



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 1274/2019

Vitória, 13 de agosto de 2019

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

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas da Vara Única de Muqui, requeridas pela MM. Juíza de Direito Dra. Lara Carrera Arrabal Klein, sobre o procedimento: **estudo eletrofisiológico - ablação de fibrilação atrial**.

I -RELATÓRIO

1. Em síntese dos fatos relatados na Inicial, o autor vem sentindo palpitações taquicárdicas irregulares há cerca de 5 anos, teve atendimento com diagnóstico de fibrilação atrial, está em ritmo sinusal com medicação, e recebeu indicação médica para se submeter a um procedimento intervencionista: estudo eletrofisiológico – ablação por cateter. Ocorre que vem tentando obter tal tratamento pelo SUS há muito tempo, sem êxito, e não tem como arcar com o alto custo; diante do exposto, recorreu à via judicial.
2. Às fls. 13, laudo emitido em 22/5/2019 por Dr. Marcelo Maia, CRMES 6893, relatando que o paciente apresenta arritmia há 5 anos, estando em ritmo sinusal em virtude do uso de medicação (propafenona + betabloqueador), coração estruturalmente normal ao ecocardiograma, com indicação para se submeter a tratamento através de ablação por cateter, sendo este tratamento preconizado por diretrizes nacionais e internacionais. Informa ter solicitado ao SUS desde 2015.
3. Às fls. 14, relatório emitido em 28/8/2015 pelo mesmo médico acima qualificado,



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

solicitando ablação por cateter para paciente que sofreu surto de fibrilação atrial mesmo em uso de dose máxima de propafenona.

4. Às fls. 15, laudo de Eletrocardiografia Dinâmica – Holter 24 horas realizado em 24/10/2018, ritmo registrado predominantemente sinusal, não tendo ocorrido algum episódio de fibrilação atrial.
5. Às fls. 21 e 22, laudo de Ecodoppler transtorácico realizado em 25/9/2018, resultado normal.

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 aos Juízes - NAT

PATOLOGIA

1. **Fibrilação Atrial (FA)** é a arritmia cardíaca sustentada mais frequente, podendo estar associada a diversas condições cardíacas e sistêmicas, e aumenta em prevalência com o envelhecimento. Pode causar sensação de palpitações, apresentar-se com consequências hemodinâmicas diversas, provocar fenômenos tromboembólicos variados ou cursar com períodos assintomáticos de duração desconhecida. A primeira apresentação de um episódio de FA pode ser uma complicação embólica ou exacerbação de insuficiência cardíaca, mas a maioria se queixa de palpitações, dor torácica, dispneia, fadiga, tontura ou síncope. A atual classificação proposta para a FA é: inicial, paroxística, persistente e permanente. A inicial ou novo diagnóstico se refere à primeira vez em que é feito o diagnóstico ou ao diagnóstico de novos episódios. A paroxística é aquela que termina espontaneamente, sem ação de fármacos ou necessidade de cardioversão elétrica. Geralmente são episódios que duram menos de 7 dias, frequentemente menos que 24 horas, podendo ou não apresentar recorrências. A persistente é aquela que se instala e não se interrompe, a menos que seja realizada cardioversão elétrica ou com fármacos. Normalmente são episódios que duram mais de 7 dias e também podem ou não recorrer. Incluída nesta categoria é a FA com duração superior a 1 ano, chamada de FA persistente de longa duração. Já a permanente é aquela FA onde as tentativas de reversão falharam ou na qual se fez a opção por não tentar a reversão da arritmia. Com a melhoria nas condições socioeconômicas nos países em desenvolvimento e as mudanças em estilo de vida (sedentarismo, dieta inadequada e obesidade, por exemplo) em todo o mundo, a prevalência de FA bem como de comorbidades associadas a eventos tromboembólicos cresce. Além da morbidade causada por sintomas, acarreta risco significativamente maior de eventos tromboembólicos, mormente acidentes vasculares cerebrais isquêmicos (AVCi). Por isso, a importância da anticoagulação apropriada é progressivamente maior. Os indivíduos de maior risco para eventos tromboembólicos já foram identificados em estudos clínicos e incluem os portadores de insuficiência cardíaca, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, acidente vascular cerebral



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

prévio e idade avançada.

DO TRATAMENTO

1. O controle da frequência cardíaca (FC) no paciente com FA constitui, geralmente, a primeira ação de tratamento, tanto em casos crônicos como em situações agudas, na emergência. Quando da ocorrência de acidentes vasculares cerebrais isquêmicos (AVCi), o controle envolve reversão e manutenção do ritmo sinusal por meios químicos ou elétricos, ou simples controle da frequência ventricular, mantendo o uso monitorado de anti-coagulante. Esse controle visa principalmente a melhora de sintomas, promovendo bem estar e melhora da qualidade de vida. As terapias disponíveis para o controle da FC incluem ainda drogas como digitálicos, betabloqueadores e os bloqueadores dos canais de cálcio não di-hidropiridínicos, como verapamil e diltiazem e, em casos selecionados, a amiodarona. Tratamento medicamentoso oral é utilizado preferencialmente em pacientes estáveis hemodinamicamente. Administração intravenosa deve ser preferida quando se necessita de controle mais rápido da frequência cardíaca. Até recentemente, as únicas drogas anticoagulantes orais disponíveis no mercado eram derivadas de cumarínicos. O objetivo da anticoagulação é atingir a intensidade capaz de minimizar efetivamente os riscos de tromboembolismo sem aumento significativo do risco hemorrágico. Recentemente, novos anticoagulantes orais foram introduzidos no mercado (dabigatrana, rivaroxabana), com eficácia similar aos cumarínicos.
2. A ablação por cateter é um método invasivo em que cateteres providos de dispositivos emissores de ondas de radiofrequência, introduzidos em veias ou artérias periféricas, serão guiados até determinadas regiões do coração (no caso da FA, átrio esquerdo e veias pulmonares), onde os médicos operadores selecionarão diversos locais a serem “queimados”, tentando assim interromper os circuitos anômalos que geram a arritmia.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

O tratamento é hospitalar, exige anestesia local, mas com a presença de um anestesista, sendo recomendável pós operatório imediato em UTI, e há uma incidência pequena mas não desprezível de complicações, assim como insucesso terapêutico.

3. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial - 2016, a ablação da FA para manutenção do ritmo sinusal tem as seguintes indicações:
- Classe I: pacientes sintomáticos com FA paroxística refratária ou intolerante a pelo menos uma droga antiarrítmica das classes I ou II, quando a estratégia de controle do ritmo é desejada;
 - Classe IIa: pacientes com FA paroxística sintomática recorrente como primeira terapia (antes de medicações antiarrítmicas), sendo esta a opção do paciente.

DO PLEITO

1. **Ablação de fibrilação atrial:** o procedimento é padronizado pelo SUS, classificado como alta complexidade, hospitalar, e deve ser realizado em hospitais de referência, por equipe médica certificada.

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. Parecer técnico parcialmente prejudicado pela ausência de algumas informações, já que o laudo médico mais recente disponibilizado (Holter 24 horas) mostrou ritmo cardíaco normal (sinusal), com uso de medicação, sem relato de intolerância aos medicamentos, sem relato atual formal de que o requerente está apresentando novos surtos de fibrilação atrial (FA) mesmo medicado, e considerando que a ablação é procedimento invasivo não isento de riscos.
2. Independentemente da lacuna informativa, há previsão, nas diretrizes, para realização de ablação de FA por preferência do paciente (almejando ficar livre de medicação



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

continua por tempo indeterminado).

3. Como os dois laudos emitidos pelo médico assistente não permitem saber se o atendimento ao requerente está sendo realizado em clínica particular ou no âmbito do SUS, este NAT sugere que os requeridos garantam, para o requerente, um atendimento integral/resolutivo em um centro de referência em Cardiologia/Arritmias do SUS. Caso o procedimento não seja realizado pelo SUS do ES, cabe ao médico assistente preencher o formulário de solicitação de TFD e encaminhar para a Secretaria de Estado da Saúde e esta proceder na tramitação do TFD.

DR. [REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]

DRA. [REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]

REFERÊNCIA

Zimmerman LI, Fenelon G, Martinelli Filho M, Grupi C, Atié J, Lorga Filho A, e cols. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. Arq Bras. Cardiol. 2009;92(6 supl.1):1-39.