

25/11/2015

**NT – NATS – HC – UFMG 51/2015**

**TEMA: Cirurgia bariátrica**

**SOLICITANTE: JESP Consumo 4ª Secretaria-Juiz Antônio João de Oliveira**

**NÚMERO DO PROCESSO: 9059263.70.2015.813.0024**

**Ré: AMIL**

**CONTEXTO**

Prezada equipe NATS

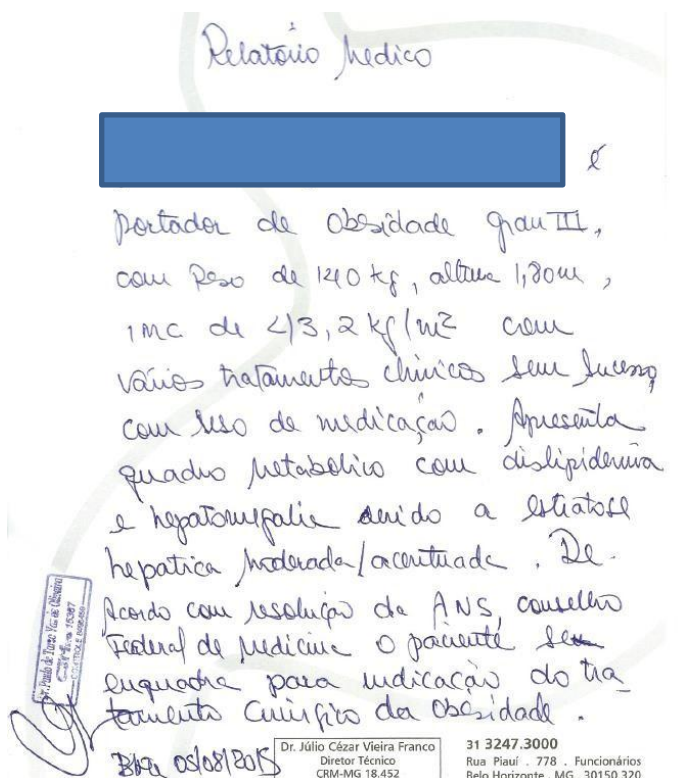
Por ordem do MM. Juiz de Direito Antônio João de Oliveira, solicito informações acerca da validade e eficiência do tratamento pretendido pelo autor, nos autos de número 9059263.70.2015.813.0024, em curso nesta Unidade, conforme documentos anexos.

Cordialmente

Regina Aparecida Melo Oliveira Pires

Escrivã Judicial.

Relatório médico anexado:



## **SOBRE A DOENÇA<sup>1</sup>**

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) adotado em 1997 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o índice de referência de medida para a obesidade. 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>.

Para pacientes com IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> que não conseguiram perder peso com dieta, exercício, e medicamentos, tem sido indicada a cirurgia bariátrica, assumindo que os benefícios compensam os custos, os riscos, e efeitos colaterais do procedimento. <sup>2</sup>

## PERGUNTA ESTRUTURADA PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO:

**P** – Paciente portador de obesidade mórbida

**I** - Cirurgia bariátrica

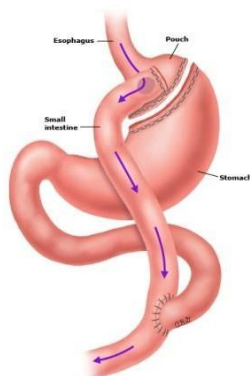
**C** - Outros tratamentos para obesidade

**O** – Melhor resolução da obesidade, menor morbidade, melhor qualidade de vida.

## DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA<sup>3</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>

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 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/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>4</sup>

## **REVISÃO DA LITERATURA**

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. <sup>5</sup>

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 reganho de peso tenha ocorrido no grupo cirúrgico e a perda de peso tenha se mantido no grupo tratamento clínico. <sup>6</sup>

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. <sup>7</sup>

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. <sup>2</sup>

## **CONCLUSÃO/RESPOSTAS**

### **1. Validade do tratamento**

O tratamento é válido para o paciente, por ter IMC>40 Kg/m<sup>2</sup>.

É preciso verificar se foram tentados pelo menos por dois outros anos, tratamentos menos agressivos para perda de peso.

### **2. Eficácia do tratamento**

O tratamento é eficaz para perda rápida de peso, embora possa não trazer benefício para reduzir a mortalidade e a morbidade em longo prazo.

### **3. Outras observações:**

Como relatado no processo, o paciente possui o plano de saúde há um ano.

Se a doença obesidade mórbida ocorreu no último ano, não há ainda indicação para tratamento cirúrgico, porque o tratamento clínico deve ser tentado pelo menos por dois anos antes de tratamento cirúrgico.

Se a doença está presente há mais de um ano, trata-se de doença pré-existente.

Segundo o rol da ANS, a cirurgia bariátrica tem cobertura obrigatória se há **“falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos”**.

## REFERÊNCIAS

1. Rosen DJ, Dakin GF PA. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults--The Evidence Report. National Institutes of Health. *Obes Res.* 1998;6 Suppl 2:51S - 209S. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9813653>.
2. GA B. Obesity in adults: Overview of management. *UpToDate.* 2015. [http://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-overview-of-management?source=search\\_result&search=obesity&selectedTitle=1%7E150#H25](http://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-overview-of-management?source=search_result&search=obesity&selectedTitle=1%7E150#H25). Accessed November 25, 2015.
3. Lim RB. Bariatric procedures for the management of severe obesity: Descriptions. *Uptodate.* 2015. <http://www.uptodate.com/contents/bariatric-procedures-for-the-management-of-severe-obesity-descriptions?source=machineLearning&search=bariatric+surgery&selectedTitle=5%7E134&sectionRank=2&anchor=H16056874#H16056874>. Accessed November 6, 2015.
4. ANS. Diretriz de Utilização ANS. *Minist da Saúde.* 2014.
5. 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.
6. 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.
7. 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.