



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 254/2019

Vitória, 12 de fevereiro de 2019

Processo nº [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas de 1º Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública do Juízo de Serra-ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Rubens José da Cruz, sobre o procedimento: **Cintilografia miocárdica e consulta com urologista.**

I - RELATÓRIO

1. Em síntese dos fatos relatados na Inicial, o Requerente, de 58 anos de idade, é portador de hiperplasia prostática, já avaliado por um urologista que solicitou exames e orientou que retornasse para reavaliação e tratamento, porém, até o momento, o Requerente afirma que ainda está aguardando seu agendamento conforme orientado. Além da necessidade supracitada, o Requerente necessita da realização do exame de cintilografia miocárdica com esforço e repouso, pois é portador de angina instável, estando aguardando a realização deste exame desde novembro de 2017. Diante do exposto, recorre a via judicial para conseguir realizar seu exame e o tratamento adequado.
2. Às fls. 12 consta o Formulário para Pedido Judicial em Saúde, preenchido pela Dra Ana Lúcia de Mello Machado (médica do trabalho), no dia 31/01/2019, com a solicitação de cirurgia de próstata para o paciente, devido a hiperplasia prostática benigna.
3. Às fls. 14 consta o Espelho do SISREG III com a solicitação de consulta com o



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

urologista para o paciente [REDACTED].

4. Às fls. 15 consta o Formulário para Pedido Judicial em Saúde, preenchido pela Dra Ana Lúcia de Mello Machado (médica do trabalho), no dia 31/01/2019, descrevendo que o paciente apresenta Diabetes Mellitus insulino-dependente e Doença Arterial Coronariana grave, com história prévia de revascularização e angioplastia prévia, e necessita de realizar cintilografia miocárdica com estresse e de repouso.
5. Às fls. 16 consta o Espelho do SISREG III com a solicitação de cintilografia miocárdica de repouso e com estresse, requerida no dia 07/11/2017, para avaliação de perfusão para o paciente [REDACTED].
6. Às fls. 18 consta o Laudo Ambulatorial Individualizado – BPA I com a solicitação de cintilografia miocárdica de repouso e com estresse para avaliação de perfusão para o paciente [REDACTED], sendo justificado que o paciente apresenta coronariopatia grave, com história prévia de revascularização e angioplastia prévia.

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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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.

DA PATOLOGIA

EM RELAÇÃO A PATOLOGIA CARDIOLÓGICA

1. **Doença isquêmica crônica do coração:** ocorre quando o suprimento arterial para o músculo cardíaco (miocárdio) não é suficiente para atender à demanda por oxigênio. Embora algumas condições patológicas possam provocar essa disfunção, a grande maioria dos casos ocorre devido à doença arterial coronariana (DAC), doença crônico-degenerativa com a formação de placas de ateromas (gordura – colesterol), placas que podem estar distribuídas em várias localizações e ramos arteriais, e que quando obstruem o lúmen arterial em mais de 70%, acarretam dificuldade de irrigação do músculo cardíaco (miocárdio) com variados graus de severidade. A síndrome coronária aguda (SCA) resulta da ruptura de uma placa coronariana instável, complicada pela formação de trombo intraluminal, embolização e obstrução coronária em graus variáveis. A SCA inclui uma série de apresentações clínicas.
2. Pacientes com oclusão total podem apresentar infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST. Obstrução parcial de um vaso pode resultar em um IAM sem supradesnivelamento do segmento ST ou angina instável (AI), que exigirá estabilização clínica precoce; seguida por uma estratificação de risco criteriosa para a definição das estratégias terapêuticas (invasivas ou conservadoras).
3. Nos Estados Unidos a angina instável (AI) é a causa cardiovascular mais comum de internação hospitalar, sendo também a responsável pela maioria das internações em unidades coronarianas. Durante a evolução, uma parte destes pacientes desenvolve



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

elevações nos marcadores bioquímicos de dano miocárdico, configurando o quadro de infarto agudo do miocárdio (IAM) sem supradesnível do segmento ST. Estas duas entidades (AI e IAM), quando em conjunto, compõem as síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis sem supradesnível do segmento ST (SIMISSST). O paciente com AI tem prognóstico variável quanto a eventos desfavoráveis como IAM, óbito, recorrência de angina e necessidade de revascularização miocárdica.

4. Em virtude da ampla variação das manifestações clínicas das SIMISSSTs, sua estratificação de risco ajuda a determinar estratégias para tratamento ambulatorial ou hospitalar, propiciando uma adequação de custos em função de maior eficácia terapêutica.
5. Escore de risco do grupo TIMI considera: idade ≥ 65 anos, elevação de marcadores bioquímicos, depressão do segmento ST $\geq 0,5$ mm, uso de ácido acetilsalicílico (AAS) nos últimos sete dias, presença de três ou mais fatores de risco tradicionais para doença arterial coronariana (DAC) (hipertensão, hipercolesterolemia, diabetes melito, tabagismo, história familiar), DAC conhecida, angina grave recente (< 24 horas). Conferindo um ponto para cada um desses itens, o paciente é catalogado como: de baixo risco (escore de 0 a 2), risco intermediário (escore de 3 ou 4) ou alto risco (escore de 5 a 7). Esse escore de risco foi validado em outros estudos de SIMISSST, observando-se em todos eles aumento na incidência de eventos (óbito, reinfarto e isquemia recorrente necessitando de revascularização) em proporção direta ao aumento no escore de risco. Sabe-se que pacientes com angina instável e TIMI risk acima de 4 tem indicação de estratificação invasiva de risco (cateterismo) para definição de conduta.
6. A recorrência de angina após cirurgia de revascularização miocárdica (CRM) ou intervenção coronariana percutânea (ICP) pode significar o desenvolvimento de complicações agudas, novas lesões, trombose tardia do stent ou reestenose. Dor torácica até 48 horas após intervenção percutânea é indicativa de obstrução aguda, espasmo coronariano transitório, trombo não oclusivo, oclusão de ramo ou embolização distal. A dor torácica recorrente até seis meses depois do procedimento está mais provavelmente relacionada com reestenose; por outro lado, o aparecimento



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

de angina após este período geralmente se associa a nova lesão coronariana. No caso da CRM, o aparecimento precoce de dor geralmente se associa à obstrução trombótica do enxerto; do primeiro mês até o primeiro ano pós-CRM (cirurgia de revascularização miocárdica), o mecanismo geralmente é o de hiperplasia fibrosa da íntima. Após este período, é indicativo de nova lesão aterosclerótica e/ou degeneração não trombótica do enxerto. Portanto, aos pacientes com sintomas sugestivos de AI que já tenham sido submetidos à revascularização miocárdica, especialmente nos que se apresentam com dor em repouso, está indicada a conduta intervencionista.

7. O diagnóstico engloba avaliação de risco, anamnese, exame físico, eletrocardiograma, testes funcionais como o Teste ergométrico, cintilografia miocárdica, ecocardiograma com estresse farmacológico, e imagens contrastadas (angiotomografia e cinecoronariografia).

EM RELAÇÃO A PATOLOGIA UROLÓGICA

1. A **hipertrofia benigna prostática (HBP)** ou **hiperplasia prostática benigna** é uma condição caracterizada pelo aumento benigno da próstata que normalmente se inicia em homens com mais de 40 anos. Pode provocar estreitamento da uretra com dificuldade de micção.
2. É causada por uma hiperplasia das células do estroma e do epitélio, resultando na formação de nódulos na região periuretral da próstata. Quando suficientemente largos, os nódulos comprimem o canal uretral causando obstrução parcial, ou às vezes completa, da uretra, desta maneira interferindo no fluxo normal da urina. Isso causa sintomas de hesitação urinária, polaciúria, aumento do risco de infecção do trato urinário e retenção urinária. Embora os níveis de antígeno prostático específico (PSA) possam estar elevados nestes pacientes devido ao volume maior do órgão e inflamação devido às infecções do trato urinário, a hiperplasia prostática benigna não é considerada uma lesão pré-maligna.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

DO TRATAMENTO

1. Não será discutido no presente parecer por se tratar de demanda por procedimento diagnóstico.

DO PLEITO

1. **Cintilografia de perfusão miocárdica:** é um método que estuda a perfusão miocárdica através de radioisótopo, realizada em duas etapas: repouso e estresse (físico ou farmacológico).
2. O estresse é geralmente realizado através do exercício em esteira rolante, podendo também ser em cicloergômetro. Nas pessoas que por algum motivo não estejam aptas a desenvolver o exercício físico, induz-se o estresse miocárdico através da injeção endovenosa de uma substância. As imagens obtidas, sob estresse e em repouso, são posteriormente digitalizadas, comparadas e interpretadas.
3. São várias as indicações da cintilografia de perfusão miocárdica. As principais são:
 - a) no diagnóstico de isquemia miocárdica decorrente de coronariopatia obstrutiva em pacientes com probabilidade pré-teste intermediária. Exemplos: paciente assintomático com teste ergométrico positivo, paciente sintomático com teste ergométrico negativo, mulheres com angina atípica, etc.
 - b) em pacientes com coronariopatia obstrutiva conhecida, a cintilografia é importante na avaliação da repercussão isquêmica de lesão limítrofe (30 a 60% de obstrução).
 - c) em coronariopatas é importante na estratificação de risco e avaliação prognóstica de pacientes com angina estável, e conseqüentemente no auxílio da decisão terapêutica.
 - d) na estratificação de risco pós-IAM e angina instável e na estratificação de risco para pacientes que vão se submeter a cirurgias não cardíacas (especialmente em cirurgia vascular).
 - e) na avaliação de isquemia após procedimento de revascularização miocárdica ou angioplastia.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

- f) detecção da presença de viabilidade miocárdica em pacientes com miocardiopatia isquêmica com disfunção ventricular.
 - g) diagnóstico precoce de isquemia em unidades de dor torácica.
 - h) avaliação de isquemia na população pediátrica nos casos de anomalia coronariana congênita e doença de Kawasaki.
4. A cintilografia miocárdica é contemplada pelo SUS, devendo ser disponibilizada pelo gestor estadual por ser método diagnóstico de alta complexidade.
5. **Consulta com urologista.**

III - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. De acordo com os documentos anexados, trata-se de um paciente de 58 anos de idade, portador de hiperplasia prostática, já avaliado por um urologista que solicitou exames e orientou que retornasse para reavaliação e tratamento, porém, até o momento, o Requerente afirma que ainda está aguardando seu agendamento conforme orientado. Foi informado também que o Requerente necessita da realização do exame de cintilografia miocárdica com esforço e repouso, pois é portador de angina instável, estando aguardando a realização deste exame desde novembro de 2017.
2. Não foi informado em relação à patologia cardiológica sobre o quadro clínico do paciente, com caracterização da dor (qualidade, duração, localização, irradiação, fatores desencadeantes, fatores de alívio, sintomas associados), exame físico e medicações (por exemplo: o paciente está em uso de estatina para prevenção secundária e/ou tratamento? o paciente está compensado clinicamente com as medicações de uso contínuo?). Também não foi informado em relação a patologia urológica (hiperplasia prostática benigna) se há exames de imagem confirmando seu diagnóstico, se há sintomas obstrutivos (jato fraco, esforço para urinar, jato interrompido, hesitação, gotejamento, incontinência, esvaziamento) ou irritativos (urgência para urinar, polaciúria, dor suprapúbica, noctúria, entre outros), se está em



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

tratamento clínico (como medicamentos da classe alfa-bloqueadores, que causam benefício imediato dos sintomas, ou inibidores da 5-alfa-redutase, que requerem um tratamento em longo prazo) e se houve falha neste tratamento.

3. Diante do exposto, **considerando a escassez de informações citadas acima**, este NAT fica impossibilitado de elaborar um Parecer técnico em relação ao pleito solicitado de cintilografia miocárdica, porém informamos que o paciente **deve ter uma avaliação cardiológica, em caráter prioritário**, visto que foi informado quadro de síndrome coronariana aguda (angina instável), devendo o especialista realizar a estratificação de risco do paciente e definir a melhor conduta para seu tratamento, por se tratar de paciente de alto risco cardiológico. Caso seja concluído que há necessidade do mesmo ser submetido a cintilografia miocárdica ou outro procedimento (como cineangiocoronariografia) para avaliação, que seja então disponibilizado de acordo com a prioridade que o médico definir. Em relação a patologia urológica, este Núcleo entende que **o paciente deve ter seu agendamento devidamente marcado, porém deve-se priorizar o tratamento clínico da patologia (hiperplasia prostática benigna), visto que o paciente deve ser avaliado previamente por um cardiologista antes de ser submetido a um procedimento cirúrgico.**

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

REFERENCIAS

Diretrizes de Doença Coronariana Crônica. Angina estável. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/abc/v83s2/21516.pdf>>.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2007/diretriz_SIMI.pdf>

CAVACANTI, A.G.L.C. et al. Hiperplasia Prostática Benigna. Projeto Diretrizes. 20 de junho de 2006. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/5_volume/24-Hiperpla.pdf.

Regula SUS; Hiperplasia Prostática Benigna, disponível em: https://www.ufrgs.br/tsrs/telessauders/documentos/protocolos_resumos/urologia_resumo_hiperplasia_prostatica_benigna_TSRS.pdf