

Data: 14/04/2017

RT 17/2017

Solicitante: Juiz (a) Sérgio Castro da Cunha Peixoto

4ª Unidade Jurisdicional Cível

Número do processo: 9024383.81.2017.813.0024

Medicamento	
Material	
Procedimento	x
Cobertura	

Ré: PROMED

TEMA: Cirurgia Bariátrica

Sumário

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

1. Demanda

Prezada equipe NATS

De ordem do MM. Juiz de Direito Sérgio Castro da Cunha Peixoto solicito a análise técnica do caso pretendido pela autora [...], no processo número 9024383.81.2017.813.0024, em curso nesta Unidade Jurisdicional.

Atenciosamente

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

Relatórios anexados



Juliana Gresta Moreira
 Nutricionista - CRN: 3362

Paciente [redacted] do sexo feminino 40 anos, portadora de Hipertrigliceridemia, Esteatose Hepática, Gastrite, Esofagite e Hérnia de Hiato. Sente dores nos pés, pernas e coluna agravadas devido ao peso.

Em acompanhamento endocrinológico há mais de dezessete anos por dois anos consecutivos obtendo pouco resultado em relação à antropometria (perda de peso e de circunferências corporais), apesar de melhora significativa em relação ao hábito alimentar e desde essa data tenta várias dietas inclusive com uso de medicação.

Histórico familiar positivo para Hipertensão Arterial e Dislipidemias.

Antropometria atual:
 Peso: 124,00 Kg
 Estatura: 1,63m
 IMC: 47
 Circunferência Abdominal: 127,00 cm
 Circunferência do Braço: 47 cm
 Circunferência do Quadril: 140,00 cm

Diagnóstico nutricional:
 Obesidade grau 3 com risco muito severo de comorbidades de acordo com IMC. Risco muito elevado de complicações metabólicas associadas à obesidade de acordo com a circunferência abdominal. E risco muito severo de doenças cardiovasculares de acordo com a relação cintura/quadril.
 Sugiro a realização da Gastroplastia (cirurgia Bariátrica) e continuidade do acompanhamento nutricional pós cirúrgico.



Nome: [redacted]

Data de nascimento: 20/06/1976

Antecedentes clínicos: N/A

Antecedentes cirúrgicos: Colelitíase

Enfermidade Atual: Cirurgia Bariátrica

IMN: Tabagismo

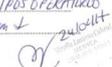
Medicação em uso: N/A

Hipersensibilidade medicamentosa: N/A

Exame físico: monitoração supensa PP. 160 x 90 x 100 de 20/06/2017
 - DNRNF MUP SICM / 19/06/2017

Exames complementares:
Ecocardiograma de 12/06/17 19:51T. VEOK
EKG de 17/06/17. ritmo sinusal alongado e IV normal
Músculo do 11. pontos de imobilidade

Conclusão:
 • Não há indicação
Requisitos
Requisitos
Nutricionista
Preparação TER L.V.P. / Monitoração PER / POS OPERATÓRIO
 Conclusão: Prescrição ASP II / admissão ↓



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Dr. Daniel Creimer Schichman
 Psiquiatra Clínico - Psicoterapia
 CRM/MG 23795

1ª Via Farmácia
 2ª Via Paciente

Paciente:
 Endereço:
 Prescrição:

A Sra. [redacted] encontra-se, no exame, em boas condições de saúde mental, não sendo indicada suspensão de medicamento para controle de obesidade.

14/2/17

IDENTIFICAÇÃO DO COMPROVADOR NOME: IDADE: CARGO-EMPREGADOR: END.: CIDADE: TELEFONE: UF:	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR RESUMATINA DO HARMACÊUTICO: DATA:
--	---

Cont.: Rua Domingos Vieira, 300 - Salas 906/907 - Santa Efigênia - BH - MG - CEP: 30150-040
 E-mail: dscoude@gmail.com - Telefones: (31) 2514-3120 - (31) 99983-6070

Histórico do quadro da paciente:

Idade: 40 anos, em tratamento para controle de obesidade há 17 anos.

Relatório anexado endocrinológico informa obesidade há 17 anos resistente a dietas e exercícios.

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 portadora de obesidade grau III, com IMC=47

I – Cirurgia bariátrica (gastroplastia)

C – Tratamento otimizado para obesidade

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

4. Descrição da tecnologia solicitada⁴

A cirurgia bariátrica vem sendo utilizada no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. A técnica cirúrgica mais utilizada é a cirurgia de gastroplastia com reconstituição em Y de Roux. Essa cirurgia, além da restrição mecânica representada pela redução gástrica, restringe a ingestão alimentar e modifica a produção de hormônios que modulam a fome e a saciedade.

VANTAGENS: perda de peso adequada e duradoura, com baixo índice de insucesso. Tratam também a doença do refluxo. Apresentam taxas aceitáveis de complicações a longo prazo. São potencialmente reversíveis, embora com dificuldade técnica. Apresentam bons resultados em termos de melhoria da qualidade de vida e doenças associadas.

Essa operação também apresenta efeitos metabólicos independentes da perda de peso. Ocorrem modificações funcionais e hormonais do tubo digestivo, com efeitos benéficos adicionais sobre o controle ou reversão das comorbidades metabólicas, em especial sobre o diabetes tipo 2.

DESVANTAGENS: tecnicamente complexas; acesso limitado ao estômago excluído e ao duodeno para métodos radiológicos e endoscópicos; passíveis de complicações como deiscência de suturas; maiores chances de deficiências protéicas e anemia do que as cirurgias restritivas.

5. Revisão da literatura

Base de dados	Estratégia de busca	Artigos encontrados	Artigos selecionados
<i>uptodate</i>	Bariatric surgery	10	1
Dynamed	Bariatric surgery	67	1
PubMed	Bariatric surgery (systematic review)	105	3
<i>National</i>	Obesity	1	1

<i>Institute for Health and Care Excellence do Reino Unido (NICE)</i>			
<i>Conitec</i>	Cirurgia bariátrica	1	1

Coulman e colaboradores publicaram revisão sistemática avaliando quais as prioridades relacionadas a cirurgia bariátrica do ponto de vista do profissional de saúde e do paciente. Enquanto o profissional de saúde se preocupa com os resultados para a saúde, o paciente muitas vezes valoriza mais a melhora da aparência. O estudo chamou a atenção para a necessidade de discutir como paciente a respeito de suas expectativas antes da cirurgia.⁵

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.⁶

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.

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 longo prazo.⁷

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.”⁸

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.

A CONITEC, em novembro de 2016, publicou parecer favorável à cirurgia de obesidade mórbida por laparoscopia. Segundo o parecer:⁹

A evidência atualmente disponível sobre eficácia e segurança do procedimento de gastroplastia com derivação intestinal em Y-de-Roux por laparoscopia para tratamento da obesidade grave e mórbida é baseada em revisões sistemáticas, estudos clínicos controlados e estudos observacionais de qualidade moderada.

Os resultados apresentados por esses estudos sugerem que via laparoscópica é tão eficaz quanto a via aberta, quando se avaliam perda de peso em curto e longo prazos, além de remissão de comorbidades e qualidade de vida. Essa via é, entretanto relacionada a menor tempo de estadia hospitalar e em UTI, mais rápida recuperação dos pacientes e retorno às atividades laborais. O procedimento por essa via é também associado a menor incidência de complicações pós-cirúrgicas.

7. Recomendação

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

A paciente preenche os critérios de indicação de cirurgia bariátrica.

O procedimento não é urgente.

Não é escopo desta nota técnica avaliação de cobertura contratual.

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. RAMOS AC, BASTOS EL de S, RAMOS MG, et al. TECHNICAL ASPECTS OF LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY. *ABCD Arq Bras Cir Dig (São Paulo)*. 2015;28:65-68. doi:10.1590/S0102-6720201500S100018.
5. Coulman KD, Hopkins J, Brookes ST, et al. A Core Outcome Set for the Benefits and Adverse Events of Bariatric and Metabolic Surgery: The BARIACT Project. *PLOS Med.* 2016;13(11):e1002187. doi:10.1371/journal.pmed.1002187.
6. 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.
7. 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>.
8. ANS. Diretriz de Utilização ANS. *Minist da Saúde.* 2014.
9. CONITEC. Cirurgia bariátrica por laparoscopia. *Ministério da Saude.* 2016. http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_CirurgiaBariátrica_Laparoscopia_CP36_2016.pdf.



Pirâmide da evidência. Fonte: adaptado de Chiappelli et al