

Data: 06/11/2016

40 RT – 2016

Solicitante: Juiz (a) Raquel Discacciati Bello

1ª Unidade Jurisdicional Cível

Número do processo: 9072465.80.2016.813.0024

Autor: J.C.F.

Ré: AMIL

Medicamento	
Material	
Procedimento	x
Cobertura	

TEMA: Cirurgia bariátrica

Sumário

1.Demanda	2
2.Contexto	5
3.Pergunta estruturada	6
4. Descrição da tecnologia solicitada	6
5.Revisão da literatura.....	7
6. Disponibilidade na ANS/SUS.....	8
7. Conclusão.....	9
Referências	11

1. Demanda

PROMOVENTE(S):

[Redacted]

PROMOVIDO(S):

AMIL

Solicite-se ao NATS análise do caso colocado em julgamento, para fins de auxílio na decisão a ser proferida, instruindo o pedido com toda documentação médica pertinente, bem como inicial e defesa.

Com a juntada do laudo, faculto às partes manifestarem-se, no prazo comum de dez dias.

Após, conclusos para sentença.

BELO HORIZONTE, 31 de Outubro de 2016

RAQUEL DISCACCIATI BELLO

Documento assinado eletronicamente pelo(a) juiz(iza)

Relatórios anexados

①
②

aclinic
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Línea Condensio Pneumológico:

Tratado de H. [Redacted]

56 anos, que tem histórico de doença crônica basal, por obstrução pulmonar.

Assintomas respiratórios.

Nega presença de sintomas pulmonares.

Exatofis: 50 anos fumador.

Histórico, em uso de broncodilatadores, 50 mg BID.

Diagnóstico de Aguda obstrução do trato aéreo.

CF:

Exame, realizado e concluído.

Exatofis:

Pulmões em 4/4/14: sem alterações pulmonares significativas;

Exatofis (10/11/14): Distúrbio ventilatório restrito leve, sem evidência de hiperinflação pulmonar.

Exatofis atual (31/10/14):

PO₂ = 70,9; PPO₂ = 43,8; SpO₂ = 93,1%

Conclusão:

Bom risco cirúrgico para a cirurgia proposta segundo a escala de Toussier e Henderson.

Conclui cirurgicamente após a titulação do CPAP noturno, após a titulação da pressão, conforme indicado.

18/7/14.

Dr Thiago Bechara Noviello
Endocrinologia e Metabologia
CRM MG 37225

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
Assistente Adjunto do Serviço de Endocrinologia e Metabolgia da Santa Casa de BH
(31)2535-3010

Rua Domingos Vieira 343, sala 301, Santa Efigênia, Belo Horizonte.

Para:

Relatório da endocrinologia:

Trata-se de uma paciente de 56 anos, com obesidade grau III. Tem IMC de 52, HAS e apneia do sono. Já tentou emagrecer com o tratamento clínico várias vezes sem sucesso. Do ponto de vista da endocrinologia, não apresenta contraindicação ao tratamento cirúrgico da obesidade.

Belo Horizonte, 31/07/2014

Relatório de Nutrição

O paciente , 56 anos, com obesidade mórbida (IMC = 53), hipertensão com apneia de sono em tratamento.

Está em acompanhamento nutricional desde 20/05/14, onde foi passada todas as orientações nutricionais necessárias ao tratamento.

O paciente citado acima, está apto para a cirurgia.

[Assinatura]

Receituário

Para: **Jairo Carlos Ferreira**

Relatório Médico

Trata-se do paciente [redacted] 57 anos, evoluindo com obesidade mórbida nos últimos 2,5 anos. Durante vários anos vem fazendo tratamentos clínicos para emagrecimento, acompanhamentos com Médicos Endocrinologistas e com apoio de nutricionistas sem obter resultados satisfatórios. Também fez acompanhamento nos últimos tempos com os Vigilantes do Peso e outros regimes vários sem obtenção do sucesso para emagrecimento.

Apresenta com co.morbidades apneia obstrutiva do sono, dislipidemia, hipertensão arterial controlada com medicamentos. Insucesso com vários tratamentos clínicos controlados para emagrecimento.

Belo Horizonte, 30 de outubro de 2014

Dr José Ignácio de Rezende Dutra
CRMMG 13.859



Histórico do quadro da paciente:

Idade: 59 anos, em tratamento para controle de obesidade há 2,5 anos.

- **outubro de 2013** –Foi declarado no ingresso para o plano de saúde. IMC-30
- **Julho de 2014** – relatório de risco cirúrgico para cirurgia bariátrica
- **julho de 2014** – consulta com endocrinologista IMC=52para cirurgia bariátrica. Não há relato de acompanhamento prévio.
- **Agosto de 2014** – **IMC = 53 kg/m²**consulta com nutricionista, acompanhamento até outubro de 2014.
- **Outubro de 2014** – consulta com cirurgião, que novamente indicou cirurgia bariátrica.
- **Outubro de 2014** – consulta pré-anestésica IMC 51,13

2.Contexto

SOBRE A DOENÇA¹

Obesidade é uma doença metabólica grave e pode ser definida como um acúmulo excessivo de gordura que tem um efeito negativo sobre a saúde.

Quase metade da população brasileira está acima do peso. Segundo dados do Ministério da Saúde, 42,7% da população estava acima do peso no ano de 2006. Em 2011, esse número passou para 48,5%. O levantamento é da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, e os dados foram coletados em 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Houve aumento de mais de 0,5% do excesso.²

O índice aceito universalmente para a classificação da obesidade é o de massa corpórea (IMC) adotado em 1997 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o índice de referência de medida para a obesidade. A OMS divide a obesidade em três níveis, sendo grau I com IMC entre 30 e 34,9 Kg/m², grau II entre 35 e 39,9 Kg/m² e grau III ou obesidade mórbida com IMC acima de 40 Kg/m².

Para pacientes com IMC ≥ 40 kg/m² que não conseguiram perder peso com dieta, exercício, e medicamentos, tem sido indicada a cirurgia bariátrica, assumindo que os benefícios compensam os custos, os riscos, e efeitos colaterais do procedimento.

As indicações para cirurgia bariátrica foram definidas pelo National Institutes of Health (NIH) Consensus Development Panel atualizado em 2014 e continuam representando as indicações mundialmente aceitas. Pacientes potencialmente elegíveis devem:

- estar bem informados e motivados
- ter IMC ≥ 40 kg/m²
- ter um risco aceitável para cirurgia

- ter falhado nas tentativas não cirúrgicas de perda de peso.
- estar ciente da necessidade de acompanhamento em longo prazo
- todas as medidas apropriadas para perda de peso foram tentadas , mas a pessoa não consegue obter perda de peso
- paciente está recebendo manejo intensivo para obesidade.

A NIH sugeriu que adultos com IMC ≥ 35 kg/m² com comorbidades graves são candidatos a cirurgia.³

3. Pergunta estruturada

P – Paciente portador de obesidade grau III

I – Cirurgia bariátrica (gastroplastia)

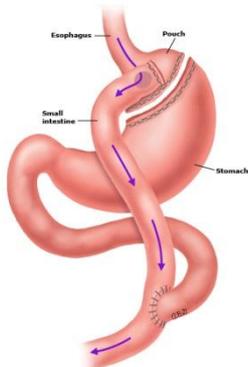
C– Tratamento otimizado para obesidade

O – Melhor resolução da obesidade, menor morbidade, melhor qualidade de vida.

4. Descrição da tecnologia solicitada

A gastroplastia ou cirurgia bariátrica tem sido cada vez mais utilizada para tratamento da obesidade mórbida.

O by-pass gástrico Roux-in-Y é a técnica mais comumente utilizada e consiste na redução do estômago e no isolamento do duodeno, diminuindo assim a capacidade gástrica e a absorção intestinal. A figura 1 mostra a técnica do by-pass gástrico.⁴



Fonte: <http://www.uptodate.com>

5.Revisão da literatura

Base de dados	Estratégia de busca	Artigos encontrados	Artigos selecionados
uptodate	Bariatricsurgery	11	1
Dynamed	Bariatricsurgery	67	1
PubMed	Bariatricsurgery(systematicreview)	93	3
National Institute for Health and Care Excellence do Reino Unido (NICE)	Obesity	1	1
Conitec	Cirurgia bariátrica	0	0

Beaulac e colaboradores publicaram revisão sistemática recente, que incluiu estudos avaliando tratamento cirúrgico (cirurgia bariátrica) e tratamento clínico para obesidade mórbida. A cirurgia bariátrica foi associada a maior perda de peso e benefícios físicos, e também a maior risco e a maiores complicações.⁵

Yan e colaboradores publicaram recentemente revisão sistemática que incluiu seis estudos randomizados controlados comparando o tratamento clínico para diabetes

mellitus e cirurgia bariátrica. Todos os estudos incluídos relataram o número de medicações para diabetes, hipertensão e dislipidemia. A necessidade de medicação reduziu significativamente no grupo cirúrgico quando comparado ao grupo clínico. O grupo de tratamento clínico não apresentou melhora durante o tempo de acompanhamento. Os autores concluíram que, em curto e médio prazo, A NICE atualizou em 2014 a diretriz de tratamento da obesidade em adultos. Foram considerados critérios indispensáveis para indicação de cirurgia bariátrica o compromisso com o tratamento, o entendimento de que a cirurgia bariátrica é apenas parte de um tratamento que inclui mudança de hábitos, atividade física e dieta saudável.³

Gloy e colaboradores publicaram metanálise e revisão sistemática comparando tratamentos cirúrgicos e não cirúrgicos para obesidade mórbida. Foram incluídos 11 estudos (n=79) que mostraram redução do peso, melhora metabólica e melhora da qualidade de vida dos pacientes submetidos a cirurgia. Porém, os autores comentaram que o pequeno número de pacientes e o pequeno tempo de acompanhamento não permitiu saber qual será o resultado do tratamento cirúrgico em longoprazo.⁶

6. Disponibilidade na ANS/SUS

A cirurgia bariátrica encontra-se incluída no rol da ANS com a seguinte diretriz de utilização:

“GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA

1. Cobertura obrigatória para pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios listados no grupo II:

Grupo I

a. Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m² e 39,9 Kg/m², com co-morbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma

eficaz) que ameacem a vida (diabetes, ou apnéia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteo-artrites, entre outras);

b. IMC igual ou maior do que 40 Kg/m², com ou sem co-morbidades.

Grupo II

a. pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (risco de suicídio);

b. uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos.”⁷

No SUS, o procedimento é regulamentado pela 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 e portaria nº 425, de 19 de março de 2013 - estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade.

7. Conclusão

A obesidade deve ser reconhecida como uma enfermidade e tratada como tal. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o paciente deve compreender que a perda de peso é muito mais que uma medida cosmética e visa à redução da morbidade e mortalidade associadas à obesidade. Independente da maneira a ser conduzido (dietético, medicamentoso ou cirúrgico), o tratamento da obesidade exige identificação e mudança de componentes inadequados de estilo de vida do indivíduo incluindo mudanças na alimentação e prática de atividade física.¹

A cirurgia bariátrica promove rápida perda de peso e melhora das comorbidades associadas à obesidade mórbida, ao mesmo tempo que inclui importantes riscos para a saúde e deve ser reservada para pacientes que não conseguiram resposta adequada com as medidas habituais otimizadas.³

Pontos a ponderar conforme verificado nos autos e nos relatórios (médico – endocrinologista e nutricional):

- Chama atenção no histórico ponderal da paciente o ganho de peso (IMC= 30 em outubro de 2013 e IMC=52 em Julho de 2014) em 10 meses, que coincidiu com a data de ingresso no plano.
- **Outubro de 2014** – consulta com cirurgião, que novamente indicou cirurgia bariátrica.
- **Outubro de 2014** – consulta pré-anestésica IMC 51,13
- Dada a complexidade do tratamento para obesidade que exige acompanhamento multiprofissional, de acordo com diretrizes nacionais e internacionais: médico, nutricional, psicológico, prática da atividade física, dentre outros, o relatório médico da endocrinologista com data de julho de 2014, não consta seguimento endocrinológico. O relatório nutricional informa três meses de acompanhamento, e não há relato de atividade física regular, **portanto o tratamento clínico não está otimizado.**
- O relatório do endocrinologista de julho de 2014 informou presença de obesidade mórbida há dois anos e meio (desde janeiro de 2012), havendo discordância com os dados de admissão no plano.

8. Recomendação

Trata-se de paciente com obesidade mórbida, IMC acima de 40 Kg/m² com co-morbidades, portanto com condição clínica grave e com dados contraditórios:

Situação 1 – Caso o paciente tenha obesidade mórbida desde janeiro de 2012 (há quase cinco anos), diante do quadro clínico descrito, é recomendável a realização da cirurgia. Foram apresentados vários relatórios no ano de 2014 que descrevem a obesidade mórbida e os tratamentos propostos neste período. Alguns destes relatórios citam a

obesidade progressa e tratamentos realizados neste período anterior, porém, não há relatório anexado no período de 2012 a 2014.

Situação 2 – Caso o paciente apresente um IMC=30 em outubro de 2013, o NATS recomenda acompanhamento clínico multiprofissional otimizado de acordo com diretrizes nacionais (Diretrizes de Utilização da ANS) e internacionais antes da realização do tratamento cirúrgico e pesquisar os motivos de um aumento tão elevado do peso em tão pouco tempo.

Referências

1. World Health Organization. World Health Organization. Obesity: presenting and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on obesity. Geneva: WHO. *World Health Organ Tech Rep Ser.* 1998.
2. Endocrinologia SB de. Números da obesidade no Brasil. 2016. <http://www.endocrino.org.br/numeros-da-obesidade-no-brasil/>.
3. Obesity: identification, assessment and management | 1-recommendations | Guidance and guidelines | NICE.
4. Lim RB. Bariatric procedures for the management of severe obesity: Descriptions. *Uptodate.* 2016. <http://www.uptodate.com/contents/bariatric-procedures-for-the-management-of-severe-obesity-descriptions?source=machineLearning&search=bariatric+surgery&selectedTitle=5%7E134§ionRank=2&anchor=H16056874#H16056874>. Accessed November 6, 2015.
5. Beaulac J, Sandre D. Critical review of bariatric surgery, medically supervised diets, and behavioural interventions for weight management in adults. *Perspect Public Health.* 2016. doi:10.1177/1757913916653425.
6. Gloy VL, Briel M, Bhatt DL, et al. Bariatric surgery versus non-surgical treatment for obesity: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2013;347:f5934. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24149519>.
7. ANS. Diretriz de Utilização ANS. *Minist da Saúde.* 2014.

Anexo 1 – Pirâmide das evidências



Pirâmide da evidência. Fonte: adaptado de Chiappelli et al