

Data: 01/09/2017

RT – 67/2017

Solicitante: Juiz Rogério Santos Araujo Abreu

21ª Vara Cível da Comarca de Belo Horizonte.

Número do processo: 6028710-91.2015.8.13.0024

Medicamento	
Material	
Procedimento	x
Cobertura	

Ré: Vitallis Saúde S.A

TEMA: Cirurgia bariátrica

Sumário

1.Demanda	2
2.Contexto	4
3.Pergunta estruturada	5
4. Descrição da tecnologia solicitada	5
5. Revisão da literatura.....	6
6. Disponibilidade na ANS/SUS.....	8
7. RECOMENDAÇÃO/CONCLUSÃO/RESPOSTAS	9
Referências.....	10

1.Demanda

PROCESSO Nº 6028710-91.2015.8.13.0024

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM (7)

ASSUNTO: [Planos de Saúde]

AUTOR: [REDACTED]

RÉU: VITALLIS SAUDE S.A.

Pelo presente, extraído dos autos supra, em trâmite por este Juízo e respectiva Secretaria e considerando o convênio existente entre o TJMG e o Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde do Hospital das Clínicas da UFMG (Nats) determino que se proceda à elaboração de **parecer técnico sobre a cirurgia de gastroplastia**, conforme requerido e documentado nas cópias anexas.

Atenciosamente,


Rogério Santos Araújo Abreu
Juiz de Direito

Relatórios Anexados

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

NOME E ENDEREÇO DA UNIDADE DE SAÚDE: **CS Ipaçu / Jatobá** DATA: **08/10/13**

NOME DO PACIENTE: [REDACTED]

ENDEREÇO: **PE-1310584**

PRESCRIÇÃO:
 Ao Serviço de Endoscopia -
 Encaminho a paciente acima
 35 anos, com quadro de
 obesidade + HAS, já se
 submeteu a cirurgia de
 varizes (IMC = 54,1)
 Peso = 132 kg
 necessitando avaliação
 }
 BH. 08/10/13

Dr. Fernando Antônio de O. e Silva
 CRM 10342

NOME DO RECEBEDOR: IDENTIDADE: ORG. EMISSOR: ENDEREÇO: IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR: DATA:

Idade: 37	Sexo: Feminino	Data da Consulta: 10/03/2014
Motivo da Consulta: reeducação alimentar, perda de peso.		
Peso Anterior: 126 kg	Peso Atual: 129 kg	IMC: 53,01 kg/m ²
Altura: 1,56 (Cm)	Peso Mínimo: 44 kg	Peso Médio: 51 Kg
Peso Máximo: 58 kg		
Data do início do tratamento	11/01/2013	
Data de encerramento do tratamento	Ainda em andamento	

A paciente Sra. [REDACTED] é casada tem três filhos, trabalhadora autônoma (representantes de roupas e acessórios femininos e masculinos), residente à rua Central do Brasil Nº 313, Bairro Jatobá, BH - MG. Segundo a paciente o intestino é normal, há 6 anos deixou o cigarro e a bebida. Sua mãe da mesma já submeteu a gastroplastia e seu pai devido a Diabetes teve que amputar meia perna.

A paciente mantém tratamento nutricional para perda de peso comigo deste janeiro de 2013, onde teve orientações nutricionais, dietas, lista de substituições, não obtendo resultado satisfatórios. Atualmente ela tem um quadro de obesidade (CID 10-E66) grau III, devido seu IMC 53,01 kg/m².

Com este quadro a Sra. [REDACTED] possui indicação clínicas (endocrinologista, psicóloga, nutricionista) para realização de Gastroplastia. A paciente seguirá em terapia nutricional pós-cirurgia como segue abaixo.

Evolução pós-operatório:

- 1º fase Dieta líquida (15 dias)
- 2º fase Dieta encorpada (15 dias)
- 3º fase Dieta pastosa (15 dias)

Após este período a paciente receberá novas recomendações nutricionais (cardápios, listas de substituições, alimentos que deveram ser evitados nos primeiros 3 meses etc).

A paciente acima citada esta ciente dos potenciais de riscos, a sim como os benefícios com o tratamento cirúrgico.

Libero a paciente para ser submetida à cirurgia de Gastroplastia.

Belo Horizonte, 10 de Março de 2015

Deise Ap. Leite de Oliveira
 Nutricionista
 CRN 13157

Você é o que você come?
 Uma vida mais saudável depende de você!
 Atendimento: Dietética / Home Care

PARER ENDOCRINOLÓGICO

PACIENTE

[Redacted patient name]

36 ANOS, INICIOU ACOMPANHAMENTO NESTE CONSULTÓRIO PARA AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DE GASTROPLASTIA DESDE maio/19.

PORTADOR(A) DE OBESIDADE GRAU III (IMC: 52,3). VEM APRESENTANDO IMPORTANTE COMPROMETIMENTO DA SUA QUALIDADE DE VIDA E LIMITAÇÃO DAS SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS DEVIDO AO EXCESSO DE PESO, ALÉM DE ESTÁ EXPOSTO(A) AOS DEMAIS RISCOS E COMPLICAÇÕES RELACIONADOS A ESSA COMORBIDADE.

JÁ FOI SUBMETIDO(A) ANTERIORMENTE A TRATAMENTOS CONSERVADORES COM OUTROS PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS, COMPOSTOS DE DIETA HIPOCALÓRICA, REALIZAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA REGULAR E USO DE MEDICAMENTOS ANTI-OBESIDADE POR UM PERÍODO SUPERIOR A DOIS ANOS, SEM PERDA PONDERAL SATISFATÓRIA.

PORTADOR(A) AINDA DE hipertensão arterial, colesterol lipático, hipertriglicéidemia

NA AVALIAÇÃO ENDOCRINOLÓGICA DE ROTINA DO PRÉ-OPERATÓRIO DE GASTROPLASTIA, OS EXAMES CLÍNICO E LABORATORIAIS REALIZADOS NÃO CONTRA-INDICAM O PROCEDIMENTO.

ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E ASSIM DEVERÁ MANTÊ-LO RIGOROSAMENTE NO PÓS-OPERATÓRIO.

PACIENTE JÁ ESTÁ CIENTE DOS POTENCIAIS RISCOS E BENEFÍCIOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO CIRÚRGICO PROPOSTO.

LIBERO O(A) PACIENTE ACIMA CITADO(A), DO PONTO DE VISTA ENDOCRINOLÓGICO, PARA SER SUBMETIDA À CIRURGIA BARIÁTRICA.

Castro, 18 DE 07 DE 19.

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

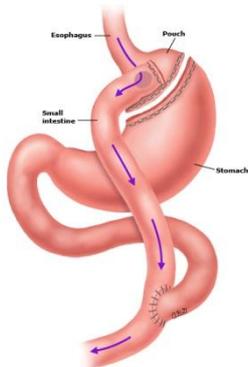
- P** – paciente com obesidade mórbida grau III
- I** – cirurgia bariátrica
- C** – tratamento clínico para obesidade
- O** – perda de peso mais rápida, melhor qualidade de vida.

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
National Institute for Health and Care Excellence do Reino Unido (NICE)	Bariatric surgery	28	0
Conitec	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 confirmada** a utilização de tratamentos anteriores menos agressivos por pelo menos dois anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos.

Segundo relatório endocrinológico anexado, a paciente foi acompanhada no período de março de 2014 a julho de 2014 (cinco meses). O relatório cita acompanhamento com outros profissionais. É necessário demonstrar relatório do acompanhamento anterior.

Segundo relatório da nutricionista, a paciente foi acompanhada no período de janeiro de 2013 a março de 2015 sem melhora da obesidade apesar do tratamento dietético.

Não foi anexado atestado médico comprovando que a obesidade mórbida está instalada há pelo menos 5 anos.

Houve acompanhamento médico nos últimos dois anos?

Portanto, faltam comprovações de que a obesidade mórbida está instalada há mais de cinco anos e de que houve tratamento clínico 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:

A paciente preenche os critérios para indicação da cirurgia, desde que sejam comprovados os tratamentos anteriores realizados e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos.

Cirurgia bariátrica não é procedimento de urgência.

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.

nexo 1 – Pirâmide das evidências



Pirâmide da evidência. Fonte: adaptado de Chiappelli et al