

**Data: 07/08/2017**

**RT – 58/2017**

**Solicitante: Juiza Raquel Bhering Nogueira Miranda**

**34ª Vara Cível da Comarca de Belo Horizonte.**

**Número do processo: 0024.13.352993-3**

<b>Medicamento</b>	
<b>Material</b>	
<b>Procedimento</b>	<b>x</b>
<b>Cobertura</b>	

**Ré: SAÚDE- Sistema Assistencial Unificado de Empresas Ltda**

**TEMA: Cirurgia bariátrica**

### **Sumário**

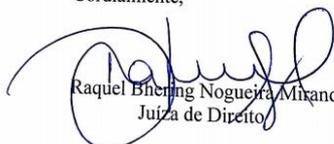
1.Demanda .....	2
2.Contexto .....	2
3.Pergunta estruturada .....	3
4.Descrição da tecnologia solicitada .....	3
5.Revisão da literatura.....	4
6.Disponibilidade na ANS/SUS.....	6
7.RECOMENDAÇÃO/CONCLUSÃO/RESPOSTAS .....	7
Referências.....	8

## 1. Demanda

Senhor Diretor,

Pelo presente, extraídos dos autos supramencionado, em trâmite perante este Juízo e respectiva Secretaria, tendo que vista que a parte Autora litiga sob o pálio da justiça gratuita, e, considerando que o Eg. TJMG possui convênio com o Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, solicito a V. Sa, que no prazo de 20 dias promova parecer médico-científico acerca do quadro de obesidade da parte Autora, a fim de que seja apurada a necessidade da cirurgia bariátrica, objeto da presente lide (cópia da inicial e quesitos em anexo).

Cordialmente,

  
 Raquel Bhering Nogueira Miranda  
 Juíza de Direito



## Relatórios Anexados

Relatório Médico Cirúrgico  
 A Paciente [REDACTED]  
 teve a 1ª consulta em 21/12/12.  
 Com quadro de obesidade grau III.  
 Quando fez a cirurgia bariátrica.  
 Peso 114 Kg - altura 1,67.  
 IMC = 40,8 kg/m<sup>2</sup>. Diante do  
 quadro clínico e histórico de peso  
 há mais de 5 anos e com resolução  
 do CFM e ANS - IMC igual ou superior  
 a 40 kg/m<sup>2</sup> com ou sem comorbidades  
 foi indicado cirúrgico e iniciado  
 pré-operatório para Cirúrgico. No dia  
 25/02/13 paciente retornou com exames  
 e laudos dos médicos de acordo com

31 3247-3000  
 Rua Pará - 750 - Funchalópolis  
 Belo Horizonte - MG - 30150-320

O protocolo para cirurgia bariátrica  
 da Sociedade Brasileira de Cirurgia  
 Bariátrica e Metabólica, quando  
 foi emitido laudo para liberação  
 da Cirúrgico. Os laudos e exames  
 estão em poder da paciente.

Bela 0 26/03/13



## 2. Contexto

**SOBRE A DOENÇA** <sup>1</sup>

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/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>.

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

### **3. Pergunta estruturada**

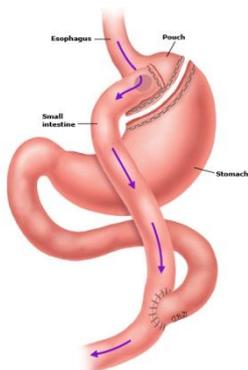
- P** – paciente com obesidade mórbida grau III
- I** – cirurgia bariátrica
- C** – tratamento clínico para obesidade
- O** – perda de peso mais rápida, melhor qualidade de vida.

### **4. Descrição da tecnologia solicitada**

#### **Sobre o procedimento<sup>1</sup>**

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.<sup>3</sup>

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. <sup>5</sup>

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.<sup>2</sup>

## 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/m<sup>2</sup> e 39,9 Kg/m<sup>2</sup>, 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/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>6</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.

## 7. RECOMENDAÇÃO/CONCLUSÃO/RESPOSTAS

### 1. Validade do tratamento

O tratamento é válido para a paciente, por ter  $IMC > 40 \text{ Kg/m}^2$ , se confirmada a utilização de tratamentos anteriores menos agressivos por pelo menos dois anos.

A obesidade mórbida está instalada desde 2012, segundo relatório anexado, portanto há pelo menos 5 anos.

O relatório médico anexado traz a data de 2013. O mesmo não tem detalhes sobre medicamentos e outras medidas menos agressivas a que a paciente se submeteu.

Não foram anexados relatórios de acompanhamento clínico otimizado (médicos/nutricional/atividade física) nos últimos 4 anos.

Foi realizado acompanhamento neste período? Quais resultados?

Portanto, falta comprovação de que houve tratamento longitudinal otimizado para obesidade.

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 preenche os critérios para indicação da cirurgia, desde que sejam comprovados os tratamentos anteriores realizados.

## 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](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](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