reforço verbal e motivação, deve ser utilizado como estratégia para prevenir o alto risco cardiovascular na DCV.

Estudos observacionais sugerem que a obesidade é um fator de risco independente para a DRC. As evidências em estudos populacionais são conflitantes: alguns estudos não identificaram associação entre obesidade e diminuição da TFG, possivelmente porque o IMC isoladamente é uma medida ruim, enquanto outros sugerem que a DRC é associada independentemente ao IMC. Sabe-se há algum tempo que a obesidade está associada à glomeruloesclerose secundária focal e segmentar. As associações significativas entre obesidade e DRC identificadas em grandes estudos observacionais, como o *The Framingham Heart Study*, desaparecem quando há ajuste para idade, sexo e fatores de risco cardiovascular. Entretanto, revisão sistemática com meta-análise das intervenções de perda de peso em pacientes com DRC demonstraram que a perda de peso está associada à diminuição significativa da proteinúria e da PA sistólica, sem diminuição adicional da TFG durante um acompanhamento médio de 7,4 meses. De forma semelhante, outra revisão sistemática concluiu que intervenções de perda de peso foram associadas à diminuição da proteinúria e albuminúria em 1,7 g (IC95% 0,7-2,6 g) e 14 mg (IC95% 11-17 mg), respectivamente ( $p < 0,05$ ). Cada 1 kg de perda de peso foi associada à diminuição de 110 mg (IC95% 60-160 mg;  $p < 0,001$ ) na proteinúria e 1,1 mg (IC95% 0,5-2,4 mg;  $p < 0,011$ ) redução na albuminúria, independente da redução na PA.

Vários estudos documentam uma clara associação entre o fumo e os danos renais na população geral, pacientes com diabetes e pacientes hipertensos. O fumo tem relação causal a eventos cardiovasculares na população geral e está associado a um risco aumentado de eventos cardiovasculares em pacientes com DRC. Todos os estudos que investigam os efeitos benéficos da cessação do fumo na função renal têm tido resultados positivos.

## **QUESTÃO 2: QUAL É A EFETIVIDADE DA RESTRIÇÃO DE PROTEÍNAS DA DIETA PARA ATENUAR A PROGRESSÃO DA DRC?**

**Recomendação:** Sugerimos que os pacientes com DRC estágios 3 e 4 façam dieta restritiva em proteínas para atenuar a progressão da DRC (recomendação não graduada).

A estrutura PICO para esta pergunta foi:

**População:** Portadores de DRC estágios 3 e 4 (critérios diagnósticos de DRC)

**Intervenção:** Dieta restrita em proteínas

**Comparador:** Seguimento clínico sem intervenção

**Desfechos:** Redução da filtração glomerular; necessidade de diálise; eventos cardiovasculares; mortalidade por todas as causas e cardiovascular

### **Métodos e resultados da busca:**

Para essa questão, foram adotadas as recomendações do *Chronic kidney disease: assessment and management NICE guideline*, publicado em 2021<sup>2</sup>, e do *KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease*<sup>3</sup>.

### **Resumo das evidências:**

#### **Recomendações do NICE<sup>2</sup>**

Dietas com baixo teor de proteína:

- Não ofereça dietas com baixo teor de proteína (ingestão de proteína dietética inferior a 0,6 a 0,8 g/kg/dia) para adultos com DRC. [2014]

#### **Recomendações do KDIGO 2012<sup>3</sup>**

Consumo de proteína

- Baixar a ingestão de proteína para 0,8 g/kg/dia em adultos com diabetes (2C) ou sem diabetes (2B) e TFG <30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> (categorias TFG G4-G5), com educação apropriada.

- Evitar o consumo elevado de proteína (41,3 g/kg/dia) em adultos com DRC em risco de progressão (2C).

O excesso de proteína dietética leva ao acúmulo de toxinas urêmicas. Ao contrário, a ingestão insuficiente de proteínas pode levar à perda de massa magra do corpo e à desnutrição, sendo esta última mais frequente em idosos. Os benefícios da restrição proteica na dieta incluem a redução do acúmulo de metabólitos e produtos residuais que podem suprimir o apetite e estimular o desperdício de proteína muscular. O papel da restrição proteica dietética no abrandamento da progressão da DRC é mais controverso e a DRC avançada está associada a uma síndrome de desperdício de proteínas que está diretamente correlacionada com a morbidez e a mortalidade. As orientações sobre redução de proteínas dietéticas não se aplicam a populações pediátricas devido às questões relacionadas com crescimento e nutrição.

### **QUESTÃO 3: QUAL É A EFETIVIDADE DO USO DOS INIBIDORES DA ENZIMA CONVERSORA DA ANGIOTENSINA (IECA) OU BLOQUEADORES DE RECEPTORES DA ANGIOTENSINA (BRA) PARA ATENUAR A PROGRESSÃO DA DRC?**

**Recomendação:** Sugerimos que os pacientes com DRC estágios 1 a 5-ND utilizem inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou bloqueadores de receptores da angiotensina (BRA) para atenuar a progressão da DRC (recomendação não graduada).

A estrutura PICO para esta pergunta foi:

**População:** Portadores de DRC estágios 1 a 5-ND (critérios diagnósticos de DRC)

**Intervenção:** IECA ou BRA

**Comparador:** Seguimento clínico sem uso de IECA ou BRA

**Desfechos:** Redução da filtração glomerular; necessidade de diálise; eventos cardiovasculares; mortalidade por todas as causas e cardiovascular

#### **Métodos e resultados da busca**

Para essa questão, foram adotadas as recomendações do *Chronic kidney disease: assessment and management NICE guideline*, publicado em 2021<sup>2</sup>, e do *KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease*<sup>3</sup>.

#### **Resumo das evidências:**

##### **Recomendações do NICE<sup>2</sup>**

- Oferecer BRA ou IECA (dose mais alta que a pessoa possa tolerar) a adultos, crianças e jovens com DRC que tenham hipertensão e RAC acima de 30 mg/mmol (RAC categoria A3 ou acima).
- Para adultos com DRC e diabetes melito (tipo 1 ou tipo 2), oferecer BRA ou IECA (dose mais alta que a pessoa pode tolerar) se a RAC for igual ou acima de 3 mg/mmol. [2021]
- Na avaliação nefrológica, oferecer BRA ou IECA (dose mais alta que eles podem tolerar), se RAC for igual ou acima de 70 mg/mmol.
- Monitorar de acordo com as recomendações. Se RAC estiver acima de 30 mg/mmol, mas abaixo 70 mg/mmol; considere discutir com um nefrologista se a TFG declinar ou a RAC aumentar. [2021]

##### **Recomendações do KDIGO 2012<sup>3</sup>**

- Recomenda que adultos diabéticos e não diabéticos com DRC e excreção de albumina acima de 30 mg/24 horas (ou equivalente, ou seja, outra apresentação da RAC que não em mg/g) cuja pressão arterial é consistentemente acima de 140 mmHg sistólica ou acima de 90 mmHg diastólica, sejam tratados com anti-hipertensivos para manter pressão arterial abaixo de 140 mmHg sistólica e abaixo de 90 mmHg diastólica.
- Sugere que adultos diabéticos e não diabéticos com DRC e com excreção de albumina de urina acima de 30 mg/24 horas (ou equivalente) cuja pressão arterial é consistentemente acima de 130 mm Hg sistólica ou acima de 80 mm Hg diastólica sejam tratados com anti-hipertensivos para manter pressão arterial abaixo de 130 mmHg sistólica e abaixo de 80 mm Hg diastólica.
- Sugere que BRA ou IECA sejam usados em adultos diabéticos com DRC e excreção de albumina de urina entre 30 e 300 mg/24 horas (ou equivalente).
- Recomenda que BRA ou IECA sejam usados tanto em adultos diabéticos como não diabéticos com DRC e excreção de albumina de urina acima de 300 mg/24 horas (ou equivalente).
- Não há evidências suficientes para recomendar a associação de IECA com BRA para evitar a progressão da DRC.

#### **Qualidade das diretrizes**

Para as questões as quais foram utilizadas diretrizes já existentes para adotar as recomendações, a qualidade destas diretrizes incluídas foi avaliada com a ferramenta AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II*)<sup>4</sup>. O

processo de avaliação foi realizado por dois avaliadores independentes e previamente treinados. Para o *KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease*<sup>3</sup>, as pontuações obtidas foram 61%, 39%, 53%, 42%, 4% e 42%, respectivamente para os domínios 1, 2, 3, 4, 5 e 6. O domínio com a melhor pontuação foi escopo e finalidade, enquanto o domínio de maior déficit foi aplicabilidade. Apesar da alta qualidade metodológica, as diretrizes apresentaram limitações em alguns domínios como envolvimento de partes interessadas e aplicabilidade. Detalhes da avaliação metodológica da diretriz KDIGO constam no **Material Suplementar 1**.

#### QUESTÃO 4. QUAL É A EFETIVIDADE DO USO DOS CETANÁLOGOS ASSOCIADOS A DIETA RESTRITA OU MUITO RESTRITA EM PROTEÍNAS PARA ATENUAR A PROGRESSÃO DA DRC?

**Recomendação:** Estudos sugerem que uso de cetoanálogos (CA) associado à dieta com restrição proteica, tanto na forma de dieta hipoproteica (LPD, do inglês *Low Protein Diet*, que consiste na ingestão diária ideal de 0,6 g de proteína/kg) quanto na forma de dieta muito pobre em proteínas (VLPD, do inglês *Very Low-Protein Diet*, que consiste na ingestão diária ideal de 0,3 g de proteína/kg), retarda a progressão da DRC. No entanto, ainda não há evidências sobre o impacto dessas dietas na redução da necessidade da TRS e na mortalidade dos pacientes com DRC, por essas razões a tecnologia não foi incorporada pelo SUS (Relatório de recomendação 787, de novembro de 2022, Portaria SCTIE/MS nº 169/2022)<sup>12</sup>.

A estrutura PICO para esta pergunta foi:

**População:** Portadores de DRC estágios 3 e 4 (critérios diagnósticos de DRC)

**Intervenção:** CA + restrição proteica (na forma de LPD ou VLPD)

**Comparador:** restrição proteica ou placebo

**Desfechos:** Redução da filtração glomerular (Taxa de filtração glomerular estimada; TFGe); níveis de Creatinina no sangue; níveis de ureia nitrogenada no sangue (BUN - do inglês, *blood urea nitrogen*).

#### Métodos e resultados da busca

Para responder à essa pergunta foi realizada uma busca sistematizada da literatura nas bases de dados MEDLINE via Pubmed (*United States National Library of Medicine*), Biblioteca Cochrane, LILACS (Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde/BVS - Biblioteca Virtual em Saúde); Scopus (Elsevier) e Cochrane até 07/2022. As estratégias de busca para cada base estão descritas no **Quadro B**.

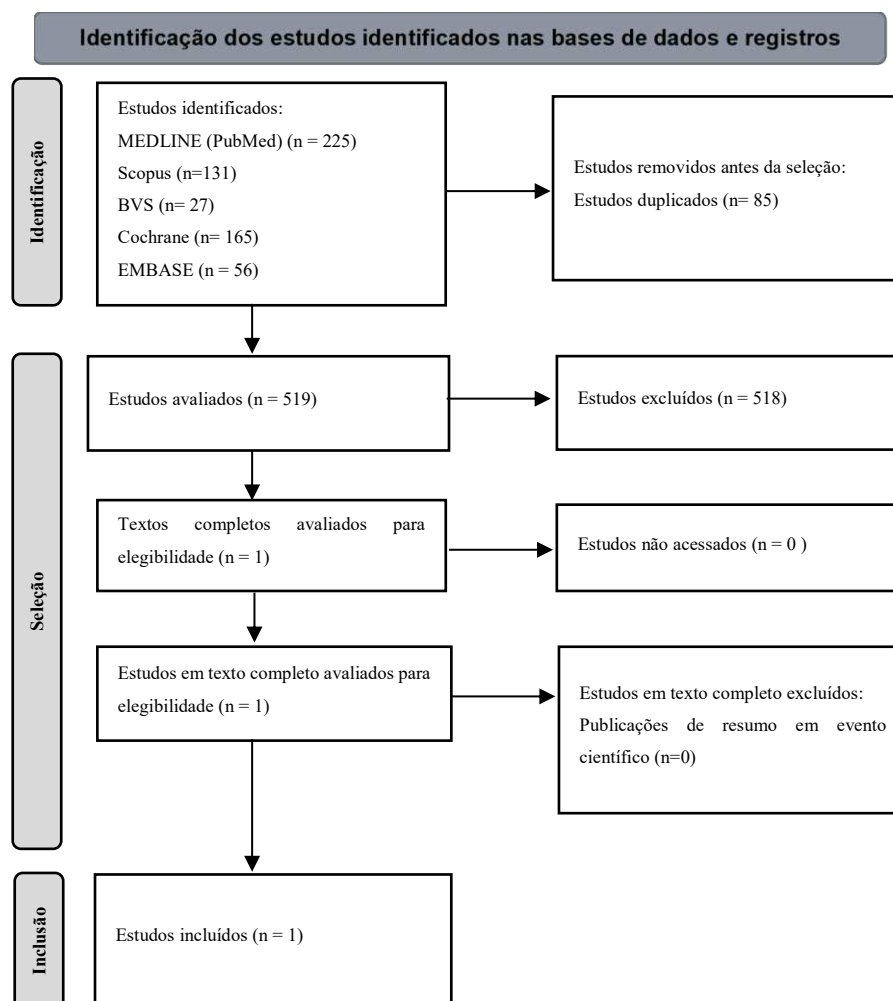
**Quadro B** - Estratégias de busca, de acordo com a base de dados, para identificação de revisões sistemáticas e estudos clínicos.

| Base de dados | Estratégia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BVS           | ("very low protein diets" ) AND ("chronic renal failure" OR "chronic renal disease" )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| SCOPUS        | ( TITLE-ABS-KEY ( {very low protein diets} OR ketodiet OR {protein restricted diet} OR {Protein Restricted Diets} OR {low protein diets} OR {protein free diet} OR {protein free diets} OR {low protein diet} ) AND TITLE-ABS-KEY ( {kidney failure, chronic} OR {end stage kidney disease} OR {end stage kidney disease} OR {chronic kidney failure} OR {end stage renal disease} OR {end stage renal failure} OR {chronic renal failure} OR {chronic renal disease} OR esrd ) AND TITLE-ABS-KEY ( {amino acids} OR {keto acids} OR oxoacids OR {oxo acids} OR ketoanalogs OR ketoanalogue OR ketoanalogs ) )                                                                                                                                                                              |
| PUBMED        | Search: #1 AND #2 AND #3<br>#3 Search: (((((((("very low protein diets"[All Fields]) OR ("ketodiet"[All Fields])) OR ("protein restricted diet"[All Fields])) OR (Protein Restricted Diets)) OR ("low protein diets"[All Fields])) OR ("protein free diet"[All Fields])) OR ("protein free diets"[All Fields])) OR ("low protein diet"[All Fields]))<br>#2 Search: (((((((("kidney failure, chronic"[MeSH Terms]) OR ("end stage kidney disease"[Title/Abstract])) OR ("end stage kidney disease"[Title/Abstract])) OR ("chronic kidney failure"[Title/Abstract])) OR ("end stage renal disease"[Title/Abstract])) OR ("end stage renal failure"[Title/Abstract])) OR ("chronic renal failure"[Title/Abstract])) OR ("chronic renal disease"[Title/Abstract])) OR ("esrd"[Title/Abstract])) |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                         | #1 Search: ((((((("amino acids"[Title/Abstract]) OR ("keto acids"[MeSH Terms])) OR ("oxoacids"[Title/Abstract])) OR ("oxo acids"[Title/Abstract])) OR ("ketoanalogs"[Title/Abstract])) OR ("ketoanalogue"[Title/Abstract])) OR (Ketoanalogs)                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>COCHRANE LIBRARY</b> | very low protein diets OR ketodiet OR protein restricted diet OR Protein Restricted Diets OR low protein diets OR protein free diet OR protein free diets OR low protein diet<br>kidney failure chronic OR end stage kidney disease OR end stage kidney disease OR chronic kidney failure OR end stage renal disease OR end stage renal failure OR chronic renal failure OR chronic renal disease OR esrd<br>amino acids OR keto acids OR oxoacids OR oxo acids OR ketoanalogs OR ketoanalogue |
| <b>EMBASE</b>           | #7 AND 'systematic review'/de<br>#1 AND #2<br>#2 'protein restriction'/exp OR 'oxoacid'/exp OR 'ketoanalogue'<br>#1 'chronic kidney failure'/exp                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

O processo de seleção dos estudos recuperados foi desenvolvido de acordo com as seguintes etapas: identificação e exclusão de duplicatas; primeira seleção dos estudos remanescentes, de acordo com critérios de inclusão e exclusão, por leitura de título e resumo; e segunda seleção por leitura completa. Foram considerados como critérios de elegibilidade as revisões sistemáticas, seguida por ensaios clínicos randomizados (ECR) na ausência das mesmas. A população-alvo consistiu de pacientes com DRC em estágio pré-dialítico. Foram considerados como critérios de exclusão: estudos *in vitro* ou com modelos animais, opiniões de especialistas, resumos de congressos, revisões narrativas e estudos que não possuíam braço comparador ou que avaliaram desfechos diferentes do especificado na pergunta PICO. Foram recuperados 604 documentos dos quais 85 eram duplicatas. Foram selecionados para triagem pela leitura do título e resumo 519 documentos, dos quais 518 foram eliminados, restando 1 para etapa final de leitura completa (**Figura A**).

**Figura A** - Fluxograma de identificação de estudos.



Por fim, uma revisão sistemática (RS) foi incluída para a síntese de evidências por ser considerada a de melhor qualidade metodológica e a mais completa por atender à PICO definida. A revisão sistemática publicada por Li *et al.*, 2019<sup>5</sup> foi publicada na *Nutrients* e teve por objetivo avaliar o efeito do uso combinado de cetonaálogos e dieta restrita em proteínas em pacientes portadores de DRC em estágios 4 e 5 pré-dialítico, principalmente na progressão da doença. A busca realizada por Li e colaboradores foi realizada no PubMed e Embase até fevereiro de 2019. Foram incluídos dez ensaios clínicos randomizados (ECR) e dois ensaios clínicos não randomizados (ECNR) compreendendo um total de 951 pacientes.

A qualidade metodológica dos estudos controlados não randomizados e dos randomizados incluídos na revisão sistemática de Li e colaboradores foi avaliada pela Escala de *Newcastle-Ottawa*<sup>6</sup> e *Cochrane Risk of Bias Tool*<sup>7</sup> respectivamente. A maioria dos estudos (mais de 75%) apresentou baixo risco de reporte e de atrito. No entanto, os estudos apresentaram baixo risco ou risco desconhecido de seleção, detecção e performance. Em relação ao viés de publicação, o gráfico de funil do efeito dos cetonaálogos na TFG<sub>e</sub> em pacientes com DRC demonstrou ser simétrico. A análise quantitativa do gráfico de funil pelo método de Egger<sup>8</sup> não foi realizada devido ao pequeno número de estudos incluídos. Por fim, a qualidade metodológica da RS foi realizada utilizando a ferramenta *Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews* versão 2 (AMSTAR-2)<sup>9</sup>. A revisão foi associada a uma moderada qualidade devido, entre outros fatores, à ausência de informações metodológicas.

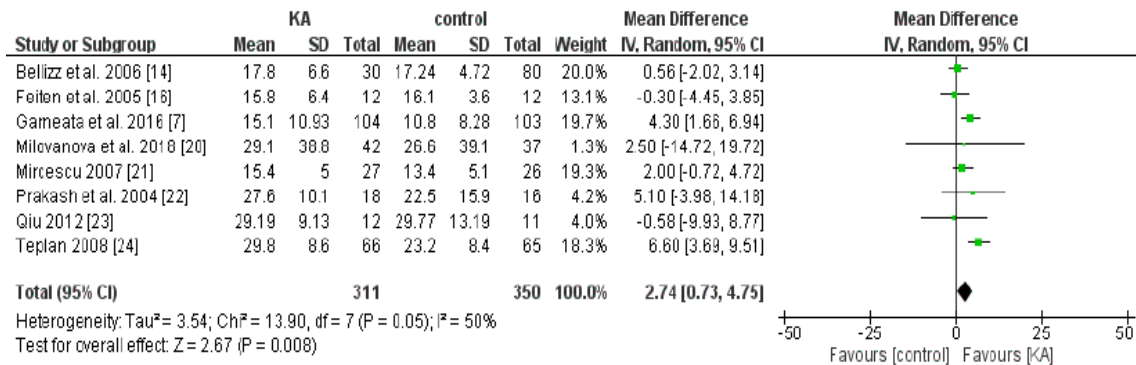
### Resumo das evidências

#### Redução da taxa de filtração glomerular estimada

Os índices de função renal foram comparados entre o grupo de tratamento (LPD; dieta com baixo ou VLPD; muito baixo teor de proteína, associadas ao cetonaálogos - CA) e grupo controle (placebo) para avaliar o efeito de uma dieta restrita em

proteína suplementada com CA na deterioração da função renal em pacientes com DRC. Para comparar o efeito do CA na prevenção da deterioração da TFG, sete ECR e um ECNR foram alocados para conduzir uma meta-análise. Um modelo aleatório foi selecionado devido à grande heterogeneidade entre os estudos. No geral, o CA reverteu significativamente a diminuição de TFG em pacientes com DRC (diferença de média (MD) = 2,74, IC95% 0,73 - 4,75,  $p = 0,008$ ), conforme mostrado na **Figura B**.

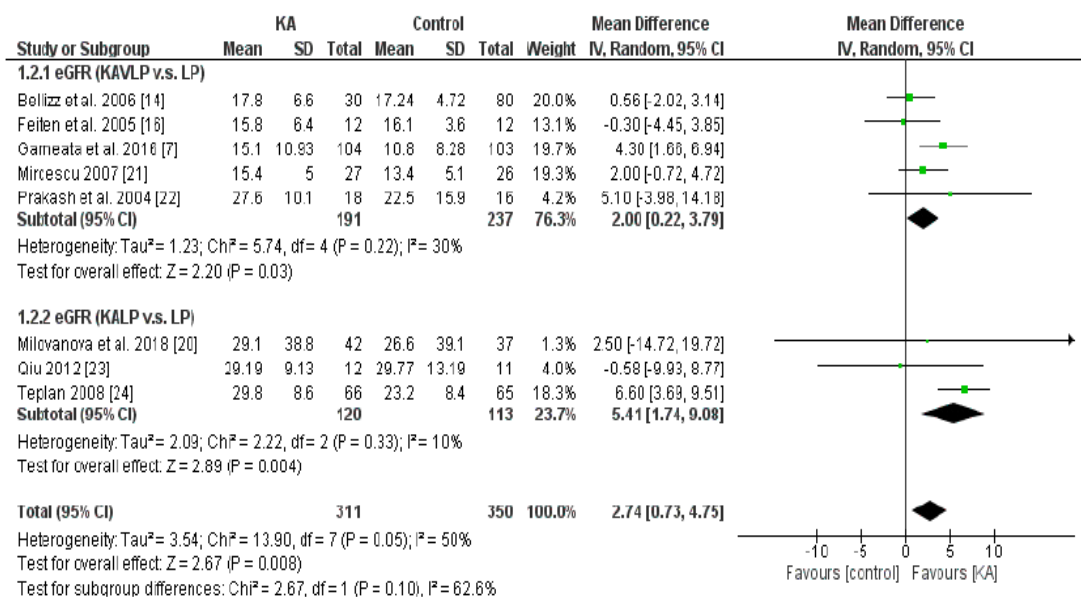
**Figura B** - Medida sumária para o desfecho prevenção da deterioração da taxa de filtração glomerular estimada (TFGe).



Fonte: Adaptado de Li *et al.*, 2019<sup>5</sup>.

Uma análise de subgrupo foi conduzida para investigar se o uso combinado de CA com dieta pobre em proteínas (LPD) é mais eficaz do que o uso de CA com dieta muito pobre em proteínas (VLPD) na prevenção da deterioração da função renal. Embora a diferença de média da TFG tenha sido maior no grupo LPD (MD = 5,41, IC95% 1,74 -9,08), uma diferença significativa entre dois subgrupos não foi encontrada ( $p = 0,10$ ) (**Figura C**).

**Figura C** - Medida sumária do efeito do CA na taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) em pacientes com DRC estratificados por tipo de dieta de restrição proteica.

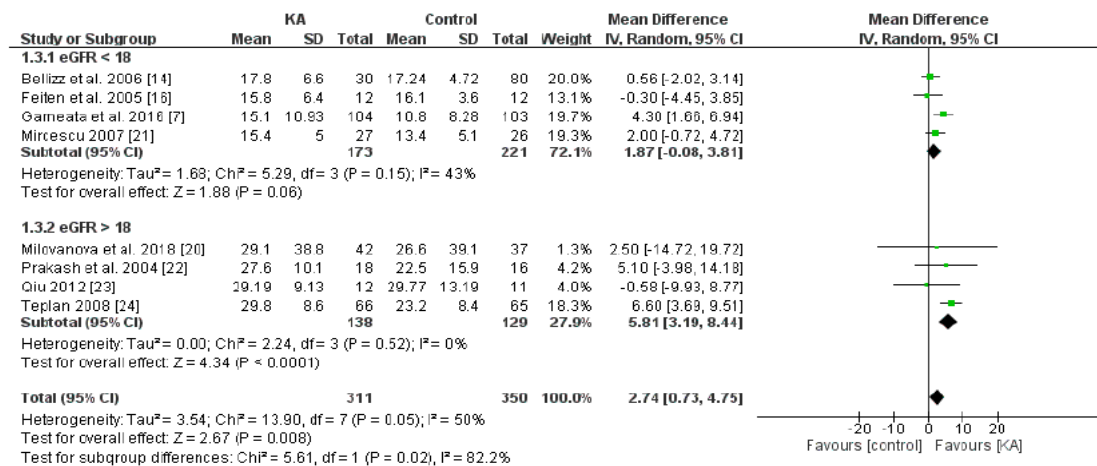


KAVLP: dieta muito pobre em proteínas suplementada com cetanoálogos. KALP: dieta hipoprotéica suplementada com cetanoálogos. LP: dieta pobre em proteínas. Fonte: Adaptado de Li *et al.*, 2019<sup>5</sup>.

Uma vez que foi evidenciado que o uso de CA é eficiente na prevenção da deterioração de TFG em pacientes com DRC, foi avaliado se o uso precoce de CA traz benefícios aos pacientes com DRC. No total, quatro estudos (394 pacientes) foram incluídos no subgrupo de TFG < 18 mL/min por 1,73 m<sup>2</sup>, e quatro estudos (267 pacientes) foram incluídos no subgrupo de

TFGe > 18 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>. Foi constatado que a suplementação com CA beneficia pacientes com DRC com TFGe > 18 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> (MD = 5,81, IC95% 3,19 - 8,44, p < 0,0001), mas não beneficia pacientes com TFGe < 18 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> (MD = 1,87, IC95% -0,08 - 3,81, p = 0,06. A diferença entre os dois subgrupos também foi significativa (p = 0,02). Os resultados sugerem que o uso de CA associado à dieta restrita de proteínas preserva a função renal em pacientes com DRC. Embora o CA+VLPD não seja melhor que CA+LPD no controle da TFGe, o uso combinado de CA e dieta restrita em proteínas de forma precoce pode trazer benefícios para os pacientes portadores de DRC (**Figura D**).

**Figura D** - Medida sumária do efeito do CA na prevenção da deterioração da taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) em pacientes estratificados por TFGe menor ou maior que 18 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>.

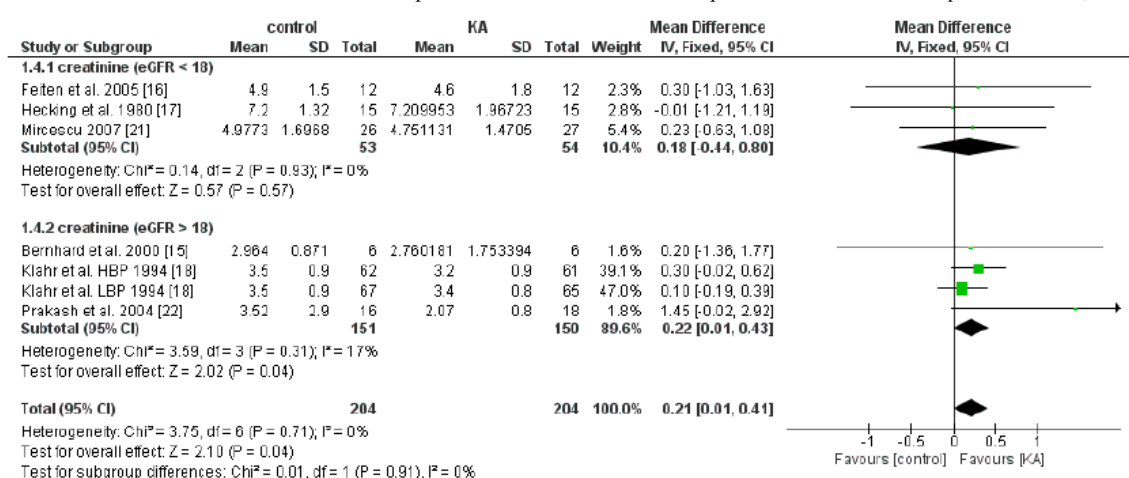


Fonte: Adaptado de Li *et al.*, 2019<sup>5</sup>.

### Níveis de creatinina no sangue

O efeito do CA na creatinina sérica foi analisado em seis estudos (408 pacientes). No geral, uma diferença significativa foi observada entre os grupos CA e controle (MD = 0,21, IC95% 0,01 - 0,41, p = 0,04). Pacientes do subgrupo da TFGe > 18 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> se beneficiaram com o uso dos cetoanálogos (MD = 0,22, IC95% 0,01 - 0,43, p = 0,04). No entanto, no subgrupo de TFGe < 18 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, não foi encontrada diferença significativa entre os grupos intervenção e controle (MD = 0,18, IC95% 0,44 - 0,80, p = 0,57) (**Figura E**).

**Figura E**. Medida sumária do efeito do CA na creatinina em pacientes com DRC estratificados por eGFR menor ou maior que 18 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>.

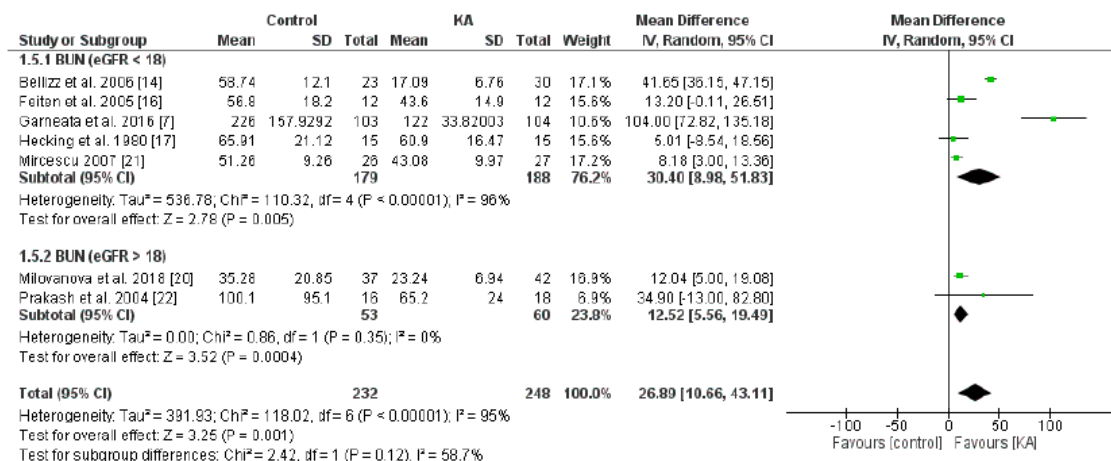


Fonte: Adaptado de Li *et al.*, 2019<sup>5</sup>.

### Níveis de ureia nitrogenada no sangue (BUN – do inglês, *blood urea nitrogen*)

O efeito geral do CA nos níveis de BUN foi significativo (MD = 26,89, IC95% 10,66 - 43,11,  $p = 0,001$ ). Análise por subgrupo mostrou uma diminuição significativa no nível de BUN no subgrupo de TFG<sub>e</sub> < 18 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> (MD = 30,40, IC95% 8,98 - 51,83,  $p = 0,005$ ) e o subgrupo de TFG<sub>e</sub> > 18 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> (MD = 12,52, IC95% 5,56 - 19,49,  $p = 0,0004$ ) (Figura F).

**Figura F.** Medida sumária do efeito do CA nos níveis de ureia nitrogenada em pacientes com DRC estratificados por TFG<sub>e</sub> menor ou maior que 18 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>.



Fonte: Adaptado de Li *et al.*, 2019<sup>5</sup>.

### Perfil de evidências

A Tabela A apresenta os resultados das meta-análises e da avaliação da certeza da evidência (GRADE) para os desfechos: redução da taxa filtração glomerular estimada; níveis de creatinina séricos e; níveis de ureia. A qualidade da certeza da evidência foi considerada muito baixa, conforme mostrado abaixo.

**Tabela A** - Avaliação da certeza da evidência do uso de cetonaálogos associados à dieta restrita em proteínas em pacientes com doença renal crônica.

| Avaliação da certeza |                        |               |                |                    |            |                      | Nº de pacientes |         | Efeito            |                   | Certeza | Importância |
|----------------------|------------------------|---------------|----------------|--------------------|------------|----------------------|-----------------|---------|-------------------|-------------------|---------|-------------|
| Nº dos estudos       | Delineamento do estudo | Risco de viés | Inconsistência | Evidência indireta | Imprecisão | Outras considerações | CA dieta        | + Dieta | Relativo (95% CI) | Absoluto (95% CI) |         |             |

**Deterioração da taxa de filtração glomerular (TGF)**

|   |                               |                    |           |                        |                    |        |     |     |   |                                                               |               |            |
|---|-------------------------------|--------------------|-----------|------------------------|--------------------|--------|-----|-----|---|---------------------------------------------------------------|---------------|------------|
| 5 | ensaios clínicos randomizados | grave <sup>a</sup> | não grave | não grave <sup>b</sup> | grave <sup>c</sup> | nenhum | 191 | 237 | - | MD <b>2 mais alto</b><br>(0.22 mais alto para 3.79 mais alto) | ⊕⊕○○<br>Baixa | IMPORTANTE |
|---|-------------------------------|--------------------|-----------|------------------------|--------------------|--------|-----|-----|---|---------------------------------------------------------------|---------------|------------|

**Níveis de ureia (BUN)**

|   |                               |                    |                          |           |                    |        |     |     |   |                                                                     |                     |         |
|---|-------------------------------|--------------------|--------------------------|-----------|--------------------|--------|-----|-----|---|---------------------------------------------------------------------|---------------------|---------|
| 7 | ensaios clínicos randomizados | grave <sup>a</sup> | muito grave <sup>d</sup> | não grave | grave <sup>e</sup> | nenhum | 248 | 232 | - | MD <b>26.89 mais alto</b><br>(10.66 mais alto para 43.11 mais alto) | ⊕○○○<br>Muito baixa | CRÍTICO |
|---|-------------------------------|--------------------|--------------------------|-----------|--------------------|--------|-----|-----|---|---------------------------------------------------------------------|---------------------|---------|

**Níveis de creatinina**

|   |                               |                    |           |           |                    |        |     |     |   |                                                                  |               |         |
|---|-------------------------------|--------------------|-----------|-----------|--------------------|--------|-----|-----|---|------------------------------------------------------------------|---------------|---------|
| 6 | ensaios clínicos randomizados | grave <sup>a</sup> | não grave | não grave | grave <sup>f</sup> | nenhum | 204 | 204 | - | MD <b>0.21 mais alto</b><br>(0.01 mais alto para 0.41 mais alto) | ⊕⊕○○<br>Baixa | CRÍTICO |
|---|-------------------------------|--------------------|-----------|-----------|--------------------|--------|-----|-----|---|------------------------------------------------------------------|---------------|---------|

**Legenda:** BUN: níveis de ureia nitrogenada no sangue, do inglês *blood urea nitrogen*; CI: intervalo de confiança, do inglês *confidence interval*; MD: diferença de média, do inglês *mean difference*.

**Explicações:** **a.** De acordo com a ferramenta da Cochrane para ensaios clínicos randomizados, a maioria dos estudos (mais de 75%) apresentou baixo risco de reporte e de atrito. No entanto, os estudos também apresentaram baixo risco ou risco desconhecido de seleção, detecção e performance. **b.** I<sup>2</sup> = 30% **c.** Ampla IC95% em torno da estimativa do efeito (0,22, 3,79). **d.** I<sup>2</sup> = 95%. **e.** Ampla IC95% (10,66 – 43,11). **f.** Ampla IC95% em torno da estimativa do efeito (0,01 - 0,41).

### QUESTÃO 5: Qual é a efetividade do uso dos iSGLT-2 para atenuar a progressão da DRC?

**Recomendação:** Sugerimos que os pacientes com DRC estágios 2 a 4 utilizem iSGLT-2 para atenuar a progressão da DRC (certeza da evidência de moderada a alta).

A estrutura PICO para esta pergunta foi:

**População:** Portadores de DRC estágios 2 a 4 (critérios diagnósticos de DRC)

**Intervenção:** iSGLT-2 + (IECA ou BRA)

**Comparador:** Medicamentos que bloqueiam o sistema renina angiotensina aldosterona (IECA ou BRA)

**Desfechos:** Redução da filtração glomerular; eventos cardiovasculares; mortalidade por todas as causas e cardiovascular; taxa de filtração glomerular estimada; segurança

#### Métodos e resultados da busca

Para essa questão, foram adotadas as recomendações do *Dapagliflozin for treating chronic kidney disease Technology appraisal guidance*, publicado em 2022 pelo NICE<sup>13</sup> ([www.nice.org.uk/guidance/ta775](http://www.nice.org.uk/guidance/ta775)), e do Relatório de Recomendação nº 773/2022, para avaliação da incorporação da dapagliflozina para tratamento de pacientes adultos com doença renal crônica em uso de terapia padrão pela Conitec<sup>11</sup>.

Para a condução da revisão sistemática, foi realizada busca sistematizada da literatura nas bases de dados MEDLINE via Pubmed (*United States National Library of Medicine*), EMBASE® (Elsevier®), Biblioteca Cochrane, LILACS (Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde/BVS - Biblioteca Virtual em Saúde); ClicalTrials.gov (*U.S. National Library of Medicine*) e *World Health Organization (WHO) International Clinical Trials Registry Portal*, até a data 05/04/2022. As estratégias de busca para cada base estão descritas no **Quadro C**.

**Quadro C** - Estratégias de busca, de acordo com a base de dados, para identificação de revisões sistemáticas e estudos clínicos.

| Bases de dados                                                                | Estratégia de busca                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Nº de resultados encontrados |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Pubmed<br>( <i>United States National Library of Medicine</i> )<br>(para ECR) | ("Kidney Diseases"[MeSH Terms] OR "renal insufficiency, chronic"[MeSH Terms] OR "kidney failure, chronic"[MeSH Terms] OR "Chronic Renal Insufficiencies"[All Fields] OR "Chronic Renal Insufficiency"[All Fields] OR "kidney insufficiency chronic"[All Fields] OR "Chronic Kidney Insufficiency"[All Fields] OR "Chronic Kidney Diseases"[All Fields] OR "Chronic Kidney Disease"[All Fields] OR "disease chronic kidney"[All Fields] OR "diseases chronic kidney"[All Fields] OR "kidney disease chronic"[All Fields] OR "kidney diseases chronic"[All Fields] OR "Chronic Renal Diseases"[All Fields] OR "Chronic Renal Disease"[All Fields] OR "disease chronic renal"[All Fields] OR "diseases chronic renal"[All Fields] OR "renal disease chronic"[All Fields] OR "renal diseases chronic"[All Fields] OR "kidney disease*"[All Fields] OR "renal disease*"[All Fields] OR "kidney failure"[All Fields] OR "renal failure"[All Fields] OR "CKF"[All Fields] OR "CKD"[All Fields] OR "CRF"[All Fields] OR "CRD"[All Fields] OR "renal impairment*"[All Fields] OR "end stage kidney disease"[All Fields] OR "disease end stage kidney"[All Fields] OR "end stage kidney disease"[All Fields] OR "kidney disease end stage"[All Fields] OR "Chronic Kidney Failure"[All Fields] OR "end stage renal disease"[All Fields] OR "disease end stage renal"[All Fields] OR "end stage renal disease"[All Fields] OR "renal disease end stage"[All Fields] OR "renal disease end stage"[All Fields] OR "renal failure end | 301                          |

| Bases de dados                                                                           | Estratégia de busca                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Nº de resultados encontrados |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|                                                                                          | <p>stage"[All Fields] OR "End-Stage Renal Failure"[All Fields] OR "renal failure end stage"[All Fields] OR "renal failure chronic"[All Fields] OR "Chronic Renal Failure"[All Fields] OR ("kidney failure, chronic"[MeSH Terms] OR ("kidney"[All Fields] AND "failure"[All Fields] AND "chronic"[All Fields]) OR "Chronic Kidney Failure"[All Fields] OR "esrd"[All Fields]) OR "ESKD"[All Fields] OR "ESRF"[All Fields] OR "ESKF"[All Fields]) AND ("dapagliflozin"[Supplementary Concept] OR ("dapagliflozin"[Supplementary Concept] OR "dapagliflozin"[All Fields] OR "dapagliflozin s"[All Fields]) OR ("dapagliflozin propanediol"[All Fields] OR "dapagliflozin"[Supplementary Concept] OR "dapagliflozin"[All Fields] OR "farxiga"[All Fields] OR "dapagliflozin s"[All Fields]) OR ("dapagliflozin"[Supplementary Concept] OR "dapagliflozin"[All Fields] OR "forxiga"[All Fields]) OR "bms 512148"[All Fields] OR "BMS512148"[All Fields] OR "bms 512148"[All Fields] OR "461432-26-8"[All Fields] OR "1ull0qj8uc"[EC/RN Number] OR "s1548"[All Fields]) AND (("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "drug therapy"[MeSH Subheading] OR "randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title/Abstract] OR "groups"[Title/Abstract]) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms]))</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |
| <b>Pubmed</b><br><i>(United States National Library of Medicine)</i><br><b>(para RS)</b> | <p>("Kidney Diseases"[MeSH Terms] OR "renal insufficiency, chronic"[MeSH Terms] OR "kidney failure, chronic"[MeSH Terms] OR "Chronic Renal Insufficiencies"[All Fields] OR "Chronic Renal Insufficiency"[All Fields] OR "kidney insufficiency chronic"[All Fields] OR "Chronic Kidney Insufficiency"[All Fields] OR "Chronic Kidney Diseases"[All Fields] OR "Chronic Kidney Disease"[All Fields] OR "disease chronic kidney"[All Fields] OR "diseases chronic kidney"[All Fields] OR "kidney disease chronic"[All Fields] OR "kidney diseases chronic"[All Fields] OR "Chronic Renal Diseases"[All Fields] OR "Chronic Renal Disease"[All Fields] OR "disease chronic renal"[All Fields] OR "diseases chronic renal"[All Fields] OR "renal disease chronic"[All Fields] OR "renal diseases chronic"[All Fields] OR "kidney disease*"[All Fields] OR "renal disease*"[All Fields] OR "kidney failure"[All Fields] OR "renal failure"[All Fields] OR "CKF"[All Fields] OR "CKD"[All Fields] OR "CRF"[All Fields] OR "CRD"[All Fields] OR "renal impairment*"[All Fields] OR "end stage kidney disease"[All Fields] OR "disease end stage kidney"[All Fields] OR "end stage kidney disease"[All Fields] OR "kidney disease end stage"[All Fields] OR "Chronic Kidney Failure"[All Fields] OR "end stage renal disease"[All Fields] OR "disease end stage renal"[All Fields] OR "end stage renal disease"[All Fields] OR "renal disease end stage"[All Fields] OR "renal disease end stage"[All Fields] OR "renal failure end stage"[All Fields] OR "End-Stage Renal Failure"[All Fields] OR "renal failure end stage"[All Fields] OR "renal failure chronic"[All Fields] OR "Chronic Renal Failure"[All Fields] OR ("kidney failure, chronic"[MeSH Terms] OR ("kidney"[All Fields] AND</p> | 147                          |

| Bases de dados                                            | Estratégia de busca                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nº de resultados encontrados |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|                                                           | <p>"failure"[All Fields] AND "chronic"[All Fields]) OR "Chronic Kidney Failure"[All Fields] OR "esrd"[All Fields]) OR "ESKD"[All Fields] OR "ESRF"[All Fields] OR "ESKF"[All Fields]) AND ("dapagliflozin"[Supplementary Concept] OR ("dapagliflozin"[Supplementary Concept] OR "dapagliflozin"[All Fields] OR "dapagliflozin s"[All Fields]) OR ("dapagliflozin propanediol"[All Fields] OR "dapagliflozin"[Supplementary Concept] OR "dapagliflozin"[All Fields] OR "farxiga"[All Fields] OR "dapagliflozin s"[All Fields]) OR ("dapagliflozin"[Supplementary Concept] OR "dapagliflozin"[All Fields] OR "forxiga"[All Fields]) OR "bms 512148"[All Fields] OR "BMS512148"[All Fields] OR "bms 512148"[All Fields] OR "461432-26-8"[All Fields] OR "1ull0qj8uc"[EC/RN Number] OR "s1548"[All Fields]) AND (("meta-analysis"[Publication Type] OR "meta analysis as topic"[MeSH Terms] OR "meta-analysis"[All Fields] OR "literature review"[All Fields] OR "review literature"[All Fields] OR "meta analy*" [Text Word] OR "metaanal*" [Text Word] OR ("systematic*" [All Fields] AND ("review*" [All Fields] OR "overview*" [All Fields])) OR "metaanalysis"[Publication Type] OR "review"[Publication Type] OR "review"[Title]) NOT ("case report"[All Fields] OR "letter"[Publication Type] OR "historical article"[Publication Type]))</p> |                              |
| <b>EMBASE®</b><br><b>(Elsevier®)</b><br><b>(para ECR)</b> | <p>('chronic kidney failure'/exp OR 'kidney disease'/exp OR 'kidney failure'/exp OR 'renal impairment'/exp OR 'end stage renal disease'/exp OR 'chronic renal insufficienc*' OR 'chronic kidney insufficienc*' OR (('chronic kidney diseas*' OR 'chronic renal diseas*' OR 'kidney diseas*' OR 'renal diseas*' OR 'kidney failure' OR 'renal failure') AND ckf) OR ckd OR crf OR crd OR 'renal impairment*' OR 'endstage kidney disease' OR 'end-stage renal disease' OR 'end-stage renal failure' OR 'chronic renal failure' OR esrd OR eskd) AND ('dapagliflozin'/exp OR dapagliflozin OR farxiga OR forxiga OR 'bms 512148' OR 'bms512148' OR 'bms-512148' OR '461432 26 8' OR 1ull0qj8uc OR s1548) AND ('crossover procedure':de OR 'double-blind procedure':de OR 'randomized controlled trial':de OR 'single-blind procedure':de OR random*:de,ab,ti OR factorial*:de,ab,ti OR crossover*:de,ab,ti OR ((cross NEXT/1 over*):de,ab,ti) OR placebo*:de,ab,ti OR ((doubl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR ((singl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR assign*:de,ab,ti OR allocat*:de,ab,ti OR volunteer*:de,ab,ti) AND ('article'/it OR 'article in press'/it)</p>                                                                                                                                                                                      | 308                          |
| <b>EMBASE®</b><br><b>(Elsevier®)</b><br><b>(para RS)</b>  | <p>('chronic kidney failure'/exp OR 'kidney disease'/exp OR 'kidney failure'/exp OR 'renal impairment'/exp OR 'end stage renal disease'/exp OR 'chronic renal insufficienc*' OR 'chronic kidney insufficienc*' OR (('chronic kidney diseas*' OR 'chronic renal diseas*' OR 'kidney diseas*' OR 'renal diseas*' OR 'kidney failure' OR 'renal failure') AND ckf) OR ckd OR crf OR crd OR 'renal impairment*' OR 'endstage kidney disease' OR 'end-stage renal disease' OR 'end-stage renal failure' OR 'chronic renal failure' OR esrd OR eskd) AND ('dapagliflozin'/exp OR dapagliflozin OR farxiga OR forxiga OR 'bms 512148' OR 'bms512148' OR 'bms-512148' OR '461432 26 8' OR 1ull0qj8uc OR</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 76                           |

| Bases de dados                                              | Estratégia de busca                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nº de resultados encontrados |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|                                                             | s1548) AND ('meta analysis'/exp OR (meta AND (analy* OR metaanalys*)) OR (systematic AND (review* OR overview*)) OR 'reference lists':ab OR bibliograph*:ab OR 'hand search':ab OR 'manual search':ab OR 'relevant journals':ab OR (('data extraction':ab OR 'selection criteria':ab) AND review:pt)) NOT (comment OR letter OR editorial) NOT animal NOT (animal AND human)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |
| <b>Biblioteca Cochrane</b>                                  | ('chronic renal insufficienc*' OR 'chronic kidney insufficienc*' OR (('chronic kidney diseas*' OR 'chronic renal diseas*' OR 'kidney diseas*' OR 'renal diseas*' OR 'kidney failure' OR 'renal failure') AND ckf) OR ckd OR crf OR crd OR 'renal impairment*' OR 'end-stage kidney disease' OR 'end-stage renal disease' OR 'endstage renal failure' OR 'chronic renal failure' OR esrd OR eskd) AND dapagliflozin                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 0                            |
| <b>ClicalTrials.gov (U.S. National Library of Medicine)</b> | dapagliflozin   Chronic Kidney Diseases                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 17                           |
| <b>LILACS</b>                                               | (“Insuficiência Renal Crônica” or “Doença Crônica Renal” or “Doença do Rim Crônica” or “Doença Renal Crônica” or “Doenças Crônica do Rim” or “Doenças Crônicas do Rim” or “Doenças Crônicas Renais” or “Doenças do Rim Crônicas” or “Doenças Renais Crônicas” or “Insuficiência Crônica do Rim” or “Insuficiência Crônica Renal” or “Insuficiência do Rim Crônica” or “Insuficiências Crônicas do Rim” or “Insuficiências Crônicas Renais” or “Insuficiências do Rim Crônicas” or “Insuficiências Renais Crônicas” or “Nefropatia Crônica” or “Nefropatias Crônicas” or “Renal Insufficiency, Chronic” or “Insuficiencia Renal Crônica” or “Insuffisance rénale chronique”) AND (dapagliflozina or dapagliflozin) | 71                           |
| <b>WHO registry</b>                                         | dapagliflozin                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 47                           |

O processo de seleção dos estudos recuperados foi desenvolvido de acordo com as seguintes etapas: identificação e exclusão de duplicatas; primeira seleção dos estudos remanescentes, de acordo com critérios de inclusão e exclusão, por leitura de título e resumo e; segunda seleção por leitura completa.

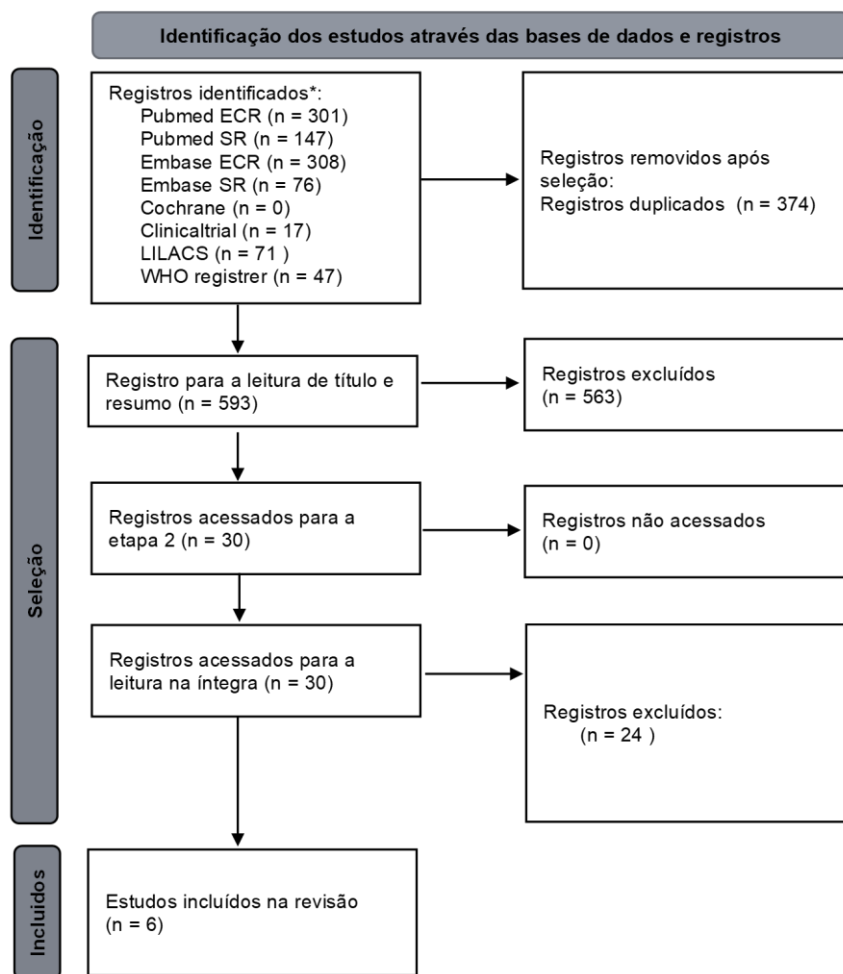
Foram considerados como critérios de elegibilidade:

- (a) Tipos de participantes - Pacientes adultos com doença renal crônica (DRC) em uso de terapia padrão;
- (b) Tipo de intervenção - Dapagliflozina + terapia padrão;
- (c) Tipos de estudos - Revisões sistemáticas com ou sem meta-análise, ensaios clínicos randomizados e avaliações econômicas.
- (d) Desfechos - Avaliação clínica: eficácia\*\*, segurança ou qualidade de vida relacionada à saúde; avaliação econômica: razão de custo-efetividade incremental e razão de custo utilidade incremental;
- (e) Idioma - Foram selecionados somente estudos publicados em inglês, espanhol e português.

Foram recuperados 967 documentos dos quais 374 eram duplicatas. Foram selecionados para triagem pela leitura do título e resumo 593 documentos, dos quais 563 foram eliminados, restando então 30 para etapa final de leitura completa. Após leitura completa foram eliminados 24 estudos. Dessa forma foram incluídos 6 estudos para análise (**Figura G**).

Todos os seis ECR de fase 3 foram incluídos na síntese de evidências e estão descritos no **Material Suplementar 2**. A avaliação do risco de viés dos estudos foi realizada com a ferramenta *Cochrane Risk of Bias Tool for Randomized Controlled Trials* - versão 2.0 (RoB 2.0)<sup>10</sup>. Para os desfechos analisados, o risco de viés foi considerado baixo para todos os estudos incluídos.

**Figura G** - Fluxograma de identificação de estudos.



#### Resumo das evidências:

#### Recomendações do NICE<sup>2</sup>

A dapagliflozina é recomendada como opção para o tratamento de doenças renais crônicas (DRC) em adultos, somente se:

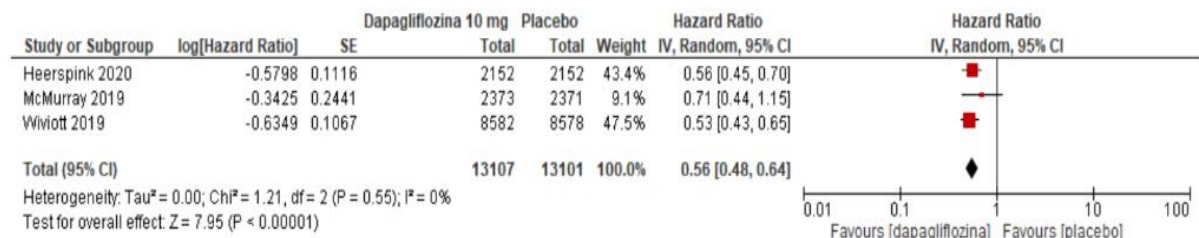
- O medicamento for um complemento aos cuidados padrão otimizados, incluindo a dose aprovada mais tolerada de IECA ou BRA, a menos que estes estejam contraindicados; e
- Pacientes tenham taxa de filtração glomerular estimada (TGF) de 25 a 75 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> no início do tratamento e diabetes melito tipo 2 ou RAC igual ou superior a 22,6 mg/mmol.

#### Recomendações da Conitec

#### Redução da taxa de filtração glomerular (TFG)

Na meta-análise do primeiro desfecho (decréscimo da TFG; necessidade de TRS, diagnóstico de doença renal em estágio final (DREF) ou morte por causas renais) foram utilizados dados provenientes de três estudos (todos análises por intenção de tratar - ITT). A utilização de dapagliflozina 10 mg uma vez ao dia, associada a IECA ou BRA, em comparação ao placebo associado a IECA ou BRA diminui a taxa de eventos em 44%, em média, com significância estatística (HR 0,56; IC95% 0,48 a 0,64;  $p < 0,00001$ ;  $I^2 = 0\%$ ) (**Figura H**).

**Figura H** - Medida sumária para o desfecho composto decréscimo de TFG.



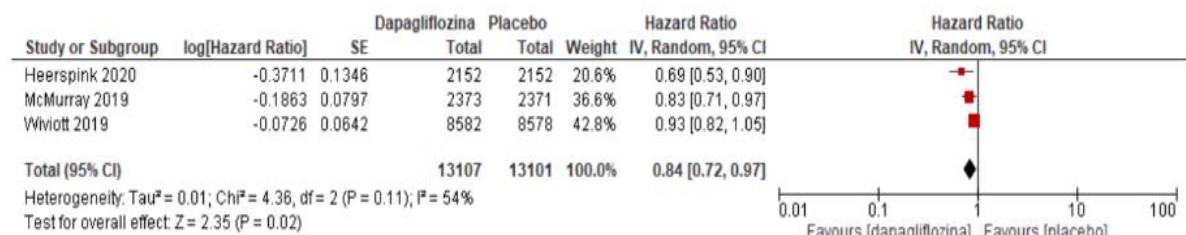
### Eventos cardiovasculares (hospitalização por insuficiência cardíaca ou morte por causas cardiovasculares)

Para este desfecho composto, foi avaliado principalmente o estudo de Heerspink *et al.*, 2020, no qual foram incluídos somente indivíduos com DRC na linha de base. O estudo do grupo de Wiviott *et al.*, 2019 foi avaliado de forma subsidiária para coletar informações sobre desfechos cardiovasculares em subgrupos com DRC. O estudo avaliou o tempo até o primeiro de dois eventos, hospitalização por insuficiência cardíaca ou morte por causas cardiovasculares. Após o período de seguimento com mediana de 2,4 anos, o uso de dapagliflozina associada a IECA ou BRA diminuiu a taxa de hospitalização por insuficiência cardíaca ou morte por causas cardiovasculares em média por 29%, com diferença estatística significativa (HR 0,71; IC95% 0,55 - 0,92;  $p = 0,009$ ), comparado ao uso de IECA ou BRA isolado. No estudo de Wiviott *et al.*, 2019, duas análises de subgrupos mostraram o efeito de dapagliflozina associada a IECA ou BRA comparada a IECA ou BRA isolado em desfecho cardiovascular composto por hospitalização por insuficiência cardíaca ou morte por causas cardiovasculares. Na primeira análise, em pacientes com TFG entre 60 e 90 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, a estratégia de associação de dapagliflozina resultou em taxas de eventos menores que o uso isolado de IECA ou BRA (HR 0,79; IC95% 0,66 a 0,95). A segunda análise de subgrupo restringiu-se aos participantes com TFG abaixo de 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> e não identificou diferença entre as duas estratégias (HR 0,78; IC95% 0,55 a 1,09).

### Mortalidade por todas as causas

Para este desfecho foi possível realizar uma meta-análise com os três estudos (Heerspink *et al.*, 2020, McMurray *et al.*, 2019 e Wiviott *et al.*, 2019). A associação de dapagliflozina 10 mg uma vez ao dia ao tratamento com IECA ou BRA diminuiu a taxa de mortalidade por todas as causas em relação ao uso isolado de IECA ou BRA. A magnitude dessa diminuição é, em média, 16%, com significância estatística (HR 0,84; IC95% 0,72 a 0,97;  $p = 0,02$ ;  $I^2 = 54\%$ ) (**Figura I**).

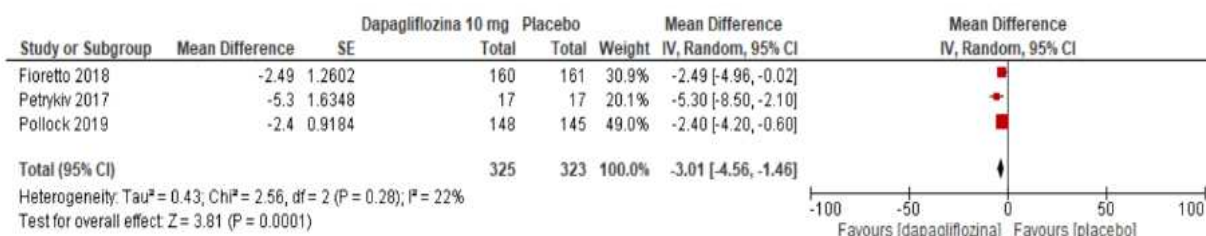
**Figura I** - Medida sumária para o desfecho mortalidade por todas as causas.



### Taxa de filtração glomerular estimada

Para este desfecho foi possível realizar uma meta-análise com os três estudos (Heerspink *et al.*, 2020, McMurray *et al.*, 2019 e Wiviott *et al.*, 2019). O uso de dapagliflozina 10 mg uma vez ao dia combinado ao tratamento com IECA ou BRA, quando comparado ao tratamento com IECA ou BRA isolado, em até 24 semanas, está associado a um declínio médio de 3,01 na taxa de filtração glomerular estimada, com significância estatística (**Figura J**).

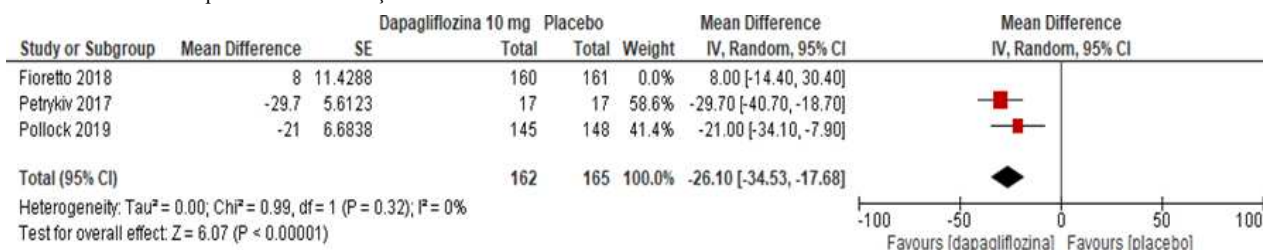
**Figura J** - Medida sumária para o desfecho taxa de filtração glomerular estimada em 24 semanas.



### Relação albumina-creatinina após 24 semanas de tratamento

A relação albumina-creatinina (RAC) é um marcador de dano renal. É utilizado para identificar doença renal crônica e acompanhar sua progressão. Para este desfecho foram incluídos dois estudos (Pollock *et al.*, 2019 e Petrykiv *et al.*, 2017). O estudo do grupo de Fioretto *et al.*, 2018 foi excluído da análise porque a população avaliada nesse estudo não apresentava albuminúria na linha de base, enquanto nos outros dois foram incluídos participantes com albuminúria  $>90\%$ ). A avaliação do efeito sumário calculado pela meta-análise dos dois estudos sugere que tratamento com dapagliflozina 10 mg uma vez ao dia associada a IECA ou BRA por 24 semanas diminui a RAC por uma magnitude média de 26,10% em relação à tratamento com IECA ou BRA isolado pelo mesmo período (Dif. Méd. -26,10 (IC95% -34,53 a - 17,68);  $p < 0,00001$ ;  $I^2 = 0\%$ ) (**Figura K**).

**Figura K** - Medida sumária para o desfecho relação albumina-creatinina em 24 semanas.

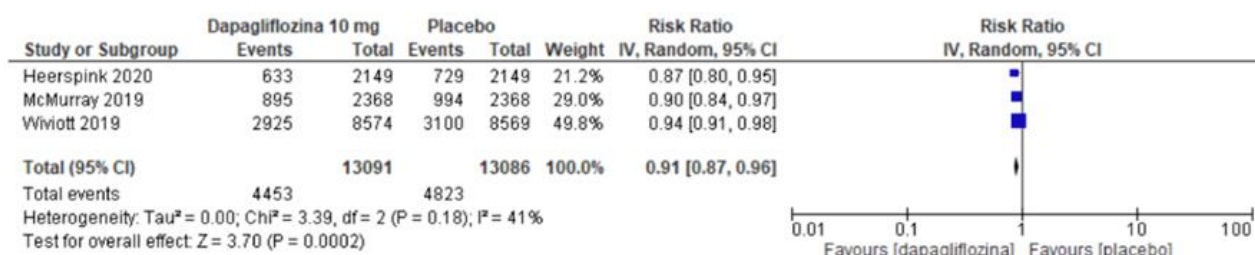


### Segurança

Os eventos adversos foram relatados em três categorias: (1) quaisquer eventos adversos sérios; (2) eventos adversos relacionados à interrupção dos tratamentos e (3) eventos adversos de interesse.

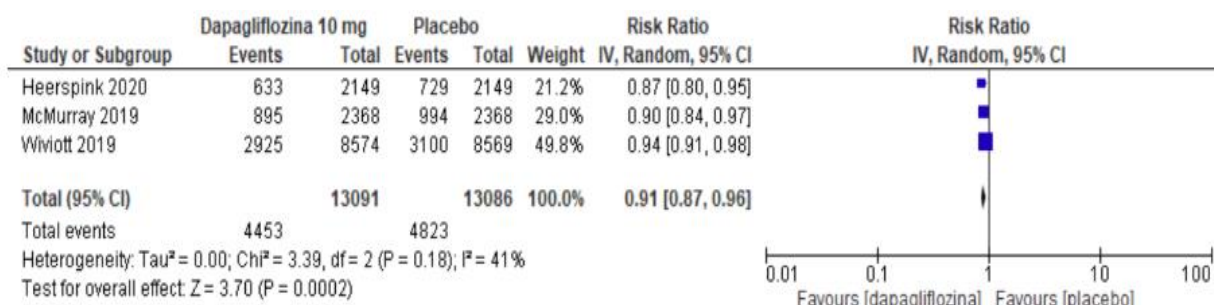
Para a categoria qualquer evento adverso sério, a meta-análise dos três estudos mostrou que a estratégia de associação com dapagliflozina resultou em menor risco de qualquer evento adverso sério, embora com um efeito relativo de baixa magnitude (diminuição média de 9%) e o limite superior do intervalo de confiança muito próximo da não significância estatística (RR 0,91; IC95% 0,87 a 0,96;  $p = 0,0002$ ;  $I^2 = 41\%$ ) (**Figura L**).

**Figura L** - Efeito relativo sumário para o desfecho quaisquer eventos adversos sérios.



Para o desfecho eventos adversos relacionados à interrupção dos tratamentos, foram incluídos os três estudos. A meta-análise demonstrou que a associação de dapagliflozina a IECA ou BRA não é diferente do uso isolado de IECA ou BRA (RR 1,06; IC 95% 0,92 a 1,24;  $p=0,42$ ;  $I^2=45\%$ ) (**Figura M**).

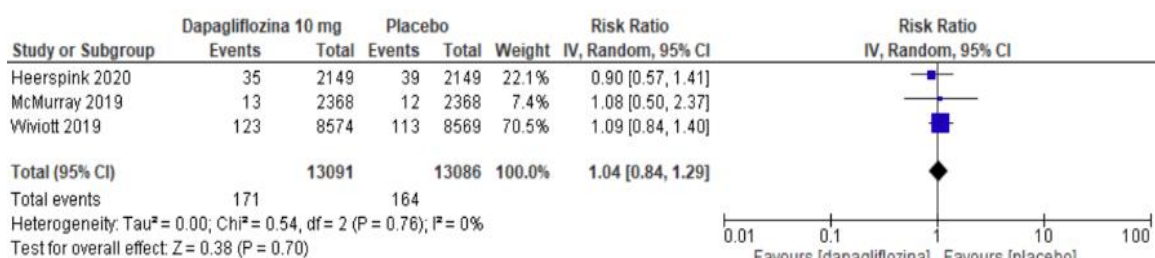
**Figura M** - Efeito relativo sumário para o desfecho eventos adversos relacionados à descontinuação dos tratamentos.



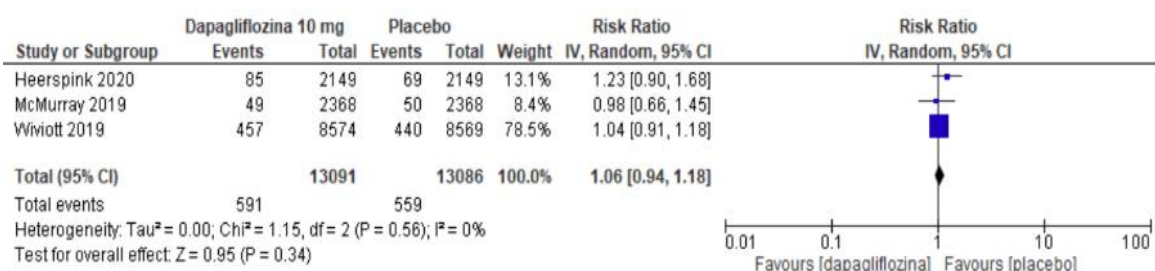
Os eventos adversos de interesse considerados foram os seguintes: amputação; cetoacidose diabética; fratura; eventos adversos relacionados aos rins; hipoglicemia severa e; depleção de volume. Para cada um desses eventos, foi possível realizar meta-análises para sumarizar os resultados provenientes dos três estudos já apresentados.

Para os desfechos amputação (RR 1,04; IC95% 0,84 a 1,29;  $p=0,70$ ;  $I^2=0\%$  - qualidade baixa) (**Figura N**); fratura (RR 1,06; IC95% 0,94 a 1,18;  $p=0,34$ ;  $I^2=0\%$  - qualidade baixa) (**Figura O**) e depleção de volume (RR 1,13; IC95% 0,96 a 1,36;  $p=0,12$ ;  $I^2=47\%$  - qualidade baixa) (**Figura P**), não houve diferença de risco relativo entre as estratégias. Já para o desfecho cetoacidose diabética, a associação de dapagliflozina 10 mg uma vez ao dia a IECA ou BRA aumentou a probabilidade de cetoacidose diabética em média por duas vezes em relação a IECA ou BRA isolados (Peto OR 2,07; IC95% 1,15 a 3,74;  $p=0,02$ ;  $I^2=60\%$  - qualidade baixa) (**Figura Q**). Para os desfechos eventos adversos relacionados aos rins (RR 0,73; IC95% 0,59 a 0,92;  $p=0,007$ ;  $I^2=68\%$  - qualidade baixa) (**Figura R**) e hipoglicemia severa (RR 0,66; IC95% 0,50 a 0,88;  $p=0,005$ ;  $I^2=0\%$  - qualidade moderada) (**Figura S**), a associação de dapagliflozina 10 mg uma vez ao dia a IECA ou BRA diminuiu o risco dos eventos comparado ao IECA ou BRA isolado.

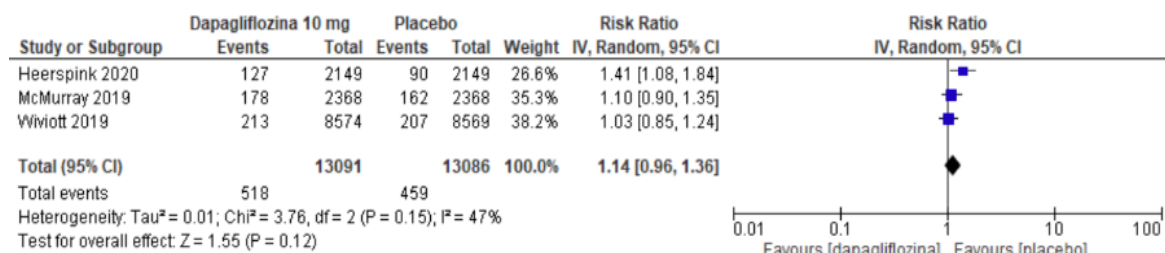
**Figura N** - Efeito relativo sumário para o desfecho amputação.



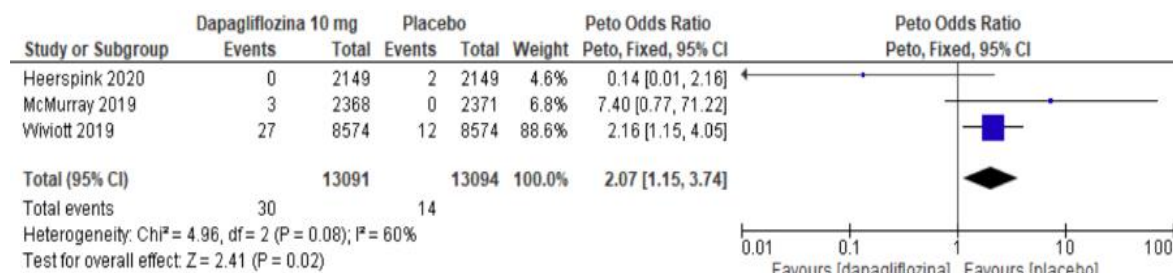
**Figura O** - Efeito relativo sumário para o desfecho fratura.



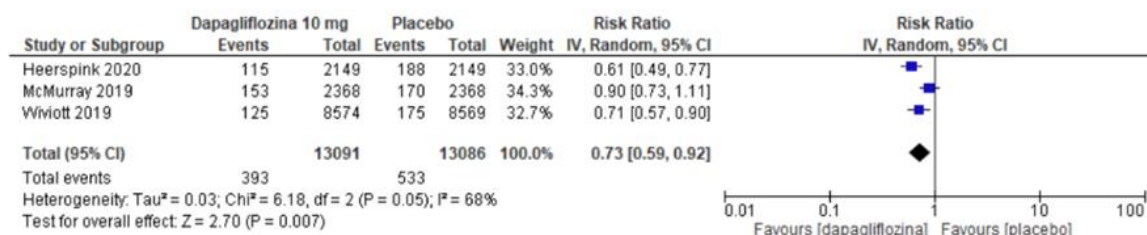
**Figura P** - Efeito relativo sumário para o desfecho depleção de volume.



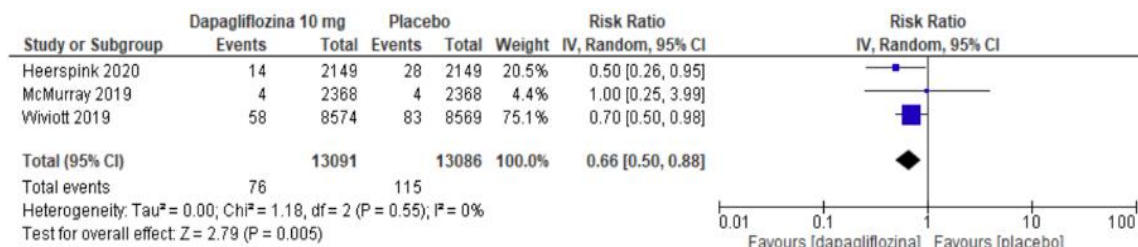
**Figura Q** - Efeito relativo sumário para o desfecho cetoadidose diabética.



**Figura R** - Efeito relativo sumário para o desfecho eventos adversos relacionados aos rins.



**Figura S** - Efeito relativo sumário para o desfecho hipoglicemia severa.



## Perfil de evidências

A **Tabela B** apresenta os resultados das meta-análises e da avaliação da certeza da evidência (GRADE) para os desfechos analisados. A qualidade da certeza da evidência foi considerada baixa, conforme mostrado abaixo. Os estudos de Wiviott *et al.*, 2019, Heerspink *et al.*, 2020 e McMurray *et al.*, 2019 foram associados a um baixo risco de viés para os principais desfechos clínicos: declínio da função renal; mortalidade por todas as causas; eventos cardiovasculares em indivíduos com doença renal e; segurança. Para o desfecho decréscimo na taxa de filtração glomerular, diagnóstico de doença renal em estágio final ou morte por causas renais, a certeza geral sobre a evidência é alta, com uma penalização por evidência indireta já que dois dos três estudos incluídos na meta-análise não incluíam exclusivamente participantes com DRC. Entretanto os resultados dos estudos sugerem que o uso de dapagliflozina é mais benéfico em indivíduos com DRC, que é o principal fator de confusão nos estudos de Wiviott *et al.*, 2019 e McMurray *et al.*, 2019, nos quais há uma população mista entre indivíduos diagnosticados ou não com DRC. Dessa foram a melhoria da função renal, principal fator de confusão, provavelmente diminuiria o efeito perceptível do medicamento, como se vê, por exemplo, no estudo de McMurray *et al.*, 2019. Para o desfecho mortalidade por todas as causas considerou-se que a certeza sobre a evidência é moderada com uma penalização por evidência indireta, pelos motivos já apresentados. Para o

desfecho decréscimo TGF, DREF ou morte por causas renais ou cardiovasculares julgou-se que a certeza sobre a evidência é baixa com penalizações por evidência indireta e inconsistência uma vez que o efeito sumário foi associado a uma heterogeneidade estatística considerável.

Em relação aos desfechos de segurança, dois deles (quaisquer eventos adversos sérios e hipoglicemia severa) foram associados a certeza moderada com penalização por evidência indireta. Julgou-se que os outros estariam associados a baixa certeza sobre a evidência com penalizações por evidência indireta, imprecisão ou inconsistência.

A avaliação sumarizada da certeza da evidência do uso da dapagliflozina em pacientes com DRC para todos os desfechos analisados está apresentada na **Tabela B**.



| Avaliação da certeza               |               |                |                    |            |                    |                                 | Sumário de Resultados          |                    |                          |                              |                                            |
|------------------------------------|---------------|----------------|--------------------|------------|--------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|
| Participantes (estudos) Seguimento | Risco de viés | Inconsistência | Evidência indireta | Imprecisão | Viés de publicação | Certeza geral sobre a evidência | Taxas de eventos do estudo (%) |                    | Efeito relativo (95% CI) | Efeitos absolutos potenciais |                                            |
|                                    |               |                |                    |            |                    |                                 | Com placebo                    | Com dapagliflozina |                          | Risco com placebo            | Diferença de risco com dapagliflozina      |
| 26177 (3 ECRs)                     | não grave     | não grave      | grave <sup>f</sup> | graveg     | nenhum             | ⊕⊕○○<br>Baixa                   | 831/13086 (6.4%)               | 922/13091 (7.0%)   | RR 1.06 (0.92 para 1.24) | 64 por 1.000                 | 4 mais por 1.000 (de 5 menos para 15 mais) |

#### Amputação

|                |           |           |                    |        |        |               |                  |                  |                          |              |                                           |
|----------------|-----------|-----------|--------------------|--------|--------|---------------|------------------|------------------|--------------------------|--------------|-------------------------------------------|
| 26177 (3 ECRs) | não grave | não grave | grave <sup>h</sup> | gravei | nenhum | ⊕⊕○○<br>Baixa | 164/13086 (1.3%) | 171/13091 (1.3%) | RR 1.04 (0.84 para 1.29) | 13 por 1.000 | 1 mais por 1.000 (de 2 menos para 4 mais) |
|----------------|-----------|-----------|--------------------|--------|--------|---------------|------------------|------------------|--------------------------|--------------|-------------------------------------------|

#### Cetoacidose diabética

|                |           |        |                    |           |        |               |                 |                 |                          |             |                                           |
|----------------|-----------|--------|--------------------|-----------|--------|---------------|-----------------|-----------------|--------------------------|-------------|-------------------------------------------|
| 26185 (3 ECRs) | não grave | gravej | grave <sup>k</sup> | não grave | nenhum | ⊕⊕○○<br>Baixa | 14/13094 (0.1%) | 30/13091 (0.2%) | OR 2.07 (1.15 para 3.74) | 1 por 1.000 | 1 mais por 1.000 (de 0 menos para 3 mais) |
|----------------|-----------|--------|--------------------|-----------|--------|---------------|-----------------|-----------------|--------------------------|-------------|-------------------------------------------|

#### Fratura

|                |           |           |                    |        |        |               |                  |                  |                          |              |                                           |
|----------------|-----------|-----------|--------------------|--------|--------|---------------|------------------|------------------|--------------------------|--------------|-------------------------------------------|
| 26177 (3 ECRs) | não grave | não grave | grave <sup>k</sup> | graveg | nenhum | ⊕⊕○○<br>Baixa | 164/13086 (1.3%) | 171/13091 (1.3%) | RR 1.04 (0.84 para 1.29) | 13 por 1.000 | 1 mais por 1.000 (de 2 menos para 4 mais) |
|----------------|-----------|-----------|--------------------|--------|--------|---------------|------------------|------------------|--------------------------|--------------|-------------------------------------------|

#### Eventos adversos relacionados aos rins

|                |           |        |                    |           |        |               |                  |                  |         |              |                    |
|----------------|-----------|--------|--------------------|-----------|--------|---------------|------------------|------------------|---------|--------------|--------------------|
| 26177 (3 ECRs) | não grave | gravel | grave <sup>k</sup> | não grave | nenhum | ⊕⊕○○<br>Baixa | 533/13086 (4.1%) | 393/13091 (3.0%) | RR 0.73 | 41 por 1.000 | 11 menos por 1.000 |
|----------------|-----------|--------|--------------------|-----------|--------|---------------|------------------|------------------|---------|--------------|--------------------|

| Avaliação da certeza               |               |                |                    |            |                    |                                 | Sumário de Resultados          |                    |                          |                              |                                       |
|------------------------------------|---------------|----------------|--------------------|------------|--------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| Participantes (estudos) Seguimento | Risco de viés | Inconsistência | Evidência indireta | Imprecisão | Viés de publicação | Certeza geral sobre a evidência | Taxas de eventos do estudo (%) |                    | Efeito relativo (95% CI) | Efeitos absolutos potenciais |                                       |
|                                    |               |                |                    |            |                    |                                 | Com placebo                    | Com dapagliflozina |                          | Risco com placebo            | Diferença de risco com dapagliflozina |
|                                    |               |                |                    |            |                    |                                 |                                |                    | (0.59 para 0.92)         |                              | (de 17 menos para 3 menos)            |

Hipoglicemia severa

|                   |           |           |                    |           |        |                  |                     |                    |                             |             |                                                |
|-------------------|-----------|-----------|--------------------|-----------|--------|------------------|---------------------|--------------------|-----------------------------|-------------|------------------------------------------------|
| 26177<br>(3 ECRs) | não grave | não grave | grave <sup>k</sup> | não grave | nenhum | ⊕⊕⊕○<br>Moderada | 115/13086<br>(0.9%) | 76/13091<br>(0.6%) | RR 0.66<br>(0.50 para 0.88) | 9 por 1.000 | 3 menos por 1.000<br>(de 4 menos para 1 menos) |
|-------------------|-----------|-----------|--------------------|-----------|--------|------------------|---------------------|--------------------|-----------------------------|-------------|------------------------------------------------|

Depleção de volume

|                   |           |           |                    |        |        |               |                     |                     |                             |              |                                               |
|-------------------|-----------|-----------|--------------------|--------|--------|---------------|---------------------|---------------------|-----------------------------|--------------|-----------------------------------------------|
| 26177<br>(3 ECRs) | não grave | não grave | grave <sup>k</sup> | gravei | nenhum | ⊕⊕○○<br>Baixa | 459/13086<br>(3.5%) | 518/13091<br>(4.0%) | RR 1.14<br>(0.96 para 1.36) | 35 por 1.000 | 5 mais por 1.000<br>(de 1 menos para 13 mais) |
|-------------------|-----------|-----------|--------------------|--------|--------|---------------|---------------------|---------------------|-----------------------------|--------------|-----------------------------------------------|

Legenda: CI: Intervalo de confiança; HR: Hazard Ratio; OR: Razão de chances; RR: Risco relativo.

- Explicações:
- a. Em dois dos três estudos a maioria dos participantes não era diagnosticada com doença renal crônica
  - b. A heterogeneidade estatística associada à medida sumária de efeito foi substancial (I<sup>2</sup>=74%)
  - c. Em um dos estudos a maioria dos participantes não era diagnosticada com doença renal crônica
  - d. Em dois dos três estudos a maioria dos participantes não era diagnosticada com doença renal crônica
  - e. Em dois dos três estudos a maioria dos participantes não era diagnosticada com doença renal crônica
  - f. Em dois dos três estudos a maioria dos participantes não era diagnosticada com doença renal crônica
  - g. O intervalo de confiança abrange efeitos em sentidos opostos
  - h. Em dois dos três estudos a maioria dos participantes não era diagnosticada com doença renal crônica
  - i. O intervalo de confiança abrange efeitos em sentidos opostos
  - j. Medida de heterogeneidade estatística I<sup>2</sup>= 60%
  - k. Em dois dos três estudos a maioria dos participantes não era diagnosticada com doença renal crônica e L. Heterogeneidade estatística I<sup>2</sup>= 68%

#### 4. REFERÊNCIAS

1. Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., Norris, S., Falck-Ytter, Y., Glasziou, P., DeBeer, H., Jaeschke, R., Rind, D., Meerpohl, J., Dahm, P., & Schünemann, H. J. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of clinical epidemiology*, 64(4), 383–394. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026>
2. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Chronic kidney disease: assessment and management. NICE guideline [NG203] Published: 25 August 2021 Last updated: 24 November 2021.
3. KDIGO 2012. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney inter., Suppl.* 2013; 3: 1–150
4. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II:advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ.* 2010;182(18):E839-42
5. Li A, Lee HY, Lin YC. The Effect of Ketoanalogues on Chronic Kidney Disease Deterioration: A Meta-Analysis. *Nutrients.*2019;26;11(5):957.
6. Stang, A. Critical evaluation of theNewcastle-Ottawa scale for the assessment of the quality of nonrandomized studies in meta-analyses. *Eur. J. Epidemiol.* 2010, 25, 603–605.
7. Higgins, J.P.; Altman, D.G.; Gøtzsche, P.C.; Jüni, P.; Moher, D.; Oxman, A.D.; Savovic, J.; Schulz, K.F.; Weeks, L.; Sterne, J.A. Cochrane Bias Methods Group; Cochrane Statistical Methods Group. The Cochrane Collaboration’s tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2011, 343, d5928.
8. Egger, M.; Davey Smith, G.; Schneider, M.; Minder, C. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *Br. Med. J.* 1997, 315, 629–634.
9. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, Moher D, Tugwell P, Welch V, Kristjansson E, Henry DA. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ.* 2017;21;358:j4008.
10. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ.* 2019;366:1–8.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec. Dapagliflozina para tratamento de pacientes adultos com doença renal crônica em uso de terapia padrão. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20220927\\_relatorio\\_773\\_dapagliflozina\\_doenca\\_renal\\_cronica\\_final.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20220927_relatorio_773_dapagliflozina_doenca_renal_cronica_final.pdf).
12. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec. Aminoácidos + análogos associados a dieta muito restritiva em proteínas para o tratamento de pacientes adultos com doença renal crônica em estágios 4 ou 5 pré-dialítico. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20221208\\_relatorio\\_aminoacidos\\_analogos\\_-drc\\_784.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20221208_relatorio_aminoacidos_analogos_-drc_784.pdf).
13. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Technology appraisal guidance [TA775]: Dapagliflozin for treating chronic kidney disease. Published: 09 March 2022. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ta775>.

## MATERIAL SUPLEMENTAR 1

Detalhes e comentários da avaliação da qualidade da diretriz clínica *KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease*.

| <b>Domínio 1. Escopo e Finalidade</b>                                                                       | <b>Avaliação</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Os objetivos gerais da diretriz encontram-se especificamente descrito(s).                                | Esta diretriz de prática clínica destina-se a auxiliar o profissional cuidador de pacientes com DRC, prevenir mortes, problemas cardiovasculares, eventos da doença e progressão para a insuficiência renal, otimizando a qualidade de vida dos pacientes                        |
| 2. As questões de saúde cobertas pela diretriz encontram-se especificamente descritas.                      | Sim.<br>Exemplo: Algoritmo para teste de proteinúria/albuminúria no Capítulo 1.                                                                                                                                                                                                  |
| 3. A população (pacientes, público etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita. | Sim. Provedores: Médicos Nefrologistas (adultos e pediátricos), Provedores de diálise (incluindo enfermeiras), internistas e pediatras.<br>Pacientes: Indivíduos adultos e pediátricos em risco ou com DRC.<br>Formuladores de políticas: aqueles em áreas relacionadas à saúde. |
| <b>Domínio 2. Envolvimento das partes interessadas</b>                                                      | <b>Avaliação</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.   | Sim. Consta na página 120 da diretriz clínica.                                                                                                                                                                                                                                   |
| 5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público etc.).             | Não.                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.                                                 | Sim. Provedores: Médicos Nefrologistas (adultos e pediátricos), Provedores de diálise (incluindo enfermeiras), internistas e pediatras.<br>Pacientes: Indivíduos adultos e pediátricos em risco ou com DRC.<br>Formuladores de políticas: aqueles em áreas relacionadas à saúde  |
| <b>Domínio 3. Rigor do desenvolvimento</b>                                                                  | <b>Avaliação</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências                                         | Sim. Detalhes na página 121 da diretriz e na Tabela 38 da página 123.                                                                                                                                                                                                            |
| 8. Os critérios de seleção de evidência estão claramente descritos.                                         | Sim. Detalhes na página 121 da diretriz.                                                                                                                                                                                                                                         |
| 9. Os pontos fortes e limitações do conjunto de evidências estão claramente descritos.                      | Sim.                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 10. Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos                               | Sim. Detalhes na página 121 da diretriz.                                                                                                                                                                                                                                         |
| 11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações   | Sim.                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 12. Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a respectiva evidência de suporte                 | Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a respectiva evidência de suporte                                                                                                                                                                                          |
| 13. A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação                                | Não.                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 14. O procedimento para atualização da diretriz está disponível                                             | Consta que não há data definida para a atualização da diretriz. A necessidade de atualização da diretriz dependerá da publicação de                                                                                                                                              |

|                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                   | novas evidências que mudariam a qualidade da evidência ou a estimativas de benefícios e danos. Resultados de estudos em andamento e outras publicações serão revisados periodicamente para avaliar seu impacto nas recomendações da atual diretriz. |
| <b>Domínio 4. Clareza da apresentação</b>                                                                         | <b>Avaliação</b>                                                                                                                                                                                                                                    |
| 15. As recomendações são específicas e sem ambiguidade.                                                           | Nenhuma alteração.                                                                                                                                                                                                                                  |
| 16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas              | Sim.                                                                                                                                                                                                                                                |
| 17. As recomendações-chave são facilmente identificadas.                                                          | Sim. Presença de caixa em destaque, informações em negrito, além de fluxogramas e algoritmos.                                                                                                                                                       |
| <b>Domínio 5. Aplicabilidade</b>                                                                                  | <b>Avaliação</b>                                                                                                                                                                                                                                    |
| 18. A diretriz descreve as facilidades e barreiras para sua aplicação.                                            | Não. Falta de materiais adicionais, os quais podem incluir, por exemplo, um sumário ou um guia de referência rápida, ferramentas educacionais, folhetos para os pacientes, ou um suporte informático.                                               |
| 19. A diretriz traz aconselhamento e ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática       | Não.                                                                                                                                                                                                                                                |
| 20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da utilização das recomendações. | Não.                                                                                                                                                                                                                                                |
| 21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e auditoria.                                          | Sim                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Domínio 6. Independência Editorial</b>                                                                         | <b>Avaliação</b>                                                                                                                                                                                                                                    |
| 22. O parecer do órgão financiador não exerce influência sobre o conteúdo da diretriz.                            | Não. Detalhes nas páginas 125 e 126.                                                                                                                                                                                                                |
| 23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveu a diretriz.     | Sim                                                                                                                                                                                                                                                 |

## AVALIAÇÃO AGREE II do KDIGO 2012

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>Domínio 1. Escopo e finalidade</b> |  |
|---------------------------------------|--|

|             | item 1 | item 2 | item 3 | TOTAL |             |     |
|-------------|--------|--------|--------|-------|-------------|-----|
| Avaliador 1 | 7      | 7      | 7      | 21    | Pont Max:   | 63  |
| Avaliador 2 | 7      | 7      | 7      | 21    | Pont Min:   | 9   |
| Avaliador 3 |        |        |        | 0     | % do Dom 1: | 61% |
| TOTAL       | 14     | 14     | 14     | 42    |             |     |

|                                                        |
|--------------------------------------------------------|
| <b>Domínio 2. Envolvimento das partes interessadas</b> |
|--------------------------------------------------------|

|             | item 4 | item 5 | item 6 | TOTAL |             |     |
|-------------|--------|--------|--------|-------|-------------|-----|
| Avaliador 1 | 7      | 1      | 7      | 15    | Pont Max:   | 63  |
| Avaliador 2 | 7      | 1      | 7      | 15    | Pont Min:   | 9   |
| Avaliador 3 |        |        |        |       | % do Dom 2: | 39% |
| TOTAL       | 14     | 2      | 14     | 30    |             |     |

|                                            |  |  |  |
|--------------------------------------------|--|--|--|
| <b>Domínio 3. Rigor do desenvolvimento</b> |  |  |  |
|--------------------------------------------|--|--|--|

|             | item 7 | item 8 | item 9 | item 10 | item 11 | item 12 | item 13 | item 14 | TOTAL |             |     |
|-------------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|-------------|-----|
| Avaliador 1 | 7      | 7      | 7      | 7       | 7       | 7       | 1       | 7       | 50    | Pont Max:   | 168 |
| Avaliador 2 | 7      | 7      | 7      | 7       | 7       | 7       | 1       | 7       | 50    | Pont Min:   | 24  |
| Avaliador 3 |        |        |        |         |         |         |         |         | 0     | % do Dom 3: | 53% |
| TOTAL       | 14     | 14     | 14     | 14      | 14      | 14      | 2       | 14      | 100   |             |     |

|                                    |
|------------------------------------|
| Domínio 4. Clareza da apresentação |
|------------------------------------|

|             |         |         |         |       |             |     |
|-------------|---------|---------|---------|-------|-------------|-----|
|             | item 15 | item 16 | item 17 | TOTAL |             |     |
| Avaliador 1 | 7       | 7       | 7       | 21    | Pont Max:   | 84  |
| Avaliador 2 | 7       | 7       | 7       | 21    | Pont Min:   | 12  |
| Avaliador 3 |         |         |         |       | % do Dom 4: | 42% |
| TOTAL       | 14      | 14      | 14      | 42    |             |     |

|                                  |  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|--|
| <b>Domínio 5. Aplicabilidade</b> |  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|--|

|             |         |         |         |         |       |                 |     |
|-------------|---------|---------|---------|---------|-------|-----------------|-----|
|             | item 18 | item 19 | item 20 | item 21 | TOTAL |                 |     |
| Avaliador 1 | 1       | 1       | 1       | 7       | 10    | Pont Max:       | 112 |
| Avaliador 2 | 1       | 1       | 1       | 7       | 10    | Pont Min:       | 16  |
| Avaliador 3 |         |         |         |         |       | % do Domínio 5: | 4%  |
| TOTAL       | 2       | 2       | 2       | 14      | 20    |                 |     |

|                                    |
|------------------------------------|
| Domínio 6. Independência editorial |
|------------------------------------|

|              |                |                |              |                        |            |
|--------------|----------------|----------------|--------------|------------------------|------------|
|              | <b>item 22</b> | <b>item 23</b> | <b>TOTAL</b> |                        |            |
| Avaliador 1  | 7              | 7              | 14           | <b>Pont Max:</b>       | 56         |
| Avaliador 2  | 7              | 7              | 14           | <b>Pont Min:</b>       | 8          |
| Avaliador 3  |                |                |              | <b>% do Domínio 6:</b> | <b>42%</b> |
| <b>TOTAL</b> | 14             | 14             | 28           |                        |            |

|                                             |  |  |
|---------------------------------------------|--|--|
| <b>AVALIAÇÃO GLOBAL DA DIRETRIZ CLÍNICA</b> |  |  |
|---------------------------------------------|--|--|

|                                                  |   |
|--------------------------------------------------|---|
| 1- Classifique a qualidade global dessa diretriz | 6 |
|--------------------------------------------------|---|

| 2-EU RECOMENDARIA O USO DESTA DIRETRIZ |   |
|----------------------------------------|---|
| a. Sim                                 | X |
| b. Sim, com modificações               |   |
| c. Não                                 |   |

Avaliação da qualidade da diretriz clínica *Chronic kidney disease: assessment and management NICE guideline* utilizando o instrumento AGREE II.

| <b>Domínio 1. Escopo e Finalidade</b>                                                                       | <b>Avaliação</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Os objetivos gerais da diretriz encontram-se especificamente descrito(s).                                | Sim. Tradução: “Esta diretriz abrange cuidados e tratamento para pessoas com ou em risco de doença renal crônica (DRC). Visa prevenir ou retardar a progressão, e reduzir o risco de complicações e de doenças cardiovasculares. Ele também abrange o gerenciamento de anemia e hiperfosfatemia associada à DRC”.<br>Disponível em: <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng203">https://www.nice.org.uk/guidance/ng203</a> |
| 2. As questões de saúde cobertas pela diretriz encontram-se especificamente descritas.                      | Sim.<br>Disponível em: <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng203/chapter/Rationale-and-impact">https://www.nice.org.uk/guidance/ng203/chapter/Rationale-and-impact</a>                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 3. A população (pacientes, público etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita. | Sim.<br>Tradução: “Para quem é isso?”<br>- Profissionais de saúde<br>- Comissários e provedores<br>- Pessoas com doença renal crônica, seus familiares e cuidadores<br>Disponível em: <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng203">https://www.nice.org.uk/guidance/ng203</a>                                                                                                                                               |
| <b>Domínio 2. Envolvimento das partes interessadas</b>                                                      | <b>Avaliação</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.   | Sim.<br>Disponível em: <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng203/history">https://www.nice.org.uk/guidance/ng203/history</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público etc.).             | Sim.<br>Disponível em: <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng203/informationforpublic">https://www.nice.org.uk/guidance/ng203/informationforpublic</a>                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.                                                 | Sim.<br>- Profissionais de saúde<br>- Comissários e provedores<br>- Pessoas com doença renal crônica, seus familiares e cuidadores<br>Disponível em: <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng203">https://www.nice.org.uk/guidance/ng203</a>                                                                                                                                                                                |
| <b>Domínio 3. Rigor do desenvolvimento</b>                                                                  | <b>Avaliação</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências                                         | Sim.<br>Disponível em: <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng203/update/NG203/documents/search-strategies">https://www.nice.org.uk/guidance/ng203/update/NG203/documents/search-strategies</a>                                                                                                                                                                                                                            |
| 8. Os critérios de seleção de evidência estão claramente descritos.                                         | Sim. Detalhes na página 121 da diretriz.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 9. Os pontos fortes e limitações do conjunto de evidências estão claramente descritos.                      | Sim.<br>Disponível em: <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng203/history">https://www.nice.org.uk/guidance/ng203/history</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10. Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos                                     | Sim.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações         | Sim.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 12. Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a respectiva evidência de suporte                       | Sim. Cada recomendação está ligada a uma lista de referências bibliográficas nas quais se baseia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 13. A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação                                      | Sim.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 14. O procedimento para atualização da diretriz está disponível                                                   | Sim.<br>Disponível em:<br><a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng203/chapter/Update-information">https://www.nice.org.uk/guidance/ng203/chapter/Update-information</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Domínio 4. Clareza da apresentação</b>                                                                         | <b>Avaliação</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 15. As recomendações são específicas e sem ambiguidade.                                                           | Sim.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas              | Sim.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 17. As recomendações-chave são facilmente identificadas.                                                          | Sim. Presença de caixa em destaque, informações em negrito, além de fluxogramas e algoritmos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Domínio 5. Aplicabilidade</b>                                                                                  | <b>Avaliação</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 18. A diretriz descreve as facilidades e barreiras para sua aplicação.                                            | Sim. O NICE apresenta materiais adicionais, os quais podem incluir, por exemplo, um sumário ou um guia de referência rápida, ferramentas educacionais, folhetos para os pacientes, ou um suporte informático.<br>Exemplo disponível em:<br><a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng203/resources/visual-summary-identifying-chronic-kidney-disease-in-adults-pdf-9206256493">https://www.nice.org.uk/guidance/ng203/resources/visual-summary-identifying-chronic-kidney-disease-in-adults-pdf-9206256493</a> . |
| 19. A diretriz traz aconselhamento e ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática       | Sim.<br>Disponível em: <a href="https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/into-practice/resources/help-put-guidance-into-practice">https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/into-practice/resources/help-put-guidance-into-practice</a>                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da utilização das recomendações. | Sim. <a href="https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators/how-to-use-quality-standards">https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators/how-to-use-quality-standards</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e auditoria.                                          | Sim                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Domínio 6. Independência Editorial</b>                                                                         | <b>Avaliação</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 22. O parecer do órgão financiador não exerce influência sobre o conteúdo da diretriz.                            | Não. <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng203/history">https://www.nice.org.uk/guidance/ng203/history</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveu a diretriz.     | Sim. <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng203/history">https://www.nice.org.uk/guidance/ng203/history</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| AVALIAÇÃO AGREE II do NICE 2021                 |         |        |         |         |         |         |         |         |             |             |                 |           |           |           |     |
|-------------------------------------------------|---------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------------|-------------|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----|
| Domínio 1. Escopo e finalidade                  |         |        |         |         |         |         |         |         |             |             |                 |           |           |           |     |
|                                                 | item 1  |        | item 2  |         | item 3  |         | TOTAL   |         |             |             |                 |           |           |           |     |
| Avaliador 1                                     | 7       |        | 7       |         | 7       |         | 21      |         | Pont Max:   |             |                 |           | 63        |           |     |
| Avaliador 2                                     | 7       |        | 7       |         | 7       |         | 21      |         | Pont Min:   |             |                 |           | 9         |           |     |
| Avaliador 3                                     |         |        |         |         |         |         | 0       |         | % do Dom 1: |             |                 |           | 61%       |           |     |
| TOTAL                                           | 14      |        | 14      |         | 14      |         | 42      |         |             |             |                 |           |           |           |     |
| Domínio 2. Envolvimento das partes interessadas |         |        |         |         |         |         |         |         |             |             |                 |           |           |           |     |
|                                                 | item 4  |        | item 5  |         | item 6  |         | TOTAL   |         |             |             |                 |           |           |           |     |
| Avaliador 1                                     | 7       |        | 7       |         | 7       |         | 21      |         |             |             |                 | Pont Max: | 63        |           |     |
| Avaliador 2                                     | 7       |        | 7       |         | 7       |         | 21      |         |             |             |                 | Pont Min: | 9         |           |     |
| Avaliador 3                                     |         |        |         |         |         |         | 0       |         | % do Dom 1: | 61%         |                 |           |           |           |     |
| TOTAL                                           | 14      |        | 14      |         | 14      |         | 42      |         |             |             |                 |           |           |           |     |
| Domínio 3. Rigor do desenvolvimento             |         |        |         |         |         |         |         |         |             |             |                 |           |           |           |     |
|                                                 | item 7  | item 8 | item 9  | item 10 | item 11 | item 12 | item 13 | item 14 |             |             |                 | TOTAL     |           |           |     |
| Avaliador 1                                     | 7       | 7      | 7       | 7       | 7       | 7       | 7       | 7       |             |             |                 | 56        | Pont Max: | 168       |     |
| Avaliador 2                                     | 7       | 7      | 7       | 7       | 7       | 7       | 7       | 7       |             |             |                 | 56        | Pont Min: | 24        |     |
| Avaliador 3                                     |         |        |         |         |         |         |         |         | 0           | % do Dom 3: | 61%             |           |           |           |     |
| TOTAL                                           | 14      | 14     | 14      | 14      | 14      | 14      | 14      | 14      | 112         |             |                 |           |           |           |     |
| Domínio 4. Clareza da apresentação              |         |        |         |         |         |         |         |         |             |             |                 |           |           |           |     |
|                                                 | item 15 |        | item 16 |         | item 17 |         | TOTAL   |         |             |             |                 |           |           |           |     |
| Avaliador 1                                     | 7       |        | 7       |         | 7       |         | 21      |         | Pont Max:   |             |                 | 84        |           |           |     |
| Avaliador 2                                     | 7       |        | 7       |         | 7       |         | 21      |         | Pont Min:   |             |                 | 12        |           |           |     |
| Avaliador 3                                     |         |        |         |         |         |         |         |         | % do Dom 4: | 42%         |                 |           |           |           |     |
| TOTAL                                           | 14      |        | 14      |         | 14      |         | 42      |         |             |             |                 |           |           |           |     |
| Domínio 5. Aplicabilidade                       |         |        |         |         |         |         |         |         |             |             |                 |           |           |           |     |
|                                                 | item 18 |        | item 19 |         | item 20 |         | item 21 |         |             |             |                 | TOTAL     |           |           |     |
| Avaliador 1                                     | 7       |        | 7       |         | 7       |         | 7       |         |             |             |                 | 28        |           | Pont Max: | 112 |
| Avaliador 2                                     | 7       |        | 7       |         | 7       |         | 7       |         |             |             |                 | 28        |           | Pont Min: | 16  |
| Avaliador 3                                     |         |        |         |         |         |         |         |         |             |             | % do Domínio 5: | 42%       |           |           |     |
| TOTAL                                           | 14      |        | 14      |         | 14      |         | 14      |         | 56          |             |                 |           |           |           |     |
| Domínio 6. Independência editorial              |         |        |         |         |         |         |         |         |             |             |                 |           |           |           |     |
|                                                 | item 22 |        |         |         | item 23 |         |         |         | TOTAL       |             |                 |           |           |           |     |
| Avaliador 1                                     | 7       |        |         |         | 7       |         |         |         | 14          |             |                 |           | Pont Max: | 56        |     |
| Avaliador 2                                     | 7       |        |         |         | 7       |         |         |         | 14          |             |                 |           | Pont Min: | 8         |     |
| Avaliador 3                                     |         |        |         |         |         |         |         |         |             |             | % do Domínio 6: | 42%       |           |           |     |
| TOTAL                                           | 14      |        |         |         | 14      |         |         |         | 28          |             |                 |           |           |           |     |

| 2-EU RECOMENDARIA O USO DESTA DIRETRIZ |   |
|----------------------------------------|---|
| a. Sim                                 | X |
| b. Sim, com modificações               |   |
| c. Não                                 |   |

## MATERIAL SUPLEMENTAR 2

Detalhes dos estudos incluídos na síntese de evidência no uso da dapagliflozina.

| Estudo                                                                                                                                                                                                                                       | População                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Braços<br>(intervenções e comparadores)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Desfechos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pollock <i>et al.</i> , 2019. Estudo clínico de fases 2/3, multicêntrico, controlado randomizado, duplo-cego. Austrália, Canadá, Japão, Coreia do Sul, México, África do Sul, Espanha, Taiwan e Estados Unidos. (2019) DELIGHT. NCT02547935. | <p>Adultos, com média de idade de 64 anos, em sua maioria caucasianos ou asiáticos, de ambos os sexos com doença renal crônica moderada a severa, micro ou macroalbuminúria, e diagnosticados com diabetes tipo 2 por mais de 12 meses.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relação albumina-creatinina 30–3500 mg/g;</li> <li>2. Taxa de filtração glomerular 25–75 mL/min por 1,73 m<sup>2</sup>;</li> <li>3. HbA<sub>1c</sub> de 7,0–11,0% (53–97 mmol/mol);</li> <li>4. Em tratamento com hipoglicemiantes e anti-hipertensivos (IECA ou BRA) por pelo menos 12 semanas antes da randomização.</li> </ol> <p><b>Critérios de exclusão:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnóstico de diabetes tipo 1;</li> <li>2. Doença renal não relacionada à diabetes;</li> <li>3. Doença cardiovascular severa;</li> <li>4. Histórico de dois ou mais eventos de hipoglicemia dentro das 12 últimas semanas antes da randomização;</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intervenção 1: Dapagliflozina 10 mg uma vez ao dia por 24 semanas (n=145);</li> <li>2. Intervenção 2: Dapagliflozina 10 mg em associação a saxagliptina 2,5 mg, uma vez ao dia por 24 semanas (n=155);</li> <li>3. Comparador: Placebo por 24 semanas (n=148).</li> </ol> <p>99% dos pacientes nos grupos dapagliflozina e placebo faziam uso de IECA no momento do estudo.</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primário (somente para dapagliflozina isolada): Diferença média das variações (%) na relação albumina-creatinina entre a linha de base e 24 semanas entre os grupos dapagliflozina e placebo. Comparação entre os grupos com análise de superioridade;</li> <li>2. Secundário: Proporção de pacientes que atingiram uma redução de mais de 30% na relação albumina-creatinina em relação à linha de base;</li> <li>3. Exploratório: Diferença média das variações (%) da excreção de albumina em 24 horas entre a linha de base e 24 semanas entre os grupos dapagliflozina e placebo;</li> <li>4. Segurança: Diferença média das variações nas taxas de</li> </ol> | <p>Foram considerados apenas os resultados relacionados ao grupo intervenção 1.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diferença média das variações (%) na relação albumina-creatinina entre a linha de base e 24 semanas entre os grupos placebo e dapagliflozina: Diferença média em relação ao placebo: –21,0% (IC 95% –34,1 a –5,2; p=0,011). Limite de superioridade ≤0,025 foi atingido.</li> <li>2. Proporção de pacientes que atingiram uma redução de mais de 30% na relação albumina-creatinina em relação à linha de base: 31,3% (45/144) no grupo placebo e 45,0% (63/140) no grupo dapagliflozina (razão de chances OR 1,9 (IC 95% 1,1– 3,0); p=0,013).</li> <li>3. Diferença média das variações (%) da excreção de albumina em 24 horas entre a linha de base e 24 semanas entre os grupos dapagliflozina e placebo: placebo –0,9 (IC 95% –23,0 a 27,6); dapagliflozina –20,6 (IC 95% –38,9 a 3,2); Dif.</li> </ol> |

| Estudo                                                                                                                                                   | População                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Braços<br>(intervenções e comparadores)                                                                                                                                                                                                | Desfechos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                          | 5. Doença hepática;<br>6. Pressão sanguínea não controlada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                        | filtração glomerular (eGFR) entre a linha de base e 24 semanas entre os grupos placebo e dapagliflozina;<br>5. Os desfechos relacionados à glicemia não foram considerados de interesse para esta análise.                                                                                                                                                                                                                                                    | nas variações médias -19,9% (IC 95% -35,6 a -0,3); p=0,047.<br>4. Diferença média das variações nas taxas de filtração glomerular (eGFR) entre a linha de base e 24 semanas entre os grupos placebo e dapagliflozina: -2,4 mL/min por 1,73 m <sup>2</sup> (IC 95% -4,2 a -0,5); p=0,011.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Heerspink <i>et al.</i> , 2020. Estudo clínico de fase 3 multicêntrico, controlado randomizado, quadruplo-cego. 21 países. (2020) DAPA-CKD; NCT03036150. | Adultos, com média de idade de 62 anos, em sua maioria caucasianos ou asiáticos, de ambos os sexos com doença renal crônica, devida, principalmente, à nefropatia diabética. Foram incluídos participantes com e sem diagnóstico de diabetes tipo 2.<br><br><b>Crítérios de inclusão:</b><br>1. Taxa de filtração glomerular 25–75 mL/min por 1,73 m <sup>2</sup> ;<br>2. Evidência de albuminúria no período de pelo menos 3 meses antes do início do estudo. Relação albumina- creatinina 200–5000 mg/g;<br>3. Em tratamento com anti- hipertensivos (IECA ou BRA) por pelo menos 4 semanas antes da primeira visita. | 1. Intervenção: Dapagliflozina 10 mg uma vez ao dia por mediana de tempo de 2,4 anos (n=2.152);<br>2. Comparador: Placebo por mediana de tempo de 2,4 anos (n=2.152).<br><br>57% faziam uso de BRA e 31% de IECA no momento do estudo. | 1. Primário composto: Tempo até um evento. Os eventos poderiam ser os seguintes: um declínio de pelo menos 50% na taxa de filtração glomerular estimada; diagnóstico de doença renal em estágio terminal ou morte por causas renais ou cardiovasculares;<br>2. Secundário composto: Tempo até um evento. Os eventos poderiam ser os seguintes: declínio sustentado de pelo menos 50% na taxa de filtração glomerular estimada; diagnóstico de doença renal em | 1. Tempo até um declínio de pelo menos 50% na taxa de filtração glomerular estimada; diagnóstico de doença renal em estágio terminal ou morte por causas renais ou cardiovasculares: ocorreram eventos em 197 participantes (9,2%) que utilizaram dapagliflozina e em 312 no grupo placebo (14,5%). Hazard ratio HR 0,61; IC 95% 0,51 a 0,72; P<0,001. NNT 19 (IC 95% 15 a 27).<br>2. Tempo até um declínio de pelo menos 50% na taxa de filtração glomerular estimada; diagnóstico de doença renal em estágio terminal ou morte por causas renais: HR 0,56 (IC 95% 0,45 a 0,68; P<0,001); |

| Estudo | População                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Braços<br>(intervenções e comparadores) | Desfechos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        | <p><b>Critérios de exclusão:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnóstico de rins policísticos de origem autossômica dominante ou recessiva; nefrite lúpica; vasculite por anticorpos anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA);</li> <li>2. Em tratamento com medicamentos citotóxicos, imunossupressores ou imunoterápicos para doença renal no período de 6 meses antes do início do estudo;</li> <li>3. Histórico de transplante de órgãos;</li> <li>4. Histórico de tratamento prévio com inibidores SGLT2 no período de 8 semanas antes do início do estudo;</li> <li>5. Diagnóstico de diabetes tipo 1;</li> <li>6. Insuficiência cardíaca congestiva (classe IV da NYHA);</li> <li>7. Histórico de infarto do miocárdio, angina instável, Derrame ou acidente isquêmico transitório.</li> </ol> |                                         | <p>estágio terminal ou morte por causas renais;</p> <p>3. Secundário composto: Tempo até um evento. Os eventos poderiam ser os seguintes: hospitalização por insuficiência cardíaca ou morte por causas cardiovasculares;</p> <p>6. Eventos adversos sérios, eventos adversos que resultaram na descontinuação do tratamento e eventos adversos de interesse.</p> | <p>3. Tempo até hospitalização por insuficiência cardíaca ou morte por causas cardiovasculares: HR 0,71 (IC 95% 0,55 a 0,92; p=0,009);</p> <p>4. Qualquer evento adverso sério: Grupo dapagliflozina: 633/2149 (29,5%) e grupo placebo: 729/2149 (33,9%); p=0,002.</p> <p>Eventos adversos que resultaram na descontinuação do tratamento: Grupo dapagliflozina: 118/2149 (5,5%) e grupo placebo: 123/2149 (5,7%); p=0,79.</p> <p>Eventos adversos de interesse: amputação: dapagliflozina: 35/2149 (1,6%) e placebo 39/2149 (1,8%); p=0,73; Cetoacidose diabética: dapagliflozina: 0/2149 e placebo: 2/2149 (&lt;0.1); p=0,50; fraturas: dapagliflozina: 85/2149 (7,2%) e placebo 69/2149 (8,7%)p=0,22; evento adverso relacionado aos rins: dapagliflozina: 155/2149 (7,2%) e placebo : 188/2149 (8,7%); p=0,07; hipoglicemia dapagliflozina: 14/2149 (5,9%) e placebo: 28/2149 (1,3%);p=0,04; depleção de volume: dapagliflozina: 127/2149 (5,9%) e placebo 90/2149 (4,2%); p=0,01.</p> |

| Estudo                                                                                                                                                                                                                 | População                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Braços<br>(intervenções e comparadores)                                                                                                                                                                         | Desfechos                                                                                                                                                                                                                    | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fioretto <i>et al.</i> , 2018. Estudo clínico de fase 3, multicêntrico, controlado randomizado, duplo-cego. Estados Unidos, Bulgária, República Tcheca, Itália, Polônia, Espanha e Suécia. (2018) DERIVE; NCT02413398. | <p>Adultos com média de idade de 65 anos, de ambos os sexos, em sua maioria caucasianos. Diagnosticados com diabetes tipo 2 e doença renal crônica em estágio 3A.</p> <p><b>Crítérios de inclusão:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Histórico de diabetes tipo 2 por mais de 12 meses;</li> <li>2. Controle glicêmico inadequado (<math>HbA1c \geq 7,0\%</math> e <math>\leq 11\%</math>);</li> <li>3. Em tratamento estável com hipoglicemiantes;</li> <li>4. Doença renal crônica em estágio 3A.</li> </ol> <p><b>Crítérios de exclusão:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Histórico de cetoacidose diabética ou coma hiperosmolar não cetótico;</li> <li>2. Hipertensão severa não controlada;</li> <li>3. Histórico de infarto do miocárdio; cirurgia cardíaca ou revascularização; angina instável; insuficiência cardíaca; derrame ou acidente isquêmico transitório ou arritmia cardíaca.</li> <li>4. Doença renal que não nefropatia diabética ou nefropatia diabética com nefrosclerose;</li> <li>5. Doença hepática;</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dapagliflozina 10 mg uma vez ao dia por 24 semanas (n=160);</li> <li>2. Comparador: Placebo por 24 semanas (n=161).</li> </ol> <p>82 a 85% em uso de IECA ou BRA.</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desfecho exploratório: Diferença média das variações da relação albumina:creatinina (UACR) entre a linha de base e 24 semanas entre os grupos dapagliflozina e placebo.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diferença média das variações da relação albumina:creatinina entre dapagliflozina e placebo na semana 24: Dif. Méd. 8,0% (IC 95% -14,4, 36,3]; P = 0,513).</li> </ol> <p>Resultado no subgrupo de pacientes com UACR <math>\geq 30</math> mg/g na linha de base na semana 24: Dif. Méd. -14,0% (IC 95% -42,3, 28,0); P = 0,454.</p> |

| Estudo                                                                                                                                     | População                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Braços<br>(intervenções e comparadores)                                                                                                                                                                                             | Desfechos                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                            | 6.Tratamento com inibidores SGLT2; GLP-1 ou insulina de ação lenta ou rápida durante a fase de recrutamento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Petrykiv <i>et al.</i> , 2018. Estudo clínico controlado randomizado, duplo-cego, com cruzamento ( <i>cross-over</i> ). Holanda. NTR 4439. | <p>Adultos com média de idade de 61 anos, de ambos os sexos, em sua maioria caucasianos.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relação albumina-creatinina 100–3500 mg/g;</li> <li>2. Taxa de filtração glomerular; <math>\geq 45</math> mL/min por <math>1,73 \text{ m}^2</math>;</li> <li>3. <math>\text{HbA}_{1c}</math> de 55–100 mmol/mol;</li> <li>4. Em tratamento com anti- hipertensivos (IECA ou BRA) por pelo menos 4 semanas antes da randomização.</li> </ol> <p><b>Critérios de exclusão:</b></p> | <p>Dapagliflozina 10 mg por dia durante 6 semanas e depois <i>cross-over</i> para placebo por 6 semanas (n=17);</p> <p>Placebo por 6 semanas e depois <i>cross-over</i> para dapagliflozina 10 mg por dia por 6 semanas (n=17).</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primário: Variação (%) na excreção de albumina em 24 horas (24h UAE) após 6 semanas de tratamento;</li> <li>2. Secundário: Variação (%) na relação albumina-creatinina após 6 semanas;</li> <li>3. Secundário: Taxa de filtração glomerular após 6 semanas.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Variação (%) na excreção de albumina em 24 horas após 6 semanas: Diminuição de 36,2% em relação ao placebo (IC 95% 22,9 a 47,2; <math>P &lt; 0,001</math>).</li> <li>2. Variação (%) na relação albumina-creatinina: Diminuição de 29,7% em relação ao placebo (IC 95% - 40,7 a -16,8; <math>P &lt; 0,001</math>).</li> <li>3. Taxa de filtração glomerular: Diminuição de <math>4,8 \text{ mL/min/1,73 m}^2</math> (IC 95% -6,7 a -3,0) para dapagliflozina e aumento de <math>0,9 \text{ mL/min/1,73 m}^2</math> (IC 95% -1,5 a 3,3) para placebo; <math>p &lt; 0,001</math>.</li> </ol> |

| Estudo                                                                                                                                                         | População                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Braços<br>(intervenções e comparadores)                                                                                                                              | Desfechos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                | 1. Hipertensão arterial não controlada (>180/110 mmHg);<br>2. Histórico de eventos cardiovasculares nos últimos 6 meses antes do início do estudo;<br>3. Em uso de pioglitazona, análogos do GLP-1, inibidores DDP-IV e inibidores SGLT-2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Wiviott <i>et al.</i> , 2019. Estudo clínico de fase 3 multicêntrico, controlado randomizado, quadruplo-cego. 33 países. (2019). DECLARE-TIMI 58; NCT01730534. | Adultos com média de idade de 64 anos, de ambos os sexos, em sua maioria caucasianos, diagnosticados com diabetes tipo 2 e <i>clearance</i> de creatinina $\geq 60$ mL/min. Pacientes com múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular aterosclerótica ou com a doença já estabelecida. A taxa de filtração glomerular de 45% dos participantes estava entre 60 e 90 mL/min/1,73 m <sup>2</sup> .<br><br><b>Critérios de exclusão:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnóstico de diabetes tipo 1;</li> <li>2. Histórico de câncer de bexiga;</li> <li>3. Histórico de tratamento com radiação na região do abdômen ou pélvis;<br/>Cistite crônica ou infecção; recorrente do trato urinário.</li> </ol> | Dapagliflozina 10 mg uma vez ao dia por mediana de 4,2 anos (n=8.582);<br>Comparador: Placebo por mediana de 4,2 anos (n=8.578).<br><br>81,3% em uso de IECA ou BRA. | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primário: Composto definido como morte por causas cardiovasculares, infarto do miocárdio ou derrame isquêmico;</li> <li>2. Primário: Composto definido como morte por causas cardiovasculares ou hospitalização por insuficiência cardíaca;</li> <li>3. Secundário: Composto definido como um decréscimo sustentado de 40% ou maior na taxa de filtração glomerular (para &lt;60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>) ou diagnóstico de doença renal em estágio final ou morte por causas renais ou cardiovasculares;</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Morte por causas cardiovasculares, infarto do miocárdio ou derrame isquêmico: Não foi diferente de placebo HR 0,93 (IC 95% 0,84 a 1,07; p= 0,17);</li> <li>2. Morte por causas cardiovasculares ou hospitalização por insuficiência cardíaca: Favorece dapagliflozina, HR 0,83 (IC 95% 0,73 a 0,95; p=0,005). Diminui a taxa de hospitalização por insuficiência cardíaca (HR 0,73 (IC 95% 0,61 a 0,88), mas não diminui a taxa de mortalidade (HR 0,98 IC 95% 0,82 a 1,17);</li> <li>3. Decréscimo sustentado de 40% ou maior na taxa de filtração glomerular (para &lt;60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>) ou diagnóstico de doença renal em estágio final ou morte por causas renais ou cardiovasculares: Favorece dapagliflozina HR 0,76 (IC 95% 0,67 a 0,87);</li> </ol> |

| Estudo                                                                                                                                                | População                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Braços<br>(intervenções e comparadores)                                                                                                                                                                                                               | Desfechos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>4. Secundário: Composto definido como um decréscimo sustentado de 40% ou maior na taxa de filtração glomerular (para &lt;60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>) ou diagnóstico de doença renal em estágio final ou morte por causas renais;</p> <p>5. Secundário: Morte por qualquer causa.</p>                                                                                                                                                                                                          | <p>4. Decréscimo sustentado de 40% ou maior na taxa de filtração glomerular (para &lt;60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>) ou diagnóstico de doença renal em estágio final ou morte por causas renais: Favorece dapagliflozina HR 0,53 (IC 95% 0,43 a 0,66);</p> <p>5. Morte por qualquer causa: Sem diferença em relação ao placebo HR 0,93 (IC 95% 0,82 a 1,04).</p>                                                                                                                                                                                                                    |
| McMurray <i>et al.</i> , 2019. Estudo clínico de fase 3 multicêntrico, controlado randomizado, quadruplo-cego. 20 países. (2019) DAPA-HF; NCT03036124 | <p>Adultos com média de idade de 66 anos, de ambos os sexos em sua maioria caucasianos e asiáticos, diagnosticados com insuficiência cardíaca (classificação funcional NYHA II, III, IV) e fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 40% ou menos.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insuficiência cardíaca sintomática por pelo menos 2 meses;</li> <li>2. Níveis de NT-proBNP elevados;</li> <li>3. Em tratamento para insuficiência cardíaca;</li> <li>4. Taxa de filtração glomerular <math>\geq 30</math> mL/min/1,73 m<sup>2</sup>.</li> </ol> <p><b>Critérios de exclusão:</b></p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dapagliflozina 10 mg uma vez ao dia por mediana de 1,5 ano (n=2.373);</li> <li>2. Comparador: Placebo por mediana de 1,5 ano (n=2.371);</li> <li>3. 56% em uso de IECA e 26 a 28% em uso de BRA.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primário: Composto definido como piora da insuficiência cardíaca ou morte por causas cardiovasculares. A piora da IC foi definida como hospitalização não planejada ou necessidade de tratamento intravenoso para IC;</li> <li>2. Secundário: Composto definido como piora na função renal (declínio sustentado na taxa de filtração glomerular de 50% ou maior); diagnóstico de doença renal em estágio terminal ou morte por causas renais;</li> </ol> | <p>1. Piora da insuficiência cardíaca ou morte por causas cardiovasculares: favorece dapagliflozina HR 0,74 (IC 95% 0,65 a 0,85; p&lt;0,001). Hospitalização por insuficiência cardíaca, favorece dapagliflozina HR 0,70 (IC 95% 0,59 a 0,83) e morte por causas cardiovasculares também favorece dapagliflozina HR 0,82 (IC 95% 0,69 a 0,98). NNT para prevenir um evento foi de 21 (IC 95% 15 a 38);</p> <p>2. Piora na função renal; diagnóstico de doença renal em estágio terminal ou morte por causas renais: Não foi diferente de placebo HR 0,71 (IC 95% 0,44 a 1,16);</p> |

| Estudo | População                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Braços<br>(intervenções e comparadores) | Desfechos                                | Resultados                                                                         |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Em tratamento prévio com inibidores SGLT2 nas últimas 8 semanas anteriores ao início do estudo;</li> <li>2. Diagnóstico de diabetes tipo 1;</li> <li>3. Hipotensão sintomática;</li> <li>4. Insuficiência cardíaca descompensada ou hospitalização por IC descompensada nas últimas 4 semanas anteriores ao recrutamento;</li> <li>5. IM, angina instável, derrame, acidente isquêmico transitório nas últimas 12 semanas anteriores ao recrutamento;</li> <li>6. Revascularização coronariana ou reparo ou reposição de válvulas cardíacas nas últimas;</li> <li>7. 12 semanas anteriores ao recrutamento;</li> <li>8. Em terapia de ressincronização cardíaca;</li> <li>9. Histórico de transplante cardíaco;</li> <li>10. Bradicardia sintomática;</li> <li>11. Doença renal severa, instável ou rapidamente progressiva.</li> </ol> |                                         | 3. Secundário: Morte por qualquer causa. | 3. Morte por qualquer causa: Favorece dapagliflozina HR 0,83 (IC 95% 0,71 a 0,97). |

**APÊNDICE 2**  
**HISTÓRICO DE ALTERAÇÕES DO PROTOCOLO**

| Número do Relatório das diretrizes clínicas (Conitec) ou Portaria de Publicação     | Principais alterações                                                                                                                      | Tecnologias avaliadas pela Conitec                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                     |                                                                                                                                            | Incorporação ou alteração do uso no SUS                                                                                                                                              | Não incorporação ou não alteração no SUS                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                     | Ajuste no item “Critérios de Inclusão” para detalhar os critérios de utilização da dapagliflozina em pacientes com diabetes melito tipo 2. | -                                                                                                                                                                                    | -                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Portaria Conjunta SAES-SECTICS/MS nº 11/2024; Relatório de Recomendação nº 827/2023 | Primeira versão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Estratégias para Atenuar a Progressão da Doença Renal Crônica             | Dapagliflozina para tratamento de pacientes adultos com doença renal crônica em uso de terapia padrão.<br><br>(Relatório de Recomendação nº 773/2023; Portaria SCTIE/MS nº 106/2022) | Aminoácidos + análogos associados à dieta muito restritiva em proteínas para o tratamento de pacientes adultos com doença renal crônica em estágios 4 ou 5 pré-dialítico.<br><br>(Relatório de Recomendação nº 787/2022; Portaria SCTIE/MS nº 169/2022) |

## ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



**Ministério da Saúde**  
**Gabinete do Ministro**

**PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006**

***Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.***

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de que o setor saúde disponha de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso;

Considerando a conclusão do processo de revisão e atualização do constante da Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999;

Considerando a publicação da Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto; e

Considerando a pactuação da Política na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 5 de outubro de 2006 e a aprovação da proposta da Política, pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio do Memorando nº 500/SE/CNS/ 2006, resolve:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, cujas disposições constam do Anexo a esta Portaria e dela são parte integrante.

Art. 2º Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art.3º Fixar o prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de publicação desta Portaria, para que o Ministério da Saúde adote as providências necessárias à revisão das Portarias nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, e nº 249/SAS/MS, de 16 de abril de 2002, que criam os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, compatibilizando-as com as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa aprovada neste ato.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Fica revogada a Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 237-E, de 13 de dezembro de 1999, página 20, seção 1.

**JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA**

ANEXO

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

**INTRODUÇÃO**

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Esses preceitos constitucionais encontram-se reafirmados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996, que, por sua vez, regulamentam e definem estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do Sistema.

A regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas

populacionais aos serviços de saúde. Com o objetivo de reorganizar a prática assistencial é criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), tornando-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, imprimindo nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade (Brasil, 1994), denominando-se não mais programa e sim Estratégia Saúde da Família (ESF).

Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (Brasil, 1999). Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002).

Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção.

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Dessa maneira, a participação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito nacional, é de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas.

Cabe destacar, por fim, que a organização da rede do SUS é fundamental para que as diretrizes dessa Política sejam plenamente alcançadas. Dessa maneira, torna-se imperiosa a revisão da Portaria nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, que cria os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a Portaria nº 249/SAS, de 16 de abril de 2002, com posterior pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

## 1. Finalidade

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

Considerando:

- a) o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro;
- b) os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde;

c) o conhecimento atual da Ciência;

d) o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica;

e) a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde;

f) o compromisso brasileiro com a Assembléia Mundial para o Envelhecimento de 2002, cujo Plano de Madri fundamenta-se em: (a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; (b) fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e (c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento; e

g) escassez de recursos sócio-educativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso;

A necessidade de enfrentamento de desafios como:

a) a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio;

b) número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental;

c) a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; e

d) a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso.

## 2. Justificativa

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. No Censo de 2000, contava com mais de 14,5 milhões de idosos (IBGE, 2002), em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades (Lima-Costa et al, 2003; Ramos, 2002). A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (IBGE, 2000). Essa transição demográfica repercute na área da saúde, em relação à necessidade de (re)organizar os modelos assistenciais (Lima-Costa & Veras, 2003). A maior causa de mortalidade entre idosos brasileiros é o acidente vascular cerebral (Lima-Costa et al., 2000). Na transição epidemiológica brasileira ocorrem incapacidades resultantes do não-controle de fatores de risco preveníveis (Lima-Costa et al., 2003).

O sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo (Firmo et al, 2003). Isso já pode ser notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS (Lima-Costa et al, 2000). Além disso, é notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção.

Outro fato importante a ser considerado é que saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (Ramos, 2002).

As políticas públicas de saúde, objetivando assegurar atenção a toda população, têm dado visibilidade a um segmento populacional até então pouco notado pela saúde pública - os idosos e as idosas com alto grau de dependência funcional -. É possível a criação de ambientes físicos, sociais e atitudinais que possibilitem melhorar a saúde das pessoas com incapacidades tendo como uma das metas ampliar a participação social dessas pessoas na sociedade (Lollar & Crews, 2002). Por isso mesmo, é imprescindível oferecer cuidados sistematizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos de que se dispõe hoje.

### 2.1. O Grande Desafio: o Envelhecimento Populacional em Condição de Desigualdade Social e de Gênero

Envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice (Carvalho & Garcia, 2003). No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003).

Nos últimos 60 anos, o número absoluto de pessoas com 60 anos ou mais de idade aumentou nove vezes (Beltrão, Camarano e Kanso, 2004). Não só a população brasileira está envelhecendo, mas a proporção da população "mais idosa", ou seja, a de 80 anos ou mais de idade, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Significa dizer que a população idosa também está envelhecendo (Camarano et al, 1999). Em 2000,

esse segmento representou 12,6% do total da população idosa brasileira. Isso leva a uma heterogeneidade do segmento idoso brasileiro, havendo no grupo pessoas em pleno vigor físico e mental e outras em situações de maior vulnerabilidade (Camarano et al, 2004).

O envelhecimento é também uma questão de gênero. Cinquenta e cinco por cento da população idosa são formados por mulheres. A proporção do contingente feminino é tanto mais expressiva quanto mais idoso for o segmento. Essa predominância feminina se dá em zonas urbanas. Nas rurais, predominam os homens, o que pode resultar em isolamento e abandono dessas pessoas (Camarano et al, 2004; Camarano et al, 1999; Saad, 1999).

Quanto ao local de moradia, os idosos podem estar no ambiente familiar ou em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Cuidados institucionais não são prática generalizada nas sociedades latinas. É consenso entre as mais variadas especialidades científicas que a permanência dos idosos em seus núcleos familiares e comunitários contribui para o seu bem-estar (Camarano & Pasinato, 2004). No entanto, os dados referentes à população idosa institucionalizada no Brasil são falhos. Em 2002, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados publicou o relatório "V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil". De acordo com o relatório, havia cerca de 19.000 idosos institucionalizados em todo o País, o que representa 0,14% do total de idosos brasileiros. É de se esperar que esse número seja bem maior levando-se em conta que muitas das instituições asilares não são cadastradas e que grande parte funciona na clandestinidade.

A heterogeneidade do grupo de idosos, seja em termos etários, de local de moradia ou socioeconômicos, acarreta demandas diferenciadas, o que tem rebatimento na formulação de políticas públicas para o segmento (Camarano et al, 2004).

O envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. A proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira. (Lima-Costa & Veras, 2003).

Além disso, os idosos diferem de acordo com a sua história de vida, com seu grau de independência funcional e com a demanda por serviços mais ou menos específicos. Todos necessitam, contudo, de uma avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e de suas peculiaridades e adaptada à realidade sócio-cultural em que estão inseridos. Faz-se, portanto, necessário que os serviços que prestam atendimento a idosos respondam a necessidades específicas e distingam-se pela natureza da intensidade dos serviços que oferecem.

Cumprir notar que os idosos são potenciais consumidores de Serviços de Saúde e de Assistência. Esse grupo sabidamente apresenta uma grande carga de doenças crônicas e incapacitantes, quando comparado a outros grupos etários (Lima-Costa et al, 2003a; Lima-Costa et al, 2003b; Caldas, 2003). Disso resulta uma demanda crescente por serviços sociais e de saúde (Lima-Costa & Veras, 2003).

## 2.2. Contextualização: Responder às Demandas das Pessoas Idosas mais Frágeis dentre a População em Maior Risco de Vulnerabilidade

O envelhecimento populacional cursa com o aumento de doenças e condições que podem levar a incapacidade funcional. Para Verbrugge & Jette (1994), a incapacidade funcional é a dificuldade experimentada em realizar atividades em qualquer domínio da vida devido a um problema físico ou de saúde. Ela também pode ser entendida como a distância entre a dificuldade apresentada e os recursos pessoais e ambientais de que dispõe para superá-la (Hébert, 2003). Incapacidade é mais um processo do que um estado estático (Iezzoni, 2002). A Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001) vê a incapacidade e as funções de uma pessoa como a interação dinâmica entre condições de saúde - doenças, lesões, traumas etc - e fatores contextuais, incluindo atributos pessoais e ambientais. A dependência é a expressão da dificuldade ou incapacidade em realizar uma atividade específica por causa de um problema de saúde (Hébert, 2003). No entanto, cabe enfatizar que a existência de uma incapacidade funcional, independentemente de sua origem, é o que determina a necessidade de um cuidador (Néri & Sommerhalder, 2002).

Incapacidade funcional e limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são consequências inevitáveis do envelhecimento. A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, mas a idade sozinha não prediz incapacidade (Lollar & Crews, 2002). Mulheres, minorias e pessoas de baixo poder socioeconômico são particularmente vulneráveis (Freedman, Martin e Schoeni, 2002). Independentemente de sua etiologia, pessoas com incapacidade estão em maior risco para problemas de saúde e afins (Lollar & Crews, 2002). A presença de incapacidade é ônus para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade (Giacomin et al., 2004).

Estudos brasileiros de base populacional em idosos apontam a existência de incapacidade entre idosos em cifras que variam de 2 a 45% dos idosos (Giacomin et al., 2005; Duarte, 2003; Lima-Costa, 2003; Rosa et al; 2003), dependendo da idade e do sexo.

Assim, torna-se imprescindível incluir a condição funcional ao se formularem políticas para a saúde dos idosos e responder, prioritariamente, às pessoas idosas que já apresentem alta dependência.

## 3. Diretrizes

Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo. Ainda há os que pensam que se investe na infância e se gasta na velhice. Deve ser um compromisso de todo gestor em saúde compreender que, ainda que os custos de hospitalizações e cuidados prolongados sejam elevados na parcela idosa, também aí está se investindo na velhice “Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas” (Plano de Madri, Artigo 6º).

Envelhecer, portanto, deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades. Importante acrescentar que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem apesar da falta de recursos e da falta de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde. Entre esses estão os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, os seqüelados de acidentes de trabalho, os amputados por arteriopatias, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais, e para eles também é preciso achar respostas e ter ações específicas.

São apresentadas abaixo as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

### 3.1. Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável

A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda ação de saúde. Ela permeia todas as ações desde o pré-natal até a fase da velhice. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização determinados pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2002). Para tanto é importante entender que as pessoas idosas constituem um grupo heterogêneo. Também será necessário vencer preconceitos e discutir mitos arraigados em nossa cultura. Os profissionais de saúde e a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não é privilégio apenas dos jovens. A promoção não termina quando se faz 60 anos e as ações de prevenção, sejam elas primárias, secundárias ou terciárias, devem ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades.

Envelhecimento bem sucedido pode ser entendido a partir de seus três componentes: (a) menor probabilidade de doença; (b) alta capacidade funcional física e mental; e (c) engajamento social ativo com a vida (Kalache & Kickbush, 1997; Rowe & Kahn, 1997; Healthy People 2000). O Relatório Healthy People 2000 da OMS enfatiza em seus objetivos: aumentar os anos de vida saudável, reduzir disparidades na saúde entre diferentes grupos populacionais e assegurar o acesso a serviços preventivos de saúde. Além disso, é preciso incentivar e equilibrar a responsabilidade pessoal – cuidado consigo mesmo – ambientes amistosos para a faixa etária e solidariedade entre gerações. As famílias e indivíduos devem se preparar para a velhice, esforçando-se para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida (OMS, 2002).

Com a perspectiva de ampliar o conceito de “envelhecimento saudável”, a Organização Mundial da Saúde propõe “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” (2005), ressaltando que o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devam implementar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa. Considerando o cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a eles direcionadas, numa abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida.

Aproveitar todas as oportunidades para:

- a) desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco;
- b) informar sobre seus direitos, como ser acompanhado por pessoas de sua rede social (livre escolha) e quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;

- c) valorizar e respeitar a velhice;
- d) estimular a solidariedade para com esse grupo etário;
- e) realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos;
- f) realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas;
- g) facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades;
- h) articular ações e ampliar a integração entre as secretarias municipais e as estaduais de saúde, e os programas locais desenvolvidos para a difusão da atividade física e o combate ao sedentarismo;
- i) promover a participação nos grupos operativos e nos grupos de convivência, com ações de promoção, valorização de experiências positivas e difusão dessas na rede, nortear e captar experiências;
- j) informar e estimular a prática de nutrição balanceada, sexo seguro, imunização e hábitos de vida saudáveis;
- k) realizar ações motivadoras ao abandono do uso de álcool, tabagismo e sedentarismo, em todos os níveis de atenção;
- l) promover ações grupais integradoras com inserção de avaliação, diagnóstico e tratamento da saúde mental da pessoa idosa;
- m) reconhecer e incorporar as crenças e modelos culturais dos usuários em seus planos de cuidado, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis;
- n) promover a saúde por meio de serviços preventivos primários, tais como a vacinação da população idosa, em conformidade com a Política Nacional de Imunização;
- o) estimular programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis em indivíduos idosos;
- p) implementar ações que contraponham atitudes preconceituosas e sejam esclarecedoras de que envelhecimento não é sinônimo de doença;
- q) disseminar informação adequada sobre o envelhecimento para os profissionais de saúde e para toda a população, em especial para a população idosa;
- r) implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o auto-cuidado dos usuários do SUS;
- s) incluir ações de reabilitação para a pessoa idosa na atenção primária de modo a intervir no processo que origina a dependência funcional;
- t) investir na promoção da saúde em todas as idades; e
- u) articular as ações do Sistema Único de Saúde com o Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

### 3.2. Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa

A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção; providos de condições essenciais - infra-estrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica.

Instrumentos gerenciais baseados em levantamento de dados sobre a capacidade funcional (inventários funcionais) e sócio-familiares da pessoa idosa deverão ser implementados pelos gestores municipais e estaduais do SUS, para que haja a participação de profissionais de saúde e usuários na construção de planos locais de ações para enfrentamento das dificuldades inerentes à complexidade de saúde da pessoa idosa.

Incorporação, na atenção básica, de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes do Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial.

Incorporação, na atenção especializada, de mecanismos que fortaleçam a atenção à pessoa idosa: reestruturação e implementação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, visando a integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade da atenção, por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência; e implementando de forma efetiva modalidades de atendimento que correspondam às necessidades da população idosa, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar, sempre que

possível. Contemplando também fluxos de retaguarda para a rede hospitalar e demais especialidades, disponíveis no Sistema Único de Saúde.

A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também faz parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o auto-cuidado. Grupos de auto-ajuda entre as pessoas que cuidam devem ser estimulados.

Uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce são sempre preferíveis às intervenções curativas tardias. Para tanto, é necessária a vigilância de todos os membros da equipe de saúde, a aplicação de instrumentos de avaliação e de testes de triagem, para detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e do comprometimento precoce da funcionalidade, dentre outros.

O modelo de atenção à saúde baseado na assistência médica individual não se mostra eficaz na prevenção, educação e intervenção, em questões sociais, ficando muitas vezes restritas às complicações advindas de afecções crônicas. A cada etapa de intervenção os profissionais deverão considerar os anseios do idoso e de sua família. Pressupondo-se troca de informações e negociação das expectativas de cada um, levando-se em consideração elementos históricos do paciente, seus recursos individuais e sociais e aqueles da rede de suporte social disponível no local.

Um dos instrumentos gerenciais imprescindíveis é a implementação da avaliação funcional individual e coletiva. A partir da avaliação funcional coletiva determina-se a pirâmide de risco funcional, estabelecida com base nas informações relativas aos critérios de risco da população assistida pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada município. Verifica-se como está distribuída a população adscrita à equipe do Saúde da Família, com base no inventário de risco funcional. Nos municípios que não dispõem da Estratégia Saúde da Família, as equipes das UBS poderão ser responsáveis por esse levantamento e acompanhamento. Assim, é possível conhecer qual a proporção de idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos, a proporção daqueles com alta dependência funcional – acamados –, a proporção dos que já apresentam alguma incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária (AVD) – como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente e alimentar-se com a própria mão – e qual a proporção de idosos independentes.

Considera-se o idoso independente aquele que é capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as atividades de vida diária citadas acima. Esses idosos comporão a base da pirâmide.

Indivíduos idosos, mesmo sendo independentes, mas que apresentem alguma dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) – preparar refeições, controlar a própria medicação, fazer compras, controlar o próprio dinheiro, usar o telefone, fazer pequenas tarefas e reparos domésticos e sair de casa sozinho utilizando uma condução coletiva –, são considerados idosos com potencial para desenvolver fragilidade e por isso merecerão atenção específica pelos profissionais de saúde e devem ser acompanhados com maior frequência.

Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresenta doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais.

Uma vez conhecida a condição de fragilidade, será necessário avaliar os recursos locais para lidar com ela, de modo a facilitar o cuidado domiciliar, incluir a pessoa que cuida no ambiente familiar como um parceiro da equipe de cuidados, fomentar uma rede de solidariedade para com o idoso frágil e sua família, bem como promover a reinserção da parcela idosa frágil na comunidade.

De acordo com a condição funcional da pessoa idosa serão estabelecidas ações de atenção primária, de prevenção – primária, secundária e terciária –, de reabilitação, para a recuperação da máxima autonomia funcional, prevenção do declínio funcional, e recuperação da saúde. Estarão incluídas nessas ações o controle e a prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis.

Todo profissional deve procurar promover a qualidade de vida da pessoa idosa, quando chamado a atendê-la. É importante viver muito, mas é fundamental viver bem. Preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta em todos os níveis de atenção.

Ficam estabelecidos, portanto, os dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento de fragilidades, da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde; e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção.

### 3.3. Estímulo às Ações Intersetoriais, visando à Integralidade da Atenção

A prática da intersectorialidade pressupõe o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não-governamentais que trabalham com a população idosa. A organização do cuidado intersectorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade.

As ações intersectoriais visando à integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa devem ser promovidas e implementadas, considerando as características e as necessidades locais.

### 3.4. Provimento de Recursos Capazes de Assegurar Qualidade da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

Deverão ser definidas e pactuadas com os estados, o Distrito Federal e os municípios as formas de financiamento que ainda não foram regulamentadas, para aprimoramento da qualidade técnica da atenção à saúde prestada à pessoa idosa. Os mecanismos e os fluxos de financiamento devem ter por base as programações ascendentes de estratégias que possibilitem a valorização do cuidado humanizado ao indivíduo idoso. Abaixo são apresentados os itens prioritários para a pactuação:

- a) provimento de insumos, de suporte em todos os níveis de atenção, prioritariamente na atenção domiciliar inclusive medicamentos;
- b) provimento de recursos para adequação de estrutura física dos serviços próprios do SUS;
- c) provimento de recursos para ações de qualificação e de capacitação de recursos humanos, e incremento da qualidade técnica dos profissionais de saúde do SUS na atenção à pessoa idosa;
- d) produção de material de divulgação e informativos sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, normas técnicas e operacionais, protocolos e manuais de atenção, para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- e) implementação de procedimento ambulatorial específico para a avaliação global do idoso; e
- f) determinação de critérios mínimos de estrutura, processo e resultados, com vistas a melhorar o atendimento à população idosa, aplicáveis às unidades de saúde do SUS, de modo que a adequação a esses critérios seja incentivada e mereça reconhecimento.

### 3.5. Estímulo à Participação e Fortalecimento do Controle Social

Deve-se estimular a inclusão nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde de temas relacionados à atenção à população idosa, incluindo o estímulo à participação de cidadãos e cidadãs idosos na formulação e no controle social das ações deliberadas nessas Conferências.

Devem ser estimulados e implementados os vínculos dos serviços de saúde com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social da parcela idosa da população.

### 3.6. Divulgação e Informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para Profissionais de Saúde, Gestores e Usuários do SUS

As medidas a serem adotadas buscarão:

- a) incluir a PNSPI na agenda de atividades da comunicação social do SUS;
- b) produzir material de divulgação, tais como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos;
- c) promover ações de informação e divulgação da atenção à saúde da pessoa idosa, respeitando as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, aos gestores, aos conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e à comunidade em geral;
- d) apoiar e fortalecer ações inovadoras de informação e divulgação sobre a atenção à saúde da pessoa idosa em diferentes linguagens culturais;
- e) identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em atenção à saúde da pessoa idosa; e
- f) prover apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em atenção à saúde da pessoa idosa.

### 3.7. Promoção de Cooperação Nacional e Internacional das Experiências na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

Devem-se fomentar medidas que visem à promoção de cooperação nacional e internacional das experiências bem sucedidas na área do envelhecimento, no que diz respeito à atenção à saúde da pessoa idosa, à formação técnica, à educação em saúde e a pesquisas.

### 3.8. Apoio ao Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas

Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção de saúde à pessoa idosa. Identificar e estabelecer redes de apoio com instituições formadoras, associativas e representativas, universidades, faculdades e órgãos públicos nas três esferas, visando:

- a) fomentar pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;
- b) identificar e apoiar estudos/pesquisas relativos ao envelhecimento e à saúde da pessoa idosa existentes no Brasil, com o objetivo de socializar, divulgar e embasar novas investigações;
- c) criar banco de dados de pesquisadores e pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa realizadas no Brasil, interligando-o com outros bancos de abrangência internacional;
- d) identificar e divulgar as potenciais linhas de financiamento – Ministério da Ciência e Tecnologia, Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa, terceiro setor e outros – para a pesquisa em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;
- e) apoiar a realização de estudo sobre representações sociais, junto a usuários e profissionais de saúde sobre a saúde da pessoa idosa;
- f) priorizar as linhas de pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa a serem implementadas pelo SUS, visando o aprimoramento e a consolidação da atenção à saúde da pessoa idosa no SUS; e
- g) implementar um banco de dados nacional com resultados de avaliação funcional da população idosa brasileira.

### 4. Responsabilidades Institucionais

Caberá aos gestores do SUS, em todos os níveis, de forma articulada e conforme suas competências específicas, prover os meios e atuar para viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

#### 4.1. Gestor Federal

- a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;
- b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo;
- c) estabelecer diretrizes para a qualificação e educação permanente em saúde da pessoa idosa;
- d) manter articulação com os estados e municípios para apoio à implantação e supervisão das ações;
- e) promover articulação intersetorial para a efetivação desta Política Nacional;
- f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;
- g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; e
- h) estimular pesquisas nas áreas de interesse do envelhecimento e da atenção à saúde da pessoa idosa, nos moldes do propósito e das diretrizes desta Política.

#### 4.2. Gestor Estadual

- a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;
- b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo;
- c) Discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano;
- d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;
- e) implementar as diretrizes da educação permanente e qualificação em consonância com a realidade local regional;
- f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;
- g) manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações;
- h) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;

i) exercer a vigilância sanitária no tocante a Saúde da Pessoa Idosa e a ações decorrentes no seu âmbito; e

j) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Estadual de Saúde.

#### 4.3. Gestor Municipal:

a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;

b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo;

c) discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano;

d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;

e) estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde;

f) estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da Política;

g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; e

h) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Municipal de Saúde.

#### 5. Articulação Intersetorial

As diretrizes aqui definidas implicam o desenvolvimento de um amplo conjunto de ações, que requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores. Nesse sentido, os gestores do SUS deverão estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, processos de articulação permanente, visando ao estabelecimento de parcerias e a integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos. Será buscada, igualmente, a participação de diferentes segmentos da sociedade, que estejam direta ou indiretamente relacionadas com a presente Política. No âmbito federal, o Ministério da Saúde articulará com os diversos setores do Poder Executivo em suas respectivas competências, de modo a alcançar os objetivos a seguir explicitados.

##### 5.1. Educação

a) inclusão nos currículos escolares de disciplinas que abordem o processo do envelhecimento, a desmistificação da senescência, como sendo diferente de doença ou de incapacidade, valorizando a pessoa idosa e divulgando as medidas de promoção e prevenção de saúde em todas as faixas etárias;

b) adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da saúde, visando ao atendimento das diretrizes fixadas nesta Política;

c) incentivo à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior, que possam atuar de forma integrada com o SUS, mediante o estabelecimento de referência e contra-referência de ações e serviços para o atendimento integral dos indivíduos idosos e a capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, visando à qualificação contínua do pessoal de saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência à pessoa idosa; e

d) discussão e readequação de currículos e programas de ensino nas instituições de ensino superior abertas para a terceira idade, consoante às diretrizes fixadas nesta Política.

##### 5.2. Previdência Social

a) realização de estudos e pesquisas de cunho epidemiológico junto aos segurados, relativos às doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária, sobretudo quanto aos seus impactos no indivíduo, na família, na sociedade, na previdência social e no setor saúde; e

b) elaboração de programa de trabalho conjunto direcionado aos indivíduos idosos segurados, consoante às diretrizes fixadas nesta Política.

##### 5.3. Sistema Único de Assistência Social:

a) reconhecimento do risco social da pessoa idosa como fator determinante de sua condição de saúde;

b) elaboração de inquérito populacional para levantamento e estratificação das condições de risco social da população idosa brasileira;

c) elaboração de medidas, com o apontamento de soluções, para abordagem da população idosa sob risco social;

d) criação de mecanismos de monitoramento de risco social individual, de fácil aplicabilidade e utilização por profissionais da atenção básica do SUS e do SUAS;

e) difusão de informações relativas à preservação da saúde e à prevenção ou recuperação de incapacidades;

f) inclusão das diretrizes aqui estabelecidas em seus programas de educação continuada;

g) implantação de política de atenção integral aos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos;

h) promoção da formação de grupos sócio-educativos e de auto-ajuda entre os indivíduos idosos, principalmente para aqueles com doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária;

i) implantação e implementação de Centros de Convivência e Centros-Dia, conforme previsto no Decreto nº 1948/96;

j) apoio à construção de Políticas Públicas de Assistência Social que considerem as pessoas, suas circunstâncias e o suporte social e que atuem como aliadas no processo de desenvolvimento humano e social, e não como tuteladora e assistencialista, tanto na proteção social básica, como na proteção social especial;

k) compromisso com a universalização do direito, inclusão social, equidade, descentralização e municipalização das ações, respeitando a dignidade do cidadão e sua autonomia, favorecendo o acesso à informação, aos benefícios e aos serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária; e

l) desenvolvimento de ações de enfrentamento à pobreza.

#### 5.4. Trabalho e Emprego:

a) elaboração, implantação e implementação de programas de preparação para a aposentadoria nos setores público e privado;

b) implantação de ações para a eliminação das discriminações no mercado de trabalho e a criação de condições que permitam a inserção da pessoa idosa na vida socioeconômica das comunidades; e

c) levantamento dos indivíduos idosos já aposentados e que retornaram ao mercado de trabalho, identificando as condições em que atuam no mercado, de forma a coibir abusos e explorações.

#### 5.5. Desenvolvimento Urbano:

a) implantação de ações para o cumprimento das leis de acessibilidade (Decreto Lei nº 5296/2004), de modo a auxiliar na manutenção e no apoio à independência funcional da pessoa idosa; e

b) promoção de ações educativas dirigidas aos agentes executores e beneficiários de programas habitacionais quanto aos riscos ambientais à capacidade funcional dos indivíduos idosos.

#### 5.6. Transportes:

a) implantação de ações que permitam e/ou facilitem o deslocamento do cidadão idoso, sobretudo aquele que já apresenta dificuldades de locomoção, tais como elevatórias para acesso aos ônibus na porta de hospitais, rampas nas calçadas, bancos mais altos nas paradas de ônibus. Em conformidade com a Lei da Acessibilidade, Decreto Lei nº 5296, de 2 de dezembro de 2004.

#### 5.7. Justiça e Direitos Humanos:

a) promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa, no tocante às questões de saúde, mediante o acompanhamento da aplicação das disposições contidas na Lei nº 8.842/94 e seu regulamento (Decreto nº 1.948/96), bem como a Lei nº 10.741/2003, que estabelece o Estatuto do Idoso.

#### 5.8. Esporte e Lazer

a) estabelecimento de parceria para a implementação de programas de atividades físicas e recreativas destinados às pessoas idosas.

#### 5.9. Ciência e Tecnologia:

fomento à pesquisa na área do envelhecimento, da geriatria e da gerontologia, por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e demais órgãos de incentivo à pesquisa, contemplando estudos e pesquisas que estejam, prioritariamente, alinhados com as diretrizes propostas nesta Política.

### 6. Acompanhamento e Avaliação

A operacionalização desta Política compreenderá a sistematização de processo contínuo de acompanhamento e avaliação, que permita verificar o alcance de seu propósito – e, conseqüentemente, o seu impacto sobre a saúde dos

indivíduos idosos –, bem como proceder a eventuais adequações que se fizerem necessárias.

Esse processo exigirá a definição de critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, capazes de evidenciar, também, a repercussão das medidas levadas a efeito por outros setores, que resultaram da ação articulada preconizada nesta Política, bem como a observância dos compromissos internacionais assumidos pelo País em relação à atenção à saúde dos indivíduos idosos.

É importante considerar que o processo de acompanhamento e avaliação referido será apoiado, sobretudo para a aferição de resultados no âmbito interno do setor, pelas informações produzidas pelos diferentes planos, programas, projetos, ações e/ou atividades decorrentes desta Política Nacional.

Além da avaliação nos contextos anteriormente identificados, voltados principalmente para a verificação do impacto das medidas sobre a saúde dos indivíduos idosos, buscar-se-á investigar a repercussão desta Política na qualidade de vida deste segmento populacional.

Nesse particular, buscar-se-á igualmente conhecer em que medida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem contribuído para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, na conformidade do Artigo 7º da Lei nº 8.080/90, entre os quais, destacam-se aqueles relativos à integralidade da atenção, à preservação da autonomia das pessoas e ao uso da epidemiologia no estabelecimento de prioridades (respectivamente incisos II, III e VII). Paralelamente, deverá ser observado, ainda, se:

- a) o potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário estão sendo devidamente divulgados para a população de forma geral e, principalmente, à população idosa;
- b) as ações, programas, projetos e atividades que operacionalizam esta Política estão sendo desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única em cada esfera de gestão; e
- c) a participação dos indivíduos idosos nas diferentes instâncias do SUS está sendo incentivada e facilitada.

---

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

---

**Ministério da Saúde**  
**Gabinete do Ministro****PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010**

***Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).***

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso 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;

Considerando a Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto;

Considerando a Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando que a Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e a organização da Rede de Atenção à Saúde;

Considerando a necessidade de definir os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da Rede de Atenção à Saúde, bem como as diretrizes e estratégias para sua implementação;

Considerando a decisão dos gestores do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, realizada no dia 16 de dezembro de 2010, resolve:

Art. 1º Estabelecer diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS, na forma do Anexo a esta Portaria.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**JOSÉ GOMES TEMPORÃO**

[ANEXO](#)

---

**Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde**

---

## DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS

O presente documento trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

Esse documento estabelece os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS, entendendo que o seu aprofundamento constituirá uma série de temas técnicos e organizacionais a serem desenvolvidos, em função da agenda de prioridades e da sua modelagem.

O texto foi elaborado a partir das discussões internas das áreas técnicas do Ministério da Saúde e no Grupo de trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite, composto com representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Ministério da Saúde (MS).

O conteúdo dessas orientações está fundamentado no arcabouço normativo do SUS, com destaque para as Portarias do Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS), na publicação da Regionalização Solidária e Cooperativa, além das experiências de apoio à organização da RAS promovidas pelo Ministério da Saúde (MS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em regiões de saúde de diversos estados.

O documento está organizado da seguinte forma: justificativa abordando por que organizar rede de atenção à saúde, os principais conceitos, fundamentos e atributos da rede de atenção à saúde, os elementos constitutivos da rede, as principais ferramentas de micro-gestão dos serviços e, diretrizes com algumas estratégias para a implementação da rede de atenção à saúde.

### 1. POR QUE ORGANIZAR REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS

Embora sejam negáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual.

O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros.

O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio econômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país.

Consequentemente, a organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por: (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS).

Considera-se, ainda, o atual perfil epidemiológico brasileiro, caracterizado por uma tripla carga de doença que envolve a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição características de países subdesenvolvidos, importante componente de problemas de saúde reprodutiva com mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis, e o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito, trazendo a necessidade de ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, as condições agudas.

Superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS, enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde. Essa decisão envolve aspectos técnicos, éticos, culturais, mas, principalmente, implica no cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do Sistema, expresso por uma "associação fina da técnica e da política", para garantir os investimentos e recursos necessários à mudança.

A solução está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da RAS para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população.

Experiências têm demonstrado que a organização da RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.

No Brasil, o debate em torno da busca por maior integração adquiriu nova ênfase a partir do Pacto pela Saúde, que contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS e ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de Rede como estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, se efetivando em três dimensões:

Pacto Pela Vida: compromisso com as prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Pacto em Defesa do SUS: compromisso com a consolidação dos fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS.

Pacto de Gestão: compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde.

O Pacto de Gestão estabeleceu o espaço regional como locus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que é esse espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal.

A construção dessa forma de relações intergovernamentais no SUS requer o cumprimento das responsabilidades assumidas e metas pactuadas, sendo cada esfera de governo co-responsável pela gestão do conjunto de políticas com responsabilidades explicitadas.

Em sintonia com o Pacto pela Saúde, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), ambas voltadas para a configuração de um modelo de atenção capaz de responder as condições crônicas e as condições agudas e promover ações de vigilância e promoção a saúde, efetivando a APS como eixo estruturante da RAS no SUS.

No campo das políticas públicas, comprometida com a garantia de oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde, a organização do Sistema em rede possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação. Nesse processo, o desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania.

### 2. CONCEITOS

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular.

São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros.

Todos os pontos de atenção a saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Para assegurar seu compromisso com a melhora de saúde da população, integração e articulação na lógica do funcionamento da RAS, com qualidade e eficiência para os serviços e para o Sistema, faz-se necessária a criação de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores / financiadores e os prestadores de serviço.

Quando esses contratos abrangem todos os pontos de atenção da rede o Sistema passa a operar em modo de aprendizagem, ou seja, a busca contínua por uma gestão eficaz, eficiente e qualificada, de forma a proporcionar a democratização e a transparência ao SUS.

A contratualização/contratos de gestão, nesse contexto, pode ser definida como o modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa na definição clara de responsabilidades, de objetivos de desempenho, incluindo tanto os sanitários, quanto os econômicos, resultando dessa negociação um compromisso explícito entre ambas as partes. Esse processo deve resultar, ainda, na fixação de critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos. Dentre os objetivos da contratualização destacam-se:

Melhorar o nível de saúde da população;

Responder com efetividade às necessidades em saúde;

Obter um efetivo e rigoroso controle sobre o crescimento das despesas de origem pública com a saúde;

Alcançar maior eficiência gestora no uso de recursos escassos, maximizando o nível de bem-estar;

Coordenar as atividades das partes envolvidas;

Assegurar a produção de um excedente cooperativo;

Distribuir os frutos da cooperação;

Assegurar que os compromissos sejam cumpridos; e

Disponibilizar, em tempo útil, a informação de produção, financiamento, desempenho, qualidade e acesso, de forma a garantir adequados níveis de informação ao cidadão.

Para atingir esses objetivos as partes adotam em três áreas de aplicação que são: cuidados primários, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência.

A inovação desse modelo de contrato de gestão está em "contratualizar a saúde e não apenas cuidados de saúde, obtendo macroeficiência para o conjunto do sistema" - e para a superação de problemas cruciais como:

Passar de uma abordagem populacional isolada (hospitais ou centros de saúde) para uma contratualização de âmbito da região de saúde, seguindo critérios de adscrição da população estratificada por grau de risco, e abordando os diversos estabelecimentos de saúde em termos de uma rede de cuidados;

O contínuo aumento dos gastos para a prestação de serviços de alto custo devido ao tratamento tardio de condições e agravos sensíveis à APS, pela introdução de ferramentas de microgestão e incentivos financeiros para pagamento por desempenho individual e institucional;

Promover a participação efetiva do cidadão e da comunidade no processo de contratualização, nomeadamente através da participação organizada e permanente dos utentes.

Considerando a necessidade de fortalecimento da APS vigente, no que se refere à prática dos seus atributos essenciais, a contratualização das ações de saúde a partir do primeiro nível de atenção, tem sido apontada como instrumento potente para induzir responsabilização e qualidade, sempre no sentido de alcançar melhores resultados em saúde.

Adicionalmente, estratégias de articulação como a análise da situação de saúde; a interoperabilidade entre os vários sistemas de informação; a existência de complexos reguladores; as ações de educação permanente e de educação popular em saúde e o planejamento participativo são igualmente importantes para superar para a implementação de um modelo de atenção de saúde pautado na defesa da vida.

Os problemas vivenciados na área de educação e da gestão do trabalho necessitam de ações estratégicas. Nesta concepção, o trabalho deve ser visto como uma categoria central para uma política de valorização dos trabalhadores de saúde. É necessário visualizar o trabalho como um espaço de construção de sujeitos e de subjetividades, um ambiente que tem pessoas, sujeitos, coletivos de sujeitos, que inventam mundos e se inventam e, sobretudo, produzem saúde.

Portanto, o trabalho é um lugar de criação, invenção e, ao mesmo tempo, um território vivo com múltiplas disputas no modo de produzir saúde. Por isso, a necessidade de implementar a práxis (ação-reflexão-ação) nos locais de trabalho para a troca e o cruzamento com os saberes das diversas profissões.

É importante ressaltar que na disputa dos interesses, o que deve permanecer é o interesse do usuário cidadão. Portanto, os problemas de saúde da população e a busca de soluções no território circunscrito devem ser debatidos nas equipes multiprofissionais.

Além da valorização do espaço do trabalho, há necessidade de buscar alternativas para os problemas relacionados a não valorização dos trabalhadores de saúde. Assim, todos os profissionais de saúde podem e devem fazer a clínica ampliada, pois escutar, avaliar e se comprometer na busca do cuidado integral em saúde são responsabilidades de toda profissão da área de saúde.

Além disso, é preciso considerar e valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio matricial a fim de construir modos para haver a correponsabilização do profissional e do usuário.

O trabalho vivo reside principalmente nas relações que são estabelecidas no ato de cuidar. É o momento de se pensar o projeto terapêutico singular, com base na escuta e na responsabilização com o cuidado. O foco do trabalho vivo deve ser as relações estabelecidas no ato de cuidar que são: o vínculo, a escuta, a comunicação e a responsabilização com o cuidado. Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser utilizados a partir desta relação e não o contrário como tem sido na maioria dos casos.

### 3. FUNDAMENTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados:

3.1 Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos

Economia de escala, qualidade e acesso são a lógica fundamental na organização da rede de atenção à saúde.

A Economia de Escala - ocorre quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo, um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. Desta forma, a concentração de serviços em determinado local racionaliza custos e otimiza resultados, quando os insumos tecnológicos ou humanos relativos a estes serviços inviabilizam sua instalação em cada município isoladamente.

Qualidade - um dos objetivos fundamentais do sistema de atenção à saúde e da RAS é a qualidade na prestação de serviços de saúde. A qualidade na atenção em saúde pode ser melhor compreendida com o conceito de graus de excelência do cuidado que pressupõe avanços e retrocessos nas seis dimensões, a saber: segurança (reconhecer e evitar situações que podem gerar danos enquanto se tenta prevenir, diagnosticar e tratar); efetividade (utilizar-se do conhecimento para implementar ações que fazem a diferença, que

produzem benefícios claros aos usuários); centralidade na pessoa (usuários devem ser respeitados nos seus valores e expectativas, e serem envolvidos e pró-ativos no cuidado à saúde); pontualidade (cuidado no tempo certo, buscando evitar atrasos potencialmente danosos); eficiência (evitar desperdício ou ações desnecessárias e não efetivas), e equidade (características pessoais, como local de residência, escolaridade, poder aquisitivo, dentre outras, não devem resultar em desigualdades no cuidado à saúde).

Suficiência - significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população e inclui cuidados primários, secundários, terciários, reabilitação, preventivos e paliativos, realizados com qualidade.

Acesso - ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado. Deverão ser estabelecidas alternativas específicas na relação entre acesso, escala, escopo, qualidade e custo, para garantir o acesso, nas situações de populações dispersas de baixa densidade populacional, com baixíssima oferta de serviços. O acesso pode se analisado através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários:

A disponibilidade diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade.

A comodidade está relacionada ao tempo de espera para o atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto dos ambientes para atendimento, entre outros.

A aceitabilidade está relacionada à satisfação dos usuários quanto à localização e à aparência do serviço, à aceitação dos usuários quanto ao tipo de atendimento prestado e, também, a aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento.

Disponibilidade de Recursos - é outro fator importante para o desenvolvimento da RAS. Recursos escassos, sejam humanos ou físicos, devem ser concentrados, ao contrário dos menos escassos, que devem ser desconcentrados.

3.2 Integração Vertical e Horizontal

Na construção da RAS devem ser observados os conceitos de integração vertical e horizontal, que vêm da teoria econômica e estão associados à concepções relativas às cadeias produtivas.

Integração Vertical - consiste na articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada, sendo complementar (agregando resolutividade e qualidade neste processo).

Integração Horizontal: consiste na articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade. É utilizada para otimizar a escala de atividades, ampliar a cobertura e a eficiência econômica na provisão de ações e serviços de saúde através de ganhos de escala (redução dos custos médios totais em relação ao volume produzido) e escopo (aumento do rol de ações da unidade).

3.3 Processos de Substituição

São definidos como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis.

Esses processos são importantes para se alcançar os objetivos da RAS, no que se refere a prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e no tempo certo.

A substituição pode ocorrer nas dimensões da localização, das competências clínicas, da tecnologia e da clínica. Ex: mudar o local da atenção prestada do hospital para o domicílio; transição do cuidado profissional para o auto-cuidado; delegação de funções entre os membros da equipe multiprofissional, etc.

3.4 Região de Saúde ou Abrangência

A organização da RAS exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços.

A definição adequada da abrangência dessas regiões é essencial para fundamentar as estratégias de organização da RAS, devendo ser observadas as pactuações entre o estado e o município para o processo de regionalização e parâmetros de escala e acesso.

3.5 Níveis de Atenção

Fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS, estruturaram-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde).

4. ATRIBUTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Considera-se que não há como prescrever um modelo organizacional único para as RAS, contudo as evidências mostram que o conjunto de atributos apresentados a seguir são essenciais ao seu funcionamento:

1. População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;

2. Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;

3. Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde;

4. Prestação de serviços especializados em lugar adequado;

5. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;

6. Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;

7. Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;

8. Participação social ampla;

9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;

10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;

11. Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;

12. Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;

13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e

14. Gestão baseada em resultado.

A integração dos sistemas de saúde deve ser entendida como um contínuo e não como uma situação de extremos opostos entre integração e não integração. Dessa forma, existem graus de integração, que variam da fragmentação absoluta à integração total. Por sua vez, a integração é um meio para melhorar o desempenho do sistema, de modo que os esforços justifiquem-se na medida em que conduzam a serviços mais acessíveis, de maior qualidade, com melhor relação custo-benefício e satisfaçam aos usuários (OPAS, 2009).

5. PRINCIPAIS FERRAMENTAS DE MICRO GESTÃO DOS SERVIÇOS

A Rede de Atenção à Saúde organiza-se a partir de um processo de gestão da clínica associado ao uso de critérios de eficiência microeconômica na aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos, voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde.

É preciso ampliar o objeto de trabalho da clínica para além das doenças, visando compreender os problemas de saúde, ou seja, entender as situações que ampliam o risco ou a vulnerabilidade das pessoas.

Os problemas ou condições de saúde estão em sujeitos, em pessoas, por isso, a clínica do sujeito é a principal ampliação da clínica, que possibilita o aumento do grau de autonomia dos usuários, cabendo uma decisão compartilhada do projeto terapêutico.

A gestão da clínica aqui compreendida implica "a aplicação de tecnologias de micro-gestão dos serviços de saúde com a finalidade de: a) assegurar padrões clínicos ótimos; b) aumentar a eficiência; c) diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais; d) prestar serviços efetivos; e e) melhorar a qualidade da atenção à saúde".

Como subsídio à gestão da clínica utiliza-se a análise da situação de saúde em que o objetivo é a identificação e estratificação de riscos em grupos individuais expostos a determinados fatores e condições que os colocam em situação de prioridade para a dispensação de cuidados de saúde, sejam eles preventivos, promocionais ou assistenciais.

A gestão clínica dispõe de ferramentas de microgestão que permitem integrar verticalmente os pontos de atenção e conformar a RAS. As ferramentas de microgestão partem das tecnologias-mãe, as diretrizes clínicas, para, a partir delas, desenhar a RAS e ofertar outras ferramentas como a gestão da condição de saúde, gestão de casos, auditoria clínica e as listas de espera.

Diretrizes clínicas - entendidas como recomendações que orientam decisões assistenciais, de prevenção e promoção, como de organização de serviços para condições de saúde de relevância sanitária, elaboradas a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia. As diretrizes desdobram-se em Guias de Prática Clínica/Protocolos Assistenciais, orientam as Linhas de Cuidado e viabilizam a comunicação entre as equipes e serviços, programação de ações e padronização de determinados recursos.

Linhas de Cuidado (LC) - uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. A implantação de LC deve ser a partir das unidades da APS, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Vários pressupostos devem ser observados para a efetivação das LC, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e co-responsabilização das unidades de saúde; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados. Tais aspectos devem ser de responsabilidade de grupo técnico, com acompanhamento da gestão regional.

Gestão da condição da saúde - é a mudança de um modelo de atenção à saúde focada no indivíduo, por meio de procedimentos curativos e reabilitadores, para uma abordagem baseada numa população adscrita, que identifica pessoas em risco de adoecer ou adoecidas, com foco na promoção da saúde e/ou ação preventiva, ou a atenção adequada, com intervenção precoce, com vistas a alcançar melhores resultados e menores custos. Sua premissa é a melhoria da qualidade da atenção à saúde em toda a RAS. Para tanto, engloba o conjunto de pontos de atenção à saúde, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, a custos compatíveis, com base em evidência disponível na literatura científica. Pode ser definida como a gestão de processos de uma condição ou doença que envolve intervenções na promoção da saúde, na prevenção da condição ou doença e no seu tratamento e reabilitação.

A gestão dos riscos coletivos e ambientais passa pela vigilância, prevenção e controle das doenças, agravos e fatores de risco, onde o foco é a identificação oportuna de problemas de saúde na população, a identificação das causas e fatores desencadeantes, a descrição do comportamento, a proposição de medidas para o controle ou eliminação e o desencadeamento das ações. Os problemas podem se manifestar através de doenças transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis, agravos à saúde como as violências, exposição a produtos danosos à saúde, alterações do meio ambiente, ou ambiente de trabalho, entre outros.

Gestão de caso - é um processo que se desenvolve entre o profissional responsável pelo caso e o usuário do serviço de saúde para planejar, monitorar e avaliar ações e serviços, de acordo com as necessidades da pessoa, com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade e humanizada. Seus objetivos são: a) atender às necessidades e expectativas de usuários em situação especial; b) prover o serviço certo ao usuário no tempo certo; c) aumentar a qualidade do cuidado; e d) diminuir a fragmentação da atenção. É, portanto, uma relação personalizada entre o profissional responsável pelo caso e o usuário de um serviço de saúde.

Auditoria clínica - segundo BERWICK E KNAPP, 1990, há três enfoques principais de auditoria clínica: auditoria implícita, que utiliza opinião de experts para avaliar a prática de atenção à saúde; a auditoria explícita, que avalia a atenção prestada contrastando-a com critérios pré-definidos, especialmente nas diretrizes clínicas; e a auditoria por meio de eventos- sentinela. A auditoria clínica consiste na análise crítica e sistemática da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados no diagnóstico e tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes em todos os pontos de atenção, observada a utilização dos protocolos clínicos estabelecidos. Essa auditoria não deve ser confundida com a auditoria realizada pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

Lista de espera - pode ser conceituada como uma tecnologia que normatiza o uso de serviços em determinados pontos de atenção à saúde, estabelecendo critérios de ordenamento por necessidades e riscos, promovendo a transparência, ou seja, constituem uma tecnologia de gestão da clínica orientada a racionalizar o acesso a serviços em que exista um desequilíbrio entre a oferta e a demanda.

6. ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A operacionalização da RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde.

6.1 População e Região de Saúde

Para preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade, as RAS deve ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade. O Pacto pela Saúde define as regiões de saúde como espaços territoriais complexos, organizados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território. Assim, a população sob responsabilidade de uma rede é a que ocupa a região de saúde definida pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI).

A região de saúde deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.

6.2 Estrutura Operacional

A estrutural operacional da RAS é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam.

Os componentes que estruturam a RAS incluem: APS - centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança.

APS - Centro de Comunicação

A Atenção Primária à Saúde é o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado.

Para cumprir este papel, a APS deve ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, pois constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção.

Deve exercer um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A coordenação do cuidado é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Cabe a APS integrar verticalmente os serviços que, normalmente são ofertados de forma fragmentada, pelo sistema de saúde convencional.

Uma atenção primária de qualidade, como parte integrante da Rede de atenção à saúde estrutura-se segundo sete atributos e três funções:

Atributos - Primeiro Contato; Longitudinalidade; Integralidade; Coordenação; Centralidade na Família; Abordagem Familiar e Orientação Comunitária.

O Primeiro Contato: evidências demonstram que o primeiro contato, pelos profissionais da APS, leva a uma atenção mais apropriada e a melhores resultados de saúde a custos totais mais baixos.

A Longitudinalidade: deriva da palavra longitudinal e é definida como "lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos" (STARFIELD, 2002). É uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários em suas unidades de saúde, independente do problema de saúde ou até mesmo da existência de algum problema. Está associada a diversos benefícios: menor utilização dos serviços; melhor atenção preventiva; atenção mais oportuna e adequada; menos doenças evitáveis; melhor reconhecimento dos problemas dos usuários; menos hospitalizações; custos totais mais baixos. Os maiores benefícios estão relacionados ao vínculo com o profissional ou equipe de saúde e ao manejo clínico adequado dos problemas de saúde, através da adoção dos instrumentos de gestão da clínica - diretriz clínica e gestão de patologias.

A Integralidade da Atenção: a integralidade exige que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. A APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devam ser atendidas em outros pontos de atenção. A integralidade da atenção é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população.

A Coordenação: é um "estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum" (SARFIELD, 2002). É um desafio para os profissionais e equipes de saúde da APS, pois nem sempre têm acesso às informações dos atendimentos de usuários realizados em outros pontos de atenção e, portanto, a dificuldade de viabilizar a continuidade do cuidado. A essência da coordenação é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados. Os prontuários clínicos eletrônicos e os sistemas informatizados podem contribuir para a coordenação da atenção, quando possibilitam o compartilhamento de informações referentes ao atendimento dos usuários nos diversos pontos de atenção, entre os profissionais da APS e especialistas.

A Centralidade na Família: remete ao conhecimento pela equipe de saúde dos membros da família e dos seus problemas de saúde. No Brasil, atualmente, tem se adotado um conceito ampliado e a família é reconhecida como um grupo de pessoas que convivam sobre o mesmo teto, que possuam entre elas uma relação de parentesco primordialmente pai e/ou mãe e filhos consanguíneos ou não, assim como as demais pessoas significativas que convivam na mesma residência, qualquer que seja ou não o grau de parentesco.

A centralização na família requer mudança na prática das equipes de saúde, através da abordagem familiar. A equipe de saúde realiza várias intervenções personalizadas ao longo do tempo, a partir da compreensão da estrutura familiar.

A Abordagem Familiar: deve ser empregada em vários momentos, como, por exemplo, na realização do cadastro das famílias, quando das mudanças de fase do ciclo de vida das famílias, do surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto. Estas situações permitem que a equipe estabeleça um vínculo com o usuário e sua família de forma natural, facilitando a aceitação quanto à investigação e intervenção, quando necessária.

A Orientação Comunitária: a APS com orientação comunitária utiliza habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas, de forma complementar para ajustar os programas para que atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida. Para tanto, faz-se necessário:

Definir e caracterizar a comunidade;  
Identificar os problemas de saúde da comunidade;  
Modificar programas para abordar estes problemas;  
Monitorar a efetividade das modificações do programa.  
Funções - Resolubilidade, Organização e Responsabilização.

A Atenção Primária à Saúde deve cumprir três funções essenciais (MENDES, 2002):

Resolução: visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população;

Organização: visa organizar os fluxos e contra-fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;

Responsabilização: visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam.

Pontos de Atenção Secundários e Terciários:

Somente os serviços de APS não são suficientes para atender às necessidades de cuidados em saúde da população. Portanto, os serviços de APS devem ser apoiados e complementados por pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar), no lugar e tempo certos.

Sistemas de Apoio  
São os lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros); pelo sistema de assistência farmacêutica que envolve a organização dessa assistência em todas as suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos; e pelos sistemas de informação em saúde.

Sistemas Logísticos

Os sistemas logísticos são soluções em saúde, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, e ligadas ao conceito de integração vertical.

Consiste na efetivação de um sistema eficaz de referência e contrarreferência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio na rede de atenção à saúde. Estão voltados para promover a integração dos pontos de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos da rede de atenção à saúde são: os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; as centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários.

Sistema de Governança

A governança é definida pela Organização das Nações Unidas como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado. Constitui-se de complexos mecanismos, processos, relações e instituições através das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e mediam suas diferenças (RONDINELLI, 2006).

A governança da RAS é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Nesse contexto, o Colegiado de Gestão Regional desempenha papel importante, como um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos, que viabilizem aos gestores interpretarem a realidade regional e buscarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região.

Exercer uma governança solidária nas regiões de saúde implica o compartilhamento de estruturas administrativas, de recursos, sistema logístico e apoio, e de um processo contínuo de monitoramento e avaliação da Rede de Atenção à Saúde. Assim, a governança da RAS é diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde, dos sistemas de apoio e dos logísticos.

O exercício da governança implica, ainda, o enfrentamento de questões políticas e estruturais do processo de regionalização, como as relações federativas, as relações público-privadas, as capacidades internas de gestão, a sustentabilidade financeira, a regulação da atenção e o estabelecimento de padrões de qualidade para a provisão de serviços (públicos e privados), bem como os padrões de gestão e desempenho das unidades de saúde, entre outros.

No processo de governança são utilizados instrumentos e mecanismos de natureza operacional, tais como: roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais, sistemas de informação e identificação dos usuários, normas e regras de utilização de serviços, processos conjuntos de aquisição de insumos, complexos reguladores, contratos de serviços, sistemas de certificação/acreditação, sistema de monitoramento e avaliação, comissões/câmaras técnicas temáticas, etc.

Alguns desses mecanismos podem ser viabilizados por intermédio de consórcio público de saúde, que se afirma como uma alternativa de apoio e fortalecimento da cooperação interfederativa para o desenvolvimento de ações conjuntas e de objetivos de interesse comum, para melhoria da eficiência da prestação dos serviços públicos e operacionalização da Rede de Atenção à Saúde.

No que tange ao Controle Social, as estruturas locais e estaduais devem desenvolver mecanismos e instrumentos inovadores de articulação, tais como fóruns regionais, pesquisas de satisfação do usuário, entre outros, cujas informações podem ser transformadas em subsídios de monitoramento e avaliação das políticas de saúde no espaço regional.

O processo de Planejamento Regional, discutido e desenvolvido no CGR, estabelecerá as prioridades de intervenção com base nas necessidades de saúde da região e com foco na garantia da integralidade da atenção, buscando a maximização dos recursos disponíveis.

Esse planejamento deverá ainda seguir a mesma sistemática do processo de elaboração do planejamento municipal/estadual, considerando os pressupostos e características do Sistema de Planejamento do SUS, no tocante à construção de seus instrumentos básicos. Os planos municipais de saúde do conjunto de municípios da região, e o plano estadual de saúde são subsídios essenciais ao processo de planejamento regional respectivo e são influenciados pelo resultado deste.

O produto do processo de planejamento regional deverá ser expresso no PDRI, o que permitirá o monitoramento e a avaliação das metas acordadas entre os gestores, bem como, a definição dos recursos financeiros necessários.

Como parte intrínseca à governança da RAS, seu financiamento é atribuído comum aos gestores das três esferas de governo, sendo orientado no sentido de reduzir a fragmentação, estimular o compartilhamento de responsabilidades, a continuidade do cuidado, a eficiência da gestão e a equidade.

As modalidades de repasses financeiros devem estar alinhadas com o modelo de atenção e ao planejamento regional, fortalecendo as relações de complementaridade e interdependência entre os entes envolvidos, na organização da atenção.

A alocação dos recursos de custeio da Rede de Atenção à Saúde deve ser pautada por uma combinação de critérios de necessidades de saúde envolvendo variáveis demográficas, epidemiológicas e sanitárias e, ainda, ao desempenho no cumprimento dos objetivos e das metas fixadas. A construção de programação pactuada e integrada - PPI consiste em uma estratégia para orientar a definição de alocação compartilhada de recursos.

Além do modelo de alocação, torna-se necessário também o dimensionamento e a garantia de um volume de recursos compatível com as necessidades de investimento na Rede de atenção à saúde.

De mesma forma, é necessário buscar a unificação dos processos decisórios relativos aos investimentos, que se devem pautar pelos critérios de ampliação do acesso, integralidade e equidade na organização da estrutura regional de atenção à saúde e sustentabilidade, materializados nos Planos Diretores de Regionalização e Investimentos.

6.3 Modelo de Atenção à Saúde

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas sub populações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Para a implantação da RAS, é necessária uma mudança no atual modelo de atenção hegemônico no SUS, ou seja, exige uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas.

O modelo de atenção definido na regulamentação do SUS preconiza uma contraposição ao modelo atual que é centrado na doença e em especial no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas. Aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersectorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas.

A diferença entre RAS baseada na APS e rede de urgência e emergência está no papel da APS. Na rede de atenção às condições crônicas ela funciona como centro de comunicação, mas na Rede de atenção às urgências e emergências ela é um dos pontos de atenção, sem cumprir o papel de coordenação dos fluxos e contra fluxos dessa Rede.

Um dos problemas contemporâneos centrais da crise dos modelos de atenção à saúde consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos - normalmente momentos de agudização das condições crônicas, autopercebidos pelas pessoas -, através da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência. É desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos quando as condições crônicas insidiosamente evoluem.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), um sistema de Atenção Primária incapaz de gerenciar com eficácia o HIV/Aids, o diabetes e a depressão irá tornar-se obsoleto em pouco tempo. Hoje, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento e, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (OMS, 2003). Por este motivo, no sistema integrado, a Atenção Primária deve estar orientada para a atenção às condições crônicas, com o objetivo de controlar as doenças/agravos de maior relevância, através da adoção de tecnologias de gestão da clínica, tais como as diretrizes clínicas e a gestão de patologias.

No SUS, a Estratégia Saúde da Família, representa o principal modelo para a organização da APS. O seu fortalecimento torna-se uma exigência para o estabelecimento da RAS.

7. DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA RAS

A transição entre o ideário da RAS e a sua concretização ocorre através de um processo contínuo e perpassa o uso de estratégias de integração que permitam desenvolver sistematicamente o conjunto de atributos que caracteriza um sistema de saúde organizado em rede. Este processo contínuo deve refletir coerência e convergência entre o Pacto pela Saúde como diretriz institucional tripartite, as políticas vigentes (PNAB, Políticas específicas voltadas a grupos populacionais que vivem em situação de vulnerabilidade social, Política de Vigilância e Promoção a Saúde, Política de Urgência e Emergência, e outras) e a necessidade de responder de maneira eficaz aos atuais desafios sanitários.

Com base nisso, propõe-se abaixo diretrizes orientadoras e respectivas estratégias para o processo de implementação da RAS:

I. Fortalecer a APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção

Estratégias:

Realizar oficinas macrorregionais sobre RAS e planificação da APS com a participação dos estados e municípios, com vistas ampliar a compreensão sobre a organização da RAS e qualificar o planejamento do Sistema a partir da APS.

Rever e ampliar a política de financiamento da APS com base na programação das necessidades da população estratificada.

Propor novas formas de financiamento para a APS dos municípios, desde que cumpram os seguintes atributos: Primeiro Contato; Longitudinalidade; Integralidade; Coordenação; Centralidade na Família; Abordagem Familiar e Orientação Comunitária.

Criar condições favoráveis para valorização dos profissionais de saúde, visando à fixação e retenção das equipes nos postos de trabalho, em especial o médico.

Ampliar o escopo de atuação das APS e apoio matricial, incentivando a reorganização do processo de trabalho no território da APS, desenvolvendo ações como:

Incentivar a organização da porta de entrada, incluindo acolhimento e humanização do atendimento;

Integrar a promoção e vigilância em saúde na APS (território único, articulação dos sistemas de informação, agentes de vigilância em saúde);

Incorporar a prática de gestão da clínica para prover um contínuo de qualidade e segurança para o usuário;

Induzir a organização das linhas de cuidado, com base nas realidades locorregionais, identificando os principais agravos e condições;

Planejar e articular as ações e serviços de saúde a partir dos critérios de acesso e/ou tempo-resposta;

Ampliar o financiamento e o investimentos em infraestrutura das unidades de saúde para melhorar a ambiência dos locais de trabalho.

Implementar as ações voltadas às políticas de atenção às populações estratégicas e às prioridades descritas no Pacto pela Vida.

II. Fortalecer o papel dos CGRs no processo de governança da RAS

Estratégias:

Assegurar a institucionalidade dos CGR como o espaço de tomada de decisão e de definição de ações estratégicas no âmbito da região de saúde;

Incentivar o papel coordenador das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) na organização dos CGR visando à implantação da RAS;

Qualificar os gestores que integram os CGR, sobre os instrumentos e mecanismos do processo de governança da RAS;

Incorporar permanentemente nas pautas das CIBs o apoio à organização da RAS;

Fortalecer a gestão municipal tendo em vista que a governabilidade local é pressuposto para qualificar o processo de governança regional.

III. Fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e acompanhamento da RAS e o gerenciamento de risco e de agravos à saúde

Estratégias:

Organizar a gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) na RAS de modo transversal e integrado, compondo Rede de compromisso e co-responsabilidade para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais;

Incorporar a análise de situação de saúde como subsídio à identificação de riscos coletivos e ambientais e definição de prioridades de ações;

Implantar do apoio matricial na dimensão regional.

IV. Fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS

Estratégias:

Elaborar proposta de financiamento tripartite para criação ou adequação do Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS), des-precuarização dos vínculos de trabalho e contratação de pessoal;

Incentivar a implementação da política de educação permanente em saúde como dispositivo de mudanças de práticas na APS;

Ampliar o Pró-Saúde / Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET SAÚDE) para todas as instituições de ensino superior visando à mudança curricular e à formação de profissionais com perfil voltado às necessidades de saúde da população;

Estimular o estabelecimento de instrumentos contratuais entre a gestão e os profissionais de saúde que contemplem a definição de metas e avaliação de resultados;

Promover articulação política junto ao Congresso Nacional visando à busca de soluções para os problemas advindos da Lei Responsabilidade Fiscal na contratação da força de trabalho para o SUS.

V. Implementar o Sistema de Planejamento da RAS

Estratégia:

Fortalecer a capacidade de planejamento integrado entre município e estado, a partir da realidade sanitária regional;

Atualizar o PDRI, considerando a ampliação do acesso, integralidade e equidade na organização da estrutura regional de atenção à saúde e sustentabilidade da RAS.

VI. Desenvolver os Sistemas Logísticos e de Apoio da RAS

Estratégias:

Estabelecer os parâmetros de regulação do acesso do sistema de saúde;

Ampliar o financiamento para os complexos reguladores com vistas à implementação da RAS;

Promover a comunicação de todos os pontos de atenção da RAS com a Implementação de registro eletrônico em saúde;

Avançar no desenvolvimento de mecanismo único de identificação dos usuários do SUS;

Promover integração da RAS por meio de sistemas transporte sanitário, de apoio diagnóstico e terapêutico, considerando critérios de acesso, escala e escopo;

Promover a reorganização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB) à luz das diretrizes estabelecidas para organização da RAS;

Avançar no desenvolvimento da gestão da tecnologia de informação e comunicação em saúde na RAS;

Utilizar os sistemas de informação como ferramentas importantes para construção do diagnóstico da situação de saúde, a fim de produzir intervenções baseadas nas necessidades das populações;

Ampliar a cobertura do Telessaúde visando apoio aos profissionais de saúde da "segunda opinião formativa".

VII. Financiamento do Sistema na perspectiva da RAS

Estratégias:

Definir os mecanismos de alocação dos recursos de custeio e investimento para a implementação da RAS;

Definir os critérios/índice de necessidades de saúde envolvendo variáveis demográficas, epidemiológicas e sanitárias, com vistas à distribuição equitativa do financiamento para a RAS;

Induzir a construção da Programação Pactuada e Integrada (PPI) de forma compartilhada para orientar a definição dos recursos da região de saúde;

Propor novos mecanismos de financiamento das políticas públicas de saúde com foco na garantia do contínuo assistencial e na responsabilização das três esferas de governo;

Redefinir e reforçar o financiamento da APS no sentido de aumentar a sua capacidade de coordenar o cuidado e ordenar a RAS.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÚCIO, F. L. A COORDENAÇÃO FEDERATIVA NO BRASIL: A EXPERIÊNCIA DO PERÍODO FHC E OS DESAFIOS DO GOVERNO LULA. Revista de Sociologia e Política, v. 24, p. 41-67, 2005.

Contratualização e Organizações Sociais - Reflexões Teóricas e Lições da Experiência Internacional. Debates GV Saúde, Vol. 1, 1º semestre 2006, p. 24-27.

ARRETCHÉ, M. Federalismo e Relações Intergovernamentais no Brasil: A Reforma dos Programas Sociais. DADOS - Revista de Ciências Sociais, v. 43, n. 6, p. 431-458, 2002.

ARTMANN, E.; RIVERA, F. J. U. Regionalização em Saúde e mix público-privado. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 17 jul. 2008.

BARRENECHEA, J. J.; URIBE, E. T.; CHORNY, A. H. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud.. Medellín: Ed Universidad de Antioquia/OPS, 1990.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Projeto de Investimentos para a Qualificação do Sistema Único de Saúde, Documento Revisado, maio 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria N. 325, de 22 de fevereiro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Mais Saúde: direito de todos: 2007-2011. Brasília: Ministério da Saúde, Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 2008b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Termo de Compromisso de Gestão Federal. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Termo de Compromisso de Gestão Estadual. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde, 2007b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. Glossário de Termos da Política Nacional de Humanização. Disponível em: <www.saude.gov.br/sas>. Acesso em: 15 de jul. 2007c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde, volume 1, 2006a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Mais Gestão é Mais Saúde: Governança para Resultados no Ministério da Saúde. Série B Textos Básicos de Saúde 2009, 234p: il. - Série B. Textos Básicos de Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria GM/MS nº 1.721, de 21 de setembro de 2005, Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde - SUS, Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde, volume 1, 2006b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAUDE/ DIRETORIA DE ARTICULAÇÃO DE REDE DE ATENÇÃO - RAS Santa Catarina - Oficina de Governança Rede de Atenção à Urgência e Emergência Macrorregião Nordeste e Planalto Norte - Guia do Participante - abr. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAUDE/ DIRETORIA DE ARTICULAÇÃO DE REDE DE ATENÇÃO - Projeto Territórios: Estratégia de qualificação da Atenção Primária para ampliação dos limites da resolubilidade na atenção das doenças crônicas não transmissíveis: um eixo de reestruturação da Atenção Especializada no seu papel complementar. 2008-2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n. 8.080. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n. 8.142. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. Revista Brasileira de Estudos de População, v. 25 n. 01, p. 5-26, 2008.

A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 04, n. 02, p. 393-403, 1999.

S. Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Ciência e Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

Um método para análise e co-gestão de coletivos - a construção do sujeito, a produção de valor de usos e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org.).Saúde e Democracia: A luta do CEBES. Lemos Editorial, 1997.

CHORNY, A. H. Planificación in Salud: viejas ideas en nuevas ropajes. Cuadernos Médicos-Sociales, n. 73, 1998.

COELHO, I. B. Os impasses do SUS. Ciência e Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 309-311, 2007.

CONASEMS - XXVI CONGRESSO DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS - GRAMADO/RS

SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE OS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL E DA ESPANHA: COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS. MESA 2: SANTOS, LENIR - Gestão Pública da Saúde: Modelos Jurídicos, Parcerias Público-Privadas e Regulação dos Sistemas de Serviços, mai. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE - CONASS. Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do SUS - Nota Técnica 12/2005.

Oficina de Rede de Atenção no SUS: Guia do Facilitador. Brasília: CONASS, 2008

CONILL, E. M. Analisis de la problemática de la integración de la APS em El contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. ENSP, Fiocruz, 2007.

COSTA, N. R. Política social e ajuste macroeconômico. Cadernos de Saúde Pública, v. 18, suplemento, p. 13-21, 2002.

COSTA, N. R.; PINTO, L. F. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, v. 7, n. 4, 907-923, 2002.

COUTO, C. G.; ARANTES, R. B. Constituição ou Políticas Públicas? Uma avaliação dos anos FHC. In: LOUREIRO, M. R.; ABRÚCIO, F. L. (Org.) O Estado numa Era de Reformas: os anos FHC. Brasília: ENAP, 2002.

DIAZ, V. P. ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS EM PAISES CON DISTINTOS SISTEMAS DE SALUD. Dissertação de Mestrado. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2004. Disponível em: www.chc.es. Acesso em: 15 dez. 2008.

DINIZ, E. GLOBALIZAÇÃO, REFORMAS ECONÔMICAS E ELITES EMPRESARIAIS: Brasil anos 1990. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

EDGREN, L. The meaning of integrated care: a systems approach. International Journal of Integrated Care, v. 08, n. 23, p. 1-6, 2008.

ESCOREL, S.; DELGADO, M. M. Perfil dos conselhos estaduais de saúde: singularidades e similaridades no controle social. Divulgação em Saúde para Debate, n. 43, p. 62-78, 2008.

SILVA, S. F.(Org.). Rede de Atenção à Saúde no SUS: O Pacto pela Saúde e Rede regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: IDISA e CONASEMS, 2008.

FERNANDES, SILVIO. Rede de Atenção à Saúde no SUS. 2009 - 20 Anos/CONASEMS.

FLEURY, S.; MAFORT, A. L. M. Gestão de Rede: A Estratégia de Regionalização da Política de Saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FLEURY, S. A reforma Sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. Ciência e Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 307-317, 2007.

A Seguridade Social e os dilemas da inclusão social. Revista de Administração Pública, v. 39, n. 3, p. 449-469, 2005a.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA (ABRASCO, CEBES, ABRES, REDE UNIDA E AMPASA). O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. 2006.

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. SECRETARIA DE SAÚDE. Modelo de Atenção à Saúde. 2007-2010.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cadernos de Saúde Pública, v. 2, n. 5, p. 951-963, 2006.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, n. 20, v. 6, p. 1670-1681, 2004.

GIL, A. C.; LICHT, R. H. G.; YAMAUCHI, N. I. Regionalização da Saúde e Consciência Regional. Hygeia, v. 2, n.3, p. 35-46, 2006.

GILLIES, R. R.; SHORTELL, S. M.; ANDERSON, D. A.; MITCHELL, J. B.; MORGAN, K. L. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. Hospital & Health Services Administration, v. 38, n. 04, p.467-89, 1993.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. Revista Pan-americana de Saúde Pública, v. 16, n. 4, p. 283-288, 2004.

HAM, C. Clinically Integrated Systems: the next step in English health reform? Briefing Paper. The Nuffild Trust, 2007.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da Atenção e Integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cadernos de Saúde Pública, v. 20, Sup. 2, 2004.

IDISA/CAMPINAS-SP - SEMINÁRIO DE REDE INTERFEDERATIVAS DE SAÚDE, fev. 2008, LENIR SANTOS - A organização político-administrativa do SUS de acordo com a conformação jurídico-constitucional inserta no art. 198 da CF: Rede interfederativas de serviços de atenção à saúde.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA E GEOGRAFIA - IBGE. Perfil dos Municípios Brasileiros 2006. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em: <www.igbe.gov.br>. Acesso em: 16 jul. 2008.

Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e Indicadores Sociais. Divisão de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2000.

KUSCHNIR, R. A Construção da Regionalização: Nota Técnica sobre O PACTO PELA SAÚDE. Versão preliminar, Rio de Janeiro, ENSP, 2007.

LABRA, E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. et. al. Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FICORUZ, 2005.

LEITE, JACQUELINE GAGMAR B. L.; SOUZA, H. F.; NASCIMENTO, ELIANA C. V. - Contratualização na Saúde: proposta de um Contrato Único para os Programas no Estado de Minas Gerais - Revista de Administração em Saúde, Vol. 12, nº 46 - jan/mar 2010 p. 15-22.

LEAT, P.; PINK, G. H.; GUERIERE, M. Towards a Canadian Model of integrated healthcare. Health Care Papers, v. 1, n. 2, p. 13-35, 2000.

LERNER, M. Modernization and health: a model of the health transition. Documento apresentado na Reunião Anual da American Public Health Association, São Francisco, Califórnia (inédito), 1973.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. Ciência e Saúde Coletiva, v.6, n.2, p. 269-291, 2001.

LIMA, L. D. Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007a.

LONDOÑO, J. L.; FRENK J. Structured Pluralism: Towards a New Model for Health System Reform in Latin America. Washington, D.C.: World Bank, Technical Department for Latin America and the Caribbean, 1995.

LOUREIRO, M. R.; ABRÚCIO, F. L. POLÍTICA E BUROCRACIA NO PRESIDENCIALISMO BRASILEIRO: o papel do Ministério da Fazenda no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 14, n. 41, p. 69-89, 1999.

MACHADO, C. V. Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Editora do Museu da República, 2007.

MAFORT, A. L. M. Os Desafios da Gestão em Rede no SUS: situando a regionalização no centro da estratégia da política de saúde. Revista Saúde em Debate, v. , n. p. , 2008.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. N. O financiamento da atenção à saúde no Brasil. Pesquisa Debate, v. 12, n.1, p. 65-91, 2001.

MATOS, C. A.; POMPEU, J. C. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. Ciência e Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, p. 629-643, 2003.

MENDES, E. V. A Rede de atenção à saúde , Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de MG, 2009.

Sistemas Integrados de Serviços de Saúde: a reforma microeconômica dos sistemas de serviços de saúde. Mimeo, 2000.

MESA-LAGO, C. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Santiago de Chile: Cepal - Naciones Unidas, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. DEPARTAMENTO DE APOIO À DESCENTRALIZAÇÃO. Nota Técnica DAD/SE nº 35: Planilhas de Regionalização - Pacto pela Saúde e Territórios da Cidadania. Brasília, 24 de novembro de 2008.

MUR-VEEMAN, I.; VAN RAAK, A.; PAULUS, A.; STEENBERGEN, M. Comparison and reflection. Integrated care in Europe. Maarssen: Elsevier, 2003.

NASH, D; SKOUFALOS, A; HARTMAN, M.; HORWITZ, H. Practicing Medicine in the 21st Century. American College of Physicians Executives, 2006.

NAVARRETE, L. V. et al. ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS: UNA GUÍA PARA EL ANÁLISIS. Revista Española de Salud Pública, v. 79, N. 06, p. 633-643, 2005.

ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS: UN ESTUDIO DE CASOS. Consorci Hospitalari de Catalunya 1ª Edición, 2007, 260p.

NORONHA, J.C. et al. Avaliação da relação entre volume de procedimentos e qualidade do cuidado: o caso da cirurgia coronariana no SUS. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 06, p. 1781-1789, 2003.

NUOVO, J.(Ed.). Chronic Disease Management. New York, NY: Springer Science, 2007.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. Bulletin of the World Health Organization, v. 79, n. 2, p. 161-170, 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA - UNESCO. Estudo sobre a Contratualização Hospitalar no Âmbito do SUS - Produto II - Relatório Técnico, mar. 2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Sistemas Integrados de Servicios de Salud. Documento de Trabajo.VII Foro Regional - Fortalecimiento dos Sistemas de Salud Basados em APS. Quito, Ecuador: out. 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. Rede Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para Su implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington DC: OMS/OPS, 2008.

PASCHE, D. F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. Revista Panamericana de Salud Publica, v. 20, n. 6, p. 416-422, 2006.

PAIM, J. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISCUFBA. Brasília. 2001. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucio->

nal/snvs/coprh/relatorios/gestao\_2000\_2002/plano\_trabalho\_anexo-si.htm/modelos\_assistenciais.pdf. Acesso em: 12 dez. 2008.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, numero especial, p. 73-78, 2006.

PASCHE, D. F. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 312-314, 2007.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 1, p. 81-92, 1997.

SALTMAN, R. B.; FIGUERAS J. Analyzing The Evidence On European Health Care Reforms. *Health Affairs*, v. 17, n. 02, p. 85-108, 1998.

SANTOS, L; ANDRADE, L. O. M. SUS: O ESPAÇO DA GESTÃO INOVADORA E DOS CONSENSOS INTERFEDERATIVOS. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SANTOS, N. R. TÓPICOS PARA REFLEXÃO E FORMULAÇÃO DE ATUAÇÕES PELA MILITÂNCIA DA REFORMA SANITÁRIA E DO SUS. Brasília, 6ª Versão, mimeo, 2008.

SANTOS-PRECIADO, J. I. et al. La transición epidemiológica y los adolescentes em México. *Salud Pública de México*, v. 45, sup 1 1, p. 140-152, 2003.

SCHRAMM, J. M. A et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SHORTELL, S.M. et al. Remaking Health care in America: building organized delivery systems. San Francisco, Editora Jossey-Bass, 1996.

SILVA, S. F.(Org.). Rede de Atenção à Saúde no SUS: O Pacto pela Saúde e Rede regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: IDISA e CONASEMS, 2008.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES, E. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA AGENDA DE PRIORIDADES DO SUS. *Revista do CONASEMS*, jan. 2008.

SOUZA, C. FEDERALISMO, DESENHO CONSTITUCIONAL E INSTITUIÇÕES FEDERATIVAS NO BRASIL PÓS-1988. Revista de Sociologia e Política, n. 24, p. 105-121, 2005.

TAVARES, M. C. Da Substituição de Importações ao Capitalismo Financeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

TODD, W. E.; NASH, D. B.(Ed.). Disease Management: A Systems Approach to Improving Patient Outcomes. New York, NY: American Hospital Publishing, 1997.

TODD, W.E. Strategic alliances. In: TODD, W.E. e NASH, D. (Ed.). Disease management: a systems approach to improving patient outcomes. Chicago: American Hospital Publishing Inc., 1996.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. UMA ANÁLISE DA EQUIDADE DO FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO. Projeto Economia da Saúde - Cooperação Técnica Brasil - Reino Unido. Relatório de Pesquisa, 2005.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP. NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS - NEPP. O Setor Saúde e o Complexo da Saúde no Brasil. Campinas: UNICAMP, Caderno n. 46, 2000.

VILAÇA, EUGÊNIO MENDES - A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE - Belo Horizonte: ESP-MG, 2009, 848p.

X CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. ALCOFORADO, FLÁVIO C. G., Contratualização e eficiência no setor público: as organizações sociais. Santiago, Chile. Out. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Decentralization in Health Care. Brussels: Open University Press, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2006.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Making decisions on public health: a review of eight countries. Brussels: Open University Press, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2004.

Integrated Health Services - What and Why? Making Health Systems Work. Technical Brief, n. 01, 2008.

ZUCCHI, P.; NERO, C. D.; MALIK, A. M. GASTOS EM SAÚDE: OS FATORES QUE AGEM NA DEMANDA E NA OFERTA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. Saúde e Sociedade, v. 9, n. 1/2, p. 127-150, 2000.



**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos**

**LEI Nº 15.233, DE 7 DE OUTUBRO DE 2025**

Conversão da Medida Provisória nº 1.301, de 2025

Institui o Programa Agora Tem Especialistas; dispõe sobre o Grupo Hospitalar Conceição S.A.; altera as Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), 8.958, de 20 de dezembro de 1994, 9.656, de 3 de junho de 1998, 12.732, de 22 de novembro de 2012, 12.871, de 22 de outubro de 2013, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**CAPÍTULO I**

**DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 1º Fica instituído o Programa Agora Tem Especialistas, a ser implementado por meio de adesão por estabelecimentos hospitalares privados, com ou sem fins lucrativos, com os seguintes objetivos:

I - qualificar e diversificar as ações e os serviços de saúde à população;

II - ampliar a oferta de leitos hospitalares e de demais serviços de saúde para assistência à população; e

III - diminuir o tempo de espera para a realização de consultas, de procedimentos, de exames e de demais ações e serviços de atenção especializada à saúde.

Art. 2º O Programa Agora Tem Especialistas será implementado mediante atendimentos especializados à população, realizados por estabelecimentos hospitalares e clínicas privadas, com ou sem fins lucrativos, e pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, observadas as regras e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Os atendimentos de que trata o *caput* deste artigo obedecerão às condições estabelecidas em ato do Ministro de Estado da Saúde, inclusive quanto à definição das especialidades a serem preferencialmente ofertadas, aos procedimentos operacionais e ao valor de atribuição dos atendimentos médico-hospitalares.

§ 2º As entidades credenciadas para atuação no Programa atenderão aos critérios estabelecidos em edital específico.

§ 3º A quantidade de atendimentos autorizados pelo Ministério da Saúde observará o limite de que trata o § 2º do art. 4º desta Lei.

§ 4º Incluem-se entre os atendimentos especializados previstos no *caput* deste artigo as ações e os serviços destinados à atenção à oftalmologia infantil.

§ 5º Os atendimentos especializados no âmbito do Programa poderão ser executados, total ou parcialmente, por telemedicina, nos termos da legislação vigente, respeitados os princípios do SUS, a confidencialidade das informações e o consentimento expresso do paciente.

§ 6º A utilização da telemedicina deverá assegurar rastreabilidade, registro em prontuário eletrônico, integração aos sistemas do Ministério da Saúde e acessibilidade em todo o território nacional, com prioridade para regiões remotas ou com comprovada escassez de médicos especialistas.

Art. 3º A pessoa jurídica em débito com a seguridade social deverá estar regularizada como condição prévia para o deferimento de adesão ao Programa Agora Tem Especialistas.

Parágrafo único. A constituição de novos débitos implicará exclusão do Programa, na forma estabelecida em ato conjunto do Ministro de Estado da Saúde e do Ministro de Estado da Fazenda.

Art. 4º O estabelecimento hospitalar, com ou sem fins lucrativos, que tiver o requerimento de adesão ao Programa Agora Tem Especialistas deferido poderá usufruir de créditos financeiros relativos ao total dos valores de atribuição dos atendimentos médico-hospitalares.

§ 1º A partir do exercício de 2026, para fruição dos créditos financeiros de que trata esta Lei, o estabelecimento hospitalar deverá:

I - ter o requerimento de adesão ao Programa deferido;

II - atender às condições estabelecidas em ato conjunto do Ministro de Estado da Saúde e do Ministro de Estado da Fazenda;

III - registrar a oferta de atendimentos médico-hospitalares em sistema eletrônico de informações mantido pelo Ministério da Saúde, observadas as condições aprovadas pelo referido Ministério;

IV - desistir das impugnações ou dos recursos administrativos que tenham por objeto os créditos tributários a serem compensados com os créditos financeiros e renunciar a quaisquer alegações de direito sobre as quais se fundem as referidas impugnações ou recursos; e

V - renunciar, quando for o caso, a quaisquer alegações de direito, atuais ou futuras, sobre as quais se fundem ações judiciais, incluídas as coletivas, ou recursos que tenham por objeto quaisquer créditos tributários a serem compensados com os créditos financeiros, por meio de requerimento de extinção do respectivo processo com resolução de mérito, nos termos da [alínea "c" do inciso III do caput do art. 487 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015](#) (Código de Processo Civil).

§ 2º Os créditos financeiros de que trata esta Lei serão limitados anualmente ao valor de R\$ 2.000.000.000,00 (dois bilhões de reais).

§ 3º A partir do exercício de 2026, para fins de cumprimento da legislação orçamentária e fiscal, o Poder Executivo federal incluirá a renúncia de receita de que trata este artigo na estimativa de receita da lei orçamentária anual, nos termos do [art. 14 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#) (Lei de Responsabilidade Fiscal).

Art. 5º Os créditos financeiros de que trata esta Lei, apurados mensalmente, serão utilizados na compensação de tributos federais, inscritos ou não em dívida ativa da União.

§ 1º O valor dos créditos financeiros apurados será reconhecido no resultado operacional.

§ 2º Os créditos financeiros apurados nos termos desta Lei:

I - serão prioritariamente usados na compensação com débitos próprios objeto de negociação de dívidas no âmbito da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional e da Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil; e

II - se houver sobra, poderão ser objeto de compensação com débitos próprios vencidos ou vincendos, relativos a tributos administrados pela Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil, observada a legislação específica.

Art. 6º O Programa Agora Tem Especialistas vigorará até 31 de dezembro de 2030.

§ 1º A atuação da entidade hospitalar aderente ao Programa que estiver em desacordo com o disposto nesta Lei ou nos atos normativos editados pelo Ministro de Estado da Saúde sujeitará o seu titular a:

I - multa de, no máximo, 20% (vinte por cento) do valor do crédito financeiro, conforme gradação a ser estabelecida em ato conjunto do Ministro de Estado da Saúde e do Ministro de Estado da Fazenda; e

II - recolhimento do valor equivalente aos créditos tributários compensados indevidamente.

§ 2º O Ministério da Saúde publicará, anualmente, relatório com a avaliação dos resultados do Programa e promoverá, inclusive, transparência ativa sobre os dados relativos aos beneficiários do Programa.

§ 3º Fica o Ministério da Saúde designado como órgão gestor responsável pelo acompanhamento e pela avaliação do benefício de que trata esta Lei.

Art. 7º Ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Fazenda, no âmbito de suas competências, incumbe editar normas complementares necessárias à execução do disposto neste Capítulo.

## CAPÍTULO II

### DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO S.A.

Art. 8º O Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A., empresa pública federal incorporada à administração pública federal por meio de desapropriação, nos termos do [Decreto nº 75.457, de 7 de março de 1975](#), passa a denominar-se Grupo Hospitalar Conceição S.A.

Art. 9º O Grupo Hospitalar Conceição S.A. tem por objetivo prestar serviços de interesse e utilidade públicos e, exclusivamente no âmbito do SUS, planejar, gerir, manter, desenvolver e executar ações e serviços de saúde, em qualquer nível de complexidade, inclusive de ensino técnico e superior, e pesquisa básica ou aplicada de caráter científico ou tecnológico ou desenvolvimento de novos produtos, serviços ou processos na área da saúde.

Art. 10. O estatuto social do Grupo Hospitalar Conceição S.A. definirá o foro, a sede, a composição, as competências e o funcionamento dos órgãos societários da empresa pública federal.

Art. 11. Compete ao Grupo Hospitalar Conceição S.A., no âmbito do SUS:

I - prestar serviços de saúde;

II - planejar, gerir, desenvolver, apoiar e executar ações e serviços de saúde;

III - manter estabelecimentos hospitalares e de ensino técnico e superior;

IV - realizar pesquisa básica ou aplicada de caráter científico ou tecnológico ou desenvolvimento de novos produtos, serviços ou processos na área da saúde; e

V - exercer demais competências relativas ao seu fim social, conforme disposto em seu estatuto social.

Art. 12. O regime jurídico de pessoal do Grupo Hospitalar Conceição S.A. será o da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo [Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943](#), e da respectiva legislação complementar.

Parágrafo único. Fica o Grupo Hospitalar Conceição S.A. autorizado a patrocinar entidade fechada de previdência complementar, nos termos estabelecidos na legislação.

Art. 13. Na contratação do Grupo Hospitalar Conceição S.A. pelos órgãos e pelas entidades da administração pública para realização de atividades relacionadas ao seu objeto social, a licitação será dispensável.

Art. 14. Os recursos do Grupo Hospitalar Conceição S.A. serão constituídos da receita proveniente de:

I - dotações orçamentárias;

II - prestação de serviços a órgãos e a entidades públicas ou privadas;

III - doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado;

IV - recursos provenientes de contratos, de acordos, de convênios e de instrumentos congêneres firmados com entidades nacionais e internacionais, públicas ou privadas;

V - rendimentos de aplicações financeiras; e

VI - rendas provenientes de outras fontes, desde que não comprometam os objetivos e as competências estabelecidos nesta Lei.

Art. 15. Fica o Grupo Hospitalar Conceição S.A. autorizado a instituir empresa subsidiária, com personalidade jurídica própria, com a finalidade de exercer atividades correlatas ao seu objeto social, tais como:

I - desenvolver projetos de pesquisa, de ensino, de extensão, de desenvolvimento institucional, científico e tecnológico, de fomento à inovação, de produção de insumos e de serviços, inclusive na gestão administrativa e financeira necessária à execução desses projetos;

II - prestar serviços técnico-científicos remunerados ao Grupo Hospitalar Conceição S.A., ao Ministério da Saúde e à sociedade;

III - realizar e promover atividades científicas e culturais;

IV - conceder bolsas de estudo e de pesquisa, de graduação, de pós-graduação e de extensão;

V - promover, difundir e coordenar a cooperação técnica entre organizações e instituições nacionais e estrangeiras;

VI - obter recursos públicos e privados, inclusive por doações;

VII - promover intercâmbio com universidades do País e internacionais e com órgãos de cooperação internacionais, com vistas à realização de seus fins;

VIII - promover eventos, seminários, cursos e concursos, inclusive processos seletivos, com vistas à qualificação e à capacitação técnica de profissionais vinculados à área da saúde, bem como promover atividades culturais de desenvolvimento institucional, tecnológico, científico e de estímulo e fomento à inovação, inclusive em cooperação com entidades públicas ou privadas;

IX - promover a divulgação de resultados de estudos científicos da área da saúde em revista especializada;

X - desenvolver atividades de consultoria, de supervisão, de avaliação, de monitoramento e de execução de cursos de qualificação profissional na área da saúde;

XI - executar serviços, para o Grupo Hospitalar Conceição S.A. ou terceiros, de gestão, de desenvolvimento e de operação de sistemas de tecnologia da informação e comunicação; e

XII - prestar serviços, para o Grupo Hospitalar Conceição S.A. ou terceiros, de comunicação telemática, de manutenção e de hospedagem de sistemas, de acesso à internet, de correio eletrônico e de suporte no planejamento de contratações nas mesmas áreas.

Parágrafo único. A empresa subsidiária prevista no *caput* deste artigo poderá participar do capital de sociedades empresárias privadas, desde que observadas as disposições da [Lei nº 13.303, de 30 de junho de 2016](#), e as normas de governança e de integridade aplicáveis às empresas públicas.

Art. 16. Aplicar-se-ão ao Grupo Hospitalar Conceição S.A. e à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) as prerrogativas processuais conferidas à Fazenda Pública, bem como o regime de impenhorabilidade de seus bens, serviços e rendas.

### CAPÍTULO III

#### DAS ALTERAÇÕES LEGISLATIVAS

Art. 17. A [Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#) (Lei Orgânica da Saúde), passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art.

16.

.....  
.....  
[§ 4º](#) Em situações de urgência em saúde pública, caracterizadas por grande tempo de espera, alta demanda e necessidade de atenção especializada, reconhecidas pelo Ministério da Saúde, a União, por intermédio do Ministério da Saúde e das entidades da administração pública indireta, poderá, por tempo determinado, executar ações, contratar e prestar serviços de atenção especializada nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, conforme regulamento do gestor federal do SUS.” (NR)

“Art. 47-A. O SUS contará com sistema de dados públicos mantido pelo Ministério da Saúde, que conterá informações sobre o tempo médio de espera para a realização de consultas, de procedimentos, de exames e de demais ações e serviços de atenção especializada à saúde.

§ 1º Compete ao Ministério da Saúde regulamentar o sistema de que trata o *caput* deste artigo, especialmente quanto à interoperabilidade para recebimento dos dados dos entes federativos, permitida a gestão compartilhada pela União e pelos entes subnacionais, garantidos o atendimento aos princípios e os parâmetros estabelecidos na Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), quando aplicáveis.

§ 2º As secretarias estaduais, distrital e municipais de saúde deverão garantir o registro das informações da regulação assistencial em seu âmbito de gestão e enviar, obrigatoriamente, os dados ao Ministério da Saúde.

§ 3º Os pedidos de novas habilitações, credenciamentos e majoração de valores relacionados à prestação de serviços estabelecidos pelas políticas e pelos programas de atenção especializada à saúde somente serão analisados e concedidos, na forma prevista no regulamento de que trata o § 1º, para os entes federativos que cumprirem o disposto no § 2º deste artigo.”

Art. 18. O art. 1º da Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994, passa a vigorar acrescido do seguinte § 3º-B:

“Art. 1º ..... 1º

.....

.....

§ 3º-B. No caso da Fiocruz, na condição de ICT, o convênio ou o contrato com a fundação de apoio de que trata o *caput* deste artigo, nas situações de urgência em saúde pública de que trata o § 4º do art. 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), poderá abranger o apoio a políticas e a projetos nacionais de estruturação da atenção especializada, com a possibilidade de contratação de pessoas e de serviços, observadas as competências da Fiocruz, aplicando-se a esses projetos o disposto no art. 3º desta Lei.

.....”

(NR)

Art. 19. O art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 10:

“Art. 32. 32.

.....

.....

§ 10. A obrigação de ressarcimento de que trata este artigo poderá ser convertida em prestação de serviços no âmbito do SUS, incluídos, no montante dessa conversão, os valores previstos em dívida não inscrita, em dívida ativa, em contestação judicial, em depósito judicial ou em programa de renegociação de créditos inadimplidos, mediante celebração de termo de compromisso, que especificará os serviços a serem prestados, conforme condições estabelecidas em ato conjunto da Advocacia-Geral da União e do Ministério da Saúde.” (NR)

Art. 20. A Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, passa a vigorar acrescida dos seguintes arts. 2º-A e 2º-B:

“Art. 2º-A. Fica instituído, no âmbito do Programa Agora Tem Especialistas, conjunto de ações destinadas à ampliação do acesso ao tratamento radioterápico, com os seguintes objetivos:

I - diminuir o tempo de espera para o tratamento dos usuários diagnosticados com câncer;

II - garantir a integração dos sistemas de informação mantidos pelo Ministério da Saúde, especialmente o previsto no [art. 4º da Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023](#); e

III - priorizar aos usuários diagnosticados com câncer o acesso aos serviços especializados de radioterapia no âmbito da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, por meio de painéis de monitoramento que integrem toda a demanda e a oferta de tratamento radioterápico disponível em serviços públicos e privados sediados no território nacional.

§ 1º Para fins do disposto no inciso III do *caput* deste artigo, os estabelecimentos de saúde que possuem equipamentos de radioterapia deverão informar periodicamente a relação entre a oferta e a demanda de novos usuários, para fins de análise e de elaboração de políticas públicas no âmbito da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, na forma estabelecida em ato do Ministro de Estado da Saúde.

§ 2º O descumprimento do disposto no § 1º deste artigo impedirá, até a regularização da prestação das informações, a participação dos estabelecimentos de saúde no Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e no Plano de Expansão da Radioterapia no SUS e o acesso a benefícios financeiros, a subsídios ou a linhas de financiamento disponibilizados pelo governo federal para ampliação e modernização dos respectivos parques tecnológicos.

§ 3º Aos usuários diagnosticados com câncer que estejam em tratamento radioterápico em serviço sediado em ente federativo diverso de seu domicílio ficam garantidos o transporte sanitário adequado e o pagamento de diárias para custear alojamento e alimentação durante todo o período do tratamento, observada a disponibilidade orçamentária específica, na forma estabelecida em ato do Ministro de Estado da Saúde.”

[“Art. 2º-B.](#) Fica instituído, no âmbito do SUS, conjunto de ações destinadas à ampliação do acesso ao tratamento dialítico para pessoas com nefropatias crônicas, com os seguintes objetivos:

I - diminuir o tempo de espera para o início da diálise dos usuários diagnosticados com doença renal crônica em estágio que demande terapia substitutiva;

II - garantir a integração dos sistemas de informação mantidos pelo Ministério da Saúde, com vistas ao monitoramento da oferta e da demanda por procedimentos dialíticos; e

III - priorizar aos usuários diagnosticados com doença renal crônica o acesso aos serviços especializados de diálise no âmbito da Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doença Renal Crônica, por meio de painéis de monitoramento que integrem toda a demanda e a oferta de tratamento dialítico disponível em serviços públicos e privados sediados no território nacional.

§ 1º Para fins do disposto no inciso III do *caput* deste artigo, os estabelecimentos de saúde que possuem serviços de diálise deverão informar periodicamente a relação entre a oferta e a demanda de novos usuários, para fins de análise e de elaboração de políticas públicas no âmbito da Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doença Renal Crônica, na forma estabelecida em ato do Ministro de Estado da Saúde.

§ 2º O descumprimento do disposto no § 1º deste artigo impedirá, até a regularização da prestação das informações, a participação dos estabelecimentos de saúde em programas federais de incentivo à atenção nefrológica, bem como o acesso a benefícios financeiros, a subsídios ou a linhas de financiamento disponibilizados pelo governo federal para ampliação e modernização dos respectivos serviços.

§ 3º Aos usuários diagnosticados com doença renal crônica que estejam em tratamento dialítico em serviço sediado em ente federativo diverso de seu domicílio ficam garantidos o transporte sanitário adequado e o pagamento de diárias para custear alojamento e alimentação durante todo o período do tratamento, observada a disponibilidade orçamentária específica, na forma estabelecida em ato do Ministro de Estado da Saúde.”

Art. 21. A [Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013](#), passa a vigorar acrescida dos seguintes arts. 22-D, 22-E e 22-F:

**“Art. 22-D.** Fica instituído, no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos Especialistas, destinado ao provimento de profissionais com vistas à redução no tempo de espera de atendimento ao usuário do SUS, nas regiões prioritárias estabelecidas pelo Ministério da Saúde no âmbito da atenção especializada à saúde.

§ 1º A participação no Projeto Mais Médicos Especialistas é exclusiva a médicos formados em instituições de ensino superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, certificados como especialistas, que deverão ser selecionados por meio de editais públicos.

§ 2º Os participantes do Projeto Mais Médicos Especialistas poderão fazer jus a bolsa-formação e demais benefícios do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

§ 3º Ato do Ministro de Estado da Saúde disporá sobre as normas para o funcionamento do Projeto Mais Médicos Especialistas.

§ 4º Os profissionais que optarem por atuar em Municípios situados na Amazônia Legal, em territórios indígenas ou em áreas com classificação socioeconômica de alta vulnerabilidade farão jus a adicional sobre a bolsa-formação, conforme regulamentação do Ministério da Saúde e disponibilidade orçamentária.”

**“Art. 22-E.** O profissional que tiver concluído a Residência em Medicina de Família e Comunidade em instituição devidamente credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica, em conformidade com a matriz de competência da especialidade, receberá pontuação adicional de 10% (dez por cento) na nota de todas as fases ou da fase única do processo de seleção pública dos Programas de Residência Médica a que se refere o [art. 2º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981](#).”

**“Art. 22-F.** Compete ao Ministério da Educação regulamentar os critérios de utilização das bonificações concedidas por programas de provimento e por demais ações governamentais, inclusive para fins do [art. 2º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981](#).”

Art. 22. A [Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019](#), passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art.

2º

**III -** locais de alta vulnerabilidade: localidades com alta proporção de pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família e que recebem benefício financeiro do Programa Bolsa Família, benefício de prestação continuada ou benefício previdenciário no valor máximo de 2 (dois) salários mínimos, nos termos de ato do Ministro de Estado da Saúde; e

**IV -** atenção especializada à saúde: os níveis secundário e terciário de atenção do SUS, a fim de garantir a redução no tempo de espera, a integralidade, a continuidade e a coordenação do cuidado.” (NR)

**“Art. 6º** Fica o Poder Executivo federal autorizado a instituir a Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS), serviço social autônomo, na forma de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, com a finalidade de promover, em âmbito nacional, a execução de políticas de desenvolvimento da atenção à saúde indígena, nos diferentes níveis, e das atenções primária e especializada à saúde, com ênfase:

**III -** na valorização da presença dos médicos e na promoção da tele saúde nas atenções primária e especializada à saúde no SUS;

V - na incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão relacionadas com as atenções primária e especializada à saúde.

.....”  
(NR)

“Art. 7º

IV - promover programas e ações de caráter continuado para a qualificação profissional nas atenções primária e especializada à saúde;

X - prestar serviços de assistência especializada à saúde no âmbito do SUS, em caráter complementar à atuação dos entes federativos, em programas e em ações estabelecidos pelo Ministério da Saúde.” (NR)

“Art. 14.

Parágrafo único. O contrato de gestão poderá subdividir as metas, os indicadores, os prazos e os critérios de avaliação em diferentes anexos, conforme a área de atuação da AGSUS.” (NR)

“Art. 20.

§ 4º Para a consecução de suas finalidades e competências, observadas as diretrizes e os princípios do SUS, a AGSUS poderá contratar serviços profissionais especializados.” (NR)

“Art. 21.

§ 3º A AGSUS disporá sobre as regras específicas aplicáveis aos seus profissionais médicos atuantes nas atenções primária e especializada à saúde, inclusive quanto a transferências, observada a legislação trabalhista.” (NR)

“Art. 31.

§ 1º-B. Até 31 de dezembro de 2030, serão assegurados aos servidores cedidos:

.....”  
(NR)

## CAPÍTULO IV

### DA TRANSFORMAÇÃO DE CARGOS EFETIVOS VAGOS

Art. 23. Ficam transformados, na forma do Anexo, no âmbito do Poder Executivo federal, 389 (trezentos e oitenta e nove) cargos efetivos vagos em 129 (cento e vinte e nove) cargos efetivos vagos.

Parágrafo único. O provimento dos cargos efetivos transformados de que trata o *caput* deste artigo será realizado com observância do disposto no [§ 1º do art. 169 da Constituição Federal](#), conforme as necessidades do serviço.

Art. 24. A transformação de cargos a que se refere o *caput* do art. 23 desta Lei será realizada sem aumento de despesa, mediante compensação financeira entre os valores correspondentes à totalidade da remuneração dos cargos a serem criados e os valores correspondentes à totalidade da remuneração dos cargos a serem transformados, vedada a produção de efeitos retroativos.

## CAPÍTULO V

### DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 25. Ato do Ministério da Saúde disporá sobre a contratação, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, de prestadores de serviços por ele credenciados no âmbito do Programa Agora Tem Especialistas.

Art. 26. Ficam revogados os [§§ 2º, 3º e 4º do art. 22 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013](#).

Art. 27. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 7 de outubro de 2025; 204º da Independência e 137º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA  
*Fernando Haddad*  
*Camilo Sobreira de Santana*  
*Esther Dweck*  
*Simone Nassar Tebet*  
*Alexandre Rocha Santos Padilha*

Este texto não substitui o publicado no DOU de 8.10.2025.

## ANEXO

### TRANSFORMAÇÃO DE CARGOS EFETIVOS VAGOS

a) Cargos efetivos vagos a serem transformados:

| CÓDIGO DO ÓRGÃO | DENOMINAÇÃO DO GRUPO                      | CÓDIGO DO CARGO | NOME DO CARGO          | NÍVEL | QTD. |
|-----------------|-------------------------------------------|-----------------|------------------------|-------|------|
| 36207           | Carreira de Técnico Administrativo        | 441018          | Técnico Administrativo | NI    | 70   |
| 25000           | Carreira da Previdência, Saúde e Trabalho | 422268          | Auxiliar de Enfermagem | NI    | 81   |
| 25000           | Carreira da Previdência, Saúde e Trabalho | 422203          | Agente Administrativo  | NI    | 238  |
| TOTAL           |                                           |                 |                        |       | 389  |

b) Cargos efetivos a serem criados:

| CÓDIGO DO ÓRGÃO | DENOMINAÇÃO DO GRUPO                                                                         | CÓDIGO DO CARGO | NOME DO CARGO                                    | NÍVEL | QTD. |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------|-------|------|
| 36207           | Carreira de Regulação e Fiscalização de Locais, Produtos e Serviços sob Vigilância Sanitária | 441017          | Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária | NS    | 129  |

\*

