

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**CÂMARA/VARA:** 11ª CACIV

**COMARCA:** Belo Horizonte

#### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2025.0007652

**IDADE:** 47 anos

**Sexo:** Feminino

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** CID 10: E66.6, E68, E90, G47.3, I10, M25.5, 024 **PEDIDO DA AÇÃO:** Procedimento Gastroplastia por videolaparoscopia ou via laparotomia

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** para melhora e resolução da doença de obesidade e suas comorbidades

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CR 04/51.940, CRMMG 23.833, 5272979-5

#### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

01 – Os procedimentos são eficazes e recomendados para a paciente em questão?

02 – Os procedimentos são considerados de urgência?

2.1 – Os procedimentos são emergenciais?

2.2 – O tratamento é eletivo?

03 – A demora na realização dos procedimentos poderá ocasionar sequelas e/ou lesões irreversíveis ou piora do quadro de saúde da paciente?

04 – Existem outros tratamentos ou alternativas consideradas eficazes para a paciente?

#### III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentação médica apresentada, datada de 27/02/2024, 19/03/2024, 16/04/2024, trata-se de paciente **usuária da UNIMED Belo Horizonte**, de **47 anos**, com diagnóstico **obesidade grau III** (IMC 41,4kg/m<sup>2</sup>), **pré-diabetes hipertensão arterial crônica controlada, apneia do sono dor nos joelhos e pés. Submetida a tratamentos clínicos e tentativas de mudança comportamental, sem sucesso** no tratamento da obesidade.

**Necessita, de consultas com urgente de cirurgia de gastroplastia redutora endoscópica, com kit de sutura endoscópica, overstick cateter de plasma de argônio, além de consultas multidisciplinares por 12 meses com nutrólogo e psicologia para tratamento minimamente invasivo e com menor risco associado as condições de saúde da paciente.**

No Brasil e na maioria dos países do mundo os **estilos de vida pouco saudáveis, a urbanização e o envelhecimento da população** configuram um **cenário atual em que as doenças crônicas** não transmissíveis **predominam** sobre as doenças infecciosas **como a principal causa de morbidade e mortalidade. As mudanças culturais dos últimos séculos levaram a alterações dos hábitos/estilo de vida que resultaram em uma alimentação rica em carboidratos e açúcares, com redução de consumo de fibras, que determinando uma epidemia de obesidade, importante fator de risco para outras doenças.** O aumento da prevalência de obesidade em várias regiões do planeta vem se revelando como um dos mais importantes fenômenos clínico-epidemiológicos da atualidade, representando **um dos problemas mais graves de saúde pública cujo acometimento independe de condições econômicas e sociais.** Assim a **obesidade é uma das doenças que mais matam no mundo em decorrência de suas comorbidades, estando na lista das 10 doenças mais mortais do planeta. A taxa de mortalidade de um obeso é 12 vezes maior do que da população normal.**

**A obesidade é uma doença crônica** universal, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, **resultante de um fenômeno multifatorial que envolve componentes sociais, comportamentais, psicológicos, metabólicos, endócrinos e genéticos. É o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de Síndrome Metabólica (SM) . A SM representa um conjunto de distúrbios metabólicos, os quais contemplam alto risco para o desenvolvimento de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e de doenças cardiovasculares (DCV), sendo representadas por**

**hiperglicemia, hipertensão arterial (HA), hipertrigliceridemia (TG), valores diminuídos de colesterol de alta densidade (HDL-c), além da obesidade abdominal. Além disso, está relacionada com o desenvolvimento da artropatias, hipoventilação, dislipidemia, aterosclerose, insuficiência cardíaca congestiva, e maior risco de morte por câncer de mama, cólon, próstata, endométrio, rim e vesícula biliar. Assim, a obesidade contribui para maior risco de morbimortalidade, principalmente por doenças cardiovasculares e se destaca como importante alvo no enfrentamento às doenças crônicas não-transmissíveis em função da carga em saúde e econômica que imprime às sociedades. Também é responsável por perda da qualidade de vida e auto-estima do paciente.**

**Do ponto de vista prático é classificada a partir do índice de massa corporal (IMC). IMC saudável para ambos os sexos está entre 18,5 e 24,9 Kg/m<sup>2</sup>. Aquele que apresentam IMC entre 25 a 29,9 kg/m<sup>2</sup> são considerados com sobrepeso (pré-obeso) e os com IMC superiores a 30 kg/m<sup>2</sup> obesos. A obesidade mórbida é definida em dimensões de IMC na faixa entre 40 e 50 kg/m<sup>2</sup> superobesidade para IMCs acima de 50 kg/m<sup>2</sup>. Segundo a OMS a faixa considerada como obesidade pode ser ainda classificada em estratos de acordo com o IMC entre as classes ou graus I e III, de forma que o grau I compreende IMCs entre 30 e 34,99kg/m<sup>2</sup>, o II entre 35 e 39,99kg/m<sup>2</sup> e o III maiores que 40kg/m<sup>2</sup>.**

**Como doença crônica multifatorial e importante fator de risco, devendo ser tratada de forma integrada às ações previstas em políticas de enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis, de alimentação/nutrição, saúde na escola e práticas integrativas e complementares. A linha de cuidado integral ao obeso, nos sistemas de saúde está organizada e estruturada com ações de promoção, prevenção e assistência à saúde conforme o estado nutricional do indivíduo segundo seu IMC. Levando em consideração que, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a obesidade é tratada como fator de risco e como doença, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Sobrepeso e Obesidade em**

adultos do SUS traz um conjunto de recomendações para qualificar a atuação dos gestores, das equipes e dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária para atenção aos casos de sobrepeso e obesidade. Estas mesmas ações são seguidas pelos serviços da Saúde Suplementar, que também se organizam em cuidados de atenção divididos em complexidades de ambulatorial a serviço especializado/hospitalar. Ambos sistemas de saúde seguem algumas orientações-chave como: tirar o foco da perda de peso; adotar uma alimentação adequada e saudável sendo a principal recomendação de ter uma alimentação baseada em alimentos in natura e minimamente processados, conforme orientação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) em seus **Guia Alimentar para a População Brasileira e Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira**; praticar atividade física regularmente; acolher e cuidar do lado emocional de modo a vencer o estigma da obesidade evidente nos abusos físicos e/ou verbais que os indivíduos com sobrepeso ou obesidade sofrem. Assim o **tratamento convencional baseia-se em promover estilo de vida mais saudável, com menor ingestão de calorias e aumento da atividade física, mas que muitas vezes pode falhar.**

A finalidade do tratamento da obesidade/sobrepeso é alcançar uma série de objetivos globais em curto e longo prazo. Assim busca os seguintes resultados: diminuição da gordura corporal, preservando ao máximo a massa magra; promoção da manutenção de perda de peso; impedimento de ganho de peso futuro; educação alimentar e nutricional que vise à perda de peso, por meio de escolhas alimentares adequadas e saudáveis; redução de fatores de risco cardiovasculares associados à obesidade (HA, dislipidemia, pré-diabete ou DM); resultar em melhorias de outras comorbidades (apneia do sono, osteoartrite, risco neoplásico, etc.); recuperação da autoestima; aumento da capacidade funcional e da qualidade de vida. Neste contexto, cabe a **atenção ambulatorial** prestar a assistência terapêutica **multiprofissional aos indivíduos adultos com**

sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m<sup>2</sup>, de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas. Nos indivíduos com IMC acima de 30 kg/m<sup>2</sup> e comorbidades, os tratamentos incluem intervenções cirúrgicas e não-cirúrgicas, de forma que os procedimentos cirúrgicos são hoje considerados de maior eficácia em curto e longo prazo para a redução de peso, remissão de comorbidades e melhoria na qualidade de vida.

O tratamento cirúrgico só deve ser ofertado em serviços especializados de hospitais cadastrados que oferecem apoio diagnóstico e terapêutico especializado. Cabe a esses serviços, organizar o acesso, realizar o tratamento cirúrgico, as cirurgias reparadoras subsequentes e prestar a assistência no pós-operatório de acordo com fluxo assistencial estabelecidos.

A cirurgia bariátrica é o método mais utilizado para o tratamento da obesidade, pois proporciona expressiva redução ponderal (40% a 50% do excesso de peso) e do IMC, sendo o mais efetivo para obesidade grau III. Sua eficácia pode ser medida pela perda de peso obtida em 12, 24 e 36 meses. Os resultados a longo prazo (mais de 5 anos) são os melhores indicadores de eficácia. Melhorias nas condições de saúde relacionados à obesidade após a cirurgia, como o controle do DM, colesterol alto, HA, apneia do sono são também bons indicadores de eficácia. Lembrando sempre que os resultados são dependentes e influenciados pelo comprometimento e comportamento da pessoa no pós-cirurgia. O apoio da equipe multidisciplinar (cirurgião, nutricionista, psicólogo e ou psiquiatra, educador físico, fisioterapeuta, cardiologista, endocrinologista) desempenham um papel vital para o resultado final, sucesso do tratamento. A família e amigos são importantes no incentivo e apoio. A quantidade real de peso que um paciente perde após a cirurgia depende de vários fatores, entre eles: a idade do paciente, o peso antes da cirurgia, as condições gerais de saúde, o procedimento cirúrgico realizado, a capacidade de fazer exercícios físicos no pós-operatório, o

**compromisso de manter as instruções relativas a dietas e outros cuidados, a motivação do paciente e cooperação da família e amigos e o suporte da equipe multidisciplinar. De uma forma geral, o sucesso da cirurgia de perda de peso é definido ao atingir a perda de 50% do excesso de peso ou mais e manter este nível por pelo menos 5 anos. A maioria dos pacientes tem perda de 50% a 80% do excesso de peso (diferença do peso máximo normal, 24,9 Kg/m<sup>2</sup> e o peso pré-operatório).**

**Conforme os consensos, está indicada para adultos, com:**

**- Paciente na faixa etária 18 e 65 anos (fora deste limite etário, conforme previsto em legislação); com falha no tratamento clínico realizado, por pelo menos 2 anos e obesidade mórbida há mais de 5 anos:**

- Pacientes com IMC 50 kg/m<sup>2</sup>;

- Pacientes de IMC 40 a 49,9 Kg/m<sup>2</sup>, com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

- Pacientes com IMC  $\geq$  35 kg/m<sup>2</sup> até 39,9 kg/m<sup>2</sup> e com comorbidades, agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz, tais como **peessoas com alto risco DCV, DM e/ou HAS de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, calculose da vesícula biliar, hipertrigliceridemia e/ou hipercolesterolemia, refluxo gastroesofágico patológico, várias formas de depressão, dificuldades no relacionamento social ou de atividade laborativa, infertilidade ligada a obesidade e muitas outras conforme Conselho Federal de Medicina (CFM), sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.**

Compreende-se por **tratamento clínico longitudinal, a orientação e apoio para mudança de hábitos de vida, realização de dieta, realizado por profissional especializado (médico ou nutricionista), em associação da prescrição de atividade física e atenção psicológica e, se necessário, farmacoterapia, realizado por no mínimo dois anos.**

Nos **jovens entre 16 e 18 anos, o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento** (análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área). Adultos com mais de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento.

A **cirurgia é eletiva, sem critérios de urgência e emergência, convencionalmente realizada por via aberta ou laparoscópica. Tem a finalidade de melhorar qualidade e tempo de vida do obeso, resolvendo problemas de ordem psicossocial e física que o excesso de peso acarreta. Sua eficácia pode ser medida pela perda de peso obtida em 12, 24 e 36 meses. Os resultados a longo prazo (mais de 5 anos) são os melhores indicadores de eficácia. Melhorias nas condições de saúde relacionados à obesidade após a cirurgia, como o controle do DM, colesterol alto, HA, apneia do sono são também bons indicadores de eficácia. Lembrando sempre que os resultados são dependentes e influenciados pelo comprometimento e comportamento da pessoa no pós-cirurgia. O apoio da equipe multidisciplinar (cirurgião, nutricionista, psicólogo e/ou psiquiatra, educador físico, fisioterapeuta, cardiologista, endocrinologista) desempenham um papel vital para o resultado final, sucesso do tratamento. A família e amigos são importantes no incentivo e apoio. A quantidade real de peso que um paciente perde após a cirurgia depende de vários fatores, entre eles: a idade do paciente, o peso antes da cirurgia, as condições gerais de saúde, o procedimento cirúrgico realizado, a capacidade de fazer exercícios físicos no pós-operatório, o compromisso de manter as instruções relativas a dietas e outros cuidados, a motivação do paciente e cooperação da família e amigos e o suporte da equipe multidisciplinar. De uma forma geral, o sucesso da cirurgia de perda de peso é definido ao atingir a perda de 50% do**

**excesso de peso ou mais e manter este nível por pelo menos 5 anos. A maioria dos pacientes tem perda de 50% a 80% do excesso de peso (calculado pela diferença do peso máximo normal, 24,9 Kg/m<sup>2</sup> e o peso pré-operatório em Kg/m<sup>2</sup>.**

**A cirurgia bariátrica está contra indicada em pacientes com: limitação intelectual significativa e sem suporte familiar adequado; quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra indicativos obrigatórios à cirurgia; doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que predisponha ao sangramento digestivo ou outras condições de risco; hipertensão portal, com varizes esofagogástricas. Não existe contra indicação nos casos de super obesidade ou hérnias abdominais.**

**A gastroplastia endoscópica (GE) é um procedimento endoscópico realizado utilizando dispositivo que permite a sutura gástrica, reduzindo o tamanho e promovendo retardo do esvaziamento, resultando em saciedade precoce, visando promover a perda de peso. O volume do estômago é reduzido em aproximadamente 70% por meio de uma funduplicadura da grande curvatura gástrica usando sutura endoscópica (Ovesrstich, Apollo Endosurgery, Austin, TX). Aprovada pela ANVISA, não está incluído no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS e nem em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do SUS, os quais disponibilizam as cirurgias convencionais gastroplastia aberta ou laparoscópica. A GE vem sendo usada em todo o mundo mundo, apesar das evidências atuais serem limitadas a séries de casos retrospectivos e estudos de caso-controle. Existem estudos comparativos, sem dados publicados comparando GE com terapia de modificação de dieta e estilo de vida e apenas alguns estudos comparando GE com cirurgia bariátrica. Isso é diferente de outras terapias bariátricas endoscópicas, incluindo balões intragástricos e**

terapia de aspiração, nas quais existem evidências de nível 1. **Portanto, há necessidade de metanálise e estudos de alta qualidade para demonstrar o lugar da GE no tratamento da obesidade.** A despeito de metanálises mostrarem que a GE permite perder em 24 meses de 50 a 61% do excesso de peso e 16,5% do peso total, com taxa de evento adverso de 0,8% e nenhum óbito, demonstrando ser um procedimento seguro e efetivo, existe uma falta de padronização dos trabalhos, que não permitem dados de alta qualidade para que sua indicação seja definida, inclusive pela Sociedade Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE).

**Conclusão:** trata-se de paciente usuária da UNIMED, de 47 anos, com diagnóstico **obesidade grau III**, 110 quilos, 1,63 de altura (IMC 41,4kg/m<sup>2</sup>), pré-diabetes, hipertensão arterial sistêmica, apneia do sono, dores nos joelhos e pés. Tratamento com dieta e medicamento anterior. **Necessita urgente de gastroplastia redutora endoscópica, kit de sutura endoscópica overstick e cateter de plasma de argônio, que é imprescindível a paciente.** Por ser minimamente invasivo com menor risco associado que a cirurgia convencional, devido as condições de saúde da paciente. **Negativa do Plano de Saúde sob alegação que não há cobertura para o procedimento em questão pela ANS, somente para cirurgia por via laparoscópica ou laparotomia, como inclusive confirmado pelo médico assistente.**

**A obesidade é uma doença crônica com taxa de mortalidade 12 vezes maior do que da população normal. É o fator de risco mais importante para SM com suas consequências DM2 e DCV.** Além disso, está relacionada com o desenvolvimento da artropatias, hipoventilação, insuficiência cardíaca congestiva, dislipidemia e aterosclerose, contribuindo, assim, para maior risco de morbimortalidade por DCV. Responsável por perda da qualidade de vida e auto-estima do paciente. **Seu tratamento baseia-se em promover estilo de vida mais saudável, com menor ingestão de calorias e aumento da atividade física, porém falha**

muitas vezes, sendo necessária intervenção cirúrgica.

O tratamento cirúrgico só deve ser ofertado em serviços especializados de hospitais cadastrados que oferecem apoio diagnóstico e terapêutico especializado, não sendo o caso de realização em clínicas/serviços de endoscopia, como o do presente caso. Cabe a esses serviços, organizar o acesso, realizar o tratamento cirúrgico, as cirurgias reparadoras subsequentes e prestar assistência no pós-operatório de acordo com fluxo assistencial estabelecidos.

A cirurgia bariátrica é o método mais utilizado para o tratamento da obesidade, pois proporciona expressiva redução ponderal (40% a 50% do excesso de peso) e do IMC, sendo o mais efetivo para obesidade grau III. Conforme os consensos, está indicada para adultos, com:

- IMC 50 Kg/m<sup>2</sup>;

- IMC 40 Kg/m<sup>2</sup>, com ou sem comorbidades, como desta paciente, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos, fato não pode ser confirmado pelos relatórios apresentados;

- IMC  $\geq$  35 kg/m<sup>2</sup> até 39,9 kg/m<sup>2</sup> e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco DCV, DM e/ou HAS de difícil controle, apneia do sono, hipertrigliceridemia e/ou hipercolesterolemia, doenças articulares degenerativas, colelitíase, refluxo gastroesofágico patológico, várias formas de depressão, dificuldades no relacionamento social ou de atividade laborativa, infertilidade ligada a obesidade e muitas outras conforme CFM, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo 2 anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

Compreende-se por tratamento clínico longitudinal, a orientação e apoio para mudança de hábitos de vida, realização de dieta, realizado por profissional especializado (médico ou nutricionista), em associação da prescrição de atividade física e atenção psicológica e, se necessário, farmacoterapia, realizado por no mínimo dois anos.

Para se candidatar a cirurgia bariátrica além das indicações

acima, o paciente e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso consciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastro-enterológica, clínica e anestésica). Também **deve se comprometer com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe.**

**A cirurgia bariátrica está contra indicada em pacientes com: limitação intelectual** significativa em pacientes sem suporte familiar adequado; quadro de **transtorno psiquiátrico não controlado**, incluindo **uso de álcool ou drogas ilícitas**; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra indicativos obrigatórios à cirurgia; **doença cardiopulmonar grave e descompensada** que influenciem a relação risco-benefício; **hipertensão portal, com varizes esofagogástricas**; **doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior** que predisponha ao sangramento digestivo ou outras condições de risco, o que não é o caso da paciente. Não existe contra indicação nos casos de super obesidade ou de hérnias abdominais.

**A obesidade é considerada como doença crônica multifatorial e importante fator de risco, devendo ser tratada de forma integrada às ações previstas em políticas de enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis, de alimentação/nutrição, saúde na escola e práticas integrativas e complementares. A linha de cuidado integral ao obeso, nos sistemas de saúde está organizada e estruturada com ações de promoção, prevenção e assistência à saúde conforme o estado nutricional do indivíduo segundo seu IMC. Levando em consideração que, no âmbito do SUS, a obesidade é tratada como fator de risco e como doença, o PCDT do Sobrepeso e Obesidade em adultos do SUS. Também na Saúde Suplementar esta qualificação abrange uma equipe multiprofissional responsável pela linha de cuidado, necessária a abordagem da obesidade. A finalidade do tratamento da obesidade/sobrepeso é alcançar**

**uma série de objetivos globais em curto e longo prazo. Assim busca os seguintes resultados: diminuição da gordura corporal, preservando ao máximo a massa magra; promoção da manutenção de perda de peso; impedimento de ganho de peso futuro; educação alimentar e nutricional que vise à perda de peso, por meio de escolhas alimentares adequadas e saudáveis; redução de fatores de risco cardiovasculares associados à obesidade (HA, dislipidemia, pré-diabete ou DM); resultar em melhorias de outras comorbidades (apneia do sono, osteoartrite, risco neoplásico, etc.); recuperação da autoestima; aumento da capacidade funcional e da qualidade de vida.**

**Neste contexto, os indivíduos com IMC 40 a 49,9 Kg/m<sup>2</sup>, com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos, tem indicação da abordagem da obesidade com tratamentos que incluem intervenções cirúrgicas e clínicas. Os procedimentos cirúrgicos são hoje considerados de maior eficácia em curto e longo prazo para redução de peso, remissão de comorbidades e melhoria na qualidade de vida e estão disponíveis na Saúde Suplementar. Entretanto o tratamento da obesidade não tem caracter de urgência/emergência, mas de relevância clínica, já que tem a finalidade de melhorar qualidade e tempo de vida do obeso, resolvendo problemas de ordem psicossocial e física que o excesso de peso acarreta.**

**A gastroplastia endoscópica (GE) é um procedimento endoscópico realizado utilizando dispositivo que permite a sutura gástrica, reduzindo o tamanho e promovendo retardo do esvaziamento, resultando em saciedade precoce, visando promover a perda de peso. O volume do estômago é reduzido em aproximadamente 70% por meio de uma funduplicadura da grande curvatura gástrica usando sutura endoscópica (Ovesrstich, Apollo Endosurgery, Austin, TX). Aprovada pela ANVISA, não está incluído no rol de procedimentos da Agencia Nacional de Saúde Suplementar ANS e nem em Protocolos Clínicos e Diretrizes**

Terapêuticas (PCDT) do SUS, os quais disponibilizam as cirurgias convencionais gastroplastia aberta ou laparoscópica. A GE vem sendo usada em todo o mundo mundo, apesar das evidências atuais serem limitadas a séries de casos retrospectivos e estudos de caso-controle. Existem estudos comparativos, sem dados publicados comparando GE com terapia de modificação de dieta e estilo de vida e apenas alguns estudos comparando GE com cirurgia bariátrica. Isso é diferente de outras terapias bariátricas endoscópicas, incluindo balões intragástricos e terapia de aspiração, nas quais existem evidências de nível 1. **Portanto, há necessidade de metanálise e estudos de alta qualidade para demonstrar o lugar da GE no tratamento da obesidade.** Apesar de metanálises mostrarem que a GE permite perder em 24 meses de 50 a 61% do excesso de peso e 16,5% do peso total, com taxa de evento adverso de 0,8% e nenhum óbito, demonstrando ser um procedimento seguro e efetivo, existe uma falta de padronização dos trabalhos, que não permitem dados de alta qualidade para que sua indicação seja definida, inclusive pela ASGE.

No caso em tela o tratamento da obesidade baseado no IMC da paciente e suas comorbidades, tem indicação de cirurgia bariátrica convencional por via laparotomia ou laparoscópica, ambas disponibilizadas na Sede Suplementar e no SUS, não existindo contra-indicações para tais procedimentos, já que todas as comorbidades citadas são próprias da obesidade e indicativas de tratamento cirúrgico. Também não há evidência real de risco aumentado em relação a população de obeso em geral que contra indique os procedimentos convencionais. Tão pouco há indicação para realização de GE, já que não existe evidência científica que comprove superioridade da GE X gastroplastias convencionais ou indicação do procedimento endoscópico minimamente invasivo nos casos de obesidade mórbida elegíveis a tratamento cirúrgico disponibilizados na Saúde Suplementar e no SUS. Vale lembrar que tratamento cirúrgico só deve ser ofertado

em serviços especializados de hospitais cadastrados que oferecem apoio diagnóstico e terapêutico especializado, não sendo o caso de realização em clínicas/serviços de endoscopia, como o do presente caso.

#### **IV - REFERÊNCIAS:**

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos estratégicos. Portaria SCTIE/MS no 53, de 11 de Novembro de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113\\_pcdt\\_sobrepeso\\_e\\_obesidade\\_em\\_adultos\\_29\\_10\\_2020\\_final.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_sobrepeso_e_obesidade_em_adultos_29_10_2020_final.pdf)

2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 424, de 19 de Março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. **DOU**. 15.04.2013. Seção1, página 59. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425\\_19\\_03\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html).

3. Ministério da Saúde. Gabinete. Portaria no 425 de 19 de Março de 2013. Altera as Portarias nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, que estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Disponível em:

4. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC. Relatório de recomendação no 249 Janeiro/2017 Cirurgia bariátrica por laparoscopia. Brasília, 2017. 37p. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Recomendacao/RELATORIO\\_Cirurgia\\_bariatrica\\_laparoscopia\\_FINAL\\_249\\_2016.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Recomendacao/RELATORIO_Cirurgia_bariatrica_laparoscopia_FINAL_249_2016.pdf)

5. Entidades de Fiscalização do Exercício das profissões Liberais. Conselho Federal de Medicina. Resolução Nº 2.131, de 12 de novembro de 2015. Altera o anexo da Resolução CFM nº 1.942/10, publicada no DOU de 12 de fevereiro de 2010, Seção 1, pág. 266. **DOU**. 13.01.2016. Seção1, página 66. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=13/01/2016&pagina=66>.

6. Gerência de Assistência à Saúde - GEAS. Gerência-Geral de Regulação Assistencial – GGRAS. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Parecer Técnico nº 12/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021. Brasília, abril de 2021. 3p. Disponível em:

[https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/transparencia-institucional/pareceres-tecnicos-da-ans/2020/parecer\\_tecnico\\_no\\_12\\_2021\\_gastroplastia\\_cirurgia\\_bariatrica\\_.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/transparencia-institucional/pareceres-tecnicos-da-ans/2020/parecer_tecnico_no_12_2021_gastroplastia_cirurgia_bariatrica_.pdf).

7. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Gerência-Geral de Regulação Assistencial. Gerência de Monitoramento Assistencial. Coordenadoria de Informações Assistenciais. Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira. Rio de Janeiro: ANS, 2017. 6.5 MB; ePUB. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/centrais-de-conteudo/final-obesidade-26-12-pdf>

8. Moraes JM, Caregnato RCA, Scneider DS. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. **Acta Paul Enferm**. 2014;27(2):157-64. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v27n2/0103-2100-ape-27-02-0157.pdf>.

10. Rosa SC, Macedo JLS, Casulari LA, Canedo LR, Marques JVA. Perfil antropométrico e clínico de pacientes pós-bariátricos submetidos a procedimentos em cirurgia plástica. **Rev Col Bras Cir**. 2018;45(2):e1613. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v45n2/pt\\_1809-4546-rcbc-45-02-e-1613.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v45n2/pt_1809-4546-rcbc-45-02-e-1613.pdf).

9. Baillot A, Brais-Dussault E, Bastin A, Cyr C, Brunet J, Aimé A, Rpmain AJ, Langlois MF, Bouchard S, Tchernof A, Rabasa-Lhoret R, Garneau PY,

- Bernard P What Is Known About the Correlates and Impact of Excess Skin After Bariatric Surgery: a Scoping Review. **Obes Surg**. 2017;27:2488–98. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11695-017-2814-3>.
10. Chaouat M, Levan P, Lalanne B, Buisson T, Nicolau P, Mimoun M. Abdominal dermolipectomies: early postoperative complications and long-term unfavorable results. **Plast Reconstr Surg**. 2000;106(7):1614-23. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11129195>.
11. Rosenfield L, Davis RC. Evidence-Based Abdominoplasty Review With Body Contouring Algorithm. **Aesthetic Surg J**. 2019;39(9):643-61. Disponível em: <https://academic.oup.com/asj/article-abstract/39/6/643/5289235/redirect-From=fulltext>.
12. de Zwaan M, Georgiadou E, Stroh, Teufel M, Köhler H, Tengler M, Müller A. Body image and quality of life in patients with and without body contouring surgery following bariatric surgery: a comparison of pre- and post-surgery groups. **Front Psychol**. 2014;5:1310-20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235262/pdf/fpsyg-05-01310.pdf>.
13. Giordano S, Victorzon M, Stormi T, Suominen E. Desire for body contouring surgery after bariatric surgery: do body mass index and weight loss matter? **Aesthet Surg J**. 2014;34(1):96-105. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24334498/>.
14. Miranda Neto, A. A. de. (2022). **Gastroplastia endoscópica no manejo dos pacientes com sobrepeso e obesidade: revisão sistemática e metanálise** (Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5168/tde-01032023-161502/>
15. Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais- CRMMG. Parecer CRM-MG Nº 58/2024 – Processo Consulta Nº 111/2023 Parecerista: Cons. Cícero de Lima Rena. Ementa: A gastroplastia endoscópica é um procedimento que deve ser executado em centro cirúrgico convencional em função do tipo de anestesia a ser ministrada (geral). Disponível em <https://sistemas.cfm.org>.

[br/normas/arquivos/pareceres/MG/2024/58\\_2024.pdf](http://br/normas/arquivos/pareceres/MG/2024/58_2024.pdf).

16. Conselho Regional de Medicina de São Paulo - CREMESP. Parecer CREMESP Nº 199020. 24/11/2017. Ementa: o método pode ser usado sem ferir a ética profissional, desde que realizado por médicos especialistas em endoscopia com capacitação técnica para tal procedimento. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=14789&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%3o%20Paulo&numero=199020&situacao=&data=24-11-2017>.

17. Hedjoudje A, Dayyeh BKA, Cheskin LJ, Adam A, Galvão Neto M, Badurdeen D, Morales JG, Sartoretto A, Nava GL, Vargas E, Sui Z, Fayad L, Farha J, Khashab MA, Kalloo AN, Alqahtani AR, Thompson CC, Kumbhari V. Efficacy and Safety of Endoscopic Sleeve Gastroplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis. **C G H Journal**. 2020;18:1043–53. Disponível em: [https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565\(19\)30897-3/pdf](https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565(19)30897-3/pdf)

18. Alqahtani A, Al-Darwish A, Mahmoud AE, Alqahtani YA, Elahmedi M. Short-term outcomes of endoscopic sleeve gastroplasty in 1000 consecutive patients. **Gastrointest Endosc**. 2019;89:1132–8. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0016510718333637?via=ihub>.

19. Lopez-Nava G, Galvão MP, Bautista-Castaño I, Borbelle F, Lopez N. Endoscopic sleeve gastroplasty for obesity treatment: two years of experience. **Arq Bras Cir Dig**. 2017;30:18–20. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/LPrVRcZMKM9QTgkMwGQHcGc/?format=pdf&lang=pt>

20. Hill C, El Zein M, Agnihotri A, Dunlap M, Chang A, Agrawal A, Barola S, Ngamruengphong S, Chen YI, Kalloo AN, Khashab MA, Kumbhari V. Endoscopic sleeve gastroplasty: the learning curve. **Endosc Int Open**. 2017;5:E900–4. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5597932/pdf/10-1055-s-0043-115387.pdf>.

21. ASGE Bariatric Endoscopy Task Force and ASGE Technology Committee; Abu Dayyeh BK, Kumar N, Edmundowicz SA, Jonnalagadda S,

21. ASGE Bariatric Endoscopy Task Force and ASGE Technology Committee; Abu Dayyeh BK, Kumar N, Edmundowicz SA, Jonnalagadda S,

Larsen M, Sullivan S, Thompson CC, Banerjee S. ASGE Bariatric Endoscopy Task Force systematic review and meta-analysis assessing the ASGE PIVI thresholds for adopting endoscopic bariatric therapies. **Gastrointest Endosc.** 2015;82(3):425-38. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26232362/>.

**V - DATA:**

30/04/2025 NATJUS - TJMG