

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**CÂMARA/VARA:** Cartório da 12ª Câmara Cível

**COMARCA:** Belo Horizonte

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**REQUERENTE:** L. S.

**IDADE:** 27 anos.

Sexo Feminino

**PEDIDO DA AÇÃO:** Gastroplastia para obesidade mórbida com urgência

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** CID 10: E66.8, F41.1, F50

**FINALIDADE/INDICAÇÃO:** Prestar esclarecimentos sobre o procedimento indicado para o tratamento da paciente

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRESS 20.285/6ª Região  
CRN 3.362CRMMG 12.511, 13.223, 14.465

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2023.0004063

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

para prestar esclarecimentos sobre o procedimento indicado para o tratamento da paciente NCV, conforme recomendação médica.

### III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatórios médicos e psicológicos datados de 31/07/2018, 03/08/2018, 04/08/2018, 28/08/2018, 18/10/20218 e 22/10/2018, trata-se de NCV, **28 anos, com histórico de obesidade grau 3 (IMC 43,8), hipertensão e com dores na coluna e pernas** em consequência do peso. **Tentativas de perda ponderal com acompanhamento nutricional há mais de 15 anos e endocrinológico há mais de 5 anos, sem sucesso.** Comprovação por **extrato de consultas** fornecido pela Santa Casa de tratamento médico, psicológico e nutricional com foco em obesidade de forma contínua, desde 05/11/2013. **Necessita de cirurgia bariátrica com urgência** Cirurgia bariátrica negada pelo convenio sob alegação que não atende a DUT, pois é obesa há 2 meses.

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 determinaram uma epidemia de obesidade, cujo acometimento independe de condições econômicas e sociais. Este 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.**

Representa importante fator de risco para outras doenças, sendo considerada 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 de 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. Em decorrência destas comorbidades é considerada entre as 10 doenças que mais matam no mundo, sendo a taxa de mortalidade do obeso 12 vezes maior do que da população normal.

**A obesidade, doença crônica universal, é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, resultante de fenômeno multifatorial que envolve diferentes dimensões: biológica, comportamental, social, cultural, de saúde pública e política. Seu desenvolvimento da obesidade decorre de interações entre o perfil genético de maior risco, fatores sociais e ambientais, por exemplo, inatividade física, ingesta calórica excessiva, ambiente intrauterino, uso de medicamentos obesogênicos e status socioeconômico. Sono insuficiente, disruptores endócrinos e microbiota intestinal também podem estar associados à gênese da obesidade. Do ponto de vista prático é classificada a partir do índice de massa corporal (IMC). O IMC saudável é considerado para ambos os sexos entre 18,5 e 24,9 Kg/m<sup>2</sup>. IMC entre 25 a 29,9 kg/m<sup>2</sup> é considerado como sobrepeso (pré-obeso) e os pacientes 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> e 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, 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. Nos Sistema de Saúde público ou suplementar a obesidade é tratada como fator de risco e como doença, apresentam um conjunto de recomendações para qualificar a atuação dos gestores, das equipes e dos profissionais de saúde que atuam nos casos de sobrepeso e obesidade. Destacam-se algumas orientações-chave: 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) com guias específicos, como por exemplo **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 deve ser ofertado em serviços especializados de alta complexidade. **Os serviços de alta complexidade são ofertados de forma normatizada e criteriosa em hospitais cadastrados que oferecem apoio diagnóstico e terapêutico especializado.** Cabe a esses serviços avaliar os casos indicados pela atenção especializada ambulatorial e/ ou regulação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, além de organizar o acesso, **realizar o tratamento cirúrgico, as cirurgias reparadoras subsequentes e prestar a assistência no pós-operatório de acordo com fluxo assistencial determinado pelo** Ministério da Saúde.

**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. Tem a finalidade de melhorar a qualidade e tempo de vida do obeso, resolvendo problemas de ordem psicossocial e física que o excesso de peso acarreta. 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 (cardiológica, endocrinológica, pulmonar, clínica, gastroenterológica, anestésica, psicológica, nutricional). Também deve se comprometer com o acompanhamento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe.**

**A cirurgia 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>).**

Conforme os **consensos, está indicada nos seguintes casos:**

**- 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 pessoas 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 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.** Não existe contra indicação nos casos de **super obesidade ou de hérnias abdominais.**

**Conclusão:** trata-se de paciente de **28 anos, com obesidade grau 3 (IMC**

43,8), hipertensão e com dores na coluna e pernas. Tentativas de emagrecimento com acompanhamento nutricional há mais de 15 anos e endocrinológico há mais de 5 anos, sem sucesso. Comprovação por extrato de consultas da Santa Casa de tratamento médico, psicológico e nutricional para obesidade, desde 05/11/2013. Necessita de cirurgia bariátrica com urgência, que foi negada pelo convenio sob alegação que não atende a DUT, por ser obesa há 2 meses.

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.

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, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;**
- 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, doenças articulares degenerativas, colelitíase, 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 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.**

**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 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. 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 MC 40 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, como no caso em tela, os tratamentos incluem intervenções cirúrgicas e clínicas, 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 e estão disponíveis no SUS e na Saúde complementar.**

**Vale ressaltar que 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.**

#### **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. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt-para-sobrepeso-e-obesidade-em-adultos/view>
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://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425\\_19\\_03\\_2013.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html).
3. Grupo Técnico do COSAÚDE para apreciação de propostas via

Formulário Eletrônico para as alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Revisão do rol de procedimentos e eventos em saúde 2018. Ata da 4ª reunião. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao\\_da\\_sociedade/2017\\_gt\\_cosaude/Ata\\_4a\\_Reuniao\\_VF.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_cosaude/Ata_4a_Reuniao_VF.pdf).

4. DUT No 27 que estabelece os critérios técnicos seguros para realização de cirurgia bariátrica (gastroplastia). Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp59/dut/cp\\_59\\_27.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp59/dut/cp_59_27.pdf)

5. Entidades de Fiscalização do Exercício das profissões Liberais. Conselho Federal de Medicina. Resolução N<sup>o</sup> 2.131, de 12 de novembro de 2015. Altera o anexo da Resolução CFM n<sup>o</sup> 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 n<sup>o</sup> 12/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021. Brasília, abril de 2021. 3p. Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/transparencia-a-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-a-institucional/pareceres-tecnicos-da-ans/2020/parecer_tecnico_no_12_2021_gastroplastia__cirurgia_bariatrica_.pdf).

7. 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)

8. Moraes JM, Caregnato RCA, Schneider 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>.

**V - DATA:**

31/10/2023 NATJUS - TJMG