



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

PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NAT-FEDERAL Nº 0754/2018

Rio de Janeiro, 06 de setembro de 2018.

Processo nº 5002878-48.2018.4.02.5120
ajuizado por [REDACTED]
representado por [REDACTED]

O presente parecer visa atender a solicitação de informações técnicas do 3º **Juizado Especial Federal** de Nova Iguaçu, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, quanto à **transferência, ao transporte em ambulância avançada e à internação** para realização de cirurgia de **revascularização miocárdica**.

I – RELATÓRIO

1. De acordo com laudos médicos do Hospital Geral de Nova Iguaçu (Evento1 LAUDO3 págs. 1 e 2), emitidos em 31 de agosto e 24 de julho de 2018 por [REDACTED], o Autor, 58 anos, é portador de **hipertensão arterial sistêmica, insuficiência renal crônica**, em tratamento conservador, porém já com fístula arteriovenosa prévia e **doença arterial coronariana** crônica, tendo realizado angioplastia coronariana com dois *stents* convencionais em 2016. Encontra-se internado em unidade de terapia intensiva da referida instituição desde 03/07/18 com quadro de **infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAM SSST)**. Realizado cateterismo cardíaco em 17/17/18, que evidenciou: tronco de coronária esquerda (CE) calcificado, bifurcado e sem lesões obstrutivas. Artéria descendente anterior (ADA) com bom calibre, com lesão de 50% no terço próxima e lesão de 60% no terço distal, primeiro ramo Dx com lesão obstrutiva de 90% na origem. Artéria circunflexa (CX) ocluída no terço médio e enchimento distal por circulação colateral de grau II. Artéria Coronariana Direita (ACD) dominante com *stents* prévios implantados nos terços proximal e distal pÉrvios. Realização de angioplastia transluminal percutânea (PTCA), na qual apresentou dissecação do TCE com formação imediata de hematoma com comprometimento do fluxo. Tentado implante de stent em artéria circunflexa sem sucesso. Implantado *stent* farmacológico em artéria descendente anterior (ADA) e Tronco de Coronária Esquerda (TCE) sem intercorrências, com estabilização do quadro. No momento, o Autor encontra-se em estado grave, com indicação de cirurgia de **revascularização miocárdica**, procedimento este que não é realizado na referida unidade. Necessita de **transferência com suporte de UTI** para unidade especializada, encontrando-se já regulado em fila de Regulação Estadual. No momento, dependente de Nitroglicerina em *dripping*, dor torácica recorrente, **quadro depressivo**, em monitorização contínua com risco de morte iminente. Foi citada a Classificação Internacional de Doenças (CID 10): **I21 - Infarto agudo do miocárdio**.



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

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 **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, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos



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

cardiovasculares fatais e não fatais¹. É diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual. A linha demarcatória que define são os valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg². 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 apropriadamente³.

2. A **Doença Renal Crônica (DRC)** consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). 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. A fase terminal, ou fase V, da insuficiência renal crônica corresponde à faixa de função renal na qual os rins perderam o controle do meio interno, tornando-se este bastante alterado para ser compatível com a vida. Nesta fase, o paciente encontra-se intensamente sintomático. Suas opções terapêuticas são os métodos de depuração artificial do sangue (diálise peritoneal ou hemodiálise) ou o transplante renal⁴.

3. 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 formação de placa aterosclerótica, lesão espessada da parede arterial constituída por um núcleo lipídico coberto por uma capa fibrotica. As placas ateroscleróticas 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 isquêmica⁵. 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 miocárdica⁶.

4. 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 marcadores de necrose miocárdica (preferencialmente troponina) acima do percentil 99 do limite

¹ 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: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf>. Acesso em: 05 set. 2018.

² 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: 05 set. 2018.

³ 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: 05 set. 2018.

⁴ JUNIOR, J.E.R. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. Jornal Brasileiro de Nefrologia, v. 26 (3suppl 1), n.3, 2004. Disponível em: <http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1183>. Acesso em: 05 set. 2018.

⁵ 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: 05 set. 2018.

⁶ 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: 05 set. 2018.



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

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 elevados⁷.

5. A **depressão** caracteriza-se por um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Há quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e/ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias, e pode se acompanhar de sintomas ditos "somáticos", como perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido⁸.

DO PLEITO

1. **Internação hospitalar** é descrito como confinamento de um paciente em um hospital⁹. **Unidade de internação** ou unidade de enfermagem é o conjunto de elementos destinados à acomodação do paciente internado, e que englobam facilidades adequadas à prestação de cuidados necessários a um bom atendimento¹⁰.

2. 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 pulmonar¹¹. 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,

⁷ 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: 05 set. 2018.

⁸ Brasil. Ministério da Saúde. DataSUS. Classificação estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde (CID 10). Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f30_f39.htm>. Acesso em: 05 set. 2018.

⁹ Biblioteca Virtual Em Saúde. Descritores em Ciências da Saúde. Descrição de hospitalização. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IscScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&previous_page=homepage&task=exact_term&interface_language=p&search_language=p&search_exp=Hospitaliza%E7%E3o>. Acesso em: 05 set. 2018.

¹⁰ Scielo. FERRARINI, C. D. T. Conceitos e Definições em Saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, v.30 n.3 Brasília, 1977. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671977000300314>. Acesso em: 05 set. 2018.

¹¹ 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: 05 set. 2018.



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

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 coronárias¹².

III – CONCLUSÃO

1. 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 qualidade¹³.
2. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas das Síndromes Coronarianas Agudas, a **cirurgia de revascularização de urgência** é hoje restrita a casos que evoluem com sinais de isquemia recorrente em que a coronariografia identifica lesões críticas com anatomia desfavorável a intervenção coronária percutânea, e passíveis de tratamento cirúrgico ou nas complicações mecânicas do infarto¹⁴. De acordo com documento médico (Evento1_LAUDO3_pág. 1) o Autor realizou cateterismo cardíaco que evidenciou: *“tronco de coronária esquerda (CE) calcificado, bifurcado e sem lesões obstrutivas. Artéria descendente anterior (ADA) com bom calibre, com lesão de 50% no terço próxima e lesão de 60% no terço distal, primeiro ramo Dx com lesão obstrutiva de 90% na origem. Artéria circunflexa (CX) ocluída no terço médio e enchimento distal por circulação colateral de grau II. Artéria Coronariana Direita (ACD) dominante com stents prévios implantados nos terços proximal e distal prévios”*. Foi informado ainda que o mesmo *“realizou angioplastia transluminal percutânea (PTCA), na qual apresentou dissecção do TCE com formação imediata de hematoma com comprometimento do fluxo. Tentado implante de stent em artéria circunflexa sem sucesso”*.
3. Adicionalmente, conforme a Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Cardiologia Intervencionista sobre Intervenção Coronária Percutânea, a síndrome coronária aguda sem supradesnivelamento de ST (SCASSST), que engloba as situações de angina instável e de **IAM sem supradesnivelamento de ST (IAMSSST)**, constitui manifestação clínica frequente da doença arterial coronariana (DAC). Nos dias atuais, ainda representa importante causa de morbimortalidade cardiovascular. A abordagem inicial de pacientes com SCASSST deve estar alicerçada em três pilares: na instituição rápida, segura e eficaz de fármacos anti-isquêmicos, antitrombóticos e antiplaquetários; na identificação de pacientes sob maior risco de eventos cardíacos adversos a curto e longo prazos; e na avaliação da necessidade de revascularização miocárdica adicional. Entende-se por **estratégia invasiva na SCASSST** a indicação de coronariografia, com o intuito planejado de **revascularização miocárdica percutânea ou cirúrgica**. Por sua vez, a estratégia conservadora, mais bem denominada “invasiva seletiva”, consiste no acompanhamento clínico evolutivo dos pacientes e na realização de testes funcionais. Diversos estudos comparativos entre as duas estratégias foram publicados nas últimas décadas, incluindo-se metanálises. O somatório das evidências

¹² POFFO, R. CardioCirurgia. Cirurgias Cardíacas. Disponível em: <<http://www.cardiocirurgia.com/cirurgias-cardiacas/>>. Acesso em: 05 set. 2018.

¹³ 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: 05 set. 2018.

¹⁴ CONITEC - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas PROTOCOLO CLÍNICO SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/images/Protocolos/pcdt-sindromes-coronarianas-agudas.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2018.



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

disponíveis suporta a opção pela estratégia invasiva em pacientes com SCASSST, em razão da maior redução de eventos cardíacos adversos, quando comparada à estratégia invasiva seletiva¹⁵.

4. Diante o exposto, informa-se que a **internação** para realização de cirurgia de **revascularização miocárdica está indicada** ao quadro clínico apresentado pelo Autor - **doença arterial coronariana crônica e infarto agudo do miocárdio** (Evento1_LAUDO3_págs. 1 e 2). Além disso, **está coberta pelo SUS**, conforme Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS (SIGTAP), na qual constam: revascularização miocárdica c/ uso de extracorpórea (04.06.01.092-7) e revascularização miocárdica s/ uso de extracorpórea (04.06.01.094-3).

5. Em consonância com a Deliberação CIB nº 3.129 de 25 de agosto de 2014, o Estado do Rio de Janeiro conta com uma **Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular do Estado do Rio de Janeiro**¹⁶ (ANEXO I). Destaca-se que Autor **encontra-se internado** no Hospital Geral de Nova Iguaçu (Evento1_LAUDO3_págs. 1 e 2), unidade de saúde pertencente ao SUS. Desta forma, **é de responsabilidade da referida instituição providenciar o redirecionamento do Autor a uma das unidades que integram a referida Rede**, a fim de que seja realizada a cirurgia pleiteada.

6. Conforme informação solicitada em despacho (Evento8_DESPADEC1_pág.2), para um morador do Município de Nova Iguaçu obter acesso ao tratamento de **revascularização do miocárdio** disponibilizado pelo SUS, é necessário que o mesmo ou seu representante legal se dirija a sua unidade básica de saúde de referência, munido de documento médico atualizado, com a solicitação do referido procedimento, a fim de ser encaminhado através da Central de Regulação do seu município para uma das unidades habilitadas na **Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular do Estado do Rio de Janeiro. Contudo, o Autor está internado no Hospital Geral de Nova Iguaçu** (Evento1_LAUDO3_págs. 1 e 2), unidade não pertencente à Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular do Estado do Rio de Janeiro, **portanto, neste caso, ratifica-se que esta unidade é a responsável pelo encaminhamento do Requerente para a referida Rede.**

7. Elucida-se que, **não há unidade de saúde no Município de Nova Iguaçu habilitada na Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular do Estado do Rio de Janeiro** (ANEXO I).

8. Quanto ao questionamento sobre a recomendação da eventual transferência, elucida-se que a doença arterial coronariana (DAC) representa a principal causa de óbito no mundo. A maioria dos casos de infarto agudo do miocárdio (IAM) é causada pela oclusão de um ramo coronariano principal. A obstrução e consequente redução do fluxo coronariano se devem comumente à ruptura física de uma placa aterosclerótica com subsequente formação de trombo oclusivo. A pronta restauração do fluxo sanguíneo coronariano é essencial para o salvamento miocárdico e reduzir a mortalidade¹⁰. Acrescenta-se ainda que, em documento acostado (Evento1_LAUDO3_pág.2), a médica assistente menciona que, caso o Autor não seja submetido ao tratamento indicado, **há risco iminente de morte**, configurando quadro de

¹⁵ Feres F, et al. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Cardiologia Intervencionista sobre Intervenção Coronária Percutânea. Arq Bras Cardiol 2017 109(1Supl.1):1-81. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v109n1s1/0066-782X-abc-109-01-s1-0001.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2018.

¹⁶ Deliberação CIB nº 3.129 de 25 de Agosto de 2014. Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular do Estado do Rio de Janeiro- Hospitais de referência. 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: 05 set. 2018.



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

urgência. Dessa forma, salienta-se que a demora exacerbada na realização do procedimento cirúrgico pode influenciar negativamente no prognóstico em questão.

É o parecer.

Ao 3º 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
CREFÍTO-2/177.951-F

MARCELA MACHADO DURAÓ

Assistente de Coordenação
CRF-RJ 11517
ID. 4.216.255-6

FLÁVIO AFONSO BADARÓ

Assessor-chefe
CRF-RJ 10.277
ID. 436.475-02



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA JURÍDICA
NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO 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						
					Cir Cardiovascular	Cir Cardiovascular Pediátrica	Cir Vascular	Card Intervenç. onista	Endovas. cular	Eletrofisiologia	Port. de Habilitação
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
Duque de Caxias	Duque de Caxias	MS/ Hosp. Geral da Lagoa	2273659	UA*	X		X	X		2	
		HSCor Serviço de Hemodinâmica LTDA	5364515	UA*	X		X	X		6	
Metropolitana II	Niterói	Hosp. Universitário Antônio Pedro	12505	UA*	X		X	X		2	
		Procordis	3443043	UA*	X			X		3	