



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

PARECER TÉCNICO NAT / TJES Nº 689/2021

Vitória, 25 de Junho de 2021.

Processo nº [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa a atender solicitação de informações técnicas do 2º Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública de Vitória - ES, requeridas pelo MMª Juíza de Direito Dra. Rachel Durão Correia Lima, sobre o procedimento: **Implante de cateter de longa permanência.**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com o Termo de Reclamação, o Requerente é portador de insuficiência renal crônica, dialítico e foi encaminhado para o PA para internação e implante de cateter permanente (Permcath). Realiza hemodiálise às segundas, quartas e sextas apresentando sangramento em óstio do cateter. Paciente também é portador de insuficiência cardíaca com FE de aproximadamente 30%, já teve múltiplos acessos e necessita de avaliação em serviço de hemodinâmica para implante do Permcath. Pelos motivos expostos, recorre à via judicial.
2. Às fls. 10, consta laudo médico emitido em 23/06/2021 pela Dra. Fernanda P. Soares, informando que o paciente é portador de Insuficiência Renal Crônica, dialítico, e veio



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

encaminhado pela nefrologista para internação e implante de cateter de longa permanência. Realiza hemodiálise três vezes por semana e apresenta sangramento em óstio do cateter, vias invertidas (estenose? Trombose?). Paciente também é portador de insuficiência cardíaca com FE de aproximadamente 30%, já teve múltiplos acessos e necessita de avaliação em serviço de hemodinâmica para implante de cateter de longa permanência.

3. Às fls. 11 à 14, encontramos espelho da solicitação de vaga do PA da Praia do Suá do dia 22/06/2021 para internação hospitalar. Nele consta história clínica do paciente relatada acima e solicita internação hospitalar para implante de Permcath. Último registro de 23/06 informa que a solicitação já foi regulada e está aguardando disponibilidade.

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



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

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 imediata.

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.

DA PATOLOGIA

1. A Doença renal crônica (DRC) é definida pela lesão do parênquima renal e/ou pela diminuição da taxa de filtração glomerular presentes por um período igual ou superior a três meses.
2. Os rins são órgãos fundamentais para a manutenção da homeostase do corpo humano. Assim, não é surpresa constatarmos que, com a queda progressiva da taxa de filtração glomerular (TFG) observada na DRC e conseqüente perda das funções regulatórias, excretórias e endócrinas, ocorra o comprometimento de essencialmente todos os outros órgãos do organismo.
3. A doença leva a um acúmulo de líquidos e resíduos no organismo e afeta a maioria dos sistemas e funções do organismo, inclusive a produção de glóbulos vermelhos, o controle da pressão arterial, a quantidade de vitamina D e a saúde dos ossos.



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

4. É, atualmente, considerada um problema de saúde pública mundial. No Brasil, a sua incidência e a prevalência estão aumentando, o prognóstico permanece ruim e os custos do tratamento da doença são altíssimos.
5. Independentemente da etiologia da doença de base, os principais desfechos em pacientes com DRC são as suas complicações (anemia, acidose metabólica, desnutrição e alteração do metabolismo de cálcio e fósforo) decorrentes da perda funcional renal; o óbito (principalmente por causas cardiovasculares) e a necessidade de terapia renal substitutiva (TRS).

DO TRATAMENTO

1. O tratamento dos pacientes com DRC requer o conhecimento de aspectos diversos, mas relacionados, que englobam a doença de base, a velocidade de queda da taxa de filtração glomerular (TFG), o estágio da doença, a ocorrência de complicações e comorbidades, particularmente as cardiovasculares.
2. As medidas não-medicamentosas são muito importantes no tratamento do paciente com DRC e consistem, sobretudo, em recomendações para mudança de estilo de vida.
3. Para pacientes não-diabéticos, hipertensos e com DRC cursando com proteinúria $>1,0$ g/dia e $\leq 3,0$ g/dia, recomenda-se instituir tratamento preferencialmente com Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) como o captopril ou enalapril. Em caso de intolerância a esse grupo de drogas, recomenda-se uso de inibidores dos canais de cálcio de longa ação, até a dose máxima recomendada.
4. Para pacientes não-diabéticos, hipertensos e com DRC cursando com proteinúria $<1,0$ g/dia, recomenda-se o tratamento com IECA, bloqueador dos canais de cálcio de longa ação, diurético tiazídicos ou ainda betabloqueador (idade ≤ 60 anos).



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

5. Embora não exista cura para a falência renal, estão disponíveis várias modalidades de tratamento:

-Hemodiálise (HD): consiste na filtração do sangue através de um processo extracorpóreo de depuração mediado pela membrana de um deslizador, que funciona como um rim artificial. A duração de cada sessão desta terapêutica varia de 3 a 4 horas, 3 vezes por semana. Para a realização deste tratamento, torna-se necessário a utilização de um acesso vascular, que pode ser temporário, como os cateteres de vaso profundo de duplo lúmen, ou permanentes: fístula artério-venosa.

- Fístulas arteriovenosas (FAV):
 - Essa modalidade deve ser a primeira escolha no acesso vascular dos pacientes com IRC. Devem ser indicadas nas seguintes circunstâncias: Creatinina sérica maior do que 4,0 mg/dL, Clearance de creatinina menor do que 25 mL/min ou na previsão da necessidade de hemodiálise dentro do período de um ano, visto que as FAVs necessitam de um tempo de maturação até seu uso
- Acessos Temporários de Curta Permanência:
 - Acessos como o cateter de Shilley são indicados para situações agudas e para inserção percutânea à beira do leito. A maioria dos pacientes em diálise apresenta comorbidades associadas à DRC. Recomenda-se o uso dos acessos temporários por, no máximo, uma semana. Acesso femoral é indicado a pacientes hospitalizados e acamados, podendo ser mantidos por até 5 dias.
- Acessos Temporários de Longa Permanência:
 - Há dois tipos de cateteres de longa permanência: os totalmente implantáveis e os cateteres semi-implantáveis (permcath). São indicados em pacientes



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

com necessidade de terapia dialítica por um período superior a uma semana e que ainda não possuam fístula arteriovenosa. São indicados a pacientes com múltiplas comorbidades, idosos, com anatomia vascular desfavorável ou com limitada expectativa de vida.

-Diálise Peritoneal Intermitente - DPI: realizada 2 vezes por semana, com duração mínima de 24 horas, com tempo de permanência de 30 minutos, necessitando de ambiente hospitalar e pessoal treinado.

-Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua -DPAC: permite a realização em domicílio pelo paciente e/ou responsável, sendo trocas diárias, com tempo de permanência de 4 a 6 horas.

-Diálise Peritoneal Contínua Assistida por Cicladora -CCPD ou Diálise Peritoneal Automática - DPA: realizada a noite durante o sono do paciente, ficando este conectado a uma máquina cicladora automática que periodicamente substitui a solução de diálise por uma nova, por meio da gravidade.

6. A decisão pelo método deve ser partilhada pela família, pois o conhecimento ao tratamento está restrito a sua necessidade. É necessário que sejam expostos ao cliente e família os tipos de tratamento dialítico, suas vantagens e desvantagens, além de suas consequências.

DO PLEITO

1. **Avaliação em setor de Hemodinâmica para Implante de cateter de longa permanência (Permcath)**



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

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. Trata-se de paciente 44 anos, diagnosticado com insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca, em terapia dialítica já em uso de cateter central temporário, apresentando sangramento no local e tentativas múltiplas de punção. Solicitado implante de cateter de longa permanência (Permcath).
2. Verificamos nos anexos que não há relato sobre o histórico patológico do paciente, motivo da insuficiência renal, há quanto tempo realiza diálise, se foi realizada tentativa de confecção de fistula arteriovenosa, e qual cateter está sendo utilizado no momento para realização da terapia. Também não há dados detalhados sobre a insuficiência cardíaca apresentada pelo requerente.
3. Entretanto, observamos que trata-se de paciente encaminhado pelo nefrologista e que já se encontra em terapia dialítica, o que indica a presença de insuficiência renal grave. Ademais há relato de complicação no local da punção atual (sangramento) e múltiplos acessos, não fica claro se o acesso está funcionando ou se há necessidade de troca para a próxima sessão. Inferimos assim, que este paciente já se encontra há um tempo razoável realizando diálise, **portanto há necessidade de avaliação por um cirurgião vascular para que seja providenciado acesso venoso de longa permanência para realização das próximas sessões e avaliada a possibilidade de confecção de Fístula arteriovenosa para manutenção a longo prazo.**
4. Sabemos que o procedimento de implante de cateter de longa permanência para hemodiálise é procedimento oferecido pelo SUS sob o código 04.18.01.004-8 e trata-se de procedimento de alta complexidade conforme tabela SIGTAP.
5. Não identificamos solicitação de avaliação pelo cirurgião vascular de forma ambulatorial, tampouco negativa do Estado em fornecer tal consulta. **Em conclusão**



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

e após análise dos documentos anexados aos autos, entendemos que o requerente está internado no PA e tem indicação de avaliação pelo cirurgião vascular em serviço Hospitalar que conte com equipamentos de imagem e que realize tal procedimento. Cabe a este profissional definir se realizará o procedimento de passagem do cateter nesta internação ou se realizará de forma eletiva conforme avaliação clínica, determinando também a possibilidade de confecção de uma FAV distal, visto que o paciente tem relato de insuficiência cardíaca.

6. Quanto à urgência no agendamento este Núcleo não tem como se pronunciar visto que não constam informações atuais sobre seu quadro clínico, funcionamento do cateter atual, se foram realizadas as sessões previstas. Lembramos porém que o tempo máximo de permanência dos pacientes nos serviços hospitalares de urgência e emergência, entre eles o PA é de 24 horas, após o qual o mesmo deverá ter alta, ser internado ou transferido. Sendo assim cabe a SESA providenciar avaliação do cirurgião vascular em serviço que realize tal procedimento com prioridade.





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

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. n. 16. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad16.pdf>. Acesso em: 06 out. 2015.

Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Projeto Diretrizes: Doença Renal Crônica (Pré-terapia Renal Substitutiva): Tratamento**. 2011.

SILVA, H. G.; SILVA, M. J. Motivações do paciente renal para a escolha a diálise peritoneal ambulatorial contínua. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5 n. 1 p. 10 – 14, 2003. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/Revista>.

NEVES JUNIOR, M.A. et al. Acesso vascular para hemodiálise: o que há de novo? *J Vasc Bras*. 2013 Jul.-Set.; 12(3):221-225. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jvb/a/gWbMRzKznGfCdkh4MN58FQL/?lang=pt&format=pdf>