



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo

**PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº129/2020**

Vitória, 22 de janeiro de 2020

Processo nº [REDACTED]  
impetrado por [REDACTED]  
[REDACTED] representado pela sua genitora  
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender solicitação de informações técnicas da 1ª Vara da Infância e Juventude de Vitória -ES, requeridas pela MM Juíza de Direito Dra. Lorena Miranda Laranja do Amaral, sobre o procedimento: **Cirurgia para cardiopatia congênita.**

**I -RELATÓRIO**

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, o Requerente de 1 ano de idade, é portador de Tetralogia de Fallot e Síndrome de Down. Faz acompanhamento regular com cardiologia pediátrica desde agosto de 2018 com indicação de abordagem cirúrgica. A solicitação foi protocolada junto ao Sistema Único de Saúde porém não disponibilizado até o momento. Pelo exposto, recorre à via judicial.
2. Às fls. 14 consta laudo médico, datado em 29/11/2019, emitido pela médica Dra Karla Loureiro Loss, Cardiologista Pediátrica, com as seguintes informações: Paciente de 1 ano e 4 meses com diagnóstico de Tetralogia de Fallot e Síndrome de Down (cariótipo 47 XY com trissomia do 21). Está em acompanhamento clínico cardiológico nesse serviço desde agosto 2018. Iniciado tratamento com propranolol desde o diagnóstico anatômico de cardiopatia congênita. Manteve-se em acompanhamento regular da patologia de base e foi indicado tratamento cirúrgico em fevereiro de 2019. Aguarda na fila de espera. Está em uso de propranolol regularmente e aguarda convocação para cirurgia eletiva. Mãe refere piora do cansaço nos últimos meses, mas não sugere



## **Poder Judiciário**

### Estado do Espírito Santo

---

cl clinicamente a presença de crise de hipóxia. Orientado sinais de alerta quanto as crises de hipóxia e procurar o pronto socorro mais próximo se presentes desde fevereiro de 2019.

## **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
- IV - especiais de acesso aberto.

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



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

3. **A Portaria Nº 1.727, de 11 de julho de 2017** aprova o Plano Nacional de Assistência à Criança com Cardiopatia Congênita.

Art. 1º Fica aprovado o Plano Nacional de Assistência à Criança com Cardiopatia Congênita, com o objetivo de estabelecer diretrizes e integrar ações que favoreçam o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à reabilitação da criança e do adolescente com cardiopatia congênita, bem como a redução da morbimortalidade desse público. Parágrafo único.

Art. 2º O Plano visa orientar a organização da assistência à criança com cardiopatia congênita, de modo a proporcionar o cuidado integral da criança em todas as etapas: pré-natal, nascimento, **assistência cardiovascular** e seguimento. Parágrafo único. O Plano está estruturado nos seguintes eixos:

I – diagnóstico pré-natal; II – diagnóstico no período neonatal; III – transporte seguro de recém-nascidos e crianças cardiopatas; IV – **assistência cirúrgica**; e V – assistência multidisciplinar

4. **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 **tetralogia de Fallot (TF)** é uma cardiopatia congênita, cianótica, caracterizada pela presença de uma comunicação interventricular (CIV) ampla, obstrução muscular na via de saída do ventrículo direito, dextroposição da aorta e hipertrofia ventricular direita.
2. A característica anatômica para definição de tal doença é o desvio anterior do septo infundibular em relação ao resto do septo interventricular, associado à hipertrofia das trabeculações septoparietais no infundíbulo subpulmonar. O desvio do septo infundibular culmina em estreitamento da via de saída do ventrículo direito na CIV por mau alinhamento e na dextroposição da aorta.
3. O quadro clínico varia de acordo com o grau de obstrução da via de saída do ventrículo direito na presença de uma CIV grande. Quando a obstrução é mínima e a resistência vascular pulmonar normal, ocorre predomínio de desvio sanguíneo da esquerda para direita, com fluxo pulmonar excedendo o fluxo sistêmico.
4. Tal apresentação se manifesta em lactentes entre 4 e 6 semanas, com cansaço, dificuldade às mamadas, baixo ganho ponderal e ausência de cianose. Em geral, após algum tempo, ocorre progressão da hipertrofia ventricular direita e da obstrução subpulmonar, com inversão do desvio, que passa a ser da direita para esquerda, com surgimento de cianose.
5. Quando a obstrução subpulmonar é grave já ao nascimento, ocorre queda do fornecimento de oxigênio à periferia do organismo nos primeiros dias de vida. A cianose, no início, pode aparecer durante o choro ou a alimentação. Quando o grau de insaturação é muito significativa, sobretudo em pacientes cuja circulação pulmonar é considerada “canal-dependente”, pode haver acidose metabólica.
6. A oclusão espontânea do canal pode resultar em óbito. Nessas circunstâncias, a manutenção do fluxo pelo canal deve ser garantida com a infusão intravenosa contínua de prostaglandina E1.



## **Poder Judiciário**

### Estado do Espírito Santo

---

7. Crises hipoxêmicas são episódios frequentemente dramáticos na evolução natural de crianças com TF não corrigida. Tais episódios são comuns entre 6 meses e 2 anos e são caracterizados por piora significativa da cianose, seguida de perda de consciência ou sono, podendo durar de poucos minutos a horas, sendo mais comum a duração de 15 a 60 min.
8. Ocorrem geralmente ao acordar, pela manhã, mas podem ser desencadeados por choro, esforço para evacuar, ou pelo exercício. Às vezes, apresentam-se como episódios de palidez, perda de consciência, ou convulsões, de modo isolado. Com frequência são acompanhadas de taquipneia e choro excessivo.
9. A explicação mais aceita para as crises de hipoxia é a de que resultam de espasmo infundibular, com redução abrupta do fluxo pulmonar, aumento substancial do desvio da direita para a esquerda e hipoxemia arterial. Tais episódios são potencialmente perigosos, podendo causar dano cerebral ou até mesmo óbito, portanto é necessário atendimento hospitalar imediato.
10. Vários exames são utilizados e alguns achados podem corroborar para o diagnóstico, porém o diagnóstico definitivo é obtido pelo ecocardiograma que também fornece dados anatômicos relevantes para o tratamento cirúrgico.

## **DO TRATAMENTO**

1. A TF pode ter várias apresentações clínicas que dependem de variações morfológicas, como: grau de estenose e de hipoplasia da via de saída do ventrículo direito, do tronco e das artérias pulmonares e presença de anomalias associadas.
2. Quando houver significativo grau de estenose infundibuliforme e dependência do canal arterial no período neonatal, haverá necessidade de intervenção cirúrgica precoce. As opções de tratamento cirúrgico nesses pacientes são a correção em tempo único e a correção em dois tempos com a operação paliativa realizada inicialmente.
3. O tratamento cirúrgico paliativo da tetralogia de Fallot foi idealizado e realizado por



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

Blalock e Taussig em 1945, com o objetivo de proporcionar aumento de fluxo sanguíneo pulmonar pela anastomose término-lateral entre a artéria subclávia direita e a artéria pulmonar direita.

4. A opção entre as duas possibilidades cirúrgicas deverá ser feita com a avaliação criteriosa das técnicas operatórias, que englobam o tipo de correção sobre a via de saída do ventrículo direito e os enxertos a serem utilizados, os métodos de minimização de resposta inflamatória na circulação extracorpórea (CEC), assim como o tratamento pós-operatório em unidades especializadas em cuidados intensivos cardiológicos pediátricos.
5. Outro fator que contribui na escolha da correção em tempo único é o menor desenvolvimento de lesões secundárias a órgãos como coração, cérebro e pulmões. Também é importante o fato de serem evitadas complicações relacionadas diretamente ao desvio, como o desenvolvimento não uniforme das artérias pulmonares e a obstrução ou estenose do tronco pulmonar que recebe o desvio, que pode ser periférica e de difícil correção, quando o desvio for realizado por toracotomia lateral.
6. De outra forma, sendo a estenose infundibular moderada, o paciente poderá ser mantido em tratamento clínico e submetido à correção total com 6 meses a 1 ano de vida.
7. O tratamento cirúrgico corretivo da TF consiste basicamente no fechamento da CIV e na correção da obstrução da via de saída do ventrículo direito com a eliminação da estenose infundibular, da estenose anulovalvar pulmonar e ampliação do tronco pulmonar.
8. A maioria dos pacientes portadores de TF tem excelente prognóstico pós-operatório cardiopatía em cada paciente, da experiência do grupo cirúrgico e da equipe de UTI. Existe tendência atual à realização da correção total da TF precocemente em tempo único, evitando-se a operação paliativa.
9. O objetivo dessa abordagem é a diminuição das consequências da operação paliativa,



## **Poder Judiciário**

### Estado do Espírito Santo

---

como a sobrecarga de ventrículo esquerdo e a distorção ou estenose das artérias pulmonares e das consequências da correção tardia do defeito como disfunção do ventrículo direito, acidente vascular cerebral e lesões decorrentes da hipoxia prolongada.

10. Por outro lado, a correção precoce proporciona desenvolvimento adequado e uniforme da circulação arterial pulmonar e do VD, sendo, portanto, mais fisiológica. Na evolução tardia após a correção da TF podem ser encontradas lesões residuais, como a estenose na via de saída do ventrículo direito e a insuficiência pulmonar, que necessitarão de controle clínico rigoroso visando a identificação de disfunção do ventrículo direito e a necessidade de reintervenção.

### **DO PLEITO**

1. **Cirurgia para cardiopatia congênita.**

### **III- CONCLUSÃO**

1. De acordo com os Documentos anexados, o Requerente de 1 ano de idade, é portador de Tetralogia de Fallot e Síndrome de Down. Faz acompanhamento regular com cardiologia desde agosto de 2018 com indicação de abordagem cirúrgica.
2. A correção de Tetralogia de Fallot e variantes (criança e adolescente) é padronizado pelo SUS, sob o código 04.06.01.042-0, sendo considerado de Alta Complexidade, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP).
3. **A solicitação de agendamento deve ser realizada pelo Município e disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.**
4. Em conclusão, considerando informações médicas anexadas, considerando que o



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

paciente está inserido junto ao serviço credenciado pelo SUS para procedimentos cirúrgicos cardiológicos pediátricos, e que já se encontra cadastrado em espera para procedimento eletivo e que o mesmo não apresenta sinais clínicos sugestivos de presença de crise de hipóxia, este NAT entende que **o procedimento pleiteado está indicado para o caso em tela. Apesar de ser procedimento eletivo, pelo fato de que o ideal é realizar a cirurgia até 01 ano de idade, entende-se que deva ter uma data próxima para realizar o procedimento.**

5. Vale ressaltar o **Enunciado nº 93 da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça**, que sugere:

“Nas demandas de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS por acesso a ações e serviços de saúde eletivos previstos nas políticas públicas, considera-se excessiva a espera do paciente por tempo superior a **100 (cem) dias para consultas e exames, e de 180 (cento e oitenta) dias para cirurgias e tratamentos**”.

6. Este NAT se encontra à disposição para maiores esclarecimentos.

[Redacted signature block]

[Redacted signature block]





**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo

---

**REFERÊNCIAS**

Cardiologia e cirurgia cardiovascular pediátrica / coordenadores Ulisses Alexandre Croti et al.  
– 2.ed. – São Paulo: Roca, 2013.