

# PROTOCOLO INSTITUCIONAL



# CIRURGIA BARIÁTRICA

3ª VERSÃO | AGOSTO DE 2018



## ÍNDICE

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

## OBJETIVO

Este protocolo foi criado em consenso entre os cirurgiões bariátricos da Unimed-Rio e segue as normas da ANS. Destina-se a regular o atendimento dos pacientes com 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.

## A – ENTRADA DO PACIENTE NO PROTOCOLO

Os pacientes com quadro clínico de obesidade têm acesso ao médico assistente e, portanto, ao protocolo institucional, por uma das seguintes formas:

### 1 – DEMANDA ESPONTÂNEA:

Pacientes que procuram atendimento especializado sem serem referenciados, buscando o atendimento por seus próprios meios.

### 2 – REFERENCIADOS OU ENCAMINHADOS:

Pacientes que buscam o atendimento especializado referenciado por outros médicos ou por algum outro paciente.

Os pacientes que procurarem o **Espaço Para Viver Melhor (EPVM)** solicitando indicação de cirurgiões bariátricos serão direcionados aos referidos especialistas, obedecendo a uma escala de rodízio de referência. Caso o paciente tenha preferência por um cirurgião, esse passará imediatamente para o final da escala de referenciados (a escala de rodízio de referenciados permanecerá à disposição dos cooperados para consulta e controle).

## B – CONDOTA NO PRIMEIRO ATENDIMENTO

Na primeira consulta do paciente com indicativo de cirurgia bariátrica, o médico cooperado deverá preencher ficha de avaliação (ANEXO 1). A mesma deverá ser preenchida, escaneada e encaminhada em formato PDF para o e-mail [protocolo.bariatrica@unimedrioempreendimentos.com.br](mailto:protocolo.bariatrica@unimedrioempreendimentos.com.br). A ficha deverá ser conferida e assinada pelo paciente e também assinada e carimbada pelo médico assistente.

Após o recebimento do e-mail, as condições contratuais de elegibilidade serão verificadas pela Unimed-Rio. Sugerimos que, nesta etapa do processo, o médico não solicite exames pré-operatórios. Eles devem ser pedidos após retorno da avaliação do EPVM.

## C – 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.

Os beneficiários que não forem elegíveis contratualmente à cirurgia bariátrica serão comunicados via Ouvidoria da Unimed-Rio.

Os beneficiários que forem elegíveis contratualmente à cirurgia bariátrica serão comunicados e encaminhados para o Espaço Para Viver Melhor (EPVM).

## D – ATENDIMENTO 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, através de demanda espontânea.

### 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).
- Os pacientes encaminhados pelo cooperado que preencherem os critérios para cirurgia retornarão ao mesmo para dar sequência ao tratamento.

## E – 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  $40 \text{ kg/m}^2$  ou maior que  $35 \text{ kg/m}^2$  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.

## **F – 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.

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.

## **G – LIBERAÇÃO DA CIRURGIA PELA COOPERATIVA**

Os pacientes após avaliação pré-operatória e com o pedido de internação deverão ser encaminhados para as lojas da Unimed-Rio com a documentação, relacionada abaixo, para liberação da cirurgia.

### **DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA (ORIGINAL):**

- 1 – Solicitação do médico assistente/cirurgião com: nome do beneficiário, quadro clínico, idade, sexo, IMC, comorbidades, tratamentos anteriormente realizados sem sucesso e indicação da cirurgia;
- 2 – Termo de Consentimento Esclarecido e Informado;
- 3 – Documentos que comprovem pelo menos dois anos de falha no tratamento clínico realizado;
- 4 – Parecer do médico endocrinologista(\*);
- 5 – Parecer do médico cardiologista;

- 6** – Parecer do médico especialista na comorbidade alegada, como por exemplo ortopedista;
- 7** – Parecer psicológico (\*);
- 8** – Parecer nutricional(\*);
- 9** – Outros pareceres ou documentos julgados necessários.

(\*) Nesses pareceres deverá constar obrigatoriamente o tempo de acompanhamento desses profissionais.

O cirurgião encaminhará a solicitação da cirurgia na qual deverá constar a técnica proposta, a relação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) necessários ao procedimento e uma relação de três fornecedores, conforme resolução do CFM.

## **H – 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.

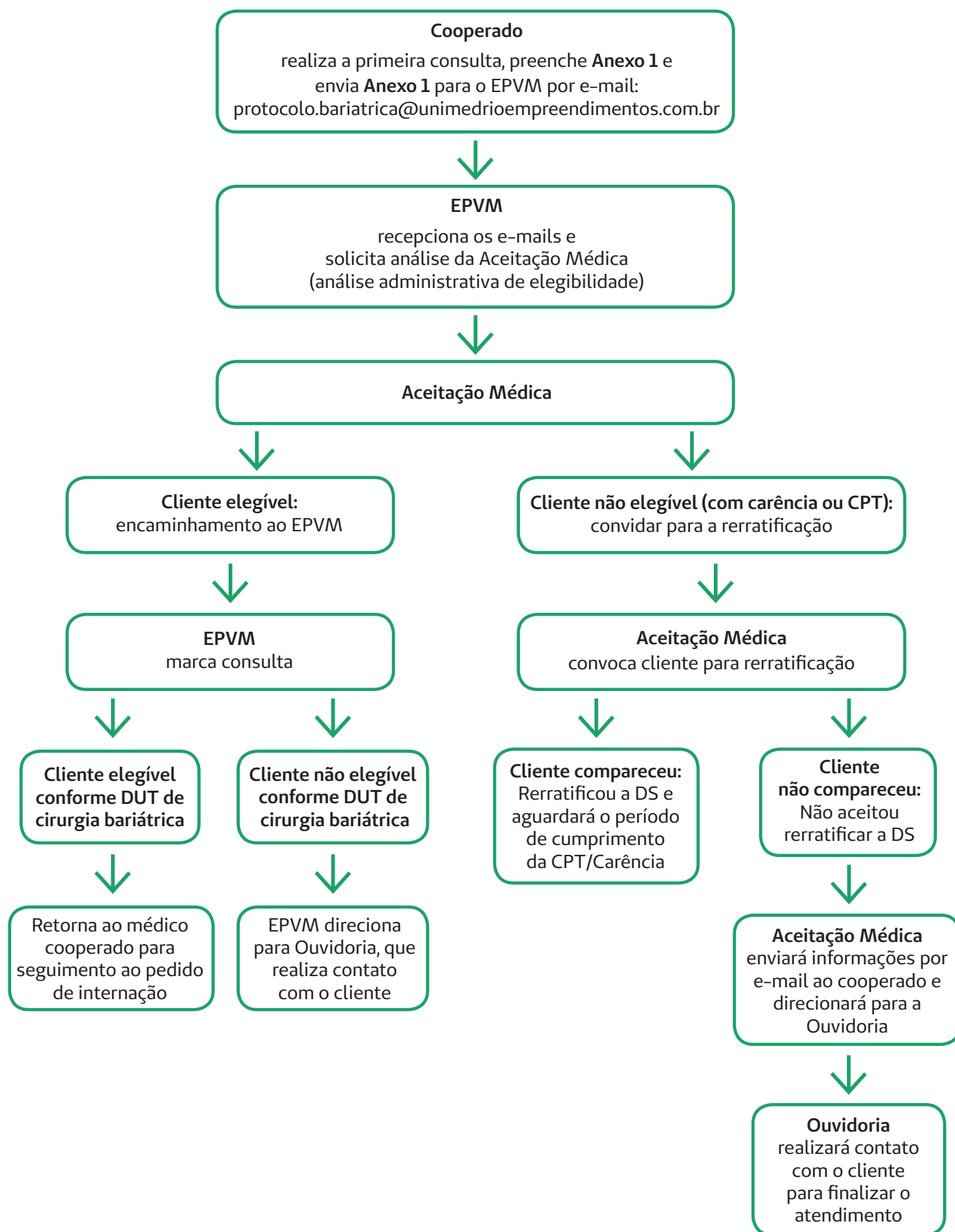
## **I – DIVERGÊNCIA CLÍNICA DE INDICAÇÃO**

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



## ANEXO 1

### AVALIAÇÃO DE COBERTURA CONTRATUAL DE ELEGIBILIDADE COM RELAÇÃO À DOENÇA PRÉ-EXISTENTE (OBESIDADE)

#### DADOS DO PACIENTE

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

Matrícula: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ☐ M ☐ F Profissão: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone Fixo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

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

#### COMORBIDADES

☐ 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

Obs: O paciente deverá apresentar, na entrevista técnica, exames complementares que comprovem as comorbidades.

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

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

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

E-mail do médico: \_\_\_\_\_

