

AGOSTO
2013

Perícia Médica

Protocolo Clínico

CIRURGIA
BARIÁTRICA

GOVERNADOR DO ESTADO
JAQUES WAGNER

SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO MANOEL
VITÓRIO DA SILVA FILHO

REALIZAÇÃO

COORDENAÇÃO GERAL
SONIA MAGNÓLIA LEMOS DE CARVALHO

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PROJETOS DE SAÚDE
CRISTIANE MÁRCIA VELOSO DE CARVALHO LOPES

CONSULTORIA TÉCNICA
Dr^a CARLA HILÁRIO DA CUNHA DALTRO - ENDOCRINOLOGISTA
Dr^a LÍVIA NERY F. GUERREIRO COSTA – ENDOCRINOLOGISTA
Dr^a MARIA SILENE ANDRADE JESUS OLIVEIRA - ENDOCRINOLOGISTA
Dr MARCOS SILVA ARAÚJO – CARDIOLOGISTA

COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO
ÂNGELA MARIA NOLASCO FARIAS ANA
LÚCIA SAMPAIO NEVES
ANTONIA SELMA PIRANGI DA SILVA
ISADORA LINS COSTA – NUTRICIONISTA
LARISSA BALDOINO DA PAIXÃO - PSICÓLOGA

PARCERIA TÉCNICA
CENTRO DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA DO ESTADO DA BAHIA – CEDEBA

DIRETORIA GERAL
REINE MARIE CHAVES FONSECA

COORDENAÇÃO TÉCNICA
ODELISA SILVA DE MATOS

COORDENAÇÃO DO NÚCLEO DE OBESIDADE
TERESA ARRUTY REY

“No Brasil, a transformação do perfil epidemiológico nas últimas décadas caracteriza-se pelo aumento das doenças crônico-degenerativas, pela queda progressiva das doenças infecciosas e parasitárias e por importantes mudanças nos hábitos alimentares da população. A estas mudanças chamamos de transição nutricional, que é o conceito usado para descrever modificações seqüenciais do padrão de nutrição e consumo, que acompanham mudanças econômicas, sociais e demográficas e do perfil de saúde das populações.

A obesidade é a 2ª causa de morte evitável no mundo, exercendo papel primordial no desencadeamento de diversos outros agravos: diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, depressão, doenças osteoarticulares, certos tipos de câncer, dentre outros, sendo todos estes agravos de elevado custo sócio-econômico para o sistema de saúde. Dados do IBGE mostram que entre 1975 e 1996 a prevalência da obesidade no Brasil aumentou em 19,2%, sendo cerca de 40% relativo à população adulta e 15% de crianças, contando com aproximadamente 2 milhões de obesos mórbidos.”

Projeto para Implantação da Atenção ao Paciente com Obesidade na Rede Pública do Estado da Bahia
– Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia

Sumário

1. Dados da Instituição	06
2. Introdução	06
3. Dados do PLANSEV	07
4. Complicações clínicas associadas à obesidade	08
5. Indicação	08
6. Avaliação de Risco Cirúrgico	10
7. Documentação necessária	12
8. Procedimento Cirúrgico	12
9. Evolução Ponderal	13
10. Fluxo Assistencial	14
11. Acompanhamento Pós Operatório	14
12. Referenciais Teóricos	15
13. Endereços Eletrônicos Referenciais	16
14. Anexos	17

1. DADOS DA INSTITUIÇÃO

INSTITUIÇÃO	PLANSERV - Assistência à Saúde dos Servidores do Estado da Bahia
ENDEREÇO	Centro de Atenção à Saúde Professor Dr. José Maria de Magalhães Netto - 4º andar - Avenida Antonio Carlos Magalhães – S/N – Iguatemi - Salvador / Ba – CEP: 41820-020.
TELEFONE	(71) 3116-4700
ATIVIDADE PREDOMINANTE	Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado da Bahia, seus dependentes, agregados e pensionistas
UNIDADE EXECUTORA	Coordenação de Gestão de Projetos de Saúde - CGPS

2. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde projetou para 2015 que 2,3 bilhões de pessoas estarão com excesso de peso e 700 milhões estarão obesas.

Uma avaliação antropométrica e do estado nutricional da população brasileira foi realizada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde. Em 2009, uma em cada três crianças de 5 a 9 anos de idade estava acima do peso. O excesso de peso foi observado em 33,5% das crianças entre cinco a nove anos, sendo que 16,6% dos meninos também eram obesos; entre as meninas, a obesidade apareceu em 11,8%. Esses números representam um salto na frequência de excesso de peso nessa faixa etária ao longo de 34 anos em meninos: 34,8% em 2008-2009, 15% em 1989 e 10,9% em 1974-75. Observou-se padrão semelhante nas meninas: 32% em 2008-2009, 11,9% em 1989 e 8,6% em 1974-75. O excesso de peso foi maior na área urbana do que na rural: 37,5% e 23,9% para meninos e 33,9% e 24,6% para meninas, respectivamente. A região brasileira com maior frequência de excesso de peso foi a Sudeste, com 40,3% dos meninos e 38% das meninas com peso acima do normal.

Entre os indivíduos do sexo masculino entre 10 a 19 anos de idade, a frequência de excesso de peso passou de 3,7% (1974-75) para 21,7% (2008-09); já no sexo feminino, o crescimento do

excesso de peso foi de 7,6% para 19,4% na mesma faixa etária. A obesidade também apresenta tendência ascendente, indo de 0,4% para 5,9% no sexo masculino e de 0,7% para 4,0% no sexo feminino, comparando os mesmos períodos. O excesso de peso quase triplicou entre homens, de 18,5% em 1974-75 para 50,1% em 2008-09. Nas mulheres, o aumento foi menor: de 28,7% para 48%. Já a obesidade cresceu mais de quatro vezes entre os homens, de 2,8% para 12,4% (1/4 dos casos de excesso) e mais de duas vezes entre as mulheres, de 8% para 16,9% (1/3 dos casos de excesso).

Dentre as possíveis causas para o aumento da incidência de obesidade estão: hereditariedade, disfunções hormonais (Hipotireoidismo, Síndrome de Anovulação Crônica, Síndrome de Cushing), uso de medicamentos (antihistamínicos, corticosteróides, antidepressivos), transtornos psíquicos com compulsão alimentar e elevação do consumo de gorduras saturadas e açúcares simples, associada à diminuição no consumo de grãos, vegetais, frutas e carboidratos complexos. Outro fator predisponente é a redução de atividade física.

O tratamento da obesidade com terapias comportamentais (dieta e atividade física) e com medicações apresenta resultados relativamente ineficazes na manutenção do peso perdido (95% dos pacientes recuperam seu peso inicial em até 2(dois) anos. Na obesidade mórbida os resultados são ainda mais desapontadores)."

3. DADOS DO PLANSERV

Na população beneficiária do Planserv, no ano de 2012, foram atendidos 15.660 casos de obesidade, adiposidade localizada ou transtornos alimentares com hiperalimentação (Código Internacional de Doença – CID E65 a E68), sendo 80,76% em mulheres e 19,24% em homens, com média de idade de 46 anos, atendidos na rede assistencial contratada. Ressalta-se que esse número é subestimado, já que o dado utilizado foi o CID principal, e muitas vezes os portadores de obesidade e doenças relacionadas possuem outros diagnósticos - tais como diabetes mellitus, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca, hipotireoidismo, etc, registrados como diagnóstico primário. Os custos relacionados a estas patologias no ano de 2012 foram de R\$ 1.030.646,00.

No ano de 2012, a equipe de endocrinologistas do Planserv realizou 449 perícias pré-bariátricas, de acordo com o protocolo clínico instituído em 2008. Foram realizadas 369 cirurgias bariátricas na rede credenciada do Planserv, sendo 327 em Salvador (88,62%) e 42 em Feira de Santana (11,38%), com custo total de R\$ 6.057.901,97.

4. COMPLICAÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS À OBESIDADE

- i. **Cardiovasculopatias:** doença cerebrovascular, doença vascular periférica, arritmia ventricular, hipertensão arterial sistêmica, trombose venosa profunda, doença coronariana e morte súbita;
- ii. **Disfunção psicossocial:** prejuízo da auto-imagem, sentimentos de inferioridade, isolamento social, discriminação social, econômica e outras susceptibilidades a psico-neuroses, perda de mobilidade, aumento de faltas ao trabalho e licenças médicas, aposentadoria mais precoce;
- iii. **Doença dermatológica:** estrias, acantose nigricans, hirsutismo, intertrigo, calo plantar, papilomas, dermatite perianal;
- iv. **Doença gastrointestinal:** hérnia de hiato, litíase biliar, colecistite, esteatose hepática;
- v. **Doença geniturinária:** anormalidades menstruais e anovulação, diminuição de performance sexual, proteinúria;
- vi. **Complicações obstétricas:** toxemia gravídica, hipertensão, diabetes gestacional, trabalho de parto prolongado, cesarianas mais freqüentes;
- vii. **Doenças musculoesqueléticas:** osteoartrose de coluna e joelho; síndrome do túnel do carpo; gota; esporão de calcâneo; desvios posturais;
- viii. **Doenças respiratórias:** apnéia obstrutiva do sono, síndrome da hipoventilação da obesidade, policitemia secundária, doença pulmonar restritiva;
- ix. **Endocrinopatias:** infertilidade, hiperuricemia, diabetes mellitus, dislipidemia;
- x. **Miscelânea:** aumento do risco cirúrgico e anestésico, hérnia inguinal e incisional, diminuição de agilidade física e aumento da propensão a acidentes;
- xi. **Neoplasias:** mama, ovário, endométrio, próstata, colorretal, vesícula biliar.

5. INDICAÇÃO

A partir de 1991 várias sociedades médicas internacionais estabeleceram como critério de recomendação para realização de cirurgia bariátrica, o insucesso no tratamento clínico em pacientes com índice de massa corpórea $IMC > 40$ ou $IMC > 35$ no caso de co-morbidades graves com possível reversão com o emagrecimento induzido pela cirurgia.

Alguns pontos devem ser acrescidos a esta indicação:

- i. Presença de risco cirúrgico aceitável;
- ii. Esclarecimento do paciente quanto ao seguimento de longo prazo, manutenção de

terapias dietéticas e suplementação vitamínica por toda a vida;

- iii. Realização do procedimento por cirurgião habilitado;
- iv. Possibilidade de avaliação e seguimento por equipe multidisciplinar das áreas clínica (endocrinologia), nutricional e psiquiátrica.

A cirurgia bariátrica apresenta resultados favoráveis nos fatores de risco cardiovasculares. Há uma nítida melhora no perfil lipídico, na hipertensão arterial sistêmica, na apnéia obstrutiva do sono, na hipertrofia ventricular esquerda e no espessamento da camada íntimo-média das carótidas. Quanto ao Diabetes Mellitus, observa-se redução significativa da necessidade de insulina e muitas vezes reversão do Diabetes em usuários de hipoglicemiantes orais.

O 1º consenso de indicação de cirurgia bariátrica foi desenvolvido em 1986. O critério de IMC > 40 foi acrescentado da necessidade do fornecimento de um consentimento livre e informado, detalhando as complicações possíveis e a necessidade de atendimento e seguimento multidisciplinar em longo prazo. Em pacientes com IMC > 35, na presença de co-morbidades significativas com possibilidade de melhora ou reversão, existe indicação para cirurgia bariátrica.

CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO:

Pacientes entre 18 e 65 anos com:

- IMC \geq 40 Kg/m²;
- IMC entre 35 e 39,9 Kg/m² na presença de co-morbidades:
 - Dislipidemia: LDL > 130 e/ou Triglicérides > 150 com ou sem HDL < 45;
 - HAS: Uso de anti-hipertensivos ou comprovação através de relatório emitido por clínico ou cardiologista ou MAPA alterado;
 - Diabetes Mellitus: 2 glicemias de jejum \geq 126 ou glicemia aleatória \geq 200 ou TTG oral \geq 200 (120 min);
 - Apnéia Obstrutiva do sono leve, moderada ou grave documentada por polissonografia;
 - Doença osteoarticular degenerativa comprovada por exames de imagem ou relatório do ortopedista: hérnia discal ou osteoartrose da coluna ou MMII.
 - Doença arterial coronária

Além das questões relativas ao peso, **é necessário o cumprimento** das seguintes exigências:

- O paciente deve ter capacidade intelectual para compreender todos os aspectos do tratamento, bem como dispor de suporte familiar constante;
- O paciente e os parentes que o apoiem assumirem o compromisso com o seguimento pós-operatório;

Comprovação através de relatório médico de tratamento conservador prévio realizado continuamente há, pelo menos, **2(dois) anos**, excetuando-se casos em que a obesidade gere risco iminente de vida:

- 1- Hipertensão Arterial Grave: paciente em uso de três ou mais drogas em dose máxima sem controle adequado;
- 2- Insuficiência Respiratória;
- 3- Diabetes Mellitus de difícil controle: paciente em uso de três ou mais drogas hipoglicemiantes orais ou três ou mais doses diárias de insulino terapia sem controle adequado.

Pacientes entre 16 e 18 anos ou com mais de 65 anos podem ter o tratamento cirúrgico considerado conforme indicação e consenso entre a família, equipe multidisciplinar assistente e comissão técnica do Planserv.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Idade menor que 16 anos (antes do fechamento das epífises);
- Idade entre 16 e 18 anos sem a consolidação dos epífises de crescimento;
- Risco anestésico classificado como ASA IV* (paciente com doença sistêmica grave e ameaça constante à vida);
- Hipertensão portal com varizes esofágicas;
- Limitação intelectual em pacientes sem suporte familiar;
- Psicopatias;
- Uso de álcool ou drogas ilícitas;
- Doenças graves ou incapacitantes que contra-indiquem intervenção cirúrgica ou aumentem o risco cirúrgico.

* American Society of Anesthesiology

6. AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO (Portaria MS 492 de 31 de agosto de 2007)

Os pacientes são classificados em três grupos de risco para preparo pré-operatório e cuidados trans e pós-operatórios. As co-morbidades clínicas relacionadas ao aumento do risco cirúrgico são classificadas em dois grupos:

Maiores:

1. Idade \geq 50 anos
2. Diabetes mellitus

3. Apnéia do sono
4. Pneumopatia
5. Cardiopatia
6. Doença do sistema venoso profundo
7. Síndrome metabólica

Menores:

1. Hipertensão arterial sistêmica
2. Dislipidemia
3. Doença ósteo-muscular
4. Hiperuricemia

CLASSIFICAÇÃO DO GRUPO DE RISCO:

O risco cirúrgico mínimo considerado é o moderado (ASA III – paciente com doença sistêmica grave).

1º GRUPO:

Pacientes com uma ou duas co-morbidades menores.

2º GRUPO:

Pacientes com três co-morbidades menores ou uma maior. No caso de ser a idade a categoria maior, com ou sem co-morbidades menores.

3º GRUPO:

Pacientes com uma ou mais co-morbidades maiores (que não a idade).

AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR CONFORME O RISCO CIRÚRGICO:

1º GRUPO:

Radiografia simples de tórax, ECG, ergometria, ecografia abdominal total, endoscopia digestiva alta, hemograma com plaquetas, TP, KTTTP, creatinina, sódio, potássio, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, T4, T4 livre, TSH, colesterol total, HDL, triglicerídeos, idade óssea (se o paciente tiver entre 16 e 18 anos).

2º GRUPO:

Radiografia simples de tórax, ECG, ergometria, ecografia abdominal total, endoscopia digestiva alta, hemograma com plaquetas, TP, KTTTP, creatinina, sódio, potássio, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, T4, T4 livre, TSH, colesterol total, HDL, triglicerídeos, ecocardiograma bidimensional com fluxo a cores,

idade óssea (se o paciente tiver entre 16 e 18 anos).

3º GRUPO:

Radiografia simples de tórax, ECG, ergometria, ecografia abdominal total, endoscopia digestiva alta, hemograma com plaquetas, TP, KTTTP, creatinina, sódio, potássio, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, T4, T4 livre, TSH, colesterol total, HDL, triglicerídeos, ecocardiograma bidimensional com fluxo a cores, ecodoppler dos membros inferiores, broncoprovocação com metacolina, cintilografia miocárdica (quando indicado no lugar da ergometria), polissonografia (quando indicado), idade óssea (se o paciente tiver entre 16 e 18 anos).

7. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Os documentos abaixo deverão estar preenchidos adequadamente pelos profissionais responsáveis:

- Relatório de Avaliação da Equipe Cirúrgica:
 - Relatório de Avaliação do Cirurgião Geral
 - Relatório de Avaliação Nutricional
 - Relatório de Avaliação Psicológica
- Relatório de Avaliação Cardiológica;
- Relatório emitido pelo médico clínico ou endocrinologista, atestando indicação cirúrgica;
- Termo de Consentimento.

8. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Há mais de 17 anos Dr. Capella (EUA) elaborou uma técnica denominada gastroplastia redutora para perda de peso, considerada até os dias atuais como a técnica “padrão ouro” para tratamento da obesidade.

- **Técnica cirúrgica:**

A cirurgia convencional pode ter uma incisão de 7 a 15 cm de extensão vertical acima da cicatriz umbilical. A cirurgia consiste na redução de cerca de 80% no tamanho do estômago, através do grampeamento horizontal de sua parte superior, com a colocação de um pequeno anel elástico que causa uma restrição do esvaziamento desse segmento do estômago, e parte do intestino delgado (duodeno e jejuno), fora do trânsito alimentar. Após a alimentação, a pequena bolsa é dilatada por pequena quantidade de alimento, e é criada a sensação de ‘estômago cheio’. A distensão da pequena câmara gástrica envia sinais ao cérebro, gerando a sensação de saciedade. Além deste limite a ingestão de alimentos provoca náuseas ou vômitos. Dessa maneira, o paciente é forçado a comer pouco e devagar para não vomitar. Além disso, por excluir o duodeno e o jejuno, a cirurgia causa um prejuízo na absorção dos alimentos, o que ajuda na perda de peso. É comum a ocorrência de sensação desagradável ao comer doces ou bebidas de altas calorias. Poderá haver tontura, mal estar geral e sudorese nas extremidades.

A técnica cirúrgica autorizada pelo PLANSERV é a gastroplastia redutora via convencional aberta à Fobi Capella e a partir de Agosto/2009 passou a ser autorizada a cirurgia por videolaparoscopia.

- **Riscos da Cirurgia**

Dentre as complicações mais freqüentes da cirurgia bariátrica podemos citar:

Complicações incisionais (10 a 20%):

- i. Seromas;
- ii. Abscessos;
- iii. Hérnias.

Complicações graves (3%):

- i. Broncopneumonia
- ii. Síndrome da angústia respiratória;
- iii. Tromboembolismo pulmonar;
- iv. Deiscência de pontos gastrintestinais (obrigando a reoperações). Mortalidade (1%).

9. EVOLUÇÃO PONDERAL

Com a técnica de Capella a perda ponderal esperada é em torno de 40% ou mais. Dentre os pacientes operados, 98% conseguem perder peso satisfatoriamente.

No 1º mês espera-se uma perda de 2,5 a 5,0 Kg/ semana. A partir daí a perda é mais lenta, ficando em torno de 0,5 a 2,5 kg por semana. Ao longo de 1(um) ano, a perda de peso é de aproximadamente 40%, habitualmente estabilizando-se e mantendo-se neste patamar. Perda de peso adicional é conseguida quando há associação com exercícios físicos.

10. FLUXO ASSISTENCIAL

1. Avaliação Inicial com equipe multidisciplinar

O beneficiário portador de obesidade mórbida deverá ser avaliado por equipe multidisciplinar, credenciada ao Planserv e, se elegível, ser encaminhado para marcação da perícia.

2. Marcação da Perícia

O beneficiário deverá agendar com o Planserv a data e horário para a realização da perícia obrigatória, que será executada pelo perito médico do Planserv.

3. Avaliação Pericial

O beneficiário será avaliado pelo Perito Médico do Planserv, portando a documentação necessária e os exames, sendo emitido relatório pericial que será analisado por equipe multidisciplinar para posterior emissão da autorização pertinente.

5. Marcação da Cirurgia

Após a emissão da AP - Autorização de Procedimento, o beneficiário retornará ao médico assistente e agendará a cirurgia bariátrica, junto à unidade credenciada, onde será realizado o procedimento.

11. ACOMPANHAMENTO PÓS-OPERATÓRIO

Na fase pós-operatória é imprescindível que o beneficiário seja acompanhado por uma equipe multidisciplinar pertencente à equipe cirúrgica, envolvendo nutricionista, endocrinologista e psicólogo ou psiquiatra, por um período mínimo de 06 (seis) meses, quando devem ser avaliados os seguintes itens: acompanhamento nutricional, acompanhamento ponderal e suporte psicoterápico.

O paciente necessitará de orientação nutricional para evoluir de uma alimentação líquida para pastosa e depois para sólida. Há necessidade de suplementar a dieta com compostos ricos em proteínas nos primeiros dias ou meses. Cuidadosa orientação para os alimentos que podem causar “impactação” e orientação permanente para uma alimentação com os macro e micronutrientes necessários. Em alguns pacientes pode ser necessário realizar suplementação de cálcio, ferro, vitamina B12, etc.

Além do acompanhamento nutricional, faz-se necessário o acompanhamento clínico com o devido ajuste terapêutico (redução de hipoglicemiantes, hipolipemiantes, anti-hipertensivos, etc.) e suporte psicoterápico.

jejuno), fora do trânsito alimentar. Após a alimentação, a pequena bolsa é dilatada por pequena quantidade de alimento, e é criada a sensação de 'estômago cheio'. A distensão da pequena câmara gástrica envia sinais ao cérebro, gerando a sensação de saciedade. Além deste limite a ingestão de alimentos provoca náuseas ou vômitos. Dessa maneira, o paciente é forçado a comer pouco e devagar para não vomitar. Além disso, por excluir o duodeno e o jejuno, a cirurgia causa um prejuízo na absorção dos alimentos, o que ajuda na perda de peso. É comum a ocorrência de sensação desagradável ao comer doces ou bebidas de altas calorias. Poderá haver tontura, mal estar geral e sudorese nas extremidades.

A técnica cirúrgica autorizada pelo PLANSERV é a gastroplastia redutora via convencional aberta à Fobi Capella e a partir de Agosto/2009 passou a ser autorizada a cirurgia por videolaparoscopia.

- **Riscos da Cirurgia**

Dentre as complicações mais freqüentes da cirurgia bariátrica podemos citar:

Complicações incisionais (10 a 20%):

- iv. Seromas;
- v. Abscessos;
- vi. Hérnias.

Complicações graves (3%):

- v. Broncopneumonia
- vi. Síndrome da angústia respiratória;
- vii. Tromboembolismo pulmonar;
- viii. Deiscência de pontos gastrintestinais (obrigando a reoperações). Mortalidade (1%).

12. EVOLUÇÃO PONDERAL

Com a técnica de Capella a perda ponderal esperada é em torno de 40% ou mais. Dentre os pacientes operados, 98% conseguem perder peso satisfatoriamente.

No 1º mês espera-se uma perda de 2,5 a 5,0 Kg/ semana. A partir daí a perda é mais lenta, ficando em torno de 0,5 a 2,5 kg por semana. Ao longo de 1(um) ano, a perda de peso é de aproximadamente 40%, habitualmente estabilizando-se e mantendo-se neste patamar. Perda de peso adicional é conseguida quando há associação com exercícios físicos.

13. FLUXO ASSISTENCIAL

4. Avaliação Inicial com equipe multidisciplinar

O beneficiário portador de obesidade mórbida deverá ser avaliado por equipe multidisciplinar, credenciada ao Planserv e, se elegível, ser encaminhado para marcação da perícia.

5. Marcação da Perícia

O beneficiário deverá agendar com o Planserv a data e horário para a realização da perícia obrigatória, que será executada pelo perito médico do Planserv.

6. Avaliação Pericial

O beneficiário será avaliado pelo Perito Médico do Planserv, portando a documentação necessária e os exames, sendo emitido relatório pericial que será analisado por equipe multidisciplinar para posterior emissão da autorização pertinente.

5. Marcação da Cirurgia

Após a emissão da AP - Autorização de Procedimento, o beneficiário retornará ao médico assistente e agendará a cirurgia bariátrica, junto à unidade credenciada, onde será realizado o procedimento.

14. ACOMPANHAMENTO PÓS-OPERATÓRIO

Na fase pós-operatória é imprescindível que o beneficiário seja acompanhado por uma equipe multidisciplinar pertencente à equipe cirúrgica, envolvendo nutricionista, endocrinologista e psicólogo ou psiquiatra, por um período mínimo de 06 (seis) meses, quando devem ser avaliados os seguintes itens: acompanhamento nutricional, acompanhamento ponderal e suporte psicoterápico.

O paciente necessitará de orientação nutricional para evoluir de uma alimentação líquida para pastosa e depois para sólida. Há necessidade de suplementar a dieta com compostos ricos em proteínas nos primeiros dias ou meses. Cuidadosa orientação para os alimentos que podem causar “impactação” e orientação permanente para uma alimentação com os macro e micronutrientes necessários. Em alguns pacientes pode ser necessário realizar suplementação de cálcio, ferro, vitamina B12, etc.

Além do acompanhamento nutricional, faz-se necessário o acompanhamento clínico com o devido ajuste terapêutico (redução de hipoglicemiantes, hipolipemiantes, anti-hipertensivos, etc.) e suporte psicoterápico.

Após os 06 (seis) meses, o beneficiário deverá retornar ao local designado pelo Planserv para dar continuidade ao tratamento, munido dos relatórios dos profissionais que o acompanharam durante este período, contendo, no mínimo, as seguintes informações:

1. Avaliação Nutricional: informar a progressão da dieta com ênfase nas reposições de macro e micro nutrientes, além da suplementação vitamínica, visando minimizar carências específicas.

2. Avaliação Endocrinológica: informar o acompanhamento ponderal com ajustes terapêuticos específicos: redução de hipoglicemiantes orais, insulina, anti-hipertensivos, etc., bem como atenção especial na prevenção da osteoporose.

3. Avaliação Psicológica: informar o suporte psicoterápico, visando detectar possíveis desajustes comuns à fase de perda rápida de peso.

12. REFERENCIAIS TEÓRICOS

- i. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia; Fevereiro 1999; 43 (1): 5-6
- ii. Clinical endocrinology of human leptin
- iii. Consenso Latino-americano de obesidade
- iv. Endocrinologia básica e clínica – Greenspan
- v. Endocrinologia Clínica – Lúcio Vilar
- vi. Indicações e contra-indicações para realização de cirurgia bariátrica
- vii. International Journal of Obesity; February 1999/ 23: 29-36
- viii. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 81: 3909-3913
- ix. Portaria MS 492 de 31 de agosto de 2007
- x. Relation between plasma leptin and body fat, gender, diet, age and metabolic covariates
- xi. Revista Brasileira de Psiquiatria 2002 ,24: 1516-1520
- xii. Tratado de Endocrinologia – Williams
- xiii. Resolução CFM 1766/2005
- xiv. Resolução CFM 1942/2010

Radiografia simples de tórax, ECG, ergometria, ecografia abdominal total, endoscopia digestiva alta, hemograma com plaquetas, TP, KTTTP, creatinina, sódio, potássio, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, T4, T4 livre, TSH, colesterol total, HDL, triglicerídeos, ecocardiograma bidimensional com fluxo a cores, idade óssea (se o paciente tiver entre 16 e 18 anos).

3º GRUPO:

Radiografia simples de tórax, ECG, ergometria, ecografia abdominal total, endoscopia digestiva alta, hemograma com plaquetas, TP, KTTTP, creatinina, sódio, potássio, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, T4, T4 livre, TSH, colesterol total, HDL, triglicerídeos, ecocardiograma bidimensional com fluxo a cores, ecodoppler dos membros inferiores, broncoprovocação com metacolina, cintilografia miocárdica (quando indicado no lugar da ergometria), polissonografia (quando indicado), idade óssea (se o paciente tiver entre 16 e 18 anos).

7. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Os documentos abaixo deverão estar preenchidos adequadamente pelos profissionais responsáveis:

- Relatório de Avaliação da Equipe Cirúrgica:
 - Relatório de Avaliação do Cirurgião Geral
 - Relatório de Avaliação Nutricional
 - Relatório de Avaliação Psicológica
- Relatório de Avaliação Cardiológica;
- Relatório emitido pelo médico clínico ou endocrinologista, atestando indicação cirúrgica;
- Termo de Consentimento.

15. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Há mais de 17 anos Dr. Capella (EUA) elaborou uma técnica denominada gastroplastia redutora para perda de peso, considerada até os dias atuais como a técnica “padrão ouro” para tratamento da obesidade.

- **Técnica cirúrgica:**

A cirurgia convencional pode ter uma incisão de 7 a 15 cm de extensão vertical acima da cicatriz umbilical. A cirurgia consiste na redução de cerca de 80% no tamanho do estômago, através do grampeamento horizontal de sua parte superior, com a colocação de um pequeno anel elástico que causa uma restrição do esvaziamento desse segmento do estômago, e parte do intestino delgado (duodeno e jejuno), fora do trânsito alimentar. Após a alimentação, a pequena bolsa é dilatada por pequena quantidade de alimento, e é criada a sensação de ‘estômago cheio’. A distensão da pequena câmara gástrica envia sinais ao cérebro, gerando a sensação de saciedade. Além deste limite a ingestão de

alimentos provoca náuseas ou

vômitos. Dessa maneira, o paciente é forçado a comer pouco e devagar para não vomitar. Além disso, por excluir o duodeno e o jejuno, a cirurgia causa um prejuízo na absorção dos alimentos, o que ajuda na perda de peso. É comum a ocorrência de sensação desagradável ao comer doces ou bebidas de altas calorias. Poderá haver tontura, mal estar geral e sudorese nas extremidades.

A técnica cirúrgica autorizada pelo PLANSERV é a gastroplastia redutora via convencional aberta à Fobi Capella e a partir de Agosto/2009 passou a ser autorizada a cirurgia por videolaparoscopia.

- **Riscos da Cirurgia**

Dentre as complicações mais freqüentes da cirurgia bariátrica podemos citar:

Complicações incisionais (10 a 20%):

- vii. Seromas;
- viii. Abscessos;
- ix. Hérnias.

Complicações graves (3%):

- ix. Broncopneumonia
- x. Síndrome da angústia respiratória;
- xi. Tromboembolismo pulmonar;
- xii. Deiscência de pontos gastrintestinais (obrigando a reoperações). Mortalidade (1%).

16. EVOLUÇÃO PONDERAL

Com a técnica de Capella a perda ponderal esperada é em torno de 40% ou mais. Dentre os pacientes operados, 98% conseguem perder peso satisfatoriamente.

No 1º mês espera-se uma perda de 2,5 a 5,0 Kg/ semana. A partir daí a perda é mais lenta, ficando em torno de 0,5 a 2,5 kg por semana. Ao longo de 1(um) ano, a perda de peso é de aproximadamente 40%, habitualmente estabilizando-se e mantendo-se neste patamar. Perda de peso adicional é conseguida quando há associação com exercícios físicos.

17. FLUXO ASSISTENCIAL

7. Avaliação Inicial com equipe multidisciplinar

8. O beneficiário portador de obesidade mórbida deverá ser avaliado por equipe multidisciplinar, credenciada Marcação da Perícia

O beneficiário deverá agendar com o Planserv a data e horário para a realização da perícia obrigatória, que

será executada pelo perito médico do Planserv.

9. Avaliação Pericial

O beneficiário será avaliado pelo Perito Médico do Planserv, portando a documentação necessária e os exames, sendo emitido relatório pericial que será analisado por equipe multidisciplinar para posterior emissão da autorização pertinente.

5. Marcação da Cirurgia

Após a emissão da AP - Autorização de Procedimento, o beneficiário retornará ao médico assistente e agendará a cirurgia bariátrica, junto à unidade credenciada, onde será realizado o procedimento.

18. ACOMPANHAMENTO PÓS-OPERATÓRIO

Na fase pós-operatória é imprescindível que o beneficiário seja acompanhado por uma equipe multidisciplinar pertencente à equipe cirúrgica, envolvendo nutricionista, endocrinologista e psicólogo ou psiquiatra, por um período mínimo de 06 (seis) meses, quando devem ser avaliados os seguintes itens: acompanhamento nutricional, acompanhamento ponderal e suporte psicoterápico.

O paciente necessitará de orientação nutricional para evoluir de uma alimentação líquida para pastosa e depois para sólida. Há necessidade de suplementar a dieta com compostos ricos em proteínas nos primeiros dias ou meses. Cuidadosa orientação para os alimentos que podem causar “impactação” e orientação permanente para uma alimentação com os macro e micronutrientes necessários. Em alguns pacientes pode ser necessário realizar suplementação de cálcio, ferro, vitamina B12, etc.

Além do acompanhamento nutricional, faz-se necessário o acompanhamento clínico com o devido ajuste terapêutico (redução de hipoglicemiantes, hipolipemiantes, anti-hipertensivos, etc.) e suporte psicoterápico.

Após os 06 (seis) meses, o beneficiário deverá retornar ao local designado pelo Planserv para dar continuidade ao tratamento, munido dos relatórios dos profissionais que o acompanharam durante este período, contendo, no mínimo, as seguintes informações:

4. Avaliação Nutricional: informar a progressão da dieta com ênfase nas reposições de macro e micro nutrientes, além da suplementação vitamínica, visando minimizar carências específicas.

5. Avaliação Endocrinológica: informar o acompanhamento ponderal com ajustes terapêuticos específicos: redução de hipoglicemiantes orais, insulina, anti-hipertensivos, etc., bem como atenção especial na prevenção da osteoporose.

6. Avaliação Psicológica: informar o suporte psicoterápico, visando detectar possíveis desajustes comuns à fase de perda rápida de peso.

12. REFERENCIAIS TEÓRICOS

- xv. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia; Fevereiro 1999; 43 (1): 5-6
- xvi. Clinical endocrinology of human leptin
- xvii. Consenso Latino-americano de obesidade
- xviii. Endocrinologia básica e clínica – Greenspan
- xix. Endocrinologia Clínica – Lúcio Vilar
- xx. Indicações e contra-indicações para realização de cirurgia bariátrica
- xxi. International Journal of Obesity; February 1999/ 23: 29-36
- xxii. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 81: 3909-3913
- xxiii. Portaria MS 492 de 31 de agosto de 2007
- xxiv. Relation between plasma leptin and body fat, gender, diet, age and metabolic covariates
- xxv. Revista Brasileira de Psiquiatria 2002 ,24: 1516-1520
- xxvi. Tratado de Endocrinologia – Williams
- xxvii. Resolução CFM 1766/2005
- xxviii. Resolução CFM 1942/2010

ANEXOS

ANEXO I: AVALIAÇÃO DA EQUIPE CIRÚRGICA

ANEXO I-A: AVALIAÇÃO MÉDICA – CIRURGIÃO GERAL

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE SEVERA
I-A – AVALIAÇÃO MÉDICA (CIRURGIÃO GERAL)

IDENTIFICAÇÃO		
Nome:	Cadastro:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data de Nascimento:	
Estado Civil:	Profissão:	
HÁBITOS DE VIDA		
<input type="checkbox"/> Atividade Física Tipo:	Frequência:	
<input type="checkbox"/> Bebidas Alcoólicas – Dose/dia:		
<input type="checkbox"/> Tabagismo – Cigarros/dia:	Tempo (anos):	Ex-tabagista (anos):
EXAME FÍSICO		
Peso (Kg):	Altura (m):	
IMC (kg/m ²):	Circunferência Abdominal (Cm):	
PA:	Acanthose Nigríca <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
HISTÓRIA CLÍNICA		
Idade início da obesidade:		
Tempo de acompanhamento do paciente: <input type="checkbox"/> < 1 ano <input type="checkbox"/> 2 anos <input type="checkbox"/> > 2 anos		
Frequência das consultas:		
Tentativas de tratamentos contra a obesidade (medicamentoso / dieta / alternativos / atividade física), especificando o acompanhamento ponderal nos últimos 2(dois) anos, informando as 4 medidas de IMC (com intervalo máximo de 6 meses):		

Exames Laboratoriais:
Exames Complementares:

Co-morbidades:
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Dislipidemias
<input type="checkbox"/> Apnéia Obstrutiva do Sono <input type="checkbox"/> Doenças Osteoarticulares Degenerativas
<input type="checkbox"/> Síndrome Metabólica
<input type="checkbox"/> Outras:

Complicações:
<input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> Retinopatia Diabética <input type="checkbox"/> Neuropatia Periférica
<input type="checkbox"/> Doenças Coronarianas <input type="checkbox"/> Doença Arterial Periférica

Medicamentos Utilizados:	Dose:
---------------------------------	-------

Cirurgias Realizadas:

ANTECEDENTES FAMILIARES

<input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Doenças Psiquiátricas
<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Infarto do Miocárdio <input type="checkbox"/> Acidente Vascular Cerebral

Classificação do Risco Cirúrgico:
Conduta Terapêutica Justificada:
Técnica Proposta: <input type="checkbox"/> Gastroplastia para Obesidade Mórbida - Técnica Aberta <input type="checkbox"/> Gastroplastia para Obesidade Mórbida – Por Videolaparoscopia Justificativa:
Paciente foi orientado quanto aos riscos inerentes à cirurgia de obesidade severa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Paciente foi orientado sobre o acompanhamento multidisciplinar pós-cirúrgico por, no mínimo, 6 meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Data:

/ /

ANEXO I-B: PARÂMETROS PARA A AVALIAÇÃO DO RISCO CIRÚRGICO GERAL

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE SEVERA

I-B – AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO GERAL (Portaria MS 492 de 31 de agosto de 2007)

CLASSIFICAÇÃO DO GRUPO DE RISCO:

O risco cirúrgico mínimo considerado é o moderado (ASA III – paciente com doença sistêmica grave).

A Classificação do Grupo de Risco Cirúrgico depende da **quantidade e do tipo** de co-morbidades presentes*:

1º GRUPO	2º GRUPO	3º GRUPO
Pacientes com uma ou duas co-morbidades menores.	Pacientes com três co-morbidades menores ou uma maior. No caso de ser a idade a categoria maior, com ou sem co-morbidades menores.	Pacientes com uma ou mais co-morbidades maiores (que não a idade).
EXAMES NECESSÁRIOS		
1- Radiografia Simples de Tórax	Acrescentar além daqueles necessários para Risco Classe I: 1- Ecocardiograma Bidimensional com fluxo a cores.	Acrescentar além daqueles necessários para Risco Classe I: 1- Ecocardiograma Bidimensional com fluxo a cores 2- Ecodoppler MMII 3- Broncoprovocação com metacolina 4- Cintilografia Miocárdica (quando indicado no lugar da ergometria) 5- Polissonografia (quando indicado)
2- Eletrocardiograma		
3- Ergometria		
4- Ecografia Abdominal Total		
5- Endoscopia Digestiva Alta		
6- Exames Laboratoriais: (hemograma com plaquetas, TP, KTTP, glicemia de jejum, colesterol total, HDL, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, sódio, potássio, TGO, TGP, GGT, T4, T4 livre, TSH)		

*As co-morbidades clínicas relacionadas ao aumento do risco cirúrgico são classificadas em dois grupos:

MAIORES	MENORES
1. Idade \geq 50 anos	1. Hipertensão Arterial Sistêmica
2. Diabetes Mellitus	2. Dislipidemia
3. Apnéia do sono	3. Doença ósteo-muscular
4. Pneumopatia	4. Hiperuricemia
5. Cardiopatia	
6. Doença do Sistema Venoso Profundo	
7. Síndrome Metabólica	

ANEXO I-C: AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE SEVERA

I-C – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

IDENTIFICAÇÃO										
Nome						Cadastro				
Sexo	<input type="checkbox"/>	Masculino	<input type="checkbox"/>	Feminino	Data de Nascimento	<input type="text"/>				
HÁBITOS DE VIDA										
	Atividade Física Tipo		<input type="text"/>	Frequência:			<input type="text"/>			
	Bebidas Alcoólicas		– Dose/dia <input type="text"/>							
	Tabagismo – Cigarros/dia		<input type="text"/>	Tempo (anos)		<input type="text"/>	Ex-tabagista (anos)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
EXAME FÍSICO										
Peso (Kg)	<input type="text"/>			Altura (m)	<input type="text"/>					
IMC (kg/m ²)	<input type="text"/>			Circunferência Abdominal (cm)	<input type="text"/>					
Bioimpedância	<input type="text"/>									
HISTÓRIA CLÍNICA										
Co-morbidades										
	Dislipidemias	HDL	<input type="text"/>	LDL	<input type="text"/>	CT	<input type="text"/>	Triglicerídeos	<input type="text"/>	
Diabetes Mellitus (Glicemia)			<input type="text"/>				Hipertensão Arterial			
Outras	<input type="text"/>									
Apresenta alguma carência de micronutrientes? Quais?										
<input type="text"/>										
HÁBITOS ALIMENTARES										
Fracionamento		Alto (<input type="checkbox"/>) Baixo (<input type="checkbox"/>) Adequado (<input type="checkbox"/>)								
Consumo de Carboidratos simples		Alto (<input type="checkbox"/>) Baixo (<input type="checkbox"/>) Adequado (<input type="checkbox"/>)								
Consumo de Gordura saturada		Alto (<input type="checkbox"/>) Baixo (<input type="checkbox"/>) Adequado (<input type="checkbox"/>)								
Consumo de Alimentos reguladores		Alto (<input type="checkbox"/>) Baixo (<input type="checkbox"/>) Adequado (<input type="checkbox"/>)								
Ingestão hídrica		Alto (<input type="checkbox"/>) Baixo (<input type="checkbox"/>) Adequado (<input type="checkbox"/>)								
Mastigação		Rápida (<input type="checkbox"/>) Adequada (<input type="checkbox"/>)								
<input type="text"/>										

DISTURBIOS ALIMENTARES

Compulsão Alimentar () Episódio de Binge ()

Outros:

HISTORIA DO PESO

Idade do início da obesidade?

Tentativas de emagrecimento (medicação, atividade física, etc)

Há quanto tempo em acompanhamento com nutricionista?

Paciente foi orientado quanto aos riscos inerentes à cirurgia de obesidade severa?

Paciente foi orientado sobre o acompanhamento multidisciplinar pós-cirúrgico por, no mínimo, 6 meses?

Conta Nutricional Justificada:

Data

Assinatura / Carimbo do Nutricionista Responsável

ANEXO ID: AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE SEVERA

I-D – AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Cadastro:

Sexo: Masculino Feminino

Data de Nascimento:

HISTÓRIA CLÍNICA

Hipóteses Diagnósticas – verificar a existência e a intensidade dos seguintes indicadores:

Psicose Sim Não

Outra psicopatologia? Sim Não Qual? _____

Transtornos Alimentares Sim Não

Se sim qual(is)? Bulimia Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica Outros

Histórico de tentativa de suicídio Sim Não

Humor Deprimido Sim Não Leve Moderado Grave

Ansiedade Sim Não Leve Moderada Grave Presença de sintomas essenciais

(Tremores, palpitações, tonturas, etc.)

Consumo de álcool Sim Não Tipo(s) de bebida usualmente consumida? _____

Freqüência: Uma vez por mês ou menos 2 a 4 vezes por mês 2 a 3 vezes por semana

4 ou mais vezes por semana

Quantidade 1 a 2 doses 3 a 5 doses Mais de 5 doses

Uso de drogas psicoativas Não usuário (nunca utilizou) Experimentador, não usuário

Usuário atualmente abstinente (tempo?) _____

Usuário leve Usuário moderado Uso de risco

Freqüência: Esporádico Mensal Semanal Diário, ou quase diário

Tipo(s) : _____

Outras compulsões Sim Não Se sim qual(is)? _____

Possui capacidade intelectual para compreender todos os aspectos do tratamento bem como suas condições pós-cirúrgicas? Sim Não

Possui suporte familiar para todas as etapas do tratamento? Sim Não indeterminado

TRATAMENTOS REALIZADOS

Psiquiátrico Período: Uso de medicamentos Sim Não
Qual?
Dose:

Psicológico Período:

Instrumentos psicológicos utilizados para esta avaliação (Entrevistas, testes, questionários):

Número de atendimento(s) realizado(s) (em grupo/ individual):

Considerações finais:

Conduta Terapêutica Justificada:

- Cirurgia Bariátrica indicada no momento
- Cirurgia Bariátrica contra-indicada no momento

Paciente foi orientado quanto aos riscos inerentes à cirurgia de obesidade severa?

Sim Não

Paciente foi orientado sobre o acompanhamento multidisciplinar pós-cirúrgico por, no mínimo, 6 meses?

Sim Não

Data:

ANEXO II: AVALIAÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA - PLANSERV**PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE SEVERA****II-A – AVALIAÇÃO PERICIAL CLÍNICA****IDENTIFICAÇÃO**

Nome:		Cadastro:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data de Nascimento:	
Estado Civil:	Profissão:	

HÁBITOS DE VIDA

<input type="checkbox"/> Atividade Física	Tipo:	Freqüência:
<input type="checkbox"/> Bebidas Alcoólicas – Dose/dia:		
<input type="checkbox"/> Tabagismo – Cigarros/dia:	Tempo (anos):	Ex-tabagista (anos):
<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Atitudes compulsivas – citar:	
<input type="checkbox"/> Drogas – citar:		

HÁBITOS ALIMENTARES

<input type="checkbox"/> Compulsão Alimentar	<input type="checkbox"/> Episódio de Binge	<input type="checkbox"/> Comedor noturno	
Periodicidade semanal:			
Doces:	Massas:	Alimentos gordurosos:	Bebidas gasosas:

EXAME FÍSICO

Peso (Kg):	Altura (m):
IMC (kg/m ²):	Circunferência Abdominal (Cm):
PA:	Acantose Nigricans <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

HISTÓRIA CLÍNICA

Idade início da obesidade:
Tempo de acompanhamento do paciente: <input type="checkbox"/> < 1 ano <input type="checkbox"/> 2 anos <input type="checkbox"/> > 2 anos
Freqüência das consultas:

Tentativas de tratamentos contra a obesidade (medicamentoso / dieta / alternativos / atividade física), especificando o acompanhamento ponderal nos últimos 2 anos, informando as 4 medidas de IMC (com intervalo máximo de 6 meses):

Co-morbidades:

- Diabetes Mellitus Hipertensão Arterial Dislipidemias
 Apnéia Obstrutiva do Sono Doenças Osteoarticulares Degenerativas Outras:
 Síndrome Metabólica

Complicações:

- Nefropatia Retinopatia Diabética Neuropatia Periférica
 Doenças Coronarianas Doença Arterial Periférica

Medicamentos Utilizados:

Dose:

Cirurgias Realizadas:

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Obesidade Diabetes Mellitus Doenças Psiquiátricas
 Hipertensão Arterial Infarto do Miocárdio Acidente Vascular Cerebral

RESULTADOS DE EXAMES

Exames Laboratoriais:

Exames Complementares:

Classificação do Risco Cirúrgico:

Conduta Terapêutica Justificada:

Paciente foi orientado quanto aos riscos inerentes à cirurgia de obesidade severa? Sim Não

Paciente foi orientado sobre o acompanhamento pós-cirúrgico por, no mínimo, 6(seis) meses? Sim Não

O paciente está apto a realizar a cirurgia ? Sim Não

Data:

/ /

Assinatura / Carimbo do Perito Médico Responsável:

ANEXO III-B: PARÂMETROS PARA A AVALIAÇÃO DO RISCO CIRÚRGICO CARDIOLÓGICO

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE SEVERA

III-A – AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO CARDIOLÓGICO (Diretriz SBC 2007)

1º Passo: Pontuar conforme as variáveis

Variáveis	Pontos
Infarto Agudo do Miocárdio <6m	10
>6m	5
Angina Classe IV	20
Classe III	10
Edema Agudo Pulmonar: última semana	10
uma vez na vida	5
Suspeita de Estenose Aórtica Crítica	20
Ritmo Não Sinusal	5
Ritmo Sinusal com ESSV no ECG	5
>5 ESV no ECG	5
PO2 <60, PCO2 >50, K <3, U >50, C >3 ou restrito ao leito	5
Idade >70 anos	5
Cirurgia de emergência	10

Classificação	
Classe	Pontos
I	0-15
II	20-30
III	>30

2º Passo: Avaliar o risco, conforme a classe

Classe	* Qtde de Variáveis	Risco	% de Evento Cardíaco	Conduta
I	0-1	Baixo	< 3%	Operar
	≥ 2	Intermediário	3 a 15%	Se Cirurgia não vascular: Operar Se Cirurgia vascular: Realizar TN. Se Negativo: Operar
II e III	-	Alto	> 15%	Determinar a natureza do risco

* Variáveis de risco para a Classe I	
<input type="checkbox"/> Idade >70 anos	<input type="checkbox"/> História de angina
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Ondas Q patológica no ECG
<input type="checkbox"/> História de IAM	<input type="checkbox"/> Alteração isquêmica do ST
<input type="checkbox"/> HAS com HVE severa	<input type="checkbox"/> História de ICC

Natureza do risco para as Classes II e III	
Isquêmico	Determinar elegibilidade para RM, baseada nas indicações da AHA
ICC, arritmia, doença valvar	Otimizar o tratamento e refazer a avaliação do risco
Fatores não modificáveis	Considerar cancelamento ou modificação da cirurgia não cardíaca

Legendas:ESSV – Extra-sístoles supraventriculares; ESV – Extra-sístole ventricular; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; HVE – Hipertrofia Ventricular Esquerda; AHA – American Heart Association; RM – Revascularização do Miocárdio; EC – Eventos Cardíacos; TN – Teste não invasivo; ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva; ECG - Eletrocardiograma

ANEXO IV: TERMO DE CONSENTIMENTO

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE SEVERA

IV-A – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Eu, _____, cadastro no Planserv de nº _____, autorizo o Dr. _____, CRM _____, e a sua equipe, a realização do procedimento de Cirurgia Bariátrica pelo método _____ para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida no Hospital _____.

Declaro, para fins legais :

1- Que estou ciente que sou portador (a) de outras comorbidades:

2- Ter sido claramente informado pela equipe cirúrgica sobre todos os riscos envolvidos na realização do referido procedimento, que, entre outros, incluem trombose, infarto do miocárdio, embolia pulmonar, fístula digestiva, estenose (estreitamento da anastomose), perfuração de vísceras, hérnia, infecção, sangramento, distúrbios nutricionais e metabólicos, alterações psicológicas, risco anestésico, reações alérgicas a medicamentos e risco de vida.

3- Que estou ciente que a cirurgia contribuirá para a perda de peso, mas que é fundamental a minha cooperação no sentido de seguir todas as instruções da equipe multidisciplinar para evitar complicações e obter o resultado esperado, bem como da necessidade de acompanhamento pós-operatório por, no mínimo, 06 meses por equipe multidisciplinar.

4- Que todas as minhas dúvidas sobre a doença, a cirurgia, as complicações do procedimento, a evolução pós-operatória foram esclarecidas, não sendo negada nenhuma informação.

Após a leitura atenta deste Termo de Consentimento, declaro que a realização do referido procedimento dar-se-á por minha livre e espontânea vontade e por isso firmo o presente Termo.

Local e data

Paciente: _____ RG: _____

Familiar: _____ RG: _____

Grau de Parentesco: _____

Médico Cirurgião: _____ CRM: _____

**PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE SEVERA
ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA BARIÁTRICA**

Caro(a) Beneficiário(a),

Você está recebendo a documentação anexa para avaliação e autorização da **Cirurgia Bariátrica**, devendo realizar os seguintes passos:

Formulário	Procedimento
Avaliação do Cirurgião Geral	Deverá ser preenchido corretamente pelo profissional responsável pela realização da cirurgia
Avaliação Nutricional	Deverá ser preenchido corretamente pelo nutricionista pertencente à equipe cirúrgica
Avaliação Psicológica	Deverá ser preenchido corretamente pelo psicólogo pertencente à equipe cirúrgica
Avaliação Cardiológica	Deverá ser apresentado relatório detalhado com classificação de risco cirúrgico
Avaliação Clínica/ Endocrinológica	Deverá constar o tratamento clínico detalhado empregado para a perda de peso e a duração do mesmo
Termo de Consentimento	Deverá ser preenchido todos os campos, inclusive o hospital, a técnica proposta da cirurgia e assinado pelo paciente, familiar e médico cirurgião

Para a realização da Perícia, você deverá levar toda a documentação preenchida corretamente, além dos exames médicos originais.

Você deverá realizar, após a autorização da cirurgia, uma consulta com um **Médico Anestésista** para avaliação de risco anestésico e obter um **Relatório de Consulta Pré-anestésica**.

LÍVIA NERY FRANCO GUERREIRO COSTA
Auditora Médica - CRM 13875

ÂNGELA MARIA NOLASCO FARIAS
Coordenação de Prevenção

CRISTIANE MÁRCIA VELOSO DE CARVALHO
LOPES
Coordenação de Gestão de Projetos de Saúde

De Acordo. Implemente-se.

SONIA MAGNÓLIA LEMOS DE CARVALHO
Coordenadora Geral/PLANSERV