

22/02/2016

## **RT 02/2016 (retificada)**

**Tema: Gastroplastia ou Cirurgia bariátrica**

**SOLICITANTE: JESP Consumo 4ª Secretaria – Juiz de Direito Sérgio  
Castro da Cunha Peixoto**

**NÚMERO DO PROCESSO: 9003554.16.2016.813.0024**

**Autor: R.M.A.A.**

**Ré: UNIMED - BH**

### **CONTEXTO DA PRIMEIRA SOLICITAÇÃO EM 20/01/2016**

Prezado senhor

Por ordem do MM. Juiz de Direito Sérgio Castro da Cunha Peixoto, solicito a análise técnica do caso pretendido pela autora R.M.A.A., nos autos de número 9003554.16.2016.813.0024, conforme documentos anexos.

Cordialmente,

Regina Aparecida Melo O. Pires  
Escrivã Judicial  
4 Unidade Jurisdicional - Belo Horizonte - MG

Relatório médico anexado:

Avaliei a paciente [redacted] 34 anos, portadora de Obesidade há muitos anos, com história de diversos tratamentos (inclusive durante dois anos consecutivos), com e sem uso de medicamentos, mas sem resultados satisfatórios a médio e longo prazos tendo evoluído com piora progressiva do quadro. Portadora de HAS em controle cardiológico. Optou pela gastroplastia e está ciente dos riscos e consequências. Não há qualquer evidência clínica e laboratorial de patologias endócrinas associadas. IMC atual: 40,1 Kg/m<sup>2</sup>(Est= 161 cm; Peso = 104 Kg)

## CONTEXTO DA SEGUNDA SOLICITAÇÃO EM 19/02/2016

Prezada equipe Nats

Retifico o email anteriormente enviado para constar a solicitação da análise técnica do caso, **em especial quanto à adequabilidade e urgência do tratamento prescrito a autora** [redacted]

CPF 047.530.266-47, no processo número 9010543.38.2016.813.0024. No mais, os documentos já enviados estão corretos.

Atenciosamente,

Regina Aparecida Melo O. Pires

Escrivã Judicial

4ª Unidade Jurisdicional - Belo Horizonte-MG

### Histórico do quadro da paciente:

**Idade: 34 anos, em tratamento para controle de obesidade há 10 anos.**

- **Julho de 2015 – IMC = 33,8 kg/m<sup>2</sup>** - Ingresso para o plano de saúde.  
Peso estimado nessa data=86,83 kg
- **Setembro de 2015** – consulta com ginecologista devido ovários policísticos.
- **Outubro de 2015 – IMC = 41,1 kg/m<sup>2</sup>** consulta com endocrinologista  
Peso estimado nessa data = 106,44 kg

- **Novembro de 2015 – IMC = 40,23 kg/m<sup>2</sup>** (nutricionista) e IMC = 40,3 kg/m<sup>2</sup> (psicóloga)
- **Dezembro de 2015 – IMC = 41 kg/m<sup>2</sup>** - solicitada guia de internação pela cirurgia

## **SOBRE A DOENÇA<sup>1</sup>**

A obesidade mórbida é considerada uma doença epidêmica em vários países do mundo, destacando-se como um problema de saúde pública. A doença é multifatorial, de origem genética e metabólica, agravada pela exposição a fenômenos ambientais, culturais, sociais e econômicos, associados a fatores demográficos (sexo, idade, raça) e ao sedentarismo.

A obesidade é **uma doença crônica** não transmissível caracterizada pelo excesso de gordura corporal e resultante do desequilíbrio prolongado entre o consumo alimentar e o gasto energético. Atualmente é um grave problema de saúde pública, atingindo proporções epidêmicas tanto em países desenvolvidos como em nações e regiões em desenvolvimento, com grande impacto sobre o padrão de morbidade de populações adultas. <sup>2</sup>

O índice aceito universalmente para a classificação da obesidade é o de Massa Corpórea (IMC) adotada 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/m<sup>2</sup>, grau II entre 35 e 39,9 Kg/m<sup>2</sup> e grau III ou obesidade mórbida com IMC acima de 40 Kg/m<sup>2</sup>.

Para pacientes com IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> 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. <sup>3</sup>

## **PERGUNTA ESTRUTURADA PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO:**

**P** – Paciente portadora de obesidade mórbida

**I** – Cirurgia bariátrica (gastroplastia)

**C** – Tratamento otimizado para obesidade

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

## **DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA<sup>4</sup>**

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

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/m<sup>2</sup> e 39,9 Kg/m<sup>2</sup>, com comorbidades (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 osteoartrites, entre outras);

b. IMC igual ou maior do que 40 Kg/m<sup>2</sup>, com ou sem comorbidades.

#### **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.”<sup>5</sup>

No SUS, o procedimento é regulamentado pelas portarias

1 - 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;

2 - nº 425, de 19 de março de 2013 - estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade.

## **REVISÃO DA LITERATURA**

Um estudo incluiu 60 pacientes com obesidade e diabetes tipo II há pelo menos cinco anos que foram randomizados para tratamento cirúrgico ou tratamento clínico. Em dois anos, houve maior percentagem de remissão do diabetes no grupo cirúrgico (75 a 95% no grupo cirúrgico versus 0% no grupo tratamento clínico). A redução de peso ocorreu em 33% do grupo cirurgia e 5% do grupo tratamento clínico.<sup>6</sup>

Após cinco anos de acompanhamento do mesmo grupo de pacientes, apenas 56% dos pacientes do grupo cirúrgico que conseguiram remissão do diabetes mantiveram o resultado. Em comparação ao grupo de tratamento clínico, paciente do grupo cirúrgico apresentaram menos diabetes, e menor uso de medicação cardiovascular além de maior perda de peso, embora reganho de peso tenha ocorrido no grupo cirúrgico e a perda de peso tenha se mantido no grupo tratamento clínico.<sup>7</sup>

Um estudo incluiu 150 obesos com diabetes randomizados para tratamento cirúrgico ou tratamento clínico. Após um ano, o controle do diabetes foi melhor no grupo cirúrgico assim como a perda de peso. O mesmo resultado persistiu após três anos.<sup>8</sup>

Apesar dos resultados satisfatórios em curto prazo, persistem dúvidas quanto às complicações pós-operatórias que podem ser graves. A capacidade de

manter a perda de peso em longo prazo é discutível, uma vez que os pacientes voltam a ganhar peso após três anos de cirurgia e são necessários mais estudos de longo tempo de acompanhamento para confirmar os benefícios da cirurgia bariátrica.<sup>3</sup>

## **CONSIDERAÇÕES**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade deve ser reconhecida como uma enfermidade e tratada como tal. 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.<sup>9</sup>

Pontos a ponderar conforme verificado nos autos e nos relatórios (médico - endocrinologista e cardiologista - psicológico, nutricional):

- Dada a complexidade do tratamento para obesidade, um dos pilares preconizados, além da dieta é a prática da atividade física. Consta que a paciente está sedentária, portanto o tratamento não está otimizado;
- Chama a atenção o fato do grande ganho de peso a partir da data do ingresso no plano de saúde: peso estimado de 86,83 Kg em julho de 2015 e peso estimado em outubro de 2015 foi de 106,44 Kg. A paciente nesse período aumentou aproximadamente 20 Kg em um prazo de três meses. Deve ser considerado que um aumento tão significativo de peso pode ser resultado de um acompanhamento clínico inadequado ou condição clínica não identificada (por exemplo, hipotireoidismo), ou as duas situações.

## CONCLUSÃO

A partir da retificação da solicitação, tendo como foco: “em especial quanto à adequabilidade e urgência do tratamento prescrito a autora”, são feitas as seguintes considerações:

- **Sobre a adequabilidade:** apesar do IMC estar dentro dos parâmetros da Diretriz de Utilização (DUT) da ANS, para indicação da cirurgia de obesidade mórbida no momento da solicitação, não ficou claro, quanto à otimização do tratamento clínico da paciente, pré-requisito obrigatório para realização do ato cirúrgico. É também necessário excluir condição clínica (comorbidade) que causou grande ganho de peso em três meses.
- **Sobre a urgência:** a obesidade mórbida é uma doença crônica e a cirurgia de gastroplastia por via videolaparoscópica é um procedimento eletivo, não é considerado um procedimento de urgência. Mais do que isso, não deve ser realizado em situações de urgência.

Pelo exposto, considerando que:

- Não é uma cirurgia de urgência;
- São necessários mais estudos de longo tempo de acompanhamento para confirmar os benefícios da cirurgia bariátrica;
- Há dúvida em relação ao tratamento clínico otimizado nos últimos anos;
- Há necessidade de esclarecimento da(s) causa(s) do rápido ganho de peso.

O NATS recomenda que sejam realizados maiores esclarecimentos clínicos para indicação do procedimento cirúrgico.

## REFERÊNCIAS

1. Rosen DJ, Dakin GF PA. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults--The Evidence Report. National Institutes of Health. *Obes Res.* 1998;6 Suppl 2:51S - 209S.
2. Pinho CPS, Diniz A da S, Arruda IKG de, et al. Prevalence of abdominal obesity and associated factors among individuals 25 to 59 years of age in Pernambuco State, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(2):313-324.
3. GA B. Obesity in adults: Overview of management. *UpToDate.* 2015.
4. Lim RB. Bariatric procedures for the management of severe obesity: Descriptions. *Uptodate.* 2015.
5. ANS. Diretriz de Utilização ANS. *Minist da Saúde.* 2014.
6. Mingrone G, Panunzi S, De Gaetano A, et al. Bariatric surgery versus conventional medical therapy for type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2012;366(17):1577-1585. doi:10.1056/NEJMoa1200111.
7. Mingrone G, Panunzi S, De Gaetano A, et al. Bariatric–metabolic surgery versus conventional medical treatment in obese patients with type 2 diabetes: 5 year follow-up of an open-label, single-centre, randomised controlled trial. *Lancet.* 2015;386(9997):964-973. doi:10.1016/S0140-6736(15)00075-6.
8. Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, et al. Bariatric surgery versus intensive medical therapy for diabetes--3-year outcomes. *N Engl J Med.* 2014;370(21):2002-2013. doi:10.1056/NEJMoa1401329.
9. 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.