

14/07/2016

RT - 23/2016

TEMA: Gastroplastia ou Cirurgia bariátrica

SOLICITANTE: Juíza de Direito Dra. RAQUEL DISCACCIATI BELLO

**COMARCA DE BELO HORIZONTE - JESP Consumo - 1a. Secretaria MG 1ª Unidade
Jurisdicional Cível de Belo Horizonte**

NÚMERO DO PROCESSO: 9034483.32.2016.813.0024

Autor: M.H.S.L.

Ré: UNIMED BH

CONTEXTO

Paciente portadora de obesidade mórbida solicitando procedimento Gastroplastia por videolaparoscopia. Procedimento negado pela requerida sob a justificativa de "COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA"

LAUDO NUTRICIONAL

Acompanho a paciente, [REDACTED], e, após a última avaliação da paciente, em Abril de 2016, constatei que a mesma encontra-se com IMC superior a 40Kg/m², o que corresponde a um risco aumentado de desenvolvimento das atuais comorbidades e outras complicações metabólicas.

É importante ressaltar que ao avaliar a história pregressa da paciente, é possível identificar um quadro de obesidade crônica, há mais de cinco anos.

Entendo que a cirurgia para tratamento da obesidade, justifica-se com urgência com o objetivo de redução e manutenção do peso, em função do risco de permanecer obesa e risco de evolução das atuais comorbidades. Ressalto ainda, que a paciente relatou que já fora submetida a diversas dietas e propostas de mudança do hábito alimentar, consecutivamente, pelo menos há dois anos, sem resultados satisfatórios. Diante do quadro clínico, foi-lhe indicada a gastroplastia para efetiva perda e manutenção do peso.

A paciente está ciente de que o procedimento cirúrgico, não finaliza o tratamento da obesidade. Será necessário o acompanhamento nutricional no pós-operatório, para a elaboração de um protocolo de atendimento nutricional que contemple e priorize aspectos de educação nutricional e monitorização detalhada da dieta.

Belo Horizonte, 15 de Abril de 2016.

Silvia Helena Baião Reis

Silvia Helena Baião Reis
Nutricionista – CRN 7476

Silvia Helena Baião Reis
NUTRICIONISTA
CRN 7476

Rua Boaventura Costa, 538.
Barreiro – Belo Horizonte/MG
Tel: (31) 3384-2839 / (31) 2535-7045 / (31) 98412-5877



RAIARA RACHID ARAÚJO

Nutricionista - CRN 6531

Avaliação Nutricional Pré - Cirúrgico

A Paciente [REDACTED] 32 anos, foi encaminhada para realização de acompanhamento e avaliação nutricional pré-cirúrgica.

Relatou ganhar peso desde a infância e apresentar o quadro de obesidade há mais de 5 anos. Há mais de 5 anos busca métodos convencionais para emagrecimento como dietas, atividade física e medicamentos, mas as tentativas foram mal sucedidas. Possui comorbidades relacionadas a obesidade como esteatose hepática, hernia de hiato e pré-diabetes.

A paciente não é tabagista e não ingere bebidas alcólicas. Declara possui histórico de doenças na família como diabetes.

Declara possuir o apoio da família para realização da cirurgia.

Na anamnese alimentar foi constatada uma dieta hipercalórica. Declara não possuir alergia ou intolerância alimentar.

Na avaliação antropométrica foi observado:

Peso: 105,5 kg

Altura: 1,55 cm

Circunferência abdominal: 125 cm

Circunferencia da Cintura: 112 cm

Circunferência do Braço: 43 cm

Circunferência do Quadri: 145 cm

IMC 43,91 kg/m²

Raiara Rachid Araújo
Raiara Rachid Araújo
Nutricionista - CRN 6531

RELATÓRIO

Avaliei a paciente [redacted] 32 anos, portadora de Obesidade há muitos anos, com história de diversos tratamentos (inclusive durante dois anos consecutivos), com e sem uso de medicamentos, mas sem resultados satisfatórios a médio e longo prazos tendo evoluído com piora progressiva do quadro. Optou pela gastroplastia e está ciente dos riscos e consequências. Não há qualquer evidência clínica e laboratorial de patologias endócrinas associadas.
IMC atual: 45 Kg/m²(Est= 152 cm; Peso= 104 Kg)

Belo Horizonte, 27 de Janeiro de 2016.

006.11.23260-9

Esp. 10

Marcelo Damasceno Fonseca

Dr Marcelo Damasceno Fonseca
Endocrinologista CRM 23260

SOBRE A DOENÇA¹

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/m², grau II entre 35 e 39,9 Kg/m² e grau III ou obesidade mórbida com IMC acima de 40 Kg/m².

Para pacientes com IMC ≥ 40 kg/m² 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.²

PERGUNTA ESTRUTURADA PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO:

P – Paciente portadora de obesidade mórbida

I – Cirurgia bariátrica (gastroplastia)

C – Tratamento clínico otimizado

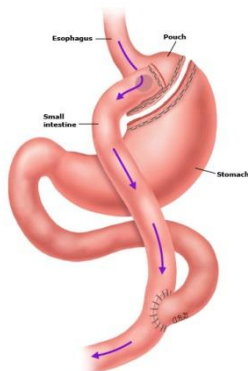
O – Melhor resolução da obesidade, menor morbidade, melhor qualidade de vida.

DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA³

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/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.”⁴

Disponibilidade no SUS

No SUS, a cirurgia bariátrica tem cobertura. O procedimento é regulamentado pela portaria nº 424, de 19 de março de 2013 que 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 a 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.

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.⁵

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.⁶

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.⁷

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.²

CONSIDERAÇÕES

1 – A cirurgia bariátrica não tem caráter de urgência;

2 – Paciente com IMC>40kg/m² - obesidade grau III ou obesidade mórbida

3 – Os profissionais que emitiram os relatórios não fizeram acompanhamento clínico-nutricional da paciente, apenas relataram informações fornecidas pela mesma. Assim, não há comprovação de acompanhamento clínico-nutricional com falha no tratamento realizado por, pelo menos, 2 anos;

4 – Pelos relatórios é um “quadro de obesidade crônica há mais de 5 anos”, portanto uma condição pré-existente, critério de indicação de cirurgia bariátrica pela Diretriz de Utilização da ANS;

5 – Foram relatadas diversas co-morbidades, porém nenhuma grave.

CONCLUSÃO/RESPOSTAS

A paciente preenche o critério para cirurgia bariátrica no item IMC>40 Kg/m² (obesidade mórbida grau III ou obesidade mórbida) e a obesidade está instalada há mais de cinco anos, no entanto, não foram enviadas comprovações de tratamentos clínico-nutricionais adequados para perda de peso por dois anos.

RECOMENDAÇÃO

Pelo fato da paciente não apresentar nenhuma co-morbidade grave no momento, deveria realizar, de acordo com os protocolos clínicos da ANS e Ministério da Saúde, previamente um acompanhamento médico-nutricional rigoroso. Caso não tenha sucesso ou desenvolva alguma co-morbidade mais grave deve ser indicada a cirurgia bariátrica.

O NATS não avalia cláusulas contratuais.

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. 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§ionRank=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.