



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo

---

**PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 149/2021**

Vitória, 10 de fevereiro de 2021

Processo nº [REDACTED]

impetrado por [REDACTED]

[REDACTED].

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do Juizado Especial Cível, Criminal e da Fazenda Pública de Itapemirim - ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Leonardo Augusto de Oliveira Rangel, sobre o procedimento: **Cirurgia do aparelho digestivo**

**I. RELATÓRIO**

1. De acordo com a Inicial, o Requerente é portador de hérnia de hiato, que provoca refluxo gastro esofágico, atrapalhando seu dia a dia, sendo encaminhado para cirurgia geral em gastro. Foi solicitado agendamento da cirurgia via administrativa, porém está aguardando desde 30/06/2020, e em 15/01/2021 foi informado que o agendamento não está sendo realizado devido a falta de acesso ao sistema. Por não possuir condições financeiras de arcar com os custos do procedimento, recorre à via judicial.
2. Às fls. 5611123 (03) consta declaração da Secretaria Municipal de Saúde, emitido em 15/01/2021, referindo que o paciente [REDACTED] compareceu a AMA para solicitar o procedimento de cirurgia geral (gastro) porém, no momento não estão fazendo tal agendamento devido não ter mais acesso ao sistema (SISREG).
3. Às fls. 5611123 (04) consta guia de referência para cirurgia geral, emitido em 03/03/2020, referindo a hernia gástrica bilateral de refluxo IBP dependente, assinada



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

pelo Dr. Gedião Cesar Seraphin, gastroenterologia, CRM 4533.

4. Às fls. 5611123 (08 e 09) apresenta laudo de endoscopia digestiva e imagem, realizado em 17/12/2019, concluindo pequena hérnia de hiato por deslizamento, esofagite erosiva grau A de Los Angeles e gastrite enantematosa leve de antro.
5. Às fls. 5611123 (10) consta protocolo de consulta em gastro, SISREG “cirurgia”, data de entrada 30/06/2020.

## **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



## **Poder Judiciário**

### Estado do Espírito Santo

---

sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

#### **DA PATOLOGIA**

1. A **doença do refluxo gastroesofágico (DRGE)** é uma das afecções mais frequentes na prática médica, sendo a afecção orgânica mais comum do tubo digestivo. Trata-se de uma afecção crônica decorrente do fluxo retrógrado do conteúdo gastroduodenal para o esôfago e/ou órgãos adjacentes a ele, acarretando um espectro variável de sintomas e/ou sinais esofagianos e/ou extra-esofagianos, associados ou não a lesões teciduais. As principais manifestações clínicas típicas da DRGE são: pirose (referida pelo paciente como azia) e regurgitação ácida.
2. O diagnóstico da DRGE é realizado através de cuidadosa anamnese, que pode ser seguida de exames subsidiários (endoscopia, exame radiológico contrastado do esôfago, cintilografia, manometria, pHmetria de 24 horas, teste terapêutico). O exame endoscópico, embora apresente uma sensibilidade de cerca de 60%, pela facilidade de sua execução e disponibilidade na maioria dos centros médicos em nosso meio, é o método de escolha para o diagnóstico das lesões causadas pelo refluxo gastroesofágico. Permite avaliar a gravidade da esofagite e realizar biópsias quando necessário; como, por exemplo, nos casos de complicações do refluxo gastroesofágico (úlceras, estenose péptica e esôfago de Barrett). Quando, porém, a endoscopia não revelar alterações da mucosa, dependendo da intensidade dos sintomas, teste terapêutico ou outros exames, particularmente a pHmetria de 24 horas, podem ser empregados. Endoscopia e PHmetria complementam-se e estão indicados nos RGE que não evoluem bem com tratamento clínico e são importantes no julgamento da necessidade de tratamento cirúrgico.
3. A exposição contínua de material ácido no esôfago leva, a longo prazo, às **complicações da DRGE:**



## **Poder Judiciário**

### Estado do Espírito Santo

---

- a) **Ulcerações:** a presença de esofagite grave pode levar a úlceras e erosões na parede do esôfago, causando grande desconforto
- b) **Estenose do esôfago:** a inflamação do esôfago pode ser tão grande que o edema (inchaço) formado no local pode dificultar a passagem de alimentos. O doente queixa-se de sensação de bolo na garganta e de impactação dos alimentos ingeridos.
- c) **Dismotricidade esofágica:** o esôfago é um órgão muscular que através de contrações sequenciais empurra o alimento ingerido em direção ao estômago. Ao contrário do que possa parecer, não é a gravidade que leva a comida para baixo. Ela com certeza ajuda, mas podemos engolir de cabeça para baixo que ainda assim, a comida chega ao estômago. Com a inflamação crônica causada pela agressão ácida, a inervação e a musculatura do esôfago começam a ter dificuldades na sincronização dos movimentos, dificultando o transporte de alimentos da boca ao estômago, colaborando também para os sintomas de impactação e bolo na garganta.
- d) **Esôfago de Barrett:** a agressão crônica às células do esôfago pelo ácido estomacal faz com que elas sofram transformações e passem a ter características de células intestinais. A essa alteração estrutural do tecido esofágico damos o nome de esôfago de Barrett. Essas células alteradas apresentam maior risco de transformação

**4. Gravidade da esofagite:** Existem 2 classificações que visam graduar a gravidade das lesões no esôfago a partir dos achados na endoscopia digestiva alta:

1) **Classificação de Savary-Miller** = Varia de 0 a 5. Quanto maior o grau mais grave é a lesão, sendo o grau 5 indicativo de esôfago de Barret.

**2) Classificação de Los Angeles** = Varia de A a D, sendo “A” a lesão mais simples e “D” a mais grave.

## **DO TRATAMENTO**

1. O tratamento clínico da DRGE tem como objetivo o alívio dos sintomas, a cicatrização das lesões e a prevenção de recidivas e complicações. Envolve orientações dietéticas,



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

comportamentais (evitar o tabagismo e a ingestão de bebidas alcoólicas), utilização de medicamentos antiácidos, inibidores de receptores H<sub>2</sub> da histamina, inibidores da bomba de prótons e medicamentos pró-cinéticos.

2. Os medicamentos utilizados atualmente para o tratamento da doença do refluxo são os inibidores da bomba de prótons (IBP), que agem bloqueando as células que produzem o ácido gástrico, aliviando os sintomas e permitindo cicatrização das lesões. Esses medicamentos podem ser usados por 4 a 8 semanas para tratamento da esofagite, mas por vezes é necessário seu uso contínuo para manutenção dos resultados.
3. Outros medicamentos que podem ser usados para auxiliar no tratamento são os procinéticos (domperidona, bromoprida), que aumentam um pouco a pressão da válvula anti-refluxo e aceleram o esvaziamento do estômago, diminuindo a chance do refluxo.
4. A maioria DRGE pode ser controlada através de medicamentos, mas há situações em que a cirurgia está indicada para o tratamento.
5. A indicação cirúrgica depende da resposta ao tratamento clínico e da extensão/gravidade da lesão subjacente, e a técnica operatória a ser utilizada também dependerá da anatomia da lesão e da correspondente disfunção.
6. Atualmente, a cirurgia para tratamento da doença do refluxo é feita por videolaparoscopia. São cinco pequenas incisões, de 5 ou 10 mm, feitas no abdome. Por essas incisões são inseridos uma microcâmera e finos instrumentos que são usados para reposicionar o estômago no abdome, tratando a hérnia de hiato, e para envolver o esôfago com parte do estômago, formando um mecanismo valvular anti-refluxo conhecido como fundoplicatura.
7. A indicação absoluta do tratamento cirúrgico na DRGE diz respeito às complicações da



## **Poder Judiciário**

### **Estado do Espírito Santo**

---

doença. Vários fatores devem ser analisadas antes de se propor a operação para os portadores de esôfago de Barrett (EB), sendo a idade, a extensão da lesão, a presença e o grau de displasia os mais importantes. DRGE não-complicada Devem ser consideradas as seguintes eventualidades: pacientes que não respondem satisfatoriamente ao tratamento clínico orientado, inclusive aqueles com manifestações atípicas cujo refluxo foi devidamente comprovado; casos em que é exigido tratamento contínuo de manutenção com IBP, especialmente em pacientes com menos de 40 anos; impossibilidade financeira de arcar com os custos do tratamento clínico a longo prazo.

### **DO PLEITO**

#### **1. Consulta com cirurgião do aparelho digestivo**

### **III – CONCLUSÃO**

1. Trata-se de um paciente de 51 anos, com DRGE devido a hérnia de hiato, requerendo cirurgia gástrica para o tratamento da patologia em questão. Não consta laudo médico informando todo o tratamento realizado pelo Requerente (medicamentos utilizados, dose), quais medidas anti-refluxo o Requerente realizou, para se confirmar que o Requerente é refratário ao tratamento conservador e necessita de cirurgia. Importante dizer que tanto a gastrite quanto a esofagite que apresenta (na endoscopia) são consideradas leves.
2. A indicação de cirurgia, dependerá da resposta ao tratamento clínico e da extensão/gravidade da lesão subjacente, e a técnica operatória também dependerá da anatomia da lesão e correspondente disfunção. Atualmente, a cirurgia para tratamento da doença do refluxo é feita por videolaparoscopia; e a indicação absoluta do



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

tratamento cirúrgico na DRGE diz respeito às complicações da doença. Como nos falta dados no laudo médico e exames complementares não podemos afirmar que o caso em tela é de indicação cirúrgica.

3. Diante do exposto, este NAT entende que pelos dados enviados, a consulta com o cirurgião de aparelho digestivo pode ser uma opção para o caso em tela, **em caráter eletivo**, devendo o profissional emitir relatório informando/justificando se o caso em tela tem indicação de tratamento cirúrgico. Cabe a SESA agendar o especialista preferencialmente em hospital que realize procedimentos cirúrgicos do aparelho digestivo.



### **REFERÊNCIAS**

Federação Brasileira de Gastroenterologia, Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, Sociedade Brasileira de Pneumologia, Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. Doença do refluxo gastroesofágico: tratamento não farmacológico. Rev Assoc Med Bras 2012; 58(1):18-24  
Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n1/v58n1a09.pdf>

Moraes Filho, JPP e Hashimoto CL. I Consenso Brasileiro da Doença do Refluxo Gastroesofágico. Disponível em: [http://www.fbg.org.br/arquivos/consenso32\\_1w2r03.pdf](http://www.fbg.org.br/arquivos/consenso32_1w2r03.pdf)

HENRY, Maria Aparecida Coelho de Arruda; DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO; ABCD Arq Bras Cir Dig 2014;27(3):210-215; Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/abcd/v27n3/pt\\_0102-6720-abcd-27-03-00210.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abcd/v27n3/pt_0102-6720-abcd-27-03-00210.pdf)