Nota Técnica 502012

Data de conclusão: 23/04/2026 20:05:41

Paciente

Idade: 58 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Pimenta Bueno/RO

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: Juizado Especial de Pimenta Bueno

Tecnologia 502012

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: acesso de longa permanência

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: acesso de longa permanência

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: cateter de curta duração, fístula arteriovenosa, diálise peritoneal - para o procedimento principal.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: acesso de longa permanência

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: acesso de longa permanência

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: 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 [12]. 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 [13,14].

Cateteres de curta permanência são geralmente indicados para situações agudas, como início emergencial da diálise ou quando há contraindicação temporária para a inserção de um cateter de longa permanência [11]. O risco de infecção é significativamente maior nestes dispositivos, com taxas que aumentam exponencialmente após a primeira semana de uso. Estudos mostram que, após duas semanas, a taxa de infecção por 1.000 dias de uso é mais de cinco vezes maior nos cateteres de curta permanência em comparação aos de longa permanência, especialmente quando inseridos na veia femoral [11,15].

Um estudo observacional comparou os desfechos de cateteres de hemodiálise tunelizados e não tunelizados em 149 pacientes (272 cateteres, 11.612 dias-cateter) ao longo de três anos [15]. As taxas de retirada precoce e infecção foram significativamente maiores nos cateteres não tunelizados, sobretudo nos cateteres femorais, enquanto os tunelizados tiveram melhor sobrevida do dispositivo e livre de infecção já nas primeiras duas semanas. Os autores recomendam que os cateteres tunelizados devem ser preferidos sempre que a necessidade de acesso vascular ultrapassar 14 dias.

Diretrizes como o do Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) recomendam a manutenção dos cateteres não tunelizados por um periodo limitado, com conversão para um cateter de longa permanência, especialmente após 14 dias [11]. Além disso, são indicados quando não há possibilidade de acesso arteriovenoso definitivo, como a FAV.

Esgotamento vascular em pacientes em diálise refere-se à ausência de opções viáveis para criação de novos acessos arteriovenosos (fístulas ou enxertos) devido ao esgotamento dos sítios vasculares disponíveis após múltiplas falhas de acessos prévios [16,17]. Esta condição ocorre quando pacientes em hemodiálise de longa duração esgotaram suas veias periféricas e não possuem mais capital venoso necessário para criação de fístulas, ou apresentam doença

arterial periférica grave que impede a criação bem-sucedida de acessos arteriovenosos [16]. Este problema está se tornando mais comum à medida que pacientes com doença renal em estágio terminal sobrevivem por períodos mais longos em diálise [11,16].

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Colocação de permcath	Honorários Médicos (cirurgião + anestesista), centro cirúrgico, instrumentador, avaliação vascular	1	R$ 8.850,00	R$ 8.850,00

* Com base em orçamento anexo ao processo (Num. 130627217 - Pág. 1).
Atualmente, não há uma base de dados oficial que ofereça valores de referência para o procedimento cirúrgico pleiteado. Foi utilizado, portanto, orçamento de menor valor anexado ao processo.
De acordo com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, o procedimento implantação de cateter de longa permanência prevê reembolso total de R$428,64 no âmbito do sistema público de saúde. Já o valor de uma consulta médica em atenção especializada é de R$10,00. Este valor pode não representar os custos reais da realização do procedimento pelo prestador, mas indica que há previsão do procedimento pelo sistema público. O procedimento está financiado pela média e alta complexidade.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: com a troca do dispositivo é esperada a resolução da disfunção para manutenção da hemodiálise crônica.

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

Conclusão

Tecnologia: acesso de longa permanência

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 cateter venoso de longa permanência para a hemodiálise está disponível no SUS, e o acesso se dá através do 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. Ressalta-se, ainda, a ausência de informações que corroborem a definição de esgotamento vascular.
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 é 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. Caso a

paciente incorra em instabilidade ou impossibilidade de realizar o procedimento de hemodiálise, esta deverá receber atendimento de emergência o mais breve possível.

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 2006; 53:218-228.

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, Bello, El Nahas M. Chronic Kidney Disease: Stemming the Global Tide. Am J Kidney Dis 2005; 45:201-208.

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, et al. Reason for "choosing" peritoneal dialysis: exhaustion of vascular access for hemodialysis? J Bras Nefrol 2010;32(1):21-26

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. Masud A, Costanzo EJ, Zuckerman R, Asif A. The Complications of Vascular Access in

Hemodialysis. Semin Thromb Hemost. 2018 Feb;44(1):57-59.

13. 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.

14. 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.

15. Weijmer MC, Vervloet MG, ter Wee PM. Compared to tunnelled cuffed haemodialysis catheters, temporary untunnelled catheters are associated with more complications already within 2 weeks of use. Nephrol Dial Transplant. 2004 Mar;19(3):670-7.

16. Vachharajani TJ, Agarwal AK, Asif A. Vascular access of last resort. Kidney Int. 2018 Apr;93(4):797-802.

17. Al Shakarchi J, Nath J, McGrogan D, Khawaja A, Field M, Jones RG, Inston N. End-stage vascular access failure: can we define and can we classify? Clin Kidney J. 2015 Oct;8(5):590-3.

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme documentação anexada aos autos (Num. 130627207 - Pág. 1), a parte autora é portadora de Doença Renal Crônica Estágio 5, encontrando-se atualmente em programa de hemodiálise crônica desde fevereiro de 2023. Apresenta, ainda, diagnóstico de Doença Renal Policística, Hipertensão Arterial Sistêmica e histórico de tabagismo, atualmente em abstinência. Ressalte-se a existência de informações controversas quanto à etiologia da doença renal, havendo registros distintos que a atribuem, ora à doença hipertensiva, ora à doença policística, ora a causa indeterminada.
Consta que, em janeiro de 2024, a autora foi submetida à migração para diálise peritoneal, tendo retornado à hemodiálise em junho de 2025, em razão de quadro de peritonite, que ensejou a retirada de cateter de Tenckhoff. Atualmente, realiza hemodiálise por meio de cateter de longa permanência, com sítio de punção em veia femoral esquerda, apresentando episódios de disfunção durante as sessões dialíticas. Conforme laudo subscrito por médico nefrologista, a disfunção decorre do posicionamento inadequado da ponta do dispositivo, localizada na entrada da veia cava inferior, apresentando comprimento insuficiente (Num. 130627207 - Pág. 4). Há plano terapêutico de retorno à diálise peritoneal. Nesse contexto, a autora foi encaminhada para avaliação pela cirurgia vascular em dezembro de 2025, sob classificação de risco vermelho (emergência) (Num. 130627209 - Pág. 1). Na mesma ocasião, foi também encaminhada para avaliação pela equipe de cardiologia.
Destaca-se a ausência, nos autos, de laudos de exames de imagem que comprovem a impossibilidade de utilização de outros sítios passíveis de inserção de cateter para diálise, bem como que indiquem, de forma precisa, a posição atual do dispositivo. Por fim, foi concedida tutela provisória de urgência. Diante do exposto, a parte autora pleiteia o procedimento por via

jurisdicional.

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 8 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 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, após inserção de cateteres de curta permanência em caráter emergencial [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 no mundo [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]. Os CVCs são divididos em cateteres de curta permanência (não tunelizados) e cateteres de longa permanência (tunelizados - permcath).