Nota Técnica 380879

Data de conclusão: 25/07/2025 12:11:09

Paciente

Idade: 63 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Novo Hamburgo/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 2° Núcleo de Justiça 4.0 - RS

Tecnologia 380879

CID: E66 - Obesidade

Diagnóstico: E66 - obesidade

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: Cirurgia bariátrica

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: Cirurgia bariátrica

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: 04.07.01.012-2 Gastrectomia c/ ou s/ desvio duodenal; 04.07.01.017-3 Gastroplastia c/ derivação intestinal; 04.07.01.018-1 Gastroplastia vertical com banda; 04.07.01.036-0 Gastrectomia vertical em manga (Sleeve); 04.07.01.038-6 Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia.

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Sobrepeso e Obesidade em adultos há tratamento não farmacológico envolvendo orientações sobre alimentação saudável e atividade física, suporte psicológico e práticas integrativas e complementares em saúde (2).

Custo da Tecnologia

Tecnologia: Cirurgia bariátrica

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: Cirurgia bariátrica

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Efetividade, eficácia e segurança:
A cirurgia bariátrica é um procedimento consagrado no tratamento da obesidade. As cirurgias para perda de peso incluem procedimentos para restrição do volume alimentar, alteração dos hormônios intestinais e disabsorção, interferindo na saciedade, absorção de nutrientes e sensibilidade à insulina dos indivíduos obesos. Combinadas a modificações comportamentais promovem perda sustentada de peso. Sempre são oferecidas no contexto de assistência por equipe multidisciplinar que fornece educação abrangente sobre nutrição, impedimentos psicológicos e modificações do estilo de vida necessárias para que o paciente seja bem sucedido na perda de peso com o procedimento cirúrgico (9).
Diversos estudos científicos vêm demonstrando os benefícios da TCOb a curto e longo prazo (10-14). Por meio de revisão sistemática (RS), o grupo Cochrane sumarizou de forma narrativa em 2003, com atualização mais recente em 2014, as evidências sobre o efeito do TCOb comparado ao tratamento não cirúrgico (10). Ao todo sete ensaios clínicos randomizados (ECRs), acompanharam pacientes com IMC basal médio variando entre 35 e 55 kg/m2, submetidos ao TCOb, por períodos entre um a dois anos. Foi identificado menor IMC médio após a cirurgia, quando comparado ao tratamento não cirúrgico, com apenas alguns estudos apresentando a análise estatística. Em relação ao peso corporal absoluto, assim como à mudança de peso em percentual e à circunferência da cintura, houve redução significativa favorável ao TCOb (P<0,001). Quando a análise foi sobre comorbidades relacionadas à obesidade, o TCOb, após dois anos da cirurgia, levou à redução na taxa de remissão de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (Risk Ratio [RR] 5,5; IC95% 2,2 a 14,00) e na proporção de indivíduos com síndrome metabólica (53%) (comparado à linha de base; 92%) (P=0,005); na hemoglobina glicada (HbA1c) < 6% em 1 ano (Odds Ratio [OR] 7,9; IC95% 2,7 a 23,4), e no uso de farmacoterapia para controle do DM2 e hipertensão arterial sistêmica, em comparação ao tratamento não cirúrgico, independente da técnica cirúrgica utilizada. Cerca de 2% a 13% dos participantes submetidos ao TCOb necessitaram de reoperações. A qualidade geral da

evidência foi moderada.
Resultados semelhantes são relatados pelos estudos que analisaram os dados do Swedish Obese Subjects (SOS) trial, um estudo de intervenção não randomizado, prospectivo, com controles pareados, que comparou o efeito do TCOb ao não cirúrgico, em pacientes, inicialmente com obesidade e idade entre 30 e 60 anos, por cerca de 25 anos (11,12). Os pacientes que receberam TCOb foram agrupados conforme o tipo de técnica cirúrgica: bandagem não ajustável ou ajustável (BD, n=376), gastroplastia vertical com banda (GVB, n=1369) e bypass gástrico (BPG, n=265). Ao longo de 20 anos de acompanhamento após a cirurgia, o peso corporal do grupo controle variou cerca de 3 kg, enquanto entre os subgrupos do TCOb, após 15 anos, foi de 27 ± 12% (BD), 18 ± 11% (GVB) e 13 ± 14% (BPG) (11). O TCOb foi associado a uma redução no risco de mortalidade global acumalada em 16 anos de quase 30% (hazard ratio [HR] ajustado 0,71; IC95% 0,54 a 0,92) (12), assim como no risco de morte por evento cardiovascular de 53% (HR 0,47; IC95% 0,29 a 0,76) (11). A chance de alcançar a remissão do DM2 após 2 anos de cirurgia foi de 3,45 (IC95% 1,64 a 7,28) a observada com tratamento não cirúrgico, além disso foi observado incidência reduzida de DM2 (P<0,001), independente da técnica cirúrgica, e redução no risco de uma primeira neoplasia (HR 0,67; IC95% 0,53 a 0,85). No grupo cirúrgico, 292 (14,5%) pacientes tiveram pelo menos uma complicação não fatal nos primeiros 90 dias, sendo as mais frequentes as pulmonares (5,2%), vômitos (3,0%) e infecção da ferida operatória (2,1%) (12).

Custo:
Não consta juntado aos autos processuais pela parte autora orçamento do procedimento cirúrgico pleiteado.
De acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), o valor atribuído à cirurgia bariátrica é de R$ 6.145,00, sem compreende os custos com avaliação pré-operatória e acompanhamento pós-cirúrgico.
A CONITEC avaliou a inclusão da cirurgia bariátrica por videolaparoscopia e sugeriu que o valor do procedimento para a gastroplastia por derivação intestinal seja o mesmo que atualmente consta na tabela SIGTAP para a forma aberta, ou seja, um valor global de R$ 6.145,00, recomendando assim a inclusão do procedimento na tabela de procedimentos do SUS (8).
Em relação aos custos em saúde a longo prazo, um estudo comparou o impacto financeiro, em um horizonte de 15 anos, do TCOb em pacientes com euglicemia, pré-diabetes ou DM2 antes da intervenção com aqueles tratados sem cirurgia. Dessa forma foi possível observar que, apesar dos custos totais com cuidados de saúde terem sido maiores para aqueles que receberam TCOb e eram inicialmente euglicêmico ou pré-diabéticos, quando comparado ao tratamento convencional, não houve diferença entre os grupos para os pacientes que apresentavam diabetes. Tais resultados reforçam a necessidade de se determinar critérios de inclusão para o TCOb de pacientes com obesidade, assim como de esgotar as alternativas de tratamento menos custosas (15).

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: redução de peso e dos riscos de morbidades associados à obesidade.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Recomendada

Conclusão

Tecnologia: Cirurgia bariátrica

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: A cirurgia bariátrica é um procedimento disponível no SUS que, em hipótese alguma, é realizado em caráter de urgência, sendo sempre eletivo. É seguro que existe no estado uma fila de espera para o procedimento, sob gestão das secretarias de saúde, e não foi identificado nos autos negativa administrativa de acesso ao tratamento.
Embora a parte autora cumpra o critério de IMC maior que 35 kg/m2, não fica claro nos autos processuais se houve falha ao tratamento conservador longitudinal para obesidade no período de dois anos, pré-requisito fundamental para elegibilidade ao tratamento cirúrgico. Além disso, a parte autora encontra-se inserida em Programa de Cirurgia Bariátrica de serviço de referência em alta complexidade, estando atualmente em fase de avaliação pré-cirúrgica com equipe multidisciplinar.
Dessa forma, compreende-se que o benefício do provimento jurisdicional ao procedimento a um caso específico, sem conhecimento dos demais casos em situação semelhante, fere o princípio da equidade da assistência à saúde e resulta em prejuízo direto e indireto a outros pacientes do SUS. Pelas razões anteriores, somos desfavoráveis ao provimento jurisdicional de cirurgia bariátrica.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas:

1. Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS). Vigitel Brasil 2019: principais resultados. In: Boletim Epidemiológico no 16. 51st ed. Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde; 2020. p. 2026. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/16/Boletim-epidemiologicoSVS-16.pdf

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos. Outubro de 2020. [Internet]. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_sobrepeso_e_obesidade_em_adultos_29_10_2020_final.pdf

3. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA No 424, DE 19 DE MARÇO DE 2013. [Internet]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html

4. Cassie S, Menezes C, Birch DW, Shi X, Karmali S. Effect of preoperative weight loss in bariatric surgical patients: a systematic review. Surg Obes Relat Dis. 2011;7(6):760-767. doi:10.1016/j.soard.2011.08.011

5. Stenberg E, Dos Reis Falcão LF, O'Kane M, et al. Guidelines for Perioperative Care in Bariatric Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations: A 2021 Update [published correction appears in World J Surg. 2022 Apr;46(4):752. doi: 10.1007/s00268-022-06459-3]. World J Surg. 2022;46(4):729-751. doi:10.1007/s00268-021-06394-9

6. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA No 425, DE 19 DE MARÇO DE 2013. [Internet]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html

7. BRASIL. Portaria de Consolidação no 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo IV - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças, Anexo 1 – Diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade. [Internet]. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html

8. BRASIL. Ministério da Saúde, CONITEC. Cirurgia bariátrica por laparoscopia. Relatório de Recomendação no 249 [Internet]. 2017. Disponível em: http://antigo-conitec.saude.gov.br/images/Relatorios/2017/Relatorio_CirurgiaBariatrica_Laparoscopia_final.pdf

9. Lim RB. Bariatric procedures for the management of severe obesity: Descriptions. UpToDate. 2024. Available from: https://www.uptodate.com/contents/bariatric-procedures-for-the-management-of-severe-obesity-descriptions?search=cirurgia+bariatrica&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2

10. Colquitt JL, Pickett K, Loveman E, Frampton GK. Surgery for weight loss in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2014;2014(8):CD003641. doi:10.1002/14651858.CD003641.pub4

11. Sjöström L, Peltonen M, Jacobson P, et al. Bariatric surgery and long-term cardiovascular events. JAMA. 2012;307(1):56-65. doi:10.1001/jama.2011.1914

12. Sjöström L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial - a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. J Intern Med. 2013;273(3):219-234. doi:10.1111/joim.12012

13. Kauppila JH, Markar S, Santoni G, Holmberg D, Lagergren J. Temporal Changes in Obesity-Related Medication After Bariatric Surgery vs No Surgery for Obesity. JAMA Surg. 2023;158(8):817-823. doi:10.1001/jamasurg.2023.0252

14. Yang W, Zhan M, Li Z, Sun X, Zhang K. Major Adverse Cardiovascular Events Among Obese Patients with Diabetes After Metabolic and Bariatric Surgery: a Meta-analysis of Matched Cohort and Prospective Controlled Studies with 122,361 Participates. Obes Surg. 2023;33(7):2098-2107. doi:10.1007/s11695-023-06634-y

15. Keating C, Neovius M, Sjöholm K, et al. Health-care costs over 15 years after bariatric surgery for patients with different baseline glucose status: results from the Swedish Obese Subjects study [published correction appears in Lancet Diabetes Endocrinol. 2015 Dec;3(12):e11]. Lancet Diabetes Endocrinol. 2015;3(11):855-865. doi:10.1016/S2213-8587(15)00290-9

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Segundo laudos médicos, a parte autora apresenta os diagnósticos de obesidade grau 3 (peso corporal 140 kg, estatura 160 cm, IMC 54,7 kg/m²) e colelitíase com episódio prévio de pancreatite. Para tratamento destas duas condições foi indicada a realização de cirurgia de remoção da vesícula biliar (colecistectomia) e cirurgia bariátrica para redução do peso corporal (Evento 1 ATESTMED12, LAUDO19, LAUDO20, OUT9, OUT21, EXMMED15; Evento 20 OUT6). Além disso, é descrito presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS), hérnia discal, arritmia, hipotireoidismo, gastrite, asma, artrose, sobrecarga em joelho, vasculopatia em membros inferiores e transtorno misto de ansiedade e depressão, assim como tratamento farmacológico com sertralina, amitriptilina, valproato de sódio, ibuprofeno, omeprazol, ácido acetilsalicílico, diosmina/hesperidina, beclometasona e salbutamol inalatórios, hidroclorotiazida, propranolol e levotiroxina (Evento 20 OUT6, OUT7).
Possui histórico de encaminhamento para cirurgia bariátrica desde 2018, com agendamento cancelado no sistema GERCON, e para acompanhamento com nutricionista, endocrinologista (em 2020) e psicólogo (em 2021) (Evento 1 OUT14, ATESTMED11, DECL10, ATESTMED13). Não há informações sobre tratamento clínico longitudinal para obesidade realizado na Atenção Básica ou na Atenção Ambulatorial Especializada, assim como sobre seus respectivos resultados terapêuticos alcançados. Após concessão parcial de tutela de urgência, deferida em abril de 2024 (Evento 5 DEPADEC1), a parte realizou consulta no serviço de referência em cirurgia bariátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Evento 29 CONSULT_SISTEMAS1) e foi inserida no respectivo programa em agosto de 2024. De acordo com a instituição, atualmente a parte encontra-se em fase de avaliação multiprofissional para possível cirurgia, com consultas agendadas com as especialidades endocrinologia, nutrição e pneumologia (Evento 34 INF1).
No mundo, a prevalência de sobrepeso e obesidade quase triplicou em 40 anos, afetando mais de 2 bilhões de adultos. De acordo com dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2019, a prevalência da obesidade em adultos no Brasil aumentou 72% nos últimos treze anos (1). A obesidade compromete a qualidade e reduz a expectativa de vida do indivíduo, impacta no aumento dos gastos diretos e indiretos em saúde, sendo este último associado à perda de produtividade. O diagnóstico é clínico, com base na estimativa do índice de massa corporal (IMC), obtido pela relação entre o peso e a altura do indivíduo. Além de medidas antropométricas, a avaliação deve incluir histórico de saúde completo com exame físico e laboratoriais, aspectos comportamentais e sociais, a fim de identificar as causas, complicações e potenciais barreiras ao tratamento (2). O tratamento da obesidade deve ter por finalidade alcançar objetivos globais a curto e a longo prazo, incluindo: diminuição da gordura corporal, preservação da massa magra; manutenção de perda de peso; educação alimentar e nutricional; redução de fatores de risco cardiovasculares e outras comorbidades (HAS, dislipidemia, diabete melito, apneia do sono, osteoartrite, risco neoplásico, etc.); recuperação da autoestima; aumento da capacidade funcional e da qualidade de vida. Ressalta-se que o tratamento não tem como objetivo atingir um IMC correspondente à eutrofia (<25kg/m²). A perda de peso bem-sucedida é definida pela manutenção de uma perda ponderal igual ou superior a 10% do peso inicial após 1 ano de tratamento. Este percentual já é suficiente para melhorias significativas nos parâmetros cardiovasculares e metabólicos. O tratamento pode ser feito por intervenções não farmacológicas, farmacológicas e cirúrgicas (2).
O tratamento cirúrgico da obesidade (TCOb), após confirmada indicação de saúde, é precedido

por avaliação e acompanhamento multiprofissional especializado realizado por equipe do serviço de referência no procedimento (3). O objetivo é orientar, educar e informar sobre os períodos de pós-operatório imediato e tardio, assim como acerca da mudança de comportamento e estilo de vida que a cirurgia exige. Entre as intervenções previstas estão a avaliação antropométrica, bioquímica e de risco cirúrgico, acompanhamento psicoterápico, educação alimentar e nutricional e dieta de baixa ou muito baixa caloria (por até 4 semanas) para a redução de peso, da complexidade cirúrgica e do risco de complicações pós-operatórias (4,5).