



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo

---

PARECER TÉCNICO NAT/TJES N°016/2021

Vitória, 07 de janeiro de 2021

Processo n° [REDACTED]

impetrado por [REDACTED]  
[REDACTED]

O presente Parecer Técnico visa a atender solicitação de informações técnicas da 2ª Vara de Piúma- ES, requeridas pelo MM Juiz de Direito Dr. Diego Ramirez Grigio Silva, sobre o procedimento: **cirurgia bariátrica**.

**I -RELATÓRIO**

1. De acordo com a Inicial, o Requerente de 46 anos de idade, possui obesidade mórbida, é “hipertenso, dislipidêmico com sintomas agudos”. Informa que o laudo do médico endocrinologista Marcelo Martins Soares CRMES-9538, existe risco potencial do quadro agravar-se caso não seja realizada a cirurgia bariátrica. Relata ter procurado a Secretaria Municipal de Saúde e obtido como resposta que o Município não realiza o procedimento. Como não possui recursos para pagar pelo procedimento em instituição privada, recorre à via judicial para obter o pleito.
2. Às fls. 10 se encontra laudo médico emitido em papel timbrado da clínica privada Duo Med, em 20/10/2020, pelo Dr. Marcelo Martins Soares, CRMES\_9538, no qual descreve que o paciente é hipertenso, dislipidêmico, com intolerância à glicose (?), obeso grau III, após várias tentativas de dieta para perder peso sem sucesso. Solicita avaliação de indicação de cirurgia bariátrica.



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

### **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.

3. **A Portaria nº 492/SAS/MS de 31 de agosto de 2007** estabelece o fluxo de referência e contra - referência para o atendimento integral ao portador de obesidade grave. Em seu Art. 2º – Parágrafo Único diz que:

Para cumprir as suas finalidades, os hospitais credenciados/habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

Grave deverão atuar conforme as diretrizes do gestor estadual ou municipal, em:

**I - Ações de promoção da saúde e de prevenção e detecção precoce da obesidade, que devem ser desenvolvidas de maneira articulada com os programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais ou municipais de saúde;**

**II** -Diagnóstico e tratamento destinado ao atendimento, compondo a rede de assistência aos pacientes portadores de obesidade grave, incluindo: atendimento de urgência referida; preparo pré-operatório e seguimento pós-cirúrgico; internação para cirurgia bariátrica e internação clínica nas intercorrências relativas à obesidade e nas complicações pós-operatórias; acompanhamento ambulatorial de obesos graves, conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor local; e reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente, no sentido da restituição da sua capacidade funcional.

O Anexo I - DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO AO PACIENTE COM OBESIDADE GRAVE, da referida Portaria ainda diz:

Item 3 - INDICAÇÕES DE CIRURGIA BARIÁTRICA:

A cirurgia bariátrica tem as seguintes indicações:

a. **Portadores de obesidade mórbida com IMC (índice de massa corpórea) igual ou maior do que 40 kg/m<sup>2</sup>, sem co-morbidades e que não responderam ao tratamento conservador (dieta, psicoterapia, atividade física, etc.), realizado durante pelo menos dois anos e sob orientação direta ou indireta de equipe de hospital credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade. grifo nosso.**

b. Portadores de obesidade mórbida com IMC igual ou maior do que 40 kg/m<sup>2</sup> com comorbidades que ameaçam a vida. (grifo nosso)



## **Poder Judiciário**

### Estado do Espírito Santo

---

c. Pacientes com IMC entre 35 e 39,9 kg/m<sup>2</sup> portadores de doenças crônicas desencadeadas ou agravadas pela obesidade. Porém, os seguintes critérios devem ser observados: a. excluir os casos de obesidade decorrente de doença endócrina (por exemplo, Síndrome de Cushing devida a hiperplasia supra-renal); b. respeitar os limites da faixa etária de 18 a 65 anos, e o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes de as epífises de crescimento estarem consolidadas nos jovens; c. o doente ter capacidade intelectual para compreender todos os aspectos do tratamento, bem como dispor de suporte familiar constante; d. o doente e os parentes que o apoiam assumirem o compromisso com o seguimento pós-operatório, que deve ser mantido indefinidamente; e. o doente não apresentar alcoolismo ou dependência química a outras drogas, distúrbio psicótico grave ou história recente de tentativa de suicídio.

#### Item 4 - PREPARO DO PACIENTE

O paciente de obesidade mórbida apresenta uma maior incidência de doenças associadas, entre elas diabetes mellitus, hipertensão arterial, apneia do sono, doenças pulmonares e cardiopatia isquêmica. Tal situação clínica determina um maior risco cirúrgico, tanto na mortalidade quanto na morbidade pela cirurgia bariátrica.

Descreve-se a seguir o preparo pré-operatório, didaticamente dividido em três fases, em conformidade com o I-C - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DE

#### CIRURGIA BARIÁTRICA:

##### **4.1. Fase Inicial**

A) Avaliação pelo cirurgião – o paciente deve ser entrevistado pelo cirurgião que deve colher o máximo de informação sobre a história clínica do candidato à cirurgia bariátrica. Nessa anamnese, devem ser levantados dados como tempo de obesidade, tratamentos clínicos realizados previamente e resultados obtidos, preferência e hábitos alimentares, prática de atividades físicas ou sedentarismo, etilismo, tabagismo ou outras dependências químicas, além da existência de co-morbidades orgânicas e psicológicas. O exame físico permite quantificar o grau de obesidade e suas



## **Poder Judiciário**

### Estado do Espírito Santo

---

consequências orgânicas. Também faz parte deste primeiro encontro uma explicação criteriosa sobre o tratamento cirúrgico e suas bases lógicas, potenciais complicações operatórias e pós-operatórias e as medidas que devem ser adotadas para evitá-las. É importante que o paciente tenha consciência e aceitação das medidas dietéticas pós-operatórias que serão necessárias para o êxito do tratamento. Parentes, responsáveis ou amigos devem estar presentes e ser estimulados a participar desse diálogo. b) Avaliação por clínico ou endocrinologista - uma avaliação especializada deverá ser realizada quanto à situação do doente complicado do ponto de vista endocrinológico, a fim de ter o tratamento e o acompanhamento adequados. c) Avaliação e preparo psicológico - nessa fase, transtornos do humor, do comportamento alimentar e outros relevantes para o tratamento cirúrgico da obesidade devem ser abordados, orientados e tratados, se presentes.

#### **4.2. Fase Secundária**

Cumprida a fase inicial e havendo indicação e concordância para o tratamento cirúrgico, deve-se prosseguir na avaliação pré-operatória necessária a uma operação de grande porte: a) Avaliação cardiológica – o eletrocardiograma e, quando indicado, o ecocardiograma e outros exames necessários devem ser solicitados. b) Avaliação respiratória – a radiografia de tórax e as provas de função respiratória contribuem para o diagnóstico e orientação quanto ao quadro respiratório. Nos pacientes portadores de apneia de sono grave, é recomendável a realização de polissonografia, para a avaliação da indicação de uso do suporte respiratório. Pacientes fumantes exigem especial atenção. A orientação é de que o fumo deve ser abolido, pelo menos dois meses antes do procedimento cirúrgico. O pneumologista ou anestesista pode prever possíveis dificuldades na intubação orotraqueal do paciente. c) Avaliação endoscópica – A endoscopia digestiva alta é indispensável para o diagnóstico de doenças esôfago-gastro-duodenais e pesquisa do *Helicobacter pylori*. Quando encontrada essa bactéria, a infecção deve ser erradicada no pré-operatório. d) Avaliação ultrassonográfica – A ultrassonografia abdominal é indicada porque permite diagnosticar colelitíase e esteatose hepática, presentes num percentual elevado de



## **Poder Judiciário**

### Estado do Espírito Santo

---

pacientes obesos. Nas mulheres, o exame favorece ainda a investigação de órgãos pélvicos. e) Avaliação odontológica – Um bom aparelho mastigatório facilitará a ingestão após a cirurgia. Correções ortodônticas devem ser feitas antes da operação, e é esperado que usuários de próteses precisem ajustá-las após. f) Avaliação de risco cirúrgico - de posse de todos os exames e pareceres anteriores, o doente deve ser submetido a uma avaliação clínica para emissão do risco cirúrgico. g) Nessa fase secundária, o monitoramento nutricional é importante já que hábitos alimentares incorretos são cada vez mais frequentes. Caberá ao nutricionista ou nutrólogo desenvolver um programa de reeducação alimentar que possibilitará perda de peso no pré-operatório. h) Também nessa etapa, os candidatos ao tratamento cirúrgico são obrigados a frequentar as reuniões do grupo multidisciplinar, realizadas mensalmente. i) Em algumas situações especiais, pacientes obesos mórbidos que tenham comorbidades orgânicas graves, incluindo dificuldade séria de locomoção, merecem ser internados para facilitar a realização de todos os exames do preparo pré-operatório e medidas hospitalares para diminuição de peso pré-cirúrgicas. j) Avaliação laboratorial – hemograma, coagulograma, eletrólitos, lipidograma, glicose, hemoglobina glicosilada, ureia, creatinina, proteínas totais e frações, transferases (transaminases), fosfatase alcalina, gama-GT, ácido úrico, T3, T4 e TSH, além de exame de urina e fezes. k) Teste para gravidez, nos casos de mulheres em período fértil.

Outros exames – Nos pacientes com doença venosa de membros inferiores grave ou antecedentes de tromboembolismo, um eco doppler de membros inferiores e região pélvica deve ser solicitado e a opinião de um especialista deve ser obtida.

### **Fase Terciária**

Uma vez realizados todos os exames da investigação pré-operatória e o paciente liberado para a operação, este deve assinar um "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido", no qual lhe são informados os aspectos éticos e legais do procedimento e as possíveis complicações da cirurgia, e estabelecido o compromisso do paciente em fazer o acompanhamento pós-operatório adequado.



## **Poder Judiciário**

### Estado do Espírito Santo

---

#### Item 5- PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

#### **DA PATOLOGIA**

1. **Obesidade:** A obesidade é um dos problemas de saúde pública mais preocupantes, principalmente porque tem aumentado significativamente nos últimos anos e pelas suas graves consequências. Envolve uma série de causas desde genética, comportamentais, sociais, psicológicas, até alterações metabólicas e doenças endócrinas.
2. A classificação do estado nutricional de adultos é realizada a partir do valor bruto de IMC: Valores de IMC abaixo de 18,5: adulto com baixo peso. Valores de IMC maior ou igual a 18,5 e menor que 25,0: adulto com peso adequado (eutrófico). Valores de IMC maior ou igual a 25,0 e menor que 30,0: adulto com sobrepeso. Valores de IMC maior ou igual a 30,0: adulto com obesidade. Valores de IMC superior a 40 é considerado obesidade mórbida.

#### **DO TRATAMENTO**

1. O tratamento principal da obesidade reside na mudança de hábitos de vida nela incluída principalmente a mudança do hábito alimentar (correção dos erros alimentares, realização de refeições sem pressa, mastigação correta dos alimentos, etc..) aliada a prática cotidiana de atividades físicas. O tratamento medicamentoso fica restrito a alguns casos com indicação criteriosa pelo médico assistente.
2. O tratamento da obesidade mórbida, além dos acima descritos inclui a indicação de cirurgia bariátrica naqueles casos em que não existirem contraindicações para a realização do procedimento cirúrgico. Antes de indicar a cirurgia bariátrica é imprescindível a análise ampla dos aspectos clínicos do paciente. A equipe para participar deste processo tem que ser multidisciplinar contando no mínimo com médico cirurgião, psicólogo, nutricionista, enfermeiro e fisioterapeuta. Estes



## **Poder Judiciário**

### Estado do Espírito Santo

---

profissionais precisam estar capacitados para auxiliar e motivar o paciente para que se tenha sucesso no procedimento, pois a cirurgia atua somente na consequência da doença (peso) e não em sua causa.

3. **Cirurgia Bariátrica:** Em alguns casos mais graves, as mudanças alimentares e a prática de atividades físicas são impossíveis de serem implementadas. Nessas situações, apenas uma intervenção médica mais efetiva, como a cirurgia bariátrica (cirurgia para redução do estômago), deve resolver o problema. A maioria desses casos são aqueles em que o Índice de Massa Corporal (IMC) atinge valores superiores a 40 kg/m<sup>2</sup>;

### **DO PLEITO**

1. **Cirurgia bariátrica:** cirurgia realizada para perda de peso possuindo diferentes técnicas em sua realização.

### **III- DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. Trata-se de paciente com diagnóstico de obesidade mórbida com outras patologias associadas, sendo indicado a cirurgia bariátrica para o tratamento.
2. Apesar de o laudo médico informar obesidade Grau III (que significa IMC acima de 40) e que o Requerente não respondeu as dietas prescritas, não há relatos sobre as outras medidas adotadas para redução de peso, como acompanhamento nutricional, psicológico, uso de medicamentos, e nem sobre o tempo que estas medidas estão sendo adotadas.
3. Antes da realização da cirurgia é necessário que o paciente cumpra as etapas previstas na preparação para a cirurgia, já descritas no item legislação, para que se obtenha sucesso com o procedimento. Assim, este NAT sugere que o Requerente tenha uma





## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

consulta agendada com profissional médico da equipe de cirurgia bariátrica do SUS para que o mesmo analise o caso, ratifique ou não a necessidade da cirurgia bariátrica, defina as etapas para acompanhamento do paciente e caso se confirme a indicação da cirurgia bariátrica, qual é a prioridade (risco para o paciente) de realização da mesma frente aos pacientes que se encontram aguardando na fila.



### **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 492, de 31 de agosto de 2007.

COSTA, A.C.C. et. al. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. Acta Paul Enferm. 2009;22(1): 55-9.

FANDIÑO, J. et.al. Cirurgia bariátrica: aspectos clínicos – cirúrgicos e psiquiátricos. Revista Psiquiátrica RS, 26(1):47-51, jan./abr.2004.