

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços

Diretoria de Serviços de Internação

Câmara Técnica de Nefrologia

Nota Técnica SEI-GDF n.º 00060-00329933/2019-81 - SES/SAIS/CATES/DSINT

Brasília-DF, 31 de julho de 2019

NOTA TÉCNICA DE NEFROLOGIA

Assunto: Critérios de encaminhamento de pacientes para a realização de consultas ambulatoriais de Nefrologia Adulto

DO OBJETIVO

Este documento tem como objetivo apresentar os principais elementos que serão observados para a Regulação do Acesso à Assistência: denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais em Nefrologia no âmbito da SES/DF (Portaria 1388 de 12/12/2018).

Este documento visa garantir o encaminhamento ou transferência dos usuários, por meio da **REGULAÇÃO (PANORAMA 3)**, A TODOS OS ACESSOS EM NEFROLOGIA DISPONÍVEIS NA REDE SES/DF, conforme fluxo que se segue:

- Os ambulatórios especializados em Nefrologia estarão disponíveis para pacientes que necessitem de acompanhamento na especialidade; incluindo usuários da atenção primária encaminhados para o atendimento da atenção secundária na especialidade de Nefrologia no Ambulatório Adulto da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, **Anexo II**;
- Nos casos de **URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**, para os casos que necessitem de internação decorrente do tratamento dialítico agudo em hospital vinculado ao SUS de retaguarda para TRS;
- O ambulatório especializado em Transplante Renal para pacientes que tenham indicação de Transplante Renal, com ou sem Doador Vivo;
- As vagas disponíveis em clínicas contratadas para prestação de serviços em TRS, para pacientes crônicos oriundos dos Hospitais da Rede nos casos que necessitem de TRS de manutenção;

- As vagas de TRS nos hospitais da rede SES, para os pacientes egressos de UTI que estejam de alta e necessitem de TRS de manutenção, segundo Portaria 713, de 21/11/2017;
- As vagas de TRS na Rede SES/DF para pacientes com solicitação de TFD – Tratamento Fora do Domicílio.

DOS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO:

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Nefrologia no adulto. Outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame clínico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento, e podem não estar contempladas nesta Nota Técnica. Todas as informações consideradas relevantes devem ser relatadas.

DA INSUFICIÊNCIA RENAL:

- A **insuficiência renal** é a perda das funções dos rins, podendo ser aguda ou crônica. Eventualmente, usa-se a terminologia “crônica agudizada” o que significaria que uma Insuficiência Renal Crônica pré-existente sofreu algum dano agudo, tornando-se descompensada. As principais causas de IRC são DIABETES MELLITUS e HIPERTENSÃO ARTERIAL.
- A **insuficiência renal aguda (IRA)** pode ocorrer em alguns pacientes com doenças graves, os rins podem parar de funcionar de maneira rápida, porém temporária. Rápida porque a função renal é perdida em algumas horas e temporária porque os rins podem voltar a funcionar após algumas semanas. A esta situação os nefrologistas chamam de insuficiência renal aguda. Em muitas ocasiões o paciente necessita ser mantido com tratamento por diálise até que os rins voltem a funcionar.
- A **Insuficiência renal crônica agudizada (IRCa)** refere-se à situação de um dano agudo à Insuficiência Renal Crônica pré-existente, tornando-a descompensada. As principais causas de Insuficiência Renal Crônica são DIABETES MELLITUS e HIPERTENSÃO ARTERIAL.
- A **insuficiência renal crônica (IRC)** é a perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais. Por ser lenta e progressiva, esta perda resulta em processos adaptativos que, até um certo ponto, mantêm o paciente sem sintomas da doença. Os estágios da IRC estão detalhados no **Anexo I**.

DA TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (TRS)

A **Terapia Renal Substitutiva (TRS)** é um método substitutivo da função renal, seja hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal, que mantém o paciente vivo, não podendo haver, portanto, descontinuidade do mesmo. Por se tratar de

um procedimento essencial à vida, responsável pelo equilíbrio do metabolismo do corpo, não poderá haver interrupção do mesmo sob o risco de óbito destes pacientes.

A Hemodiálise utiliza filtros capilares externos/máquinas para realizar a filtração do sangue que deveria ser realizada pelo rim; já a diálise peritoneal é a filtração realizada com a própria membrana abdominal do paciente, chamada de peritônio

DOS PACIENTES CRÍTICOS:

Segundo a **Resolução CFM Nº 2.156/2016**: “Entende-se como paciente crítico aquele que apresenta instabilidade de um ou mais sistemas orgânicos, com risco de morte, necessitando de suporte para as disfunções orgânicas, tais como ventilação mecânica, **hemodiálise** e suporte circulatório mecânico, e ainda os pacientes sem nenhuma falência orgânica, mas com alto risco de descompensação e que, por esse motivo, necessitem de vigilância e monitoração contínuas”.

Os serviços de tratamento intensivo têm por objetivo prestar atendimento a pacientes graves e de risco, com probabilidade de sobrevida e recuperação, que exijam assistência médica ininterrupta, além de recursos tecnológicos e humanos especializados.

Segundo os Protocolos de Cuidados Paliativos vigentes na SES/DF, as fases de assistência ao paciente crítico são:

- **Fase I** - Morte pouco provável: condição clínica na qual a equipe percebe uma maior possibilidade para a recuperação do que para o desfecho da morte ou para a condição de irreversibilidade. Julga-se, de acordo com a beneficência e a autonomia, que a prioridade é o tratamento que busca a cura/reestabelecimento. Os cuidados paliativos serão prestados para aliviar o desconforto da doença e do tratamento intensivo.
- **Fase II** - Morte prevista para dias, semanas ou meses: condição clínica na qual a equipe percebe uma falta de respostas ou uma resposta insuficiente aos recursos utilizados, com uma crescente tendência ao desfecho morte ou irreversibilidade. Estabelecido o consenso entre equipe, paciente e família, a prioridade passa a ser a melhor qualidade de vida possível, e os cuidados que modifiquem a doença podem ser oferecidos quando julgados proporcionais pela equipe e paciente/família.
- **Fase III** - Morte prevista para horas ou dias: condição clínica na qual a equipe reconhece a irreversibilidade da doença e a morte iminente, aceitando o desfecho para morte. O cuidado paliativo passa a ser exclusivo, e todas as medidas introduzidas buscam a melhor qualidade de vida possível e o conforto do paciente e de seus familiares

DA CONCLUSÃO

Por não esgotar todas as ocorrências relacionadas à Nefrologia no Adulto, os casos não indicados nesta Nota Técnica podem ter seus critérios definidos pela Câmara Técnica de Nefrologia e/ou Referência Técnica Distrital – RTD da Nefrologia na SES/DF.

Os encaminhamentos de exames diagnósticos relacionados à Nefrologia, instalação de CDL (Cateter Duplo Lúmen) e Permcath (Catéter Longa Permanência para Hemodiálise) e construção de acessos vasculares (Fístula artério-venosas) serão tratados em notas técnicas específicas.

Anexo I: Estágios da Doença Renal Crônica

Fonte: DUNCAN (2013);

Estágio de Função Renal	Taxa de Filtração Glomerular (mL/min/1,73m²)
I - DRC estágio 1	> 90 com proteinúria
II - DRC estágio 2	60 a 89 com proteinúria
III - DRC estágio 3a	45 a 59
IV - DRC estágio 3b	30 a 44
V - DRC estágio 4	15 a 29
VI - DRC estágio 5	< 15 ou em diálise

O Art. 62 da Portaria 1675 de 07/06/2018, utiliza esta classificação do estágio clínico da DRC – Doença Renal Crônica, segundo a TFG (taxa de filtração glomerular), observados os parâmetros apresentados.

Anexo II:

FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA NEFROLOGIA ADULTO (> 18 anos)

Nome completo: _____

Data nasc: _____ CNES: _____ Unidade de origem: _____

1 - Motivo do encaminhamento (história clínica e/ou resultado de exames)

2 - Hipótese diagnóstica: _____

3- Tabela de prioridade para atendimento: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

() VERMELHO	<input type="checkbox"/> N18.0 - DRC com TFG < 15ml/min ¹ <input type="checkbox"/> N39.1 - Proteinúria (proteinúria > 1g/24h) ² <input type="checkbox"/> E87.2- Acidose Metabólica refratária ³ <input type="checkbox"/> Z94.0 - Transplantado renal ⁴	<input type="checkbox"/> N01 - Perda rápida da função renal (> 5 ml/min/1,73 m ² em um período de seis meses, com uma TFG < 60 /min/1,73 m ² , confirmado em dois exames) ³
() LARANJA	<input type="checkbox"/> N18.8 - DRC com TFG 15-30 ml/min ¹	<input type="checkbox"/> N08 - DM insulino dependente com suspeita de nefropatia de outra causa ³
() AMARELO	<input type="checkbox"/> R80 - Macroalbuminúria, em não diabéticos (RAC _≥ 300mg/g e menor que 1g) ³ <input type="checkbox"/> E87 - Alterações eletrolíticas crônicas (descartado medicamento e distúrbio gastrointestinal) ³ <input type="checkbox"/> E21.0 - DMO/DRC ⁵ <input type="checkbox"/> N07 - Nefropatia Hereditária ²	<input type="checkbox"/> I.15 - Suspeita de HAS secundária ⁶ <input type="checkbox"/> I.15 - Hipertensão resistente – pressão acima das metas com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose plena, após avaliação da adesão ⁶ <input type="checkbox"/> Z52.4 - Doador renal ⁴
() VERDE	<input type="checkbox"/> R31 - Hematúria persistente (em mais de 1 exame, com presença de dismorfismo eritrocitário ou tendo descartado cálculo/ITU) ³ <input type="checkbox"/> N20 - Nefrolitíase bilateral e/ou recorrente ⁷ <input type="checkbox"/> N30 - Infecção de trato urinário recorrente, mesmo com profilaxia adequada, após exclusão de causas anatômicas urológicas ou ginecológicas, e na presença de urocultura positiva ³	<input type="checkbox"/> R82.9 - Presença de cilindros com potencial patológico em dois EAS (graxos, hemáticos, céreos ou leucocitários) ³ <input type="checkbox"/> Q60 - Alterações anatômicas que provoquem perda da função (doença renal policística, estenose da artéria renal, assimetria renal > 1,5cm entre os rins- MALFORMAÇÃO RENAL) ³ <input type="checkbox"/> N12 - Doenças Tubulo intersticiais ²
() AZUL Competência da ATENÇÃO BÁSICA	<input type="checkbox"/> N18.8 - DRC de etiologia conhecida com TFG > 30 ml/min <input type="checkbox"/> N30.9 - ITU não recorrente	<input type="checkbox"/> Q61 - Cisto renal simples <input type="checkbox"/> N20 - Nefrolitíase (episódio único) <input type="checkbox"/> I.10 – HAS

DRC - doença renal crônica; TFG - taxa de filtração glomerular; RAC – relação albuminúria/creatininúria; EAS – elementos e sedimentos anormais da urina; HAS - hipertensão arterial sistêmica, DM - diabetes mellitus;

Sugestão de exames e/ou procedimentos de acordo com hipótese diagnóstica		
DOENÇA RENAL CRÔNICA: Uréia, creatinina, sódio, potássio, EAS, ecografia de rins e vias urinárias.	CALCULOSE RENAL: PTH, ácido úrico, Ecografia de rins e vias urinárias.	CISTO/NÓDULO RENAL, MALFORMAÇÕES RENAIS: Ecografia de rins e vias urinárias
GLOMERULOPATIA: Proteinúria de 24 horas, EAS, uréia, creatinina, sorologias virais (HIV, HCV, HBV),	HIPERTENSÃO ARTERIAL SECUNDÁRIA OU DE DIFÍCIL CONTROLE: Ecocardiograma, fundo de olho, TSH, T4 livre, cortisol	DOENÇA RENAL AGUDA: Uréia, creatinina, sódio, potássio, EAS, Ecografia de rins e vias urinárias

Médico: _____

Data de solicitação: __/__/____

VIA SISREG (Sistema de Regulação). Para inserção da consulta na Nefrologia é obrigatório o preenchimento dos campos: **História e/ou Resultado de Exames CID e SES.** **Necessário apresentar este formulário no ato da consulta.**

Locais de inserção: qualquer Unidade de Saúde da SES/DF

Anexo III – Critérios para admissão na Rede SES/DF para TRS AGUDA:

	DESCRIÇÃO	
Vermelha	<input type="checkbox"/> N-17, N-18 e N-19 EGRESSOS DE UTI <input type="checkbox"/> N-17, N-18 e N-19 com Diminuição ou ausência da produção de urina, embora, ocasionalmente, a urina permaneça normal; <u>Retenção de Líquidos</u> , causando edema de membros inferiores ascendente até ascite; dispnéia aos mínimos esforços; sonolência, confusão mental, convulsões ou coma; náuseas e vômitos. <input type="checkbox"/> E – 87.5 Hiperpotassemia com alterações eletrocardiográficas ou refratária às medidas de controle; <input type="checkbox"/> N-19 hipermetabolismo com aumento de uréia diária > ou =50 mg; <input type="checkbox"/> E – 87.2 acidose metabólica, inclusive refratária à correção, mantendo pH <7,15. <input type="checkbox"/> N – 19 A insuficiência renal aguda, as vezes, não causa sinais ou sintomas e é detectada através de testes de laboratório realizados por outra razão.	
Amarelo	<input type="checkbox"/> <u>Pacientes em Estágio V da DRC, apresentando:</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <u>Retenção de líquidos</u>, causando edema de membros inferiores; dispnéia aos médios e grandes esforços; <input type="checkbox"/> perda de apetite, náuseas e perda de peso; <input type="checkbox"/> pacientes com TFG ou Clearance de Creatinina < 25 ml/min com agendamento de exame de contraste; <input type="checkbox"/> Hiperpotassemia e acidose metabólica com pH entre 7,15 e 7,20 com correção ou medidas de controle; <input type="checkbox"/> estados de hipermetabolismo com aumento de uréia diária < ou = 30 mg;	
Verde	<input type="checkbox"/> Pacientes Crônicos assintomáticos com Clearance de Creatinina ou TFG <10 ml para pacientes em geral e <15 ml para pacientes diabéticos, com Diurese > 600 ml/dia	
Sugestão de exames e/ou procedimentos de acordo com hipótese diagnóstica		
DOENÇA RENAL CRÔNICA AGUDIZADA: Uréia, creatinina, sódio, potássio, EAS, ecografia de rins e vias urinárias.	CISTO/NÓDULO RENAL, MALFORMAÇÕES RENAIS: Ecografia de rins e vias urinárias	HIPERTENSÃO ARTERIAL SECUNDÁRIA OU DE DIFÍCIL CONTROLE: Ecocardiograma, fundo de olho, TSH, T4 livre, cortisol
DOENÇA RENAL AGUDA: Uréia, creatinina, sódio, potássio, EAS, Ecografia de rins e vias urinárias	INSUF.RENAL OBSTRUTIVA: ecografia de rins e vias urinárias, Parecer da UROLOGIA	Sorologia viral: HbsAg, anti-Hbs Anti-HCV e Anti-HIV

Anexo IV – Critérios para admissão na Rede SES/DF para TRS CRÔNICA:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	DESCRIÇÃO
Amarelo	<input type="checkbox"/> N18.0 – DRC em TRS nos Hospitais da Rede SES, com resultados de exames bioquímicos e hematológicos, ecografia renal e sorologia. <input type="checkbox"/> N18.0 – DRC em TRS com mudança definitiva de domicílio para Brasília – DF
Verde	<input type="checkbox"/> N18.0 – DRC com programação de INÍCIO DA TRS (TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA) em DIÁLISE PERITONEAL: Pacientes Crônicos com Clearance de Creatinina ou TFG <15 ml assintomáticos, com diurese > ou =1000 ml
Azul	<input type="checkbox"/> N18.8 - DRC assintomática com TFG > 15 ml/min <input type="checkbox"/> N18.9 – DRC em TRS, solicitada mudança de modalidade dialítica <input type="checkbox"/> N18.0 – DRC em TRS, solicitada mudança de clínica por alteração de endereço

	<input type="checkbox"/> tratamento temporário (até 30 dias) na rede SES, através de TFD = TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO	
DOENÇA RENAL CRÔNICA AGUDIZADA: Uréia, creatinina, sódio, potássio, EAS, ecografia de rins e vias urinárias.	CISTO/NÓDULO RENAL, MALFORMAÇÕES RENAIAS: Ecografia de rins e vias urinárias	HIPERTENSÃO ARTERIAL SECUNDÁRIA OU DE DIFÍCIL CONTROLE: Ecocardiograma, fundo de olho, TSH, T4 livre, cortisol
DOENÇA RENAL AGUDA: Uréia, creatinina, sódio, potássio, EAS, Ecografia de rins e vias urinárias	INSUF.RENAL OBSTRUTIVA: ecografia de rins e vias urinárias, Parecer da UROLOGIA	Sorologia viral: HbsAg, anti-Hbs Anti-HCV e Anti-HIV

Anexo V – Critérios para encaminhamento para ambulatório de Transplante Renal:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	DESCRIÇÃO
Vermelho	<input type="checkbox"/> N18.0 - DRC com TFG < 15ml/min, em TRS, com falência de acesso para TRS <input type="checkbox"/> N18.0 – DRC com TFG < 15 ml/min, com DOADOR VIVO
Amarelo	<input type="checkbox"/> N18.9 - Paciente em lista de transplante em outra equipe ou em outro estado com necessidade de mudança de estado ou de equipe; <input type="checkbox"/> Z-94.0 - Paciente em pós-transplante em outra equipe ou em outro estado que necessite mudança de equipe <input type="checkbox"/> N18.0 - DRC com TFG < 15ml/min, em TRS.
Verde	<input type="checkbox"/> N18.0 – DRC com TFG < 15ml/min, em Pacientes diabéticos e < 10 ml/min em Pacientes não diabéticos para iniciar avaliação de Tx.Renal
Azul	<input type="checkbox"/> N18.0 - DRC com TFG < 15ml/min, em Portadores de distúrbios psiquiátricos, abuso de álcool ou drogas, ou problemas graves na estrutura familiar, enfermidades hepáticas, cardiovasculares ou infecciosas que não se encontrem controladas e pacientes gravemente desnutridos, com tumor maligno ou doença pulmonar avançada.
<ul style="list-style-type: none"> - Informar se o paciente é assíduo em clínica de hemodiálise - Data de início da diálise; - Doença de base; - História de transfusão sanguínea. 	Exames de imagem: Ecografia renal, ecocardiograma, Raio X, Tomografia, Ressonância Magnética.
	Exames laboratoriais recentes, Sorologia viral: HbsAg, anti-Hbs Anti-HCV e Anti-HIV PTH

Anexo VI – Critérios para PRIORIZAÇÃO dos Egressos de UTI:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	DESCRIÇÃO
1	<input type="checkbox"/> N18.0 - DRC com TFG < 15ml/min, em TRS em UTI contratada ou conveniada
2	<input type="checkbox"/> N18.0 - DRC com TFG < 15ml/min, em TRS em UTI própria
3	<input type="checkbox"/> N18.0 - DRC com TFG < 15ml/min em pausa dialítica, em UTI própria ou conveniada ou contratada;
4^a	<input type="checkbox"/> N18.0 - DRC com TFG < 15ml/min, em alta por RFR (RECUPERAÇÃO DA FUNÇÃO RENAL), em UTI própria, contratada ou conveniada.
4b	<input type="checkbox"/> N18.0 – DRC em FASE III do cuidado ao paciente crítico
DOENÇA RENAL CRÔNICA AGUDIZADA: Uréia, creatinina, sódio, potássio, EAS, ecografia de rins e vias urinárias.	CISTO/NÓDULO RENAL, MALFORMAÇÕES RENAIAS: Ecografia de rins e vias urinárias
DOENÇA RENAL AGUDA: Uréia, creatinina, sódio, potássio, EAS, Ecografia de rins e vias urinárias	INSUF.RENAL OBSTRUTIVA: ecografia de rins e vias urinárias, Parecer da UROLOGIA
	HIPERTENSÃO ARTERIAL SECUNDÁRIA OU DE DIFÍCIL CONTROLE: Ecocardiograma, fundo de olho, TSH, T4 livre, cortisol
	Sorologia viral: HbsAg, anti-Hbs Anti-HCV e Anti-HIV

Anexo VII - Critérios para PRIORIZAÇÃO de acesso à TRS na Rede SES/GDF via TFD:

PRIORIDADE	DESCRIÇÃO	
1	<input type="checkbox"/> N18.0 - DRC com TFG < 15ml/min, em programa de hemodiálise, com agendamento de consulta médica e/ou exames no DF; <input type="checkbox"/> Z94.0 - Transplantado renal, com perda de enxerto, em programa de hemodiálise, com agendamento de consulta médica e/ou exames no DF;	
2	<input type="checkbox"/> N18.0 - DRC com TFG < 15ml/min, em programa de hemodiálise, em trânsito por Brasília, com parada não programada, aguardando veículo ou vôo para seguir viagem;	
3	<input type="checkbox"/> N18.0 - DRC com TFG < 15ml/min, em programa de hemodiálise, em viagem de negócios, compromissos escolares ou férias no DF;	
Relatório Médico contendo: a) características do tratamento b) tipo de acesso vascular; c) resultados dos exames realizados no mês; d) situação vacinal; e) uso de medicamentos.	Documentos pessoais CNS Endereço do Solicitante	Sorologia viral: HbsAg, anti-Hbs Anti-HCV e Anti-HIV

Referências Bibliográficas:

- Portaria GM/MS nº 1559/2008 que Institui a Política Nacional de Regulação do SUS;
- DUNCAN, Bruce Bartholow et al. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- RESOLUÇÃO - RDC Nº 11, DE 13 DE MARÇO DE 2014, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências;
- Decreto Distrital nº 38.488, de 13/09/2017, que cria e estabelece a estrutura funcional do CRDF;
- a decisão do TCDF nº 3.872, de 10/08/2017, que analisa as diárias de uti pagas aos pacientes supostamente de alta da UTI com possibilidade de responsabilização dos gestores públicos;
- Portaria 713, DE 21 DE NOVEMBRO DE 2017 Dispõe sobre o fluxo de pacientes egressos de UTI e dá outras providências.
- Auditoria Operacional do TCDF que observou a necessidade da Implantação de uma central de regulação em todos os níveis de atenção ao doente renal, 28/07/2016;
- MANUAL DE PARÂMETROS MÍNIMOS DA FORÇA DE TRABALHO PARA DIMENSIONAMENTO DA REDE SES/DF, I edição, julho, 2018;

- PORTARIA Nº 1388, DE 12/12/2018 que Estabelece a Política Distrital de Regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no DF;
- PROTOCOLOS DE CUIDADOS PALIATIVOS vigentes na SES/DF: Cuidados Paliativos aos Pacientes com Câncer – (Vigência:03.01.2014 à 03.01.2016) Diretrizes para Cuidados Paliativos em Pacientes Críticos Adultos Admitidos em UTI – (Vigência:17.05.18 a 17.05.20) Protocolo para Regulação da Primeira Consulta Médica Ambulatorial em Cuidados Paliativos Oncológicos para Pacientes Adultos – (Vigência: 24.01.2019 a 24.01.2021);
- PORTARIA 1.675 de 07/06/2018 que estabelece diretrizes para a organização de linhas de cuidado do portador de Doença Renal;
- PORTARIA MS/GM Nº 3, de 07 de junho de 2018, publicado no DOU de 08 de junho de 2018, que dispõem 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;

Elaboradores: Sávio Ananias Agresta – RTA de Nefrologia UNEFRO/HRT/SRSSO, Maria Helena Barros Coutinho - Representante da CERAC/DIRAAH/CRDF, Júlia Jares Nery Costa, Enfermeira Nefrologia/HRAN, apresentado e aprovado na Câmara Técnica de Nefrologia SES/DF, em 31/07/2019, Processo SEI 00060-00276272/2017-11.