



CIRCULAR NORMATIVA CONJUNTA

Circular n.º: 06/2025/ACSS/DGS

Data: 2025-05-09

Assunto: Consulta de doença renal avançada em estágio de DRC4/5

Destinatários: Conselhos de Administração das ULS e serviços de nefrologia

Responsável da entidade emissora:

O Presidente do Conselho Diretivo da ACSS

(André Trindade)

A Diretora-Geral da Saúde

(Rita Sá Machado)

Enquadramento

A Estratégia Nacional para a Promoção da Saúde Renal e Cuidados Integrados na Doença Renal Crónica 2023-2026, aprovada pelo Despacho n.º 12635/2023, refere no n.º 3 (Integração de cuidados) que “Para a sustentabilidade da prestação de cuidados na DRC, e da sua qualidade, é necessário implementar linhas de qualidade organizacional e assistencial promotoras de integração de cuidados sendo a transição para diálise a etapa da doença renal crónica que reúne mais carga clínica e económica, para o doente, para a família e para o orçamento de Estado, neste setor de doença crónica”.

Para melhor gestão de transição de modalidades de tratamento no circuito do doente em diálise crónica, com otimização de recursos, são desejáveis unidades integradas de diálise, que ofereçam planos de tratamento individualizados, integrando hemodiálise em centro, hemodiálise domiciliária, diálise peritoneal, tratamentos assistidos em fases de perda de autonomia e tratamento

conservador não dialítico em doentes eletivos, deste modo promovendo percursos que melhoram a qualidade dos cuidados prestados e a resposta às necessidades dos doentes e famílias.

No cumprimento dos Despachos n.º 12635/2023, de 11 de dezembro e n.º 3391/2025, de 17 de março, e garantindo a implementação do percurso de cuidados integrados para a pessoa com doença renal crónica, publicado pela DGS, procede-se à definição de critérios e requisitos de operacionalização de clínica de doença renal avançada tendo em vista os seguintes objetivos:

- a) Promover a melhoria da qualidade assistencial nos serviços hospitalares de nefrologia com vista a aumentar a sobrevivência livre de diálise, diminuir o número de internamentos e diminuir a indução não planeada de diálise na trajetória da DRC avançada;
- b) Assegurar o acesso personalizado a modalidades de tratamento substitutivo renal crónico: diálise peritoneal, hemodiálise, transplante renal ou tratamento conservador não dialítico;
- c) Implementar a gestão dos processos de opção, acesso e indução de tratamento substitutivo renal crónico, com foco na melhoria dos resultados clínicos e na promoção, suportada pela evidência, de transplantação renal e diálise domiciliária;
- d) Definir planos de tratamento e individualização terapêutica, no seio de um processo de decisão partilhada;
- e) Garantir circuitos seguros de acesso de diálise vascular e peritoneal com resposta cirúrgica atempada e de qualidade;
- f) Aumentar a ambulatorização das cirurgias de acesso vascular e peritoneal;
- g) Operacionalizar o circuito de tratamento conservador não dialítico nos doentes elegíveis que optem por esta modalidade.

Foi ouvida a Direção-Executiva do Serviço Nacional de Saúde, que deu o seu parecer favorável.

Operacionalização

1. A criação da consulta de doença renal avançada e implementação da clínica respetiva num serviço de nefrologia, deve ser assumida como medida de melhoria organizacional e responsabilidade prioritária, com vista ao cumprimento das metas preconizadas na Estratégia Nacional para a Doença Renal Crónica e o cumprimento da revisão da despesa pública (*spending review*) no setor da diálise.
2. A consulta estruturada de doença renal avançada é um pilar inequívoco e cientificamente validado de ganhos em saúde promotora de planos individualizados de prevenção e tratamentos, e orientações suportadas pela ciência de *transplantation first* e *home-care first*.



3. Metas:

- a) Meta: < 30 % de indução não planeada de diálise crónica, sob a fórmula: número de doentes que iniciaram tratamento substitutivo renal crónico com diálise em internamento hospitalar/ número total de doentes que iniciaram diálise crónica no ano;
 - b) Meta: 20 % de indução em diálise domiciliária, sob a fórmula: número de doentes que iniciaram tratamento substitutivo renal crónico com diálise domiciliária/ número total de doentes que iniciaram diálise crónica no ano;
 - c) Meta: incremento de 5% ao ano do indicador número total de transplantes renais realizados no ano/ número de doentes elegíveis para transplante renal; com menção de percentagem de número de transplantes renais de dador vivo /numero de transplantes de dador falecido;
 - d) Meta: >80 % dos doentes operados dentro dos tempos máximos de resposta garantidos aplicável a cirurgias de acesso de diálise e respetivos critérios de qualidade e segurança;
 - e) Meta:> 80 % de cirurgias de acesso de diálise realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis;
 - f) Meta: 100 % dos doentes incluídos em tratamento conservador não dialítico (TCND) com registo eletrónico na plataforma GID, e respetiva monitorização da qualidade e segurança do tratamento, sob a fórmula: número de doentes registados em TCND/número total de doentes induzidos em TCND no ano.
4. Deve ser criado código consulta de doença renal avançada-nefrologia.
 5. A Consulta deve ser capacitada com meios clínicos e estruturais para seguir os doentes a montante do processo/fase de opção de tratamento substitutivo renal crónico.
 6. O planeamento do tratamento de substituição da função renal deve culminar na elaboração de um plano de tratamento tendo em conta:
 - a) Avaliação das condições para transplantação renal antecipada;
 - b) Existência de dador vivo potencial;
 - c) Avaliação das condições para diálise peritoneal;
 - d) Avaliação das condições para hemodiálise domiciliária;
 - e) Avaliação do património vascular por ecodoppler, com determinação dos tipos de acesso vascular arteriovenoso para hemodiálise possíveis de construção.
 7. Devem ser identificados em registo clínico os critérios de elegibilidade e não elegibilidade para cada uma das modalidades, e respetivo plano individual de opção de tratamento e transições previsíveis entre modalidades, incluindo prioridades na gestão de fim-de-vida.



8. Como vetor de ganhos organizacionais, clínicos e económicos, a consulta de doença renal avançada pode evoluir como clínica de doença renal avançada ou também designada unidade de transição, e é eletiva para habilitação a centro de responsabilidade integrada, nos termos a definir pela ACSS.
9. A implementação da consulta de doença renal avançada deve apresentar anualmente os seus resultados, com acesso público ao seu relatório de movimento e resultados, contemplando:
 - a) percentagem de doentes incidentes em diálise domiciliária;
 - b) percentagem de doentes com acesso a transplantação de dador vivo;
 - c) percentagem de ambulatorização de procedimentos (cirurgia de acesso);
 - d) percentagem de hospitalização domiciliária;
 - e) programa de telemonitorização e *e-Health* na gestão da doença renal crónica.
10. A Consulta deve ser munida de um plano de gestão de qualidade com indicadores de monitorização, definidos no anexo 11 do percurso de cuidados integrados para a pessoa com doença renal crónica, publicado pela DGS.

Investigação e difusão de conhecimento:

Como potenciação de resultados da consulta (ou clínica) de doença renal avançada devem ser desenvolvidas áreas de investigação clínica relevante e difusão de conhecimento com parceria estratégica com os cuidados primários de saúde.

Gestão de informação:

1. A instituição deve investir nos meios tecnológicos que permitam informação útil e eficiente para tomadas de decisão pela gestão. São oportunos instrumentos de *e-Health* que apoiam os circuitos clínicos e de controlo pela gestão.
2. A consulta de doença renal avançada beneficia de um plano de comunicação interna e externa da sua atividade e dos seus resultados.