



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 807/2021

Vitória, 26 de julho de 2021

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

O presente parecer técnico atende solicitação de informações técnicas do Juizado da Fazenda Pública de Serra, requeridas pelo (a) Magistrado (a) do Juizado, sobre o procedimento: **consulta com cirurgião geral objetivando cirurgia colecistectomia.**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, o Requerente apresenta colelitíase (CID 10 K 80), com dor de forte intensidade em hipocôndrio direito e piora pós prandial, associado a vômitos biliosos, sem melhora com analgesia. Relata que a ultrassonografia realizada evidenciou vesícula biliar pouco distendida, paredes lisas, **cálculos fixos medindo 1,0 cm (e não 10 cm como consta na Inicial)** e infiltração gordurosa no fígado. Necessita de ser avaliado por médico cirurgião geral para definição de conduta, que provavelmente será um procedimento cirúrgico. Deu entrada no pedido de consulta com médico cirurgião geral em 17 de março de 2021, com classificação amarela – urgente, porém até a presente data não foi disponibilizada. Requer, então, judicialmente a consulta com o cirurgião geral e a correspondente intervenção cirúrgica.
2. Às fls. não numeradas se encontra Guia de Encaminhamento, para consulta com cirurgião geral, emitida pela Dra. Camila da Vitória, médica de família, datada de 17/03/2021, informando que o paciente consultou com quadro de dor de forte



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

intensidade em hipocondrio direito com piora pós prandial, associado a vômitos biliosos, sem melhora com analgésicos. Descreve o laudo de ultrassonografia que evidenciou cálculo biliar de 1 cm e paredes da vesícula lisas e pouco distendidas, além de apresentar esteatose hepática.

3. Às fls. não numeradas, documento do SISREG com solicitação de consulta com cirurgião geral, classificada como urgência, em 17/03/2021, pelos motivos já expostos acima.

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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

médico imediato.

DA PATOLOGIA

1. A **Colelitíase** é a formação de cálculos (pedras) no interior da vesícula biliar ou dos ductos biliares. Nos últimos anos houve aumento da incidência e do diagnóstico da doença, principalmente com o uso cada vez mais frequente de ultrassonografia abdominal em exames médicos de rotina. Uma grande proporção de portadores de colelitíase é assintomática; nos casos sintomáticos, a dor no lado direito alto do abdome (hipocôndrio direito) é a queixa mais frequente, ocorrendo também náuseas, vômitos e dispepsia (má digestão), principalmente após ingestão de alimentos gordurosos.
2. Além dos sintomas nos casos crônicos, pacientes com colelitíase podem sofrer quadros agudos, seja a inflamação aguda da vesícula biliar (colecistite aguda), seja uma complicação por obstrução de via biliar (colangite) ou ducto pancreático (pancreatite).

DO TRATAMENTO

1. O tratamento da colelitíase depende da existência de sintomatologia ou não.
 - 1.1. Colelitíase assintomática: o tratamento cirúrgico é controverso. Alguns grupos defendem a cirurgia profilática antes que aconteça alguma complicação e outros defendem que é preferível aguardar e acompanhar clinicamente, pois existem pacientes que convivem o resto da vida com o cálculo biliar sem apresentar sintoma algum.
 - 1.2. Colelitíase sintomática (cólica biliar): nestes casos, o tratamento cirúrgico está indicado principalmente para evitar maiores complicações, que podem colocar a vida do paciente em risco.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

2. Existem dois tipos de intervenção cirúrgica:

2.1. Colecistectomia convencional ou aberta: a cirurgia é realizada com uma incisão (corte) que pode variar de tamanho, de acordo com o porte do paciente (em média de 15-30cm). O paciente permanece internado em média de 02 a 03 dias e necessita de um tempo de maior de recuperação, em torno de 30 dias, pra voltar às atividades normais, em especial atividades físicas. As complicações pós-operatórias mais comuns são pulmonares, tromboembolismo e infecciosos em especial na ferida cirúrgica, porém correspondem a menos de 4% dos pacientes submetidos ao procedimento.

2.2. Colecistectomia videolaparoscópica: a cirurgia é realizada por meio de quatro pequenas incisões de 0,5 cm cada uma no abdômen. Geralmente o paciente fica internado um dia no hospital, e o retorno às atividades normais se dá entre 07 e 15 dias. As complicações pós-operatórias são menos frequentes do que na cirurgia convencional, no entanto o procedimento só deve ser realizado por profissionais com maior experiência na técnica.

DO PLEITO

1. Consulta com Cirurgião geral objetivando colecistectomia.

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. Parecer técnico prejudicado pela ausência de laudo médico detalhando o quadro clínico atual da paciente. Não consta informação, principalmente no que tange à intensidade e à frequência dos sintomas, e se a paciente conseguiu ou não ficar livre de sintomas após seguir alguma orientação dietética + medicamentosa.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

2. Médicos, quando declaram urgência em coleditiase, só têm um caminho a seguir: encaminhamento diretamente para um pronto-atendimento/internação. No caso, o encaminhamento foi ambulatorial, cirurgia geral, o que se depreende que a médico que encaminhou não considerou urgência. No entanto, deve ser admitido que há casos prioritários, e tal prioridade envolveria sintomatologia frequente/intensa, não controlável com medicação (justamente a lacuna informativa).
3. Como este NAT avalia à distância, e as informações não estão detalhadas, por segurança **o parecer do NAT é de que uma Consulta em Cirurgia Geral, preferencialmente em hospital que realize cirurgias gastrointestinais, deveria ser providenciada em prazo que respeite o princípio da razoabilidade.** Na consulta, aí sim, o cirurgião terá as condições presenciais para determinar o grau de prioridade, e então promover os devidos preparativos e agendamentos.

REFERÊNCIAS

SANKARANKUTTY, A. et al. Colecistite aguda não-complicada: colecistectomia laparoscópica precoce ou tardia? Rev. Col. Bras. Cir. 2012; 39(5): 436-440. Disponível em : <https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v39n5/17.pdf>



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

NUNES, S. I. et al. Colelitíase assintomática: quando operar? HU rev., Juiz de Fora, v.33, n.3, p.69-73, jul./set. 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/69/46>

MAYA, M.C.A. et al. Colecistite Aguda: Diagnóstico e Tratamento. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, p 52-60. Ano 8, Janeiro / Junho de 2009. Disponível em : <http://revista.hupe.uerj.br/?handler=artigo&id=169>

MELO, C. G. et al. Coledocolitíase: da suspeita ao diagnóstico. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo 2017;62(1):35-41. Disponível em: file:///D:/SW_Users/PJES/Downloads/90-145-1-SM.pdf