

25/01/2016

## **RT 03/2016**

**Tema: Gastroplastia ou Cirurgia bariátrica**

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

**NÚMERO DO PROCESSO:** 9004107.63.2016.813.0024

**Autor:** A.F.C.

**Ré: SAÚDE SISTEMA ASSISTENCIAL UNIFICADO DE EMPRESAS**

### **CONTEXTO**

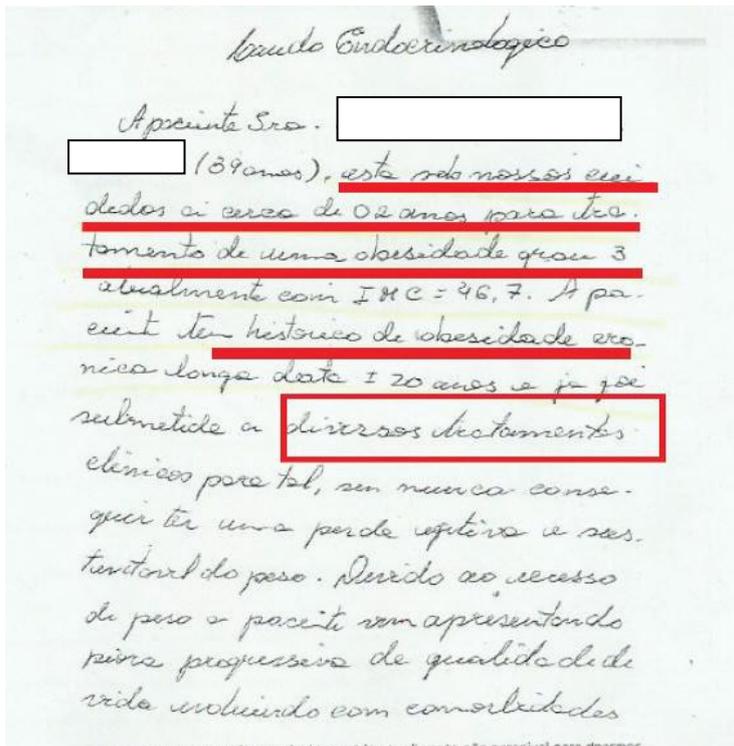
Prezada equipe Nats

Por ordem do MM. Juiz de Direito Sérgio Castro da Cunha Peixoto solicito a análise técnica do caso pretendido por A.F.C., processo número 9004107.63.2016.813.0024, conforme documentos anexos.

Cordialmente,

Regina Aparecida Melo O. Pires  
Escrivã Judicial  
4ª Unidade Jurisdicional Cível - BH

Relatório médico anexado:



Além do laudo acima, constam anexados US de abdome, relatório de fisioterapeuta (sem data) e nutricionista (com data de dezembro) recomendando dietas e exercícios.

Não constam laudo psiquiátrico nem comprovação de tratamento anterior para obesidade.

### **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.

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/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>2</sup>

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

**P** – paciente portadora de obesidade mórbida

**I** – cirurgia bariátrica (gastroplastia)

**C** – outros tratamentos para obesidade

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

### **DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA<sup>3</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 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.”<sup>4</sup>

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.

### **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>5</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 tratamento clínico, pacientes 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>6</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>7</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>2</sup>

## **CONCLUSÃO/RESPOSTAS**

### **1. Validade do tratamento**

O tratamento é válido para o paciente, por ter IMC>40 Kg/m<sup>2</sup>, se confirmados:

Tratamentos anteriores menos agressivos por pelo menos dois anos, Laudo psiquiátrico afastando alterações psiquiátricas e uso de drogas ilícitas e álcool.

O relatório médico endocrinológico apresentado não confirma se o profissional acompanha a paciente há mais de dois anos, e que foram tentados pelo menos por dois anos outros tratamentos menos agressivos para perda de peso.

### **2. Eficácia do tratamento**

O tratamento é eficaz para perda rápida de peso nos primeiros anos, embora possa não trazer benefício para reduzir a mortalidade e a morbidade em longo prazo.

Apesar da eficácia nos primeiros anos, os pacientes voltam a ganhar peso após três anos de cirurgia.

### **3. Outras observações:**

Não são escopo desta avaliação os aspectos contratuais e de cobertura.

## **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. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9813653>.
2. GA B. Obesity in adults: Overview of management. *UpToDate.* 2015. [http://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-overview-of-management?source=search\\_result&search=obesity&selectedTitle=1%7E150#H25](http://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-overview-of-management?source=search_result&search=obesity&selectedTitle=1%7E150#H25). Accessed November 25, 2015.
3. Lim RB. Bariatric procedures for the management of severe obesity: Descriptions. *Uptodate.* 2015. <http://www.uptodate.com/contents/bariatric-procedures-for-the-management-of-severe-obesity-descriptions?source=machineLearning&search=bariatric+surgery&selectedTitle=5%7E134&sectionRank=2&anchor=H16056874#H16056874>. Accessed November 6, 2015.
4. ANS. Diretriz de Utilização ANS. *Minist da Saúde.* 2014.
5. 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.
6. 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.
7. 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.