



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

tomografia de coronárias, com hipótese de angina estável.

4. Às fls 06 consta laudo médico, emitido pelo Dr. Luiz Carlos Maciel, datado em 02/10/2019 com solicitação de angiotomografia de artérias coronárias sob indicação clínica de rastreio de doença arterial coronariana em paciente com quadro de cansaço aos esforços, portador de hipertensão arterial severa em uso de várias classes de anti-hipertensivos, inclusive betabloqueadores e alfabloqueadores (sem possibilidade de suspensão para realização de exame funcional de isquemia miocárdica) eletrocardiograma sinusal, bloqueio de ramo direito incompleto, alteração de repolarização ventricular difusa. História familiar de doença arterial coronariana, sobrepeso, ex-tabagista.

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;



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

- 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, 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.”

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



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

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, epigástrio, 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. 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



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

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.

6. 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 a cineangiocoronariografia é o padrão ouro para diagnóstico tanto no contexto de síndrome coronariana aguda 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, 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 complexida-



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

de 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*.

DO PLEITO

1. **Angiotomografia de coronárias:** permite a avaliação da luz das artérias coronárias através de imagens com alta qualidade, que permite a visualização detalhada da luz das artérias coronárias, com infusão de contraste, com alta acurácia diagnóstica quando comparada ao cateterismo cardíaco (o padrão-ouro), porém de maneira não invasiva, rápida e segura.



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

III - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. De acordo com os documentos anexados, trata-se de Requerente de 62 anos, sintomática do ponto de vistas cardiovascular e em propedêutica investigativa foi solicitado angiotomografia de coronárias 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 angiotomografia de coronárias não foi encontrada entre os procedimentos regularmente fornecido pelo Sistema Único de Saúde segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP).
4. Entre as recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia para realização de uma angiotomografia coronariana destacam-se:
 - Nível de evidência IIa: testes de isquemia prévios conflitantes ou inconclusivos; sintomas contínuos e testes de isquemia prévios normais ou inconclusivos; discordância entre a clínica e os resultados de testes de isquemia prévios.
 - Nível de evidência IIb: pacientes sintomáticos com probabilidade intermediária de DAC e com testes de isquemia positivos. (Classe IIa: peso ou evidência/opinião a favor do procedimento. Aprovado pela maioria dos profissionais/ Classe IIb: segurança e utilidade/eficácia menos bem estabelecida, não havendo predomínio de opiniões a favor).
5. Cabe enfatizar que tal exame não é padrão ouro no diagnóstico de doença arterial coronariana e existem, conforme dito, outros testes que podem ser realizados como alternativa diagnóstica e que são contemplados pelo Sistema Único de Saúde como a cintilografia do miocárdio, que conforme Diretriz para cintilografia de perfusão miocárdica de repouso e estresse tal exame pode ser realizado sem suspensão de medicações a fim de visualização de benefício terapêutico. O teste ergométrico para tal situação teria sua



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

- indicação limitada por entender que a impossibilidade de suspensão de medicações como o betabloqueador poderia gerar prejuízo na interpretação do teste, tornando-o inconclusivo.
6. Em conclusão, este NAT entente que, baseado nas informações fornecidas o paciente em tela possui indicação de estratificação não invasiva para avaliação de doença arterial coronariana, estando a angiotomografia indicada no caso de contraindicação para a avaliação com outro teste não invasivo, como a cintilografia miocárdica.
 7. Finalizamos sugerindo ao Magistrado duas alternativas: Que a autoria apresente um laudo médico detalhado onde constem a evolução clínica do paciente pós otimização terapêutica e justificativa par contraindicação para realização de cintilografia miocárdica para motivar o procedimento proposto. Com tal laudo, provavelmente o Magistrado obterá o convencimento para embasar a Decisão; Ou, compelir a Secretaria Municipal de Saúde a interagir com o médico assistente no sentido de fazer valer o que reza o Decreto Estadual N° 4008-R, de 26 de agosto de 2016, já citado acima, para que a Secretaria de Estado da Saúde - SESA forneça o procedimento, desde que atendidos os requisitos elencados no Decreto.
 8. Este NAT se encontra à disposição para maiores esclarecimentos.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



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

REFERÊNCIAS

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

Amorim BJ, Mesquita CT. Diretriz para cintilografia de perfusão miocárdica de repouso e estresse. Int J Cardiovasc Sci. 2016;29(3):243-247