



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

**PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 749/2022**

Vitória, 27 de maio de 2022

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

O presente Parecer Técnico visa atender solicitação de informações técnicas da Vara Única da Boa Esperança-ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Charles Henrique Farias Evangelista, sobre o procedimento: **“Angioplastia coronariana”**.

**I-RELATÓRIO**

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, a Requerente [REDACTED] necessita de angioplastia com utilização de stent em ACX/ ramo VPE com lesão de 99% no segmento médio distal. Foi informado que a Requerente consultou com cardiologista devido a quadro de dor torácica, sendo realizado cateterismo cardíaco e constatado a lesão coronariana. Diante disso, o cardiologista a encaminhou para o serviço de hemodinâmica para angioplastia e implante de stent com urgência, porém, a paciente ainda aguarda seu procedimento. Diante da necessidade de conseguir seu tratamento com urgência, recorre à via judicial.
2. Às fls. 15, consta Documento Médico, em papel timbrado do Dr. Celso Carvalho de Araújo – Cardiologista, CRM-ES 2139, elaborado no dia 17/05/2022, encaminhando a paciente [REDACTED] ao serviço de hemodinâmica para angioplastia e implante de stent em ACX/ ramo VPE com lesão de 99% no segmento médio distal (oclusão funcional), deverá realizar o procedimento o mais urgente possível.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

3. Às fls. 18 e 19 consta eletrocardiograma – ECG, realizado no dia 22/03/2022 e 28/03/2022, evidenciando taquicardia sinusal, com bloqueio divisional antero-superior esquerdo, progressão lenta de onda R anterossseptal.
4. Às fls. 24, consta Laudo incompleto de Angiotomografia de artérias coronárias, de 11/04/2022, com escore de cálcio de 172 (intermediário risco cardiovascular, no percentil 80).
5. Às fls. 27 a 31, consta exame completo de Ecocardiograma, realizado no dia 29/03/2022, em papel timbrado da Clinicor, evidenciando ventrículo esquerdo de tamanho normal, sem alteração de contratilidade segmentar, com função sistólica e diastólica preservada; insuficiência valvar mitral e tricúspide discretas. Assinado pelo Dr. Aldo Delevedode CRM-ES 8353.
6. Às fls. 32 consta laudo de Cineangiocoronariografia pela técnica transradial, do dia 16/05/2022, em papel timbrado da Unicor -ES, de caráter particular com os seguintes achados:
  - Artéria descendente anterior com lesão tubular proximal de 40%, Ramo Dg1 de bom tamanho e calibre, com lesão focal de 50-60%;
  - Artéria circunflexa (ACX) apresenta lesão de 99% no segmento médio/distal (oclusão funcional) de ramo VPE.
  - Função ventricular esquerda preservada.

## 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



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

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 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.



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

**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 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.



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

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 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)



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

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 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 (cineangiografiografia ou também conhecido como cateterismo cardíaco) em tempo hábil, inferior a 90 minutos



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

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 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.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

- 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 implante de stent em ACX (artéria circunflexa)/ ramo VPE (ramo ventricular posterior), devido a lesão obstrutiva de 99% em segmento médio/distal.**

### **III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. Trata-se de um paciente de 65 anos, que procurou atendimento médico devido a quadro de dor precordial, sendo avaliada pelo cardiologista que solicitou exames para investigação, tendo realizado Cineangiocoronariografia no dia 16/05/2022 que evidenciou em artéria circunflexa (ACX) uma lesão obstrutiva de 99% no segmento médio/distal (oclusão funcional) de ramo VPE. Foi realizado Ecocardiograma no dia 29/03/2022, evidenciando ventrículo esquerdo de tamanho normal, sem alteração de contratilidade segmentar, com função sistólica e diastólica preservada.
2. O Parecer Técnico encontra-se prejudicado pela ausência de informações médicas sobre o quadro clínico e a evolução da paciente. Por exemplo: a dor precordial (dor no peito), ocorria aos esforços ou também em repouso; como era a característica da mesma (em aperto/ pontada etc..), quando que começou; qual a duração do quadro de dor torácica; houve melhora após início da medicação cardiológica; está em uso de medicamentos cardiológicos (tratamento clínico); houve melhora dos sintomas após uso de medicações; está compensada clinicamente do ponto de vista pressórico e cronotrópico dentro de alvos terapêuticos. Essas perguntas são de suma importância para um parecer mais fidedigno, sobre o pleito da requerente.
3. Pelo que foi exposto, apesar da falta de informações, entendemos que trata se de



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

Doença Arterial Coronariana (DAC) **ESTÁVEL**, sendo que os objetivos do tratamento desta enfermidade incluem prevenir o infarto do miocárdio e reduzir os sintomas e a ocorrência da isquemia miocárdica, propiciando melhor qualidade de vida. Para se conseguir esses objetivos, há alguns meios, como terapêutica medicamentosa, terapêutica cirúrgica e a intervencionista com angioplastia. Desse modo, necessitam, inicialmente, da definição da anatomia coronariana para saber se há indicação para esse tipo de procedimento, devendo avaliar inclusive se a lesão é passível de implante de stent, se o vaso é de grande ou pequeno calibre, se cobre uma área significativa, se apresenta uma lesão longa.

4. A **angioplastia coronariana é um procedimento regularmente fornecido pelo SUS**, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP).
5. Sendo assim, esse NAT entende que **primeiramente a Requerente tem indicação de ser avaliada em consulta ambulatorial com um cardiologista especialista em hemodinâmica (hemodinamicista)**, em serviço de referência, como no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) ou no Hospital Evangélico de Vila Velha (HEVV) ou no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, para avaliação da paciente e se a lesão coronariana apresentada é passível de angioplastia.
6. Em relação ao prazo para realizar referida consulta acima, informamos que devido à ausência de maiores esclarecimentos cardiológicos, este Núcleo fica prejudicado de afirmar com exatidão sobre este prazo. Porém, **em se tratando de doença coronariana, entendemos que é prudente que seja agendada tal consulta com maior prioridade para definição de conduta.**





**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – 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