



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº558/2021

Vitória, 31 de maio de 2021

Processo n° [REDACTED]  
[REDACTED] impetrado por  
[REDACTED] em favor de [REDACTED]

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas do Juizado Especial da Fazenda Pública de Cachoeiro de Itapemirim, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Fábio Pretti, sobre o procedimento: **transferência para outra clínica de hemodiálise próxima ao município de Cachoeiro de Itapemirim.**

## I – RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, o paciente de 69 anos de idade, reside no distrito de Conduru, no município de Cachoeiro de Itapemirim, tendo sido diagnosticado com Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Insuficiência Renal Crônica, estágio V, sendo necessário realizar hemodiálise três vezes por semana. Ocorre que, segundo relato do paciente, lhe foi negado realizar a hemodialise em Cachoeiro de Itapemirim, tendo então que se deslocar até o município de Cariacica para realizar o procedimento três vezes por semana, a despeito, das patologias que possui e de sua idade. O [REDACTED] relata que Oficiou a Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim que respondeu que “atualmente a Região Sul de Saúde possui 100% de ocupação de leitos de hemodiálise e poucas vagas que surgem em decorrência do óbito de outros pacientes são utilizadas para promover a desospitalização de pacientes internados que dependem do tratamento a nível ambulatorial” ( documento anexado aos autos sem numeração). Relata ainda que foi oficiado ao Requerido para que informasse a demanda reprimida dos pacientes da



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

regional sul no aguardo de atendimento em hemodiálise no Município de Cachoeiro de Itapemirim, que se encontram em deslocamento para grande Vitória para realizar o procedimento, bem como a posição do Sr. [REDACTED] na fila de espera para realizar o procedimento Hemodiálise em Cachoeiro, não obtendo resposta da Superintendência. Pelo exposto, recorre à via judicial para obter o pleito. (documento anexado às fls. não numeradas nos Autos enviados ao NAT)

2. Às fls. não numeradas documento emitido pelo paciente em 24 de fevereiro de 2021, informando que residia no município de Cariacica e que começou a fazer as sessões de hemodiálise quando morava no Município. As sessões são três vezes por semana com duração de 4 horas cada uma. Relata que mudou-se para o distrito de Conduru, que fica no município de Cachoeiro de Itapemirim, porém o tratamento se manteve em Cariacica, que fica a 100 Km de sua atual residência. Tentou transferência para um serviço localizado em Cachoeiro, mas não obteve êxito, o que motivou entrar com a Ação.
3. Às fls. não numeradas resumo de internação que ocorreu no Hospital Meridional de 11/11/2020 a 09/12/2020. Consta relato que o paciente possui IRC (insuficiência renal crônica), fez transplante renal há 10 anos, nefrectomia direita em março de 2018 devido a neoplasia maligna, suspeita de rejeição crônica ao transplante. Recebeu alta com várias orientações entre elas a vaga já disponibilizada na Medrim para realizar as sessões de hemodiálise.
4. Consta anexado laudo médico emitido em 10 de fevereiro de 2021 pelo Dr. Alaor Pavesi, nefrologista da Clínica Medrim, CRMES-2497, informando que o paciente realiza três sessões semanais de hemodiálise com duração de 4 horas cada uma, de 15:00 as 19:00 horas.
5. Às fls. não numeradas se encontra laudo assinado pela assistente social Cleusa M. Albani Scardua, datado de 10 de fevereiro de 2021, informando que o paciente é



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

munícipe de Cachoeiro de Itapemirim e deseja ser transferido para um serviço de hemodiálise em seu Município de residência atual.

**II – ANÁLISE**  
**DA LEGISLAÇÃO**

1. **A Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II , item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
2. **A Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina** define urgência e emergência:

Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Parágrafo Primeiro - Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediate.

Parágrafo Segundo - Define-se por **EMERGÊNCIA** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

## DA PATOLOGIA

1. **A doença renal crônica (DRC) ou insuficiência renal crônica (IRC)** se refere à perda lenta e gradual das funções renais. A definição é baseada em três componentes: (1) um componente anatômico ou estrutural (marcadores de dano renal); (2) um componente funcional (baseado na taxa de filtração glomerular - TFG) e (3) um componente temporal. Com base nessa definição, seria portador de DRC qualquer indivíduo que, independente da causa, apresentasse  $TFG < 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$  ou a  $TFG > 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$  associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso (por exemplo, proteinúria) presente há pelo menos 3 meses.
2. A ausência de sintomas nos pacientes que se encontram nos estágios iniciais da DRC exige que os médicos mantenham sempre um nível adequado de suspeição, especialmente naqueles pacientes com fatores de risco médico ou sociodemográfico para DRC. Alterações funcionais, principalmente na TFG, são um importante componente no diagnóstico e classificação da DRC.
3. Na prática clínica, a TFG é avaliada por meio da mensuração de níveis de substâncias que são normalmente produzidas pelo corpo. A uréia, o primeiro marcador endógeno utilizado, não é completamente confiável, já que seus níveis são mais vulneráveis a mudanças por razões não relacionadas com a TFG. Uma dieta com alto consumo de proteínas, destruição tecidual, hemorragia gastrointestinal de grande monta e terapia com corticosteróides podem determinar um aumento nos níveis de uréia plasmática, enquanto uma dieta pobre em proteínas e doença hepática podem levar a uma redução. Além disso, 40-50% da uréia filtrada pode ser reabsorvida pelos túbulos, embora a proporção esteja reduzida na insuficiência renal avançada.
4. A creatinina é quase exclusivamente um produto do metabolismo da creatina e da



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

fosfocreatina no músculo esquelético, embora a ingestão de carne também possa contribuir levemente para os níveis dessa substância no sangue. Sua geração é relativamente constante durante o dia e diretamente proporcional à massa muscular. O uso isolado da creatinina sérica para estimar a TFG é insatisfatório e leva a atrasos no diagnóstico e no tratamento da DRC. Clinicamente, o método mais utilizado para obter informações sobre a TFG é a depuração de creatinina, com coleta de urina ao longo de 24 horas, no qual a excreção de creatinina urinária em 24 horas é dividida pela concentração de creatinina sérica.

## **DO TRATAMENTO**

1. O tratamento dos pacientes com DRC requer o reconhecimento de aspectos distintos, porém relacionados, que englobam a doença de base, o estágio da doença, a velocidade da diminuição da filtração glomerular, identificação de complicações e comorbidades, particularmente as cardiovasculares.
2. Por meio do diagnóstico, é possível instituir ao paciente um tratamento conversador ou a diálise, com o objetivo de adiar a piora da função renal, o aparecimento dos sintomas e prevenir as complicações associadas a essa doença.
3. O tratamento dialítico pode ser realizado por diálise peritoneal ou hemodiálise. A diálise peritoneal consiste na utilização de solução de diálise para a realização do processo de purificação. Enquanto a hemodiálise consiste em um processo de filtração dos líquidos extracorporais do sangue, através de uma máquina que substitui as funções renais. Ambas as formas de tratamento podem ocasionar complicações. A realidade da vida cotidiana dos doentes com IRC em hemodiálise é permeada de alterações físicas que impõem limitações ao cotidiano e exige adaptações.
4. A fístula arteriovenosa (FAV) é considerada o acesso de escolha para hemodiálise



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

devido à menor taxa de complicações infecciosas e não infecciosas e ao menor custo de tratamento se comparada às próteses e cateteres centrais. A trombose de um acesso definitivo para hemodiálise, seja uma fístula ou prótese, é um evento agudo que pode interromper o tratamento dialítico, com necessidade de implante de cateteres caso não tratado. A maior causa das trombozes de FAV é a presença de estenoses venosas por hiperplasia intimal, causando baixo fluxo e finalmente trombose do acesso. O tratamento das trombozes de FAV pode ser cirúrgico, com trombectomia, ou farmacológico, com trombolíticos, seguido de angioplastia da estenose causadora, com resultados semelhantes entre essas modalidades. A literatura mostra que o tratamento com a técnica endovascular com uso de trombolítico e angioplastia de estenoses tem taxa de sucesso de 76% a 94%, com maiores chances de sucesso para as fístulas distais.

5. A IRC promove uma nova realidade de vida para o paciente, podendo impossibilitá-lo de organizar sua vida frente as possíveis mudanças que ocorrem na qualidade e no estilo de vida. Tais mudanças exigem que o paciente estabeleça estratégias de enfrentamento para aderir à nova condição de vida.
6. O tratamento definitivo indicado é o transplante renal, o qual é um processo demorado e, como alternativa para se manter a vida do paciente.

## **DO PLEITO**

1. **Transferência para outra clínica de hemodiálise.**

## **III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. De acordo com os Documentos anexados, o paciente é portador de IRC, já em programa de hemodiálise e solicita vaga em outra clínica em seu município de



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

residência.

2. O que o NAT pode dizer é que o paciente necessita realizar as sessões de hemodiálise, não pode interrompê-las, sob pena de agravar seu quadro. O paciente residia em Cariacica, quando o poder público disponibilizou o tratamento para o mesmo na clínica MedRim. Não resta dúvida que o ideal seria que o paciente realizasse as sessões o mais próximo de sua residência, até porque o período pós hemodiálise pode provocar mal estar, queda da pressão arterial. A questão que se coloca é se as clínicas em Cachoeiro que realizam hemodiálise não tem vaga disponível, no momento, não há muito o que fazer a não ser manter as sessões em Cariacica. Inportante que o Magistrado determine que o questionamento do [REDACTED] à Superintendencia de Saúde Regional Sul seja respondido, isto é, qual a demanda hoje de solicitação de transferência de outros pacientes que se encontram realizando hemodiálise em outros municípios e residem em Cachoeiro de Itapemirim e qual a posição do Sr. [REDACTED] nesta lista de espera. Isto é importante saber, porque pode ser que existam na lista de espera outros pacientes em estado mais grave e idade mais avançada que o Requerente, que nesse caso teriam prioridade.

[REDACTED]

**REFERÊNCIAS**

Bastos M. G. Et al, Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise, disponível em:



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n1/v33n1a13.pdf>

Machado G.R.G. et al, Tratamento de diálise em pacientes com insuficiência renal crônica, disponível em: <http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/26/137-148.pdf>