

Recomendações da Sociedade Brasileira de Nefrologia para Regulação de Acesso à Diálise Ambulatorial no Sistema Único de Saúde

Resumo

O aumento da prevalência de doença renal crônica e de seus fatores de risco têm pressionado os sistemas universais de saúde para ampliar a oferta de terapia renal substitutiva (TRS, hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal). Sobretudo nos países de renda baixa e média e naqueles em franca transição epidemiológica e demográfica, o acesso a consultas com nefrologista e equipe multiprofissional é limitado e o início de TRS se dá majoritariamente de maneira não planejada ou durante internação de urgência/emergência. Mesmo os pacientes em acompanhamento pré-dialítico adequado e com solicitação eletiva de TRS apresentam risco de descompensação clínica e de requerer hospitalização para iniciar diálise de urgência; esse risco aumenta quanto mais se prolonga o tempo de espera para iniciar TRS. Em ambos os casos, o acesso do paciente a uma unidade de diálise ambulatorial deve ser tempestivo e a transição de cuidado, segura. Existem diretrizes brasileira e internacionais que norteiam o cuidado a pacientes prevalentes em diálise. No entanto, não existem recomendações claras de como regular o acesso ao início de TRS ambulatorial, o que frequentemente leva a divergências de opinião entre os profissionais envolvidos e contribui para a ineficiência do processo regulatório. O presente documento tem por objetivos: (1) listar os principais desafios na prática diária dos profissionais de regulação de vagas de diálise ambulatorial no Sistema Único de Saúde; (2) apresentar recomendações da Sociedade Brasileira de Nefrologia com base em evidências científicas e nas legislações disponíveis.

1. Introdução

O aumento da prevalência de doença renal crônica (DRC) e de seus fatores de risco têm pressionado os países com sistemas universais de saúde para aumentar a oferta de terapia renal substitutiva (TRS: hemodiálise [HD], diálise peritoneal [DP] e transplante renal)¹. Dentre esses países, destaca-se o Brasil, por possuir a quarta maior população em diálise crônica (HD ou DP) do mundo e ser uma das dez nações com a maior incidência de pessoas com essa condição².

O enfrentamento da DRC é sobretudo desafiador para países em franca transição epidemiológica e demográfica^{3,4}. No caso brasileiro, nas últimas três décadas, a prevalência de adultos com hipertensão arterial (HA) aumentou de 21% para 28%,

diabetes mellitus (DM), de 5% para 9% e de obesidade, 11% para 23%⁵. No mesmo período, a proporção de indivíduos com 60 anos ou mais cresceu de 9% para 13% da população⁶.

Sabe-se que a transição entre o tratamento conservador da DRC e o início de diálise crônica é especialmente crítica em função de mudanças físicas, psíquicas e sociais dos pacientes e do consequente aumento do risco de internação, óbito e utilização de recursos em saúde⁷. No Brasil e em diversos países, as falhas de implementação da linha de cuidado da DRC^{8,9} fazem com que o início de TRS se dê majoritariamente de maneira não planejada, durante internação de urgência/emergência^{10,11}. Mesmo os pacientes em acompanhamento pré-dialítico com nefrologista e solicitação eletiva de TRS podem apresentar descompensação clínica e requerer hospitalização, especialmente se o tempo até o início de diálise for prolongado. Portanto, em ambos os casos, é essencial que o acesso do paciente a uma unidade de diálise ambulatorial aconteça o mais breve possível e de maneira segura.

Existem diretrizes brasileira e internacionais que abordam boas práticas de manejo de pacientes prevalentes em diálise^{12,13}. No entanto, os processos gerenciais do acesso de pacientes à diálise ambulatorial não estão padronizados e são fontes de divergências entre os profissionais envolvidos, quais sejam, gestores públicos, médicos assistentes, médicos reguladores e prestadores de serviço de TRS. Portanto, os objetivos deste documento são: (1) listar os principais desafios na prática diária dos profissionais de regulação de vagas de diálise ambulatorial no Sistema Único de Saúde (SUS); (2) apresentar recomendações da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) com base em evidências e legislações disponíveis. A iniciativa responde à necessidade crescente de organização e transparência nos fluxos regulatórios, frente à elevada demanda da população e à complexidade logística envolvidas na assistência em Nefrologia no Brasil.

2. Métodos

2.1. Etapas da elaboração do consenso

2.1.1. Levantamento de problemas

Identificação de situações com potencial divergência de opiniões entre os profissionais envolvidos no processo de regulação, com consequente prejuízo ao acesso tempestivo e seguro do paciente a uma unidade de diálise ambulatorial. Nessa etapa,

foram consultados membros da SBN (Diretoria Executiva e Departamento de Diálise), sendo pelo menos um representante de cada região do Brasil.

2.1.2. Elaboração de recomendações

Sempre que possível, as recomendações foram elaboradas com base em evidências científicas e legislações brasileiras. Algumas situações identificadas como fonte possível de divergências de opinião apresentaram caráter técnico, permitindo que a recomendação fosse amparada por literatura especializada e normas vigentes; outras, entretanto, foram de caráter essencialmente gerencial, demandando, assim, elaboração de sugestões com base na experiência dos autores.

2.1.3. Participação das Regionais da SBN

Todas as 19 regionais da SBN ativas no mês de junho de 2025 receberam o documento inicial para manifestações livres (Alagoas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Santa Catarina, São Paulo). O objetivo dessa etapa foi que este guia de recomendações representasse ao máximo as diferentes realidades do acesso à TRS ambulatorial no Brasil.

2.2. Definições utilizadas

2.2.1. TRS ambulatorial

Neste consenso, adotaram-se os termos “TRS ambulatorial” e “diálise ambulatorial” como sinônimos para designar os procedimentos de hemodiálise e/ou diálise peritoneal que se dão em estabelecimentos de saúde cujo funcionamento é regido pelas habilitações 1504 e 1505 do Ministério da Saúde¹³. Optou-se pela palavra “ambulatorial” após “TRS” ou após “diálise” pois os procedimentos realizados no SUS são classificados em duas modalidades de tratamento, ambulatorial e hospitalar, e o escopo deste documento é a regulação de acesso a procedimentos ambulatoriais. Além disso, entendeu-se como apropriada a utilização das expressões “diálise ambulatorial” e “TRS ambulatorial” em oposição aos termos “diálise hospitalar”, “procedimentos hospitalares” e “suporte renal artificial hospitalar”, utilizados no Guia de Assistência Nefrológica Hospitalar da Sociedade Brasileira de Nefrologia¹⁴.

2.2.2. Unidade de diálise

Estabelecimento de saúde em que são realizados os procedimentos de hemodiálise e/ou diálise peritoneal e cujo funcionamento é regido pelas habilitações 1504 e 1505 do Ministério da Saúde¹³.

2.2.3. Profissionais envolvidos no processo de regulação

- Solicitante: médico (a) que solicita vaga de TRS ambulatorial (HD ou DP).
- Regulador: médico (a) que atua na gestão do SUS, avalia a solicitação de diálise, a pertinência técnica e a presença de documentos obrigatórios e encaminha o caso para ser avaliado em uma unidade de diálise.
- Executante: médico (a) da unidade de diálise que avalia o paciente, seus exames e decide pela admissão ou não do paciente no serviço.

2.2.4. Tipos de solicitação de TRS ambulatorial

- Inicial: solicitação para paciente que não se encontra em programa de diálise crônica. Esse paciente pode estar hospitalizado ou não.
- Mudança de modalidade: solicitação de mudança entre as modalidades oferecidas no SUS: HD, DPA (diálise peritoneal automática), DPAC (diálise peritoneal ambulatorial contínua), DPI (diálise peritoneal intermitente).
- Transferência: solicitação para paciente que deseja mudar seu tratamento para outra unidade de diálise.
- Trânsito: solicitação para realizar hemodiálise em outro município ou estado por período de até 30 dias.

3. Resultados

Foram identificados 14 cenários com potencial divergência de opinião entre os profissionais envolvidos com os processos de regulação de acesso à TRS ambulatorial.

3.1. Paciente com sorologia anti-HCV ou HBsAg não reagente e elevação de transaminases sem causa determinada.

Recomendação 1. Pacientes com elevação de ALT/AST sem causa determinada e com HBsAg e/ou anti-HCV não reagentes necessitam de pesquisa de DNA-HBV e/ou RNA-HCV para admissão em unidade de diálise, independentemente do tipo de solicitação (inicial, mudança de modalidade, transferência ou trânsito). A obrigatoriedade de realizar o exame de carga viral deve ser do solicitante da vaga.

Comentário. Pacientes com DRC avançada apresentam habitualmente baixos níveis séricos de transaminases (alanina aminotransferase [ALT] e aspartato aminotransferase [AST])¹⁵. Nessa população, qualquer elevação de ALT ou AST acima dos valores de referência ou $\geq 50\%$ em relação ao valor basal requer investigação¹⁶. As principais causas de elevação de transaminases são toxicidade por medicamentos, lesão muscular, infecções, entre outras¹⁵.

Dentre as infecções nos pacientes em HD, destacam-se as hepatites B e C em razão do risco ocupacional e de transmissão cruzada nas unidades de diálise, do potencial de gravidade e da disponibilidade de tratamento específico^{17,18}. A “janela imunológica” é comumente definida como o período entre a infecção por determinado agente biológico e sua detecção em exames de rotina. No caso da hepatite B, esse tempo é de 30-60 dias até que o antígeno de superfície do vírus B (HBsAg) se torne reagente. Na hepatite C, o tempo entre a infecção e a detecção de anticorpos contra o vírus C (anti-HCV) varia entre 50-70 dias.

Nos casos em que o diagnóstico imediato é imperativo, como no caso de admissão em unidades de diálise, está indicada a realização de exames capazes de detectar em tempo real uma infecção que está em curso, isto é, a carga viral (quantitativa ou qualitativa), também denominada reação de polimerase em cadeia (PCR) e que identifica partículas do vírus B (DNA) ou do vírus C (RNA) no sangue ou em outros fluidos corporais¹⁶.

3.2. Paciente internado em condições de alta hospitalar, assintomático e com cultura de vigilância positiva para bactérias multirresistentes (BMR).

Recomendação 2. Não se deve aguardar a negatificação de cultura de vigilância positiva para BMR de pacientes hospitalizados, assintomáticos e em condições de alta hospitalar para autorizar a admissão em unidades de diálise. Nesses estabelecimentos de saúde, os pacientes devem receber precaução de contato padrão e não há obrigatoriedade de realização do procedimento de HD em sala de isolamento.

Comentário. De acordo com recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), todos os serviços de diálise devem ter protocolos de prevenção e controle de infecções, monitorar e notificar eventos adversos (incluindo infecções relacionadas à assistência à saúde)¹⁹. No caso de atendimento a pacientes colonizados/infectados por BMR, o uso de sala de isolamento, equipamentos de

hemodiálise separados e trabalhadores exclusivos não são obrigatórios. As medidas preventivas devem ser rigorosamente seguidas: adequada higiene das mãos, limpeza e desinfecção de superfícies, utilização de luvas e avental para todo contato com o paciente, uso de óculos e máscara para proteção da mucosa de olhos, boca e nariz dos profissionais de saúde, entre outras¹⁹⁻²¹.

3.3. Paciente internado em hospital privado, com condições de alta e com solicitação de vaga de TRS ambulatorial no SUS.

Recomendação 3. Em hospitais privados, a solicitação de vaga de TRS ambulatorial no SUS deve ser encaminhada para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do local de destino do paciente. Caberá à SMS informar ao hospital solicitante a lista de documentos, dados clínicos e exames obrigatórios conforme as normas de regulação locais. Não se deve transferir o paciente para um hospital público com a finalidade exclusiva de formalizar o pedido de TRS ambulatorial, exceto por expressa vontade do paciente ou de seu responsável legal.

Comentário. O acesso ao SUS é um direito universal no Brasil, garantido a todo cidadão, inclusive àqueles que possuem planos privados de saúde. A recomendação estabelece um fluxo para essa transição, especialmente quando o SUS do município ou estado não dispõe de sistema informatizado de regulação de oferta de TRS ou o hospital privado não possui acesso a esse sistema. A justificativa para recomendar que o ente municipal seja o receptor da solicitação de TRS ambulatorial está respaldada pelo princípio da descentralização do SUS e por portaria ministerial vigente^{13,22}. É dever do hospital enviar à SMS todas as informações clínicas e documentos de acordo com as normas do SUS do município para o qual a vaga de TRS está sendo solicitada¹³. A SMS do município de destino do paciente deve receber a documentação completa e incluir o caso nos processos de regulação locais¹³. É imprescindível que haja uma comunicação clara e contínua entre a instituição hospitalar privada e o agente público regulador.

3.4. Paciente com solicitação de vaga de TRS ambulatorial no SUS proveniente de outro estado ou outro país.

Recomendação 4. O pedido de vaga de TRS no SUS deve ser encaminhado do serviço de saúde do estado ou país de origem do paciente diretamente para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do local de destino solicitado. Caberá à SMS informar ao

solicitante as normas de regulação locais, incluindo a lista completa de documentos, informações e exames obrigatórios.

Comentário. O princípio da universalidade do SUS assegura que o acesso aos serviços de saúde é um direito de todos os cidadãos brasileiros e de todas as pessoas que se encontram em território nacional, o que inclui brasileiros que se encontram em outros estados e estrangeiros, migrantes, imigrantes, refugiados e solicitantes de asilo^{22,23}. A recomendação de encaminhar a solicitação eletiva de TRS ambulatorial diretamente à SMS de destino visa ordenar o fluxo, permitindo que o agente público inclua o caso na fila de regulação como o faria para seus próprios municípios^{13,22}. Em casos de emergência, o Ministério da Saúde reconhece o direito à assistência à saúde mesmo para indivíduos que não possuem cadastro de pessoa física (CPF) ou registro geral (RG)²².

3.5. Deve-se priorizar alguns tipos de solicitações de TRS ambulatorial em detrimento a outras?

Recomendação 5. Recomenda-se que seja seguida a seguinte ordem decrescente de prioridade: 1, solicitação inicial para paciente internado; 2, solicitação de mudança de modalidade; 3, solicitação inicial para paciente em domicílio; 4, solicitação de transferência ou trânsito. Pacientes com a mesma situação das elencadas acima, sugere-se ordenar os critérios de prioridade do mais antigo para o mais novo.

Comentário. A ordenação do acesso a serviços de saúde utilizando critérios outros além da ordem cronológica da solicitação é uma prática do SUS e faz parte das ações do que comumente se denomina gestão ou qualificação de fila. Exemplos da aplicação de critérios clínicos de prioridade na fila para serviços de saúde são observados em assistências ambulatorial²⁴⁻²⁷, hospitalar²⁸ e no contexto da TRS²⁹. A consequência salutar desses processos de gestão é que existam diferentes tempos médios de espera de acordo com a condição atual do paciente e com o risco presumido de agravamento.

Pacientes que se encontram internados somente à espera de vaga de TRS ambulatorial possuem alto risco de desnutrição, infecção hospitalar, internação prolongada e óbito³⁰⁻³⁴. Ademais, a ocupação ociosa de um leito hospitalar prejudica o acesso de outros pacientes e eleva o custo operacional do sistema de saúde (prioridade 1).

As solicitações de mudança de modalidade de TRS ambulatorial de hemodiálise para diálise peritoneal frequentemente se dão em razão de falência de acesso vascular, infecções recorrentes de corrente sanguínea e instabilidade hemodinâmica³⁵; a mudança de diálise peritoneal para hemodiálise pode ocorrer devido peritonite ou perda de

eficiência de troca da membrana peritoneal^{36,37}. Em ambos os casos, existe vulnerabilidade significativa e risco iminente de deterioração clínica (prioridade 2)^{38,39}.

Reconhecemos que indivíduos com solicitação eletiva de TRS ambulatorial e que se encontram em domicílio apresentam risco de piora súbita de função renal e de internação por urgência dialítica, e que esse risco aumenta à medida que o tempo de espera pelo início de TRS se prolonga. Entretanto, pela natureza da solicitação, o quadro clínico dessas pessoas é menos grave que as condições descritas nas prioridades 1 e 2. Antes que a DRC dos indivíduos com solicitação eletiva de TRS se agrave, essas pessoas têm ainda a possibilidade de procurar o serviço ambulatorial de origem e terem seu plano terapêutico ajustado (prioridade 3).

O atendimento tempestivo às solicitações de TRS ambulatorial por trânsito ou transferência sem dúvida é essencial por diversos motivos, entretanto a condição clínica dos requerentes é mais estável do que nas solicitações iniciais e de mudança de modalidade. Assim, sugere-se que as solicitações de trânsito ou transferência sejam classificadas como prioridade 4.

3.6. O executante deve repetir as sorologias virais enviadas pelo solicitante (hepatites B e C, e HIV) antes da admissão na unidade de diálise?

Recomendação 6. Não se recomenda que o executante repita as sorologias virais (hepatites B e C, e HIV) enviadas pelo solicitante de forma rotineira e sem justificativa válida.

Comentário. Os serviços de saúde de origem dos pacientes são os responsáveis diretos pela execução e validade dos exames realizados. Os órgãos públicos que fiscalizam as normas de funcionamento e a qualidade dos laboratórios de análises clínicas (públicos e privados) são os centros de vigilância sanitária estaduais e municipais⁴⁰. A exigência de repetição de exames sorológicos válidos prejudica o fluxo regulatório de vagas, atrasa o início da TRS, pode impactar negativamente a saúde do paciente e constitui uso inadequado de recursos e aumento de custos para o sistema de saúde. A lista dos exames obrigatórios para admissão em unidade de diálise assim como os prazos recomendados de validade estão descritos na recomendação 7 deste consenso.

3.7. Nas solicitações de TRS ambulatorial, quais exames devem ser obrigatoriamente enviados pelo médico solicitante ao médico regulador?

Recomendação 7. É de responsabilidade do solicitante enviar os resultados dos exames pactuados e respeitar um prazo máximo entre o resultado do exame e a data de avaliação pelo executante. Nas solicitações iniciais para pacientes internados, recomenda-se: hemograma, ureia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, cálcio (total ou iônico) e ALT (validade 15 dias); Anti-HCV, Anti-HBc-total, AgHbs, Anti-HBs, Anti-HIV e ultrassonografia renal (90 dias). Nas solicitações iniciais para paciente em domicílio, recomenda-se: hemograma, ureia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, cálcio (total ou iônico) e ALT (60 dias); Anti-HCV, Anti-HBc-total, AgHbs, Anti-HBs, Anti-HIV (180 dias) e ultrassonografia renal (360 dias). Nas solicitações de trânsito ou transferência, recomenda-se o envio dos exames mais recentes realizados na unidade de diálise de origem, com validade máxima equivalente à periodicidade prevista na diretriz brasileira vigente, isto é: hemoglobina, hematócrito, creatinina, sódio, potássio, cálcio (iônico ou total), fósforo, ALT, ureia (pré e pós), glicemia (para pessoas com diabetes mellitus) (30 dias); hemograma, saturação de transferrina, ferritina, fosfatase alcalina, paratormônio, hemoglobina glicada (se diabetes) (90 dias); Anti-HCV, Anti-HBc-total, AgHbs, Anti-HBs (180 dias) e Anti-HIV (360 dias)⁴¹.

Comentário. No caso das solicitações iniciais de TRS ambulatorial, os exames recomendados no processo de regulação devem garantir a possibilidade de o profissional executante realizar uma prescrição de diálise que seja segura para o paciente recém-admitido e para os demais pacientes da unidade de diálise de destino. Assim, os exames obrigatórios devem minimamente permitir a confirmação do diagnóstico de DRC (ureia, creatinina, ultrassonografia renal)^{12,13,41}, a prevenção de hipotensão arterial (hemoglobina/hematócrito)⁴², sangramentos (plaquetas)⁴³ e distúrbios eletrolíticos (sódio, potássio, cálcio)⁴⁴, e a redução de risco biológico ocupacional e de transmissão cruzada de hepatites e HIV (sorologias virais)^{16-18,45,46}.

3.8. Quais documentos devem ser obrigatoriamente enviados ao médico regulador pelo médico solicitante de TRS ambulatorial?

Recomendação 8. É dever do médico solicitante enviar relatório médico e os laudos contendo resultados dos exames obrigatórios, de acordo com a recomendação 7. O relatório médico deve ser completo, evolutivo e atualizado, contendo história clínica, medicações em uso, exame físico e, nos casos em que o paciente tenha iniciado TRS, o histórico de acessos vasculares (cateteres [venoso e peritoneal] e fístula arteriovenosa) e a prescrição médica do procedimento (HD ou DP).

Comentário. É de responsabilidade do solicitante o envio completo das informações clínicas, exames laboratoriais e documentos obrigatórios pactuados no fluxo de regulação. O envio incompleto dessas informações retarda o aceite do paciente pela unidade executante, atrasa o início oportuno do tratamento dialítico e impede a prescrição segura do tratamento na nova unidade de diálise⁴²⁻⁴⁴.

3.9. Quais exames e documentos podem ser dispensados do processo de regulação de acesso à TRS ambulatorial?

Recomendação 9. Para fins de admissão em unidade de diálise, não se deve exigir do solicitante a apresentação dos resultados de exames como: fósforo, paratormônio, colesterol total e frações, triglicérides, ferro, ferritina, saturação de transferrina, eletrocardiograma, ecocardiograma, radiografia de tórax, sorologia para sífilis, entre outros. Da mesma forma, não deve ser condicionada a admissão à apresentação da carteira de vacinação do paciente e outros exames além dos indicados nas recomendações 3 e 4 deste documento.

Comentário. De acordo com as recomendações 7 e 8 deste consenso, deve-se exigir o mínimo de documentos e exames que permitam ao executante realizar a prescrição da diálise de maneira segura. Os exames e documentos exigidos no processo de regulação de acesso à TRS não têm por objetivo esgotar as demandas do paciente com DRC estágio 5, as quais deverão ser atendidas após a admissão na unidade de diálise^{12,13,41}.

3.10. Em casos de solicitação inicial de HD, é obrigação do solicitante realizar o implante do cateter venoso para HD?

Recomendação 10. Não se deve exigir do solicitante o implante de cateter venoso para HD em pacientes internados nas seguintes condições: estáveis clinicamente, em condições de alta hospitalar, sem urgência dialítica e de posse de todos os exames e documentos obrigatórios. Nesse caso, o implante de cateter de HD não deve ser pré-requisito para alta hospitalar. Da mesma maneira, não é obrigação do solicitante o implante de cateter venoso ou confecção de fístula arteriovenosa para encaminhamento para HD de pacientes localizados em domicílio.

Comentário. A referência para implante de cateteres venosos e confecção de fístula arteriovenosa deve ser pactuada entre o gestor público e as unidades de diálise,

como pré-requisito para funcionamento desses estabelecimentos¹³. Esses procedimentos fazem parte da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS (SIGTAP)⁴⁷ e devem ser oferecidos pelo estabelecimento de saúde habilitado em HD, independentemente da localização do paciente (domicílio ou hospital)¹³. Essa recomendação não se aplica para pacientes com qualquer condição clínica que necessite de hospitalização (instabilidade hemodinâmica, sepse grave, urgência dialítica, entre outras).

3.11. Nos casos de solicitação inicial de DP para pacientes internados, o treinamento e implante de cateter peritoneal devem obrigatoriamente acontecer antes da alta hospitalar?

Recomendação 11. Não se deve exigir do solicitante o implante de cateter peritoneal para pacientes internados em condições de alta hospitalar, que ainda não iniciaram TRS, sem urgência dialítica e de posse dos exames e documentos obrigatórios. Nesse caso, o implante de cateter peritoneal e o treinamento para DP não devem ser pré-requisitos para alta hospitalar.

Comentário. O treinamento para DP e o implante de cateter de Tenckhoff são procedimentos contidos na tabela de procedimentos do SUS e devem ser oferecidos pelo serviço de saúde habilitado em diálise peritoneal, independentemente da localização do paciente (domicílio ou hospital)^{13,47}. Essa recomendação não se aplica para pacientes com qualquer condição clínica que necessite de hospitalização (instabilidade hemodinâmica, sepse grave, urgência dialítica, entre outras).

3.12. O serviço executante pode recusar pacientes com comorbidades que impliquem maior complexidade clínica?

Recomendação 12. Nenhum paciente que se encontre estável clinicamente, em condições de alta hospitalar ou localizado em domicílio, e de posse dos exames e documentos obrigatórios para regulação, pode ter sua admissão negada em razão exclusiva de idade avançada ou de condições de saúde que estejam dentro do perfil assistencial previamente pactuado entre os gestores e as unidades de diálise. Recomenda-se que os perfis assistenciais de cada unidade sejam claramente definidos, respeitando as limitações estruturais e garantindo a segurança do cuidado.

Comentário. O serviço de diálise integra a rede de assistência do SUS e não deve ser penalizado atribuindo-se a ele a responsabilidade pelo tratamento integral do paciente em diálise. A porta de entrada do paciente com DRC, assim como de todo paciente do SUS, é a Atenção Primária à Saúde, a qual é responsável pelo encaminhamento para os serviços de média e alta complexidade e pela coordenação do cuidado integral²². Em caso de descompensação clínica durante o procedimento de hemodiálise, a unidade de diálise deve prestar o primeiro atendimento ao paciente, garantindo sua estabilização¹³. Cabe ao gestor público local assegurar acesso imediato à rede de urgência e emergência e articulação entre os serviços de saúde para promover o cuidado compartilhado¹³.

3.13. O serviço executante pode recusar pacientes privados de liberdade?

Recomendação 13. A admissão de paciente em unidade de diálise não pode ser recusada em razão de o paciente ser privado de liberdade.

Comentário. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do SUS (PNAISP) visa garantir acesso universal, equânime e contínuo às ações e serviços de saúde para pessoas privadas de liberdade⁴⁸. Todos os estados e o distrito federal aderiram, formalmente, à PNAISP, devendo seguir suas diretrizes e os planos de ação estaduais e municipais.

3.14. Qual o limite de idade que define o atendimento de crianças em diálise ambulatorial?

Recomendação 14. A assistência em nefrologia pediátrica nas unidades de diálise deve seguir o limite de idade de até 12 anos completos.

Comentário. O Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS define a idade de 0 a 12 anos completos a quem se destinam os procedimentos relacionados à hemodiálise pediátrica⁴⁷. Em acordo, a Portaria número 1675 de 2018 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com DRC no SUS, especifica o atendimento em diálise, o qual abrange a faixa etária de 0 a 12 anos¹³.

4. Discussão

O presente consenso produziu 14 recomendações para apoiar a regulação de acesso à diálise ambulatorial no âmbito do SUS. Nas fases de elaboração e consulta

pública, foi possível obter participação de profissionais de saúde de todas as cinco regiões do Brasil.

A necessidade de padronizar as normas que regem o acesso à diálise ambulatorial é premente. Embora a maior parte das unidades de diálise que prestam serviço ao SUS no Brasil estão sob gestão municipal⁴⁹, existem deslocamentos intensos intermunicipais e até interestaduais de pessoas para tratamento em TRS⁵⁰. Isso ocorre, entre outros fatores, em razão do alto percentual de municípios de pequeno porte⁵¹, das dimensões continentais do Brasil e das iniquidades de oferta de serviços de saúde⁵².

As recomendações aqui apresentadas devem ser avaliadas respeitando as heterogeneidades regionais do Brasil. Em muitos locais, a escassez de unidades de diálise e a limitação de recursos físicos e humanos nos serviços solicitantes e órgãos reguladores certamente levarão à maior dificuldade de implementação de todo conteúdo deste documento⁵³. Entretanto, a título de exemplo, em que pese a indisponibilidade esperada de dosagens da carga viral de HBV e HCV, não encontramos alternativa segura para dispensar a realização desses exames no caso de pacientes com elevação de transaminases sem causa determinada e resultados negativos de AgHbs e anti-HCV, respectivamente.

Além disso, o uso estruturado de telerregulação deve ser incentivado como instrumento de suporte às equipes de regulação, especialmente em regiões com escassez de nefrologistas ou com dificuldades logísticas. Experiências nacionais e internacionais demonstram o potencial dessas ferramentas na ampliação do acesso e na qualificação dos processos gerenciais⁵⁴.

Sugere-se que, para além da implementação das recomendações, os gestores incorporem indicadores operacionais que permitam avaliar a eficiência dos processos regulatórios, como tempo médio de espera (segundo tipo de solicitação, perfil sorológico, entre outras variáveis), percentual de solicitações devolvidas por documentação incompleta e, nos locais em que estiver disponível, a resolubilidade da telerregulação⁵².

Muitas das recomendações aqui apresentadas podem ser utilizadas nas contratualizações entre operadoras de saúde e unidades de diálise que atendem pessoas com planos privados de saúde. Como é de conhecimento geral, o Brasil possui um sistema de saúde duplo, com intensa sobreposição de ações dos sistemas público e privado⁵⁵: o órgão fiscalizador dos estabelecimentos de saúde, que executam ou não serviços pagos pelo SUS, é a vigilância sanitária, uma instituição pertencente ao SUS^{13,40}; o direito ao SUS é universal, independentemente se o indivíduo possui ou não plano de saúde

privado²²; a TRS é uma das assistências com maior utilização do SUS por beneficiários de planos privados de saúde⁵⁶.

Em conclusão, reconhece-se que o conteúdo integral deste documento não possui força de lei. Entretanto, foi possível encontrar suporte na literatura especializada para a maioria das recomendações elaboradas. Assim, ele poderá subsidiar pactuações entre gestores, solicitantes e executantes de TRS ambulatorial tanto no SUS quanto na saúde suplementar. Recomenda-se que sejam conduzidos estudos futuros, preferencialmente em diferentes regiões do Brasil, para avaliar o impacto das recomendações propostas na eficiência do acesso à TRS ambulatorial.

Referências

1. Nkunu V, Tungsanga S, Diongole HM, Sarki A, Arruebo S, Caskey FJ, et al. Landscape of kidney replacement therapy provision in low- and lower-middle income countries: A multinational study from the ISN-GKHA. *PLOS Glob Public Health*. 2024;4(12):e0003979. doi: 10.1371/journal.pgph.0003979
2. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. United States of America. USDRS, 2023. International Comparisons. <https://usrds.adr.niddk.nih.gov/2023/end-stage-renal-disease/11-international-comparisons>
3. Bello AK, Okpechi IG, Levin A, Ye F, Damster S, Arruebo S, Donner JA, et al.; ISN-GKHA Group. An update on the global disparities in kidney disease burden and care across world countries and regions. *Lancet Glob Health*. 2024;12(3):e382-e395. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00570-3
4. Calice-Silva V, Neyra JA, Ferreiro Fuentes A, Singer Wallbach Massai KK, et al.; Regional Board and ISN-GKHA Team Authors. Capacity for the management of kidney failure in the International Society of Nephrology Latin America region: report from the 2023 ISN Global Kidney Health Atlas (ISN-GKHA). *Kidney Int Suppl (2011)*. 2024;13(1):43-56. doi: 10.1016/j.kisu.2024.01.001
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf
6. Ministério da Saúde, Brasil. IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica

- Demográfica. Projeção da População das Unidades da Federação por sexo, idade simples ou faixa-etária: 2000-2070 (edição 2024). <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?ibge/cnv/projpop2024uf.def>
7. Heaf J, Heiro M, Petersons A, Vernere B, Povlsen JV, Sørensen AB, et al. First-year mortality in incident dialysis patients: results of the Peridialysis study. *BMC Nephrol.* 2022;23(1):229. doi: 10.1186/s12882-022-02852-1
 8. Samaan F, Fernandes DE, Kirsztajn GM, Sesso RCC, Malik AM. Quality indicators for primary health care in chronic kidney disease in the public service of a city in the State of São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2022;38(2):e00090821. doi: 10.1590/0102-311X00090821
 9. Samaan F, Vicente CA, Pais LAC, Kirsztajn GM, Sesso R. Key Performance Indicators of Secondary Health Care in Chronic Kidney Disease: Experience in Public and Private Services in the State of São Paulo, Brazil. *Int J Nephrol.* 2024;2024:5401633. doi: 10.1155/2024/5401633
 10. Luyckx VA, Tuttle KR, Abdellatif D, Correa-Rotter R, Fung WWS, et al; World Kidney Day Joint Steering Committee. Mind the gap in kidney care: translating what we know into what we do. *Kidney Res Clin Pract.* 2025;44(1):6-19. doi: 10.23876/j.krcp.24.100
 11. Magadi W, Birnie K, Santhakumaran S, Caskey FJ, Ben-Shlomo Y. An updated systematic review of the risk factors for unplanned dialysis initiation. *Clin Kidney J.* 2024;17(12):sfac333. doi: 10.1093/ckj/sfac333
 12. Chan CT, Blankstijn PJ, Dember LM, Gallieni M, Harris DCH, Lok CE, et al.; Conference Participants. Dialysis initiation, modality choice, access, and prescription: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. *Kidney Int.* 2019;96(1):37-47. doi: 10.1016/j.kint.2019.01.017
 13. Ministério da Saúde, Brasil. Portaria nº 1675 de 2018. Critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1675_08_06_2018.html
 14. Younes-Ibrahim M, Rocha E, Reis T, Colares VS, Lima EQ, Andrade LC, et al. Guidelines for hospital nephrology assistance from the Brazilian Society of Nephrology (BSN). *Braz. J. Nephrol.* 2025;47(3):e20240239. doi: 10.1590/2175-8239-JBN-2024-0239en

15. Sette LH, Almeida Lopes EP. Liver enzymes serum levels in patients with chronic kidney disease on hemodialysis: a comprehensive review. *Clinics (Sao Paulo)*. 2014;69(4):271-8. doi: 10.6061/clinics/2014(04)09
16. Ministério da Saúde, Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Ofício nº1015 de 29 de maio de 2020. Orientações para a estratégia de microeliminação da hepatite C em serviços de diálise. https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/copy_of_portarias/2020/oficio-no-1015-2020-cgahv-dcci-svs-ms/view
17. Constancio NS, Ferraz MLG, Martins CTB, Kraychete AC, Bitencourt PL, Nascimento MMD. Hepatitis C in Hemodialysis Units: diagnosis and therapeutic approach. *J Bras Nefrol*. 2019;41(4):539-549. doi: 10.1590/2175-8239-JBN-2018-0177
18. Garthwaite E, Reddy V, Douthwaite S, Lines S, Tyerman K, Eccles J. Clinical practice guideline management of blood borne viruses within the haemodialysis unit. *BMC Nephrol*. 2019;20(1):388. doi: 10.1186/s12882-019-1529-1
19. Ministério da Saúde, Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Prevenção de infecções por microrganismos multirresistentes em serviços de saúde. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/manual-prevencao-de-multirresistentes7.pdf>
20. Dittrich M, Silberzweig J, Hymes JL, Giullian J, Green G, et al. Management of Patients with Multidrug-Resistant Organisms in Outpatient Dialysis Facilities. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2023;19(5):656–9. doi: 10.2215/CJN.0000000000000419
21. Calfee DP. Multidrug-resistant organisms in dialysis patients. *Semin Dial*. 2013;26(4):447-56. doi: 10.1111/sdi.12094
22. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
23. Brasil. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Dispõe sobre os direitos e os deveres do migrante e do visitante, regula a sua entrada e estada no País e estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas para o emigrante. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113445.htm

24. Brasil, Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada. Volume 1. Endocrinologia e Nefrologia. Brasília, DF, 2016. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_AB_vol1_Endocrinologia_Nefrologia.pdf
25. Secretaria de Estado da Saúde do Mato Grosso do Sul, Brasil. Núcleo de Telessaúde. Apoio ao Diagnóstico. Em que situações dentro da APS devemos encaminhar o paciente com disfunção renal para o nefrologista? Campo Grande, MS, 2023. <https://aps-repo.bvs.br/aps/em-que-situacoes-dentro-da-aps-devemos-encaminhar-o-paciente-com-disfuncao-renal-para-o-nefrologista/>
26. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, PR, Brasil. Protocolo de encaminhamentos da Atenção Primária para Atenção Especializada, Nefrologia. Curitiba, PR, 2023. <https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/AVALIACAO%20NEFROLOGIA.pdf>
27. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, Brasil. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde. Protocolo de regulação de acesso vascular para hemodiálise eletivo. Brasília, DF, 2025. <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/PROTOCOLO+DE+REGULACAO+DE+ACESSO+VASCULAR+PARA+HEMODIALISE+ELETIVO.pdf/b9f21753-d15b-e896-d11c-7c7fb7fc3333?t=1748625568848>
28. Cicolo EA, Nishi FA, Peres HHC, Cruz DALMD. Effectiveness of the Manchester Triage System on time to treatment in the emergency department: a systematic review. *JBI Evid Synth.* 2020;18(1):56-73. doi: 10.11124/JBISRIR-2017-003825
29. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Brasil. Protocolo de Classificação de risco. Terapia Renal Substitutiva. Florianópolis, SC, Brasil, 2023. <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/regulacao/protocolo-de-acesso-e-classificacao-de-risco/nefrologia-geral/download>
30. Bian Z, Gu H, Chen P, Zhu S. Comparison of prognosis between emergency and scheduled hemodialysis. *J Int Med Res.* 2019;47(3):1221-1231. doi: 10.1177/0300060518807092
31. Silva LK, Bregman R, Lessi D, Leimann B, Alves MB. Ensaio sobre a cegueira: mortalidade de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise de emergência. *Cien Saude Colet.* 2012;17(11):2971-80. doi: 10.1590/s1413-81232012001100014. PMID: 23175304

32. Magalhães LP, Dos Reis LM, Graciolli FG, Pereira BJ, de Oliveira RB, et al. Predictive Factors of One-Year Mortality in a Cohort of Patients Undergoing Urgent-Start Hemodialysis. *PLoS One*. 2017;12(1):e0167895. doi: 10.1371/journal.pone.0167895
33. Roy D, Chowdhury AR, Pande S, Kam JW. Evaluation of unplanned dialysis as a predictor of mortality in elderly dialysis patients: a retrospective data analysis. *BMC Nephrol*. 2017;18(1):364. doi: 10.1186/s12882-017-0778-0
34. Liao CT, Lai JH, Chen YW, Hsu YH, Wu MY, Zheng CM, Hsu CC, Wu MS, Chuang SY. Transitions of dialysis status and outcomes after the unplanned first dialysis: a nationwide population-based cohort study. *Sci Rep*. 2023;13(1):12867. doi: 10.1038/s41598-023-39913-w
35. Unal A, Kocuyigit I, Sipahioglu MH, Tokgoz B, Oymak O, Utas C. Comparison and causes of transfer from one dialysis modality to another. *Int Urol Nephrol*. 2011;43(2):513-8. doi: 10.1007/s11255-010-9836-2
36. Sun X, McKeaveney C, Shields J, Chan CP, Henderson M, Fitzell F, Noble H, O'Neill S. Rate and reasons for peritoneal dialysis dropout following haemodialysis to peritoneal dialysis switch: a systematic review and meta-analysis. *BMC Nephrol*. 2024;25(1):99. doi: 10.1186/s12882-024-03542-w
37. Koc Y, Unsal A, Basturk T, Sakaci T, Ahabap-Dal E, Sinangil-Arar A, Kose-Budak S, Kayabasi H. Is there impact of mortality prior hemodialysis therapy in peritoneal dialysis patients? *Nefrologia*. 2012;32(3):335-42. doi: 10.3265/Nefrologia.pre2012.Jan.11143
38. Chan C, Combes G, Davies S, Finkelstein F, Firanek C, Gomez R, et al. Transition Between Different Renal Replacement Modalities: Gaps in Knowledge and Care-The Integrated Research Initiative. *Perit Dial Int*. 2019;39(1):4-12. doi: 10.3747/pdi.2017.00242
39. Imbeault B, Nadeau-Fredette AC. Optimization of Dialysis Modality Transitions for Improved Patient Care. *Can J Kidney Health Dis*. 2019;6:2054358119882664. doi: 10.1177/2054358119882664
40. Ministério da Saúde, Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução número 978 de 2025. Brasília, DF, 2025. Dispõe sobre o funcionamento de Serviços que executam as atividades relacionadas aos Exames de Análises Clínicas (EAC). <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-anvisa-n-978-de-6-de-junho-de-2025-635044217>

41. Ministério da Saúde, Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde, 2014. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf
42. Davenport A. Why is Intradialytic Hypotension the Commonest Complication of Outpatient Dialysis Treatments? *Kidney Int Rep.* 2022;8(3):405-418. doi: 10.1016/j.ekir.2022.10.031
43. van Eck van der Sluijs A, Pai P, Zhu W, Ocak G. Bleeding Risk in Hemodialysis Patients. *Semin Nephrol.* 2023;43(6):151478. doi: 10.1016/j.semnephrol.2023.151478
44. Timofte D, Tanasescu MD, Balcangiu-Stroescu AE, Balan DG, Tulin A, et al. Dyselectrolytemia-management and implications in hemodialysis (Review). *Exp Ther Med.* 2021;21(1):102. doi: 10.3892/etm.2020.9534
45. Nakazawa S, Fukai K, Furuya Y, Hoshi K, Kojimahara N, Toyota A, et al. Occupational class and risk of hepatitis B and C viral infections: A case-control study-based data from a nationwide hospital group in Japan. *J Infect Public Health.* 2022;15(12):1415-1426. doi: 10.1016/j.jiph.2022.11.005
46. Lewis JD, Enfield KB, Sifri CD. Hepatitis B in healthcare workers: Transmission events and guidance for management. *World J Hepatol.* 2015;7(3):488-97. doi: 10.4254/wjh.v7.i3.488
47. Ministério da Saúde, Brasil, DATASUS. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM (Órteses, próteses e materiais) do SUS (SIGTAP). <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>
48. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça; Brasil. Portaria Interministerial nº 1 de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2014. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/interministerial/2014/prt0001_02_01_2014.html
49. Ministério da Saúde, Brasil. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Estabelecimentos de saúde, segundo habilitação. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/habbr.def>
50. Santos GPA, Sesso R, Lugon JR, de Menezes Neves PDM, Barbosa AMP, da Rocha NC, Modelli de Andrade LG. Geographic inequities in hemodialysis access: a call to

- reassess dialysis facility locations in Brazil. *J Nephrol.* 2024;37(9):2601-2608. doi: 10.1007/s40620-024-02120-5
51. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Brasil. Ministério da Saúde, Brasil, DATASUS. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>
52. Nerbass FB, Lima H do N, Strogoff-de-Matos JP, Zawadzki B, Moura-Neto JA, et al. Brazilian Dialysis Survey 2023. *Braz J Nephrol.* 2025;47(1):e20240081. doi:10.1590/2175-8239-JBN-2024-0081en
53. Santos GPA, et al. Geographic inequities in hemodialysis access in Brazil. *J Nephrol.* 2024;37(9):2601-2608.
54. Deboni LM, et al. Development and implementation of telehealth for peritoneal dialysis and kidney transplant patients monitoring during the COVID-19 pandemic. *J Bras Nefrol.* 2021;43(3):422-428.
55. Brasil. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm
56. Ministério da Saúde, Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Panorama do Ressarcimento ao SUS. Dezembro de 2024. Dados e informações. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoizjZmNWVhMzAtMDcxMS00MmNhLWIxOWUtMDIxNjgzZTBjMjM0IiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>