

Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário – NAT JUS GOIÁS

NOTA TÉCNICA

CIRURGIA BARIÁTRICA (GASTROPLASTIA)

Assunto: Solicitação de cirurgia bariátrica (gastroplastia)

1 Considerações Iniciais

Trata-se de pedido de esclarecimento a respeito das principais indicações para realização de cirurgia bariátrica.

Com o objetivo de dar respostas às perguntas formuladas, faz-se necessário esclarecer preliminarmente algumas questões de natureza conceitual, técnica e científica.

2 Da Doença

A obesidade é uma doença neuroquímica, crônica, recidivante e multifatorial na qual a reserva natural de gordura aumenta até o ponto em que passa a estar associada a certos problemas de saúde ou ao aumento da taxa de mortalidade. É resultado do balanço energético positivo, ou seja, a ingestão alimentar é superior ao gasto energético.

A divisão da obesidade em graus é empírica, embora baseada nas curvas de IMC x morbidade e IMC x mortalidade, não havendo um estudo de coorte brasileiro para definição dos limites para a nossa população. Aceita-se como IMC normal, aquele entre 18,5 e 25 kg/m², no qual a morbimortalidade é menor. A faixa de IMC entre 25 e 29,9 kg/m² é denominada de sobrepeso ou excesso de peso. Esses indivíduos devem ser abordados individualmente, aumentando o conhecimento sobre o problema e a motivação para agir contra os fatores obesos gênicos ambientais. O grau I de obesidade engloba indivíduos com IMC entre 30 e 34,9 kg/m². Chama-se de obesidade grau II ao IMC entre 35 e 39,9 kg/m² e grau III, ao IMC maior ou igual a 40 kg/m².

Apesar de se tratar de uma condição clínica individual, a obesidade é vista, cada vez mais, como um sério e crescente problema de saúde pública. Ela está associada a maior morbidade secundária a aumento da resistência à insulina, diabetes, hipertensão e dislipidemias, condições que representam cerca de 8% do total de gastos em saúde pública no Brasil. Existem ainda custos

indiretos relacionados ao afastamento do trabalho, absenteísmo e aposentadorias mais precoces dos indivíduos com obesidade.

Pacientes com IMC igual ou superior a 45 kg/m² apresentam uma diminuição da expectativa de vida e um aumento da mortalidade por causa cardiovascular, que pode chegar a 190%. Nesse contexto, a cirurgia bariátrica é um recurso consistente nos casos de obesidade grave com falha documentada de tratamento clínico, proporcionando aos pacientes uma redução nos índices de mortalidade e melhora de comorbidades clínicas, como se demonstrou em estudo observacional controlado por grupo controle não randomizado de quase trinta anos de seguimento, o SOS Study.

Do Tratamento Cirúrgico

O tratamento da obesidade é complexo e multidisciplinar. Há várias opções de tratamento para a obesidade e o sobrepeso. Quanto maior o grau de excesso de peso, maior a gravidade da doença. A escolha do tratamento deve ser baseada na gravidade do problema e na presença de complicações associadas:

A Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) n°2131/15, publicada no DOU em 13/01/2016, estabelece como indicações gerais para as cirurgias bariátricas os seguintes critérios:

-IMC acima de 40Kg/m²;

-IMC maior que 35Kg/m² e portadores de comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que até ameacem a vida como: diabetes, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença cardiovascular, infarto do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral, hipertensão e fibrilação atrial, cardiomiopatia dilatada, *cor pulmonale* e síndrome de hipoventilação, asma grave, osteoartroses, hérnias disciais, refluxo gastroesofágico com indicação cirúrgica, colecistopatia calculosa, pancreatites agudas de repetição, esteatose hepática, incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade, disfunção erétil, SOMP, veias varicosas e doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática, estigmatização social e depressão;

-idade maior que 18 anos;

-obesidade estabelecida conforme critérios acima, com tratamento clínico prévio insatisfatório de, pelo menos, dois anos.

As cirurgias aceitas pelo CFM, consideradas não experimentais (além do balão intragástrico,

como procedimento endoscópico), foram divididas em não derivativas (banda gástrica laparoscópica ajustável e gastrectomia vertical) e derivativas (derivação gástrica com reconstituição do trânsito intestinal em Y de Roux – ou *bypass* gástrico – e derivações biliopancreáticas a Scopinaro e à duodenal *switch*). A derivação jejuno-ileal exclusiva (término lateral ou látero-lateral ou parcial) está proscrita em vista da alta incidência de complicações metabólicas e nutricionais em longo prazo.

As contraindicações podem ser absolutas ou relativas, normalmente as causas endócrinas tratáveis de obesidade (por exemplo, síndrome de Cushing, mas não a obesidade hipotalâmica intratável); dependência atual de álcool ou drogas ilícitas; as doenças psiquiátricas graves sem controle; risco anestésico e cirúrgico inaceitável classificado como ASA-IV; a dificuldade de compreender riscos, benefícios, resultados esperados, alternativas de tratamento e mudanças no estilo de vida requeridas após o procedimento.

Um maior controle do peso corporal promovido pela cirurgia bariátrica se relaciona diretamente com melhoras consideráveis da diabetes melito tipo 2, da hipertensão arterial sistêmica, da função cardíaca, do perfil lipídico, da função respiratória, das doenças dos sono, das doenças articulares degenerativas, da esteato-hepatite não alcoólica, dentre outras complicações.

A perda de peso após procedimentos disabsortivos atinge um nadir por volta de 12 a 18 meses de pós-operatório, com reganho de cerca de 10% durante a década seguinte.

--Técnicas cirúrgicas

Atualmente, tem-se preferido a via laparoscópica, por estar associada a menores complicações na ferida operatória, dor, tempo de internação hospitalar e mais rápida recuperação pós-operatória, com a mesma eficácia da laparotomia, entretanto a laparoscopia possui maior risco de complicações secundárias a dificuldade de realização da técnica, estenoses de anastomoses e obstrução intestinal pós-operatória.

A indicação da via laparoscópica é preferível, mas depende da habilidade do cirurgião. Não há evidência científica para indicar uma técnica específica à população obesa em geral, devendo a escolha respeitar características do paciente e a experiência do cirurgião.

3 Posicionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):

Em se tratando das coberturas mínimas obrigatórias a serem asseguradas pelos chamados “planos novos”, e pelos “planos antigos” adaptados, respeitando-se, em todos os casos, as segmentações assistenciais contratadas, considerando sua competência, a ANS, desde sua criação, editou normativos, instituindo e atualizando o Rol em questão, cujas regras encontram-se atualmente estabelecidas pela Resolução Normativa – RN nº 428, de 07 de novembro de 2017.

O procedimento gastroplastia (cirurgia bariátrica) por videolaparoscopia ou via laparotômica consta listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e deve ser obrigatoriamente coberto por planos de segmentação hospitalar (com ou sem obstetrícia) e por planos referência. Para tanto, devem ser observadas as condições estipuladas na respectiva Diretriz de Utilização – DUT, que assim se encontra descrita no item 27, do Anexo II, da mesma norma:

“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, a saber:

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 apneia 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.

As DUTs adotadas pela ANS, em regra, indicam as características e as condições de saúde, nas quais os ganhos e os resultados clínicos são mais relevantes para os pacientes, segundo a melhor literatura científica e os conceitos de Avaliação de Tecnologias em Saúde – ATS.



Comitê Executivo de Goiás

Justiça Federal

DA DEFINIÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA:

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), define-se como emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato. Alguns exemplos de emergências são a parada cardiorrespiratória, hemorragias volumosas e infartos que podem levar a danos irreversíveis e até ao óbito.

Já a urgência é uma situação imprevista de agravo à saúde que requer assistência médica imediata a fim de evitar complicações e sofrimento. São exemplos de urgência: dores abdominais agudas e cólicas renais.

4 Considerações Finais

Em tese a gastroplastia seria uma opção de tratamento para a obesidade mórbida, quando o paciente não obtém sucesso com os tratamentos clínicos convencionais por, pelo menos, dois anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos e não apresente contraindicações para a realização do procedimento cirúrgico. A gastroplastia é considerada uma cirurgia eletiva e não uma cirurgia de urgência. Também é fartamente conhecido que número expressivo de pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica voltam a ganhar peso, quando não conseguem incorporar um novo estilo de vida, com educação alimentar e a realização de atividades físicas regulares.

Goiânia, 02 de outubro de 2018.

NAT JUS GOIÁS