



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

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT N°1957 /2019

Vitória, 25 de novembro de 2019

Processo n° [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED]

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas da Vara Única de Marilândia requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Menandro Taufner Gomes, sobre o procedimento: **Cirurgia Bariátrica.**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com a Petição Inicial, a Requerente, 36 anos, espera desde o ano de 2013 para realização de cirurgia bariátrica, entretanto refere que não consegue emagrecer cerca de 20kg, conforme orientação médica para que a cirurgia fosse realizada, tendo em vista que apesar de empenhar esforços controlando sua alimentação, não consegue praticar exercícios físicos devido a um grave problema de coluna. Consta ainda que a referida paciente foi informada no dia 01 de julho de 2019 que seu nome havia sido excluído da lista de espera para realização da cirurgia bariátrica. Por não possuir recursos para arcar com as despesas de seu tratamento ou exame pleiteado, **recorre a via judicial para consegui-lo pelo SUS.**
2. Às fls. 04 consta laudo médico datado de 26/04/2019, emitido pelo Dr. Vinicius Souza Amorim, CRM-ES 14945, referindo que a paciente apresenta quadro de espondilolistese grave em L5-S1, com piora progressiva da sintomatologia, hoje já apresentando leve disfunção esfíncteriana. Com indicação de tratamento cirúrgico para correção de espondilolistese. Completa que visando reduzir complicações e otimizar o



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

sucesso da cirurgia, é de extrema importância a realização de cirurgia bariátrica, tendo em vista que a paciente se encontra impossibilitada de realizar atividades físicas e por consequência perda ponderal, devido a importante limitação algica.

3. Às fls. 05 laudo médico datado de 26/04/2019, emitido pelo Dr. Vinicius Souza Amorim, CRM-ES 14945, ao INSS relatando que a paciente apresenta quadro de espondilolistese grave em L5-S1, com piora progressiva da sintomatologia, hoje já apresentando leve disfunção esfinteriana. Com indicação de tratamento cirúrgico para correção de espondilolistese, aguardando realização de cirurgia bariátrica para propiciar melhor status pré operatório para cirurgia de coluna afim de reduzir possíveis complicações, e que a paciente está inapta para exercer qualquer atividade laboral.

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.



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

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 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.



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

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)

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.



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

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 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



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

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 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,



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

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 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



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

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.
3. **Espondilolistese:** O termo espondilolistese é definido como uma translação de uma vértebra sobre a outra em sentido anterior ou posterior. No adulto isso ocorre na coluna lombar, como resultado de um defeito na arquitetura óssea, trauma ou processo degenerativo. O termo espondilolistese é derivado do grego spondylos, que significa vértebra, e olisthesis, que significa deslizar.
4. A espondilolistese tem sido uma patologia de difícil compreensão para ortopedistas, neurocirurgiões e pediatras por causa da grande variedade de formas anatômicas e clínicas existentes. Há poucas condições patológicas da coluna vertebral nas quais exista tanta controvérsia terapêutica. Ao se considerar que a espondilolistese é “um deslizamento de uma porção da coluna sobre outra adjacente”, deve-se considerar que a coluna que deslizou levou todo o tronco com ela e isso pode trazer consequência clínica.
5. A etiologia dessa patologia é multifatorial e não está perfeitamente clara. A história natural não está bem estabelecida a partir do ponto de vista do conhecimento de suas reais causas, de sua patogênese e de seu desenvolvimento.
6. A Espondilolistese e espondilólise geralmente são bem toleradas pelos pacientes, mas em alguns casos a gravidade dos sintomas e a não resposta aos tratamentos clínicos convencionais tem promovido a indicação de tratamento cirúrgico.
7. O diagnóstico é feito com radiografias da coluna lombar nas incidências de frente e perfil em ortostatismo. A Tomografia computadorizada tem pouco valor no



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

diagnóstico, pode demonstrar o defeito na pars e esclerose. A Ressonância magnética é o exame de escolha para visualizar o disco no nível da deformidade. É usada nos casos de radiculopatia e para visualizar edema ósseo e defeitos na pars articularis. Exames de imagem mais avançados, como tomografia computadorizada por emissão de fóton único (Spect), são mais sensíveis e fornecem maiores detalhes.

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 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. O tratamento conservador da Espondilolistese está mais bem indicado para deslocamentos menores do que 30-50% na criança em crescimento e para alguns deslocamentos maiores do que 50% em adultos jovens. Para os pacientes sintomáticos, excelente resposta clínica tem sido obtida com a restrição da atividade física e o uso de órteses (TLSO), a fim de evitar os movimentos repetitivos de hiperextensão na coluna lombar.



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

4. Para os pacientes com dor lombar crônica, estudos demonstraram que o fortalecimento de grupamentos musculares específicos melhora a resposta do paciente à dor e passaram a recomendar o fortalecimento dos músculos transverso abdominal, oblíquo interno. Além do fortalecimento desses grupamentos musculares específicos, o fortalecimento dos flexores do quadril e o alongamento dos isquiotibiais também melhoram a resposta do paciente à dor lombar.
5. O objetivo no tratamento cirúrgico da espondilolistese é a fusão do menor número possível de segmentos móveis da coluna, o que restaura o eixo sagital vertical, com o sacro e a coluna lombar na posição mais normal possível, e a fusão dos espaços discais não competentes. Esse tipo de tratamento está indicado em crianças assintomáticas com deslizamento maior do que 50%, pacientes assintomáticos com maturidade esquelética e escorregamento maior do que 75%, pacientes sintomáticos que não respondem ao tratamento conservador, progressão da deformidade e déficit neurológico.
6. Nos pacientes adultos sintomáticos com espondilolistese degenerativa de baixo grau, a artrodese póstero-lateral (APL) in situ apresenta melhores resultados clínicos quando comparada a programas de exercícios supervisionados. Entretanto, a APL se mostrou incapaz de manter a correção intraoperatória do ângulo de escorregamento, em virtude da progressiva degeneração do espaço discal anterior. A descompressão está indicada nos casos de radiculopatia. Normalmente a raiz de L₅ é acometida e comprimida em nível foraminal pela parte proximal da pars à medida que o deslizamento se acentua ou pelo tecido fibrocartilaginoso na pars defeituosa. Nos casos de radiculopatia ou outros déficits neurológicos, como a cauda equina, a descompressão está indicada.
7. O procedimento de Gill é a base para a descompressão por meio da remoção da lâmina solta. A descompressão da raiz nervosa pode ser feita exclusivamente em pacientes adultos com radiculopatia e espondilolistese de baixo grau por meio do procedimento de Gill. Entretanto, está contraindicada em pacientes pediátricos, nos quais deve sempre ser acompanhada de uma artrodese. A redução da espondilolistese de alto grau



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

tem sido indicada, uma vez que é capaz de melhorar o aspecto estético, corrigir os ângulos lombares, melhorar o índice pélvico e o equilíbrio sagital e até recuperar a cifose que ocorre na região lombar baixa. Na maioria das vezes, essa redução não é feita nos pacientes adultos com espondilolistese. Isso se deve não apenas ao grau de deslizamento, mas também à posição anatômica das raízes, que estão em posição mais cefálica; e à presença de uma dobra que se forma no saco dural, o qual fica relativamente mais alongado. Por causa desses achados anatômicos, a manobra de redução pode colocar as raízes em tensão, com risco de lesão neurológica.

DO PLEITO

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

III– CONCLUSÃO

1. Trata-se de paciente, 36 anos, com diagnóstico de espondilolistese grave e relatos de obesidade, requerendo cirurgia bariátrica
2. Devemos destacar que não há nenhum laudo médico informando o IMC, ou peso e altura para que este fosse calculado, o que torna impossível afirmar se a paciente tem ou não critério para a referida cirurgia. Assim como não há relatos sobre as outras medidas adotadas para redução de peso, como acompanhamento nutricional, psicológico, uso de medicamentos, sobre o tempo que estas medidas estão sendo adotadas e presença de outras comorbidades.
3. Existe relato na Inicial que a paciente foi orientada a perder 20kg para realização do procedimento, o que provavelmente deve estar ligado a segurança e sucesso do procedimento cirúrgico. E que existem outras medidas para auxílio na perda de peso, mesmo que a paciente não esteja apta a realização de exercícios físicos, exemplifica-se



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

dieta, uso de medicamentos, acompanhamento psicológico.

4. Este NAT fica **impossibilitado de emitir parecer técnico conclusivo** em relação a indicação e necessidade do procedimento para a paciente haja visto a escassez de informações referentes à condição clínica, bem como a ausência de relatos sobre tempo e tratamentos instituídos, que justifiquem a indicação de uma cirurgia bariátrica.
5. Outrossim, 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, enquanto aguarda o desfecho o paciente já deveria realizar todas as etapas previstas.
6. Este Núcleo se coloca à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

REFERÊNCIAS

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria N^o 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.



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

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

Tebet M. A. et al, Conceitos atuais sobre equilíbrio sagital e classificação da espondilólise e espondilolistese. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbort/v49n1/0102-3616-rbort-49-01-0003.pdf>