



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA JURIDICA
NÚCLEO DE APOSSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NATJUS-FEDERAL Nº 0187/2019

Rio de Janeiro, 07 de março de 2019

Processo nº 5010430-87.2019.4.02.5101
ajuizado por [REDACTED]

O presente parecer técnico visa atender a solicitação de informações do 3º Juizado Especial Federal do Rio de Janeiro, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro quanto à terapia renal substitutiva (hemodiálise).

I - RELATÓRIO

1. De acordo com documento médico do Serviço de Urologia do Hospital Federal do Andaraí – SUS e formulário da Defensoria Pública da União (Evento 1, COMP2, Páginas 5 e 11 a 15), emitidos em 13 e 19 de fevereiro de 2019 pelo médico [REDACTED] (CREMERJ [REDACTED]), o Autor, 63 anos, sem acompanhamento médico regular prévio, diagnosticado com hipertensão arterial e diabetes mellitus e com insuficiência renal aguda pós renal à internação por hiperplasia prostática benigna, quadro resolucionado após ressecção transuretral de próstata em 04/02/2019. Encontra-se internado na referida Unidade desde o dia 27/12/18, quando deu entrada devido a quadro de insuficiência renal aguda, sem reversão das escórias nitrogenadas (creatinina = 5,2) mesmo após 45 dias em hemodiálise duas vezes por semana, com condições de alta hospitalar, necessitando de vaga em clínica de hemodiálise com prioridade e urgência devido à internação prolongada, com elevados riscos de infecções nosocomiais, sepse e óbito. Foram informadas as seguintes Classificações Internacionais de Doenças (CID-10) N18 - Insuficiência renal crônica, I10 - Hipertensão essencial (primária), E14- Diabetes mellitus não especificado, N40 Hiperplasia da próstata.

II – ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. A Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, contém as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) visando superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.
2. A Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.
3. O Anexo XXXIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA JURIDICA
NÚCLEO DE ASSESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

4. A Seção I, do Capítulo III, do Anexo IV, da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

5. A Deliberação CIB-RJ nº 0690 de 16 de julho de 2009 aprova a Rede de Terapia Renal (TRS) no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

6. Considerando a Política Nacional de Regulação do SUS, disposta no Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017;

Art. 9º § 1º O Complexo Regulador será organizado em:

I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e

III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

DA PATOLOGIA

1. A **Insuficiência Renal Crônica (IRC)** leva a alterações no metabolismo ósseo, com progressão destas alterações com o declínio da função renal. Os níveis de cálcio e fósforo e de seus hormônios reguladores, hormônio da paratireoide (PTH) e calcitriol, são alterados por múltiplos fatores, mas principalmente pela diminuição da eliminação renal do fósforo com conseqüente hiperfosfatemia, pela diminuição da produção do calcitriol pelo rim e pela hipocalcemia resultante destes dois processos. Além destas, ocorre também resistência ao PTH no rim e em tecidos periféricos, Hiperparatireoidismo Secundário e Terciário e alterações na degradação do PTH. O resultado final destas alterações é um padrão laboratorial que compreende hipocalcemia, hiperfosfatemia (levando a um aumento do produto cálcio-fósforo) e elevação do PTH (Hiperparatireoidismo Secundário)¹.

2. A **hipertensão arterial** é condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. É diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual. A linha demarcatória que define são os valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg².

¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SAS/MS nº 69, de 11 de fevereiro de 2010. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Osteodistrofia Renal. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/07/pcdt-osteodistrofia-renal-2010.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2019.

² SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v.95, n.1, supl.1, p.1-51, 2010, 57 p. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2019.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA JURIDICA
NÚCLEO DE ACESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

3. O **diabetes mellitus (DM)** não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultada de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. A classificação atual da doença baseia-se na etiologia e não no tipo de tratamento, portanto os termos "DM insulino dependente" e "DM insulino independente" devem ser eliminados dessa categoria classificatória. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) e recomendada pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional³.

DO PLEITO

1. A **hemodiálise (HD)** é um procedimento dialítico, que remove os solutos acumulados, o excesso de água e restabelece a homeostase eletrolítica e ácido-básico do organismo, mediante o uso de uma máquina, na qual a filtração do sangue é feita por um rim artificial (dialisador ou capilar), fora do organismo. Para a realização da HD é necessário um acesso vascular, que pode ser temporário ou permanente. Os acessos permanentes podem ser: a fistula arteriovenosa (FAV), que é a anastomose entre uma artéria e uma veia, e o enxerto que consiste na interligação da artéria com a veia por meio de um enxerto autólogo (veia safena), o enxerto artificial (PTFE) heterólogo (bovino), e o cateter temporário duplo lúmen permanente. O acesso temporário mais utilizado é o cateter de duplo lúmen, usado em pacientes com lesão renal aguda, doença renal crônica sem acesso disponível para confecção da FAV, nas hemodíalises urgentes, e quando se perde o acesso definitivo (FAV) ou se aguarda a maturação do mesmo⁴.

III – CONCLUSÃO

1. 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. A fase terminal, ou fase V, da insuficiência renal crônica corresponde à faixa de função renal na qual os rins perderam o controle do meio interno, tornando-se este bastante alterado para ser compatível com a vida. Nesta fase, o paciente encontra-se intensamente sintomático. Suas opções terapêuticas são os métodos de depuração artificial do sangue (diálise peritoneal ou **hemodiálise**) ou o transplante renal⁵. Assim, elucida-se que o procedimento hemodiálise é indispensável ao tratamento da parte autora.

³ SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016. São Paulo: AC Farmacêutica. Disponível em:

<<http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2019.

⁴ FERNANDES, E. F. S. et al. Fistula arteriovenosa: autocuidado em pacientes com doença renal crônica.

Medicina, Ribeirão Preto, v. 46, n. 4, p. 424-428, 2013. Disponível em:

<http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n4/AO_F%EDstula%20arteriovenos-autocuidado%20em%20pacientes%20com%20doen%20E7a%20renal%20cr%F4nica.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2019.

⁵ JUNIOR, J. E. R. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. Jornal Brasileiro de Nefrologia, v. 26 (3suppl 1), n.3, 2004. Disponível em: <<http://www.bjn.org.br/details/1183/pt-BR/doenca-renal-chronica--definicao-epidemiologia-e-classificacao>>. Acesso em: 27 fev. 2018.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA JURIDICA
NÚCLEO DE APOSSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

2. A diálise é um tratamento que visa repor as funções dos rins, retirando as substâncias tóxicas, o excesso de água e sais minerais do organismo, estabelecendo assim uma nova situação de equilíbrio. O tratamento dialítico pode ser realizado por diálise peritoneal ou hemodiálise. A hemodiálise consiste em um processo de filtração dos líquidos extracorporais do sangue, através de uma máquina que substitui as funções renais. Geralmente, a hemodiálise é realizada em sessões com duração média de três a quatro horas, três vezes por semana. Podem existir modificações no tempo e na frequência dessas sessões de acordo com o estado clínico do paciente. O principal objetivo do tratamento hemolítico é minimizar os sintomas causados pelo mau funcionamento dos rins e beneficiar ao paciente uma melhor qualidade de vida⁶.

3. Frente ao exposto e considerando os documentos médicos acostados, informa-se que o tratamento com hemodiálise está indicado ao quadro que acomete o Autor – insuficiência renal aguda (Evento 1, COMP2, Página 5; Evento 1, COMP2, Página 12). Além disso, está coberta pelo SUS, conforme Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS (SIGTAP), na qual constam: hemodiálise (máximo 3 sessões por semana) (03.05.01.010-7).

4. Cabe esclarecer que a alta hospitalar é um período de transição de responsabilidades, em que os familiares e pacientes "re"assumem o fornecimento dos cuidados que foram oferecidos pelos profissionais de saúde durante a internação. A transição do cuidado é compreendida como o conjunto de ações destinadas a garantir a continuidade do cuidado em saúde quando o paciente perpassa por diferentes níveis de atenção⁷.

5. Salienta-se que de acordo com as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica⁸, o acompanhamento dos indivíduos em procedimento dialítico é realizado nas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica, pelo nefrologista e equipe multiprofissional desse serviço, mantendo vínculo com as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

6. Cumpre esclarecer que a Deliberação CIB nº 3.793 de 06 de Julho de 2016⁹ pactua as clínicas de hemodiálise e seus respectivos hospitais de retaguarda para intercorrências intradiáliticas no âmbito do SUS, no estado do Rio de Janeiro.

7. Acostado ao processo (Evento 1, COMP2, Páginas 18 a 20), consta Parecer Técnico da Câmara de Resolução de Litígios em Saúde nº 54547/2019, emitido em 25 de fevereiro de 2019, o qual informa que "... Em consulta ao Sítio do TRS (Terapia Renal Substitutiva) o pedido de transferência foi realizado no dia 21/02/2019. Situação atual: **EM FILA**". Assim, entende-se que a via administrativa já foi utilizada.

⁶ MACHADO, G. R. G.; PINHATI, F. R. Tratamento de diálise em pacientes com insuficiência renal crônica. Cadernos UniFOA. Edição 26 / dezembro 2014. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/26/137-148.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2019.

⁷ COSTA, J. M. et al. Aspectos relacionados à segurança nas prescrições de medicamentos na alta Hospitalar. Conselho Federal de Farmácia – CFF. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/2016%20-%20Segundo%20lugar%20-%20Josiane%20Moreira%20da%20Costa.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2019.

⁸ Ministério da Saúde, 2014. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2019.

⁹ Deliberação CIB nº 3.793 de 06 de Julho de 2016. Pactua mudança nas referências de hospitais de retaguarda para intercorrência intradiálitica. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/504-2016-deliberacoes/junho/4568-deliberacao-cib-n-3-793-de-06-de-julho-de-2016-republicada.html?highlight=WyJyZXB1YmxpY2FkYSJd>>. Acesso: 28 fev. 2018.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA JURIDICA
NÚCLEO DE ACESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

8. Quanto ao grau de risco, cabe ainda ressaltar que em documento médico (Evento 1, COMP2, Páginas 5 e 11 a 15), o médico assistente solicita prioridade e urgência para o tratamento com hemodiálise ambulatorial devido à internação prolongada do Autor, com elevados riscos de infecções nosocomiais, sepse e óbito". Assim, salienta-se que a demora exacerbada no redirecionamento do Autor para o seu tratamento, pode comprometer o prognóstico em questão.

É o parecer.

Ao 3º Juizado Especial Federal do Rio de Janeiro, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.


VIRGINIA S. PEDREIRA
Enfermeira
COREN 321.417


MARCELA MACHADO DURAÓ
Assistente de Coordenação
CRF-RJ 11517
ID. 4.216.255-6

FLÁVIO AFONSO BADARÓ
Assessor-chefe
CRF-RJ 10.277
ID. 436.475-02

ESTADO DO RIO DE JANEIRO