

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 19ª Camara Cível

COMARCA: Conceição do Rio Verde

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

IDADE: 28 anos.

Sexo Feminino

PEDIDO DA AÇÃO: Colocar balão gástrico

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: E66

FINALIDADE/INDICAÇÃO: a fim de estancar seu sofrimento e evitar um mal maior

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRESS 22.154/6ª Região
CRMMG 52.289, 58.137, 60.280

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2023.0003657

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

para elaborar, com urgência, parecer referente ao caso, mormente em relação à enfermidade da parte agravada e a urgência e necessidade do procedimento vindicado.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatórios médicos e psicológicos datados de 07/12/2022, 25/07/2022, 30/08/2022, 25/10//2022, 01/11/2022 e 19/12/2022, trata-se de LS, **28 anos, com histórico de obesidade grave, super obesa, (IMC67) hipertensão arterial, hérnia abdominal volumosa e acompanhamento multidisciplinar da Estratégia de Saúde da Família (ESF), médico, enfermagem, nutricionista e educador físico. Já emagreceu 14 quilos, estando atualmente com 188quilos, porém mantendo fortes dores abdominais. Necessita de colocar balão já que seu peso atual é impossível de realizar a cirurgia bariátrica com segurança e menos riscos para a paciente. Cirurgia bariátrica poderá ser realizada assim que a paciente atingir 140 quilos.**

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 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.** 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

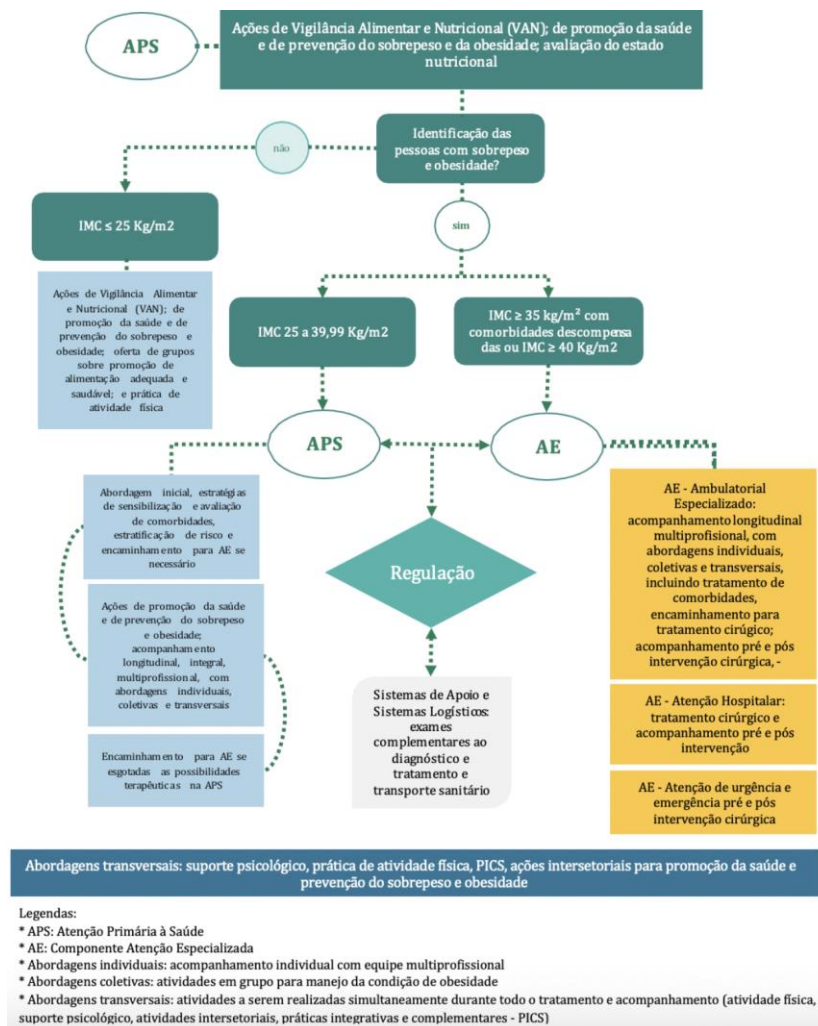
excessivo de gordura corporal, **resultante de fenômeno multifatorial que envolve diferentes dimensões: biológica, comportamental, social, cultural, de saúde pública e política.** Seu desenvolvimento da obesidade decorre de interações entre o perfil genético de maior risco, fatores sociais e ambientais, por exemplo, inatividade física, ingestão calórica excessiva, ambiente intrauterino, uso de medicamentos obesogênicos e status socioeconômico. **São insuficientes, 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/m².** **IMC entre 25 a 29,9 kg/m² é considerado como sobrepeso (pré-obeso)** e os pacientes 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 e 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, 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, devendo ser tratada de forma integrada às ações previstas em políticas de enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis, de alimentação/nutrição, saúde na escola e práticas integrativas e complementares. A linha de cuidado integral ao obeso, nos sistemas de saúde está organizada e estruturada com ações de promoção, prevenção e assistência à saúde conforme o estado nutricional do indivíduo segundo seu IMC. Levando em consideração que, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a **obesidade é tratada como fator de risco e como doença,** o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do **Sobrepeso e Obesidade em adultos do SUS** traz um conjunto de recomendações para qualificar a atuação dos gestores, das equipes e dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária para atenção aos

casos de sobrepeso e obesidade. 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) em seus **Guia Alimentar para a População Brasileira e Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira**; praticar atividade física regularmente; acolher e cuidar do lado emocional de modo a vencer o estigma da obesidade evidente nos abusos físicos e/ou verbais que os indivíduos com sobrepeso ou obesidade sofrem. Assim o **tratamento convencional baseia-se em promover estilo de vida mais saudável**, com menor ingestão de calorias e aumento da atividade física, mas que muitas vezes pode falhar.

A finalidade do tratamento da obesidade/sobrepeso é **alcançar uma série de objetivos globais em curto e longo prazo**. Assim busca os seguintes resultados: **diminuição da gordura corporal, preservando ao máximo a massa magra; promoção da manutenção de perda de peso; impedimento de ganho de peso futuro; educação alimentar e nutricional que vise à perda de peso, por meio de escolhas alimentares adequadas e saudáveis; redução de fatores de risco cardiovasculares associados à obesidade (HA, dislipidemia, pré-diabete ou DM); resultar em melhorias de outras comorbidades (apneia do sono, osteoartrite, risco neoplásico, etc.); recuperação da autoestima; aumento da capacidade funcional e da qualidade de vida**. Neste contexto, cabe a **atenção ambulatorial** prestar a assistência terapêutica **multiprofissional** aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m², de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas. Nos indivíduos com IMC acima de 30 kg/m² 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.

Fluxo de atendimento ao indivíduo com sobrepeso ou obesidade no SUS.



Fonte: Ministério da Saúde

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

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/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.

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.

O balão gástrico (BIG) é uma opção minimamente invasiva para o tratamento da obesidade que preserva a anatomia. É um recurso clínico de tratamento da obesidade que consiste na colocação de um balão de silicone no estômago, por meio de endoscopia, que preenche aproximadamente 50% da cavidade gástrica, promovendo assim a diminuição do apetite e aumento da saciedade com perda de peso. A popularidade deste dispositivo tem crescido devido ao seu perfil de segurança e bons resultados de perda de peso. Segundo a Associação Brasileira de Medicina (AMB) está indicado em paciente com: $IMC > 27kg/m^2$, sobrepeso ($IMC > 25Kg/m^2$) com esteatose hepática, $IMC > 40kg/m^2$ que não desejam ser submetidos a cirurgia bariátrica,

superobesos com IMC > 50kg/m² como terapia ponte, manutenção de perda de peso a longo prazo com dieta e exercícios supervisionados. Tem as seguintes contra-indicações: cirurgia gástrica prévia, hérnia de hiato > 5cm, anormalidades no esôfago ou na faringe ou na mucosa gastrointestinal, doença inflamatória intestinal, varizes gástricas ou esofágicas, uso de anticoagulantes sem possibilidade de interrupção, gestação, transtorno psicológico descompensado, alcoolismo ou dependência química e presença de mais de um balão gástrico simultâneo. **As evidências atualmente disponíveis relacionadas ao uso do balão intragástrico para perda de peso advém de 26 estudos entre ensaios clínicos randomizados com alto risco de viés e estudos observacionais com risco de viés sério ou crítico. O uso do balão intragástrico não apresentou diferenças na perda de peso em seis meses quando comparado a mudanças de estilo de vida (MEV) (qualidade da evidência muito baixa) e BIG preenchido com ar (qualidade baixa da evidência). O BIG apresentou superioridade limítrofe em relação ao sham em 3 meses de intervenção (qualidade da evidência muito baixa), sem heterogeneidade estatística. Quando associado a MEV, foi superior à MEV isolada na perda de peso em seis e 12 meses (qualidade moderada da evidência). Seu uso é associado à ocorrência de eventos adversos manejáveis, como dor abdominal, náuseas, vômitos, flatulência e halitose, que em geral ocorrem nas primeiras semanas após a inserção. Em alguns pacientes pode ocorrer intolerância ao dispositivo, sendo necessária retirada precoce. Este recurso não está disponível no SUS.**

Conclusão: trata-se de paciente de 28 anos, com histórico de obesidade grave, super obesa, (IMC67) hipertensão arterial, hérnia abdominal volumosa e acompanhamento multidisciplinar da Estratégia de Saúde da Família (ESF), médico, enfermagem, nutricionista e educador físico. Já emagreceu 14 quilos, estando atualmente com 188quilos, porém mantendo fortes dores abdominais. **Necessita de colocar balão**

já que seu peso atual é impossível de realizar a cirurgia bariátrica com segurança e menos riscos para a paciente. Cirurgia bariátrica poderá ser realizada assim que a paciente atingir 140 quilos.

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/m²;**
- IMC 40 Kg/m², 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/m² até 39,9 kg/m² 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.

O (BIG) é uma opção minimamente invasiva para o tratamento da obesidade que preserva a anatomia. É um recurso clínico de tratamento da obesidade que consiste na colocação de um balão de silicone no estômago, por meio de endoscopia, que preenche aproximadamente 50% da cavidade gástrica, promovendo assim a diminuição do apetite e aumento da saciedade com perda de peso. Segundo a AMB está indicado em paciente com: $IMC > 27\text{kg/m}^2$, sobrepeso ($IMC > 25\text{Kg/m}^2$) com esteatose hepática, $IMC > 40\text{kg/m}^2$ que não desejam ser submetidos a cirurgia bariátrica, **superobesos com $IMC > 50\text{kg/m}^2$ como terapia ponte, manutenção de perda de peso a longo prazo com dieta e exercícios supervisionados. **As evidências atualmente disponíveis relacionadas ao uso do balão intragástrico para perda de peso advém de 26 estudos entre ensaios clínicos randomizados com alto risco de viés e estudos observacionais com risco de viés sério ou crítico. O uso do balão intragástrico não apresentou diferenças na perda de peso em seis meses quando comparado a MEV (qualidade da evidência muito baixa) e BIG preenchido com ar (qualidade baixa da evidência). O BIG apresentou superioridade limítrofe em relação ao sham em 3 meses de intervenção (qualidade da evidência muito baixa), sem heterogeneidade estatística. Quando associado a MEV, foi****

superior à MEV isolada na perda de peso em seis e 12 meses (qualidade moderada da evidência). Seu uso é associado à **ocorrência de eventos adversos manejáveis, como dor abdominal, náuseas, vômitos, flatulência e halitose**. Em alguns pacientes pode ocorrer intolerância ao dispositivo, sendo necessária retirada precoce. **Este recurso não está disponível no SUS.**

No SUS a obesidade é considerada como doença crônica multifatorial e importante fator de risco, devendo ser **tratada de forma integrada às ações previstas em políticas de enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis, de alimentação/nutrição, saúde na escola e práticas integrativas e complementares**. A linha de cuidado integral ao obeso, nos sistemas de saúde está organizada e estruturada com ações de promoção, prevenção e assistência à saúde conforme o estado nutricional do indivíduo segundo seu IMC. Levando em consideração que, no âmbito do SUS, a obesidade é tratada como fator de risco e como doença, o PCDT do Sobrepeso e Obesidade em adultos do SUS traz um conjunto de recomendações para qualificar a atuação dos gestores, das equipes e dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária para atenção aos casos de sobrepeso e obesidade. A finalidade do tratamento da obesidade/sobrepeso é **alcançar uma série de objetivos globais em curto e longo prazo**. Assim busca os seguintes **resultados: diminuição da gordura corporal, preservando ao máximo a massa magra; promoção da manutenção de perda de peso; impedimento de ganho de peso futuro; educação alimentar e nutricional que vise à perda de peso, por meio de escolhas alimentares adequadas e saudáveis; redução de fatores de risco cardiovasculares associados à obesidade (HA, dislipidemia, pré-diabete ou DM); resultar em melhorias de outras comorbidades (apneia do sono, osteoartrite, risco neoplásico, etc.); recuperação da autoestima; aumento da capacidade funcional e da qualidade de vida**. Neste contexto, os indivíduos com IMC acima de 50 kg/m², 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. O BIG não é considerado alternativa de tratamento no PCDT Sobrepeso e Obesidade em adultos do SUS e nem como ponte de tratamento.

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://bvsms.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/storie>

- [s/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
 5. Entidades de Fiscalização do Exercício das profissões Liberais. Conselho Federal de Medicina. Resolução N^o 2.131, de 12 de novembro de 2015. Altera o anexo da Resolução CFM n^o 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^o 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.
 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
 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>.
 9. Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Ciclo 2019/2020 N UAT 101. Tecnologia em saúde Balão intragástrico. Indicação de uso Redução de peso em pacientes adultos com IMC maior ou igual que

35kg/m². Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacaoparticipacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp81/procedimentosre_101_balao_intragastrico.pdf

10. Associação Médico Brasileira. Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva. Balão intrgástrico endoscópico suas indicações. Janeiro/2021. Disponível: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2021/08/BALAO-INTRAGASTRICO-ENDOSCOPICO-FINAL-08.03.2021.pdf>

11. Brunaldi VO, Galvão Neto M. Adjustable intragastric balloon for obesity. **thelancet.com**. 2022; 399(4):2099. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00463-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00463-9/fulltext)

12. Abu Dayyeh BK, Maselli DB, Rapaka B, Lavin T, Noar M, Hussan H, Chapman CG, Popov V, Jirapinyo P, Acosta A, Vargas EJ, Storm AC, Bazerbachi F, Ryou M, French M, Noria S, Molina D, Thompson CC. Adjustable intragastric balloon for treatment of obesity: a multicentre, open-label, randomised clinical trial. **Lancet**. 2021;398:1965–73. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02394-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02394-1/fulltext).

13. Galvao Neto M, Silva LB, Grecco E, Quadros LG, Teixeira A, Souza T, Scarpato J, Parada AA, Dib R, Moon R, Campos J. Brazilian Intragastric Balloon Consensus Statement (BIBC): practical guidelines based on experience of over 40,000 cases. **Surg Obes Relat Dis**. 2018;14:151–61. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1550728917309620>

V - DATA:

16/08/2023 NATJUS - TJMG