

Data: 10/02/2015

Resposta Técnica 02/2015

Solicitante:

Dr. Sérgio Henrique Cordeiro Caldas Fernandes

Juiz de direito da 23ª Vara Cível Comarca de Belo Horizonte

Processo: 1682880-83.2014.8.13.0024

Ré: Cooperativa de Usuários de Assistência Médico-Hospitalar do SICOOB
(VIVAMED)

**Tema: Cirurgia de redução de estômago em paciente portador de
obesidade mórbida**

.Sumário

RESUMO EXECUTIVO	2
Pergunta encaminhada	2
Recomendação.....	3
CONTEXTO	3
PERGUNTA CLÍNICA ESTRUTURADA	3
DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA A SER AVALIADA	4
COBERTURA PELA SAÚDE SUPLEMENTAR	4
3. RESULTADOS DA REVISÃO DE LITERATURA.....	7
3.2. Conclusão.....	8

RESUMO EXECUTIVO

Pergunta encaminhada:

SFDC-202

**COMARCA DE BELO HORIZONTE - JUSTIÇA COMUM
FÓRUM LAFAYETTE**

AV AUGUSTO DE LIMA, 1549 - 4º/G413 - BARRO PRETO - CEP: 30190002 - (31) 3330-2303 - BELO HORIZONTE/MG

OFÍCIO - GERAL

Processo: 1682880-83.2014.8.13.0024 23ª VARA CÍVEL - PROCEDIMENTO ORDINÁRIO
0024 14 168288-0
Distribuição: 11/06/2014

AUTOR:

RÉU : COOPERATIVA DE USUARIOS DE ASSISTENCIA MEDICO-HOPITALAR DO S

Ofício nº: 14.168.288-0

Ilmo(a) Sr(a) Coordenador

Pelo presente, extraído dos autos em epígrafe, REQUISITO a Vossa Senhoria, que forneça a esse Juízo da 23ª Vara Cível da Comarca de Belo Horizonte laudo técnico sobre os fatos narrados nas peças, cuja cópias seguem anexas. Sem mais, apresento nessa oportunidade, votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

BELO HORIZONTE, 23 de janeiro de 2015.

Juiz(a) de Direito
Sergio Henrique C. C. Mendes
JUIZ DE DIREITO

Ilmo(a) Sr(a) Coordenador(a)
Nats Núcleo de Tecnologia em Saúde
Av Alfredo Balena 110
Belo Horizonte - MG
30.130.100

COMPLEMENTO / DESPACHO JUDICIAL

Trata-se de paciente R.A.S., portador de obesidade mórbida, com IMC de 48 Kg/m², é hipertenso, portador de apnéia do sono de grau elevadíssimo, dores em membros inferiores, lombalgia e síndrome do comer compulsivo.

Faz acompanhamento com endocrinologista, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta.

Foi solicitado pelo médico "Gastroplastia por videolaparoscopia".

Segundo informação dos autos, teve negada autorização do procedimento de cirurgia de obesidade mórbida videolaparoscópica, por se tratar de doença pré-existente.

Recomendação

Resposta:

Do ponto de vista técnico, conforme as informações sobre as condições clínicas do paciente que constam nos autos, está indicada a cirurgia de redução do estômago (Gastroplastia por videolaparoscopia).

Com a cirurgia de redução do estômago, a perda de peso é considerável, entretanto a incidência de ganho de peso pós procedimento é alta, caso não aconteça a conscientização do paciente sobre sua condição com fundamental apoio de familiares.

Quanto a pré-existência, trata-se de questão contratual, entre a operadora e o cliente.

CONTEXTO

Conforme revisão do Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira (AMB) e do Conselho Federal de Medicina (CFM) em conformidade com Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, Associação Brasileira de Nutrologia, Colégio Brasileiro de Cirurgiões e Sociedade Brasileira de Clínica Médica, **obesidade é doença crônica**, inflamatória, endócrino-metabólica, heterogênea, multifatorial e caracterizada pelo excesso de gordura corporal. A obesidade extrema ou obesidade grau III é definida pelo índice de massa corporal [IMC = peso (kg) dividido pela altura (m) ao quadrado] igual ou maior a 40 kg/m.

PERGUNTA CLÍNICA ESTRUTURADA

População: Paciente portador de obesidade mórbida

Intervenção: cirurgia de redução de estômago

Comparação: medidas de mudança de hábito de vida

Desfecho: emagrecimento, diminuição das comorbidades e melhora da qualidade de vida.

DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA A SER AVALIADA

Cirurgia de redução do estômago = Bypass gástrico = gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux” = cirurgia de obesidade mórbida

Estudado desde a década de 60, o *bypass* gástrico é a técnica bariátrica mais praticada no Brasil, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas, devido a sua segurança e, principalmente, sua eficácia. O paciente submetido à cirurgia perde de 40% a 45% do peso inicial.

Nesse procedimento misto, é feito o grampeamento de parte do estômago, que reduz o espaço para o alimento, e um desvio do intestino inicial, que promove o aumento de hormônios que dão saciedade e diminuem a fome (Figura 1). Essa somatória entre menor ingestão de alimentos e aumento da saciedade é o que leva ao emagrecimento, além de controlar o diabetes e outras doenças, como a hipertensão arterial.

Uma curiosidade: a costura do intestino que foi desviado fica com formato parecido com a letra Y, daí a origem do nome. Roux é o sobrenome do cirurgião que criou a técnica.

Figura 1. Cirurgia de redução do estômago



A gastroplastia pode ser realizada por meio de dois métodos: cirurgia aberta ou por videolaparoscopia. A cirurgia aberta, ou Laparotomia, trata-se de uma incisão (corte) no abdome de 10 até 15 cm (corte vertical um pouco abaixo do esterno, até o umbigo). O cirurgião atua diretamente sobre os órgãos, com uma visão ampla e direta.

A recuperação é mais lenta e de maior cuidado, podendo o paciente acordar com dores no corte ou senti-las mais tarde. A cicatriz é grande e pode ser retirada através de cirurgias plásticas, mais tarde.

A operação de gastroplastia feito pela técnica aberta dura em média 1h 30min.

No caso da Videolaparoscopia, são feitos 4 a 6 portais (incisões de 5 e 10 mm) no abdome do paciente. O médico opera manejando instrumentos que possuem uma pequena câmera de vídeo.

A sala de cirurgia é cercada por monitores de televisão, onde são projetadas as imagens internas do corpo do paciente.

É uma operação menos agressiva e de recuperação mais rápida, visto que o paciente sofre menos trauma nos tecidos e músculos, com cortes muito pequenos. A operação de gastroplastia feito pela técnica de videolaparoscopia dura em média 4 horas.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS estabelece um Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, atualmente vigente por intermédio da Resolução Normativa no 338/2013, alterada pela RN no 349/2014, que constitui a cobertura mínima obrigatória a ser garantida pelos planos de saúde comercializados a partir de 2/1/1999, bem como para aqueles contratados anteriormente, desde que adaptados à Lei 9656/1998, nos termos do artigo 35 da referida Lei e respeitadas as segmentações assistenciais contratadas;

- O procedimento “GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU VIA LAPAROTÔMICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)” foi incorporado ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde por ocasião da alteração feita à Resolução Normativa – RN –

211/2010 realizada pela RN 262/2011, cuja vigência teve início em 1o de janeiro de 2012, com cobertura obrigatória para as segmentações assistenciais hospitalar com ou sem obstetrícia;

- O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente é regido pela RN 338/2013, com vigência a partir de 2/01/2014;

- Para que o procedimento “GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU VIA LAPAROTÔMICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)” tenha cobertura obrigatória assegurada pelos planos privados de assistência à saúde é necessário que as condições estipuladas em sua Diretriz de Utilização (DUT), no Anexo II da RN 338/2013, abaixo descrita, sejam cumpridas; 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 comorbidades (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 osteoartrites, entre outras); b. IMC igual ou maior do que 40 Kg/m², com ou sem comorbidades.

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

- Para os planos constituídos antes de 1o de janeiro de 1999, não adaptados à Lei 9656/1998 e ainda vigentes, a cobertura obrigatória a ser garantida é a que consta das cláusulas contratuais acordadas entre as partes.

3. RESULTADOS DA REVISÃO DE LITERATURA

Conforme definido pela revisão sobre Terapia Nutricional para Pacientes com obesidade extrema , realizada pelas Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral Associação Brasileira de Nutrologia Colégio Brasileiro de Cirurgiões Sociedade Brasileira de Clínica Médica,(1) obesidade é doença crônica, inflamatória, endócrino-metabólica, heterogênea, multifatorial e caracterizada pelo excesso de gordura corporal. A obesidade extrema ou obesidade grau III é definida pelo índice de massa corporal [IMC = peso (kg) dividido pela altura (m) ao quadrado] igual ou maior a 40 kg/m.

A obesidade está diretamente associada ao estilo de vida das pessoas, bem como aos hábitos alimentares inadequados, que por sua vez estão relacionados a fatores psicológicos que desempenham um papel fundamental para o desenvolvimento dos riscos associados.(2)

A ingestão alimentar é uma das necessidades fisiológicas básicas das pessoas, essencial para a manutenção do equilíbrio do organismo. Entretanto, o funcionamento psíquico, o contexto sociocultural, a relação que se estabelece com os alimentos e a forma de se alimentar modulam o comportamento alimentar do indivíduo, salientando suas preferências, hábitos e organização das refeições. No complexo ato de se alimentar está envolvido o prazer, que se entende como um fenômeno que concerne ao processo de simbolização e de atribuição de significados às experiências vividas pelas pessoas. Dessa forma, na estruturação do hábito alimentar estão em jogo diversos fatores de ordem biológica, psicológica e sociocultural. O prazer resultante surge como um dos motores do funcionamento psíquico e do comportamento humano.(2)

Por essa razão o fenômeno da obesidade vai muito além de sua dimensão biológica. Trata-se de uma doença singular, pois engloba um grupo

heterogêneo de condições com múltiplas causas que, em última apreciação, resultam no fenótipo de obesidade.(2)

Nos últimos anos as intervenções comportamentais têm ocupado lugar de destaque no tratamento da obesidade. Diversas modalidades de intervenção têm sido propostas, com particular ênfase na estratégia de grupos, desenvolvidos com objetivos diversos nos mais variados contextos, abrangendo desde a reeducação alimentar até os grupos com finalidade terapêutica. Compreender como se mostra, no contexto grupal, a percepção da pessoa obesa frente às repercussões da obesidade, é de extrema importância para a qualidade de vida, enfrentamento e controle da doença.(2)

3.2. Conclusão:

Do ponto de vista técnico, conforme as informações sobre as condições clínicas do paciente que constam nos autos, está indicada a cirurgia de redução do estômago (Gastroplastia por videolaparoscopia).

Com a cirurgia de redução do estômago, a perda de peso é considerável, entretanto a incidência de ganho de peso pós procedimento é alta, caso não aconteça a conscientização do paciente sobre sua condição com fundamental apoio de familiares.

Quanto a pré-existência, trata-se de questão contratual, entre a operadora e o cliente.

Referências:

1. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, Associação Brasileira de Nutrologia, Colégio Brasileiro de Cirurgiões SB de CM. Terapia Nutricional para Pacientes com Obesidade Extrema. Proj Diretrizes da Assoc Médica Bras e Cons Fed Med. 2011;

2. Oliveira VA de, Ribas CRP, Santos MA dos, Teixeira CR de S, Zanetti ML. OBESIDADE E GRUPO: A CONTRIBUIÇÃO DE MERLEAU-PONTY. Vínculo – Rev do NESME. 2010;1(7):01–81.