

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**CÂMARA/VARA:** 2ª Vara Cível e Sucessões

**COMARCA:** Divinópolis

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2025.0008469

**IDADE:** 60 anos

**Sexo:** Feminino

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** CID 10: E 11, G40, I 10 76.0

**PEDIDO DA AÇÃO:** Procedimento Gastroplastia (Cirurgia bariátrica)

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Obesidade

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRN 9/17.420, CRMMG 31.833

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Emitir parecer acerca da obrigatoriedade, ou não, da cobertura de procedimento bariátrico, mesmo que o autor não preencha os requisitos previstos na DUT 27.1.A.A (Diretriz de Utilização da ANS), ou seja, IMC entre 35 e 39,9 kg/m<sup>2</sup> com comorbidades que ameaçam a v

### III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentação médica, nutricional e fotos, apresentada, datada de 14/09/2021, trata-se de paciente de **60anos**, com **diabetes tipo 2**, desde os 37 anos, **de difícil controle e predomínio de adiposidade abdominal grau** (IMC 27,7kg/m<sup>2</sup>), **associada, hipertensão arterial, nefropatia diabética com perda da função renal, e risco de evolução para diálise, esteato-hepatite, disfunção erétil, retinopatia diabética proliferativa e dislipidemia.** Em acompanhamento endocrinológico desde 2002, submetido a **vários tratamentos clínicos para diabetes, sem sucesso na manutenção de perda de peso e controle glicêmico.** Encaminhado pelo endocrinologista, em **caracter excepcional, para cirurgia metabólica de Fobi e Capella, como opção efetiva de tratamento do diabetes e melhoria das demais comorbidades.**

**A Síndrome Metabólica (SM) representa um conjunto de distúrbios**

**metabólicos, que contemplam alto risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) e de doenças cardiovasculares (DCV), 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. A obesidade é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento da SM.**

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 SM, representando um dos problemas mais graves de saúde pública**, independente de condições econômicas e sociais.

O IMC envolvido na SM permite a **classificação em IMC saudável para ambos os sexos entre 18,5 e 24,9 Kg/m<sup>2</sup>; sobrepeso (pré-obeso) IMC entre 25 a 29,9 kg/m<sup>2</sup> sobrepeso e obesos os IMC superiores a 30 kg/m<sup>2</sup>, sendo 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>.**

O DMT2 é caracterizado por defeitos na secreção e sensibilidade da insulina resultando em hiperglicemia crônica. Ocorre por perda

**progressiva de secreção adequada de insulina, geralmente secundária à resistência insulínica e à SM, além de deficiência parcial de secreção de insulina pelas células  $\beta$  pancreáticas, e por alterações na secreção de incretinas. A resistência à sua ação é o fenômeno inicial da doença, declinando a função das células beta gradualmente até surgir a hiperglicemia. Os principais fatores de risco para DMT2 consistem em idade maior que 45 anos de idade, sobrepeso ou obesidade, sedentarismo, síndrome dos ovários policísticos (SOP), pré-diabete, diabete gestacional prévia, história familiar de DM em parentes de primeiro grau, hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia, apneia obstrutiva do sono (AOS) e etnia negra, indígena, hispânica/latina e asiática. Ainda, condições psiquiátricas, como depressão, ansiedade e distúrbios alimentares, estão consistentemente associadas à má adesão ao tratamento medicamentoso, controle glicêmico inadequado e desenvolvimento de complicações do DMT2. As complicações, resultantes do controle inadequado da condição, podem ser classificadas em agudas e crônicas. Dentre as complicações agudas, destacam-se a hipoglicemia ou a descompensação hiperglicêmica aguda, que pode resultar em complicações mais graves como cetoacidose diabética e síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica. As complicações crônicas incluem as desordens microvasculares devido a alterações patológicas nos capilares, como a doença renal do diabete (DRD), neuropatia e retinopatia diabética, as alterações macrovasculares que atingem o coração (infarto agudo do miocárdio), o cérebro (acidente vascular cerebral) e os membros inferiores (doença vascular periférica).**

**Apesar de poucas evidências robustas direcionadas à avaliação do rastreamento de DMT2, o rastreamento desta condição clínica é uma importante estratégia dada a alta prevalência do DMT2, o potencial de redução da morbimortalidade pela doença, a presença de um período pré-clínico do DMT2, a eficácia do tratamento nos pacientes ainda no período assintomático, visando a prevenção de desfechos desfavoráveis a longo**

**prazo, além da existência de testes de rastreamento adequados. Assim recomenda-se que todos os indivíduos assintomáticos, sem diagnóstico de DMT2, e com idade igual ou acima de 45 anos, mesmo sem fator de risco, realizem rastreamento para DMT2. Além disso, indivíduos de qualquer idade com sobrepeso ou obesidade (IMC  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>) e que apresentam um ou mais fatores de risco adicionais para o desenvolvimento da doença, também são elegíveis para o rastreamento de DMT2; além de indivíduos com condições associadas à resistência insulínica. Este rastreamento deve ser realizado por meio de exames de glicemia de jejum, e em caso de necessidade de confirmação diagnóstica, deve ser realizado o exame de hemoglobina glicada (HbA1c) ou teste oral de tolerância à glicose (TOTG) para indivíduos elegíveis ao rastreamento**

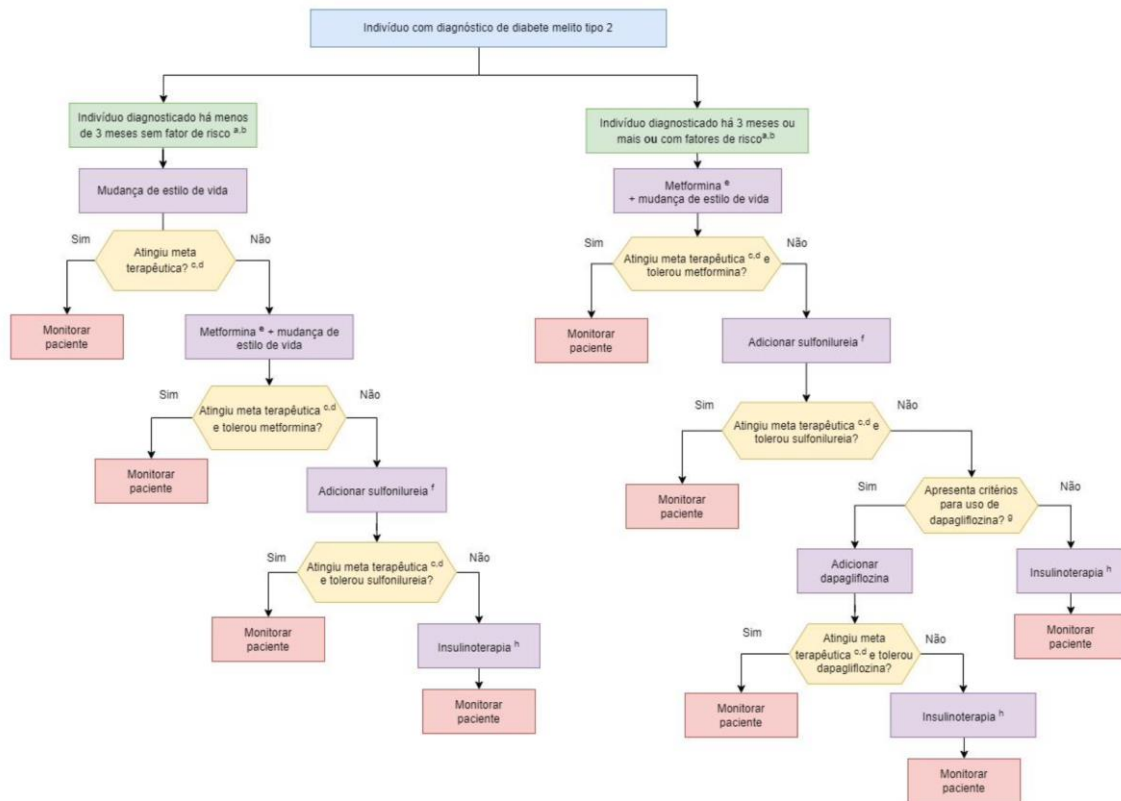
**A abordagem terapêutica dos indivíduos com DMT2 baseia-se no tratamento não medicamentoso, com mudança de estilo de vida (a saber: cessação do tabagismo, adequação do padrão alimentar, atividade física regular, educação em saúde e redução do stress, perda de peso, cuidados psicossociais e autocuidado e no tratamento medicamentoso. O objetivo principal do tratamento consiste em melhorar a qualidade de vida e prevenir complicações da doença. É necessário identificar o grau de necessidade de cada pessoa e indicar, conforme cada caso, as medidas necessárias ao controle glicêmico. Manter as metas glicêmicas e iniciar o tratamento precoce são fundamentais para garantir um bom prognóstico dos pacientes. Devido à complexidade da doença e visando a atingir o objetivo do tratamento do DMT2, as metas terapêuticas são múltiplas e consistem não apenas no controle glicêmico, mas também em perda de peso, se necessário, controle de outros fatores de risco cardiovasculares (como HAS e dislipidemia) e tratamento das complicações já estabelecidas.**

**Esta modificação de hábitos de vida, com perda de peso é fundamental em indivíduos com DMT2 e com pré-DMT2. Uma perda de 3% a 7% de peso melhora a glicemia e outros fatores de risco**

**cardiovasculares, e uma perda sustentada maior que 10% do peso pode levar a benefícios maiores como diminuição da progressão da doença com possível remissão do DMT2, além de diminuir desfechos cardiovasculares e mortalidade.** Para indivíduos com excesso de peso ou obesidade, é recomendada uma redução de ao menos 5 do peso. **Vale ressaltar que a despeito da recomendação de perda ponderal, o IMC não representa a ferramenta de escolha do tratamento no diabético, já que não reflete a distribuição do tecido adiposo e não discrimina as diferenças em relação à raça, gênero, idade e composição corporal. Ainda que exista uma relação entre o aumento de peso e maior incidência de DMT2, o que mais importa para a maior incidência de DMT2 e dos outros componentes da SM é a distribuição da gordura, aliados a predisposição genética sendo que o acúmulo abdominal o fator que preponderante.**

**O tratamento medicamentoso deve ser individualizado, de acordo com as características do paciente, gravidade e evolução da doença. Para pacientes com diagnóstico há menos de 3 meses e sem fator de risco recomenda-se iniciar o tratamento exclusivamente com mudanças de estilo de vida, incluindo controle de peso, alimentação adequada e saudável e prática de atividade física, e avaliar a resposta terapêutica em 3 meses. Se não houver resposta adequada, deve-se iniciar o uso de hipoglicemiantes sendo a metiformina a droga de primeira escolha no SUS. Aqueles diagnosticados há 3 meses ou mais ou com fatores de risco, o tratamento medicamentoso associado a mudanças de estilo de vida deve ser iniciado precocemente, visando a evitar a inércia terapêutica, uma vez que o atraso da introdução e intensificação da terapia medicamentosa é um fator determinante para a evolução de complicações crônicas. No Sistema Único de Saúde (SUS) o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da DM tipo 2 prevê o fluxograma para**

## abordagem desta condição.



### Notas:

- <sup>a</sup> Fatores de risco: sobrepeso ou obesidade (IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>), sedentarismo, familiar em primeiro grau com diabetes melito, mulheres com gestação prévia cujo peso do feto era maior ou igual a 4 kg ou com diagnóstico de diabetes melito gestacional, pressão arterial igual ou maior a 140/90 mmHg ou em uso de anti-hipertensivo, HDL colesterol  $\leq$  35 mg/dL ou triglicérides  $\geq$  250 mg/dL, mulheres com síndrome dos ovários policísticos, outras condições clínicas associadas à resistência insulínica, história de doença cardiovascular.
- <sup>b</sup> Indivíduos com Hemoglobina glicada (HbA1c)  $>$  9% ou glicemia jejum  $\geq$  300 mg/dL, sintomas de hiperglicemia aguda (poliúria, polidipsia, perda ponderal) ou na presença de intercorrências médicas e internações hospitalares decorrentes de diabetes melito tipo 2 devem iniciar insulinoterapia.
- <sup>c</sup> Avaliar o estado glicêmico após 3 a 6 meses, no máximo.
- <sup>d</sup> Metas terapêuticas: HbA1c  $<$  7,0% ou, em idosos, de 7,5% a 8,0%.
- <sup>e</sup> Sugere-se iniciar com metformina 850 mg, 1 comprimido ao dia, podendo aumentar após 2 semanas. Destacando que a dose máxima terapêutica é de 2.550 mg por dia (dose máxima efetiva).
- <sup>f</sup> Para idosos, sugere-se a gliclazida como sulfonilureia como opção à glibenclâmida.
- <sup>g</sup> Critério de elegibilidade para dapagliflozina: indivíduos com necessidade de segunda intensificação de tratamento com 40 anos ou mais e doença cardiovascular estabelecida (infarto agudo do miocárdio prévio, cirurgia de revascularização do miocárdio prévia, angioplastia prévia das coronárias, angina estável ou instável, acidente vascular cerebral isquêmico prévio, ataque isquêmico transitório prévio e insuficiência cardíaca com fração de ejeção abaixo de 40%), ou; homens com 55 anos ou mais ou mulheres com 60 anos ou mais e alto risco de desenvolver doença cardiovascular, definido como ao menos um dos seguintes fatores de risco cardiovascular: hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia ou tabagismo.
- <sup>h</sup> Os hipoglicemiantes orais podem ser mantidos, a critério médico, principalmente a metformina nos casos com resistência à insulina.

No entanto, **apesar desta abordagem, geralmente as metas do tratamento não são atingidas. Há dificuldade para o manejo do DMT2, que inclui a própria característica da doença, o acesso as novas medicações e a aderência dos pacientes ao tratamento**, que, por vezes, é de difícil assimilação, com uso de drogas injetáveis, **além do alto custo das insulinas e drogas de últimas gerações**. Estudos mostram que no Brasil cerca de **70% dos pacientes com DMT2 não apresentavam seu controle glicêmico**.

Neste cenário, **o avanço no tratamento da obesidade e da SM a cirurgia metabólica surge como maneira efetiva e duradoura para atingir**

o controle de fatores de risco metabólico e promover adequada perda de peso, colaborando para melhora dos resultados na obesidade grau I e DMT2. Estudos que avaliaram a cirurgia bariátrica em pacientes com DMT2 como doença associada, demonstraram a obtenção do controle glicêmico muito antes de perda ponderal importante e outros efeitos antidiabéticos diretos das operações, independentes da perda de peso. A perda ponderal é importante para controlar o diabetes em longo prazo, mas parece ser um desejado efeito colateral e não objetivo primário para a melhora dos problemas glicêmicos. **Tais achados despertaram a perspectiva de diminuir a mortalidade cardiovascular nos indivíduos com diabetes e obesidade a partir de tratamentos cirúrgicos.** A partir de 2002, apareceram estudos em animais não obesos e diabéticos que melhoraram o controle da doença após cirurgias que desviaram o trajeto da comida no aparelho digestivo e apareceram muitas publicações envolvendo animais e seres humanos de mecanismos de ação e resultados de operações sobre o aparelho digestivo para, junto com a medicação, controlar o diabetes. As investigações observaram que **a cirurgia bariátrica tinha um efeito metabólico que promove alterações no trânsito intestinal, que levam à produção de hormônios intestinais, como o GLP-1, que estimulam o pâncreas a produzir insulina, surgindo assim a expressão de cirurgia metabólica.** Ensaio clínico e metanálises indicam que a cirurgia metabólica pode induzir a remissão do diabetes tipo 2 em uma porcentagem significativa de pacientes, com taxas superiores ao tratamento convencional, e os benefícios permanecem a longo prazo, com trabalhos podendo iniciar falhas a partir do quinto ano da cirurgia. Também descrevem melhora outros indicadores de saúde, como pressão arterial, colesterol e lipídios, e pode ajudar a prevenir complicações do diabetes, como retinopatia, nefropatia e neuropatia, embora os resultados para as complicações microvasculares sejam variados. Estudos demonstram, que a cirurgia ocasionou maiores reduções de IMC, HbA1c, hipertensão arterial, LDL e triglicérides do que as

**intervenções clínicas. Eventos cirúrgicos adversos foram relativamente baixos; a mortalidade cirúrgica foi de 0,0-0,3%, semelhante a dados históricos para pacientes com IMC  $\geq 35$  kg/ m<sup>2</sup>; e a maioria das complicações cirúrgicas não foram graves, sem exigir grandes intervenções.**

**Em 2011, a International Federation of Diabetes (IFD) introduziu a cirurgia metabólica nos algoritmos de tratamento de DMT2 como alternativa para pacientes com IMC entre 30 kg/m<sup>2</sup> e 35 kg/m<sup>2</sup> desde que a doença não tenha sido controlada apesar de tratamento medicamentoso otimizado e associada a fatores de risco para doença cardiovascular. Nos anos de 2013 e 2014, a American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) e a International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO), respectivamente, recomendaram a cirurgia para pacientes com diabetes, sem controle da doença após tratamento clínico e mudança no estilo de vida. O National Institute for Health and Care Excellence (NICE) passou a recomendar, em 2014, o tratamento cirúrgico para pacientes com mesmo perfil desde que o diagnóstico da doença seja inferior a 10 anos. No Brasil, em 2017 o Conselho Federal de Medicina (CFM) normatizou a cirurgia metabólica. Considera-se como cirurgia metabólica qualquer intervenção do tubo digestivo, que tem como finalidade tratar doenças metabólicas, como o DMT2 e a obesidade, por meio da modificação do sistema digestivo e é indicada no**

- tratamento de pacientes que possuem DMT2, com IMC entre 30 Kg/m<sup>2</sup> a 35 Kg/m<sup>2</sup>,**
- idade mínima de 30 anos e máxima de 70 anos,**
- pelo menos de dez anos de diagnóstico de diabete,**
- indicação cirúrgica precisa ser feita por dois médicos especialistas em endocrinologia,**
- parecer demonstrando que o paciente apresentou resistência ao tratamento clínico com antidiabéticos orais e/ou injetáveis, mudanças**

no estilo de vida e que compareceu ao endocrinologista por no mínimo dois anos ou sejam, ausência de resposta ao tratamento clínico,  
- ausência de contraindicações para a cirurgia

Na cirurgia metabólica ocorre o mesmo procedimento da cirurgia bariátrica. A diferença entre cirurgia metabólica e a bariátrica essencialmente está no objetivo destas, a cirurgia metabólica visa o controle da doença, pelo controle dos níveis de séricos de glicose, a melhora da saúde metabólica e a promoção da perda de peso. Já a cirurgia bariátrica tem como objetivo a perda de peso, com as metas para contenção das doenças, como o diabetes e hipertensão, em segundo plano. O CFM definiu também que a cirurgia metabólica para **pacientes com DM2 se dará, prioritariamente, por bypass gástrico com reconstrução em Y-de-Roux (BGYR).** Somente **em casos de contraindicação ou desvantagem da BGYR,** a gastrectomia vertical (GV) será a opção disponível. **Nenhuma outra técnica cirúrgica é reconhecida para o tratamento desses pacientes.** A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) e o Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva (CBCD) **propõem a indicação de tratamento cirúrgico para DM2 não controlado através do Escore de Risco Metabólico.**

| ESCORE DE RISCO METABÓLICO                    |  |
|---|--|
| Indicadores obrigatórios                      | Diagnóstico de DMT2  |
|   | Idade entre 30-65 anos   |
|   | IMC $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup>  |
|   | Peptídeo C basal > 1 ng/dl e anti-GAD negativo   |
| Indicadores complementares                    | Hemoglobina glicada 2 pontos acima do valor de referência do método, a despeito de tratamento clínico regular. |
|   | Indicação cirúrgica referendada pela equipe multiprofissional  |
|   | IMC: 30-30,9 kg/m <sup>2</sup> : 0 pontos  |
|   | 31-31,9 kg/m <sup>2</sup> : + 1 ponto  |
|   | 32-32,9 kg/m <sup>2</sup> : + 2 pontos   |
|   | 33-33,9 kg/m <sup>2</sup> : + 3 pontos   |
|   | 34-34,9 kg/m <sup>2</sup> : + 4 pontos   |
|   | Albuminúria > 30mg/g de creatinina em amostra isolada: + 1 ponto   |
|   | Peptídeo C após teste de refeição mista maior que 50% do basal: + 1 ponto                                      |
|   | Hipertensão arterial sistêmica: + 1 ponto  |
|   | Dislipidemia: + 1 ponto  |
|   | Evidência de doença macrovascular: + 1 ponto   |
|   | Doença gordurosa hepática não alcoólica: + 1 ponto   |
|   | Apneia do sono comprovada: + 1 ponto   |
| Tempo de diabetes: 2-5 anos: + 2 pontos       |  |
| 5-10 anos: + 1 ponto                          |  |
| > 10 anos: -1 ponto (negativo)                |  |
| > 15 anos: - 2 pontos (negativo)              |  |
| Uso de Insulina > 5 anos: -1 ponto (negativo) |  |

Fica estabelecido que para ter indicação cirúrgica, o paciente deve preencher todos os critérios obrigatórios, com o total igual ou maior que 7 pontos dos indicadores complementares.  
A derivação gastrojejunal em Y-de-Roux será a técnica indicada, exceto diante de contraindicações, quando então a gastrectomia vertical deve ser considerada.

No Brasil a **cirurgia metabólica no caso de DMT2, não foi recomendada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Em seu relatório considerou que os achados dos estudos de controle glicêmico (redução de HbA1c), demonstrou significativa redução para o grupo submetido a cirurgia, porém em uma amostra pequena com acompanhamento por apenas um ano, o que limita a capacidade de generalização desses achados. Os estudos apontam a necessidade de estudos adicionais para avaliação dos efeitos da cirurgia bariátrica em pacientes com DMT2 e IMC entre 30 e 35 Kg/m<sup>2</sup> com um tamanho de amostra maior e com acompanhamento a médio e longo prazo. A evidência oriunda destes estudos apresenta grau de evidencia 2B e recomendação C segundo a classificação Oxford Centre for Evidence Based Medicine por serem provenientes de um estudo de coorte retrospectivo e de ensaio clínico cujo objetivo não foi comparar a subpopulação de interesse. Cabe ressaltar também que um estudo de, que acompanhou por 5 anos a coorte do ensaio clínico DSS, mostrou que a proporção de remissão do diabetes no grupo submetido à cirurgia se reduziu de 16% no segundo ano de seguimento para 4% ao**

final dos 5. Em conjunto, estes fatos sugerem que a generalização dos achados destes estudos para a população num longo prazo é incerta. No SUS este procedimento não foi incorporado até o momento, e apenas o Distrito Federal incorporou este procedimento em sua rede conveniada do SUS, obedecendo as indicações padronizadas pelas SBCBM. Já 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 cobertura obrigatória pelos planos de Saúde e e está incorporada ao SUS descrita no PCDT da obesidade. É 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  $\geq 50$  kg/m<sup>2</sup>, chamado de superobeso e aqueles IMC  $\geq 60$  Kg/m<sup>2</sup> pacientes super superobeso como neste caso, a despeito do risco maior de complicações;**
- **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: 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.

**Conclusão:** trata-se de paciente 60anos, com diabetes tipo 2, desde os 37 anos, de difícil controle e predomínio de adiposidade abdominal grau (IMC 27,7kg/m<sup>2</sup>), associada, hipertensão arterial, nefropatia diabética com perda da função renal, e risco de evolução para diálise, retinopatia diabética proliferativa, disfunção erétil, esteato-hepatite, dislipidemia. Em acompanhamento endocrinológico desde 2002, submetido a vários tratamentos clínicos para diabetes, porém sem sucesso na manutenção de perda de peso e controle glicêmico. Encaminhado pelo endocrinologista em caracter excepcional para cirurgia metabólica de Fobi e Capella, como opção efetiva de tratamento do diabetes e melhoria das demais comorbidades.

A SM representa um conjunto de distúrbios metabólicos, que contemplam alto risco para o desenvolvimento de DMT2 e de DCV. A obesidade é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento da SM. O DMT2 é caracterizado por defeitos na secreção e sensibilidade da insulina resultando em hiperglicemia crônica. Os principais fatores de risco para DMT2 consistem em idade maior que 45 anos de idade, sobrepeso ou obesidade, sedentarismo, SOP, pré-diabete, diabete gestacional prévia, história familiar de DM, HAS, dislipidemia, AOS e etnia negra, indígena, hispânica/latina e asiática. Ainda, condições psiquiátricas, como depressão, ansiedade e distúrbios alimentares, estão associadas à má adesão ao tratamento medicamentoso, controle glicêmico inadequado e desenvolvimento de complicações do DMT2. As complicações, resultantes do controle inadequado da condição, podem ser classificadas em agudas e crônicas.

Sua abordagem terapêutica baseia-se no tratamento não medicamentoso, com mudança de estilo de vida e no tratamento

**medicamentoso. O objetivo principal do tratamento consiste em melhorar a qualidade de vida e prevenir complicações da doença. Manter as metas glicêmicas e iniciar o tratamento precoce são fundamentais para garantir um bom prognóstico dos pacientes. Devido à complexidade da doença e visando a atingir o objetivo do tratamento do DMT2, as metas terapêuticas são múltiplas e consistem não apenas no controle glicêmico, mas também em perda de peso, se necessário, controle de outros fatores de risco cardiovasculares (como HAS e dislipidemia) e tratamento das complicações já estabelecidas.**

**A modificação de hábitos de vida, com perda de peso é fundamental em indivíduos com DMT2 e com pré-DMT2. Uma perda de 3% a 7% de peso melhora a glicemia e outros fatores de risco cardiovasculares, e uma perda sustentada maior que 10% do peso pode levar a benefícios maiores como diminuição da progressão da doença com possível remissão do DMT2, além de diminuir desfechos cardiovasculares e mortalidade. Vale ressaltar que a despeito da recomendação de perda ponderal, o IMC não representa a ferramenta de escolha do tratamento no diabético, já que não reflete a distribuição do tecido adiposo e não discrimina as diferenças em relação à raça, gênero, idade e composição corporal. Ainda que exista uma relação entre o aumento de peso e maior incidência de DMT2, o que mais importa para a maior incidência de DMT2 e dos outros componentes da SM é a distribuição da gordura, aliados a predisposição genética sendo que o acúmulo abdominal o fator que preponderante.**

**O tratamento medicamentoso deve ser individualizado, de acordo com as características do paciente, gravidade e evolução da doença. Aqueles diagnosticados há 3 meses ou mais ou com fatores de risco, o tratamento medicamentoso associado a mudanças de estilo de vida deve ser iniciado precocemente. Apesar desta abordagem, geralmente as metas do tratamento não são atingidas. Há dificuldade para o manejo do DMT2, que inclui a própria característica da doença, o acesso as novas**

**medicações e a aderência dos pacientes ao tratamento, além do alto custo das insulinas e drogas de últimas gerações. Estudos mostram que no Brasil cerca de 70% dos pacientes com DMT2 não apresentavam seu controle glicêmico.**

**Neste cenário, o avanço no tratamento da obesidade e da SM a cirurgia metabólica surge como maneira efetiva e duradoura para atingir o controle de fatores de risco metabólico e promover adequada perda de peso, colaborando para melhora dos resultados na obesidade grau I e DMT2. Estudos que avaliaram a cirurgia bariátrica em pacientes com DMT2 como doença associada, demonstraram a obtenção do controle glicêmico muito antes de perda ponderal importante e outros efeitos antidiabéticos diretos das operações, independentes da perda de peso. A perda ponderal é importante para controlar o diabetes em longo prazo, mas parece ser um desejado efeito colateral e não objetivo primário para a melhora dos problemas glicêmicos. As investigações observaram que a cirurgia bariátrica tinha um efeito metabólico que promove alterações no trânsito intestinal, que levam à produção de hormônios intestinais, como o GLP-1, que estimulam o pâncreas a produzir insulina, surgindo assim a expressão de cirurgia metabólica. Ensaios clínicos e metanálises indicam que a cirurgia metabólica pode induzir a remissão do DMT2 em uma porcentagem significativa de pacientes, com taxas superiores ao tratamento convencional, e os benefícios permanecem a longo prazo, com trabalhos podendo iniciar falhas a partir do 5º ano da cirurgia. Também descrevem melhora outros indicadores de saúde, como pressão arterial, colesterol e lipídios, e pode ajudar a prevenir complicações do diabetes, embora os resultados para as complicações microvasculares sejam variados. Estudos demonstram, que a cirurgia ocasionou maiores reduções de IMC, HbA1c, hipertensão arterial, LDL e triglicerídeos do que as intervenções clínicas. Eventos cirúrgicos adversos foram relativamente baixos; a mortalidade cirúrgica foi de 0,0-0,3%, semelhante a dados históricos para pacientes com IMC  $\geq 35$  kg/ m<sup>2</sup>; e**

a maioria das complicações cirúrgicas não foram graves, sem exigir grandes intervenções.

Em 2011, a IFD introduziu a cirurgia metabólica nos algoritmos de tratamento de DMT2 como alternativa para pacientes com IMC entre 30 e 35 kg/m<sup>2</sup> desde que a doença não tenha sido controlada apesar de tratamento medicamentoso otimizado e associada a fatores de risco para doença cardiovascular. Nos anos de 2013 e 2014, a ASMBS e IFSO, respectivamente, recomendaram a cirurgia para pacientes com diabetes, sem controle da doença após tratamento clínico e mudança no estilo de vida. O NICE passou a recomendar, em 2014, o tratamento cirúrgico para pacientes com mesmo perfil desde que o diagnóstico da doença seja inferior a 10 anos. No Brasil, em 2017 o CFM normatizou a cirurgia metabólica. Considera-se como cirurgia metabólica qualquer intervenção do tubo digestivo, que tem como finalidade tratar doenças metabólicas, como o DMT2 e a obesidade, por meio da modificação do sistema digestivo e é indicada

- tratamento de pacientes que possuem DMT2, com IMC entre 30 Kg/m<sup>2</sup> a 35 Kg/m<sup>2</sup>,
- idade mínima de 30 anos e máxima de 70 anos,
- pelo menos de dez anos de diagnóstico de diabete,
- indicação cirúrgica precisa ser feita por dois médicos especialistas em endocrinologia,
- parecer demonstrando que o paciente apresentou resistência ao tratamento clínico com antidiabéticos orais e/ou injetáveis, mudanças no estilo de vida e que compareceu ao endocrinologista por no mínimo dois anos ou sejam, ausência de resposta ao tratamento clínico,
- ausência de contraindicações para a cirurgia

Na cirurgia metabólica ocorre o mesmo procedimento da cirurgia bariátrica. A diferença entre cirurgia metabólica e a bariátrica essencialmente está no objetivo destas, a cirurgia metabólica visa o controle da doença, pelo controle dos níveis de séricos de glicose, a

**melhora da saúde metabólica e a promoção da perda de peso. Já a cirurgia bariátrica tem como objetivo a perda de peso, com as metas para contenção das doenças, como o diabetes e hipertensão, em segundo plano. O CFM definiu também que a cirurgia metabólica para pacientes com DM2 se dará, prioritariamente, por BGYR. A SBCBM, CBC e CBCD propõem a indicação de tratamento cirúrgico para DMT2 não controlado através do Escore de Risco Metabólico**

**No Brasil a cirurgia metabólica no caso de DMT2, foi analisada pela ANS, não sendo recomendada sua incorporação no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. ANS considerou em seu relatório que os achados dos estudos de controle glicêmico (redução de HbA1c), demonstrou significativa redução para o grupo operado, porém em uma amostra pequena com acompanhamento por apenas um ano, o que limita a capacidade de generalização desses achados e os estudos apontam a necessidade de estudos adicionais para avaliação dos efeitos da cirurgia bariátrica em pacientes com DMT2 e IMC entre 30 e 35 Kg/m<sup>2</sup> com um tamanho de amostra maior e com acompanhamento a médio e longo prazo. A evidência oriunda destes estudos apresenta grau de evidencia 2B e recomendação C, pois são provenientes de um estudo de coorte retrospectivo e de ensaio clínico cujo objetivo não foi comparar a subpopulação de interesse. Cabe ressaltar também que estudo, o qual acompanhou por 5 anos a coorte do ensaio clínico DSS, mostrou que a proporção de remissão do diabetes no grupo submetido à cirurgia se reduziu de 16% no 2º ano de seguimento para 4% ao final de 5 anos. Em conjunto, estes fatos sugerem que a generalização dos achados destes estudos para a população num longo prazo é incerta. No SUS este procedimento não foi incorporado até o momento, e apenas o Distrito Federal incorporou este procedimento em sua rede conveniada do SUS, obedecendo as indicações padronizadas pelas SBCBM. Já a cirurgia bariátrica é o método mais utilizado para o tratamento da obesidade, IMC acima de 30 Kg/m<sup>2</sup> sendo o mais efetivo**

para obesidade grau III tem cobertura obrigatória pelos planos de Saúde e está incorporada ao SUS descrita no PCDT da obesidade.

Assim o caso em tela não preenche os critérios definidos o consensos e guidelines para cirurgia da obesidade mórbida e nem para a cirurgia metabólica. Ainda que fosse elegível, conforme os critérios estabelecidos, este procedimento não está disponível no SUS para o tratamento do DMT2 e nem na ANS, a qual avaliou esta incorporação, sendo desfavoráveis a sua incorporação.

#### **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. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do complexo Econômico Industrial da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 7, de 28 de Fevereiro de 2024. Torna publica a decisão de atualizar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Diabete Melito Tipo 2. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/PCDTDM2.pdf>

9. Campos J, Ramos A, Szego T, Ziberstein B, Feitosa H, Cohen R. The role of metabolic surgery for patients with obesity grade I and type 2 diabetes not controlled clinically **ABCD** 2016;29(Supl.1):102-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/BpWDpk54pTpgkYbVGZsDy9m/format=pdf&lang=pt>
10. le Roux CW, Aylwin SJ, Batterham RL, Borg CM, Coyle F, Prasad V, Shurey S, Ghatei MA, Patel AG, Bloom SR. Gut hormone profiles following bariatric surgery favor an anorectic state, facilitate weight loss, and improve metabolic parameters. **Ann Surg**. 2006 Jan;243(1):108-14. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1449984/>
11. Anderwald CH, Tura A, Promintzer-Schifferl M, Prager G, Stadler M, Ludvik B, Esterbauer H, Bischof MG, Luger A, Pacini G, Krebs M. Alterations in gastrointestinal, endocrine, and metabolic processes after bariatric Roux-en-Y gastric bypass surgery. **Diabetes Care**. 2012;35(12):2580-7. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3507557/pdf/2580.pdf>
12. Arterburn DE, Bogart A, Sherwood NE, Sidney S, Coleman KJ, Haneuse S, O'Connor PJ, Theis MK, Campos GM, McCulloch D, Selby J. A multisite study of long-term remission and relapse of type 2 diabetes mellitus following gastric bypass. **Obes Surg**. 2013;23(1):93-102. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4641311/pdf/nihms-733050.pdf>
13. Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, Wolski K, Brethauer SA, Navaneethan SD, Aminian A, Pothier CE, Kim ES, Nissen SE, Kashyap SR; STAMPEDE Investigators. Bariatric surgery versus intensive medical therapy for diabetes--3-year outcomes. **N Engl J Med**. 2014;22:370(21):2002-13. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5451259/pdf/nihms599522.pdf>
14. Sha Y, Huang X, Ke P, Wang B, Yuan H, Yuan W, Wang Y, Zhu X, Yan Y. Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass Versus Sleeve Gastrectomy for Type 2 Diabetes Mellitus in Nonseverely Obese Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. **Obes Surg**. 2020;30(5):1660-70. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31912466/>

15. Guraya SY, Strate T. Surgical outcome of laparoscopic sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass for resolution of type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. **World J Gastroenterol.** 2020;26(8):865-76. Disponível em:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7052530/>

16. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Notícias Diabetes: Hran celebra oferta de cirurgia metabólica pela rede pública do DF Disponível em:

<https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/diabetes-hran-celebra-oferta-de-cirurgia-metabolica-pela-rede-publica-do-df>

17. Agencia Nacional de Saúde Suplementar - ANS Arualização do rol de Procedimentos e Eventos em saúde Ciclo 2019/2020. UAT no 153. Relatório de análise crítica de Proposta de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde: Gastroplastia (cirurgia bariátrica) por videolaparoscopia ou por via laparotômica para o tratamento de Diabetes Mellitus Tipo 2. junho, 2020. Disponível em:

[https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp81/procedimentos/re\\_153\\_gastroplastia\\_cirurgia\\_metabolica.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp81/procedimentos/re_153_gastroplastia_cirurgia_metabolica.pdf)

**V - DATA:**

12/09/2025 NATJUS - TJMG