

**Fluxo de Acesso para  
Terapêuticas das Estratégias para Atenuar a Progressão da Doença Renal Crônica  
PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 11, DE 16 DE SETEMBRO DE 2024.**

| <b>MEDICAMENTOS</b>                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• DAPAGLIFLOZINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)</li></ul> |

| <b>DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do paciente;</li><li>• Cópia de documento de identidade e CPF do paciente;</li><li>• Cópia do comprovante de residência; (em nome do paciente ou do responsável pelo paciente).</li><li>• Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), adequadamente preenchido (deve ser renovado SEMESTRALMENTE *exceto quando houver mudança de dose, pois será necessário um novo LME);</li><li>• <b>Prescrição médica devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo médico. (As prescrições médicas devem obedecer as normas sanitárias vigentes para cada tipo de medicamento solicitado. (LEI Nº 13.732, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2018; PORTARIA 344, de 1998; RESOLUÇÃO – RDC Nº 20, DE 5 DE MAIO DE 2011 e outros).</b></li><li>• Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER; assinado pelo médico e paciente.</li><li>• Formulário de Acesso ao Medicamento para <b>Terapêuticas das Estratégias para Atenuar Progressão da Doença Renal Crônica</b>, preenchido, assinado e carimbado pelo médico. <b>(Caso o Formulário contenha todas as informações necessárias para que ocorra a avaliação, não será obrigatório o relatório médico).</b></li><li>• Relatório médico com CID-10, informando os seguintes dados: 1. A história clínica do paciente. 2. Ausência de Critério de Exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de Estratégias para Atenuar a Progressão da Doença Renal Crônica.</li></ul> |

| <b>EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Creatinina Sérica para estimar a TFG (validade 3 meses)</li><li>• B-HCG (para indivíduos com potencial gestacional, excetuando-se aqueles com histórico de histerectomia ou esterilidade comprovada) (validade um mês)</li><li>• Hemograma (validade 3 meses)</li><li>• Sumário de urina (validade 3 meses)</li><li>• Taxa de Filtração Glomerular (validade 3 meses)</li><li>• Pesquisa de Albuminúria (validade 3 meses)</li><li>• RAC – Relação albumina/creatinina urinária. (para pacientes não diabéticos. (validade 6 meses)</li><li>• Ultrassonografia dos Rins e das Vias Urinárias <b>(para pacientes que apresentam TFG <math>\geq 60</math> mL/min/1,73 m<sup>2</sup>)</b> (validade 6 meses) <b>OU</b></li><li>• Biópsia Renal (validade indeterminada)</li></ul> |

## EXAMES DE MONITORAMENTO

- 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.
- **DRC estágios 1 e 2 – TFG > ou igual 60 mL/min/1,73m<sup>2</sup> na presença de proteinúria ou hematuria 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 **Periodicidade:** anualmente.
- **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. **Periodicidade:** anualmente.
- **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.
- **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 **Periodicidade** trimestralmente, incluindo TFG, EAS, RAC, dosagem de potássio, hemograma e estoques de ferro. **Periodicidade** 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.
- **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. 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 **Periodicidade** trimestralmente. Dosagens de colesterol total, HDL e triglicérides devem ser consideradas **Periodicidade** 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.

## UNIDADES DE REFERÊNCIA

### **Capital e Região Metropolitana**

#### **CIMEB – Centro de Infusões e Medicamentos Especializados da Bahia**

Parque Solar Boa vista

End: Av. Laurindo Régis, s/nº - Engenho Velho de Brotas, Salvador - BA, CEP 40250-240

Horário: 7h às 18h

Tel: da Farmácia: 3116-4935/31171645

E-mail: [cimeb@saude.ba.gov.br](mailto:cimeb@saude.ba.gov.br)

#### **CREASI - Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso**

End: Av. Antônio Carlos Magalhães, s/nº, Edf. Professor José Maria de Magalhães Netto. Salvador/ Bahia, 41820-000.

Tel: da Farmácia: (71) 3103-6139

Horário: 7h às 19h

E-mail: [creasi.farmacia@saude.ba.gov.br](mailto:creasi.farmacia@saude.ba.gov.br)

#### **HAN - Hospital Ana Nery**

End: R. Saldanha Marinho, s/nº - Caixa D'agua, Salvador – BA, CEP 40320-010

Tel: da Farmácia: 3117-1877/1863 Horário: 07:30 h às 16:30h

E-mail: [farmacia.renais@gmail.com](mailto:farmacia.renais@gmail.com)

### **Interior**

### **Bases Regionais de Saúde e Núcleos Regionais de Saúde (antigas DIRES)**

## 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.

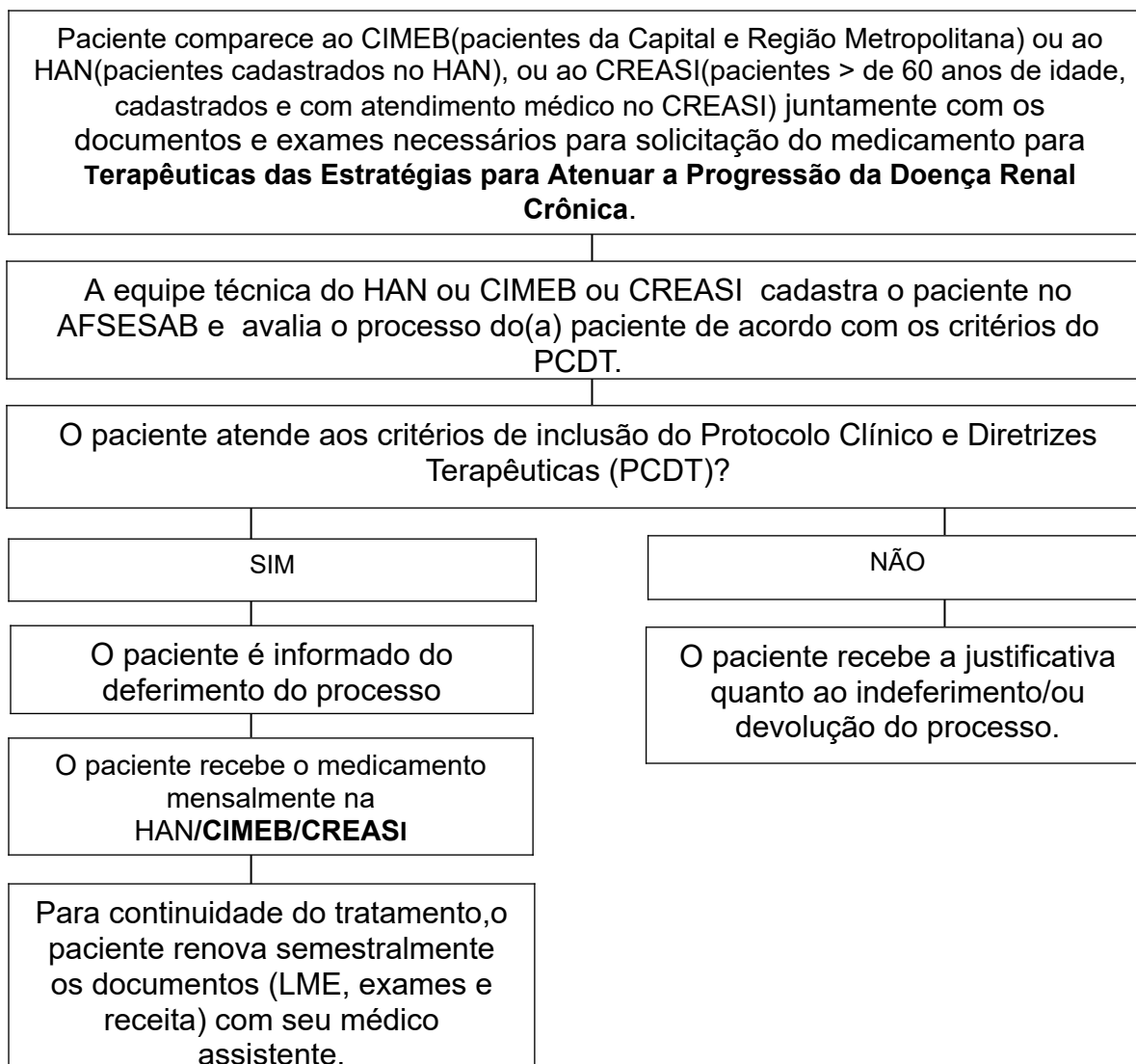
**Atenção:** Para consultar as atualizações dos medicamentos e CID-10 desta patologia, acessar o SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP): <http://sigtap.datasus.gov.br/>

## OBSERVAÇÕES

**Atendimento no CREASI** - Pacientes cadastrados no CREASI e com atendimento médico no CREASI, com indicação do uso da Dapagliflozina, poderão dar entrada dos documentos e exames necessários para solicitação do medicamento para **Terapêuticas das Estratégias para Atenuar a Progressão da Doença Renal Crônica na própria Unidade, o CREASI cadastra o medicamento no AFSESAB e avalia o processo dos pacientes com idades superiores a 60 anos.**

· 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.

## DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR



**FLUXO DOS PROCEDIMENTOS PARA NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE- NRS E/OU BASES  
REGIONAIS DE SAÚDE- BRS (Antigas DIRES)**

