



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 666/2019

Vitória, 06 de maio de 2019

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

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do 2º Juizado Especial e da Fazenda Pública de Cariacica - ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Benjamim de Azevedo Quaresma, sobre o procedimento: **cintilografia miocárdica**.

I - RELATÓRIO

1. Em síntese dos fatos relatados no Termo de Reclamação, o Requerente relata que apresenta problemas de saúde, sendo diagnosticado com Doença Isquêmica Crônica do coração e vem apresentando fortes dores no peito, com piora. Foi informado que o Requerente não possui em mãos Laudos para a realização do procedimento que necessita, que é a Cintilografia do Miocárdio, e este exame está previsto para ser realizado em aproximadamente 3 meses. Por estar com receio de sofrer um infarto, visto que o tempo de espera está longo para a realização da Cintilografia, o Requerente recorre a via judicial para conseguir realizá-la com urgência.
2. Às fls. 09 consta o Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos – LME, preenchido pela Dra. Carina Laranja Mattos Barreto, sem data, com a prescrição de Atorvastatina, sendo justificado que o paciente [REDACTED] é portador de Doença Arterial Coronariana de alto risco, não tendo atingido metas de exame laboratorial colesterol LDL com o uso de simvastatina.
3. Às fls. 06 consta o Documento de Identidade do paciente, porém não foi possível iden-



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

tificar a data de nascimento do Requerente, por dificuldade de visualização.

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. 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.

DA PATOLOGIA

1. **Doença isquêmica crônica do coração:** ocorre quando o suprimento arterial para o músculo cardíaco (miocárdio) não é suficiente para atender à demanda por oxigênio.



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

Embora algumas condições patológicas possam provocar essa disfunção, a grande maioria dos casos ocorre devido à doença arterial coronariana (DAC), doença crônico-degenerativa com a formação de placas de ateromas (gordura – colesterol), placas que podem estar distribuídas em várias localizações e ramos arteriais, e que quando obstruem o lumen arterial em mais de 70%, acarretam dificuldade de irrigação do músculo cardíaco (miocárdio) com variados graus de severidade.

2. Pacientes com oclusão total podem apresentar infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST. Obstrução parcial de um vaso pode resultar em um IAM sem supradesnivelamento do segmento ST, angina instável (AI), que exigirá estabilização clínica precoce; seguida por uma estratificação de risco criteriosa para a definição das estratégias terapêuticas (invasivas ou conservadoras).
3. Alguns pacientes cursam sem sintomas, enquanto outros se queixam de dor no peito (angina) ao realizar esforços físicos (angina estável). No caso de uma angina iniciada recentemente, progressiva, em repouso, mais intensa e/ou mais prolongada, principalmente alterando o eletrocardiograma em repouso, classifica-se como angina instável, de alto risco para evolução para evento mais grave como infarto agudo do miocárdio.
4. O diagnóstico de Doença Isquêmica engloba avaliação de risco, anamnese, exame físico, eletrocardiograma, testes funcionais como o Teste ergométrico, **cintilografia miocárdica**, ecocardiograma com estresse farmacológico, e imagens contrastadas (angiografia e cinecoronariografia).

DO TRATAMENTO

1. Os objetivos fundamentais do tratamento da Doença Arterial Coronariana (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.
2. Para se conseguirem esses objetivos, há diversos meios, sempre começando por orientação dietética e de atividade física, ambas abordadas na I Diretriz Brasileira de Pre-



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

venção Cardiovascular¹⁰; terapêutica medicamentos, que será agora abordada, exclusivamente os medicamentos comercializados em nosso país; e terapêutica cirúrgica e a intervencionista – além das novas opções de tratamento em desenvolvimento.

3. Quanto à terapêutica medicamentosa, antiagregantes plaquetários, hipolipemiantes, em especial as estatinas, bloqueadores beta-adrenérgicos após IAM e Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina I (iECA) reduzem a incidência de infarto e aumentam a sobrevida, enquanto os nitratos, antagonistas dos canais de cálcio e trimetazidina reduzem os sintomas e os episódios de isquemia miocárdica, melhorando a qualidade de vida dos pacientes. A ivabradina, um tipo de antianginoso, mostrou-se especialmente benéfica nos pacientes com disfunção ventricular e frequência cardíaca > 70 batimentos por minuto (bpm), a despeito do uso de betabloqueadores. Dessa forma, é prioritário e fundamental iniciar o tratamento com medicamentos que reduzem a morbimortalidade e associar, quando necessário, medicamentos que controlem a angina e reduzem a isquemia miocárdica. A Trimetazidina é uma substância que pode ser utilizada no tratamento, tendo efeitos metabólicos e anti-isquêmicos sem qualquer efeito na hemodinâmica cardiovascular. Seus benefícios têm sido atribuídos a: (1) preservação dos níveis intracelulares de Trifosfato de Adenosina (ATP) e da fosfocreatina, com o mesmo oxigênio residual; (2) redução da acidose, sobrecarga de cálcio e acúmulo de radicais livres induzidos pela isquemia, e (3) preservação das membranas celulares.
4. Sempre se indicam medidas de Mudança do Estilo de Vida (MEV), que envolvem alterações nos hábitos da atividade física e alimentar, para todos os pacientes com DAC. Especificamente nos casos de hipertrigliceridemia, a mudança do hábito alimentar é fundamental. Por meio de meta-análises com estudos de prevenção primária, a redução dos níveis séricos de colesterol diminui a incidência de doença arterial coronária. Nos ensaios clínicos, a redução de 1% nos níveis séricos de colesterol propiciou 2% de redução de eventos cardio-circulatórios. As metas recomendadas para os portadores de DAC pela I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular¹⁰ incluem: para pacientes considerados de alto risco, LDL-c < 70 mg/dL e não HDL-c < 100 mg/dL; e para aqueles de risco intermediário, LDL-c < 100 mg/dL e colesterol não HDL-c < 130 mg/dL.



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

Essas metas frequentemente são atingidas com o uso de medicamentos hipolipemiantes, com orientações de MEV.

5. Em relação ao tratamento com medidas invasivas, é contemplado que a cirurgia de revascularização direta do miocárdio e a intervenção coronária percutânea (angioplastia) será recomendada de acordo com o grau, a quantidade e a localização da estenose.

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).
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.
3. São várias as indicações da cintilografia de perfusão miocárdica. As principais são:
 - a) Pacientes com probabilidade pré-teste intermediária ou alta e que tenham eletrocardiograma não interpretável.
 - b) A Cintilografia com estresse farmacológico está recomendada para pacientes com probabilidade pré-teste intermediária ou alta e que tenham eletrocardiograma não interpretável ou incapacidade de exercício físico.
 - c) Para pacientes com probabilidade pré-teste intermediária ou alta e que tenham eletrocardiograma interpretável e capacidade de exercício físico, sendo razoável, neste caso, a recomendação da Cintilografia.
4. A cintilografia miocárdica é contemplada pelo SUS, devendo ser disponibilizada pelo gestor estadual por ser método diagnóstico de alta complexidade.



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 um paciente portador de Doença Arterial Coronariana, com relato de dor torácica (“dor no peito”), sendo informado, pelo mesmo, que há uma solicitação de Cintilografia Miocárdica pela médica assistente. Não foi informado se o paciente está cadastrado no SISREG III, sendo apenas informado que seu exame estava previsto para ser realizado em 3 meses (contado a partir de 15 de março de 2019).
2. Este Parecer foi prejudicado devido a ausência de informações importantes para a sua elaboração, que são:
 - Não foi anexado a Solicitação da Cintilografia Miocárdica, com sua devida justificativa;
 - Não foi anexado um **Laudo Médico informado sobre o quadro clínico do paciente**, com caracterização do sintoma de dor (como qualidade, duração, localização, irradiação, fatores desencadeantes, fatores de alívio, sintomas associados), o exame físico, sobre o uso de medicações (por exemplo: o paciente está em uso de AAS regularmente para prevenção primária/secundária?) e sobre os fatores de risco (o paciente apresenta fatores de risco, como Hipertensão Arterial Sistêmica, que estejam fora de alvos terapêuticos, podendo ser a causa da dor torácica);
 - Não foi informado se o paciente já realizou Teste Ergométrico para elucidação diagnóstica ou se há possibilidade de realizá-lo, visto que este é um método não invasivo utilizado com maior frequência na angina estável, visando especialmente à confirmação diagnóstica.
3. Ressaltamos que, de acordo com Diretrizes de Cardiologia, a Cintigrafia de Perfusion Miocárdica (CPM) não é recomendada como teste inicial em pacientes com probabilidade pré-teste baixa e que tenham eletrocardiograma interpretável e capacidade de exercício físico.



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

4. Diante do exposto, este NAT fica impossibilitado de elaborar um Parecer técnico a respeito da solicitação de Cintilografia. Sugerimos que seja fornecido um Laudo Médico Cardiológico detalhado do quadro (contendo as informações acima mencionadas), justificando a indicação do exame pleiteado.

Atenciosamente,

[REDACTED]

[REDACTED]

REFERÊNCIAS

Diretrizes de Doença Coronariana Crônica. Angina estável. Disponível em:
[<http://www.scielo.br/pdf/abc/v83s2/21516.pdf>](http://www.scielo.br/pdf/abc/v83s2/21516.pdf)

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol-br/consenso/2007/diretriz_SIMI.pdf>