

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**SOLICITANTE:** Exmo. Desembargador Dr. Rui de Almeida Magalhães

**PROCESSO N.º:** 10000222432809001

**CÂMARA/VARA:** 11ª Câmara Cível

**COMARCA:** 2ª Instância

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**REQUERENTE:** NCDM

**IDADE:** 47 anos

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** Doença Renal Crônica (DRC)

**PEDIDO DA AÇÃO:** Manutenção de assistência de saúde suplementar contratada

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Assistência de saúde suplementar

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMMG 52 49240-6

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2023.0003459

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

01 – O tratamento é eficaz, coberto pelo plano de saúde e recomendado para o paciente em questão? **R.: Prejudicado, não foi especificado qual seria o tratamento requerido.**

02 – O tratamento é considerado de urgência? 2.1 – O tratamento é emergencial? 2.2 – O tratamento é eletivo? **R.: Prejudicado, não foi especificado qual seria o tratamento requerido.**

03 – A demora na realização do procedimento poderá ocasionar sequelas e/ou lesões irreversíveis ou piora do quadro de saúde do paciente? **R.: Prejudicado, não foi especificado qual seria o tratamento requerido.**

04 – Existem outros tratamentos ou alternativas consideradas eficazes para o paciente? **R.: Prejudicado, não foi especificado qual seria o tratamento requerido.**

### III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada consta que o paciente encontra-se em tratamento regular (exames e dieta específica) e que é

portador de doença renal crônica estágio 2 (não especificada).

Constam resultados de exames de hemograma completo e urina tipo I (EAS – exame sumário de urina), datados de 29/07/2022, sem alterações. Cópia de resultado de RM de abdome e pelve feita em 16/08/2022, consta além de outras informações, a informação de: rins de morfologia usual, sem hidronefrose.

**Doença Renal Crônica (DRC):** *“Doença renal crônica é um termo geral para alterações heterogêneas que afetam tanto a estrutura, quanto a função renal, com múltiplas causas e múltiplos fatores de prognóstico. Trata-se de uma doença de curso prolongado, insidioso e que, na maior parte do tempo de sua evolução, é assintomática. Muitos fatores estão associados tanto à etiologia quanto à progressão para perda de função renal. Por estes motivos é importante reconhecer quem são os indivíduos que estão sob o risco de desenvolver a DRC, com o objetivo do diagnóstico precoce, bem como quais são os fatores de pior prognóstico, definidos como aqueles fatores que estão relacionados à progressão mais rápida para perda de função renal”*.<sup>(1)</sup>

O diagnóstico da DRC é estabelecido quando as anormalidades da estrutura ou da função renal, estão presentes por mais de 3 meses, com implicações para a saúde. Existem diversas formas de aferir as funções renais, conforme cada caso. No entanto, do ponto de vista clínico a função excretora é aquela que tem maior correlação com os desfechos clínicos. Todas as funções renais costumam declinar de forma paralela com a sua função excretora. Na prática clínica, a função excretora renal pode ser medida por meio da Taxa de Filtração Glomerular (TFG).

- TFG normal ou próxima do normal, mas com evidência de dano renal ou alteração no exame de imagem;
- TFG alterada;
- Portador de doença renal crônica qualquer indivíduo que, independente da causa, apresente por, pelo menos, três meses consecutivos uma TFG < 60ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

Além da avaliação da TFG outros marcadores de dano renal são considerados (um ou mais), para o diagnóstico de DRC:

- a) albuminúria ( $\geq 30$  mg/24h ou razão albuminúria/creatininúria  $\geq 30$ mg/g);
- b) anormalidades do sedimento urinário;
- c) anormalidades eletrolíticas ou outras devido a doenças tubulares;
- d) anormalidades detectadas por histologia;
- e) anormalidades estruturais detectadas por exames de imagem.
- f) história de transplante renal.

A classificação da DRC por estágios, é baseada essencialmente na taxa de filtração glomerular (TFG), que se refere ao volume de sangue que o rim é capaz de filtrar. Nesse sentido quando o órgão está saudável, essa taxa varia entre 90 a 130 ml de sangue por minuto.

Para melhor estruturação do tratamento dos pacientes com DRC, bem como para estimativa de prognóstico, é necessário que, após o diagnóstico, todos os pacientes sejam classificados, de acordo com os estágios descritos abaixo.



- **Estágio 1:** a TFG  $\geq 90$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup> na presença de proteinúria e/ou hematuria ou alteração no exame de imagem. É a fase mais precoce da doença. Nesse estágio, o rim ainda desempenha sua função, filtrando mais de 90ml de sangue por minuto. Porém, o paciente apresenta sinais de lesão renal (como perda de proteína ou sangue pela urina), que poderão progredir a longo prazo, se não forem controlados os fatores de risco para a progressão da DRC.



- **Estágio 2:** a TFG está entre 60 a 89 mL/min./1,73 m<sup>2</sup>, apesar disso, os pacientes classificados neste estágio já estão com a filtração renal

levemente comprometida, mas ainda não apresentam sintomas. Essa fase é também chamada de pré insuficiência renal, essa fase é comum em idosos, quando o envelhecimento do rim afeta seu funcionamento. Imediatamente o tratamento é focado no controle dos fatores de risco para evitar que a DRC avance.



- **Estágio 3a:** a TFG está entre 45 a 59 mL/min./1,73 m<sup>2</sup>; e **Estágio 3b:** a TFG está entre 30 a 44 mL/min./1,73 m<sup>2</sup>;

É geralmente nesse estágio que o paciente começa a apresentar os primeiros sintomas, como anemia e doença óssea, mas ainda de forma discreta. A partir dessa fase, já é indicado um tratamento conservador, que consiste em retardar a progressão da doença e conservar a TFG pelo maior tempo de evolução possível. Sem qualquer cuidado os pacientes podem evoluir para a perda progressiva da função renal.



- **Estágio 4:** a TFG está entre 15 a 29 mL/min./1,73 m<sup>2</sup>. Esse estágio é também chamado de pré-dialítico, e é considerado grave. Como o volume de sangue filtrado é baixo, têm-se o acúmulo das escórias no sangue, e suas consequências desnutrição, anemia, enfraquecimento ósseo, cansaço e edemas. Nesse estágio os pacientes apresentam diversas alterações em seus exames, como aumento de potássio, fósforo e PTH, além da redução dos níveis de cálcio e hemoglobina (desenvolvendo anemia). Além do manejo conservador, esse estágio inclui o preparo adequado para o início de alguma modalidade de diálise (terapia renal substituta).



- **Estágio 5:** a TFG é  $< 15 \text{ mL/min./1,73 m}^2$ . Neste estágio, o rim já não é capaz de manter seu funcionamento básico. A maioria dos pacientes apresenta sintomas como náuseas, vômitos, descontrole da pressão, perda do apetite e perda de peso. Também podem surgir sintomas como a redução da quantidade de urina (que ocasiona inchaço e falta de ar devido ao acúmulo de líquido nos pulmões), anemia grave e arritmia cardíaca (devido à elevação do potássio e da acidez no sangue). Impõe-se a necessidade do início de alguma modalidade de terapia renal substitutiva que, como o nome indica, “substitui” o rim ou o transplante renal.

Considerando que a DRC é um conjunto de alterações clínicas e laboratoriais causadas por agressão persistente e irreversível ao rim, o manejo / tratamento conservador da DRC consiste no acompanhamento da função renal existente e no controle dos fatores de risco para a progressão da DRC, bem como para os eventos cardiovasculares e mortalidade, com o objetivo de conservar a TFG pelo maior tempo de evolução possível. A DRC é um fator de risco para doença cardiovascular independente de comorbidades como diabetes, hipertensão e dislipidemia.

Principais fatores de risco para a DRC, que são alvo de controle e medidas protetivas:

- Diabetes mellitus (quer seja do tipo 1 ou do tipo 2), controle glicêmico com valores de hemoglobina glicada em torno de 7%. Alvo menos rigoroso pode ser considerado em pacientes com hipoglicemias frequentes, início tardio do diabetes, doença micro ou macrovascular avançada e em idosos;
- Hipertensão arterial sistêmica, com controle pressórico com valores menores que 140/90;
- Prevenir ou tratar rapidamente distúrbios hemodinâmicos evitando desidratação (diarreia, vômito, uso excessivo de laxantes ou diuréticos) ou episódios de hipotensão arterial, principalmente em pacientes idosos;
- Portadores de obesidade ( $\text{IMC} > 30 \text{ Kg/m}^2$ ), buscar IMC alvo entre 20-25  $\text{Kg/m}^2$ ;

- Dieta com restrição proteica (0,8 g de proteína/ kg de peso /dia) para pacientes com TFG menor que 30 ml/min. Deve-se atentar para desnutrição desses pacientes. Diminuir ingestão de sódio (menor que 2g/dia) correspondente a 5 g de cloreto de sódio, em adultos;
- Histórico de doença do aparelho circulatório (doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca);
- Histórico de Doença Renal Crônica na família;
- Abandono do tabagismo;
- Evitar medicamentos nefrotóxicos (como AINE, aminoglicosídeos, lítio) e ajustar dose quando necessário (como benzodiazepínicos, colchicina, digoxina, fenofibrato, metformina e glibenclamida);
- Vacinações: Influenza (anualmente), Pneumococo (realizar uma dose e um reforço em 5 anos) e Hepatite B (avaliar se paciente foi vacinado e se houve resposta sorológica. A vacina contra hepatite B no paciente com DRC deve ser aplicada em dose dupla nos meses 0, 1, 2 e 6 para pacientes com anti-HBs < 10 UI/mL. Deve-se repetir o esquema para os não respondedores e realizar novo anti-HBs em 2 meses após a última dose. Em pacientes no estágio 4 e 5 deve-se reavaliar o anti-HBs anualmente e se valores se tornarem inferiores a 10 ui/mL, revacinar);
- Pacientes com proteinúria, especialmente diabéticos, se beneficiam com o uso de Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores de Receptores da Angiotensina (BRA). O uso concomitante das duas classes de medicamentos está contraindicado devido a piores desfechos clínicos e não há evidência suficiente para recomendar a associação entre IECA e BRA para prevenir a progressão da DRC. Deve-se tentar atingir, quando tolerado, a dose alvo de cada medicação (40 mg/dia para enalapril, 150 mg/dia para captopril ou 100 mg/dia para losartana). Ao iniciar a medicação, deve-se atentar se não ocorrerá piora da hipertensão, hipercalemia ou diminuição da TFG. Se houver uma queda da TFG maior que 30% deve-se suspender o medicamento e encaminhar para o nefrologista.

Não iniciar IECA ou BRA para prevenção primária de DRC em pacientes diabéticos normoalbuminúricos e normotensos;

- Estatinas reduzem mortalidade e eventos cardiovasculares em pacientes com TFG reduzida (estágios 1 a 3) e dislipidemia;
- Betabloqueadores reduzem mortalidade e eventos cardiovasculares em pacientes com TFG reduzida e insuficiência cardíaca.

“Pacientes em risco para desenvolver DRC ou pacientes com DRC no estágio 1 e 2 (TFG maior que 60 ml/min e lesão estrutural renal) devem realizar anualmente a TFG (creatinina sérica), exame sumário de urina (EQU ou EAS ou urina tipo 1) e Albuminúria (Relação Albuminúria/Creatinúria ou microalbuminúria amostra ou albuminúria em 24 horas) para avaliar evolução”.

(4)

Depreende-se do exposto acima, que no estágio 2 da DRC, não há indicação de instituição de qualquer modalidade de terapia renal específica. As diretrizes terapêuticas atuais são para a realização de monitoramento da função renal existente e o controle dos fatores de risco, passíveis de controle.

No **caso concreto**, não foram apresentados elementos técnicos que permitam avaliar o estado geral de saúde do requerente, a presença ou não de fatores de risco para DRC, qual o tratamento requerido e qual a finalidade terapêutica do tratamento requerido.

#### **IV – REFERÊNCIAS:**

1) Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2014.

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_clinicas\\_cuidado\\_paciente\\_renal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf)

2) Doença Renal Crônica. Definição, Epidemiologia e Classificação. Jornal Brasileiro de Nefrologia Volume XXVI - nº 3 - Supl. 1 - Agosto de 2004.

3) Doença Renal Crônica (Pré Terapia Renal Substituta): Tratamento.

[https://amb.org.br/files/\\_BibliotecaAntiga/doenca\\_renal\\_cronica\\_pre\\_terapia\\_renal\\_substitutiva\\_tratamento.pdf](https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/doenca_renal_cronica_pre_terapia_renal_substitutiva_tratamento.pdf)

4) Doença Renal Crônica. Regula SUS. Universidade Federal do Rio Grande

do Sul.

[https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos\\_resumos/nefrologia\\_resumo\\_doenca\\_renal\\_cr%C3%B4nica\\_TSRS.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/nefrologia_resumo_doenca_renal_cr%C3%B4nica_TSRS.pdf)

5) Nota Técnica N° 01/2020. Atenção ao indivíduo portador de doença renal crônica na atenção básica. Governo do Estado do Rio Grande do Sul.

<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202101/05101524-nt-renal-cronica-versao-final.pdf>

6) Tudo Sobre a Doença Renal Crônica. Associação Portuguesa de Insuficientes Renais. apir.org.pt. Outubro/2016.

<https://www.apir.org.pt/wp-content/uploads/2017/04/Tudo-Sobre-a-Doen%C3%A7a-Renal-Cr%C3%B4nica.pdf>

**V – DATA:**

23/02/2023

NATJUS – TJMG