

AGOSTO

2022

Protocolo Clínico

Perícia Médica

Formulário de Avaliação

ABDOME EM AVENTAL

GOVERNADOR DO ESTADO
RUI COSTA DOS SANTOS

SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO
EDELVINO DA SILVA GÓES FILHO

REALIZAÇÃO

COORDENADORA GERAL

MARIA DO SOCORRO DA COSTA BRITO

**COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PROJETOS DE SAÚDE
COORDENAÇÃO**

MARIA BEATRIZ FIGUEIREDO FAUZE

EDIÇÃO – AGOSTO 2022

EQUIPE EXECUTORA

ZEUSA ADRIANE DAVID MARQUES
MÉDICA

MARCELA RIBEIRO DA COSTA
NUTRICIONISTA

EDIÇÕES ANTERIORES

**COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PROJETOS DE SAÚDE
COORDENAÇÃO**

REYNALDO ROCHA DO NASCIMENTO JÚNIOR
MARIA BEATRIZ FAUZE

COORDENAÇÃO MÉDICA

LÍVIA NERY FRANCO GUERREIRO COSTA
JAQUELINE FIGUEREDO MENEZES
PATRICIA REGINA GUSMAO SOARES AMORIM

COLABORAÇÃO

CARLA FARIAS CIRÍACO
LÍDICE CONCEIÇÃO ARAÚJO
RITTA DE CASSIA DA SILVA FERREIRA SANTOS

ASSESSORIA TÉCNICO ADMINISTRATIVA

NÚBIA LINO DE OLIVEIRA

DERMOLIPECTOMIA PARA CORREÇÃO DE ABDOME EM AVENTAL PÓS TRATAMENTO DA OBESIDADE

PROTOCOLO CLÍNICO

PÉRICIA MÉDICA - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o sobrepeso e a obesidade são definidos como acúmulo anormal ou excessivo de gordura que representa risco à saúde, sendo classificados a partir do cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal). São considerados obesos os indivíduos com IMC igual ou superior a 30kg/m², já a obesidade grau III ou mórbida, é caracterizada pelo IMC igual ou superior a 40kg/m². Obesidade mórbida é o termo que indica pessoas com grande excesso de peso e que apresentam chances maiores de adquirir diversas doenças, incluindo risco aumentado de morte, caso não sejam tratadas adequadamente.

O Planserv assegura o tratamento conservador e cirúrgico da obesidade mórbida ou obesidade grau II com comorbidades, conforme Programa de Endocrinopatias e Protocolo Clínico de Cirurgia Bariátrica, respectivamente.

A perda maciça e rápida de peso que ocorre após tratamento cirúrgico da obesidade pode determinar o surgimento de lipodistrofias, decorrentes do excesso de pele na forma de flacidez, localizada principalmente na região do abdome, mamas, coxas e braços. Isto se deve à grande distensão da pele pela gordura durante um período prolongado de engorda, levando à perda da elasticidade e dificultando a retração adequada após a redução de peso.

A pele fragilizada pela lipodistrofia pode provocar, em áreas de dobras como mama e abdome, hiperemia, mudança na pigmentação, fissuras e infecções frequentes.

Importa destacar que o Decreto nº 9552 de 21 de setembro de 2005, em seu artigo 16, apresenta vedação apenas às cirurgias plásticas de cunho social ou estético.

2. CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO DA CIRURGIA

Serão candidatos a Abdominoplastia, os pacientes que apresentem abdome em avental decorrente de grande perda ponderal pós realização de cirurgia bariátrica ou pós tratamento clínico para obesidade mórbida ou obesidade grau II com comorbidades, inscritos no Programa de Endocrinopatias oferecido pelo Planserv e que atendam aos seguintes critérios:

- 2.1. Perícia prévia com médico do Planserv e autorização prévia ao procedimento;

- 2.2. No mínimo, um ano da realização de cirurgia bariátrica ou tratamento clínico conservador prévio da obesidade mórbida (IMC > 40kg/m²) ou da obesidade grau II (IMC entre 35 e 39,9kg/m²) com comorbidades (Dislipidemia, HAS, Diabetes Mellitus, Apnéia Obstrutiva do sono leve, moderada ou grave, Doença Osteoarticular Degenerativa ou DAC), iniciado há pelo menos um ano e comprovado através de relatório de endocrinologista ou de nutricionista (nos casos de tratamento não medicamentoso) integrantes do Programa de Endocrinopatias do Planserv;
- 2.3. Pacientes que tenham apresentado perda de peso maior que 75% do excesso pré-tratamento cirúrgico ou clínico, com estabilidade do peso nos últimos 3 meses;
- 2.4. Pacientes que apresentem uma ou mais das seguintes complicações: hérnias, candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, incapacidade funcional pelo abdome em avental com dificuldade de mobilização ou alteração postural comprovadas em relatório médico.

3. CODIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO

Para autorização, serão utilizados os seguintes códigos:

NOME DO PROCEDIMENTO	DERMOLIPECTOMIA PARA CORRECAO DE ABDOME EM AVENTAL
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	8541402-7
CÓDIGO - HONORÁRIO DE ANESTESIOLOGISTA	8541402-8
CÓDIGO – HM EQUIPE CIRÚRGICA	8541402-9

4. AVALIAÇÃO PERICIAL

O beneficiário será avaliado pelo Médico Perito do Planserv que realizará a avaliação clínica de acordo com os critérios estabelecidos em formulário específico, contido no ANEXO I;

Após a análise pericial o relatório será validado pela Equipe Técnica;

Caso o beneficiário não preencha os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico de Cirurgia Reparadora de Dermolipectomia/Abdominoplastia do PLANSERV, uma nova avaliação pericial só poderá ser marcada, após 06 meses.

ANEXO I - AVALIAÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA – PLANSERV
AVALIAÇÃO PERICIAL CLÍNICA
ABDOMEN EM AVENTAL

I. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:		Sexo:	
Cadastro:		Data de Nascimento: ____/____/____	
Estado Civil:	Idade:	Telefone para contato:	

II. ANTECEDENTES MÉDICOS E EXAME CLÍNICO

Cirurgia Bariátrica: Sim (realizada em ____/____/____) Não
 Tratamento Clínico: Sim (data do início ____/____/____) Não
 Altura aferida: _____
 Peso (início do tratamento): _____ Peso (atual): _____
 IMC (início do tratamento): _____ IMC (atual): _____
 Candidíase de repetição: Sim Não
 Infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito: Sim Não
 Hérnia: Sim Não
 Incapacidade funcional com dificuldade de mobilização ou alteração postural: Sim Não

HMA:

III. COMORBIDADES

Diabetes Mellitus: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Degenerativas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Hipertensão Arterial: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Outras: _____
Diástase dos retos abdominais: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Realizou algum tratamento para obesidade? <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não	
Cirurgias Realizadas: _____	

Informações complementares:

Há quanto tempo o paciente iniciou o tratamento clínico ou realizou a cirurgia bariátrica para tratamento da obesidade mórbida ou obesidade grau II com comorbidades? _____
 Qual o percentual do excesso de peso pré-tratamento clínico ou pré-cirúrgico perdido pelo paciente? _____
 O paciente apresenta estabilidade de peso há quanto tempo? _____

Data: ____/____/____	Nome/CRM do Médico Perito Responsável: _____
----------------------	--

TERMO DE DECLARAÇÃO E ACEITAÇÃO

Eu, _____, declaro conhecer os termos do Decreto Estadual nº. 9.552, de 21 de setembro de 2005, que regulamenta o Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais, a saber:

DECRETO Nº 9.552 DE 21 DE SETEMBRO DE 2005

O GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA, no uso das atribuições,

DECRETA

Art. 1º Fica aprovado o Regulamento do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais - PLANSERV, reorganizado pela Lei nº 9.528, de 22 de junho de 2005, que com este se publica.

“Art. 16 -

Parágrafo único - As vedações previstas nos incisos II e III deste artigo não se aplicam aos casos descritos abaixo, quando atestados por perícia realizada por profissional do quadro do PLANSERV, com base em critérios técnicos e prazos previamente definidos pelo órgão:

I - gigantomastia;

II - ginecomastia masculina;

III - abdômen em avental e ptose mamária decorrentes de grande perda ponderal, com complicações clínicas, após cirurgia bariátrica.”

Art. 2º - Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º - Revogam-se as disposições em contrário.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA, em 21 de Setembro de 2005.

PAULO SOUTO
Governador

Ruy Tourinho
Secretário de Governo

Marcelo Barros
Secretário da Administração

Assim, aceito ser submetido(a) à perícia médica, junto ao PLANSERV, a fim de ser verificada a compatibilidade do meu quadro clínico aos critérios técnicos de indicação do órgão para a realização do procedimento cirúrgico de **ABDOME EM AVENTAL** com ou sem diástase.

Salvador, ____ de _____ de _____

(Assinatura do Beneficiário)