



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA JURÍDICA
NÚCLEO DE ASSESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NAT-FEDERAL Nº 0441/2018

Rio de Janeiro, 30 de maio de 2018.

Processo nº 5003652-38.2018.4.02.5101
ajuizado por [REDACTED]

O presente parecer visa atender a solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial Federal de Rio de Janeiro, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, quanto à **transferência** para unidade hospitalar que realize **cirurgia combinada de troca valvar aórtica e revascularização miocárdica** associada com **implante de marcapasso definitivo**.

I – RELATÓRIO

1. Para a elaboração do presente parecer, foram considerados os documentos médicos mais recentes acostados ao Processo.

2. De acordo com documento médico do Hospital Federal de Bonsucesso e Formulário Médico da Defensoria Pública da União (pdf: 1_OUT2_fls. 07, 23 a 27), emitidos em 08 e 11 de maio de 2018 por [REDACTED] (CREMERJ [REDACTED]), o Autor, 66 anos, encontra-se internado na enfermaria de cardiologia da referida instituição, no qual foi admitido por **doença coronariana multiarterial, estenose aórtica severa e fibrilação atrial** com baixa resposta ventricular. Comorbidades: **hipertensão arterial, diabetes mellitus** controlados, **insuficiência renal** sob tratamento conservador. Apresenta classe funcional III (NYHA), sem febre, eupneico em repouso, capaz de alimentar-se, cuidar-se e deambular pequenas distâncias. Exames laboratoriais mostram leve anemia e disfunção renal. Eletrocardiograma: fibrilação atrial com bradicardia; Ecocardiograma: função sistólica do ventrículo esquerdo preservada, estenose aórtica grave, PSAP normal; Coronariografia: lesões leves/moderadas em TCE e DA, CD ocluída. Face ao exposto, necessita realizar cirurgia combinada de **troca valvar aórtica e revascularização miocárdica** associada com **implante de marcapasso definitivo**. Foi informado que o referido hospital não realiza implante de marcapasso definitivo, sendo indicada sua **transferência** para outro hospital que o faça conjuntamente com a cirurgia proposta, visto que tais procedimentos deverão ser realizados de forma concomitante. Caso não seja submetido ao tratamento indicado há risco de morte por infarto, configurando quadro de urgência. Foram citadas as Classificações Internacionais de Doença (CID 10): I25.9 - Doença isquêmica crônica do coração não especificada, I35.0 - Estenose (da valva) aórtica e I44.1 - Bloqueio atrioventricular de segundo grau.

3. Segundo receituário médico do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (pdf: 1_OUT2 fls. 08 e 09), não datado, emitido pelo cardiologista [REDACTED] (CREMERJ [REDACTED]), o Autor é **coronariopata** com **infarto** recente, tendo realizado cateterismo cardíaco que revelou lesão de tronco 40%, coronária descendente anterior (DA) 50% e coronária direita (CD) ocluído ostial. Ecocardiograma com dilatação ventricular com fração de ejeção no limite inferior da normalidade com indicação para **revascularização miocárdica**. Foi solicitado encaminhamento para avaliação cirúrgica com colocação do Autor no SISREG. Foram citadas as Classificações Internacionais de Doença (CID 10): I20.8 - Outras formas de angina pectoris, I48 - "Flutter" e fibrilação atrial e I50 - Insuficiência cardíaca.



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA JURÍDICA
NÚCLEO DE ASSESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE**

4. Conforme declaração do Hospital Federal de Bonsucesso (pdf: 1 OUT2_fl.10), emitida em 11 de abril de 2018 por [REDACTED] (CREMERJ [REDACTED]), o Autor foi admitido na emergência em 06/04/18, sendo transferido para a Coronária em 13/04/18 para continuidade do tratamento. Citada a Classificação Internacional de Doenças (CID 10): I20.0 - Angina instável.

II – ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. A Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, contém as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) visando superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.
2. A Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.
3. O Anexo XXXI da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, e dá outras providências.
4. A Portaria nº 210/SAS/MS de 15 de junho de 2004 define as Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular, e dá outras providências.
5. A Portaria nº 983/SAS/MS de 1º de outubro de 2014 inclui na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, o stent farmacológico coronariano, estando o mesmo indicado para intervenções endovasculares cardíacas e extracardíacas em pacientes diabéticos e em pacientes com lesões em vasos finos.
6. A Deliberação CIB-RJ nº 2.197 de 09 de maio de 2013, aprova a repactuação da Rede de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade do Estado do Rio de Janeiro.
7. Considerando a Política Nacional de Regulação do SUS, disposta no Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017;

Art. 9º § 1º O Complexo Regulador será organizado em:

I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e

III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

DA PATOLOGIA

1. A **doença arterial coronariana (DAC)** é resultante do estreitamento ou da oclusão das artérias coronarianas por aterosclerose, uma doença que afeta o revestimento endotelial das grandes e médias artérias do coração. Em 90% dos casos é causada pela



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA JURÍDICA
NÚCLEO DE ASSESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

formação de placa ateromatosa, lesão espessada da parede arterial constituída por um núcleo lipídico coberto por uma capa fibrótica. As placas ateromatosas podem avançar silenciosamente durante anos, retardando o aparecimento das manifestações clínicas da DAC. Na DAC crônica, a angina do peito se constitui na principal forma de apresentação da doença. Entretanto, a DAC crônica também pode se manifestar, na ausência de angina, por isquemia silenciosa e cardiomiopatia isquêmica¹. O acometimento multiarterial é um dos principais preditores de prognóstico adverso em pacientes portadores de doença arterial coronariana. Seu tratamento tem o objetivo de aliviar sintomas derivados da isquemia miocárdica, preservar a função ventricular esquerda e reduzir a incidência de eventos cardíacos adversos, promovendo maiores taxas de sobrevivência tardia naqueles submetidos a procedimento de revascularização miocárdica².

2. A **estenose aórtica** é a doença valvar adquirida mais comum e acomete cerca de 3% a 4,5% da população com idade superior a 75 anos de idade. As principais causas de estenose valvar aórtica são: febre reumática, doença degenerativa com calcificação da válvula aórtica tricúspide, válvula aórtica bicúspide e estenose aórtica congênita. As manifestações clínicas de estenose aórtica são: angina, tonteira ou síncope, insuficiência cardíaca. O prognóstico clínico após o início dos sintomas de disfunção ventricular esquerda reportado é de 50% de mortalidade em dois anos, sendo recomendado o tratamento com troca valvar aórtica nesses pacientes³.

3. A **Fibrilação Atrial (FA)** é uma arritmia supraventricular em que ocorre uma completa desorganização na atividade elétrica atrial, fazendo com que os mesmos percam sua capacidade de contração, não gerando sístole atrial. É a arritmia cardíaca sustentada mais frequente. Sua prevalência aumenta com a idade e frequentemente está associada a doenças estruturais cardíacas, trazendo prejuízos hemodinâmicos e complicações tromboembólicas com grandes implicações econômicas e na morbimortalidade da população. Existem diferentes fatores de risco para FA, dentre eles o aumento da idade, a ocorrência de diabetes, hipertensão e valvulopatias. Está associada a aumento do risco de acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca e mortalidade total. A atual classificação proposta para a FA é: inicial, paroxística, persistente e permanente⁴.

4. A **hipertensão arterial sistêmica (HAS)** é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais⁵. É diagnosticada pela detecção de níveis elevados e

¹ ANVISA. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Avaliação das Próteses Endoluminais ("stents") convencionais e farmacológicas no tratamento da doença arterial coronariana. BRATS. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde, ano VII, n. 22, set. 2013. Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412285/Boletim+Brasileiro+de+Avalia%C3%A7%C3%A3o+de+Tecnologia+s+em+Sa%C3%BAde+\(BRATS\)+n%C2%BA+22/4d7cda6b-3272-4f56-bb37-e1d8a78959a7?version=1.1](http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412285/Boletim+Brasileiro+de+Avalia%C3%A7%C3%A3o+de+Tecnologia+s+em+Sa%C3%BAde+(BRATS)+n%C2%BA+22/4d7cda6b-3272-4f56-bb37-e1d8a78959a7?version=1.1)>. Acesso em: 30 mai.2018.

² MEIRELES, G. C. X. et al. Análise dos valores SUS para a revascularização miocárdica percutânea completa em multiarteriais. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 94, n. 3, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n3/aop00410>>. Acesso em: 30 mai.2018.

³ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório de recomendações da Comissão Nacional de incorporação de Tecnologias no SUS- CONITEC – 92. Implante por Cateter de Bioprótese Valvar Aórtica (TAVI) para o tratamento da estenose valvar aórtica graves em paciente inoperáveis. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/janeiro/30/TAVI-FINAL.pdf>>. Acesso em: 30 mai.2018.

⁴ SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 92(6 supl. 1): 1-39,2009. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_fa_92supl01.pdf>. Acesso em: 30 mai.2018.

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Disponível em:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA JURÍDICA
NÚCLEO DE APOSSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

sustentados de PA pela medida casual. A linha demarcatória que define são os valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg⁶. A hipertensão é uma condição clínica frequente na atenção primária e leva ao infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal e aumento da mortalidade, se não detectada precocemente e tratada adequadamente⁷.

5. O **Diabetes Mellitus (DM)** não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. A classificação atual da doença baseia-se na etiologia, e não no tipo de tratamento, portanto os termos DM insulínodpendente e DM não insulínodpendente devem ser eliminados dessa categoria classificatória. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) e aqui recomendada inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional⁸.

6. A **Doença Renal Crônica (DRC)** consiste em lesão dos rins, traduzida por perda progressiva e irreversível da função renal (glomerular, tubular e endócrina) e é classificada em estágios distintos de acordo com sua gravidade, determinando diferentes abordagens terapêuticas. Em sua fase mais avançada, chamada de **fase terminal de insuficiência renal crônica – IRC**, os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente e o mesmo torna-se intensamente sintomático, devido às alterações metabólicas (eletrolíticas e do pH sanguíneo) e volêmicas, incompatíveis com a vida, associadas a elevadas taxas de morbimortalidade. Nesta fase, as opções terapêuticas são os métodos de depuração artificial do sangue (diálise peritoneal ou hemodiálise) e transplante renal⁹.

7. No **bloqueio atrioventricular (BAV)** são distúrbios de condução atrioventriculares que ocorrem quando um estímulo atrial é bloqueado, ou patologicamente lentificado, ao nível do nodo atrioventricular (NAV), ou pelos feixes intraventriculares (intra ou infra-hissiano). O nível anatômico onde ocorre esta alteração é relevante e, normalmente, guarda relação com os subtipos de BAV. A principal causa de BAV é a senescência do sistema de condução, caracterizada pela fibrose ou esclerose progressiva de suas fibras (doença de Lev-Lenegre), correspondendo a 50% dos casos. O tipo de BAV relaciona-se com a apresentação clínica e prognóstico. Quanto maior o grau de bloqueio e quanto mais distal no sistema de condução, maior é a gravidade do quadro. Nos casos mais graves como bloqueio átrio ventricular total (BAVT), empregam-se o uso de amins vasoativas ou atropina como estímulo cronotrópico, ou ainda instalação momentânea do marcapasso transcutâneo para oferecer mais segurança e estabilidade clínica até que o marcapasso transvenoso esteja implantado¹.

8. O termo **IAM (infarto agudo do miocárdio)** deve ser utilizado quando há evidência de necrose miocárdica em um contexto clínico de isquemia com elevação de

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf>. Acesso em: 30 mai.2018.

⁶ SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v.95, n.1, supl.1, p.1-51, 2010, 57 p. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 30 mai.2018.

⁷ 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults, Eighth Joint National Committee (JCN8), JAMA 2014;311(5):507-520. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1791497>>. Acesso em: 30 mai.2018.

⁸ SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016), São Paulo. AC Farmacêutica. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>. Acesso em: 30 mai.2018.

⁹ JUNIOR, J.E.R. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. Jornal Brasileiro de Nefrologia, v. 26 (3 suppl 1), n. 3, 2004. Disponível em: <<http://www.jbn.org.br/details/1183/pt-BR>>. Acesso em: 30 mai.2018.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA JURÍDICA
NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO EM AÇÕES DE SAÚDE

marcadores de necrose miocárdica (preferencialmente troponina) acima do percentil 99 do limite máximo de referência e, pelo menos, um dos seguintes parâmetros: 1) sintomas sugestivos de isquemia miocárdica; 2) desenvolvimento de novas ondas Q no ECG; 3) novas ou presumivelmente novas alterações significativas no segmento ST, na onda T, ou BRE novo; 4) evidência, em exame de imagem, de perda de miocárdio viável ou de nova alteração segmentar de contratilidade ventricular; 5) identificação de trombo intracoronariano por angiografia ou necropsia. O diagnóstico diferencial entre IAM com ou sem supradesnível do segmento ST depende exclusivamente do aparecimento ou não deste tipo de alteração ao ECG; o diagnóstico diferencial do IAM sem supradesnível de ST e angina instável depende da presença (IAM sem supra) ou não (AI) de marcadores de necrose miocárdica elevados¹⁰.

9. A **angina** é uma síndrome clínica caracterizada por dor ou desconforto em qualquer das seguintes regiões: tórax, epigástrico, mandíbula, ombro, dorso ou membros superiores, sendo tipicamente desencadeada ou agravada com atividade física ou estresse emocional e atenuada com uso de nitroglicerina e derivados¹¹. A **angina** pode ser classificada como: **estável**, que corresponde a dor previsível e consistente que ocorre sob esforço e é aliviada com repouso; **instável**, onde os sintomas ocorrem com maior frequência e duram mais tempo que a angina estável, sendo que a dor pode ocorrer também no repouso; **intratável** ou **refratária**, com dor torácica intensa e incapacitante e a angina variante, possivelmente causada por vasoespasm coronariano¹².

DO PLEITO

1. Existem três tipos de **cirurgias cardíacas**: as **corretoras**, relacionadas aos defeitos do canal arterial, incluído o do septo atrial e ventricular; as **reconstrutoras**, destinadas à **revascularização do miocárdio**, plastia de valva aórtica, mitral ou tricúspide; e as **substitutivas**, que correspondem às **trocas valvares** e aos transplantes. No coração há quatro válvulas: mitral, aórtica, tricúspide e pulmonar¹³. Quando as válvulas apresentam alguma disfunção, como por exemplo, estenose ou insuficiência, há uma alteração do fluxo sanguíneo dentro do coração comprometendo seu bom funcionamento. Desta forma, dependendo do grau de lesão, a válvula pode ser consertada (plástica) ou trocada. As doenças mais comuns são: **estenose aórtica**, insuficiência aórtica, estenose mitral e insuficiência mitral. A cirurgia de revascularização do miocárdio está indicada para pacientes que tem comprometimento da irrigação cardíaca por obstrução de artérias, com risco de infarto, causado pelo acúmulo de substâncias gordurosas nas paredes das coronárias¹⁴.

2. Os **marcapassos cardíacos artificiais** (MP) são dispositivos eletrônicos de estimulação multiprogramável capazes de substituir impulsos elétricos e/ou ritmos ectópicos, para obter-se atividade elétrica cardíaca a mais fisiológica possível. Foram introduzidos na

¹⁰ NICOLAU, J. C. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST. 2ª edição, 2007 - Atualização 2013/2014. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 102, n. 3, supl. 1. Março/2014. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2014/Diretriz_de_IAM.pdf>. Acesso em: 30 mai.2018.

¹¹ MANSUR, A. P. et al. Diretrizes de doença coronariana crônica angina estável. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 83, supl. 2, p. 2-43, set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004002100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 mai.2018.

¹² SMELTZER, S. C. et al. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 734.

¹³ REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Rev. Bras. Enf. 2006 maio-jun; 59(3): 321-6. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a13v59n3.pdf>>. Acesso em: 30 mai.2018.

¹⁴ POFFO, R. CardioCirurgia. Cirurgias Cardíacas. Disponível em: <<http://www.cardiocirurgia.com/cirurgias-cardiacas/>>. Acesso em: 30 mai.2018.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA JURÍDICA
NÚCLEO DE ASSESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

prática médica entre 1958 e 1960, o que marcou o início de nova fase no tratamento dos distúrbios do sistema de condução. Inicialmente, eram indicados no tratamento do bloqueio atrioventricular total (BAVT). Atualmente, contudo, a amplitude de suas indicações alargou-se consideravelmente. Os marcapassos são classificados de acordo com os critérios apresentados, podendo ser temporários ou definitivos, segundo a necessidade clínica temporária ou permanente do marcapasso¹⁵.

III – CONCLUSÃO

1. A **estenose aórtica** (EAo) apresenta prevalência crescente na atualidade em razão do aumento da expectativa de vida e do consequente envelhecimento da população. No paciente com sintomas decorrentes da EAo, **o tratamento é eminentemente cirúrgico**. A Cirurgia Valvar Aórtica (CVAo) ainda é a única terapêutica efetiva a longo prazo no alívio da sobrecarga ventricular esquerda em pacientes com EAo importante¹⁶.

2. A **cirurgia de revascularização miocárdica** é uma das mais frequentes cirurgias realizadas em todo o mundo, sendo que, nas últimas três décadas muitos avanços aconteceram. Os objetivos do tratamento cirúrgico da insuficiência coronariana são: aliviar sintomas, proteger o miocárdio isquêmico, melhorar a função ventricular, prevenir o **infarto do miocárdio**, recuperar o paciente físico, psíquica e socialmente e prolongar a vida e a sua qualidade¹⁷.

3. Diante o exposto, informa-se que a **cirurgia combinada de troca valvar aórtica e revascularização miocárdica** associada com **implante de marcapasso definitivo está indicada** ao quadro clínico apresentado pelo Autor - doença coronariana multiarterial, estenose aórtica severa e fibrilação atrial com baixa resposta ventricular (pdf: 1_OUT2_fl.07). Além disso, **estão cobertas pelo SUS**, conforme Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS (SIGTAP), na qual constam: plastica valvar e/ou troca valvar multipla (04.06.01.082-0), abertura de estenose aórtica valvar (04.06.01.002-1), implante de protese valvar (04.06.01.069-2), plástica valvar (04.06.01.080-3), plástica valvar com revascularização miocárdica (04.06.01.081-1), troca valvar com revascularização miocárdica (04.06.01.120-6), revascularização miocárdica c/ uso de extracorpórea (04.06.01.092-7); revascularização miocárdica s/ uso de extracorpórea (04.06.01.094-3), implante de marcapasso cardíaco multi-sítio endocavitário c/ reversão p/ epimiocárdico (por toracotomia) (04.06.01.061-7), implante de marcapasso cardíaco multi-sítio epimiocárdico por toracotomia p/implante de eletrodo (04.06.01.062-5), implante de marcapasso cardíaco multi-sítio transvenoso (04.06.01.063-3), implante de marcapasso de câmara dupla epimiocárdico (04.06.01.064-1), implante de marcapasso de câmara dupla transvenoso (04.06.01.065-0), implante de marcapasso de câmara única epimiocárdico (04.06.01.066-8), implante de marcapasso de câmara única transvenoso (04.06.01.067-6), implante de marcapasso temporário transvenoso (04.06.01.068-4).

4. Destaca-se que Autor encontra-se internado no Hospital Federal de Bonsucesso (pdf: 1_OUT2_fl. 07), unidade de saúde pertencente ao SUS e que **integra a Rede de Atenção**

¹⁵ RAMOS, G. Et al. Marcapasso cardíaco artificial: considerações pré e per-operatórias. Revista Brasileira de Anestesiologia, v.53, n.6, Campinas nov./dez. 2003. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942003000600015>. Acesso em: 30 mai.2018.

¹⁶ Tarasoutchi F, Montera MW, Grinberg M, Barbosa MR, Piñeiro DJ, Sánchez CRM, Barbosa MM, Barbosa GV et al. Diretriz Brasileira de Valvopatias - SBC 2011 / I Diretriz Interamericana de Valvopatias - SIAC 2011. Arq Bras Cardiol 2011; 97(5 supl. 1): 1-67. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2011/Diretriz%20Valvopatias%20-%202011.pdf>>. Acesso em: 30 mai.2018.

¹⁷ LIMA R.C., KUBRUSLY L.F., NERY A.C.S., et al, Diretrizes da Cirurgia de Revascularização Miocárdica, Valvulopatias e Doenças da aorta, Arq Bras Cardiol, vol 82, Suppl 5, São Paulo, Mar.2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004001100001>. Acesso em: 30 mai.2018.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA JURÍDICA
NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO EM AÇÕES DE SAÚDE

Cardiovascular de Alta Complexidade do Estado do Rio de Janeiro (ANEXO I)¹⁸. Desta forma, é de responsabilidade da referida instituição providenciar as cirurgias pleiteadas, ou ainda, em caso de impossibilidade no atendimento da demanda, tal unidade é responsável pelo encaminhamento do Autor a uma instituição apta em atendê-lo.

5. Acrescenta-se que em documento acostado (pdf: 1_OUT2_fl. 27), o médico assistente menciona que, caso o Autor não seja submetido ao tratamento indicado, há risco de morte por infarto, configurando quadro de urgência. Dessa forma, salienta-se que a demora exacerbada na realização do procedimento cirúrgico pode influenciar negativamente no prognóstico em questão.

6. Adicionalmente, acostado em pdf: 1_OUT2_fls. 20 a 22, encontra-se Parecer Técnico da Câmara de Resolução de Litígios em Saúde nº44275/2018, emitido em 10 de maio de 2018, no qual consta que, em contato com a direção do Hospital Federal de Bonsucesso, foi informado que "a unidade encontra-se sem anestesista e sem os insumos necessários para a realização do procedimento" pleiteado.

7. Cabe esclarecer que informações acerca de transferência, menor custo e disponibilidade do insumo em estoque não constam no escopo de atuação deste Núcleo.

8. Quanto à solicitação da Defensoria Pública da União (pdf:1_inic1_fl.06), item "DOS PEDIDOS", subitens "III" e "VI") referente ao provimento dos itens pleiteados, além de "... demais tratamentos e procedimentos necessários à manutenção de sua saúde/vida", informa-se que não é recomendado o fornecimento de novos itens sem prévia análise de laudo que justifique a necessidade destes, tendo em vista que o uso irracional e indiscriminado de medicamentos e tecnologias pode implicar em risco à saúde.

É o parecer.

Ao 1º Juizado Especial Federal de Rio de Janeiro, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.

LIDIANE DE FREITAS SARMENTO
Fisioterapeuta
CREFITO-2/177.951-F

LUCIANA MANTENTE DE CARVALHO
SORIANO
Médica
CRM RJ 52.85062-4

FLÁVIO AFONSO BADARÓ
Assessor-chefe
CRF-RJ 10.277
ID. 436.475-02

¹⁸ Deliberação CIB nº 3.129 de 25 de Agosto de 2014 . Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/409-2014/agosto/3546-deliberacao-cib-n-3-129-de-25-de-agosto-de-2014.html>>. Acesso em: 30 mai.2018.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA JURÍDICA
NÚCLEO DE ASSESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

ANEXO I

Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular do Estado do Rio de Janeiro

Relação de Serviços Habilitados

Região	Município	Serviços de Saúde	CNES	Perfil	Serviços Habilitados							Port. de Habilitação
					Cir Cardiovascular	Cir Cardiovascular Pediátrica	Cir Vascular	Card Intervencionista	Endovas-cular	Eletrofisiologia		
Metropolitana I	Rio de Janeiro	Hosp. Universitário Pedro Ernesto	2269783	UA*	X	X	X	X	X	X	2 e 6	
		Hosp. Universitário Clementino Fraga Filho	2280167	CR*	X		X	X	X	X	2 e 5	
		SES/ IECAC	2269678	UA*	X	X	X	X		X	2	
		Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras	2280132	CR*	X	X		X		X	2	
		MS/ Hospital dos Servidores do Estado	2269988	UA*	X		X	X			2	
		MS/ Hosp. Geral de Bonsucesso	2269880	UA*	X	X	X	X			2	
		MS/ Hosp. Geral da Lagoa	2273659	UA*	X		X	X			2	
Metropolitana II	Duque de Caxias	HSCor Serviço de Hemodinâmica LTDA	5364515	UA*	X		X	X			6	
		Niterói	Hosp. Universitário Antônio Pedro	12505	UA*	X		X	X			2
			Procordis	3443043	UA*	X			X			3