



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº10/2022

Vitória, 10 de Janeiro de 2022.

Processo n.º [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED]
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas do 2º Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública de Vila Velha - ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito, Dr. Marcos Antônio Barbosa de Souza, sobre o procedimento: **Cirurgia Bariátrica**.

I – RELATÓRIO

1. De acordo com a Petição Inicial, o Requerente é portador de obesidade mórbida associado a coxartrose avançada bilateral, e em virtude de seu problema não consegue se locomover permanecendo acamado. Por isso, necessita em caráter de urgência ser submetido a cirurgia bariátrica para posterior correção cirúrgica de coxartrose. Por não possuir recursos para arcar com seu tratamento, recorre à via judicial.
2. Às fls. 07 consta Guia de Referência e Contra Referência, encaminhando para endocrinologista devido à obesidade mórbida, com data de 08/07/2014.
3. Às fls. 10, 11 e 17 consta Guia de Referência e Contra Referência, encaminhando para ortopedista devido à coxartrose bilateral de quadril e hérnia discal, com data de 26/09/2015.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

4. Às fls. 16 e 18 apresenta encaminhamento médico para a Santa Casa ou Hospital Evangélico, em papel timbrado de clínica privada, emitido em 13/03/2015, encaminhando para prótese de quadril bilateral.
5. Às fls. não numeradas e 21 consta relatório médico, emitido em 27/10/2020 pelo ortopedista Dr. Bianor Guasti Junior, referindo que o paciente tem quadro de coxartrose avançada bilateral e obesidade mórbida necessitando de cirurgia bariátrica para perda de peso e posterior cirurgia de quadril.
6. Às fls. 22 e 26 apresenta laudo médico, emitido em 11/09/2014 pela endocrinologista Camila Spagnol, referindo que o paciente é portador de obesidade grau III, hipertensão arterial, hiperuricemia, pré-diabetes e redução da função renal (creatinina 1,6 com clearance de creatinina de 64,2 ml/mm²). Encaminha para a cirurgia bariátrica. Descreve IMC de 48,3.
7. Às fls. 23 consta laudo para INSS, descrevendo quadro de coxartrose bilateral e obesidade mórbida, cadeirante, incapacitado de locomoção, emitido em 27/10/2020.
8. Às fls. 27 consta Guia de Referência e Contra Referência, encaminhando para cardiologista devido à hipertensão arterial sistêmica, com data de 20/08/2013.
9. Às fls. 31 apresenta decisão judicial, deferida em 20/04/2021 concedendo liminarmente a tutela específica, obrigando os Requeridos a no prazo de 15 dias disponibilizarem a realização de cirurgia bariátrica.
10. Às fls. 42 a 43 apresenta memorando da SESA, emitido em 05/05/2021 informando que a consulta avaliativa com cirurgião bariátrico foi agendada para o dia 21/05/2021 no HUCAM com Dr. Gustavo Peixoto Soares.

II – ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

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 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



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

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/m², 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/m² com comorbidades que ameaçam a vida. (grifo nosso)



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

c. Pacientes com IMC entre 35 e 39,9 kg/m² 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



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

alimentares, prática de atividades físicas ou sedentarismo, etilismo, tabagismo ou outras dependências químicas, além da existência de comorbidades orgânicas e psicológicas. O exame físico permite quantificar o grau de obesidade e suas 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



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

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 pacientes obesos. Nas mulheres, o exame favorece ainda a investigação de órgãos pélvicos. e) Avaliação odontológica – Um bom aparelho mastigatório facilitará a ingesta 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 co-morbidades 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



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

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.

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



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

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 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/m²;

DO PLEITO

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

III– CONCLUSÃO

1. Trata-se de paciente 74 anos com diagnóstico de obesidade mórbida e coxartrose avançada, permanecendo acamado devido a patologia. Por este motivo foi encaminhado para realização de cirurgia bariátrica.
2. Conforme resolução do CFM nº 20131/2015, a cirurgia bariátrica está indicada nos pacientes com IMC maior que 35 kg/m² e afetados por comorbidades que ameacem a vida como: diabetes, apneia do sono, **hipertensão arterial**, dislipidemia, doenças cardiovasculares incluindo doença arterial coronariana, infarto de miocárdio (IM),



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

angina, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), acidente vascular cerebral, hipertensão e fibrilação atrial, cardiomiopatia dilatada, cor pulmonale e síndrome de hipoventilação, asma grave não controlada, **osteoartroses**, hérnias discais, refluxo gastroesofageano com indicação cirúrgica, colecistopatia calculosa, pancreatites agudas de repetição, esteatose hepática, incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade masculina e feminina, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos, veias varicosas e doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática (*pseudotumor cerebri*), estigmatização social e depressão. **Esses critérios são válidos desde que o paciente tenha realizado tratamento clínico prévio insatisfatório de pelo menos 2 anos**

3. Devemos destacar que apesar de atender o critério de obesidade, ou seja, o paciente apresenta grau III de obesidade com comorbidade, não há descrição detalhada das medidas adotadas para redução do peso, como psicoterapia, medicamentos, exercício físico e dieta e por quanto tempo realizou tratamento clínico.
4. O procedimento de cirurgia bariátrica por videolaparoscopia **é oferecido pelo SUS** sob o código 04.07.01.038-6 e trata-se de procedimento de alta complexidade
5. **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.**
6. Entendemos que o paciente apresenta obesidade classe III (ou seja obesidade mórbida), com IMC igual ou maior do que 40 kg/m², porém **considerando que não temos como definir se houve tratamento medicamentoso e medidas não farmacológicas associadas (dieta, psicoterapia, atividade física, etc), durante pelo menos 2 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**, este Núcleo fica impossibilitado de apresentar um Parecer conclusivo quanto à indicação da cirurgia.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

7. Apesar do relato nos autos de consulta agendada com cirurgião do aparelho digestivo, não identificamos o desfecho de tal agendamento e se a consulta realmente ocorreu. Sugerimos que inicialmente seja disponibilizada avaliação com **o cirurgião especialista em cirurgia bariátrica, para que o mesmo verifique as condições clínicas da Requerente e avalie se outras medidas são viáveis antes da realização de intervenção cirúrgica.** Cabe a SESA identificar o prestador e disponibilizar a consulta com tal especialista. Mesmo que não seja do Município a responsabilidade pela disponibilização da consulta, ele deve acompanhar a tramitação até que a consulta seja efetivamente agendada e informar o Requerente.
8. Não se trata de urgência médica, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM.



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.