

Data: 04/07/2017

RT– 57/2017

Solicitante: Juiza Dayse Mara Silveira Baltazar

Vara Única da Comarca de Alvinópolis.

Número do processo: 002316001691-3

Medicamento	
Material	
Procedimento	x
Cobertura	

Ré: UNIMED BH

TEMA: Cirurgia bariátrica

Sumário

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

1. Demanda

Prezado(a) Senhor(a),

Através do presente, requiro que V. S^a esclareça a este Juízo, em **15 (quinze) dias**, acerca da exigência de preenchimento das diretrizes de utilização do Rol da ANS, para autorização do procedimento "Gastroplastia (Cirurgia Bariátrica) por Videolaparoscopia ou via Laparotômica", a fim de instruir os autos nº 0023 16 001691-3, de Antecipação de Tutela, requerida por [REDACTED] em face de Medisanitas Brasil Assistência Integral à Saúde S/A, bem como se a referida senhora, **realmente preencheu tais requisitos necessários para a sua autorização, consistentes em:** instalação de obesidade mórbida, pelo período mínimo de 05 (cinco) anos e falha de tratamento diverso para tentativa de emagrecimento realizado por, pelo menos, 02 (dois) anos.

Segue em anexo, cópia da petição inicial/documentos que a acompanharão.

Na oportunidade, apresento a V. S^a protestos de estima e apreço.


 Dayse Mara Silveira Baltazar
 Juíza de Direito

Relatórios Anexados

Peso Atual: 117,200 Kg Altura: 165 cm IMC: 43,0 Kg/m²

Possui comorbidades: () NÃO.

(X) SIM - Quais: HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA - HÉRNIA HIATAL

(FAZ CONTROLE NO PSF LOCAL DESDE 2013).

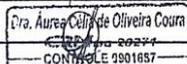
Favor preencher o quadro abaixo com as datas e local das consultas médicas realizadas e peso apresentados nos últimos 24 meses.

Data	Local	Peso	Unidade
25 / 03 / 14	PSF	110,700	Kg
24 / 06 / 14	PSF	110,500	Kg
05 / 08 / 14	PSF	111,400	Kg
11 / 11 / 14	PSF	112,300	Kg
02 / 01 / 15	PSF	112,800	Kg
17 / 03 / 15	PSF	113,00	Kg
19 / 05 / 15	PSF	113,900	Kg
14 / 07 / 15	PSF	114,500	Kg
29 / 09 / 15	PSF	114,800	Kg
10 / 11 / 15	PSF	114,700	Kg
18 / 01 / 16	PSF	115,000	Kg
23 / 02 / 16	PSF	116,400	Kg
19 / 04 / 16	PSF	117,00	Kg
24 / 05 / 16	PSF	117,200	Kg
03 / 06 / 16	PSF	117,200	Kg

Especialidade do médico assistente: CLÍNICA GERAL

Local e data: IDM SILVÉRIO, 03 DE JUNHO 2016

Assinatura e carimbo:



aponte coroa molares endocrinalógicas para cirurgia Bariátrica. Por este motivo cirurgia Bariátrica, para tratamento da Obesidade.

Dr. Marcelo Carneiro Damond
 CRM 53389
 CONTROLE 4811203
 26/04/16

PREFEITURA MUNICIPAL DE SEM PEIXE
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Relatório Endocrinologia
 Paciente [REDACTED], portadora de Obesidade Mórbida, em tratamento para redução do peso, através de dietoterapia e Medicamentos, Sem sucesso.
 No momento não

Declara para devidos fins que: [REDACTED] de 47 anos, com quadro de Obesidade mórbida, IMC 43,23, em acompanhamento clínico nutricional desde 2013, apresenta dificuldades para perda de peso. Peso em março de 2013: 97,900. Peso atual: 117,200.

Claudia
 Dra. Claudia K. Szilag, Jôcic.
 NUTRICIONISTA
 CRN: 91100148/4
 CPF: 554.575.706-02

03 / 06 / 2016

Declara para devidos fins que: [REDACTED] com 28 anos, apresenta dificuldades para perda de peso, em tratamento dietoterápico por vários anos. Apresenta quadro de ansiedade, compulsão alimentar e bipartência antenatal, obesidade mórbida.

Dr. [REDACTED]

02 / 02 / 16
 DATA

MÉDICO - CARIMBO

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

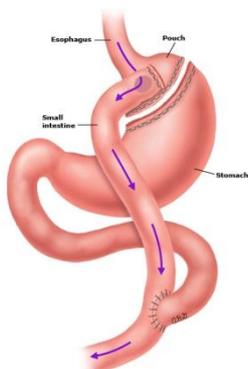
O – perda de peso mais rápida, melhor qualidade de vida.

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

Mingrone e col. publicaram um estudo de série de casos que 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

Os autores publicaram recentemente os resultados do acompanhamento de cinco anos de do mesmo grupo de pacientes, e 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

Shauer e col. publicaram estudo randomizado que incluiu 150 obesos com diabetes. Os pacientes foram 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, e quanto ao resultado da cirurgia bariátrica em longo prazo. A capacidade de manter a perda de peso 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.
- Obesidade mórbida instalada há pelo menos 5 anos.

O relatório da clínica informa ganho de peso progressivo desde 2014. Não informa quais tratamentos foram realizados. O ideal para a paciente tão jovem seria, antes de se submeter a uma cirurgia mutiladora, tentar simultaneamente mudança do estilo de vida com reeducação alimentar, exercícios e, provavelmente ajuda psicológica, uma

vez que o relatório da nutricionista relata compulsão alimentar. Caso a compulsão alimentar não seja controlada após a cirurgia, a possibilidade de voltar a ganhar peso é real.

O relatório da nutricionista informa que a paciente tinha 97,9 kg em março de 2013, o que corresponde ao IMC = 37,8 . Portanto, **a paciente não tinha obesidade mórbida há quatro anos.**

Nenhum relatório de médico com detalhes sobre medicamentos e outras medidas menos agressivas foi anexado.

Portanto, falta comprovação de que houve tratamento longitudinal otimizado para obesidade e a paciente não é portadora de obesidade mórbida há cinco anos.

Uma vez que a cirurgia bariátrica é um tratamento agressivo com riscos próprios, deve ser reservada para casos em que, comprovadamente, todas as tentativas menos agressivas foram tentadas para tratamento da obesidade.

2. Observações:

Não se trata de procedimento de urgência. Não há risco de vida para a paciente. A paciente não preenche os critérios para indicação da cirurgia, uma vez que tem obesidade mórbida há menos de quatro anos.

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.
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*. 2016.

Anexo 1 – Pirâmide das evidências



Pirâmide da evidência. Fonte: adaptado de Chiappelli et al