



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 1929/2019

Vitória, 20 de novembro de 2019

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

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas da Vara Única de Muqui- ES, requeridas pelo MM. Juíza de Direito Dra. Lara Carrera Arrabal Klein, sobre o procedimento: **cintilografia miocárdica**.

I - RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, o Requerente de 70 anos, apresenta dispnéia e em contexto de achado de bloqueio atrioventricular e do ramo esquerdo foi solicitado cintilografia miocárdica para estratificação de doença arterial coronariana. O Exame foi requerido junto ao SUS porém sem sucesso até o momento. Pelo exposto, recorre à via judicial.
2. As fls. 05 consta formulário do Sistema Nacional de Regulação – SISREG III com solicitação de cintilografia miocárdica para avaliação de perfusão em situação de estresse e repouso e cintilografia sincronizada das câmaras cardíacas em situação de repouso e esforço, solicitadas em 07/01/2019, com situação pendente. Consta em histórico que paciente possui alterações dos níveis pressóricos, dor precordial atípica e alteração eletrocardiográfica.
3. Às fls. 14 consta receituário médico, em papel timbrado do SUS, datado em 04/08/2019 com a prescrição dos seguintes medicamentos: losartana, carvedilol, metformina, glibenclamida, ácido acetilsalicílico, sinvastatina, anlodipino.



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

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.

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.”

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, de-



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

vendo 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.”

3. O Enunciado nº 93 da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, diz que:

“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**”. (grifo nosso)

DA PATOLOGIA

1. O **bloqueio de ramo esquerdo (BRE)** ocorre devido um atraso de condução ou bloqueio em qualquer sítio do sistema de condução intraventricular, incluindo a porção principal do ramo esquerdo, qualquer um dos seus fascículos (anterior ou posterior), o sistema de condução distal do ventrículo esquerdo ou, menos comum, as fibras do feixe de His que irão compor o ramo esquerdo. O resultado é uma reorganização extensa do padrão de ativação e de recuperação do ventrículo esquerdo, produzindo modificações significativas no complexo QRS e no segmento ST-T. A prevalência de BRE aumenta com a idade, ocorrendo com pouca frequência em jovens saudáveis. Aproximadamente 30% dos pacientes com insuficiência cardíaca têm BRE e em torno de 70% dos pacientes que desenvolvem BRE possuem evidências prévias de sobrecarga ventri-



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

cular esquerda no eletrocardiograma. Por outro lado, chegam a 12% os pacientes com BRE que não têm doença cardíaca de base. Porém mesmo nestes pacientes o BRE está associado com risco aumentado de mortalidade cardiovascular por infarto e insuficiência cardíaca. Em pacientes com doença coronariana, a presença de BRE correlaciona-se com doença mais extensa, disfunção ventricular mais severa e redução da taxa de sobrevida. O BRE é um preditor independente de mortalidade por todas as causas em pacientes com doença coronariana conhecida ou suspeitada.

2. **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.
3. **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.
4. **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. Cabe ressaltar que a dispnéia aos esforços é considerada uma sintomatologia que pode sugerir doença isquêmica, também chamado de equivalente isquêmico.
5. Conceitua-se como **Insuficiência Coronária** o estado em que ocorre desequilíbrio



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

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.

6. 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.
7. 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 Cineangiocoronariografia (CATE). A escolha de cada um desses métodos deve se basear em dados e escolha do paciente. Cabe ressaltar que o a cineangiocoronariografia é o padrão ouro para diagnóstico tanto no contexto de SCA ou de DAC estável.

DO TRATAMENTO

1. Não será abordado, pois trata-se de paciente em fase de investigação diagnóstica.

DO PLEITO

1. A **Cintilografia de Perfusão Miocárdica** é um método que estuda a perfusão miocárdica através de radioisótopo, realizada em duas etapas: repouso e estresse (físico ou



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

- farmacológico). Estudos de perfusão miocárdica têm importante espaço no diagnóstico da doença isquêmica, por usarem método não invasivo, virtualmente isentos de reações adversas ao radiotraçador, e de fácil aplicação ao paciente.
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.

III - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. De acordo com os documentos anexados, trata-se de uma paciente o Requerente de 70 anos, hipertenso, diabético, sintomático do ponto de vista cardiovascular e em contexto de achado de bloqueio atrioventricular e do ramo esquerdo foi solicitado cintilografia miocárdica para estratificação de doença arterial coronariana.
2. Parecer Técnico prejudicado pela ausência de informações médicas detalhadas sobre quadro clínico atual, evolutivo, tratamento clínico instituído, controle adequado dos níveis pressóricos, alvo terapêutico de colesterol assim como otimização e resposta terapêutica.
3. A cintilografia miocárdica é um procedimento regularmente fornecido pelo SUS, sob o código 02.08.01.002-5 em situação de estresse e sob o código 02.08.01.003-3 em situação de repouso segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP). A solicitação de agendamento deve ser realizada pelo Município e disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.
4. Em conclusão, este NAT entende que, a paciente em tela possui indicação para realização de cintilografia miocárdica, por apresentar alta probabilidade pré teste (segundo critérios de Duke) e impossibilidade eletrocardiográfica para realizar teste ergométrico a fim de estratificação de doença arterial coronariana.



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

5. Apesar de não caracterizar urgência ou emergência médica este NAT entende que o exame deva ser agendado em um prazo que respeite o princípio da razoabilidade. Para tal existe a sugestão do CNJ já mencionado no Item – DA LEGISLAÇÃO.
6. Este NAT se encontra à disposição para maiores esclarecimentos.



REFERÊNCIAS

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

Magalhães APA, Rodrigues HS. Significado clínico dos bloqueios de ramo e bloqueios fasciculares. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul • Ano XIX nº 21 Jan/Fev/Mar/Abr 2011