



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 438/2019

Vitória, 18 de março de 2019

Processo n° [REDACTED]  
[REDACTED] impetrado por  
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa a atender solicitação de informações técnicas do Juizado Especial Cível de Itapemirim – ES, requeridas pelo MM juiz de direito Dr. Leonardo Augusto de Oliveira Rangel, sobre o procedimento: **Transferência para hospital com suporte especializado em cardiologia.**

**I – RELATÓRIO**

1. De acordo com a Inicial, a Requerente se encontra internada no Hospital Evangélico de Itapemirim, estando em gravíssimo estado de saúde, com disfunção grave de prótese de valva mitral, necessitando de transferência para leito de cardiologia, com urgência. Diante do exposto, recorre à via judicial.
2. Às fls. 09 consta o Relatório Médico elaborado no dia 01/03/2019 pela Dra. Andréia Mansur, em papel timbrado do Hospital Evangélico Litoral Sul, informando que a paciente [REDACTED] está internada desde o dia 18/02/2019, com quadro de disfunção grave de prótese de válvula mitral, estando cadastrada na Central de Vagas desde o dia 28/02/2019, aguardando leito de cardiologia com urgência.
3. Às fls. 15 consta o Espelho da Solicitação de Internação, preenchido no dia 28/02/2019 pela Dra. Andréia Mansur Barboza Rabello, informando que a paciente [REDACTED] de 47 anos de idade, está internada desde o dia 18/02/2019, com quadro de pneumonia e disfunção prévia de prótese mitral, aguardando vaga para



## **Poder Judiciário**

### Estado do Espírito Santo

---

cardiologia. Ao exame físico do sistema cardiovascular apresenta sopro sistólico importante, sem queixas de dispnéia no momento do exame. Este documento foi anexado PARCIALMENTE, não havendo a continuação do resultado de exames da paciente (como Ecocardiograma transtorácico).

4. Às fls. 19 consta Decisão Judicial que define a tutela de urgência determinando aos Requeridos a transferência da paciente para Unidade Hospitalar com leito de cardiologia.

## **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 Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina** define urgência e emergência: Artigo 1º – Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado. Parágrafo Primeiro – Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Parágrafo Segundo – Define-se por **EMERGÊNCIA** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.



## **Poder Judiciário**

### Estado do Espírito Santo

---

#### **DA PATOLOGIA**

1. A **Insuficiência Mitral (IM)** é caracterizada pela regurgitação sanguínea para o átrio esquerdo durante a sístole ventricular. Pode ser decorrente de anormalidades em diferentes locais do aparato valvar, tais como folhetos, ânulo, cordas tendíneas e músculos papilares. Etiologicamente, a insuficiência mitral pode ser classificada em primária (resultante de deformidade estrutural valvar) ou secundária, quando relacionada a outra doença cardíaca.
2. Dentre as causas primárias, destacam-se o prolapso valvar mitral, a endocardite infecciosa, a Febre Reumática (FR), traumas e as deformidades congênitas. As etiologias secundárias estão relacionadas à isquemia miocárdica, cardiomiopatia hipertrófica e disfunção ventricular esquerda do tipo sistólica.
3. A prevalência do Prolapso da Valva Mitral (PVM) na população geral varia de 1% a 2,5%<sup>49</sup>. PVM pode ocorrer de forma familiar ou não, sendo transmitido como traço autossômico. A história natural da evolução dos pacientes portadores de prolapso da valva mitral é variável, e a evolução é muito favorável na grande maioria dos casos. A primeira avaliação para o diagnóstico de PVM deve ser o exame físico. A ausculta cardíaca pode ser normal, ou ainda podem ser evidenciados múltiplos clicks variáveis durante a sístole e a presença de sopro sistólico tardio ou holossistólico decorrente de insuficiência mitral.
4. O Eletrocardiograma (ECG) do paciente com IM crônica pode apresentar sobrecarga de câmaras esquerdas, assim como sinais de sobrecarga de câmaras direitas nos casos com Hipertensão pulmonar (HP). Pode haver área inativa ou bloqueio de ramo relacionados ao comprometimento ventricular. Na radiografia de tórax podem estar presentes o aumento das câmaras esquerdas e sinais de congestão pulmonar.
5. A ecocardiografia permite o diagnóstico morfológico da valva e do mecanismo de regurgitação (inferindo etiologia) e a avaliação quantitativa (gravidade da regurgitação). É útil também na programação do tratamento cirúrgico (predição da probabilidade de plástica valvar).



## **Poder Judiciário**

### Estado do Espírito Santo

---

6. A quantificação ecocardiográfica da insuficiência valvar mitral pode ser realizada com o emprego das seguintes aferições: 1 área do jato regurgitante com Doppler colorido; 2 largura da vena contracta; 3 volume regurgitante; 4 fração regurgitante; 5 área do orifício regurgitante; além da aferição das dimensões das câmaras cardíacas.

### **DO TRATAMENTO**

1. Na insuficiência mitral aguda com repercussão clínica e hemodinâmica recomenda-se o uso de vasodilatadores e diuréticos preferencialmente por via intravenosa, objetivando redução das pressões de enchimento ventricular. Dentre os vasodilatadores, destacam-se os nitratos, especialmente o nitroprussiato de sódio, em razão da capacidade de redução de pós-carga e da fração regurgitante. Agentes inotrópicos, como a dobutamina, são indicados nos cenários mais críticos, em que a regurgitação valvar associada à disfunção ventricular determina baixo débito cardíaco e hipotensão arterial sistêmica
2. Não há tratamento farmacológico definido para a insuficiência mitral crônica assintomática. Embora exista racional fisiopatológico para o uso de vasodilatadores, a evidência científica atual não demonstra benefícios clínicos. Pequenos estudos não comprovaram melhora significativa dos volumes ventriculares e do grau de regurgitação mitral com o uso de Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (Ieca). Além disso, essa terapia pode mascarar a evolução clínica desses pacientes por abrandar o surgimento de sintomas, acarretando atraso na indicação do tratamento cirúrgico. Em contrapartida, na insuficiência mitral secundária resultante de miocardiopatia dilatada com disfunção ventricular sistólica, o uso de Ieca e de betabloqueadores, como verificado por diversos estudos, pode melhorar tanto o grau de regurgitação mitral quanto a classe funcional.
3. O uso de vasodilatadores e diuréticos é recomendado na insuficiência mitral crônica sintomática objetivando exclusivamente a melhora de classe funcional, enquanto o paciente aguarda o procedimento cirúrgico, sem demonstração de benefícios na mortalidade. A terapia anticoagulante é indicada na insuficiência mitral associada à



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

fibrilação atrial permanente ou paroxística, com INR-alvo entre 2,0 e 3,0. A frequência cardíaca, nesses casos, deve ser controlada com bloqueadores de canais de cálcio do tipo não diidropiridínicos (diltiazem, verapamil), digoxina, amiodarona ou betabloqueadores.

4. Atualmente, a correção da IM é realizada por: 1 reconstrução por plástica; 2 substituição da valva por prótese com preservação parcial ou total das estruturas subvalvares; 3 substituição por prótese com remoção do aparelho valvar. Esses procedimentos têm indicações específicas, bem como riscos e benefícios.
5. O tratamento cirúrgico está indicado nos casos de insuficiência mitral importante e sintomática.

### **DO PLEITO**

1. **Transferência para hospital com suporte especializado em cardiologia.**

### **III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. De acordo com os documentos anexados, a paciente [REDACTED] está internada desde o dia 18/02/2019, com quadro de disfunção grave de prótese de válvula mitral, estando cadastrada na Central de Vagas desde o dia 28/02/2019, aguardando leito de cardiologia com urgência.
2. Não foi anexado exames de imagem, como Ecocardiografia Transtorácica, caracterizando a Doença Valvar do paciente, porém foi informado pela médica assistente que, ao exame físico, apresenta sopro sistólico importante.
3. Este conclui que a paciente em tela tem indicação de ser avaliada por um cardiologista para determinação de conduta. Quanto à urgência na transferência este Núcleo não tem como se pronunciar visto que não constam informações importantes sobre sua patologia que permitam a análise urgência do procedimento.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo

4. Este Núcleo se coloca à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.



**REFERENCIAS**

DIRETRIZ BRASILEIRA DE VALVOPATIAS – SBC 2011 - I DIRETRIZ INTERAMERICANA DE VALVOPATIAS – SIAC 2011. Disponível em <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2011/Diretriz%20Valvopatias%20-%202011.pdf>

Atualização das Diretrizes Brasileiras de Valvopatias: Abordagem das Lesões Anatomicamente Importantes. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/05\\_DIRETRIZ\\_VALVOPATIAS.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/05_DIRETRIZ_VALVOPATIAS.pdf)