

**Trabalho 113****CARDIOPATIA GRAVE, um diagnóstico médico pericial**

Caldas, A.D.A.; Rettore, T.C.Z.; Campos, N.; Rocha, R.N.M.; Ferro, J.P.

SGON Quadra 1, Área Especial 01. Prédio Escola de Governo- Brasília/DF
thaysretore@gmail.com

Objetivo: O médico necessita de critérios clínicos bem definidos que o norteiem na sua decisão pericial, para realizar uma avaliação do sistema cardiovascular. Dessa maneira, atuando na interface entre dados semiotécnicos cardiológicos e a legislação vigente.

Justificativa: Em uma avaliação pericial do sistema cardiovascular, o que está sendo avaliado é a presença de capacidade ou incapacidade funcional do coração que pode ou não acarretar a caracterização do que hoje conceituamos por cardiopatia grave, na forma da lei.

Metodologia: A Coordenação de Perícias Médicas, com o objetivo de nortear o trabalho da Junta Médica Oficial, criou um Manual de Perícias Médicas onde foram apontados os critérios práticos para o enquadramento da cardiopatia grave.

Discussão: Na ciência médico-pericial de cardiopatia grave ocorre quando essa entidade limitar progressivamente a capacidade física e funcional do coração, ultrapassando os limites de eficiência dos mecanismos de compensação, independente do tratamento adequado. A avaliação da capacidade funcional do coração, realizada pela Perícia Médica do Distrito Federal, permite a distribuição dos indivíduos em classes, segundo o critério adotado pela II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave, em consonância com a classificação funcional cardíaca adotada pela NYHA (New York Heart Association) descrita a seguir:

Classe I	Portadores de doença cardíaca sem limitação da atividade física. A atividade física normal não provoca sintomas de fadiga acentuada, nem palpitações, nem dispnéias, nem angina de peito, nem sinais e sintomas de baixo fluxo cerebral;
Classe II	Portadores de doenças cardíacas com leve limitação da atividade física. Estes periciandos sentem-se bem em repouso, porém os grandes esforços provocam fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito;

**Trabalho 113**

Classe III	Portadores de doença cardíaca com nítida limitação da atividade física. Estes periciandos sentem-se bem em repouso, embora acusem fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito, quando efetuam pequenos esforços;
Classe IV	Portadores de doença cardíaca que os impossibilita de qualquer atividade física. Estes periciandos, mesmo em repouso, apresentam dispnéia, palpitações, fadiga ou angina de peito.

A limitação funcional cardíaca será definida pela análise criteriosa do conjunto de métodos propedêuticos:

a) história clínica, com dados evolutivos da doença; b) exame clínico; c) eletrocardiograma, em repouso; d) eletrocardiografia dinâmica (Holter); e) teste ergométrico; f) ecocardiograma, em repouso; g) ecocardiograma associado a esforço ou procedimentos farmacológicos; h) estudo radiológico do tórax, objetivando o coração, vasos e campos pulmonares, usando um mínimo de duas incidências; i) cintilografia miocárdica, associada a teste ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnécio); j) cintilografia miocárdica associada a Dipiridamol e outros fármacos; l) cinecoronariocardiografia.

Os achados fortuitos em exames complementares especializados, não são, por si só, suficientes para o enquadramento legal de cardiopatia grave, se não estiverem vinculados aos elementos clínicos e laboratoriais que caracterizem uma doença cardíaca verdadeiramente incapacitante.

Em algumas condições, um determinado fator pode, isoladamente, configurar cardiopatia grave (por exemplo, fração de ejeção < 0,35), no entanto, na grande maioria dos casos, a princípio, é necessária uma avaliação conjunta dos diversos dados do exame clínico e dos exames complementares para melhor conceituá-la.

As entidades nosológicas que podem estar associadas à cardiopatia grave podem ser descritas como: cardiopatias isquêmicas; cardiopatias hipertensivas; cardiomiopatias primárias ou secundárias; cardiopatias valvulares; cardiopatias congênitas; cor pulmonale crônico; arritmias complexas e graves; pericardiopatias; aortopatias.



Trabalho 113

De modo geral, podemos considerar como cardiopatia grave:

Síndrome de Insuficiência Cardíaca: que curse com importante disfunção ventricular, podendo ser classificadas de forma subjetiva como III e IV da NYHA e, avaliada de forma objetiva através da fração de ejeção (FE) obtida por exames cardiológicos de imagem. Valores da FE menores ou iguais a 40% é critério de gravidade, bem como um incremento na FE menor que 5% nos exames cardiológicos realizados sob estresse, seja ele químico ou mecânico.

Síndrome de Insuficiência Coronariana Crônica: com classe funcional III e IV da NYHA ou com angina classes III ou IV da Canadian Cardiovascular Society, refratários à terapêutica sem indicação cirúrgica. Manifestações clínicas de insuficiência cardíaca, associada à isquemia aguda nas formas crônicas; presença de disfunção ventricular progressiva; presença de arritmias graves associadas ao quadro anginoso, principalmente do tipo ventricular (salvas de extrassístoles, taquicardia ventricular não sustentada ou sustentada), além de fibrilação atrial e *flutter* atrial associados à isquemia; distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular relacionados à isquemia, bloqueios de ramos induzidos pelo esforço físico. Presença na cinecoronariogramografia de lesão de tronco de coronária esquerda >50%; lesões em três vasos, moderadas a importantes (>70% em 1/3 proximal ou médio) e, eventualmente, do leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida; lesões em 1 ou 2 vasos de > 70%, com grande massa miocárdica em risco; lesões ateromatosas extensas e difusas, sem viabilidade de correção cirúrgica ou por intervenção percutânea; fração de ejeção <0,40; hipertrofia e dilatação ventricular esquerdas; áreas extensas de acinesia, hipocinesia e discinesia; aneurisma de ventrículo esquerdo; complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular.

Nos casos de insuficiência cardíaca e/ou coronariana, classificam-se como graves, eventualmente, as da classe II, da referida classificação, na dependência de fatores de risco como: idade avançada (>70 anos), existência de comorbidades (diabetes mellitus; doença pulmonar obstrutiva severa, neoplasias, hipertensão arterial, hipercolesterolemia familiar, vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios, como carótidas, membros inferiores, renais, cerebrais), atividade profissional e características funcionais do cargo, incapacidade de reabilitação, apesar de tratamento médico em curso.

Arritmias graves: fibrilação atrial, flutter atrial e arritmias ventriculares complexas,



Trabalho 113

síndromes bradi-taquicárdicas, bloqueios atrio-ventriculares de 2º e 3º graus. Para arritmias graves, considerar-se-ão aquelas complexas, com alto grau de instabilidade elétrica do miocárdio, advindo daí manifestações sistêmicas e frequentes por fenômenos tromboembólicos e/ou sinais e sintomas de baixo débito circulatório, e não controláveis por drogas e/ou dispositivos de estimulação cardíaca artificial, por isso com alto risco de morte súbita.

Cardiopatias congênitas: Presença de crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca (classe III e IV); hemoptises, pela presença de circulação colateral brônquica; arritmias de difícil controle e potencialmente malignas.

Miocardiopatias: quando hipertróficas - Presença de um ou mais fatores a seguir: paciente sintomático, especialmente com história de síncope, angina, insuficiência cardíaca e embolia sistêmica; diagnóstico na infância (baixa idade); hipertrofia moderada ou severa, com alterações isquêmicas de ST-T; cardiomegalia; disfunção ventricular esquerda sistólica, com fração de ejeção abaixo de 40%; fibrilação atrial; síndrome de Wolff-Parkinson-White associada; arritmias ventriculares complexas; regurgitação mitral importante; doença arterial coronariana grave associada; forma obstrutiva com gradiente de via de saída >50mmHg; perfil citogenético de alto risco. Quando dilatadas (primárias ou secundárias) – Presença de um ou mais fatores abaixo: história de fenômenos tromboembólicos sistêmicos; cardiomegalia importante; ritmo de galope (B3); insuficiência cardíaca classe funcional III e IV; fração de ejeção <0,40; fibrilação atrial; arritmias ventriculares complexas; distúrbios da condução intraventricular, com complexos QRS > 120mms ou presença de assincronia ventricular demonstrada por ecocardiograma, com Doppler tissular. Quando restritiva – Presença de um ou mais fatores abaixo: história de fenômenos tromboembólicos; cardiomegalia acentuada; insuficiência cardíaca classe funcional III e IV; envolvimento do ventrículo direito; fibrose miocárdica acentuada; regurgitação mitral e/ou de tricúspide importante.

Cardiopatias várias, tratadas cirurgicamente (revascularização do miocárdio, próteses valvulares, implante de marcapasso, aneurismectomias, correções cirúrgicas de anomalias congênitas), quando depois de reavaliadas funcionalmente forem consideradas pertencentes às classes III e IV, ou a critério, classe II da NYHA.

A reavaliação funcional será obtida através da história clínica (reavaliando o grau de limitação e sintomas apresentados durante as atividades do dia a dia, assim como pelo



Trabalho 113

teste ergométrico ao avaliar o equivalente metabólico (METs) atingido no esforço máximo é porque o esforço foi interrompido. Valores menores que 5 METs é sinal de gravidade.

Recomenda-se que o laudo pericial contenha : Diagnóstico da cardiopatia; Classe funcional (NYHA); Elementos propedêuticos usados que comportem o enquadramento legal; Data do início da doença; Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre refratariedade do tratamento; Conclusão quanto à existência ou não de Cardiopatia Grave.

Conclusão: Como disse Besser: “*É preciso não confundir gravidade de uma cardiopatia com Cardiopatia Grave, uma entidade médico - pericial*”. Assim, para o enquadramento legal da cardiopatia grave, é imprescindível que a atuação do médico perito seja norteada pela presença de critérios bem definidos.

Bibliografia:

Sociedade Brasileira de Cardiologia. ago. 2006. II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave. Arq. bras. cardiol; 87(2):223-232.