

Data: 20/10/2016

RT – 38/2016

Solicitante: Juiz de Direito Dr. Ronaldo Souza Borges

2ª Vara Cível Comarca de Coronel Fabriciano - MG

Número do processo: 5001059-42.2016

Autora: L.M.G.

Ré: Medisanitas Brasil Assistência Integral à Saúde- Vitallis

Medicamento	
Material	
Procedimento	x
Cobertura	

TEMA: Cirurgia Bariátrica

Sumário

1.Demanda	2
2.Contexto.....	8
3.Pergunta estruturada	9
4. Descrição da tecnologia solicitada	9
5. Revisão da literatura	11
6. Disponibilidade na ANS/SUS ⁴	13
7. Recomendação e conclusão	14
Referências.....	15

1.Demanda

JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE COSELÓPOLIS - MG

TERMO DE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO

PROCESSO Nº: 0001059-42.2016.8.13.0194

AÇÃO: CUMPRIMENTO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER

PARTES: [REDACTED]

VITALISA SAÚDE S.A

Nos 14 dias do mês de Junho de 2016, às 16:30 horas, na Central de Conciliação, perante o MM. Juiz de Direito, Dra. Geniele Santos de MOURA, comigo conciliador ao final assinado e ausente o Promotor de Justiça, foi ordenado ao Sr. Oficial Porteiro que procedesse com as formalidades legais ao prego das partes e de seus respectivos procuradores. Apregoados, presente a requerente, acompanhada de seu advogado Dr Tiago Medeiros Graide - OAB/MG 136.388. Presente o preposto do requerido Sr Jose Celio Da Silva - CPF 535.602.246-91, acompanhado de sua advogada Dra Ana Cláudia Merais Valgas - OAB/MG 157.947, que requer prazo para juntada da carta de preposição bem como substabelecimento.

Iniciados os trabalhos, restou infrutifera a tentativa de conciliação, tendo em vista que partes não chegaram a um acordo. Compulsando os autos, verificouse que houve juntada de contestação. Pela ordem, a advogada da parte ré requereu a palavra e assim se manifestou: "MM. Juiza, requer a retificação do polo passivo para Medisanitas Brasil Assistência Integral à Saúde. Voltara-se expedição de ofício ao NATS (Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde)."

Em face do ocorrido, aguarda-se o prazo de 15 dias para impugnação à contestação a partir desta data.

Nada mais para o momento, segue as assinaturas.

Juiz de Direito: Geniele Santos de Moura

Advogado Requerente:

Advogada Requerida: Ana Cláudia Merais Valgas

Requerente:

Preposto:

Conciliador:

Relatório Médico

DECLARAÇÃO

DECLARO QUE A PACIENTE [REDACTED]
É PORTADORA DE DOENÇAS METABÓLICAS COMO:

- ESTEATOSE HEPÁTICA
- ESTEATOSE VISCERAL
- SÍNDROME METABÓLICA
- HIPERTENSÃO ARTERIAL
- OBESIDADE GRAU 2 COM I.M.C.: 37,4 KG/M² (V.R = 18,5 ~ 25) E PGC: 48,6 (V.R = 18~28)
- DISLIPIDEMIA

JÁ HÁ 3 ANOS COM VÁRIAS TENTATIVAS DE PERDA DE PESO POR MÉTODOS CONVENCIONAIS SEM SUCESSO. ESTANDO POIS, INDICADA, A MEU JUÍZO, CIRURGIA BARIÁTRICA.

11 de junho de 2015

Dr. Fernando Carlos de Oliveira Melo
CRM: 18.800

Relatório Nutricional

Ipatinga, 22 de Julho de 2015.

A paciente [REDACTED] hoje com 33 anos de idade, vem em consulta para avaliação nutricional e esclarecimento sobre o tratamento dietoterápico na cirurgia bariátrica.

Se encontra com 101,0 kg e 1,60 m, IMC de 39,45 kg/m², caracterizando quadro de obesidade grau II.

Relata ser hipertensa, já em tratamento medicamentoso.

Foi orientada sobre a dieta no pós operatório imediato, e sobre a necessidade de manter acompanhamento nutricional após a realização da cirurgia.

Encontro-me a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,


Fabiane Bueno Siqueira Ataíde
Nutricionista
CRN9 2746

RECEITUÁRIO

[Empty box for patient name]

Po. gastroplastia

- Assintomática e eufórica
- Pulso limpo / Ritmo cardíaco regular
- ECG normal
- Função renal preservada
- PA = 122 x 80
- Em uso de losartano → manter
- Aleija medicamentosa: não
- Bom estado geral

ASAI

14.2.15
 José Fernando M. Pizoto
 MEDICINA DO TRABALHO/CARDIOLOGIA
 CRM-14.622

[Empty box for patient name]

RELATÓRIO MÉDICO

AO GRUPO DE APOIO A OBESIDADE ---- VITALLIS



ENCAMINHO LUANA MADUREIRA GOMIDE, PORTADOR DE OBESIDADE GRAU 3. NO MOMENTO APRESENTA IMC= 40,8 KG/M2. PORTADORA DE HAS E LOMBALGIA CRÔNICA

JÁ FAZ ACOMPANHAMENTO COM ENDOCRINOLOGISTA SEM SUCESSO. RELATA TENTATIVAS DE EMAGRECIMENTO COM DIETA ORIENTADA POR NUTRICIONISTA SEM SUCESSO

NO MOMENTO COM INDICAÇÃO PARA CIRURGIA DE OBESIDADE. A DISPOSIÇÃO.

Dr. Anderson F.S.A. Morais
 Cirurgia Geral
 UFMG Hospital das Clínicas
 CRM 45290

DR ANDERSON FREITAS DE SOUZA ASSIS MORAIS
 CIRURGIA GERAL E OBESIDADE
 CRM45290T

 PLANO DE SAÚDE	Protocolo - Cirurgia Bariátrica Relatório Médico II	Data Emissão - 02/04/2013 Número da Revisão - 02
Nome Completo: _____		
Idade: <u>33</u> Identidade: <u>MG 13.007.363</u> CPF: <u>052.718.406-38</u>		
Endereço: <u>Rua Primavera Leibel Nº26</u> Bairro: <u>Dom Rêgina</u>		
UF: <u>MG</u> Telefone: <u>31 988424469</u> Email: _____		
Declaração Médica		
<p>Eu, <u>Fernando C. de O. Melo</u> (nome do médico), inscrito no CRM <u>8880 MG</u> (UF) sob o número <u>8830</u>, venho por meio deste, informar que a paciente em questão manteve o IMC de <u>40.5</u> Kg/m² (peso: <u>102.3</u> Kg / altura: <u>1.59</u> cm) durante o período de <u>junho/15</u> (mês/ano) a <u>março/2016</u> (mês/ano). O prontuário médico do paciente se encontra a disposição para averiguação da auditoria médica da operadora.</p>		
Especialidade do médico assistente: _____		
Local e data: <u>Spatimaga 17 de março, 2016</u>		
Assinatura e carimbo: _____ 		

Avaliação clínica pré-anestésica

Dr. Gilberto Damascio

Nome: idade: 33 An

Diagnóstico: _____

Procedimento cirúrgico proposto: Subtotalidade

Comorbidades: Não () Sim (✓) Hipert. art.

Uso de medicamentos: Não () Sim (✓) Atorvast. 20 / 1x dia

Alergia medicamentosa: Não (✓) Sim () _____

Tabagismo: Não (✓) Sim () _____

Etilismo: Não (✓) Sim () _____

Atividade física: Não (✓) Sim () _____

Sintomatologia cardíaco-respiratória: Não (✓) Sim () _____

Passado anestésico-cirúrgico: Não () Sim (✓) Grupos A e B com o anest. em hospital e ambulatório

Exame físico: _____

Ectoscopia: Boa e está gel

AR: As farinhas e secas

ACV: NAO tem de 19609 nenhuma

Peso: 60kg Abertura da boca: normal

Mallampatti: II Pescoço: longo () médio () curto ()

Prótese dentária: Não () Sim (✓) fixo

Vitallis
 PLANO DE SAÚDE

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

ANS - Nº: 61.3024

06

Obesidade grau 3. Peso: 122kg. Altura: 1,59m. IMC: 47,9 kg/m².
 Comorbidades: hipertensão arterial sistólica. Já foi-lhe prescrito fármacos
 sem sucesso. Método por laparoscopia multistaple com 5 unidades de
 01

3.1002.3.1.0. gastroplicho pt obesidade grau 01

Endoprótese uniaxial 01
 Imp. 45mm 03
 Tubo de 12mm 01

01.06.16
 Dr. Anderson F.S.R. Mendes
 Cirurgião Geral
 Hospital das Clínicas
 UFMG

Histórico do quadro da paciente:

Idade: 33 anos, em tratamento para controle de obesidade comprovado há 1 ano.

- **Junho de 2015** – relatório do cirurgião (8036771) IMC = 37,4 kg/m² - encaminhamento para cirurgia bariátrica com relato de comorbidades, não foram anexadas comprovação das mesmas. Há ainda relato de tentativa de emagrecimento há três anos.

- Um exame anexado ao relatório, da mesma clínica do cirurgião, mas com a data ilegível, informa o peso da paciente= 97 kg.
- **julho de 2015** – relatório pré-operatório da nutricionista, que não acompanhava a paciente, relata IMC= 39,45 kg/m², peso=101 kg Estatura=160 cm. Foi dada orientação nutricional para **após a cirurgia, não antes**.
- **julho de 2015** – relatório cardiológico pré-operatório, informa que a paciente tem bom estado geral e hipertensão arterial controlada com o uso de losartana. Peso=101 kg
- **março de 2016** – IMC = 40,5 kg/m², peso 102,3 kg, Estatura =159 cm (cirurgião-relatório 8036552). O cirurgião relatou acompanhamento da paciente por nove meses.
- **abril de 2016** – IMC = 40,4 kg/m² – (cirurgião- relatório 8036565) peso 102 kg, estatura 159 cm; solicitada guia de internação pela cirurgia. O mesmo cirurgião fez um encaminhamento para o plano de saúde informando IMC de 40,8 kg/m². Neste relatório há menção de acompanhamento com endocrinologista e nutricionista sem sucesso.
- Não foram anexados os relatórios do endocrinologista e do nutricionista que acompanhavam a paciente, segundo o relatório 8036565.

Relatório do anestesista (8036803) sem data informa que a paciente encontra-se em bom estado geral, com hipertensão arterial controlada com atenolol.

2.Contexto

SOBRE A DOENÇA¹

Quase metade da população brasileira está acima do peso. Segundo dados do Ministério da Saúde, 42,7% da população estavam acima do peso no ano de 2006. Em 2011, esse número passou para 48,5%. O levantamento é da **Vigitel** (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), e os dados foram coletados

em 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Houve aumento de mais de 0,5% do excesso de peso e da obesidade em um ano, e este aumento continua crescendo.

Em 25,4% das mulheres o sobrepeso inicia entre 18 e 24 anos; 39,9% entre 25 e 34 anos; e, entre 45 e 54 anos, 55,9% apresentam obesidade. ²

No Brasil não existem dados concretos publicados sobre os custos diretos e indiretos relacionados à obesidade e suas complicações.

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. ³

3. Pergunta estruturada

P – paciente com obesidade grau II e hipertensão arterial.

I – cirurgia bariátrica.

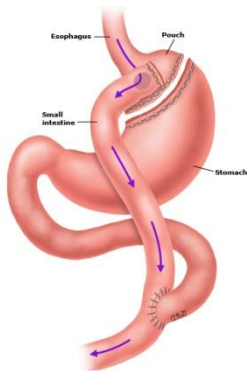
C – outros tratamentos para perda de peso.

O – melhora da obesidade e comorbidades, melhor qualidade de vida.

4. Descrição da tecnologia solicitada

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 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.”⁴

5. Revisão da literatura

Base de dados	Estratégia de busca	Artigos encontrados	Artigos selecionados
<i>uptodate</i>	Bariatric surgery	10	1
Dynamed	Bariatric surgery	67	1
PubMed	Bariatric surgery	67	0
<i>National Institute for Health and Care Excellence do Reino Unido (NICE)</i>	Obesity	1	1
<i>Conitec</i>	Cirurgia bariátrica	0	0

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 de tratamento clínico, paciente 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.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

A NICE atualizou em 2014 a diretriz de tratamento da obesidade em adultos. Foram considerados critérios indispensáveis para indicação de cirurgia bariátrica o compromisso com o tratamento, o entendimento de que a cirurgia bariátrica é apenas parte de um tratamento que inclui mudança de hábitos, atividade física e dieta saudável.⁸

Gloy e colaboradores publicaram metanálise e revisão sistemática comparando tratamentos cirúrgicos e não cirúrgicos para obesidade mórbida. Foram incluídos 11 estudos (n=79) que mostraram redução do peso, melhora metabólica e melhora da qualidade de vida dos pacientes submetidos a cirurgia. Porém, os autores comentaram que o pequeno número de pacientes e o pequeno tempo de acompanhamento não permitiu saber qual será o resultado do tratamento cirúrgico em longo prazo.⁹

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.³

6. Disponibilidade na ANS/SUS⁴

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 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 osteo-artrites, 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.”⁵

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 e conclusão

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade deve ser reconhecida como uma enfermidade e tratada como tal. O paciente deve compreender que a perda de peso é muito mais que uma medida cosmética e visa à redução da morbidade e mortalidade associadas à obesidade. Independente da maneira a ser conduzido (dietético, medicamentoso ou cirúrgico), o tratamento da obesidade exige identificação e mudança de componentes inadequados de estilo de vida do indivíduo incluindo mudanças na alimentação e prática de atividade física.¹⁰

É importante observar que a cirurgia bariátrica não é um tratamento de urgência, devendo ser realizado de forma programada com acompanhamento de equipe multidisciplinar.

Pontos a ponderar conforme verificado nos autos e nos relatórios (médicos – cirurgiões, anestesista e cardiologista - psicológico, nutricional):

- Dada a complexidade do tratamento para obesidade, os pilares preconizados são dieta e a prática da atividade física e no caso em questão não foi apresentada orientação dietética (apenas para após o procedimento de cirurgia bariátrica), e nem atividade física sob acompanhamento, portanto o tratamento não está otimizado;
- Pelos relatórios anexados, a paciente está ganhando peso progressivamente: encontrava-se em obesidade grau II sem comorbidade importante até julho de 2015; a partir de março de 2016, atingiu obesidade grau III ainda sem comorbidade importante.
- Não localizamos o relatório de acompanhamento com endocrinologista e nutricionista. O relatório da nutricionista anexado informa que apenas atendeu a paciente para orientação pré-operatória.
- O relatório do cardiologista e do anestesista afirmam que a paciente está em bom estado de saúde, sem risco de vida e com a pressão arterial controlada.

- A paciente, no momento, não preenche critérios para indicação da cirurgia bariátrica, uma vez que não demonstrou tratamento otimizado para obesidade por pelo menos dois anos, não apresenta obesidade grau III há pelo menos cinco anos (sete últimos meses segundo relatórios anexados) e deve ser poupada dos riscos e comorbidades inerentes à gastroplastia.
- **Sobre a adequabilidade:** a paciente não está dentro dos parâmetros da Diretriz de Utilização (DUT) da ANS, para indicação da cirurgia de obesidade mórbida. A paciente vem ganhando peso atingindo IMC $>40 \text{ kg/m}^2$ em março de 2016 (e não há cinco anos), sem comprovação de tratamento otimizado para obesidade nos últimos dois anos.

Pelo exposto, considerando que:

- A paciente não comprovou o seguimento de tratamento clínico otimizado;
- A paciente pode se beneficiar do tratamento clínico evitando os riscos e comorbidades da gastroplastia;

O NATS considera que não há indicação do procedimento cirúrgico neste momento.

O NATS recomenda acompanhamento multiprofissional otimizado de acordo com diretrizes nacionais (Diretrizes de Utilização da ANS) e internacionais.

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. Endocrinologia SB de. Números da obesidade no Brasil. <http://www.endocrino.org.br/numeros-da-obesidade-no-brasil/>. Published 2016.
3. 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%7E150#H25. Published 2016. Accessed September 20, 2016.

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.
8. Obesity: identification, assessment and management | 1-recommendations | Guidance and guidelines | NICE.
9. Gloy VL, Briel M, Bhatt DL, et al. Bariatric surgery versus non-surgical treatment for obesity: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2013;347:f5934. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24149519>.
10. World Health Organization. World Health Organization. Obesity: presenting and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on obesity. Geneva: WHO. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 1998.

Anexo 1 – Pirâmide das evidências



Pirâmide da evidência. Fonte: adaptado de Chiappelli et al