



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 1981/2019

Vitória, 27 de novembro de 2019

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

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do Juizado Especial Cível de Cariacica – ES, requeridas pelo Magistrado do Juizado, sobre o procedimento: **cintilografia miocárdica**.

I – RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, a Requerente de 70 anos, apresenta angina pectoris e em propedêutica investigativa foi solicitado cintilografia miocárdica para estratificação de doença arterial coronariana. Pelo exposto, recorre à via judicial.
2. As fls. 07 consta Boletim de Procedimento Ambulatorial Individualizado – BPAI, preenchido pelo Dr. Fernando Luiz Torres, Cardiologista, com solicitação de cintilografia miocárdica de perfusão em repouso e em estresse, em caráter de urgência, sob a justificativa de paciente com antecedente de infarto agudo do miocárdico e angina instável em 2017, sintomática aos esforços, em pré-operatório de colecistectomia.



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.

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.”

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



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

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.”

4. 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. **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 fato-



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

res 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 **Insuficiência cardíaca** é uma síndrome clínica complexa, grave, na qual o coração é incapaz de bombear sangue de forma a atender às necessidades metabólicas do organismo, ou efetuando-as com elevadas pressões de enchimento. Pode ser causada por alterações funcionais ou estruturais do coração e tem sua apresentação clínica com sinais e sintomas típicos. Apesar de avanços terapêuticos, a insuficiência cardíaca mantém-se como patologia grave, com prevalência que se eleva com a idade e sobrevivência de 35% após 5 anos do diagnóstico. Várias são as etiologias que podem desencadear o surgimento da insuficiência cardíaca e atualmente a **miocardiopatia isquêmica** é a mais prevalente no mundo. Outras causas comuns no Brasil são: miocardiopatia hipertensiva, miocardiopatia valvar, doença de Chagas, entre outras.
6. **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



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

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.

7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. A **Avaliação Cardiológica Perioperatória** (popularmente conhecida como “risco cirúrgico”) é uma forma de avaliação do estado clínico e condições de saúde da pessoa



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

que será submetida a uma cirurgia, de forma que sejam identificados riscos de complicações ao longo de todo o período antes, durante e após a cirurgia. Esta tarefa demanda grande esforço considerando-se a enorme variabilidade das características dos pacientes nestas condições e a dificuldade de estabelecer critérios comuns e referências para observação e comparação, a metodologia básica para o acúmulo de conhecimento científico.

11. A III Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) propõe um fluxograma para avaliação perioperatória, utilizando os índices de risco existentes e as variáveis de risco relevantes para este período. O algoritmo contém as condições que devem ser analisadas em uma sequência de etapas, de acordo com a relevância de cada uma delas na determinação do risco. A depender do risco estimado e da natureza do mesmo, são propostas intervenções para estabilização clínica por meio de terapêutica apropriada para a condição ou estratificação adicional de risco com exames complementares. Isto se aplica para risco aumentado de eventos isquêmicos, descompensação de Insuficiência Cardíaca/valvopatias e arritmias, considerando as diretrizes específicas atuais em cada circunstância. Por exemplo: se a natureza do risco for isquêmica e caso haja potencial de mudança de conduta, deve-se considerar prova funcional de isquemia. Além disso, para aqueles pacientes de risco intermediário ou alto, deve-se buscar ativamente a ocorrência de eventos cardiovasculares, por meio de monitorização em ambiente de semi-intensiva ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O risco de natureza isquêmica demanda monitorização eletrocardiográfica e dosagem de marcadores de injúria miocárdica (troponina) até o terceiro dia pós-operatório, período no qual se concentra a maioria dos eventos cardiovasculares.

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.



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

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, betabloqueadores, 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*.



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

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 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 Requerente de 70 anos, portadora de doença arterial coronariana, sintomática do ponto de vistas cardiovascular, em avaliação em pré-operatório de colecistectomia. Nesse contexto foi solicitado cintilografia miocárdica.
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).



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

4. Em conclusão, este NAT entente que, a paciente em tela possui indicação para realização de cintilografia miocárdica, por apresentar alta probabilidade pré teste (segundo critérios de Duke) e necessidade de estratificação adicional da doença cardíaca em contexto perioperatório. Tal exame é fundamental para o término da avaliação cardiovascular para colecistectomia, portanto, sugere-se que o procedimento seja fornecido o mais breve possível.
5. 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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arq Bras Cardiol. 2018; 111(3):436-539

Gualandro DM, Yu PC, Caramelli B, Marques AC, Calderaro D, Luciana S. Fornari LS et al. 3^a Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol 2017; 109(3Supl.1):1-104