

Data: 22/06/2017

RT – 40/2017

Solicitante: Escrivã Judicial Titular Marília Caixeta Peres Oliveira

2ª Câmara Cível Uberlândia.

Número do processo: 5021622-85.2016.8.13.0702

Medicamento	
Material	
Procedimento	x
Cobertura	

Ré: RN Metropolitan

TEMA: Cirurgia bariátrica

Sumário


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

1.Demanda

Ilmo(a). Senhor(a),

Pelo presente, extraído dos autos acima citados, requisito de V. Sa., no prazo de cinco (05) dias, informações e esclarecimentos pertinentes ao caso descrito no processo que segue por cópia integral, ou seja, tratamento da obesidade mórbida, como determinado no último despacho. Saliento que a resposta deverá ser enviada para o e-mail da serventia: uia2civel@tjm.jus.br e da assessoria deste magistrado: donner.queiroz@tjm.jus.br.

À vossa disposição para maiores esclarecimentos,
Atenciosamente,


Bela Marília Caixeta Peres Oliveira
Escrivã Judicial Titular
Por ordem do MM. Juiz

Relatório Médico

- a) 11/04/2013: Consulta: **Endocrinologista** e Metabologista. Dr^a. Claudia Cristina Villela Leles Costa, CRM 37307/MG. Tratamento Realizado. **Dados vitais e antropométricos. Peso: 139 Kg; Altura: 1,65 m; IMC – Massa Corporal: 52.9.** Exame Físico: Obesidade desde a infância. Há 1 ano foi ao **Endocrinologista** e fez uso de fluoxetina. Refere ganho de peso progressivo. Obesidade grau III.
- b) 22/04/2013: Consulta: Nutricionista. Dr^a. Isabela Milkem Bertolucci, CRN 7121/MG. Paciente encaminhada devido **ao excesso de peso. Sempre teve pressão alta mais está tomando remédio a 3 semanas.**
- c) 29/04/2013: Consulta: Nutricionista. Dr^a. Isabela Milkem Bertolucci, CRN 7121/MG. **Peso: 140; Altura: 1,68; IMC 49,6; Estado Nutricional: Obesidade Grau 3.**
- d) 28/05/2013: Consulta: Nutricionista. Dr^a. Isabela Milkem Bertolucci, CRN 7121/MG. Exame Físico: Não seguiu a dieta, depois das 18h da noite paciente não para de comer. Frutas 1x na semana e verduras cruas e cozidas esta ingerindo 2x na semana. Fritura esta comendo todos os dias.
- e) 26/06/2013: Consulta: Nutricionista. Dr^a. Isabela Milkem Bertolucci, CRN 7121/MG. Exame Físico: Não está fazendo nada do que foi passado na dieta. Só está comendo tudo o que vê pela frente. Não tem interesse em seguir a dieta muito menos as orientações.

2.Contexto

SOBRE A DOENÇA ¹

A obesidade é uma condição de caráter multifatorial que está associada a um aumento de mortalidade por todas as causas. É um fator de risco independente para infarto do miocárdio, hipertensão arterial, aumento de níveis de colesterol e diabetes mellitus tipo 2).

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). 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.

A cirurgia bariátrica tem sido cada vez mais utilizada para tratamento da obesidade mórbida para pacientes com IMC ≥ 40 kg/m² que não conseguiram perder peso com dieta, exercício, e medicamentos, assumindo que os benefícios compensam os custos, os riscos, e efeitos colaterais do procedimento. ²

3.Pergunta estruturada

P – paciente com obesidade mórbida grau III

I –cirurgia bariátrica

C –tratamento clínico para obesidade

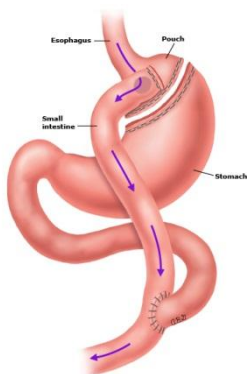
O – perda de peso mais rápida, melhor qualidade de vida.

4. Descrição da tecnologia solicitada

Sobre o procedimento¹

A 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.



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

São consideradas condições para submeter-se a cirurgia bariátrica:

- Indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na atenção básica ou atenção ambulatorial especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe;

- Compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastroenterológica, anestésica).

5. Revisão da literatura

Base de dados	Estratégia de busca	Artigos encontrados	Artigos selecionados
<i>uptodate</i>	Bariatric surgery	9	1
PubMed	Bariatric surgery	86	4
<i>National Institute for Health and Care Excellence do Reino Unido (NICE)</i>	Bariatric surgery	28	0
<i>Conitec</i>	Cirurgia bariátrica	1	1

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.³

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 ganho de peso tenha ocorrido no grupo cirúrgico e a perda de peso tenha se mantido no grupo tratamento clínico.⁴

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.⁵

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.²

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.”⁶

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. Recomendação

CONCLUSÃO/RESPOSTAS

1. Validade do tratamento

O tratamento é válido para a paciente, por ter IMC > 40 Kg/m², se confirmados:

Tratamentos anteriores menos agressivos por pelo menos dois anos

Laudo psiquiátrico afastando alterações psiquiátricas e uso de drogas ilícitas e álcool.

Os relatórios nutricionais apresentados afirmam que **a paciente se recusou a seguir as orientações dietéticas**, insistindo em comer frituras.

Não há relatórios de endocrinologista anexados, apenas citação de indicação de cirurgia bariátrica.

Portanto, não há comprovação de que houve tratamento longitudinal otimizado para obesidade (nutricional e atividades físicas adequados).

As tentativas realizadas não tiveram adesão da paciente.

O pós operatório da cirurgia bariátrica exige do paciente a adesão a dieta rígida extremamente restritiva.

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, principalmente aqueles que não observam as recomendações clínicas.

3. Outras observações:

Deverá ser solicitado relatório endocrinológico afirmando que a paciente realizou tratamento clínico (nutricional e atividade física adequados durante período mínimo de 2 anos) sem sucesso.

Deverá ser solicitado relatório psiquiátrico afirmando que a paciente está ciente das restrições necessárias no pós-operatório e para o resto da vida.

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

Referências

1. CONITEC. Cirurgia bariátrica por laparoscopia. *Ministério da Saúde*. 2016. http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_CirurgiaBariátrica_Laparoscopia_CP36_2016.pdf.
2. GA B. Obesity in adults: Overview of management. UpToDate. http://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-overview-of-management?source=search_result&search=obesity&selectedTitle=1~150#H25. Published 2016. Accessed September 20, 2016.
3. 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.
4. 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.

5. 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.
6. ANS. Diretriz de Utilização ANS. *Minist da Saúde*. 2014.

Anexo 1 – Pirâmide das evidências



Pirâmide da evidência. Fonte: adaptado de Chiappelli et al