

Laudo Médico com Enquadramento Clínico de Cardiopatia Isquêmica Grave e Avaliação de Risco Cardiovascular Global

Paciente: José Eduardo Siqueira Campos

Idade: 66 anos

Sexo: Masculino

CID-10: I25.1 – Doença Isquêmica do Coração

Data: 05 de julho de 2025

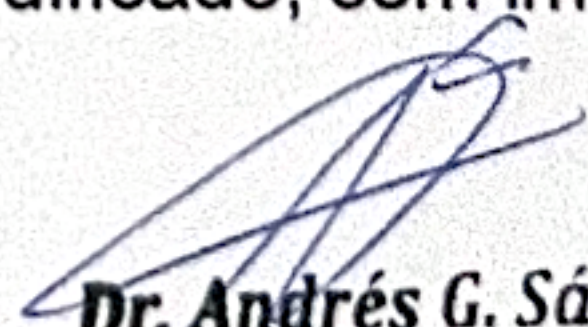
A. RELATO CLÍNICO E EVOLUÇÃO

Paciente do sexo masculino, 66 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia de difícil controle, estresse emocional significativo e história familiar de doença aterosclerótica coronariana. Em 2016, devido a uma crise aguda de diverticulite, foi realizada uma colectomia. Em 2019 foi diagnosticado Síndrome de Eagle.

Apresentou duas síndromes coronarianas agudas do tipo sem supradesnívelamento do segmento ST (SCA-SSST):

- Em 27/05/2017, com obstrução de 90% no terço médio da artéria descendente anterior (DA), sendo submetido à angioplastia com implante de stent farmacológico;
- Em 01/12/2020, com nova obstrução grave (80%) em outro segmento da mesma artéria (DA), novamente tratado com angioplastia e stent farmacológico.

Desde o ano de 2023, o paciente vem evoluindo com dislipidemia progressiva, severa e refratária, apresentando níveis persistentemente elevados de LDL-colesterol (173 mg/dL), valor consideravelmente acima da meta terapêutica recomendada para indivíduos com doença arterial coronariana estabelecida (<50 mg/dL). Foram realizadas diversas tentativas terapêuticas com estatinas de alta potência, associadas ou não a outras medicações hipolipemiantes, todas cursando com efeitos adversos relevantes, incluindo mialgias intensas, intolerância hepática e sintomas sistêmicos, o que levou à interrupção precoce dos tratamentos e, em múltiplas ocasiões, à necessidade de internações hospitalares em outros estados da federação. A condição permanece de difícil controle, representando um fator de risco residual importante e não modificado, com impacto direto no prognóstico cardiovascular.


Dr. Andrés G. Sánchez
CARDIOLOGIA - RQE: 991
HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA 1
INTERVENCIÓNISTA - RQE: 1001
CRM-TO: 2290

Análise Técnico-Científica

Com base nos dados clínicos, exames e conduta adotada até o momento, o paciente apresenta um perfil de cardiopatia isquêmica crônica de alto risco, com os seguintes elementos:

1. Doença arterial coronariana obstrutiva documentada, com acometimento de artéria principal (DA) em múltiplos segmentos e necessidade de revascularizações repetidas;
2. Síndromes coronarianas agudas recorrentes, com hospitalizações por eventos cardiovasculares maiores (MACE);
3. Dislipidemia de alto risco com LDL persistentemente muito elevado, mesmo com tentativas terapêuticas modernas e de alta potência, além de intolerância medicamentosa grave;
4. Múltiplos fatores de risco cardiovascular presentes e parcialmente controlados: idade, sexo masculino, HAS, dislipidemia, histórico familiar, estresse emocional crônico e significativo.

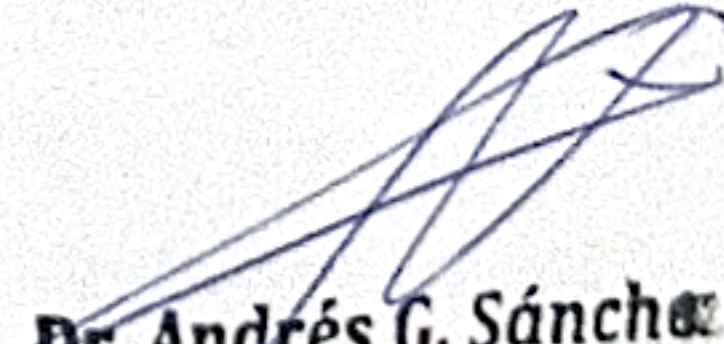
Referências Científicas e Diretrizes

- Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – SBC, 2023
- European Society of Cardiology (ESC) Guidelines on Chronic Coronary Syndromes, 2020
- JACC 2013;61(8):825–832 – Coronary Disease Multivessel Outcomes
- Portaria Interministerial MPAS/MS nº 2.998/2001 – Cardiopatia Grave

Conclusão

O paciente se enquadra nos critérios clínicos e científicos de cardiopatia isquêmica grave de alto risco, com evolução progressiva e risco aumentado de novos eventos cardiovasculares, conforme demonstrado pela história de múltiplas SCA, necessidade de revascularizações, dislipidemia refratária e presença de comorbidades.

Esse quadro requer acompanhamento especializado contínuo, abordagem terapêutica individualizada e pode, conforme avaliação pericial, configurar cardiopatia grave para fins legais e previdenciários, conforme definido por diretrizes médicas e normativas nacionais.


Dr. Andrés G. Sánchez
CARDIOLOGIA - RQE: 991
HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA
INTERVENCIÓNISTA - RQE: 1001
CRM-TO: 2290

B. MEDIDAS PARA REDUÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR

Dada a presença de doença aterosclerótica coronariana estabelecida e níveis elevados de LDL persistentes, a adoção de medidas não farmacológicas é essencial para minimizar o risco de novos eventos cardiovasculares. A seguir, orientações com base em diretrizes atuais:

1. Alimentação Cardioprotetora

- Adotar padrão alimentar do tipo DASH ou Mediterrâneo, conforme Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da AHA:
- Aumento do consumo de frutas, vegetais, legumes, oleaginosas e grãos integrais
- Fontes saudáveis de gordura: azeite de oliva, abacate, peixes ricos em ômega-3 (salmão, sardinha)
- Redução de alimentos ultraprocessados, ricos em sódio, gorduras trans e saturadas
- Limitação de açúcar refinado e bebidas açucaradas

Referência: Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular – SBC 2022

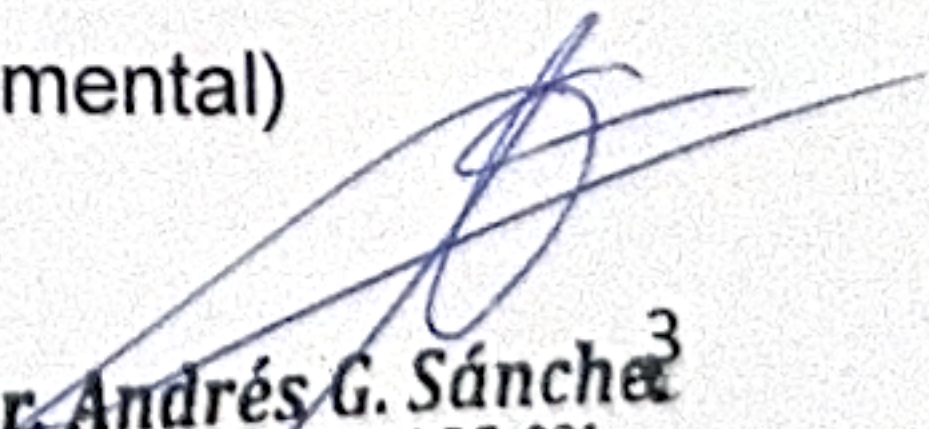
2. Atividade Física Regular

- Realizar atividade física aeróbica de intensidade moderada (como caminhada rápida, bicicleta, natação) por pelo menos 150 minutos por semana
- Quando possível, associar exercícios de resistência muscular (2 a 3 vezes por semana)
- A atividade deve ser progressiva, supervisionada e ajustada à condição clínica

Referência: WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour, 2020

3. Gestão do Estresse e Saúde Emocional

- O estresse emocional intenso e crônico é fator de risco independente para eventos cardíacos. A sua gestão é parte fundamental no cuidado cardiovascular.
- Estratégias eficazes incluem:
- Psicoterapia (especialmente terapia cognitivo-comportamental)


Dr. Andrés G. Sánchez
CARDIOLOGIA - RQE: 991
HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA
INTERVENCIÓNISTA - RQE: 1001
CRM-TO: 2290

- Práticas de atenção plena (mindfulness), respiração consciente, meditação guiada
- Exercícios físicos regulares (efeito ansiolítico natural)
- Apoio espiritual, familiar e social
- Quando necessário, uso de medicação ansiolítica ou antidepressiva com acompanhamento psiquiátrico

Referência: European Heart Journal 2021;42(17):1554–1562 – Psychological factors in cardiovascular disease.

Conclusão

No paciente descrito, a presença de doença aterosclerótica coronariana estabelecida, associada a níveis persistentemente elevados de LDL-colesterol e à impossibilidade de controle adequado por meio de tratamento medicamentoso, torna o risco cardiovascular global do paciente significativamente elevado.

Nesse cenário, a adoção rigorosa e contínua de medidas não farmacológicas — especialmente alimentação cardioprotetora, prática regular de atividade física e estratégias eficazes de gestão do estresse emocional — é essencial para reduzir o risco de novos eventos cardiovasculares.

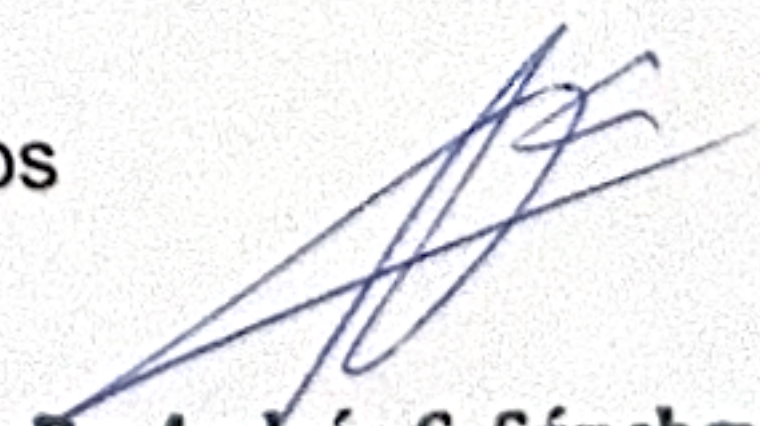
C. ESTRESSE EMOCIONAL SIGNIFICATIVO E COLESTEROL

Estresse significativo pode aumentar o colesterol, especialmente o colesterol LDL (“ruim”) e os níveis de triglicerídeos, além de reduzir o HDL (“bom”), por meio de mecanismos neuro-hormonais e inflamatórios.

Como o estresse aumenta o colesterol?

O estresse ativa o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) e o sistema nervoso simpático, levando a:

1. Aumento do cortisol e adrenalina, que:
 - Estimulam a produção hepática de glicose e lipídios


Dr. Andrés G. Sánchez
CARDIOLOGIA - RQE: 991
HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA
INTERVENCIÓNISTA - RQE: 1001
CRM-TO: 2290

- Promovem lipólise (quebra de gordura) → liberação de ácidos graxos livres → elevação do VLDL e LDL no fígado
- 2. Maior liberação de catecolaminas:
 - Leva à resistência à insulina e aumento de triglicerídeos
- 3. Inflamação crônica e estresse oxidativo:
 - Causam disfunção endotelial e afetam o metabolismo lipídico
- 4. Mudança de comportamento alimentar induzida pelo estresse:
 - Maior consumo de alimentos ricos em gordura e açúcar.

Evidências científicas

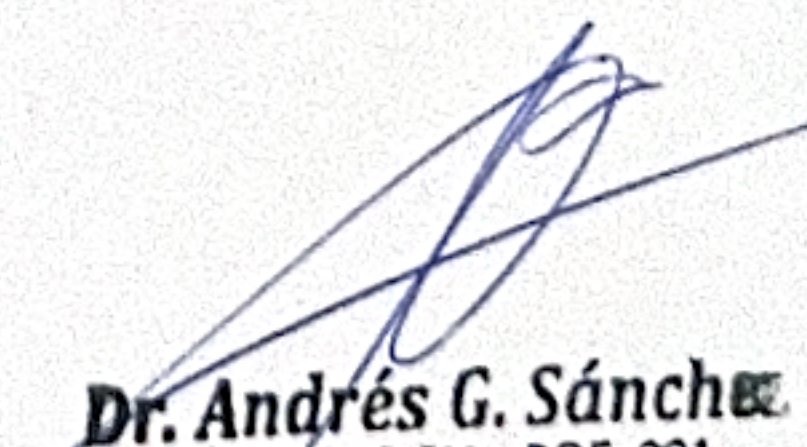
- Um estudo publicado no BMJ Open (2012) com mais de 5.000 participantes mostrou que níveis altos de estresse percebido estavam associados a níveis significativamente mais altos de colesterol total e LDL, mesmo após ajuste para dieta e outros fatores de risco.
- Outro estudo no Psychosomatic Medicine (1998) demonstrou que episódios de estresse agudo elevam o colesterol total e LDL em até 10% a 15% nas horas ou dias seguintes, por mecanismos hormonais.
- Revisão sistemática do Journal of the American Heart Association (JAHA, 2017) mostrou que o estresse crônico aumenta a ativação da amígdala cerebral, o que leva à maior produção de medula óssea (células inflamatórias) e consequente acúmulo de placas de colesterol nas artérias.

Referências

1. Steptoe A, et al. BMJ Open, 2012;2:e000968.
2. Vitaliano PP et al. Psychosomatic Medicine, 1998;60(5):555–563.
3. Tawakol A, et al. Journal of the American College of Cardiology, 2017;69(9):841–850.
4. American Psychological Association (APA) – Stress and Heart Health, 2022.

Conclusão

O estresse não é apenas um fator emocional, mas sim um gatilho fisiológico real que contribui para a elevação do colesterol, agravando o risco cardiovascular. No paciente com dislipidemia resistente e DAC, o manejo do estresse é uma estratégia terapêutica prioritária.


Dr. Andrés G. Sánchez
 CARDIOLOGIA - RQE: 991
 HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA
 INTERVENCIÓNISTA - RQE: 1001
 CRM-TO: 2290

D. ESTRESSE EMOCIONAL SIGNIFICATIVO E RISCO CARDIOVASCULAR

O estresse emocional significativo é um fator independente e comprovado de risco cardiovascular, e sua presença pode aumentar o risco de eventos cardiovasculares maiores (como infarto, AVC, morte súbita) em até 2 a 4 vezes, dependendo do tipo, intensidade e duração do estressor.

Percentual de aumento de risco associado ao estresse

Diversos estudos estimam que o estresse emocional crônico ou agudo está associado a um aumento de risco cardiovascular da seguinte ordem:

- Estresse psicológico crônico (trabalho, relações sociais), aumenta 50% a 100% de aumento de risco de infarto ou AVC. Referência bibliográfica: Rosengren et al., Lancet (2004) – INTERHEART study.
- Depressão, ansiedade ou distúrbios do humor após infarto, aumenta 2 a 2,5 vezes mais risco de novo evento ou morte. Referência bibliográfica: Lichtman et al., Circulation (2014) – AHA Scientific Statement.
- Estresse pós-traumático (TEPT) até 3 vezes mais risco de infarto agudo do miocárdio. Referência bibliográfica: Edmondson et al., Eur Heart J (2013)
- Eventos agudos de raiva ou estresse extremo (gatilhos emocionais), aumenta 4 a 5 vezes mais risco imediato de IAM nas 2 horas seguintes. Referência bibliográfica: Mittleman et al., Circulation (1995).

Referências científicas principais:

1. INTERHEART Study – Rosengren et al. (Lancet, 2004)

Estudo com mais de 25 mil participantes em 52 países mostrou que estresse psicológico severo dobra o risco de infarto do miocárdio, independentemente de outros fatores.

2. Circulation – Lichtman et al. (2014)

Declaração científica da AHA concluiu que depressão e estresse psicológico estão associados a até 2,5 vezes mais risco de recorrência de eventos cardiovasculares em pacientes com DAC.

3. European Heart Journal – Edmondson et al. (2013)

Pacientes com transtorno de estresse pós-traumático têm risco até 3x maior de doença arterial coronariana.

4. Circulation – Mittleman et al. (1995)

Dr. Andrés G. Sánchez
CARDIOLOGIA - RQE: 991
HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA
INTERVENCIÓNISTA - RQE: 1001
CRM-TO: 2290

Raiva intensa e eventos emocionais agudos aumentam em 5x o risco de infarto nas 2 horas seguintes ao episódio de estresse.

Mecanismos fisiopatológicos envolvidos:

- Ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) → aumento de cortisol
- Aumento de catecolaminas (adrenalina, noradrenalina) → vasoconstrição, taquicardia, hipertensão
- Disfunção endotelial, ruptura de placas ateroscleróticas
- Aumento de inflamação sistêmica e trombogenicidade.

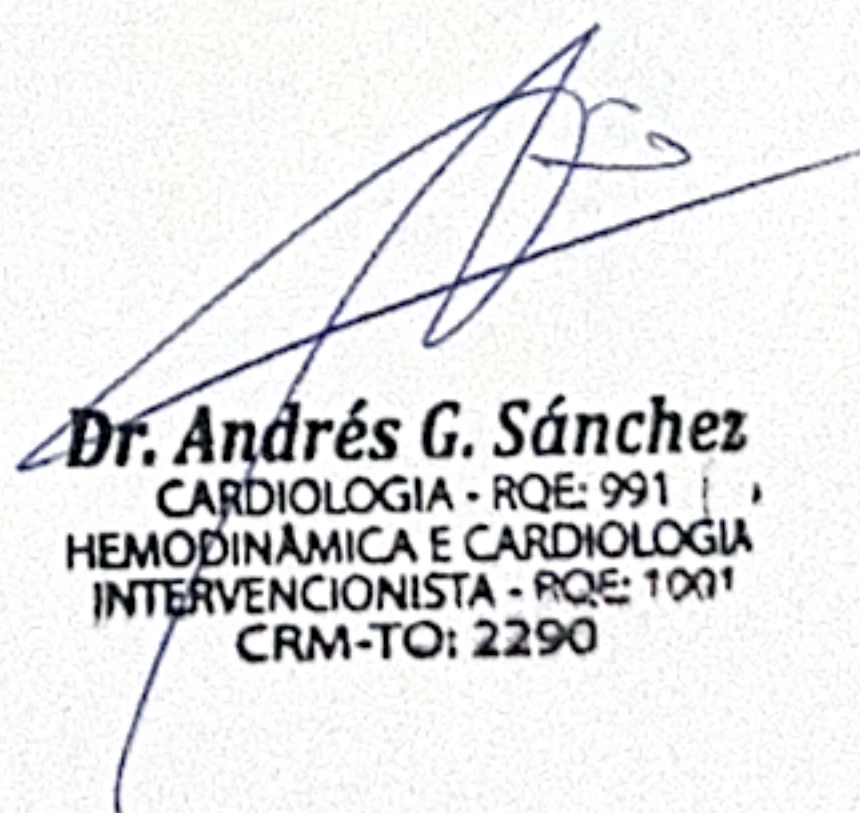
Conclusão

O estresse emocional agudizado e significativo pode aumentar o risco de eventos cardiovasculares graves em até 300%, dependendo do perfil psicológico do paciente e da presença de outros fatores de risco. No caso do paciente apresentado, com DAC estabelecida, esse risco é potencializado.

Resumo Médico-Sanitário

Paciente masculino, 66 anos, portador de doença arterial coronariana estabelecida, com histórico de revascularizações miocárdicas múltiplas (2017 e 2020), dislipidemia refratária grave (LDL persistente de 173 mg/dL) com intolerância medicamentosa significativa, além de estresse emocional crônico com repercussões clínicas. O quadro configura cardiopatia isquêmica crônica de alto risco, com potencial enquadramento como cardiopatia grave, conforme critérios definidos na Portaria Interministerial MPAS/MS nº 2.998/2001, e respaldado por diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da European Society of Cardiology (ESC).

A adoção rigorosa de medidas não farmacológicas complementares é imprescindível para mitigação do risco cardiovascular, com ênfase em: alimentação cardioprotetora, atividade física regular adaptada e manejo estruturado do estresse emocional.


Dr. Andrés G. Sánchez
CARDIOLOGIA - RQE: 991
HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA
INTERVENCIÓNISTA - RQE: 1001
CRM-TO: 2290