

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª Vara Cível

COMARCA: Belo Horizonte

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2023.0004693

IDADE: 38 anos

Sexo: Feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10 E66

PEDIDO DA AÇÃO: Procedimento: Cirurgia bariátrica da requerente, por ter obesidade mórbida com comorbidades.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Alegações sobre o pedido da autora: a autora afirma ter 126 quilos, 1,70 de altura e IMC 43,59, tendo desenvolvido uma série de comorbidades.

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 57.081

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Quesitos a serem respondidos: 01 - O tratamento é eficaz e recomendado para o caso da paciente? 02 - O tratamento é considerado urgente/imprescindível para a cura ou melhora da paciente? 03 - A demora na realização do procedimento poderá ocasionar sequelas e/ou lesões irreversíveis ou piora do quadro de saúde da paciente? 05 - Existem outros tratamentos considerados eficazes para a paciente?

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentação médica apresentada, sem data trata-se de **EPR, 58 anos, em tratamento pela Saúde Suplementar Unimed BH, com diagnóstico obesidade grau III (peso 126 quilos, 1,70 de altura e IMC 43,59kg/m²), refratária ao tratamento clínico, endoscópico e cirúrgico. Passado de cirurgia bariátrica por laparotomia pela técnica de Fobi-Capella com anel cirúrgico de restrição. Apresentando ganho de peso com síndrome metabólica, doença de refluxo gastroesofágico, hérnia de hiato de deslizamento, anel cirúrgico de restrição deslocado e rompido, bolsa gástrica e anastomose gastrojejunal alargadas.**

Apresenta grande impacto físico e emocional pelo excesso de peso. Tem indicação de cirurgia bariátrica revisional, por videolaparoscopia, com intuito de tratar a obesidade e suas consequências: síndrome metabólica, hérnia de hiato, doença do refluxo gastroesofágico e remoção do anel cirúrgico de restrição.

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/m². Aquele que apresentam IMC entre 25 a 29,9 kg/m² são considerados com sobrepeso (pré-obeso) e os com IMC superiores a 30 kg/m² obesos. A obesidade mórbida é definida em dimensões de IMC na faixa entre 40 e 50 kg/m² superobesidade para IMCs acima de 50 kg/m². 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/m², o II entre 35 e 39,99kg/m² e o III maiores que 40kg/m².

Como doença crônica multifatorial e importante fator de risco, é tratada de forma integrada às ações previstas em políticas como a de enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis, a de alimentação e nutrição, saúde na escola e a de práticas integrativas e complementares. Seu tratamento convencional baseia-se em promover estilo de vida mais saudável, com menor ingestão de calorias e aumento da atividade física, que, muitas vezes não surte efeito, sendo necessária intervenção cirúrgica. No Sistema Único de Saúde - SUS, a linha de cuidado integral ao obeso está organizada e estruturada na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas e inclui ações de promoção, prevenção e assistência à saúde coordenada pela atenção

básica e articuladas com atendimento de alta complexidade, conforme o estado nutricional do indivíduo **segundo o IMC para adultos, o que se repete na maioria dos demais sistemas, como o da Saúde Suplementar.** Assim na **Saúde Suplementar** cabe a atenção ambulatorial prestar a assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m², de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas. Para indivíduos que se enquadram nesse estrato: **IMC > 30 kg/m² com presença de 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.**

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. 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/m²;

- **Pacientes de IMC 40 a 49,9 Kg/m², 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/m² até 39,9 kg/m² 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.**

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 segmento 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. 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/m² e o peso pré-operatório em Kg/m²). **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.

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; mas, 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.

Em geral após o primeiro ano da cirurgia bariátrica os pacientes perdem em média 45% do seu peso. Muitos pacientes não estão preparados para lidar com tal excesso de pele, o que pode levar ao declínio na qualidade de vida e ao aumento do risco de reganho de peso, sendo comum ao longo dos anos retornarem ao peso original ou a valores superiores. É descrito que o reganho de peso ocorre em geral após dois anos de cirurgia, e essa recuperação é maior nos pacientes que apresentaram perda ponderal mais acentuada.

As cirurgias bariátricas podem ser divididas em cirurgias restritivas e mistas. As cirurgias restritivas são aquelas onde o único órgão modificado é o estômago e que visam provocar a redução do espaço para o alimento dentro da cavidade gástrica, assim, com uma pequena quantidade de comida o paciente terá a sensação de saciedade. As mais comuns são: **gastroplastia vertical com ou sem bandagem (Cirurgia de Sleeve)**, balão intragástrico e bandagem gástrica ajustável por vídeo. Já nas cirurgias **mistas, além do estômago, o intestino do paciente também é alterado**. Neste grupo, além do **fator restritivo** que provoca a sensação de saciedade com uma pequena quantidade de alimento, também existe um **fator disabsortivo, o qual é conseguido pela diminuição do local de absorção de nutrientes no intestino delgado**. As técnicas mistas mais conhecidas são: **derivação biliopancreática com gastrectomia distal (Cirurgia de Scopinaro) e derivação gastrojejunal em Y-de-Roux (Cirurgia de Fobi-Capella)**. A **cirurgia de Fobi-Capella é a cirurgia mais realizada no mundo para obesidade, por via aberta ou videolaparoscopia, sendo consideradas hoje o “padrão ouro” da cirurgia bariátrica**. A técnica consiste na **diminuição do estômago através de grampeamentos**, sem retirar nenhuma parte do mesmo, **realizando uma anastomose gastrojejunal a fim de desviar o conteúdo gástrico**. Assim, **reduzindo o espaço para o alimento e desviando o intestino inicial, ocorre alterações hormonais que dão saciedade e diminuem a fome**. Esses dois fatores juntos, a menor ingestão de alimentos e aumento da saciedade, **além das mudanças de hábitos de vida orientadas pela equipe multidisciplinar, levam ao emagrecimento e controlam as doenças associadas, como a hipertensão arterial e o diabetes**. Pode ser associada ou não o **anel de Silastic para reduzir para paragem de alimento**. É tida como a melhor opção segundo 50% dos cirurgiões do mundo para o tratamento da obesidade. No Brasil é a mais praticada (75%), devido a sua segurança e, principalmente, sua eficácia. A taxa de **mortalidade da gastroplastia a**

Fobi-Capella pode chegar até 1% nas grandes séries e as complicações gerais podem chegar até 40%. O tratamento das principais complicações como as fístulas ou estenoses da anastomose gastrojejunal, hematoma-serosa de parede, hérnia incisional, embolia pulmonar, obstrução intestinal por hérnia interna, náuseas e vômitos, atelectasia, **complicações do anel**, complicações metabólicas, síndrome de Dumping e colecistite cálculos **já é bem conhecido. Provoca ótima perda de peso (70% do excesso de peso), boa estabilidade do peso perdido e possibilidade de grande melhora na qualidade de vida.**

As complicações relativas ao anel são descritas como ruptura do anel, escorregamento com obstrução ou erosão do estômago com entrada do anel para a luz gástrica, sendo necessária sua retirada. Devido a essas complicações, seu uso foi limitado apenas aos casos de pacientes superobesos. Naqueles com IMC < 50, o anel não é utilizado.

O reganho de peso é, sem dúvida, um desafio enfrentado pelos cirurgiões e pela equipe multiprofissional no seguimento tardio de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos bariátricos, em particular as derivações gastrojejunais. Ocorre em 20-30% dos pacientes bariátricos, principalmente após o segundo até o sexto ano de pós operatório, quando em geral já atingiram o peso do pré operatório. Diversos fatores são apontados como preditivos para a ocorrência de reganho ponderal, tais como hábitos alimentares inadequados, dilatação da bolsa gástrica, redução da atividade física e adaptações hormonais. A forma como o conjunto de fatores relacionados ao processo de emagrecimento interagem é que determina os resultados da operação sobre o peso corporal, em curto e em longo prazo. Importa ressaltar que o que define a significância do reganho ponderal é o comprometimento da saúde decorrente do retorno à obesidade, com risco de reincidência das comorbidades. Essa recuperação do peso após a cirurgia comprova o conceito de que obesidade é uma doença crônica, progressiva, que não tem cura e necessita de tratamento específico e

acompanhamento contínuo. Diversos fatores não cirúrgicos pessoais, grupais e de âmbito macrossocial são apontados como preditivos do ganho de peso nos pacientes submetidos Cirurgia de Forbi-Capella, dentre eles: sedentarismo (não se engajar em uma rotina de atividade física); hábitos alimentares inadequados (comer grande volume de alimentos, pouco volume de alimentos muito ricos em sal ou açúcar/farináceos; tomar bebidas alcoólicas com grande frequência); baixa adesão ao acompanhamento pós-operatório; IMC inicial muito elevado; vulnerabilidade ao ambiente gerador de obesidade; atividade laboral estimulando alimentação fora de casa; dormir mal; usar medicamentos que reduzem o gasto energético; comunicações anormais no aparelho digestivo (fístulas entre o estômago pequeno e o maior excluído). Outros aspectos como aderência ao tratamento, distúrbios psicológicos, predisposição genética, ação de incretinas e flora intestinal podem ter papel fundamental no processo de perda ou reganho de peso ao longo dos anos. Mas são principalmente a falta de mudanças no estilo de vida, nos hábitos diários e práticas dietéticas, os fatores determinantes. Assim no tratamento do reganho de peso, a intervenção deve primeiramente envolver ajustes e reforços na dieta e na atividade física. Os pacientes precisam ser orientados a seguir uma alimentação saudável com inclusão de, pelo menos, cinco porções diárias de frutas e vegetais frescos e um consumo mínimo de 60g/dia de proteína, chegando até 1,5 g/kg de peso ideal por dia. Maiores aportes diários de proteína precisam ser individualizados. Salvo contra-indicações específicas, atividade física moderada é recomendada de 150 a 300 minutos de exercício aeróbico por semana, incluindo treinamento de força 2-3 vezes por semana. Mudanças comportamentais e intervenções psicoterápicas também são necessárias. Posteriormente, terapia farmacológica e /ou cirurgia revisional estão indicadas. A cirurgia revisional pode ser uma opção para pessoas que ganharam peso significativo após a cirurgia bariátrica. No entanto, é importante notar

que a cirurgia revisional não é uma garantia da perda ou manutenção do peso e seu sucesso a longo prazo depende do comprometimento do paciente em seguir as recomendações médicas. Em geral são cirurgias mais demoradas e podem necessitar de drenos e internação em UTI. A cirurgia revisional é uma intervenção mais complexa e com maior risco de complicações do que a cirurgia bariátrica inicial e só deve ser considerada apenas como último recurso, quando outras terapias se mostraram insuficientes para manter o a perda ponderal ou para resolver complicações.

Conclusão: trata-se de paciente 38 anos, em tratamento pela Saúde Suplementar com obesidade grau III (peso 126 quilos, 1,70 de altura e IMC 43,59kg/m²), refratária ao tratamento clínico, endoscópico e cirúrgico. Passado de cirurgia bariátrica por laparotomia pela técnica de Fobi-Capella com anel cirúrgico de restrição. Apresentando reganho de peso com síndrome metabólica, doença de refluxo gastroesofágico, hérnia de hiato de deslizamento, anel cirúrgico de restrição deslocado e rompido, bolsa gástrica e anastomose gastrojejunal alargadas. Apresenta grande impacto físico e emocional pelo excesso de peso. Tem indicação de cirurgia bariátrica revisional, por videolaparoscopia, com intuito de tratar a obesidade e suas consequências: síndrome metabólica, hérnia de hiato, doença do refluxo gastroesofágico e remoção do anel cirúrgico de restrição.

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 inclui-se HAS. Está relacionada com o desenvolvimento da insuficiência cardíaca congestiva, artropatias, hipoventilação, dislipidemia e aterosclerose, contribuindo, assim, para maior risco de morbimortalidade por DCV. O para aqueles pacientes que apresentem IMC > 30 kg/m² inclui 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, melhora a qualidade e tempo de vida do obeso, resolvendo problemas de ordem psicossocial e física que o excesso de peso acarreta. Em geral após o primeiro ano da cirurgia bariátrica os pacientes perdem em média 45% do seu peso. A quantidade real de peso que um paciente perde após a cirurgia depende de vários fatores, entre eles: idade do paciente, peso antes da cirurgia, condições gerais de saúde, procedimento cirúrgico realizado, capacidade de fazer exercícios físicos no pós-operatório, compromisso de manter as instruções relativas a dietas e outros cuidados, motivação do paciente e cooperação da família/ amigos e o suporte da equipe multidisciplinar.

Dentro das técnicas da cirurgia bariátrica a cirurgia padrão ouro é a cirurgia de Fobi-Capella, que além do estômago, o intestino do paciente também é alterado, gerando um fator restritivo gástrico e um disabsortivo intestinal. Pode ser associada ou não o anel de Silastic para reduzir para paragem de alimento. A taxa de mortalidade da gastroplastia a Fobi-Capella pode chegar até 1% nas grandes séries e as complicações gerais podem chegar até 40%. O tratamento das principais complicações como as fístulas ou estenoses da anastomose gastrojejunal, hematoma-serosa de parede, hérnia incisional, embolia pulmonar, obstrução intestinal por hérnia interna, náuseas e vômitos, atelectasia, **complicações do anel**, complicações metabólicas, síndrome de Dumping e colecistite cálculos **já é bem conhecido**.

As complicações relativas ao anel são descritas como ruptura do anel, escorregamento com obstrução ou erosão do estômago com entrada do anel para a luz gástrica, sendo necessária sua retirada. Devido a essas complicações, seu uso foi limitado apenas aos casos de pacientes superobesos. Naqueles com IMC < 50, o anel não é utilizado.

O reganho de peso é, sem dúvida, um desafio enfrentado pelos cirurgiões e pela equipe multiprofissional no seguimento tardio de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos bariátricos, em

particular as derivações gastrojejunais. Ocorre em 20-30% dos pacientes bariátricas, principalmente após o segundo até o sexto ano de pós operatório, quando em geral já atingiram o peso do pré operatório. Diversos fatores são apontados como preditivos para a ocorrência de reganho ponderal, tais como hábitos alimentares inadequados, dilatação da bolsa gástrica, redução da atividade física e adaptações hormonais.

01 - O tratamento é eficaz e recomendado para o caso da paciente? A obesidade é uma doença crônica, progressiva, que não tem cura e necessita de tratamento específico e acompanhamento contínuo. Nos protocolos, consensos e diretrizes tanto da Saude Suplementar, como do SUS e de outras instituições/entidades de saúde o tratamento da obesidade e síndrome metabólica baseia-se em um tratamento clínico longitudinal que inclui mudança de hábitos de vida, com estilo de vida mais saudável, realização de dieta com menor ingestão de calorias e aumento da atividade física. Orientação e apoio, realizado por profissional especializado (médico ou nutricionista), em associação da prescrição de atividade física e atenção psicológica e, se necessário, farmacoterapia, realizado ambulatorialmente. As complicações relativas ao anel como ruptura do anel, deslocamento com obstrução ou erosão do estômago com entrada do anel para a luz gástrica, são de cunho cirúrgico, que são indicativos de cirurgia revisional. Entretanto é importante ressaltar que no caso em tela há deslocamento do anel sem menção a obstrução.

02 - O tratamento é considerado urgente/imprescindível para a cura ou melhora da paciente? A recuperação do peso após a cirurgia comprova o conceito de que obesidade é uma doença crônica, progressiva, que não tem cura e necessita de tratamento específico e acompanhamento contínuo, visto que, mesmo com o tratamento clínico, farmacológico e cirúrgico, não foi possível a cura desta paciente. Assim o tratamento do reganho de peso e do deslocamento do anel sem complicações,

não tem caracter de urgência/emergência. Porém é importante ressaltar que o que define a significância do reganho ponderal é o comprometimento da saúde decorrente do retorno à obesidade, com risco de reincidência das comorbidades e síndrome metabólica. Assim o tratamento tem 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. O tratamento de relativo ao deslocamento do anel, por cirurgia de revisão não é urgente/emergente já que não levou a quadro de obstrução.

03 - A demora na realização do procedimento poderá ocasionar sequelas e/ou lesões irreversíveis ou piora do quadro de saúde da paciente? **O risco da obesidade mais importante é o desenvolvimento da SM com suas consequências DM2 e DCV como HAS e sua relação com o desenvolvimento da insuficiência cardíaca congestiva, artropatias, hipoventilação, dislipidemia e aterosclerose, levando maior risco de morbimortalidade por DCV e perda da qualidade de vida e auto-estima. O deslocamento do anel não consiste em risco para a paciente já que não há relato neste caso, de obstrução, complicação relativa ao descolamento e que impediria a correta nutrição da paciente e o curso de reganho de peso.**

04- Existem outros tratamentos considerados eficazes para a paciente? **Nos protocolos, consensos e diretrizes tanto da Saude Suplementar, como do SUS e de outras instituições/entidades de saúde o tratamento da obesidade e síndrome metabólica baseia-se em um tratamento clínico longitudinal que inclui mudança de hábitos de vida, com estilo de vida mais saudável, realização de dieta com menor ingestão de calorias e aumento da atividade física. Orientação e apoio, realizado por profissional especializado (médico ou nutricionista), em associação da prescrição de atividade física e atenção psicológica e, se necessário, farmacoterapia, realizado ambulatorialmente, podendo assim reverter o reganho do peso. O reganho de peso é, sem dúvida, um desafio**

enfrentado pelos cirurgiões e pela equipe multiprofissional no seguimento tardio de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos bariátricos, em particular as derivações gastrojejunais. Ocorre em 20-30% dos pacientes bariátricas, principalmente após o segundo até o sexto ano de pós operatório, quando em geral já atingiram o peso do pré operatório. Diversos fatores são apontados como preditivos para a ocorrência de reganho ponderal, tais como hábitos alimentares inadequados, dilatação da bolsa gástrica, redução da atividade física e adaptações hormonais. Essa recuperação do peso após a cirurgia comprova o conceito de que obesidade é uma doença crônica, progressiva, que não tem cura e necessita de tratamento específico e acompanhamento contínuo. Diversos fatores não cirúrgicos pessoais, grupais e de âmbito macrossocial são apontados como preditivos do ganho de peso nos pacientes submetidos Cirurgia de Forbi-Capella, dentre eles: **sedentarismo** (não se engajar em uma rotina de atividade física); **hábitos alimentares inadequados** (comer grande volume de alimentos, pouco volume de alimentos muito ricos em sal ou açúcar/farináceos; tomar bebidas alcoólicas com grande frequência); **baixa adesão ao acompanhamento pós-operatório**; **IMC inicial muito elevado**; **vulnerabilidade ao ambiente gerador de obesidade**; **atividade laboral estimulando alimentação fora de casa**; **dormir mal**; **usar medicamentos que reduzem o gasto energético**; **comunicações anormais no aparelho digestivo** (fístulas entre o estômago pequeno e o maior excluído). **Outros aspectos como aderência ao tratamento, distúrbios psicológicos, predisposição genética, ação de incretinas e flora intestinal podem ter papel fundamental no processo de perda ou reganho de peso ao longo dos anos.** Mas são principalmente a **falta de mudanças no estilo de vida, nos hábitos diários e práticas dietéticas, os fatores determinantes.** Assim no tratamento do reganho de peso, a **intervenção deve primeiramente envolver ajustes e reforços na dieta e na atividade física.** Os pacientes precisam ser orientados a seguir uma

alimentação saudável com inclusão de, pelo menos, cinco porções diárias de frutas e vegetais frescos e um consumo mínimo de 60g/dia de proteína, chegando até 1,5 g/kg de peso ideal por dia. Maiores aportes diários de proteína precisam ser individualizados. Salvo contra-indicações específicas, **atividade física moderada é recomendada de 150 a 300 minutos de exercício aeróbico por semana, incluindo treinamento de força 2-3 vezes/semana. Mudanças comportamentais e intervenções psicoterápicas também são necessárias. Posteriormente, terapia farmacológica e/ou cirurgia revisional estão indicadas. A cirurgia revisional pode ser uma opção para pessoas que ganharam peso significativo após a cirurgia bariátrica. No entanto, é importante notar que a cirurgia revisional não é uma garantia da perda ou manutenção do peso e seu sucesso a longo prazo depende do comprometimento do paciente em seguir as recomendações médicas. Em geral são cirurgias mais demoradas e podem necessitar de drenos e internação em UTI. A cirurgia revisional é uma intervenção mais complexa e com maior risco de complicações do que a cirurgia bariátrica inicial e só deve ser considerada apenas como último recurso, quando outras terapias se mostraram insuficientes para manter o a perda ponderal ou para resolver complicações. No caso do deslocamento do anel isoladamente a cirurgia revisional é a única forma de tratamento.**

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
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.

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

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/acesso-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. Caldeira TPD, Domingos NAM, Miyaza, MC de OS. Fatores associados ao reganho de peso após cirurgia bariátrica/ Factors associated with weight regain after bariatric surgery. **Brazilian Journal of Health Review**, 2020;3(1):883–900. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/6708>.

9. Ilias EJ. Quais as complicações mais frequentes da gastroplastia a Fobi-Capella? Como tratá-las? **Rev Assoc Med Bras**. 2011; 57(4):365-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/kxRyHkYW7zdcdpQcpMMvqvJ/?format=pdf>

10. Deve JLM, Novais PO, Oliveira Junior N. Técnicas em cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura. **Revista Ciência & Saúde** 2012;5(2):132-40. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrcs=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwid4eeK1NCEAxVPppUCHcKjBIQQFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Frevistaseletronicas.pucrs.br%2Fojs%2Findex.php%2Ffaenfi%2Farticle%2Fview%2F10966%2F8206&usg=AOvVaw1R1Y Y8MJEidPNatF91eUuF&opi=89978449>

11. Colquitt JL, Pickett K, Loveman E, Frampton GK. Surgery for weight loss in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014, Issue 8. Art. No.: CD003641. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003641.pub4/epdf/full>.

12. Marchesini SD, Antunes MV. Fatores grupais e sociais que influenciam no reganho de peso, em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Bol

Acad Paul Psicol. 2020;40(98):100-8. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v40n98/a11v40n98.pdf>

13. Bastos ECL, Barbosa EMWG, Soriano GMS, Santos EA, Vasconcelos SMLFatores determinantes do reganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **ABCD**. 2013;26(S1):26-32. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/DDRgwNxPh36fWZzyvyFNhVf/?format=pdf&lang=pt>

14. Costa AC, Vasconcelos AJR, Coelho MDG, Ferreira G. Incidência de reganho de peso em grupo de pacientes pós cirurgia bariátrica e fatores associados. Research, Society and Development, 2022;11(9):e100119314 Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/361837796_Incidencia_de_reganho_de_peso_em_grupo_de_pacientes_pos_cirurgia_bariatrica_e_fatores_associados.

15. Lugarinho L. Reganho de peso. Do tratamento clínico a cirurgia revisional. **Revista ABESO**. 202;109:6-9. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2021/05/PARA-SITE-Abeso109.pdf>.

16. Mouawad C, Dahboul H, Chamaa B, Osseis M, Noun R, Chakhtoura G. One anastomosis gastric bypass vs sleeve gastrectomy as a revisional bariatric surgery for weight loss failure after primary restrictive procedure. **Asian J Endosc Surg**. 2024;17(1):e13248. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37750456/>

16. Quezada N, Hernández J, Pérez G, Gabrielli M, Raddatz A, Crovari F. Laparoscopic sleeve gastrectomy conversion to Roux-en-Y gastric bypass: experience in 50 patients after 1 to 3 years of follow-up. **Surg Obes Relat Dis**. 2016;12(8):1611-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27521255/>.

V - DATA:

29/02/2023 NATJUS - TJMG