

# PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE **OBESIDADE**

REVISÃO ABRIL/2021



## OBJETIVO

Este protocolo foi criado em consenso com os cirurgiões bariátricos cooperados da Unimed-Rio, sendo esta a 2ª revisão. O documento segue as diretrizes da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS, e destina-se a orientar o atendimento aos pacientes portadores de obesidade e possíveis candidatos à cirurgia bariátrica. Tem como objetivo melhorar a qualidade dos serviços prestados aos nossos beneficiários, aumentando a segurança e a eficiência do tratamento realizado.

## FASE 1: CONDUTA NO PRIMEIRO ATENDIMENTO

Por ocasião da primeira consulta do paciente, o médico cooperado deverá preencher o ANEXO 1 (modelo disponível no final do documento), assinar e carimbar. O documento deve ser escaneado e encaminhado em formato PDF para o endereço eletrônico: **analisebariatrica@unimedrio.com.br**

A partir de 17/05/2021 não serão mais aceitos anexos de versões anteriores a este documento.

## COMUNICAÇÃO SOBRE ELEGIBILIDADE CONTRATUAL

A Unidade de Análise e Gestão de Riscos, responsável pela análise contratual do beneficiário, informará o status do paciente por e-mail ao cooperado solicitante (itens 1,2 ou 3) e entrará em contato com o beneficiário (nos itens 2 e 3) em, no máximo, 48h úteis.

O cooperado poderá receber três tipos diferentes de informação, de acordo com o status do beneficiário:

- 1.** Beneficiário elegível contratualmente – o paciente retorna ao cooperado para dar sequência ao tratamento.
- 2.** Beneficiário inelegível contratualmente por Cobertura Parcial Temporária (CPT) – o prazo de cumprimento de carência será informado ao cooperado e ao beneficiário.
- 3.** Beneficiário inelegível por declaração de Saúde Divergente (DS) – o cliente pode retornar ao cooperado para dar seguimento ao tratamento, após receber o contato da operadora para rerratificação da DS.

## FASE 2: AVALIAÇÃO TÉCNICA FINAL

Nesta fase, ingressarão os beneficiários caracterizados na Fase 1 como contratualmente elegíveis, sendo a Avaliação Técnica Final realizada pela equipe médica do Espaço Para Viver Melhor (EPVM) da documentação enviada.

A consulta está coberta pela Unimed-Rio (Garantia de Atendimento).

O cooperado deve enviar o ANEXO 2 (modelo disponível no final do documento) em formato PDF para o endereço: **atfbariatrica@unimedrioempreendimentos.com.br**

Além disso, é preciso enviar toda a documentação necessária para análise técnica. A partir de 17/05/2021 não serão mais aceitos anexos de versões anteriores a este documento.

O EPVM sinaliza ao cooperado por e-mail o recebimento das informações, entra em contato com o beneficiário através do número de telefone disponibilizado no Anexo 2, informa a documentação necessária e ratifica a informação ao beneficiário por e-mail. Após o recebimento da documentação solicitada completa, a Avaliação Técnica é agendada.

### A – DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

1. Parecer de médico endocrinologista\*;
2. Parecer de psicólogo\*;
3. Parecer de nutricionista ou nutrólogo\*;
4. Parecer de médico cardiologista;
5. Documentação comprobatória de comorbidades (laudo médico, exames complementares);
6. Pacientes com idade entre 16 e 18 anos:
  - 6.1. Laudo de idade óssea em radiografia de mão e punho esquerdo;
  - 6.2. Parecer de médico pediatra, hebiatra ou endocrinologista pediátrico.

\*nestes pareceres deve constar obrigatoriamente o histórico da doença e de acompanhamento destes profissionais, data, assinatura e carimbo.

### B – CRITÉRIOS QUE NORTEIAM A AVALIAÇÃO TÉCNICA FINAL

Baseados nas Diretrizes de Utilização da Resolução Normativa – ANS 465/2021, vigente a partir de 1º/04/2021:

## COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA 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**

**b.** Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m<sup>2</sup> e 39,9 Kg/m<sup>2</sup>, 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 osteoartrites, entre outras);

**c.** IMC entre 40 Kg/m<sup>2</sup> e 50 Kg/m<sup>2</sup>, com ou sem co-morbidade.

### **Grupo II**

**a.** pacientes com IMC superior a 50 kg/m<sup>2</sup>;

**b.** pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (risco de suicídio);

**c.** uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos;

**d.** hábito excessivo de comer doces.

## GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA

**1.** Cobertura obrigatória, quando preenchido **um dos critérios de idade listados no Grupo I e um dos critérios clínicos listados no Grupo II e nenhum critério listado no Grupo III:**

### **Grupo I**

**a.** Pacientes maiores de 18 anos;

**b.** Pacientes entre 16 e 18 anos, com escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade e epífiges de crescimento consolidadas.

## **Grupo II**

- c. Índice de Massa Corpórea (IMC) de 35 Kg/m<sup>2</sup> a 39,9 Kg/m<sup>2</sup>, 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) com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos;*
- d. IMC de 40 Kg/m<sup>2</sup> a 49,9 Kg/m<sup>2</sup>, com ou sem comorbidades; com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos;*
- e. IMC igual ou maior do que 50 Kg/m<sup>2</sup>.*

## **Grupo III**

- a. Pacientes com quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas;*
- b. limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;*
- c. doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco benefício;*
- d. hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;*
- e. síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.*

## **C. COMUNICAÇÃO SOBRE AVALIAÇÃO TÉCNICA**

*O cooperado será informado pelo EPVM através de correspondência eletrônica quanto à adequação ou não do beneficiário às Diretrizes de Utilização previstas na RN 465/21.*

*PRAZO: Após a entrega de toda documentação a resposta por e-mail ao cooperado ocorrerá no prazo máximo de 7 dias corridos.*

## **D. VALIDAÇÃO DA CIRURGIA PELA COOPERATIVA**

*O Cooperado encaminhará, através do Produção Online (POL), a solicitação da cirurgia na qual deverá constar: a técnica proposta, a relação de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) necessárias ao procedimento e uma relação de três fornecedores, conforme resolução do CFM. O cooperado deverá anexar o e-mail de adequação às diretrizes enviado pelo EPVM. O prazo de análise da cooperativa é de 15 dias.*

## E. SERVIÇOS DO EPVM

O Espaço Para Viver Melhor (EPVM) dispõe do Programa Coaching Saudável apto a prestar atendimento a pacientes em preparo para cirurgia bariátrica, bem como no pós-operatório.

O agendamento é feito através do telefone 4020-0773, a critério do médico cooperado.

## F. DIVERGÊNCIA CLÍNICA DE INDICAÇÃO

Os casos onde ainda haja divergência clínica na indicação cirúrgica entre o médico assistente e o médico auditor serão encaminhados para avaliação por junta médica, segundo a Resolução Normativa N° 424/2017.

O parecer definitivo da junta médica, solução final para a divergência, será encaminhado ao médico assistente.

## G. SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (para cirurgia plástica)

As informações clínicas sobre a evolução no 1º, 6º, 12º e 18º mês do pós-operatório deverão ser encaminhadas para acompanhamento na Área de Gestão de Saúde para o e-mail do Programa de Obesidade: **[segumbariatrica@unimedrio.com.br](mailto:segumbariatrica@unimedrio.com.br)**

## H. FONTES CONSULTADAS

1. Ministério da Saúde, ANS. Resolução Normativa - RN N° 465, de 24 de fevereiro de 2021. Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2021 - Anexo II. Disponível em [http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano\\_de\\_Saude\\_e\\_Operadoras/Area\\_do\\_consumidor/rol/2021/anexo\\_ii\\_dut\\_2021\\_rn\\_4652021.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_Saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/rol/2021/anexo_ii_dut_2021_rn_4652021.pdf)
2. Conselho Federal de Medicina. Resolução n° 2.131/2015. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2015/2131>.
3. World Health Organization. Growth Reference Data. Indicators: BMI for Age (5 to 19 years). Simplified field tables. Disponível em <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age>. (Anexos 3 e 4).

## ANEXO 1

### AVALIAÇÃO DE DOENÇA PRÉ-EXISTENTE (OBESIDADE)

Dados do Beneficiário:

Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: [ ] masculino [ ] feminino

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ e mail: \_\_\_\_\_

Telefone fixo: \_\_\_\_\_ Telefone celular: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_ Altura (m): \_\_\_\_\_ IMC (kg/m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Médico (assinatura e carimbo): \_\_\_\_\_

E mail do médico para resposta: \_\_\_\_\_

*Este anexo deverá ser enviado para o e-mail:*

***analisebariatrica@unimedrio.com.br***

***ATENÇÃO: este não é um pedido médico para procedimento. Este documento deve se restringir ao uso interno da equipe.***

## ANEXO 2 - ANÁLISE TÉCNICA FINAL

### DADOS DO BENEFICIÁRIO:

Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: [ ] masculino [ ] feminino

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ e mail: \_\_\_\_\_

Telefone fixo: \_\_\_\_\_ Telefone celular: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_ Altura (m): \_\_\_\_\_ IMC (kg/m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

#### Comorbidades:

**Apnéia do sono**

[ ] sim [ ] não

**Hérnias discais**

[ ] sim [ ] não

**Asma grave não controlada**

[ ] sim [ ] não

**Hipertensão arterial**

[ ] sim [ ] não

**Colecistopatia Calculosa**

[ ] sim [ ] não

**Hipertensão intracraniana idiopática**

[ ] sim [ ] não

**Diabetes Mellitus**

[ ] sim [ ] não

**Incontinência Urinária**

[ ] sim [ ] não

**Dislipidemia**

[ ] sim [ ] não

**Infertilidade**

[ ] sim [ ] não

**Disfunção erétil**

[ ] sim [ ] não

**Osteoartrites**

[ ] sim [ ] não

**Doença arterial coronariana**

[ ] sim [ ] não

**Pancreatites agudas de repetição**

[ ] sim [ ] não

**DRGE com indicação cirúrgica**

[ ] sim [ ] não

**Síndrome dos ovários policísticos**

[ ] sim [ ] não

**Esteatose Hepática**

[ ] sim [ ] não

**Veias varicosas e doença hemorroidária**

[ ] sim [ ] não

## Apresenta alguma destas condições?

Transtorno psiquiátrico não controlado

sim  não

Doença cardiopulmonar grave e descompensada

sim  não

Doença imunológica ou inflamatória do trato digestivo superior

sim  não

Tumores endócrinos

sim  não

Hábito excessivo de comer doces

sim  não

Uso de álcool ou drogas ilícitas

sim  não

Hipertensão portal com varizes esofágicas

sim  não

Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia adrenal não tratada

sim  não

Limitação intelectual

sim  não

Consolidação epifisária completa (adolescentes entre 16 e 18 anos)

sim  não

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Médico (assinatura e carimbo): \_\_\_\_\_

E mail do médico para resposta: \_\_\_\_\_

*Este anexo deverá ser enviado para o e mail:*

***atfbariatrica@unimedrioempreendimentos.com.br***

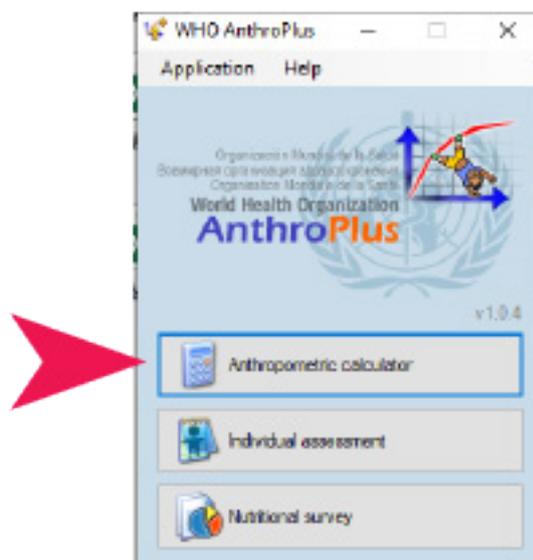
***ATENÇÃO: este não é um pedido médico para procedimento. Este documento deve se restringir ao uso interno da equipe.***

# TUTORIAL SOBRE ACESSO AO PROGRAMA ANTHROPLUS

Análise do escore z no cálculo do IMC x idade para a faixa etária dos 5 aos 19 anos.

1. Baixar o programa em: <https://www.who.int/toolkits/growth-reference-data-for-5to19-years/application-tools>

2. Iniciar a calculadora:

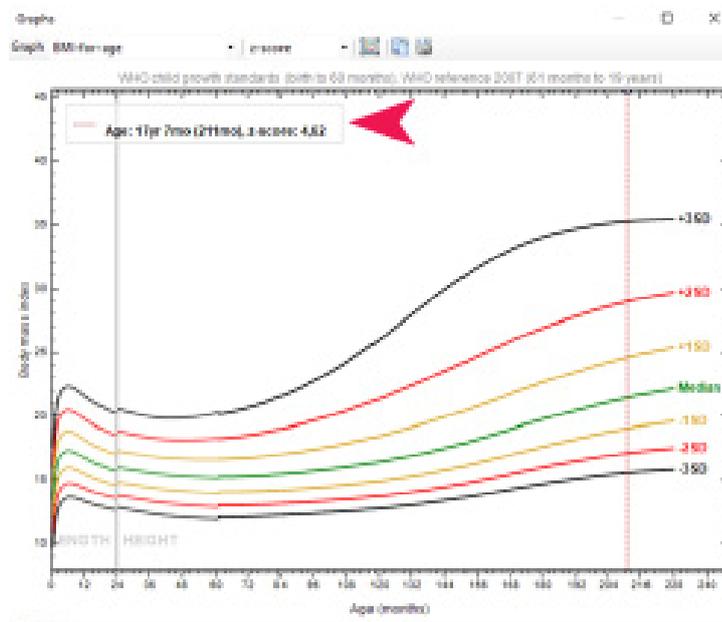


3. Registrar os dados:

- Sexo
- Data de nascimento
- Peso
- Altura
- Presença ou não de edema

A idade, o IMC e o escore-z de IMC x Idade são calculados automaticamente.

Se quiser registro gráfico, clicar no ícone á direita:



**Unimed**   
Rio

ANS - nº 39.332-1