

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM. Juiz de Direito Dr. Sebastião Pereira dos Santos Neto

PROCESSO Nº.: 50232913920178130024

CÂMARA/VARA: 2ª Vara Cível

COMARCA: Belo Horizonte

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: T. C. R. B. C.

IDADE: 31 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Procedimento/Exame complementar Cirurgia bariátrica

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: E 66

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Obesidade mórbida.

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRP 04/0727; CRN 9/7.636;

CRMMG 16.478, 18.730, 20.556, 23.796, 50.374, 51.250

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2022.0002630

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

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? 04 - Existem outros tratamentos considerados eficazes para a paciente?

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentos psicológicos, nutricional e médicos apresentados, datados de 23/01/2017, 24/01/2017, 27/01/2017, 30/01/2017 09/02/2017, 14/02/2017, trata-se de TCRBC, **31 anos, com diagnóstico de de obesidade grau II, IMC 38,93 e comorbidades secundárias: lombalgia por espondilose discoartrose L5S1, condropatia por sobrecarga dos joelhos, hipotireoidismo, amenorreia por disfunção hormonal metabólica, prejuízo da auto estima e imagem, esquivia social, hipertensão arterial. Em uso regular de losartana e puran.**

Passado de várias tentativas de emagrecimento com medicamentos, dietas, exercícios, vigilantes do peso sem sucesso. Solicitação de cirurgia bariátrica desde 2017 ao convênio Promed Assistência Médica, tendo submetida a propedeutica prévia pré-operatória envolvendo risco cirúrgico, avaliação cardiológica, ortopédica, ginecológica, clínica, psiquiátrica, psicológica, nutricional, endoscópica e pulmonar, sem contra-indicações ao procedimento. US abdominal compatível com esteatose hepática, teste de função pulmonar e raio X de tórax normal, endoscopia digestiva alta gastrite enantematosa pré-pilórica, associada a H. pylori à biópsia. Necessita urgente de cirurgia bariátrica.

As mudanças culturais dos últimos séculos levaram a alterações dos hábitos/estilo de vida e a uma alimentação rica em carboidratos e açúcares, com redução de consumo de fibras, que resultaram e numa epidemia de obesidade. 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. 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, 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 convencional baseia-se em promover um 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.

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**
≥ 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**, 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 CFM(Conselho Federal de Medicina), **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.

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

A cirurgia 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).

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.

A Agencia Nacional de Saúde recomenda a Diretriz de Utilização (DUT), que indicam as características e as condições de saúde nas quais os ganhos e os resultados clínicos são mais relevantes para os pacientes, segundo a melhor literatura científica e os conceitos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS). **No caso da obesidade a DUT considera as indicações listadas acima**, assim como as contra-indicações. Importante destacar que, **a oscilação de peso/massa corporal e, conseqüentemente, do IMC é considerada natural no processo de tratamento clínico conservador da obesidade**, e, portanto, **não descaracteriza o cumprimento dos requisitos da DUT**. Adicionalmente, a

ANS considera suficiente a declaração do médico assistente para fins de comprovação do enquadramento do beneficiário nas condições estipuladas pela DUT, sendo a cobertura da cirurgia pelos planos de saúde considerada obrigatória nestas situações. Por fim, é relevante salientar que, no caso de planos antigos não adaptados (planos contratados até 01/01/1999 e não ajustados à Lei n.º 9.656/1998, nos termos de seu art. 35), a cobertura ao procedimento em análise somente será devida caso haja previsão nesse sentido no respectivo instrumento contratual.

Conclusão: trata-se de paciente 31 anos, com obesidade grau II, IMC 38,93 e comorbidades secundárias: lombalgia por espondilose discoartrose L5S1, condropatia por sobrecarga dos joelhos, hipotireoidismo, amenorreia por disfunção hormonal metabólica, prejuízo da auto estima e imagem, esquivas sociais, hipertensão arterial. Em uso de losartana e puran. Passado de várias tentativas de emagrecimento com medicamentos, dietas, exercícios, vigilantes do peso sem sucesso. Solicitação de cirurgia bariátrica desde 2017 ao convênio Promed Assistência Médica, tendo submetida a propedêutica prévia pré-operatória envolvendo risco cirúrgico, avaliação cardiológica, ortopédica, ginecológica, clínica, psiquiátrica, psicológica, nutricional, endoscópica e pulmonar, sem contra-indicações ao procedimento. Necessita urgente de cirurgia bariátrica.

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**
≥ 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**, 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, **sem sucesso no tratamento clínico** longitudinal realizado **por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos**.

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

Para se candidatar a cirurgia bariátrica além das indicações acima, o paciente e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso consciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-

operatória rigorosa (psicológica, nutricional, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastro-enterológica, clínica e anestésica). Também **deve se comprometer com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe.**

A Agencia Nacional de Saúde recomenda a DUT, que indicam as características e as condições de saúde nas quais os ganhos e os resultados clínicos são mais relevantes para os pacientes, segundo a melhor literatura científica e os conceitos de ATS. No caso da obesidade a DUT considera as indicações listadas acima, assim como as contra-indicações. Adicionalmente, a ANS considera suficiente a declaração do médico assistente para fins de comprovação do enquadramento do beneficiário nas condições estipuladas pela DUT, sendo a cobertura da cirurgia pelos planos de saúde considerada obrigatória nestas situações. Por fim, é relevante salientar que, no caso de planos antigos não adaptados (planos contratados até 01/01/1999 e não ajustados à Lei n.º 9.656/1998, nos termos de seu art. 35), a cobertura ao procedimento em análise somente será devida caso haja previsão nesse sentido no respectivo instrumento contratual.

No caso em tela, o tratamento proposto está indicado ao caso, como método mais utilizado para o tratamento da obesidade, já que proporciona expressiva redução ponderal (40% a 50% do excesso de peso) e do IMC, tem caracter de urgência, 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 como no caso da paciente. Assim é importante salientar que, além da indicação ao tratamento proposto, a paciente cumpriu todos os pré-requisitos necessários ao mesmo, não existindo justificativa técnica para sua negativa e espera por tantos anos pela autorização da cirurgia.

IV - REFERÊNCIAS:

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Gerência de Assistência à Saúde. Gerência Geral de Regulação Assistencial. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Parecer técnico nº12/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021. Cobertura: Gastroplastia (Cirurgia bariátrica) por videolaparoscopia ou via laparoscópica. Rio de Janeiro, 01/04/2021. 188p. 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.

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. 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>.

V - DATA:

07/02/2022 NATJUS - TJMG