



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

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 812/2019

Vitória, 30 de maio de 2019

Processo n° [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender solicitação de informações da 2ª Vara de Baixo Guandu - ES, requeridas pela MM. Juíza de Direito Dra. Walmea Elyze Carvalho Pepe de Moraes, sobre o procedimento: **Ressonância Nuclear Magnética Nuclear cardíaca**.

I -RELATÓRIO

1. Em síntese dos fatos relatados na Inicial, a Requerente foi diagnosticada com câncer de mama em 2015 e durante a quimioterapia necessitou de tratamento com Herceptin. Foi diagnosticado Insuficiência Cardíaca devido ao tratamento do câncer e, com isso, só pode realizar 3 sessões das 16 que necessitava. Atualmente a autora sofre de arritmia cardíaca e necessita de realizar o exame de Ressonância Cardíaca, porém foi informado que não há prestador regulado, filantrópico ou credenciado na rede estadual de saúde para realizar este exame pelo SUS, o que motivou a Requerente a recorrer a via judicial para consegui-lo.
2. Às fls. 12 e 13 consta o Laudo Ambulatorial Individualizado – BPA I, preenchido pelo Dr. Alex Gomes Rodrigues (cardiologista) em março/2019, com a solicitação de Ressonância Magnética cardíaca, sendo justificado que a paciente [REDACTED] apresenta bigeminismo com extrassístole ventricular na via de saída de ventrículo direito, com suspeita de displasia arritmogênica de ventrículo direito.
3. Às fls. 14 consta o Laudo Médico, emitido em 24/04/2019, sendo justificado que a paciente [REDACTED] apresentou Insuficiência Cardíaca após



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

quimioterapia, em investigação para displasia arritmogênica de ventrículo direito, necessita de Ressonância Magnética cardíaca.

4. Às fls. 14 consta o e-mail encaminhado pelo Núcleo de Regulação e Acesso – SESA, informando que não há prestador regulado, filantrópico ou credenciado na rede estadual de saúde, pelo Sistema de Informação SISREG, para realizar o exame de Ressonância Nuclear Magnética cardíaca pelo SUS.

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.



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

DA PATOLOGIA

1. A **Displasia Arritmogênica do Ventrículo Direito** (DAVD) é uma doença que acomete preferencialmente o ventrículo direito (VD) e está associada a arritmias ventriculares, por vezes fatais. Essa doença pode ser causa de até 10% dos casos de morte súbita em pacientes jovens. Os sintomas mais frequentemente observados são palpitações e síncofes, e se manifestam entre a segunda e quinta décadas de vida. Parece haver uma predileção pelo sexo masculino, embora alguns estudos demonstrem igual prevalência entre os sexos. Evidências apontam tratar-se de uma doença genética, com casos familiares ocorrendo de 32 a até 80% das vezes. Os desmossomos, complexos multiproteicos estruturais da membrana celular, importantes na manutenção da interação entre células e no processo de sinalização, estão possivelmente envolvidos na etiologia da doença. Uma vez diagnosticada e tratada corretamente, considerando-se inclusive o uso de Cardiodesfibrilador Implantável (CDI), a mortalidade é baixa.
2. O substrato anatomopatológico característico dessa entidade é um VD com volumes aumentados, apresentando dilatações focais (também chamadas de aneurismas) ao longo da parede anterior do infundíbulo, parede subvalvar inferior ou na região apical lateral, pontos também conhecidos como “triângulo da displasia”. Parece haver uma perda gradual dos miócitos nessas regiões, com substituição por adipócitos e fibroblastos, além de variável infiltração linfocítica. As anormalidades encontradas pela RMC refletem essas alterações: segmentos acinéticos no VD, aumento do volume ventricular direito e do diâmetro da via de saída do VD. Inicialmente, a infiltração por gordura na parede livre do VD foi considerada um sinal patognomônico. Entretanto, a infiltração gordurosa tem baixa concordância interobservador e, atualmente, não é considerada critério diagnóstico para a doença. A sensibilidade da Ressonância Magnética Cardiovascular (RMC) para o diagnóstico de DAVD, considerando-se infiltração gordurosa, dilatação e disfunção regional do VD foi de 84, 68 e 78%, respectivamente; a especificidade foi de 79, 96 e 94%. Já a demonstração de alterações fibrogordurosas em ambos os ventrículos, por meio da sequência de realce tardio,



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

mostra-se promissora. Em 1994, a Força Tarefa Internacional para o Diagnóstico de DAVD propôs um critério para o diagnóstico clínico dessa entidade. Entretanto, o limitado conhecimento da doença naquela época resumia os casos principalmente aos pacientes sintomáticos e às vítimas de morte súbita – o extremo de gravidade no espectro da doença. Uma nova revisão desses critérios foi publicada em 2010, baseada em novas evidências sobre os aspectos genéticos da doença, obtidas da ampla investigação dos membros de famílias acometidas. De acordo com essa revisão, a RMC pode contribuir com informações a respeito da contratilidade e do volume do VD, cujas alterações podem constituir um critério maior para o estabelecimento do diagnóstico de DAVD (acinesia regional ou discinesia ou contração dissincrônica do VD associada ao volume diastólico final indexado pela superfície corpórea ≥ 110 mL/m² em homens ou ≥ 100 mL/m² em mulheres ou fração de ejeção do VD $\leq 40\%$) ou menor (acinesia regional ou discinesia ou contração dissincrônica do VD associada a volume diastólico final do VD indexado pela superfície corpórea entre 100 e 110 mL/m² em homens ou entre 90 e 100 mL/m² em mulheres ou fração de ejeção do VD entre 40 e 45%).

3. Uma avaliação estrutural e funcional é fundamental para o diagnóstico da DAVD. A ecocardiografia, em decorrência de sua acessibilidade, tem sido o exame de imagem de escolha para o início de investigação da DAVD, no entanto, a geometria única e o padrão complexo de contração do VD, juntamente com o aumento do reconhecimento de que anormalidades estruturais podem não ser aparentes nas fases mais precoces da doença, limita sua utilidade diagnóstica. Os achados ecocardiográficos sugestivos de DAVD incluem: (1) anormalidade global ou segmentar da parede ventricular em associação à dilatação da cavidade (principalmente direita); (2) VD com hipertrofia e disfunção sistólica; (3) dilatação da via de saída do VD (diâmetro > 30 mm).

DO TRATAMENTO

1. Não será abordado por se tratar de uma demanda por procedimento diagnóstico.



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

DO PLEITO

1. Ressonância Magnética (RM)

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. De acordo com os Documentos anexados, trata-se de uma paciente de 50 anos de idade, portadora de miocardiopatia originada possivelmente após uso de medicação para tratamento de neoplasia de mama (efeito colateral de cardiotoxicidade), sendo solicitado uma Ressonância Cardíaca devido a presença de bigeminismo, com extrassístole ventricular, com suspeita de displasia arritmogênica de ventrículo direito.
2. A Ressonância Magnética do Coração (RMC) é um exame ofertado pelo SUS, inscrito sob o código 02.07.02.001-9, considerada de alta complexidade, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP), descrita como exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos através da utilização de campo magnético e ondas de rádio frequência, e, neste caso, há visualização da dispersão angiográfica dos vasos coronários após a injeção seletiva de contraste na artéria femoral ou umeral, coração, aorta e vasos de base.
3. Não foi informado no processo o quadro clínico e laudo/exame eletrocardiográfico da paciente que levou a suspeita de Displasia Arritmogênica do Ventrículo Direito, levando este Núcleo a questionamento que não puderam ser analisados, por exemplo: há sintomas relacionados ou ectopias ventriculares frequentes? A paciente apresenta taquicardia ventricular com morfologia de Bloqueio de Ramo Esquerdo com eixo superior ou com múltiplas morfologias de segmento QRS evidenciada em algum exame realizado? Há eventos arrítmicos que ocorram durante o esforço físico?
4. Sabe-se que na última década, a Ressonância Magnética do Coração (RMC) apareceu como a modalidade de imagem de escolha na investigação da Displasia Arritmogênica do Ventrículo Direito, no entanto, a interpretação incorreta dos achados da RMC é a razão mais comum para diagnósticos errados desta patologia.



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

5. Diante do exposto, este NAT conclui que não há dados clínicos e complementares suficientes para auxiliar na análise da solicitação de Ressonância Magnética para o caso, e sem essas informações o Parecer do NAT é inconclusivo, o que não significa que este Núcleo se opõe ao pleito.

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

REFERENCIAS

Sara L, Szarf G, Tachibana A, Shiozaki AA, Villa AV, Oliveira AC et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretriz de Ressonância Magnética e Tomografia Computadorizada Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia e do Colégio Brasileiro de Radiologia. Arq Bras Cardiol 2014; 103(6Supl.3): 1-86