Nota Técnica 500068

Data de conclusão: 16/04/2026 21:44:45

Paciente

Idade: 69 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Alto Alegre dos Parecis/RO

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: Vara Única de Santa Luzia do Oeste

Tecnologia 500068

CID: N18.0 - Doença renal em estádio final

Diagnóstico: doença renal em estágio final

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: procedimento cirúrgico e exames

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: procedimento cirúrgico e exames

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: N/A.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: procedimento cirúrgico e exames

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: procedimento cirúrgico e exames

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A fístula arteriovenosa é considerada o acesso preferencial devido à maior patência e menor risco de infecção. A taxa de sucesso técnico da confecção de FAV é de aproximadamente 88% [12]. No entanto, a maturação (capacidade da FAV de ser utilizada efetivamente para hemodiálise) apresenta resultados inferiores. Estudos multicêntricos mostraram que a taxa de maturação em 6 meses é de aproximadamente 67%, aumentando para 76% no período de 12 meses [13,14]. Em outras coortes, a taxa de uso funcional em até 1 ano é de aproximadamente 59,1% [15]. A patência primária (sem necessidade de intervenção) em 12 meses é de aproximadamente 33%, enquanto a patência secundária (incluindo intervenções para manter a fístula funcional) pode chegar a 72% em 12 meses [15].
Como complicações, a incidência de infecções é relativamente baixa, especialmente em comparação com o uso de CVCs [16]. As complicações trombóticas são mais frequentes, sendo as principais: falha do acesso, estenose venosa central, hiperplasia neointimal ou trombose aguda da FAV, podendo levar à perda funcional do acesso e necessidade de intervenções para tratamento [19]. Insuficiência cardíaca de alto débito, síndrome do roubo arterial são outras complicações graves também descritas, porém muito raras [16,17].
No que se refere o uso de CVC, as principais complicações são: infecções de corrente sanguínea relacionadas a dispositivos, endocardite, espondilodiscite, embolia, hematoma, e trombose venosa [18]. Em comparação aos pacientes com FAV, os que utilizam CVC, tanto de curta quanto de longa permanência, apresentam um risco elevado de infecção de corrente sanguínea (ICS), resultando no aumento da morbimortalidade dos pacientes e dos custos para os serviços de saúde [13]. A incidência média de infecção por 1.000 dias de CVC varia de 5 episódios (com intervalo de 3,8 a 6,5) para cateteres não-tunelizados e de 3,5 episódios (variando de 1,6 a 5,5) para cateteres tunelizados [19,20].

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Confecção de FAV	Honorários Médicos (cirurgião + anestesista), centro cirúrgico, instrumentador, avaliação vascular, exames	1	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00

	laboratoriais			
Colocação de permcath	Honorários Médicos (cirurgião + anestesista), centro cirúrgico, instrumentador, avaliação vascular, exames laboratoriais	1	R$ 8.850,00	R$ 8.850,00

* Com base em orçamento anexo ao processo (Num. 134375736 - Pág. 1 e Num. 134375737 - Pág. 2).
Atualmente, não há uma base de dados oficial que ofereça valores de referência para o procedimento cirúrgico pleiteado.
De acordo com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, o procedimento confecção de FAV para hemodiálise, classificado como de Alta Complexidade, prevê reembolso total de R$ 859,20 no âmbito do sistema público de saúde. O valor previsto de reembolso do procedimento implantação de cateter de longa permanência é de R$ 428,64. Já o valor de uma consulta médica em atenção especializada é de R$10,00. Esses valores não necessariamente refletem os custos do procedimento, mas indicam sua disponibilidade no SUS.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: menor taxa de complicações e maior patência com a FAV em comparação ao uso de cateteres venosos centrais.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: procedimento cirúrgico e exames

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: No caso em tela, pelos dados disponíveis em processo, temos paciente com comprovada DRC em hemodiálise crônica. A confecção de um acesso definitivo para a hemodiálise está disponível no SUS, e o acesso se dá pelo pedido, regulação e agendamento de consultas especializadas. Com base nos documentos anexos ao processo, compreende-se que a parte foi devidamente encaminhada e aguarda o procedimento proposto. Não há nos autos elementos que caracterizem urgência médica de acordo com Resolução CFM nº 1451/95.
Considerando que houve atendimento inicial e encaminhamento da paciente a serviço de referência, entendemos que não fica configurada desassistência, e emitimos parecer desfavorável à determinação de realização do procedimento cirúrgico por via jurisdicional nesse momento. No entanto, não pode o processo de encaminhamento e estabelecimento de filas ser o fim do processo assistencial. Assim, entendemos que seja responsabilidade do prestador de serviço e da secretaria de saúde trazer ao processo e à paciente informações sobre expectativa de tempo de espera até a efetiva realização do procedimento. Em caso de ausência de qualquer previsão de atendimento, entendemos que ficará justificada decisão judicial favorável ao pleito.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas: 1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024 Apr;105(4S):S117-S314.
2. Snyder JJ, Foley RN, Collins AJ. Prevalence of CKD in the United States: A Sensitivity Analysis Using the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2004. Am J Kidney Dis 2009; 53(2):218–228.
3. Xue JL, Ma JZ, Luis TA, Collins AJ. Forecast of the number of patients with end-stage renal disease in the US to year 2010. J Am Soc Nephrol 2001; 12:2753-2758.
4. Hamer RA, EL Nahas AM. The burden of chronic Kidney Disease is rising rapidly worldwide. BMJ, 2006; 332:563-564.
5. Nwankwo E, Bello AK, El Nahas AM. Chronic kidney disease: stemming the global tide. Am J Kidney Dis. 2005 Jan;45(1):201-8. doi: 10.1053/j.ajkd.2004.09.005. PMID: 15696462.
6. U.S.Renal Data System. 2010 USRDS Annual Data Report. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2010.
7. Nerbass FB, Lima HN, Moura-Neto JA, et al. Brazilian Dialysis Survey 2022 / Censo Brasileiro de Diálise 2022. Braz. J. Nephrol. 46 (2) • Apr-Jun 2024.
8. Rocha PN, Sallenave M, Casqueiro V, Campelo Neto B, Presídio S. Motivo de “escolha” de diálise peritoneal: exaustão de acesso vascular para hemodiálise?. Braz. J. Nephrol. 2010;32(1):23-8.
9. Godinho TM, Lyra TG, Braga PS et al. Perfil do Paciente que Inicia Hemodia?lise de Manutenc?a?o em Hospital Pu?blico em Salvador, Bahia. J Bras Nefrol 2006; 28:96-103
10. Linardi F, Linardi FdF, Bevilacqua JL, et al. Acesso vascular para hemodia?lise: avaliac?a?o do tipo e local anato?mico em 23 unidades de dia?lise distribui?das em sete estados brasileiros. Revista do Cole?gio Brasileiro de Cirurgio?es 2003; 30: 183-193.
11. Lok CE, Huber TS, Lee T, et al. National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. Am J Kidney Dis. 2020 Apr;75(4 Suppl 2):S1-S164.
12. Dariushnia SR, Walker TG, Silberzweig JE, et al. Quality Improvement Guidelines for Percutaneous Image-Guided Management of the Thrombosed or Dysfunctional Dialysis Circuit. J Vasc Interv Radiol. 2016 Oct;27(10):1518-30.
13. El Khoury R, Russeau AP, Patel N, et al. Reliability of preoperative venous mapping ultrasonography in predicting for autogenous arteriovenous fistula maturation. J Vasc Surg. 2021 May;73(5):1787-1793.
14. Huber TS, Berceli SA, Scali ST,et al. Arteriovenous Fistula Maturation, Functional Patency, and Intervention Rates. JAMA Surg. 2021 Dec 1;156(12):1111-1118.
15. Kong NW, Kim JM, Krawisz AK, et al. Outcomes Following Arteriovenous Fistula Creation in Medicare Beneficiaries With End-Stage Kidney Disease. Am J Cardiol. 2025 Jan 1;234:79-86.
16. Al-Jaishi AA, Liu AR, Lok CE, Zhang JC, Moist LM. Complications of the Arteriovenous Fistula: A Systematic Review. J Am Soc Nephrol. 2017 Jun;28(6):1839-1850.
17. Aala A, Sharif S, Parikh L, Gordon PC, Hu SL. High-Output Cardiac Failure and Coronary Steal With an Arteriovenous Fistula. Am J Kidney Dis. 2018 Jun;71(6):896-903.
18. Masud A, Costanzo EJ, Zuckerman R, Asif A. The Complications of Vascular Access in Hemodialysis. Semin Thromb Hemost. 2018 Feb;44(1):57-59.
19. Saxena AK, Panhotra BR, Al-Mulhim AS. Vascular access- related infections in

hemodialysis patients. Saudi J Kidney Dis Transpl, [s. l.], v. 16, p. 46–71, 2005.
20. Oliver MJ, Callery SM, Thorpe KE, Schwab SJ, Churchill DN. Risk of bacteremia from temporary hemodialysis catheters by site of insertion and duration of use: a prospective study. Kidney Int. 2000 Dec;58(6):2543-5.

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme laudos médicos anexos (Num. 134375724 - Pág. 1), a parte autora é portadora de doença renal crônica em estágio V (DRC V), bem como hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito tipo 2, e se encontra em programa de hemodiálise desde 28/10/2025. No momento, vem realizando sessões de diálise através de cateter de curta permanência. Foi encaminhada, em janeiro de 2026, com vistas a confecção de acesso vascular definitivo: fístula arteriovenosa (FAV) ou, em caso de impossibilidade, cateter de longa permanência (permcath) - encaminhamento cadastrado como vermelho - emergência no SISREG (Num. 134375726 - Pág. 2). Também foi encaminhada para consulta com cardiologista para avaliação pré-operatória do procedimento - cadastrada como vermelho - emergência (Num. 134375726 - Pág. 1). Até a presente data, não há previsão do procedimento pleiteado, motivo pelo qual solicita as demandas jurisdicionalmente. Cabe destacar que houve antecipação de tutela (Num. 134416054) no início de abril, no entanto não há confirmação nos autos de que o procedimento tenha sido realizado até o momento de confecção dessa nota.
A doença renal crônica (DRC) é definida como a presença de anormalidades na estrutura ou função dos rins, presentes por no mínimo 3 meses, com implicações para a saúde [1]. A DRC tem sido considerada um problema de saúde pública. Análise do National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) demonstrou que cerca de 13% da população adulta nos EUA apresenta algum grau de perda de função renal [2]. Além da doença cardiovascular (DCV), outro desfecho temido da DRC é a perda continuada da função renal, processo patológico conhecido como progressão, que pode levar muitos desses pacientes para a DRC terminal (DRCT) [1]. Pacientes que evoluem para DRCT necessitam de algum tipo de terapia renal substitutiva (TRS), sendo as modalidades disponíveis: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal. No início da década passada, estimava-se que haveria cerca de 2 milhões de pessoas em TRS em todo o mundo em 2010 [3], sendo que esse número tem aumentado de forma expressiva nos países em desenvolvimento [4]. Aproximadamente 90% dos casos diagnosticados de DRCT ao redor do mundo são provenientes dos países em desenvolvimento [5]. A taxa de prevalência de pacientes em TRS é de 1.000 pacientes por milhão de pessoas (pmp) em países da Europa, no Chile e Uruguai, e de 1.750 pacientes pmp nos EUA [6].
No Brasil, estima-se que aproximadamente 148.363 pacientes estejam regularmente em programas de hemodiálise [7]. Devido as dificuldade assistenciais existentes no Sistema Único de Saúde (SUS), a maioria dos pacientes portadores de doença renal crônica terminal ingressa no programa de hemodiálise sem um acesso definitivo, de caráter emergencial, após inserção de cateteres de curta permanência [8], sendo que em alguns estados a incidência se aproxima dos 100% [9]. A escolha do acesso definitivo não é apenas um problema nacional, estima-se que 25% das internações no primeiro ano em pacientes dialíticos sejam relacionadas a disfunção de acesso, gerando um custo de mais de um bilhão de dólares por ano [10].
A FAV, geralmente no antebraço, é considerada o acesso vascular de preferência para hemodiálise crônica na maioria dos pacientes, devido à sua maior durabilidade, menor taxa de infecção e melhores taxas de permeabilidade em comparação com enxertos protéticos e

acessos venosos centrais (CVCs) [11].