



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

---

**PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº642/2021**

Vitória, 17 de junho de 2021

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

O presente Parecer Técnico visa atender solicitação de informações técnicas do 2º Juizado Especial, Civil, Criminal e da Fazenda Pública Estadual de Aracruz-ES, requeridos pelo MM. Juiz de Direito Dr. Grécio Nogueira Grégio, sobre o procedimento: **“Angioplastia coronariana com dois stents farmacológicos”**

**I-RELATÓRIO**

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, o Requerente, de 69 anos, alega que há cerca de 2 anos sofreu acidente vascular cerebral, além de ser hipertenso e diabético. Sustenta que foram solicitados pelo cardiologista a realização de um cateterismo. No dia 11 de junho de 2021, realizou um exame de cineangiocoronariografia pela técnica transradial, o que acusou a obstrução das artérias coronárias, e teve como conclusão “coronárias com aterosclerose significativa na DA, CX e CD” e disfunção ventricular global grave. Informa o requerente que precisa realizar o tratamento para disfunção ventricular esquerda global grave acometida uma vez que se encontra com risco grave de saúde, necessitando do tratamento com a realização de angioplastia coronária com 2 stents farmacológicos, de nova consulta com médico especialista para realização do procedimento cirúrgico indicado, o quanto antes. Relata ainda que procurou a rede pública de saúde nesta data, mais especificamente a unidade de saúde do seu bairro, sendo informado que encontra-se em fila de espera, porém não foi dada nenhuma previsão para a realização do procedimento de extrema urgência. Informa que não



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

---

- possui condições financeiras de arcar com o tratamento médico solicitado pelo cardiologista; necessário ao restabelecimento de sua saúde, uma vez que é aposentado. Diante da necessidade de conseguir a consulta médica e o tratamento da enfermidade acometida, recorre à via judicial.
2. Às fls 7376918 (Pág. 1 a 4) encontramos laudo de cineangiocoronariografia pela técnica transradial em papel timbrado da UNICOR - Unidade do Coração do Espírito Santo em Linhares-ES, realizado em 11 de junho de 2021, assinado pelo Dr. Tarcísio Campostrini B. Junior, CRM-ES-9109 Cardiologista Intervencionista e Hemodinamicista, com os seguintes achados – Artéria Coronária Direita - dominante . Exibe lesão segmentar de até 95% no terço médio seguida de oclusão crônica. Artéria Coronária Esquerda – Art. Descendente Anterior exibe lesão focal de 70% no terço proximal. Art. Circunflexa – exibe lesão focal de 70% no terço distal. Circulação colateral não visualizada. Ventriculografia esquerda – Ventrículo esquerdo com volume diastólico aumentado e hipocinesia difusa grave. A valva mitral é competente. Não há obstáculos à ejeção ventricular. Tendo como conclusões – Coronárias com aterosclerose significativa na DA, CX e CD. Disfunção ventricular esquerda global grave.
  3. Às fls. 7376915 (Pág. 1) encontramos laudo médico em papel timbrado do SUS da Secretaria de Saúde de Aracruz em nome do requerente, informando que o mesmo tem 69 anos é hipertenso e diabético com história de AVE há 3 anos. Realizou Teste Ergométrico em 14/05/2021, durante o teste não apresentou sintomatologia de insuficiência coronariana. Teste interrompido devido a exaustão. ECG ritmo sinusal, Alteração de repolarização ventricular em D2,D3 e aVF e com conclusão no laudo de teste de esforço sugestivo para isquemia miocárdio devido dor precordial típica. Esta em acompanhamento com o cardiologista Dr. José Rodolfo Cavalcante que solicitou cateterismo para melhor avaliação. Refere ainda que o requerente queixa-se de dor torácica e dispnéia aos esforços. Em tempo – informa ser o requerente ex-tabagista, tendo clearance de creatinina em 27/11/2020 de 42,7 mL/min. Laudo assinado pela Dra. Beatriz Gonçalves – CRM-ES 16791, datado de 08/06/2021.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

---

4. Às fls. 7376915 (Pág. 2) consta exames laboratoriais – uréia e creatinina em nome do requerente datado de 08/06/2021 – realizados no laboratório Motta e Ribeiro em Aracruz-ES.
5. Às fls. 7376918 (Pág. 5) encontramos orçamento de procedimento médico em nome do requerente em papel timbrado do UNICOR - Unidade do Coração do Espírito Santo em Linhares-ES – referente à angioplastia coronariana com 2 stents farmacológicos no valor de 18 mil reais, datado de 11/06/2021.

## 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. O **Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011** veio regulamentar a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e define que:

“Art.8º - O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art.9º - São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

  - I - de atenção primária;
  - II - de atenção de urgência e emergência;
  - III - de atenção psicossocial; e



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

---

IV - especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.”

**3. 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.**

## **DA PATOLOGIA**

- 1. A Doença Arterial Coronariana (DAC)** é uma doença alta prevalência mundial por sua alta morbi-mortalidade. É ocasionada pela obstrução a passagem do fluxo sanguíneo coronariano para perfusão miocárdica. A principal causa de obstrução coronariana é a aterosclerose.
- 2. A aterosclerose** é um processo sistêmico, progressivo e crônico, representado pela resposta inflamatória e fibroproliferativa da parede arterial, secundária a agressões da



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

---

superfície arterial. Pode-se estender a todos os leitos arteriais do organismo incluindo a aorta e seus principais ramos: carótidas, renais, ilíacas e femorais. Os principais fatores de risco são: hipercolesterolemia, hipertensão arterial, diabetes, tabagismo e história familiar.

3. **A angina** é uma síndrome clínica caracterizada por desconforto ou dor que pode estar presente na região do tórax, epigástrico, mandíbula, ombro, dorso ou membros superiores. É tipicamente desencadeada ou agravada com o esforço físico ou estresse emocional, e atenuada com uso de medicação como a nitroglicerina e derivados. A angina usualmente acomete portadores de DAC com comprometimento de, pelo menos, uma artéria epicárdica. Todavia, pode-se também ocorrer fora de contexto de obstrução aterosclerótica coronariana como na doença cardíaca valvar, cardiomiopatia hipertrófica, hipertensão não controlada, espasmo ou disfunção endotelial.
4. Conceitua-se como **insuficiência coronária** o estado em que ocorre desequilíbrio entre a oferta e o consumo de oxigênio para a manutenção plena das necessidades metabólicas do miocárdio, ocasionando redução do fluxo local e assim isquemia de diversos graus de intensidade.
5. **A síndrome coronariana aguda (SCA)** é a manifestação clínica compatível com isquemia miocárdica e é subdividida em supradesnivelamento do segmento ST (Infarto Agudo do miocárdio com supra de ST) e sem supradesnivelamento do segmento ST (Infarto Agudo do miocárdio sem supra de ST e Angina Instável - AI). O paciente com AI tem prognóstico variável quanto a eventos desfavoráveis como IAM, óbito, recorrência de angina e necessidade de revascularização miocárdica. Tem sua classificação segundo a Sociedade Canadense de Cardiologia como: Angina instável em repouso, de aparecimento recente e em crescendo.
6. O diagnóstico da Síndrome Coronariana Aguda é iminentemente clínico e deve ser obtido o mais rápido possível baseado em sinais e sintomas sugestivos de isquemia, exame físico minucioso e de acordo com as alterações eletrocardiográficas / laboratoriais (marcador de necrose miocárdica: troponina) para assim nortear a



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

---

terapêutica adequada imediata.

7. Para o diagnóstico de DAC fora de contexto de síndrome coronariana aguda— dita como DAC estável, além de história clínica compatível com isquemia e exame físico adequado é preciso a avaliação de probabilidade de DAC significativa que pode ser estimada em baixa, intermediária e alta. Tal probabilidade é decorrente do tipo de dor, idade, comorbidade e do sexo do paciente. Nos pacientes com baixa probabilidade de DAC, testes adicionais baseiam-se na investigação de causas não cardíacas para a dor torácica. Nos casos de alta probabilidade, deve-se seguir com a investigação diagnóstica, para determinar o risco individual de o paciente ter um evento cardíaco, como o infarto do miocárdio fatal ou não fatal, ou seja, a estratificação do risco cardíaco. Por fim, nos casos de probabilidade intermediária, fazem-se necessários os métodos subsequentes, tanto para o diagnóstico da DAC quanto para a estratificação do risco.
8. Dentre os testes adicionais, encontra-se uma variedade de métodos, como Eletrocardiograma (ECG) de esforço, ecocardiograma com estresse, cintilografia miocárdica com estresse, Tomografia e Ressonância Magnética Cardiovascular (RMC) e Cineangiografiografia (CATE). A escolha de cada um desses métodos deve se basear em dados e escolha do paciente. Cabe ressaltar que o a cineangiografiografia é o padrão ouro para diagnóstico tanto no contexto de SCA ou de DAC estável.

## **DO TRATAMENTO**

1. Na DAC estável é imprescindível a associação de terapia medicamentosa otimizada, controle de comorbidades como adequado controle pressórico, glicêmico, alvo terapêutico de LDL e mudança de estilo de vida.
2. Os objetivos fundamentais do tratamento da DAC incluem: (1) prevenir o infarto do miocárdio e reduzir a mortalidade; (2) reduzir os sintomas e a ocorrência da isquemia



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

---

miocárdica, propiciando melhor qualidade de vida

3. A terapia medicamentosa para reduzir risco de infarto do miocárdio e mortalidade e consiste no uso de antiagregantes plaquetários e hipolipemiantes. Para o tratamento a fim de reduzir os sintomas e isquemia miocárdica inclui o uso de nitratos, beta-bloqueadores, bloqueadores de canais de cálcio, trimetazidina, ivabradina, nitratos de ação prolongada e alopurinol.
4. Quanto há refratariedade ao tratamento clínico no contexto de DAC estável, é indicado o tratamento cirúrgico ou percutâneo de acordo com o grau, localização e complexidade da lesão obstrutiva, comorbidades, quantidade de artérias comprometidas e função ventricular. Cabe ressaltar a importância de decisão junto ao time de especialistas (*Heart Team*) que envolve o cardiologista clínico, cardiologista intervencionista e cirurgião cardíaco.
5. Nas síndromes coronarianas é necessário o tratamento medicamentoso inicial com dupla agregação plaquetária, anticoagulação e medidas clínicas para redução dos sintomas. No infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST é indicado a intervenção imediata com estudo hemodinâmico (cineangiocoronariografia ou também conhecido como cateterismo cardíaco) em tempo hábil, inferior a 90 minutos entre a admissão do paciente e o procedimento para tratamento da lesão (tempo porta balão). Quanto indisponível no serviço, deve-se proceder com trombólise e posterior encaminhamento para centro de referência para conhecimento da anatomia coronariana e adequado tratamento.
6. Após avaliação da anatomia e a depender dos critérios já acima mencionados, cabe ao médico decidir qual a forma de tratamento será adotada: percutânea ou cirúrgica baseado em estudos robustos prévios para avaliação prognóstica, escolha do paciente e decisão do *Heart Team*.
7. A revascularização direta do miocárdio, utilizando enxertos para as artérias coronárias, a partir da aorta, ou utilizando a própria artéria nativa, revolucionou o tratamento da



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

---

angina do peito na década de 1970. São recomendações para cirurgia de revascularização direta - Grau de recomendação I

- 1 Estenose  $\geq 50\%$  em TCE ou na situação de tronco equivalente (Descentende Anterior – DA e Cx no óstio, ou antes da saída de ramos importantes). Nível de evidência A.

- 2 Estenoses proximais ( $> 70\%$ ) nos três vasos principais, com ou sem envolvimento de DA proximal, principalmente nos pacientes com FE  $< 50\%$ , ou com prova funcional mostrando isquemia moderada a importante. Nível de evidência B.

- 3 Estenose em dois vasos principais, com lesão proximal de DA, em pacientes com FE  $< 50\%$ , ou com prova funcional com isquemia de grau moderado a importante. Nível de evidência B.

- 4 Estenoses em uma ou duas artérias principais, sem envolvimento da DA, mas com prova funcional com isquemia de grau importante. Nível de evidência B.

- 5 Angina incapacitante, com qualquer número de artérias envolvidas, esgotadas todas as opções terapêuticas não invasivas, mesmo sendo artéria secundária, e na impossibilidade técnica de tratamento por cateter. Nível de evidência B.

- 6. Estenoses em uma ou duas artérias, sem comprometimento da DA, após evento de morte súbita reanimada ou taquicardia ventricular sustentada. Nível de evidência B.

### **DO PLEITO**

#### **1. Angioplastia coronariana com dois stents farmacológicos.**



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

---

### III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. Trata-se de um paciente de 69 anos, portador de Doença Arterial Coronariana, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; além de apresentar história patológica pregressa de Acidente Vascular Cerebral há 3 anos (laudo médico). Foi submetido à Teste de Esforço que informa que o mesmo não teve sintomatologia de insuficiência coronariana; porém refere que o teste de esforço foi sugestivo para isquemia miocárdica devido dor precordial típica. Foi então indicado realizar Cineangiocoronariografia, que mostrou lesões com aterosclerose significativa em 3 vasos (DA/CX e CD), além de disfunção ventricular esquerda global grave. Sendo assim indicado a realização de angioplastia com 2 stents farmacológicos.
2. O referido parecer técnico encontra-se prejudicado pela ausência de informações médicas detalhadas sobre a evolução clínica do paciente; não constam informações sobre o tratamento, farmacológico e não farmacológico, instituído para o caso em tela – haja visto paciente é portador de Aterosclerose / Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Bem como não foram encontrados anexados, exames complementares importantes como o teste ergométrico (realizado pelo requerente em 14/05/2021) **que apresenta uma conclusão discrepante**, pois no laudo médico anexado aos autos informa que não foi encontrada sintomatologia de insuficiência coronariana, mas a conclusão fala-se em teste sugestivo de Isquemia Miocárdica devido dor anginosa. Não foram anexados, exames que comprovem a disfunção da função ventricular (ecodopplercardiograma colorido transtorácico); que ajudariam para a emissão de parecer conclusivo. Além disso em se tratando de paciente portador de HAS e Diabetes Mellitus, deve ser também discutido se o caso não seria melhor conduzido, aventando se a hipótese de cirurgia de revascularização miocárdica, que poderia ser uma hipótese para o caso em tela. Para isso teríamos de usar por exemplo o SYNTAX Score – mas precisaríamos de uma melhor avaliação das lesões coronarianas.
3. A angioplastia coronariana é um procedimento regularmente fornecido pelo SUS, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

---

SIGTAP).

4. Sendo assim então esse NAT entende que o requerente pode ter indicação de tratamento intervencionista, e que o tratamento pleiteado **é uma das opções para o caso em tela, porém deve ser considerado uma avaliação e decisão de Heart Team vinculado ao SUS; pois possa ser que a cirurgia de revascularização miocárdica direta seja a melhor indicação para o caso em tela.**
5. Como o procedimento é contemplado pelo SUS, cabe a Secretaria de Estado da Saúde disponibilizar o melhor tratamento para a requerente. Sugerimos então que o paciente seja avaliado, com prioridade, em ambulatório de cardiologia, em serviço de referência, como o Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes-HUCAM ou Hospital Evangélico de Vila Velha, para reavaliação global e decisão multiprofissional de qual tratamento será realizado.
6. Não se trata de urgência ou emergência, haja vista que a documentação médica não foi totalmente anexada aos autos.





**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

---

**REFERÊNCIAS**

Feres F, Costa RA, Siqueira D, Costa Jr JR, Chamié D, Staico R et.al. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista sobre Intervenção Coronária Percutânea. Arq Bras Cardiol 2017 109(1Supl.1):1-81

Nicolau JC, Timerman A, Marin-Neto JA, Piegas LS, Barbosa CJDG, Franci A, Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol 2014; 102(3Supl.1):1-61

Cesar LA, Ferreira JF, Armaganijan D, Gowdak LH, Mansur AP, Bodanese LC, et al. Diretriz de Doença Coronária Estável. Arq Bras Cardiol 2014; 103(2Supl.2): 1-59.

Da Luz & Favarato. Doença coronária crônica. Arq Bras Cardiol volume 72, (nº 1), 1999

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angioplastia Transluminal Coronária..Arq Bras Cardiol volume 64, (nº5),1995