

PROTOCOLO INSTITUCIONAL



OBESIDADE

OUTUBRO DE 2018



ÍNDICE

OBJETIVO	03
A – FASE 1: CONDUTA NO PRIMEIRO ATENDIMENTO	03
B – COMUNICAÇÃO SOBRE ELEGIBILIDADE CONTRATUAL	03
C – FASE 2: ATENDIMENTO NO ESPAÇO PARA VIVER MELHOR (EPVM)	04
D – CRITÉRIOS QUE SERÃO AVALIADOS NO EPVM	04
E – COMUNICAÇÃO SOBRE A AVALIAÇÃO	05
F – VALIDAÇÃO DA CIRURGIA PELA COOPERATIVA	06
G – SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO	06
H – DIVERGÊNCIA CLÍNICA DE INDICAÇÃO	06
FLUXO DO PROCESSO – FASE 1	07
FLUXO DO PROCESSO – FASE 2	08
ANEXO 1	09
ANEXO 2	10

OBJETIVO

Este protocolo foi criado em consenso entre os cirurgiões bariátricos da Unimed-Rio e revisado. Segue as normas da ANS e destina-se a orientar o atendimento aos pacientes com obesidade e que poderão ter indicação de cirurgia bariátrica. Tem como objetivo melhorar a qualidade dos serviços prestados aos nossos usuários, aumentando a segurança e a eficiência do tratamento realizado.

Os pacientes com quadro clínico de obesidade têm acesso ao médico cooperado assistente e, portanto, ao protocolo institucional.

A – FASE 1: CONDUTA NO PRIMEIRO ATENDIMENTO

Na primeira consulta do paciente obeso com o cirurgião bariátrico, o médico cooperado deverá preencher a ficha de avaliação (ANEXO 1), assinar e carimbar. Em seguida, escanear e encaminhar em formato PDF para o e-mail analisebariatrica@unimedrio.com.br. O anexo não deve ser entregue ao cliente pois trata-se de uma documentação interna.

A partir de 29/10/2018, não serão aceitos anexos de versões anteriores deste protocolo.

B – COMUNICAÇÃO SOBRE ELEGIBILIDADE CONTRATUAL

O cooperado será informado pela Unidade de Análise e Gestão de Riscos, responsável pela análise da elegibilidade contratual à cirurgia bariátrica, através de e-mail e, se necessário, ligação telefônica, realizada por médico da referida Unidade, com a finalidade de dirimir dúvidas sobre a análise da elegibilidade contratual à cirurgia bariátrica.

Nessa fase, haverá comunicação apenas entre a operadora, Unidade de Análise e Gestão de Riscos, e o médico cooperado assistente. O cooperado poderá receber três tipos diferentes de informação:

- 1) Beneficiário elegível contratualmente – Paciente retorna ao cooperado para dar sequência ao tratamento.
- 2) Beneficiário inelegível contratualmente, por CPT. O prazo de cumprimento da carência será informado ao cooperado.
- 3) Beneficiário inelegível por DUT (declaração de saúde inconsistente). Paciente retorna ao cooperado para cumprir a DUT.

C – FASE 2: PACIENTE É ENCAMINHADO PARA AVALIAÇÃO FINAL NO ESPAÇO PARA VIVER MELHOR (EPVM)

OBJETIVOS DO ATENDIMENTO NO EPVM:

- 1) Cadastrar todos pacientes com possibilidade de tratamento cirúrgico para obesidade.
- 2) Acompanhamento dos pacientes após a realização da cirurgia bariátrica para possível procedimento adicional e opcional.

Observações:

- O EPVM está disponível para avaliação dos pacientes (psicólogo, nutricionista, endocrinologista) e acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar, através do Programa Coaching Saudável.
- As consultas estão cobertas pela Unimed-Rio (Garantia de Atendimento).

Na fase 2, o cooperado encaminha o anexo 2 para análise técnica final no EPVM, que irá agendar com o beneficiário a data do comparecimento do mesmo, munido de toda a avaliação pré-operatória. O anexo 2 deverá ser enviado para o e-mail: atfbariatrica@unimedrioempreendimentos.com.br.

Para que seja possível a avaliação técnica, é necessário que o beneficiário leve os documentos, exames e relatórios comprobatórios do tempo de instalação da obesidade, tempo de tratamento conservador e comorbidade de acordo com a DUT.

D – CRITÉRIOS QUE SERÃO AVALIADOS NO EPVM (DE ACORDO COM AS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO DA ANS – RN 428)

- 1 – Apresentar Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 40 kg/m² ou maior que 35 kg/m² e comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz ou que ameaçam a vida, como a diabetes, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana, osteoartrites e outras);
- 2 – Ser maior de 18 anos e menor de 65 anos;
- 3 – Possuir obesidade estável há pelo menos cinco anos (sic);
- 4 – Possuir pelo menos dois anos de tratamento clínico prévio não eficaz e comprovado;
- 5 – Não fazer uso de drogas ilícitas;

6 – Não ser portador de alcoolismo;

7 – Não apresentar quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados.

O paciente deverá ser orientado para levar a seguinte documentação comprobatória:

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA (ORIGINAL):

- 1) Termo de Consentimento Esclarecido e Informado;
- 2) Documentos que comprovem pelo menos dois anos de falha no tratamento clínico realizado e tempo de instalação da obesidade;
- 3) Parecer do médico endocrinologista ou médico nutrólogo(*);
- 4) Parecer do médico cardiologista;
- 5) Parecer do médico especialista na comorbidade alegada, como por exemplo ortopedista;
- 6) Parecer psicológico(*);
- 7) Parecer nutricional(*);
- 8) Outros pareceres ou documentos julgados necessários.

(*) Nesses pareceres deverá constar obrigatoriamente o tempo de acompanhamento desses profissionais, data, assinatura e carimbo com registro profissional.

E – COMUNICAÇÃO SOBRE A AVALIAÇÃO TÉCNICA

O cooperado será informado pelo EPVM, responsável pela avaliação técnica, quanto à adequação ou não do beneficiário às Diretrizes de Utilização da ANS – RN 428, através de e-mail.

O e-mail padrão de resposta do EPVM ao cooperado deverá ser anexado ao pedido para solicitação de cirurgia. E-mail enviado através da caixa atfbariatrica@unimedrioempreendimentos.com.br.

Exemplo: [O beneficiário NOME DO BENEFICIÁRIO se encontra elegível para ser submetido à cirurgia bariátrica].

Os beneficiários serão informados pelo EPVM quando o resultado da avaliação técnica corresponder à adequação às Diretrizes de Utilização da ANS – RN 428 quanto à cirurgia bariátrica.

Quando o resultado da avaliação técnica corresponder à não adequação, os beneficiários serão informados pela Ouvidoria, que prestará os devidos esclarecimentos.

F – VALIDAÇÃO DA CIRURGIA PELA COOPERATIVA

O cooperado encaminhará, pelo 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 confirmação de elegibilidade do EPVM.

G – SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO

As informações clínicas sobre a evolução no 1º, 6º e 12º mês de pós-operatório de todos os pacientes operados deverão ser encaminhadas ao EPVM pelo médico assistente.

O envio das informações é condição de liberação da cirurgia plástica reparadora, que poderá ser realizada a partir do 18º mês de pós-operatório.

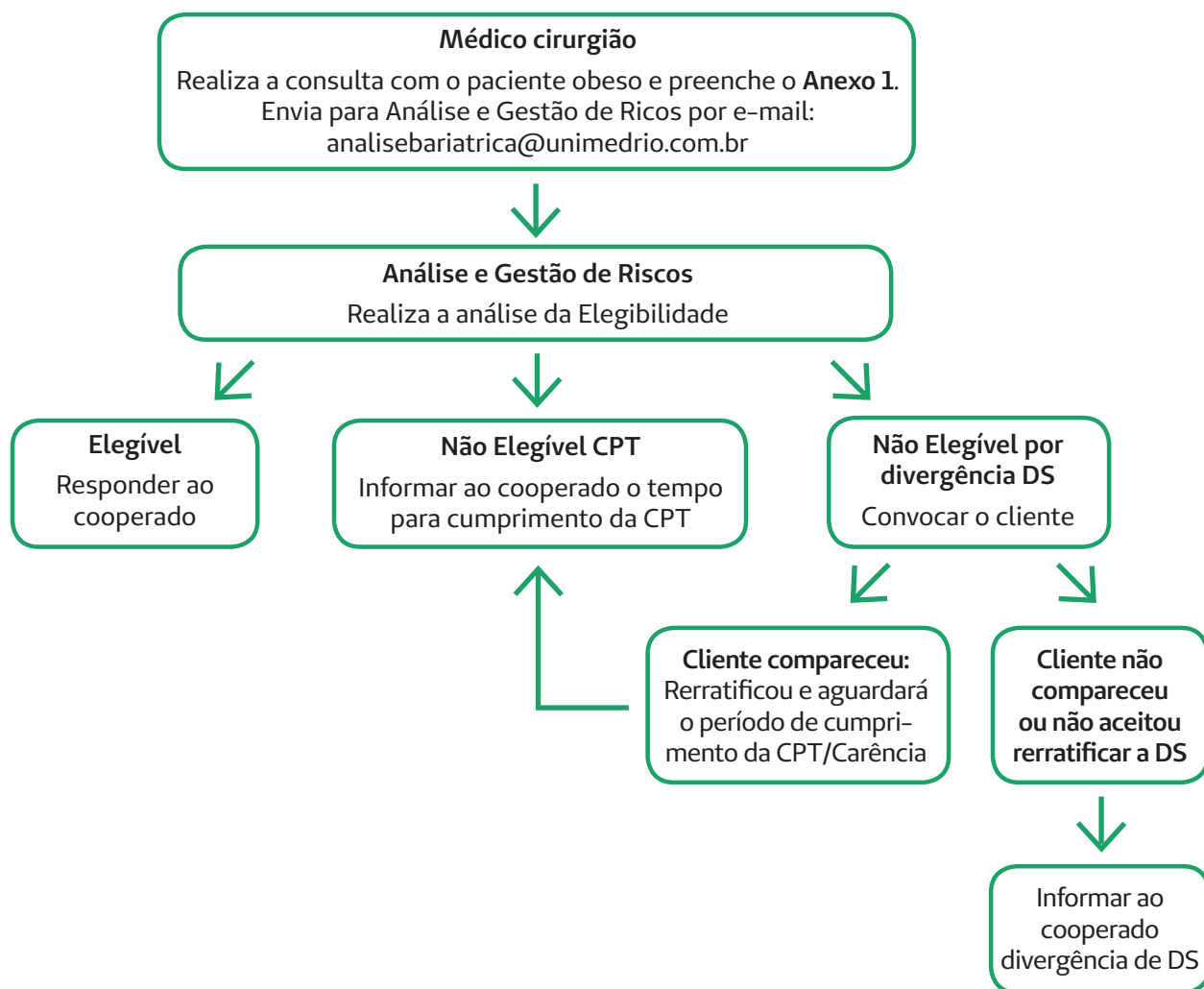
H – DIVERGÊNCIA CLÍNICA DE INDICAÇÃO

Casos onde há divergência clínica de indicação cirúrgica entre o médico assistente e o médico auditor serão avaliados por junta médica de cirurgia bariátrica, composta de quatro cooperados, Membros Titulares da SBCBM-RJ.

Em caso de divergência os pacientes serão encaminhados para avaliação de até três membros da junta, ou, em caso de persistência da divergência, para avaliação de uma junta da sociedade da Especialidade, seguindo as normativas da ANS.

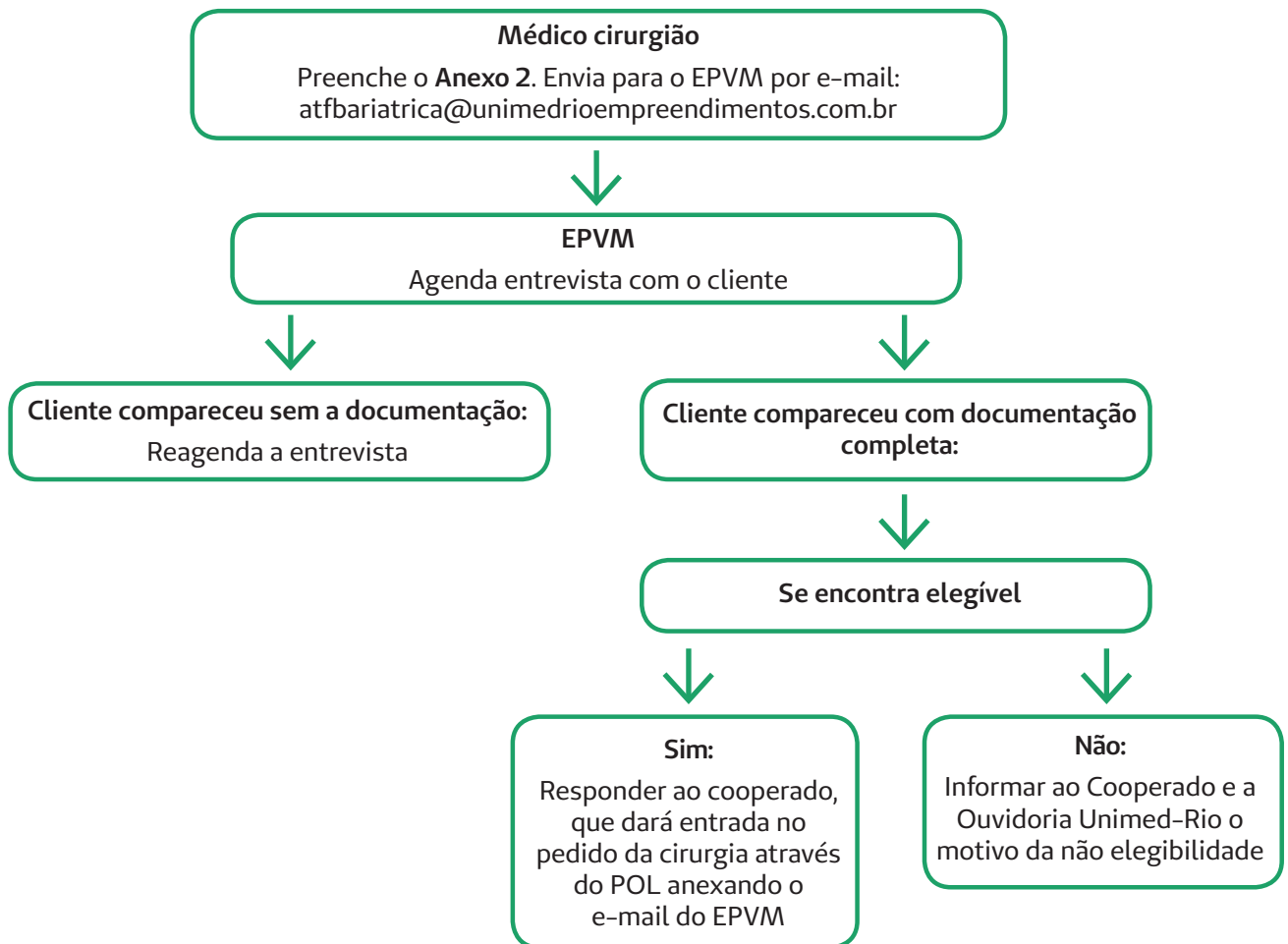
O parecer definitivo, solução final da divergência, será publicado em setor específico de acesso restrito aos médicos cooperados.

FLUXO DO PROCESSO - FASE 1



FLUXO DO PROCESSO – FASE 2

QUANDO O CLIENTE ESTIVER PREPARADO E COM TODA A DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA



ANEXO 1

AVALIAÇÃO DE DOENÇA PRÉ-EXISTENTE (OBESIDADE)

DADOS DO PACIENTE

Nome: _____

Matrícula: _____

Idade: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Profissão: _____

Estado Civil: _____

Endereço: _____

Telefone Fixo: _____ Celular: _____

Peso: _____ Altura: _____ IMC (kg/m²): _____

Médico (assinatura e carimbo): _____

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 da equipe interna.

ANEXO 2

ANÁLISE TÉCNICA FINAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: _____

Matrícula: _____

Idade: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Profissão: _____

Estado Civil: _____

Endereço: _____

CEP: _____ E-mail: _____

Telefone Fixo: _____ Celular: _____

Peso: _____ Altura: _____ IMC (kg/m²): _____

COMORBIDADES INFORMADAS

☐ Diabetes

☐ Apneia do sono

☐ Hipertensão arterial

☐ Dislipidemia

☐ Doença coronariana

☐ Osteoartrites - Localização: ☐ Coluna ☐ Quadris ☐ Joelhos

☐ Outras comorbidades: _____

Maior de 18 ou menor de 65 anos: ☐ sim ☐ não

Possui obesidade estável há pelo menos cinco anos (sic): ☐ sim ☐ não

Possui pelo menos dois anos de tratamento clínico prévio não eficaz: ☐ sim ☐ não

Dependência de drogas ilícitas: ☐ sim ☐ não

Dependência de bebidas alcoólicas: ☐ sim ☐ não

Presença de quadros psicóticos ou demenciais graves: ☐ sim ☐ não

Registro de avaliações clínicas com os especialistas médicos, de acordo com as comorbidades apresentadas: ☐ sim ☐ não

Data: ____ / ____ / ____.

Médico (assinatura e carimbo): _____

E-mail do médico para resposta: _____

Este anexo deverá ser enviado para o e-mail:
atfbariatica@unimedrioempreendimentos.com.br.

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

