



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 62/2022

Vitória, 25 de janeiro de 2022

Processo Nº [REDAZIDO]
[REDAZIDO] impetrado por
[REDAZIDO].

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial da Fazenda Pública de Aracruz, requeridas pela MM Juíza de Direito Dra. **Maristela Marsitela sobre os procedimentos: “consulta com nefrologista e com cirurgião vascular”**.

I – RELATÓRIO

1. De acordo com o termo de Reclamação, a Requerente é portadora de Doença Renal Crônica, diagnosticada há 1 ano, e necessita de consulta com nefrologista e com cirurgião vascular. Ocorre que, no dia 01/12/2021, foi ao AMA protocolar as referidas consultas, porém até o momento não tem previsão de quando serão realizadas. Diante do exposto, somado ao fato de que necessita fazer uso da medicação prescrita pelos médicos especialistas, recorre a via judicial.
2. Consta às fls. Num. 11511126 consta Guia de Referência, recebida no dia 21/12/2021, encaminhando a Requerente [REDAZIDO] ao cirurgião vascular, para confecção de fístula A-V, visto que a paciente apresenta doença renal crônica avançada, para realização de dialise.
3. Consta às fls. Num. 11511126 - Pág. 7 consta Guia de Referência, recebida no dia 01/12/2021, encaminhando a Requerente [REDAZIDO] ao nefrologista, visto



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

que a paciente apresenta doença renal crônica avançada, para realização de diálise.

4. Às fls. Num. 11511126 - Pág. 8 consta receituário médico, em papel timbrado do Medical Care, encaminhando a paciente [REDACTED] ao cirurgião vascular, no dia 25/11/2021, para confecção de fístula A-V, visto que a paciente apresenta doença renal crônica avançada, para realização de diálise.
5. Às fls. Num. 11511126 - Pág. 8 consta receituário médico, em papel timbrado do Medical Care, encaminhando a paciente [REDACTED] ao nefrologista, no dia 25/11/2021, visto que a paciente apresenta doença renal crônica avançada (estágio V), para realização de diálise.

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 Portaria do Ministério da Saúde, nº 82, de 03 de janeiro de 2000**, que estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise e as normas para cadastramento destes junto ao sistema único de saúde. “... serviço de diálise assegurar a continuidade do tratamento dialítico, **o que inclui o transporte do paciente entre o local de realização da diálise e o de internação.**” (grifo nosso)



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

3. **A Portaria nº 1.675, de 07 de Junho de 2018**, que altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

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



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

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 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.

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



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

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 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.
7. A classificação da gravidade da nefropatia crônica do enxerto se apoia nos critérios definidos na Classificação Internacional de Banff. O depósito de C4d (produto da degradação do C4 durante a ativação das vias clássicas e da via da lecitina do sistema



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

do complemento, e por causa de suas fortes ligações covalentes ao tecido, ele tem sido usado como marcador da resposta mediada por anticorpos e da ativação do sistema do complemento), pode também ser observado, sugerindo, pelo menos em alguns pacientes, a participação de anticorpos anti-HLA na gênese da nefropatia crônica do enxerto.

8. A partir de dados epidemiológicos internacionais, estima-se que há no Brasil um grande contingente de pacientes sensibilizados com anticorpos anti-HLA (antígenos leucocitários humanos). Cerca de 30% dos que aguardam na fila de transplantes são sensibilizados. Do ponto de vista prático, esses pacientes permanecem mais tempo em diálise em virtude das dificuldades de se encontrar um órgão compatível.

DO PLEITO

1. **Consulta médica especializada: “consulta com nefrologista e com cirurgião vascular”**

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. De acordo com os documentos anexados, a paciente [REDACTED] apresenta doença renal crônica avançada (estágio V), sendo encaminhada desde novembro de 2021 para o cirurgião vascular para confecção de fístula arteriovenosa (FAV) e para o nefrologista para iniciar seu tratamento.
2. **A consulta médica em atenção especializada é regularmente ofertada pelo SUS**, inscrita sob o código: 03.01.01.007-2, de acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (tabela SIGTAP), estando a consulta com nefrologista contemplada sob o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de 225109 e do angiologista com o código 225203.



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

3. Sabe-se que a doença renal crônica (DRC) consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada (chamada de fase terminal de insuficiência renal crônica - IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente, sendo necessário a realização de diálise para a remoção das substâncias tóxicas que ficam retidas quando os rins deixam de funcionar adequadamente. O nefrologista tem o papel de avaliar o quadro e definir qual tipo de tratamento será indicado: Dialise peritoneal? Hemodiálise? Após a avaliação do nefrologista, o paciente é encaminhado para o cirurgião para confecção do acesso para a realização do seu tratamento.
4. Diante do exposto, **este Núcleo conclui que a consulta com nefrologista está indicada e deve ser disponibilizada com brevidade**, visto que a doença renal crônica pode acarretar complicações clínicas, metabólicas e eletrolíticas, que são situações com um potencial risco para a vida da paciente. **Após esta consulta, cabe ao profissional encaminhar para o cirurgião vascular, informando sobre qual o procedimento está indicado para realização de seu tratamento (confecção de FAV?) e qual o prazo para a sua realização.**





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

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: <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>