

PORTARIA Nº 390 DE 06 DE JULHO DE 2005

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.075 de 04 de julho de 2005, que institui diretrizes para a Atenção ao Paciente Portador de Obesidade;

Considerando a necessidade de regulamentar a atenção aos pacientes com indicação de cirurgia bariátrica;

Considerando a necessidade de definir as Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, bem como a de determinar os seus papéis na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções;

Considerando a necessidade de auxiliar o gestor no controle e avaliação da atenção às pessoas portadoras de obesidade grave;

Considerando a necessidade de estabelecer uma nova conformação para as Tabelas de Procedimentos para a assistência às pessoas portadoras de obesidade grave na Alta Complexidade;

Considerando a necessidade de estabelecer regulamento técnico, normas e critérios para as Unidades de Assistência de Alta Complexidade com a finalidade de credenciamento/habilitação para o tratamento da obesidade grave; e

Considerando a necessidade do estabelecimento de um sistema de fluxo de referência e contra-referência no âmbito do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º Definir Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave:

§1º - Entende-se por Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave aquele que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada, de média e alta complexidade, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas portadoras de obesidade grave que não obtiveram respostas ao tratamento clínico e multidisciplinar, por um período mínimo de dois anos. Esta Unidade deverá compor um hospital que, por sua vez, deverá ter articulação e integração com o sistema de saúde local e regional.

§2º - A Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave deve ainda possuir os seguintes atributos:

- I. ter uma base territorial de atuação correspondente a 4.000.000 de habitantes;
- II. participar de forma articulada e integrada com o sistema público de saúde local e regional;
- III. ter adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas; e
- IV. participar como pólo de desenvolvimento profissional em parceria com o Gestor, tendo como base a Política de Educação Permanente para o SUS, do Ministério da Saúde.

Art. 2º Estabelecer que, na definição dos quantitativos e na distribuição geográfica das Unidades de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, as Secretarias de Saúde dos Estados devem observar os respectivos Planos Diretores de Regionalização e utilizar os seguintes critérios:

- I - população a ser atendida;
- II - necessidade de cobertura assistencial;
- III - nível de complexidade dos serviços;
- IV - distribuição geográfica dos serviços;
- V - capacidade técnica e operacional dos serviços;
- VI - série histórica de atendimentos realizados, levando em conta a demanda; e
- VII - mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra-referência.

Parágrafo Único - Para a organização das Unidades de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave devem ser observados os quantitativos de Unidades, definidos por Unidade da Federação, no Anexo II desta Portaria. Estes quantitativos serão revistos no prazo de 1 (um) ano, a partir da publicação desta Portaria.

Art. 3º Determinar que as Secretarias de Estado da Saúde encaminhem o processo de solicitação de habilitação das Unidades de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, aprovados na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, para a Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde / MS, ficando a cargo desta a respectiva habilitação.

§1º - Os Estados cuja população não alcance 4.000.000 de habitantes poderão ter, no máximo, 01 (uma) Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, desde que o hospital atenda as exigências desta Portaria.

§2º - Preferencialmente, deverão ser habilitados como Unidades de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, os hospitais públicos, privados e filantrópicos.

Art. 4º Determinar que as Secretarias de Saúde dos estados em conjunto com os municípios, ao credenciarem as Unidades de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, estabeleçam os fluxos e mecanismos de referência e contra-referência.

Art. 5º Determinar a obrigatoriedade de preenchimento pelas Unidades de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave do "Registro Brasileiro de Cirurgia Bariátrica" conforme o Anexo IV desta Portaria;

Parágrafo Único – O "Registro Brasileiro de Cirurgia Bariátrica" será regulamentado em Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data de publicação desta Portaria.

Art. 6º Determinar que as Unidades de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Grave realizem as avaliações, as indicações e o acompanhamento dos pacientes portadores de obesidade grave de acordo com as diretrizes estabelecidas no Anexo V-D - Diretrizes para Indicação de Cirurgia Bariátrica, desta Portaria.

Art. 7º Excluir, no prazo de 06 meses, a contar da data de publicação desta Portaria, da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS, o procedimento a seguir especificado:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
33.022.04-6	GASTROPLASTIA

Art. 8º Incluir, na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS, os procedimentos de Cirurgia Bariátrica, conforme constam do Anexo VI desta Portaria, os quais passarão a ser utilizados pelas unidades após seu credenciamento/habilitação e serão remunerados por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC-Estratégico.

§ 1º - Incorporar o valor dos materiais especiais 93.481.26-8 - Grampeador Linear Cortante (1) e 93.481.37-3 - Carga para Grampeador Linear Cortante para Gastroplastia (1), ao valor dos procedimentos incluídos no anexo VI, deste Artigo, nos Serviços Hospitalares.

§ 2º - Excluir, no prazo de 06 (seis) meses o código 93.481.37-3 - Carga para Grampeador Linear Cortante para Gastroplastia.

§ 3º - Esta alteração na forma de pagamento decorre da variabilidade de custos, modelos, desenhos e tamanhos disponíveis no mercado, bem como pela variabilidade de uso no número de cargas, conforme a técnica cirúrgica.

§ 4º - Redefinir a descrição do grupo 33.106.06-2 - CIRURGIA DE ESTOMAGO V para CIRURGIA BARIÁTRICA.

Art. 9º Alterar na tabela de serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e dos Sistemas de Informações Ambulatorial –SIA/SUS e Hospitalar – SIH/SUS, a descrição do serviço de código 510 – Cirurgia Bariátrica, para ATENÇÃO A OBESIDADE GRAVE e recompor este serviço com nova classificação conforme a tabela a seguir:

Código serviço	Descrição Serviço	Código Classificação	Descrição classificação
----------------	-------------------	----------------------	-------------------------

510	Atenção a Obesidade Grave	001	Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave
-----	---------------------------	-----	--

Parágrafo único: As compatibilidades do serviço/classificação, deste Artigo, com a classificação brasileira de ocupações – CBO constam do Anexo VII.

Art. 10 Aprovar, na forma de anexos desta Portaria, o que segue:

- Anexo I: Normas de Credenciamento/Habilitação de Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave;

- Anexo II: Parâmetros de Distribuição Demográfica para as Unidades de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave;

- Anexo III: Formulários de Vistoria do Gestor Local e do Ministério da Saúde;

- Anexo IV: Registro Brasileiro de Cirurgia Bariátrica;

- Anexo V: Ações de Atenção ao Paciente com Obesidade Grave;

a) "V-A - Protocolo de Triagem de Pacientes Candidatos à Cirurgia Bariátrica";

b) "V-B - Critérios de Priorização de Lista Única para Cirurgia Bariátrica";

c) "V-C - Protocolo de Avaliação Pré-Operatória de Cirurgia Bariátrica";

d) "V-D - Diretrizes para Indicação de Cirurgia Bariátrica";

e) "V-E - Avaliação dos Resultados Pós-Operatórios de Cirurgia Bariátrica (Baros)";

f) "V-F - Protocolo de Indicação de Cirurgia Plástica Reparadora para Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica";

- Anexo VI: Relação dos Procedimentos Incluídos na Tabela SIH/SUS e SIA/SUS;

- Anexo VII: Compatibilização da tabela de serviço/classificações com CBO.

Art. 11 – Definir que as Unidades de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave deverão submeter-se à regulação, controle e avaliação do gestor estadual e municipal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão.

Parágrafo único - Os procedimentos de alta complexidade de atenção à saúde do obeso, discriminados na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalar - SIH e Sistema de Informações Ambulatorial - SIA, deverão ser submetidos à autorização prévia pelo Gestor Local correspondente, que se baseará no Anexo V-B - Critérios de

Priorização de Lista Única para Cirurgia Bariátrica (de uso do Gestor estadual) na regulação do acesso à Cirurgia Bariátrica.

Art. 12 Estabelecer o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data de publicação desta Portaria, para que a Secretaria de Atenção à Saúde defina indicadores e instrumentos de avaliação da qualidade das unidades habilitadas.

Art. 13 Determinar que os atuais hospitais credenciados/habilitação como Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica, pela Portaria GM/MS nº 628, de 21/04/01, para a realização do procedimento código 33.022.04-6 - Gastroplastia, deverão solicitar novo credenciamento.

§1º - O prazo para o novo credenciamento/habilitação dos hospitais de que trata o caput deste artigo é de 06 (seis) meses, a contar da data de publicação desta Portaria.

§2º - Os hospitais que, findo prazo estabelecido no §1º, não obtiverem o novo credenciamento/habilitação, não poderão realizar / cobrar o procedimento de que trata o Art. 7º.

Art. 14 Definir que o novo credenciamento/habilitação se dará sob as normas estabelecidas no Anexo I - Normas de Classificação e Credenciamento de Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, desta Portaria.

Art. 15 Estabelecer o prazo de 180 (cento e oitenta) dias para o estabelecimento dos procedimentos de acompanhamento dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e revisão dos procedimentos de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica.

Art. 16 Estabelecer que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho:

10.846.1220.8585 – Atenção à Saúde dos Municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados habilitados em Gestão Plena/Avançada.

10.846.1220.8587 – Atenção à Saúde dos Municípios não habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados não habilitados em Gestão Plena/Avançada.

Art. 17 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a contar da competência julho de 2005.

JORGE SOLLÁ

Secretário

ANEXO I

NORMAS DE CREDENCIAMENTO/HABILITAÇÃO DAS UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE AO PACIENTE PORTADOR DE OBESIDADE GRAVE

CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Entende-se por credenciamento de Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave o ato do respectivo Gestor Pleno Municipal ou Estadual do SUS de contratar para que preste serviços de média e alta complexidade ao SUS o hospital cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que esteja vistoriado pelo órgão de Vigilância Sanitária competente e ter a licença de funcionamento expedida. Esta vistoria deve ser acompanhada da equipe de controle e avaliação do Gestor Local do SUS, que deverá assinar o relatório em conjunto com a Vigilância Sanitária.

Entende-se por habilitação de Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave o ato do Gestor Federal que ratifica o credenciamento do Gestor Pleno Municipal ou Estadual do SUS, devidamente encaminhado ao Ministério da Saúde pelo Gestor Estadual, dando a autorização ao hospital para realizar os procedimentos definidos como de alta complexidade, conforme o Anexo VII.

NORMAS GERAIS DE CREDENCIAMENTO/ HABILITAÇÃO

1 - As Secretarias de Estado da Saúde deverão estabelecer um planejamento regional, para a distribuição das Unidades a serem aprovadas pela CIB

2 - Processo de Credenciamento/ Habilitação

2.1 O credenciamento de qualquer Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave deverá ser precedido de consulta ao gestor do SUS, sobre a necessidade e a possibilidade de credenciamento do mesmo, devendo estar compatível com o Plano Diretor de Regionalização - PDR do estado.

2.2 Uma vez concluída a fase de planejamento/distribuição das Unidades de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, conforme estabelecido no item 1 supra, confirmada a necessidade do credenciamento e conduzido o processo de seleção pelo gestor do SUS, o processo de credenciamento deverá ser formalizado pela Secretaria de Estado da Saúde ou pela Secretaria Municipal de Saúde em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com a divisão de responsabilidades estabelecidas na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/SUS 2002.

2.3 O Processo de credenciamento deverá ser instruído com:

a) Preenchimento, pelo gestor local, do Formulário de Vistoria, conforme modelo descrito no Anexo III;

b) Documentação comprobatória do cumprimento das exigências estabelecidas por este anexo;

c) Relatório de vistoria – a vistoria deverá ser realizada “in loco” pela Vigilância Sanitária, que avaliará as condições de funcionamento do hospital para fins de credenciamento: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica, e demais exigências estabelecidas nesta Portaria;

d) Parecer conclusivo do gestor – manifestação expressa, firmada pelo secretário da saúde, em relação ao credenciamento. No caso de processo formalizado por Secretaria Municipal de Saúde em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, deverá constar, além do parecer do gestor municipal, o parecer do gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração da Unidade à rede estadual e a definição dos fluxos de referência e contra-referência;

e) Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, aprovando o credenciamento da Unidade.

2.4 Uma vez emitido o parecer a respeito do credenciamento e se o mesmo for favorável, o processo de credenciamento deverá ser encaminhado para análise da Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade, do Departamento de Atenção Especializada / DAE /SAS / MS;

2.5 A aprovação do credenciamento estará vinculada à vistoria in loco, se necessária, que será realizada pelo Ministério da Saúde e por um representante do gestor local. A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica é o órgão civil de apoio técnico na execução dessas ações, quando solicitadas pela Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade / DAE /SAS / MS.

2.6 Caso a avaliação do credenciamento seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde / MS tomará as providências para a publicação da habilitação.

3 - Instalações Físicas

Os hospitais deverão dispor de acessos especiais para pacientes super-obesos, tais como rampas de acesso e portas adequadas; vasos sanitários que suportem até 300 Kg, reforçados com plataforma de aço inoxidável e armações metálicas; suportes e pegadores de parede instalados na parede adjacente às banheiras e aos chuveiros. Devem também possuir Alvará de Funcionamento e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

a) Portaria GM/MS nº 554, de 20 de março de 2002, que revoga a Portaria GM/MS nº 1884, de 11 de novembro de 1994 – Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.

b) Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

c) Resolução nº 307, de 14 de novembro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

d) Resolução nº 05, de 05 de agosto de 1993, do CONAMA – Conselho Nacional de Meio Ambiente.

4 – Recursos Humanos

4.1 Responsabilidade Técnica

a) O hospital credenciado como Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave deve contar com um responsável técnico pelo serviço de Cirurgia Bariátrica, médico com Título de Especialista em Cirurgia Bariátrica, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica.

b) O médico responsável técnico só poderá assumir a responsabilidade técnica em uma única Unidade credenciada pelo Sistema Único de Saúde, devendo residir no mesmo município ou cidades circunvizinhas.

c) As equipes de cirurgia bariátrica devem contar com, pelo menos, mais um médico com Título de Especialista em Cirurgia Bariátrica, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica. Deverá contar com quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem, intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório e ambulatório semanal.

4.2 Exigências para a Unidade

4.2.1 Equipe Mínima de Saúde:

a) Cardiologia Clínica: Médicos com Certificado de Residência Médica em Cardiologia, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC, ou Título de Especialista em Cardiologia reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, para atendimento diário e em regime de plantão;

b) Anestesiologia: Médicos com Certificado de Residência Médica reconhecido pelo MEC em Anestesia, ou Título de Especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia;

c) Enfermagem: A equipe deve contar com um enfermeiro coordenador, e ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente.

4.2.2 Equipe de Saúde Complementar (apoio multidisciplinar):

O serviço deverá contar, em caráter permanente, com:

Equipe Clínica composta por: clínico, pneumologista, angiologista/cirurgião vascular e endocrinologista;

a) Nutricionista;

b) Psiquiatra/ Psicólogo;

c) Assistente Social;

d) Fisioterapeuta;

e) Cirurgião Plástico.

Deverá ter como serviços na mesma área física, os seguintes serviços e respectivos profissionais nas seguintes áreas:

a) Farmácia;

b) Hemoterapia.

5 - Materiais e Equipamentos

A Unidade deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético. O hospital deverá destinar quantitativo de leitos específicos preparados para pacientes obesos graves, conforme descrito a seguir, tanto para internações clínicas como cirúrgicas.

5.1 Enfermaria:

a) Balança antropométrica digital com capacidade de 350 kg (duas);

b) Aparelho de pressão com manguito especial (dois);

c) Suporte para soro de parede;

d) Espelho de corpo inteiro;

e) Guindaste para transposição de pacientes, com capacidade de 350 kg;

f) Cama hospitalar do tipo Fowler especial para obesos, com capacidade para 350 kg e cabeceira e peseira removíveis. Construídas com tubos redondos e painéis de madeira revestidos de fórmica. Rodas de seis polegadas, giratórias, sendo duas com freio em diagonal. Leito com chapas de aço perfurada e comando de dorso por meio de motor acionado por controle remoto. Movimento de Trendelenburg acionado por meio de motor e/ou por manivela. Grades acionadas por meio de alavanca com três posições. Cama com reforço de mais duas pernas. Colchão de alta densidade. São necessários quatro leitos com esta especificação.

g) Poltrona reclinável específica para paciente com mais de 300 Kg, com descanso para pés. São necessárias, no mínimo duas poltronas.

h) Mesinha de refeição específica, estrutura construída em tubo de aço quadrado de 40 x 40 mm, com coluna de elevação telescópica em tubo quadrado de 50 x 50 mm. Base provida de 2 rodízios giratórios de 2" de diâmetro e 2 ponteiros de borracha, com terminais de polietileno nas pontas dos tubos. Pintura em esmalte sintético. Tampo em madeira revestido em "postforming", com altura regulável. Dimensões do tampo: 0,35 x 0,80m, base: 0,50 x 0,68m, altura mínima: 0,90m, altura máxima: 1,20m. São necessárias quatro mesinhas de refeição.

i) Cadeira de rodas específica em aço, com pintura epoxy, dobrável em duplo x, apoio de braços, escamoteável, apoio para pés removível, ao de propulsão cromado, assento reforçado com tiras tensoras especiais, almofadas em espuma, capacidade de 250 kg (duas);

j) Maca de transporte com cilindro de O₂ que suporte pacientes obesos

k) Roupas específicas para pacientes acima de 200 kg, tais como camisolas, roupões e pijamas.

5.2 Bloco Cirúrgico:

O hospital deve contar com sala cirúrgica para pacientes obesos graves, equipada com mesa cirúrgica que resistam a pesos superiores a 350 Kg e suportes que possibilitem a

fixação e a mobilidade do doente. Maca para transporte e cadeira de rodas que suportem até 350 Kg, além dos equipamentos descritos a seguir:

- a) capnógrafo;
- b) oxímetro de pulso;
- c) monitor de transporte;
- d) monitor de pressão não invasiva;
- e) monitor de pressão invasiva;
- f) aquecedor de sangue;
- g) 02 bombas de infusão, no mínimo;
- h) aparelho de pressão de parede com manguito especial;
- i) material de emergência para reanimação cardio-respiratória.
- j) afastadores cirúrgicos de tipo Gosset, Finochetto ou similar, com braços mais longos.
- k) Válvulas de Balfour ou Doyen com lâminas de aço reforçadas, mais longas e largas.

6 - Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

a) Laboratório de Análises Clínicas que realize exames na unidade, disponíveis nas 24 horas do dia: bioquímica, hematologia, microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uro-análise. O Laboratório deverá participar de Programa de Controle de Qualidade;

b) Serviço de Imagenologia: equipamento de radiologia convencional de 500 mA fixo, cuja mesa suporte até 180 Kg, equipamento de radiologia portátil, Ecodoppler, Ecografia, Tomografia Computadorizada, cuja mesa suporte até 180 Kg e Ressonância Magnética, cuja mesa suporte 180 Kg.

c) Eletrocardiografia e Ergometria;

Obs.: Os exames de Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética e Ergometria poderão ser realizados em serviços instalados dentro ou fora da estrutura ambulatório-hospitalar do Hospital. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999.

d) Hemoterapia disponível nas 24 horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior dentro do que rege a legislação vigente.

e) Unidade de Tratamento Intensivo credenciada pelo SUS de acordo com a Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998, contando ainda com equipamentos específicos para super-obesos (box ou leito) de pós-operatório de Cirurgia Bariátrica:

- Respiradores volumétricos que suportem volumes e pressões especialmente elevadas nos pacientes superobesos.

- Bipap (bi-level Positive Airway Pressure);

- Cama do tipo Fowler para obesos conforme descrição anterior;
- Balança eletrônica digital para até 300 Kg;
- Esfigmomanômetro especial para obesos;
- Cadeiras e macas específicas para obesos conforme descrição anterior.

7 - Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento

A Unidade deve possuir:

a) rotinas e normas escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo Responsável Técnico pelo serviço de Cirurgia Bariátrica, que devem abordar todos os processos médicos envolvidos na assistência aos pacientes portadores de obesidade grave;

b) protocolos de suporte nutricional;

c) protocolos de acompanhamento fisioterápicos, com reabilitação funcional;

d) protocolo de suporte psicológico/ psiquiátrico;

e) protocolo de Serviço Social;

f) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

g) escala dos profissionais em sobreaviso, das referências inter-institucionais e dos serviços terceirizados; e

h) rotinas de manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos específicos.

8 - Registro das informações sobre os pacientes:

O Hospital deve possuir um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, de internação, de pronto-atendimento), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados e disponíveis.

Informações indispensáveis e mínimas do prontuário:

a) Identificação do paciente;

b) História clínica;

c) Protocolos de avaliações, indicações e acompanhamento (Anexo V - A, B, C, D, E e F, desta Portaria);

d) Descrição do ato cirúrgico, em ficha específica, contendo a identificação da equipe e a descrição do ato cirúrgico;

e) Condições ou sumário da alta hospitalar; e

f) Ficha de registro de infecção hospitalar.

9 - Estrutura Assistencial

As Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave para o Tratamento da Obesidade Grave deverão oferecer assistência especializada e integral aos pacientes portadores de obesidade grave, atuando nas modalidades assistenciais descritas abaixo, conforme as diretrizes do gestor estadual ou municipal, que constitui exigência para o credenciamento.

a) Adesão aos critérios da Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde;

b) Ações de promoção e prevenção da obesidade. As unidades devem desenvolver ações de promoção e prevenção da obesidade e participar de ações de detecção precoce desta doença, quando solicitado pelo gestor do SUS. As atividades devem ser desenvolvidas de maneira articulada com os programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais ou municipais de saúde;

c) Diagnóstico e tratamento destinado ao atendimento de pacientes portadores de obesidade grave, compondo a rede de assistência aos pacientes portadores de obesidade grave, incluindo:

- atendimento de urgência/emergência referida para os atendimentos das comorbidades da obesidade grave, que funcione nas 24 horas, mediante termo de compromisso firmado com o gestor local do SUS.

- acompanhamento ambulatorial em obesidade grave, conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor público, mediante termo de compromisso firmado entre as partes;

- internação hospitalar com leitos exclusivos, com salas de cirurgia exclusivas, contendo mesas cirúrgicas específicas destinadas às cirurgias da obesidade; disponibilidade de salas para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório;

- internação clínica nas intercorrências relativas à obesidade e nas complicações pós-operatórias, mediante termo de compromisso firmado com o gestor;

d) Reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente, no preparo pré-operatório e no seguimento pós-cirúrgico, no sentido da restituição da sua capacidade funcional.

10 - Produção do serviço

As Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade devem realizar, em média, 8 (oito) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 96 (noventa e seis) anuais de alta complexidade, listados no Anexo VII, em pacientes do Sistema Único de Saúde.

A avaliação do volume de prestação de serviços será realizada anualmente. A Unidade que não alcançar o mínimo de procedimentos cirúrgicos nos últimos 12 meses, será auditado no sentido da continuidade ou não do credenciamento.

11 - Manutenção do credenciamento

A manutenção do credenciamento estará condicionada:

- a) ao cumprimento continuado, pelo Serviço, das normas estabelecidas nesta Portaria;
- b) à avaliação por meio da realização de auditorias periódicas ou recomendadas pela SAS, executadas pela respectiva Secretaria de Saúde gestora;
- c) a Secretaria de Atenção à Saúde/MS, por meio da Coordenação Geral de Alta Complexidade, determinará o descredenciamento ou a manutenção do credenciamento, amparado no cumprimento das normas estabelecidas nesta Portaria, nos relatórios periódicos de avaliação e na produção anual. Os percentuais de complicações cirúrgicas e de mortalidade devem servir de balizadores iniciais para a avaliação de resultados das Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, os quais serão revistos anualmente e auditados de 3/3 anos para credenciamento. O "Registro Brasileiro de Cirurgia Bariátrica" subsidiará os indicadores nacionais.

ANEXO II

PARÂMETROS DE DISTRIBUIÇÃO DEMOGRÁFICA PARA AS UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE

AO PACIENTE PORTADOR DE OBESIDADE GRAVE

Os parâmetros utilizados para a distribuição dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave é de 1 (um) serviço para cada 4.000.000 habitantes. Para garantir a assistência às pessoas portadoras de obesidade grave. Nos estados cuja população é inferior a 4.000.000 habitantes deve ser estipulado 1 (um) serviço por unidade federativa.

UF	População	Quantitativo Máximo de Serviços
NORTE	14.698.834	8
AC	669.737	1
AM	3.232.319	1
AP	594.577	1
PA	6.970.591	2
RO	1.534.584	1
RR	391.318	1
TO	1.305.708	1
NORDESTE	51.018.983	15
AL	3.015.901	1
BA	13.815.260	4
CE	8.097.290	2
MA	6.103.338	2
PB	3.595.849	1
PE	8.413.601	2
PI	3.006.886	1
RN	3.003.040	1
SE	1.967.818	1
SUDESTE	78.472.036	20
ES	3.408.360	1
MG	19.237.434	5
RJ	15.383.422	4
SP	40.442.820	10
SUL	26.973.432	8
PR	10.261.840	3
RS	10.845.002	3
SC	5.866.590	2
CENTRO-OESTE	13.020.789	5
DF	2.333.109	1
GO	5.619.919	2
MS	2.803.272	1
MT	2.264.489	1
TOTAL BRASIL	184.184.074	56

ANEXO III

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE AO PACIENTE PORTADOR DE
OBESIDADE GRAVE

NOME DA UNIDADE: _____

CNPJ: _____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

- Federal Estadual Municipal
 Filantrópico Privado Próprio
 Atividade de Ensino e
Pesquisa

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____

CEP: _____ TELEFONE: _____

FAX: _____

E-MAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

TIPOS DE ASSISTÊNCIA:

Ambulatorial

Internação

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO PARA:

() Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave.

NORMAS DE CREDENCIAMENTO DE UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE AO PORTADOR DE OBESIDADE GRAVE

1. Exigências específicas:

1.1. Tem uma base territorial de atuação correspondente a 4.000.000 de habitantes

() Sim () Não

1.2. Participa de forma articulada e integrada com o sistema público de saúde local e regional.

() Sim () Não

1.3. Tem adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;

() Sim () Não

1.4. Participa como pólo de desenvolvimento profissional em parceria com o Gestor, tendo como base a Política de Educação Permanente para o SUS, do Ministério da Saúde.

() Sim () Não

2. Normas Gerais de Credenciamento/Habilitação

2.1. O credenciamento da Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave está compatível com Plano Diretor de Regionalização – PDR do estado.

() Sim () Não

2.2. Apresenta relatório de vistoria realizada “in loco” pela Vigilância Sanitária, que avaliou as condições de funcionamento do hospital para fins de credenciamento: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica, e demais exigências estabelecidas nesta Portaria.

() Sim () Não

2.3. Apresenta parecer conclusivo do gestor com manifestação expressa firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento. No caso de processo formalizado por Secretaria Municipal de Saúde em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, deverá constar, além do parecer do gestor municipal, o parecer do gestor estadual do SUS.

Sim Não

2.3. Apresenta manifestação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, aprovando o credenciamento da Unidade, bem como a informação da existência de teto financeiro para o custeio da mesma.

Sim Não

3 – Instalações Física

3.1. A Unidade possui acessos especiais para pacientes superobesos, tais como rampas de acesso e portas adequadas; vasos sanitários que suportem até 300 Kg, reforçados com plataforma de aço inoxidável e armações metálicas; suporte e pagadores de parede instalados na parede adjacente às banheiras e aos chuveiros.

Sim Não

3.2. Possui Alvará de Funcionamento e se enquadra nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar.

Sim Não

4. Recursos Humanos

4.1. Responsabilidade Técnica

4.1.1. A Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave conta com um responsável técnico pelo serviço de Cirurgia Bariátrica, médico com Título de Especialista em Cirurgia, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica.

Sim Não

Médico: _____

Especialidade: _____

4.1.2. O médico responsável técnico é responsável por uma única Unidade credenciada pelo Sistema Único de Saúde.

Sim Não

4.1.3. O médico responsável técnico reside no mesmo município ou cidade circunvizinhas.

Sim Não

4.1.4. As equipes de cirurgia bariátrica contam com, pelo menos, mais um médico com Título de Especialista em Cirurgia Bariátrica, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica.

Sim Não

Médico: _____

Especialidade: _____

4.1.5. A Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave conta com quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem, intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório e ambulatório semanal.

Sim Não

4.2 – Exigências para a Unidade

4.2.1. Equipe Mínima de Saúde:

a) A Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave conta com Médicos com Certificado de Residência Médica em Cardiologia, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC, ou Título de Especialista em Cardiologia reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, para atendimento diário e em regime de plantão.

Sim Não

b) A Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave conta com médicos com Certificado de Residência Médica reconhecido pelo MEC em Anestesia, ou Título de Especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

Sim Não

c) A equipe conta com um enfermeiro coordenador, e ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente.

Sim Não

Enfermeiro: _____

COREN: _____

4.2.2 – Equipes de Saúde Complementar (apoio multidisciplinar):

a) A Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave conta, em caráter permanente, com equipe clínica composta por: clínico, pneumologista, angiologista/cirurgião vascular e endocrinologista, nutricionista, psiquiatra/psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, cirurgião plástico.

Sim Não

b) A Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave conta com serviços na mesma área física e respectivos profissionais, de farmácia e hemoterapia.

Sim Não

5 – Materiais e Equipamentos

A Unidade dispõe de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, que assegurem a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético.

Sim Não

O hospital destina quantitativo de leitos específicos preparados para pacientes obesos graves, tanto para internações clínicas como cirúrgicas.

Sim Não

5.1. A Enfermaria conta com:

a) Duas balanças antropométrica digital com capacidade de 350 Kg

Sim Não

b) Dois aparelhos de pressão com manguito especial

Sim Não

c) Suporte para soro de parede

Sim Não

d) Espelho de corpo interior

Sim Não

e) Guindaste para transposição de pacientes, com capacidade de 350 Kg Sim Não

f) Quatro camas hospitalares do tipo Fowler especial para obesos, com capacidade para 350 Kg e cabeceira e peseira removíveis. Construídas com tubos redondos e painéis de madeira revestidos de fórmica. Rodas de seis polegadas, giratória, sendo duas com freio em diagonal. Leitos com chapas de aço perfuradas e comando de dorso por meio de motor acionado por controle remoto. Movimento de Trendelenburg acionado por meio de motor e/ou por manivela. Grades acionadas por meio de alavanca com três posições. Cama com reforço de mais duas pernas. Colchão de alta densidade.

Sim Não

g) Duas poltronas reclináveis específicas pra paciente com mais de 300 Kg, com descanso para pés.

Sim Não

h) quatro mesinhas de refeição específica, estrutura construída em tubo de aço quadrado de 40 x 40mm, com coluna de elevação telescópica em tubo quadrado de 50 x 50mm. Base provida de 2 ródizios giratórios de 2" de diâmetro e 2 ponteiras de borracha, com terminais de polietileno nas pontas dos tubos. Pintura em esmalte sintético. Tampo em madeira revestido em "postforming", com altura regulável. Dimensões do tampo: 0,35 x 0,80m, base: 0,50 x 0,68m, altura mínima: 0,90m, altura máxima: 1,20m.

Sim Não

i) Duas cadeiras de rodas específicas em aço, com pintura epóxi, dobrável em duplo x, apoio de braços, escamoteável, apoio para pés removível, ao de propulsão cromado, assento reforçado com tiras tensoras especiais, almofadas em espuma, capacidade de 250 Kg.

Sim Não

j) Maca de transporte com cilindro de O2 que suporte pacientes obesos.

Sim Não

k) Roupa específica para pacientes acima de 200 Kg, tais como camisolas, roupões e pijamas.

Sim Não

5.2. Bloco Cirúrgico

a) Possui sala cirúrgica para pacientes obesos graves, equipada com mesa cirúrgica que resistam a pesos superiores a 350 Kg e suportes que possibilitem a fixação e a mobilidade do doente.

Sim Não

b) Maca para transporte e cadeiras de rodas que suportem até 350 kg.

Sim Não

c) Capnógrafo.

Sim Não

d) Oxímetro de pulso;

Sim Não

e) Monitor de transporte

f) Monitor de pressão não invasiva.

Sim Não

g) Monitor de pressão invasiva

Sim Não

h) Aquecedor de sangue

Sim Não

i) 02 bombas de infusão, no mínimo

Sim Não

j) Aparelho de pressão de parede com manguito especial

Sim Não

k) Material de emergência para reanimação cardio-respiratória

Sim Não

l) Afastadores cirúrgicos de tipo Gosset, Finochetto ou similar, com braços mais longos.

Sim Não

m) Válvulas de Balfour ou Doyen com lâminas de aço reforçadas, mais longas e largas.

Sim Não

6 – Recursos Diagnóstico e Terapêuticos

a) A unidade dispõe de Laboratório de Análises Clínicas que realize exames na unidade, disponíveis nas 24 horas do dia: bioquímica, hematologia, microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uro-análise e que participe de Programa de Controle de Qualidade; (se não for própria indicar a referência).

Sim Não

Serviço: _____

CGC: _____

b) A Unidade dispõe de Serviço de Imagenologia: equipamento de radiologia convencional de 500 mA fixo, cuja mesa suporte até 180 kg, equipamento de radiologia portátil, Ecodoppler, Ecografia, Tomografia Computadorizada, cuja mesa suporte até 180 kg e Ressonância Magnética, cuja mesma suporte 180 kg (se não for própria indicar a referência).

Sim Não

Serviço: _____

CGC: _____

c) Eletrocardiografia e Ergometria (se não for própria indicar a referência)

Sim Não

Serviço: _____

CGC: _____

d) A Unidade dispõe de Hemoterapia disponível nas 24 horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior dentro do que rege a legislação vigente. (se não for própria indicar a referência).

Sim Não

Serviço: _____

CGC : _____

e) Possui Unidade de Tratamento Intensivo credenciada pelo SUS de acordo com a Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998, contando ainda com equipamentos específicos para super-obesos (Box ou leito) de pós-operatório de Cirurgia Bariátrica (Respiradores volumétricos que suportem volumes de pressões especialmente elevadas nos pacientes super-obesos, bipap (bi-level Positive Airway Pressure), Cama do tipo Fowlwe para obesos conforme descrição anterior, Balança eletrônica digital para até 300 kg, esfigmomanômetro especial para obesos, cadeiras e macas específicas para obesos conforme descrição anterior).

Sim Não

7 – Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento

a) A unidade possui rotinas e normas escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo Responsável Técnico pelo serviço de Cirurgia Bariátrica, que devem abordar todos os processos médicos envolvidos na assistência aos pacientes portadores de obesidade grave;

Sim Não

b) Protocolos de suporte nutricional

Sim Não

c) Protocolos de acompanhamento fisioterápicos, com reabilitação funcional

Sim Não

d) Protocolo de suporte psicológico/psiquiátrico

e) Protocolo de Serviço Social

Sim Não

f) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Sim Não

g) Escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucionais e dos serviços terceirizados

Sim Não

h) Rotinas de manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos específicos

Sim Não

8 – Registro das informações sobre os pacientes:

O Hospital possui um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, de internação, de pronto-atendimento), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. (Os prontuários deverão estar devidamente ordenados e disponíveis com as seguintes informações: Identificação do paciente, história clínica, protocolos de avaliações, indicações e acompanhamento (Anexo V – A, B, C, D, E e F, desta Portaria), descrição do ato cirúrgico em ficha específica, contendo a identificação da equipe e a descrição do ato cirúrgico, condições ou sumário da alta hospitalar e ficha de registro de infecção hospitalar).

Sim Não

9 – Estrutura Assistencial

A Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave para o Tratamento de Obesidade oferece assistência especializada e integral aos pacientes

portadores de obesidade grave, atuando nas modalidades assistenciais descritas abaixo, conforme as diretrizes do gestor estadual ou municipal, que constitui exigência para o credenciamento.

Sim Não

a) Adere aos critérios da Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde

Sim Não

b) A Unidade desenvolve ações de promoção e prevenção da obesidade e participar de ações de detecção precoce desta doença, quando solicitado pelo gestor do SUS, desenvolvendo atividades de maneira articulada com os programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais ou municipais de saúde.

Sim Não

c) A Unidade oferece diagnóstico e tratamento destinado ao atendimento de pacientes portadores de obesidade grave, compondo a rede de assistência aos pacientes portadores de obesidade grave, incluindo: atendimento de urgência/emergência referida para os atendimentos das co-morbidades da obesidade grave, que funcione nas 24 horas, mediante termo de compromisso firmado com o gestor local do SUS; acompanhamento ambulatorial em obesidade grave, conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor público, mediante termo de compromisso firmado entre as partes; internação hospitalar com leitos exclusivos, com salas de cirurgia exclusivas, contendo mesas cirúrgicas específicas destinadas às cirurgias da obesidade; disponibilidade de salas para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório; internação clínica nas intercorrências relativas à obesidade e nas complicações pós-operatórias, mediante termo de compromisso firmado com o gestor.

Sim Não

d) O serviço oferece reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente no preparo pré-operatório e no seguimento pós-cirúrgico, no sentido da restituição da sua capacidade funcional.

Sim Não

10 – Produção do Serviço

A Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade devem realizar, em média, 8(oito) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 96 (noventa e seis) anuais de alta complexidade, listados no Anexo VII, em pacientes do Sistema Único de Saúde.

Sim Não

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Anexar cópia dos títulos/comprovantes de experiência dos profissionais e cópia dos documentos que comprovem todas as informações contidas neste roteiro.

INTERESSE DO GESTOR ESTDUAL NO CREDENCIAMENTO:

CONCLUSÃO:

De acordo com vistoria realizada in loco, a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria SAS/MS/Nº 390, de 06 de julho de 2005, para o credenciamento solicitado.

DATA: _____ / _____ / _____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR

ANEXO III – B

B - FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE AO PACIENTE PORTADOR DE OBESIDADE GRAVE

NOME DA UNIDADE(*): _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Município: _____ UF: _____

CEP: _____ Telefones () _____

Fax: () _____

E-mail: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

Telefones: () _____ Fax: () _____

E-mail: _____

GESTOR: _____

Telefones: () _____ Fax: () _____

E-mail: _____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

- Privado Próprio Municipal
 Federal Estadual Filantrópico

TIPO DE ASSISTÊNCIA:

Ambulatorial

Internação

- () Urgência/Emergência aberta
- () Urgência/Emergência referida
- () Atividade de Ensino e Pesquisa

ENTREVISTADOS:

1) Nome: _____ Cargo/Função: _____

2) Nome: _____

Cargo/Função: _____

ENTREVISTADORES (DELEGADOS):

1) Nome: _____

Função _____

2) Nome: _____

Função _____

3) Nome: _____

Função _____

(*) ANEXAR ORGANOGRAMA DA UNIDADE

<p>1. AMBULATÓRIOS DESTINADOS AO ATENDIMENTO DOS PACIENTES PORTADORES DE OBESIDADE GRAVE</p> <p>NÚMERO DE ATENDIMENTOS MENSAIS</p> <p>Freqüência mensal em atendimentos / possibilidade real de atendimentos possíveis para o SUS:</p> <p>Nos Ambulatórios Clínicos: _____</p> <p>Nos Ambulatórios Cirúrgicos: _____</p> <p>NÚMERO DE CONSULTÓRIOS</p> <p>Nos Ambulatórios Clínicos (salas/consultórios): _____</p> <p>Nos Ambulatórios Cirúrgicos (salas/consultórios): _____</p>
--

<p>2. SERVIÇO DE IMAGEM (em funcionamento)</p> <p>Anotar no parêntese: U (na unidade) ou R (referenciado por convênio ou contrato - nome da entidade)</p> <p>() Rx < 500mA</p> <p>() Rx = ou >500Ma</p>

() Rx transportável maior que 50 mA

() Rx transportável até 50mA

() Intensificador de Imagem (no Centro Cirúrgico)

() Ultra-sonografia

() Tomografia Computadorizada:

() Ressonância Magnética

() Eco-Doppler:

() Endoscopia Digestiva:

() Polissonografia:

() ECG:

() Miocárdica: Cintilografia

() Mamografia:

3. PATOLOGIA CLÍNICA

() Própria

() Contratada ou Conveniada: _____

() Plantão de 24 h

() Alcançável / Dependente de Solicitação

EXAMES DE ROTINA

HEMATOLOGIA e BIOQUÍMICA

- () Hemograma com contagem de plaquetas
- () Hemossedimentação () Troponina
- () Provas de compatibilidade sanguínea
- () Coagulograma: TC-TS-PL-TAP-PTT
- () Gasometria () Glicose () Uréia () Ácido Úrico
- () Creatinina () TGO () TGP
- () Proteínas totais e frações
- () GamaGT () Fosfatase alcalina
- () Na () Cl () Ca () Fósforo () Mg
- () Aldolase () PCR
- () DLH () Colesterol () Triglicéridos
- () Lipase ácida () T4 livre () TSH
- () Outros _____)

BACTERIOLOGIA e OUTROS			
Bacterioscopia:	() ()	Zihl-Gran	() Tzanck
		Nielsen	
Dosagem de anticorpos:	()		
ASO	()	FTA ABS	
()			Outros
<hr/>			
Cultura:	() () ()		
Anaeróbios		Aeróbios	Fungos () BK
Testes sorológicos:	() ()		
VDRL		Montenegro	() HIV

4. ANATOMIA PATOLÓGICA	
() Própria	() Contratada
() Citopatologia	() Histopatologia

5. CUIDADOS INTENSIVOS (Nº DE LEITOS)
() UTI: _____ leitos no total
() UTI para paciente com obesidade grave: _____ leitos

6. HEMOTERAPIA
() Serviço de Hemoterapia
() Agência Transfusional e Posto de Coleta
() Agência Transfusional
() Laboratório de Imuno-hematologia
() Transfusão homóloga
() Programa de Auto-Transfusão
() Recuperação de hemácias
() Plantão técnico de 24 h
() Hemodiluição normovolêmica
() Hemoterapêuta Alcançável
() Coleta seletiva de elementos (fibrinogênio, plaquetas, fatores, etc.)

7. CENTRO CIRÚRGICO
Salas cirúrgicas
Salas exclusivas para procedimentos de alta complexidade (total): _____
Salas exclusivas destinadas à Cirurgia Bariátrica (total): _____
Material auxiliar
() capnógrafo
() oxímetro de pulso
() monitor de transporte
() aquecedor de sangue
() monitor de pressão não invasiva

- monitor de pressão não invasiva
- bombas de infusão
- aparelho de pressão de parede com manguito especial
- material de emergência para reanimação
- afastadores cirúrgicos com braços mais longos
- Válvulas de Balfour ou Doyen com lâminas de aço reforçadas, mais longas e largas

Avaliação das Condições das Áreas Físicas

(Portaria GM/MS nº 554, de 20 de março de 2002)

	Adequado	INADEQUADO (o que corrigir)
Assepsia		
Circulação		
Campos Operatórios		
Vestimenta		

8. RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (Nº DE LEITOS)
<input type="checkbox"/> RPA : _____
<input type="checkbox"/> UTI (com reserva programada): _____

Especialidade	Rotina	Alcançável
Cardiologista:		
Anestesiologista:		
Clínico Geral:		
Pneumologista:		
Angiologista/cirurgião vascular:		
Endocrinologista:		
Fisioterapeuta:		
Enfermeiro:		
Técnico de Enfermagem:		
Auxiliar de Enfermagem:		
Técnico em Radiologia:		
Nutricionista:		
Terapeuta Ocupacional:		
Assistente Social:		

Farmacêutico: _____

10. COMISSÃO DE ÉTICA
Existência: () SIM () NÃO
Média de Convocações por Ano: _____

11. COMISSÃO DE ÓBITO
() Clínico () Anátomo-Patologista
() Cardiologista () Enfermeiro
() Patologista Clínico
() _____)
Outros/Especificar: _____
Reunião da Comissão (participantes)
() Toda a Comissão () Parte da Comissão
() Equipe de Saúde envolvida no óbito
Rotina da Análise
() Todos os óbitos são analisados na reunião
() Todos os óbitos são analisados por alguém da comissão e apenas alguns escolhidos para serem vistos na reunião
() Somente são analisados os óbitos em que o êxito letal foi inesperado
() Não há análise rotineira de óbitos

12. PRONTUÁRIO MÉDICO
Preenchimento adequado (escolher aleatoriamente 10 prontuários)
() Existência de Comissão de Prontuário
() Avaliação Contínua do Prontuário
() História e Exame Físico
() Descrição de Cirurgia
() Prescrição
() Relatório de Anestesia
() Codificação por médico assistente do CID 10 e código de procedimento
() Resumo de Alta
() Codificação por terceiros
() Laudo médico para emissão de AIH
() Evolução médica e de enfermagem
() Ficha Comissão Infecção
Conclusão:
() Suficiente () Insuficiente (Sugerir correções)

13. INTERNAÇÃO

Condições dos Leitos para Cirurgia Bariátrica

Enfermarias exclusivas (número de leitos): _____

Enfermarias não exclusivas (número de leitos): _____

Leitos _____ para _____ Hospital-Dia (número): _____

Leitos _____ de repouso no Ambulatório: _____

Leitos exclusivos para Alta Complexidade (número): _____

Climatização das Enfermarias:

() Boa () Regular () Sofrível

Disposição dos leitos:

() Boa () Regular () Sofrível

14. CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

COMPOSIÇÃO COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

ATO DE NOMEAÇÃO (publicação, composição e data):

- () Cirurgião () Enfermeiro
() Microbiologista () Clínico
() Infectologista () Residente
() Administrador () Farmacêutico
() Aux. Enfermagem
() Patologista Clínico
() Anestesiologista

TIPO DE ATUAÇÃO (Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares)

COLETA DE DADOS

- () Comunicação Imediata
() Busca Ativa Hospitalar
() Busca ativa pós-alta

APURAÇÃO DE TAXAS:

- () Taxa de Infecção Hospitalar Global
() Taxa de Infecção Cirúrgica
() Taxa de Infecção Comunitária
() Taxa de Infecção não Cirúrgica sem Procedimento
() Taxa de Infecção não Cirúrgica com Procedimento
() Taxa de Infecção por Procedimento
() Taxa de Infecção por Topografia

AVALIAÇÃO DOS DADOS

() Reunião Periódica com Ata (anexar cópia da última) Periodicidade dos relatórios: _____

COMUNICAÇÃO

- () Dos relatórios às Chefias de Serviço e Direção do Hospital
() Dos relatórios à Direção do Hospital

- Dos relatórios aos Gestores (CCIH do Município, Estado e Min.Saúde)
- Sistema de Notificação de Infecções Comunitárias geradas em outros Hospitais
- Sistema de Notificação Compulsória

ROTINAS IMPLANTADAS

- Antibioticoterapia profilática
- Rotina de Limpeza Hospitalar
- Política de uso racional de antimicrobianos e germicidas
- Cooperação Farmácia - Ações Terapêuticas
- Controle da Lavanderia Hospitalar
- Controle do Lixo e Resíduos Hospitalares
- Capacitação de profissionais na Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares
- Lavagem das Mãos (rotina e distribuição adequada de unidades ou pias de lavagem de mãos)
- Rotina de Bio-Segurança (descarte de material pérfuro-cortante e encaminhamento referendado de acidentados com material biológico)

PESO NA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

- Decisão Tomada = Medida Administrativa Adotada
- Decisão Tomada = Medida Negociada
- Decisão Tomada = Execução Parcial
- Decisão Tomada = Pouca Consideração

15. AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: CIRURGIA BARIÁTRICA

16 - AVALIAÇÃO DO DIRETOR DA UNIDADE / CHEFE DE SERVIÇO

1. CONHECENDO AS CONDIÇÕES TÉCNICAS DA UNIDADE QUE CHEFIO E AS EQUIPES TÉCNICAS QUE NELA PRESTAM ATENDIMENTO AO PACIENTE PORTADOR DE OBESIDADE GRAVE, INFORMO QUE A UNIDADE TEM CONDIÇÕES E DISPONIBILIDADE DE PRESTAR ATENDIMENTO A ESTE PACIENTE DO SISTEMA ÚNICO DE:SAÚDE - SUS, SEGUNDO O PADRÃO ASSINALADO

- Atendimento por especialista, com capacidade de realizar procedimentos de média complexidade (tabela SUS de média complexidade)

() - Atendimento por especialista com formação específica, com capacidade de realizar procedimentos de Alta Complexidade
() cirurgia bariátrica
2. DECLARO AUTÊNTICAS AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE CADASTRO.

Assinatura do Diretor ou Chefe de Serviço

(carimbo-CRM)

17. CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS

(DETALHES A SEREM DESTACADOS E COMPLEMENTAÇÕES - USAR NÚMERO DO ITEM)

ITEM	ANOTAÇÕES

CONCLUSÕES DOS DELEGADOS	
ÁREA	CIRURGIA BARIÁTRICA
CIRURGIA BARIÁTRICA	
SUFICIENTE	
SUFICIENTE COM	
RESSALVAS *	
INSUFICIENTE	
NÃO SOLICITADA	

COMENTÁRIOS/ Observações relativas à Unidade:

Assinatura do delegado _____
Assinatura do delegado _____
Assinatura do delegado _____

ANEXO V

AÇÕES DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM OBESIDADE GRAVE

A Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave constitui-se na referência para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, de acordo com as normas descritas nesta portaria e deverá contar com estrutura física, equipamentos e recursos humanos especializados, com o objetivo garantir o acesso e assegurar a qualidade do processo terapêutico clínico-cirúrgico, visando a alcançar impacto positivo na sobrevivência, na menor morbidade e na melhor qualidade de vida do obeso grave, respeitando a equidade na entrada em lista de espera única para a cirurgia bariátrica, de acordo com a gravidade do doente. Os critérios desta lista única estão descritos no item "V-B - Critérios de Priorização de Lista Única para Cirurgia Bariátrica".

As seguintes normas técnicas devem ser observadas:

1. INDICAÇÕES PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO E SELEÇÃO DOS PACIENTES

Portadores de obesidade mórbida com $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$, sem comorbidades, que não responderam ao tratamento conservador (dietas, psicoterapia, atividades físicas, etc.), acompanhados nos Serviços de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade durante pelo menos dois anos.

a. Portadores de obesidade mórbida com $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ com comorbidades que ameaçam à vida.

b. Pacientes com IMC entre 35 e 39,9 kg/m^2 portadores de doenças crônicas desencadeadas ou agravadas pela obesidade, conforme protocolo definido Anexo X- A.

Pré-requisitos:

a. Excluir obesidade decorrente de doença endócrina que deve ser tratada clinicamente ou cirurgicamente e não por cirurgia bariátrica. Por exemplo, Síndrome de Cushing devida a hiperplasia supra-renal.

b. Os limites da faixa etária recomendado está entre 18 a 60 anos.

c. O tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da epífise de crescimento estar consolidada nos jovens.

d. Os muito idosos, por sua vez, podem ter um aumento das taxas de morbimortalidade com o tratamento cirúrgico.

e. Capacidade intelectual para compreender todos os aspectos desse projeto bem como dispor de suporte familiar constante.

f. Compromisso com o seguimento posterior, que deve ser mantido indefinidamente, pois a falta deste acompanhamento é uma das causas de complicações graves e, às vezes, fatais.

g. Ausência de distúrbios psicóticos graves, história recente de tentativa de suicídio, alcoolismo e dependência química a outras drogas. Pacientes com antecedentes de alcoolismo e dependência química a outras drogas devem ser submetidos à cuidadosa avaliação psíquica e liberação por psiquiatra.

O item "V-A - PROTOCOLO DE TRIAGEM DE PACIENTES CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA", a seguir descrito, reúne as indicações acima, estará também disponível no site do Ministério da Saúde, no seguinte endereço www.saude.gov.br/sas, para fins de consulta. Este protocolo de triagem deverá ser preenchido pela Atenção Básica e encaminhado ao gestor local, este deverá encaminhar ao gestor estadual para subsidiar os critérios da lista única.

O formulário "V-B - CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO DE LISTA ÚNICA DE CIRURGIA BARIÁTRICA", descrito a seguir estará também disponível no site do Ministério da Saúde, no seguinte endereço www.saude.gov.br/sas, para fins de consulta, deverá ser preenchido gestor estadual, responsável pelo controle das cirurgias realizadas na sua unidade federada.

V-A - PROTOCOLO DE TRIAGEM DE PACIENTES CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Orientação uso: triagem na atenção básica e encaminhar à Secretaria de Saúde para lista única

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____
Idade: _____ DN: ____/____/____
Estado _____ Profissão: _____

Civil:

Data inclusão lista:

Documento de Identidade:

Endereço:

Fone:

INFORMAÇÕES CLÍNICAS RELEVANTES

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

1. IMC (Índice de massa corporal) \geq de 40 kg/m² IMC = Peso / Altura²

() Sim

() Não

2. IMC \geq de 35 kg/m² associado a comorbidades (hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, doenças articulares degenerativas, outras doenças determinadas pela obesidade):
() Sim – qual(ais):

() Não

() Indeterminado

3. Evidência de insucesso no tratamento clínico por, no mínimo, 2 anos:

() Sim

() Não

() Indeterminado

4. Presença de apoio familiar em todas as etapas do tratamento:

() Sim

() Não

() Indeterminado

5. Compromisso com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastroenterológica, anestésica, laboratorial e por imagem):

() Sim

() Não

() Indeterminado

6. Compromisso consciente do paciente e familiares em participar de todas as etapas da programação:

() Sim

() Não

() Indeterminado

NOTA: Os três primeiros critérios qualificam a inclusão do paciente e os três últimos poderão ser avaliados posteriormente a não ser que haja evidência clara em não cumpri-los.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

1. Psicose:

() Sim

() Não

()

Indeterminado

2. Comportamento suicida:

() Sim

() Não

() Indeterminado

3. Bulimia:

() Sim

() Não

()

Indeterminado

4. Dependência de drogas:

() Sim

() Não

() Indeterminado

5. Doenças associadas graves com risco cirúrgico alto;

() Sim

() Não

() Indeterminado

6. Idade menor que 18 anos e maior que 60 anos

() Sim

() Não

7. Desajuste familiar

impeditivo:

() Sim

() Não

NOTA: A evidência da presença de qualquer dos critérios acima exclui o paciente. Exceções devem ser discutidas e decididas em equipe multiprofissional e multidisciplinar.

AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

() Agendar consulta especializada em (especificar):

() Agendar consulta Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade

Nome do Médico Avaliador: _____ CRM: _____

Unidade Secretaria: _____ Data: _____

Unidade Secretaria: _____ Data: _____

V-B - CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO PARA LISTA ÚNICA DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Orientação de uso: para controle do Gestor Estadual

CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO DE INDICAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

	Nunca tratado	Controle terapêutico	Não controlado
Hipertensão	0	1	2
Diabetes	0	1	2

Doença	Com uso de medicamento	Sem uso de medicamento
Pulmonar	2	1

	Sintomático	Assintomático
Colelitíase	2	0

	Incapacitante	Não incapacitante
Apnéia do sono	2	1
Linfedema	1	0

	Incapacitante	Não incapacitante
Artropatia em MMII	2	1

	Sem sintomas neurológicos	Com sintomas neurológicos
Hérnia de disco	1	2

	Sem sintomas	Com sintomas
Manifestações psico-sociais	1	0

- Pacientes com escore igual ou maior que 10 podem ser encaminhados ao Hospital, sem obedecer a fila de inscrição.

- O critério de prioridade em relação a cirurgia será definido pela equipe do Hospital após exame do paciente.

- O preenchimento da tabela acima deve ser feito por especialistas (p.ex. pneumologista).

2. PREPARO DO PACIENTE

O paciente portador de obesidade mórbida apresenta uma maior incidência de doenças associadas, entre elas o diabetes mérito, a hipertensão arterial, a apnéia do sono, as doenças pulmonares e a cardiopatia isquêmica. Tal situação clínica determina um maior risco cirúrgico, tanto na mortalidade quanto na morbidade. Na literatura médica, relata-se uma mortalidade que pode atingir 2% para os casos mais graves e uma incidência de complicações pulmonares que atingem até 10% dos casos operados, complicações estas expressadas por atelectasias, pneumonias, tromboembolismo pulmonar e necessidade de ventilação mecânica prolongada. Outras complicações também previstas para este tipo de paciente e procedimento cirúrgico indicado são o risco de deiscência de sutura, infecção de ferida operatória, trombose venosa profunda, obstrução intestinal, sangramento gastrointestinal e alterações cardiovasculares.

O preparo pré-operatório, conforme os critérios de risco, descritos a seguir, didaticamente dividido em três fases, estará também disponível no site do Ministério da Saúde, no seguinte endereço www.saude.gov.br/sas, para fins de consulta, como "V-C - PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DE CIRURGIA BARIÁTRICA".

2.1. Fase Inicial

a) Avaliação pelo cirurgião bariátrico – o paciente deve ser entrevistado pelo cirurgião que deve colher o máximo de informação sobre a história clínica do candidato à cirurgia. Nessa anamnese, devem ser levantados dados como tempo de obesidade, tratamentos

clínicos realizados previamente e resultados obtidos, preferência e hábitos alimentares, prática de atividades físicas ou sedentarismo, etilismo, tabagismo ou outras dependências químicas, além da existência de comorbidades orgânicas e psicológicas. O exame físico permite quantificar o grau de obesidade e suas conseqüências orgânicas. Também faz parte deste primeiro encontro uma explicação criteriosa sobre o tratamento cirúrgico e suas bases lógicas, potenciais complicações operatórias e pós-operatórias e as medidas que devem ser adotadas para evitá-las. É importante que o paciente tenha consciência e aceitação das medidas dietéticas pós-operatórias que serão necessárias para o êxito do tratamento. Familiares, responsáveis ou amigos devem estar presentes e ser estimulados a participar desse diálogo.

b) Avaliação por endocrinologista - uma avaliação especializada deverá ser realizada na situação do doente complicado do ponto de vista endocrinológico, a fim de ter o tratamento e o acompanhamento adequados.

c) Avaliação e preparo psicológico - nessa fase, transtornos do humor, do comportamento alimentar e outros relevantes para o tratamento cirúrgico da obesidade devem ser abordados, orientados e tratados, se presentes.

2.2. Fase Secundária

Cumprida a fase inicial e havendo indicação e concordância para o tratamento cirúrgico, deve-se prosseguir na avaliação pré-operatória necessária a uma operação de grande porte.

a) Avaliação cardiológica - o eletrocardiograma e, quando indicado, o ecocardiograma devem ser solicitados.

b) Avaliação respiratória e uso de CPAP - a radiografia de tórax e as provas de funções respiratórias contribuem para o diagnóstico e orientação do quadro respiratório. Nos pacientes portadores de apnéia de sono grave, é recomendável a realização de polissonografia, para a avaliação da indicação de uso do suporte respiratório, o CPAP. Os critérios de uso estão descritos na portaria que define as diretrizes de "Atenção aos Portadores de Afecções das Vias Aérea e Digestiva Superiores, da Face e do Pescoço". Pacientes fumantes exigem especial atenção. A orientação é de que o fumo deve ser abolido, pelo menos, dois meses antes do procedimento cirúrgico. O pneumologista pode prever possíveis dificuldades na entubação orotraqueal do paciente.

c) Avaliação endoscópica - A endoscopia digestiva alta é indispensável para o diagnóstico de doenças esôfago-gastro-duodenais e pesquisa do *Helicobacter pylori*. Quando encontrada, essa bactéria deve ser erradicada no pré-operatório.

d) Avaliação ultra-sonográfica - A ultra-sonografia abdominal é indicada porque permite diagnosticar colelitíase e esteatose hepática, presentes num percentual elevado de pacientes obesos. Nas mulheres, o exame favorece ainda a investigação de órgãos pélvicos.

e) Avaliação odontológica - Um bom aparelho mastigatório facilitará a ingestão após a cirurgia. Correções ortodônticas devem ser feitas antes da operação, e é provável que usuários de próteses precisem ajustá-las após.

f) Avaliação de risco cirúrgico - de posse de todos os exames e pareceres anteriores, o doente deve ser submetido a uma avaliação clínica para emissão do risco cirúrgico.

g) Nessa fase secundária, o monitoramento nutricional é importante já que hábitos alimentares incorretos são cada vez mais freqüentes. Caberá ao nutricionista desenvolver um programa de reeducação alimentar que possibilitará perda de peso no pré-operatório.

h) Também nessa etapa, os candidatos ao tratamento cirúrgico são obrigados a freqüentar as reuniões do grupo de suporte psicológico, realizadas mensalmente.

i) Em algumas situações especiais, pacientes obesos mórbidos que tenham comorbidades orgânicas graves, incluindo dificuldade séria de locomoção, merecem ser internados para facilitar a realização de todos os exames do preparo pré-operatório e medidas hospitalares para diminuição de peso pré-cirúrgicas.

j) Avaliação laboratorial –hemograma, coagulograma, eletrólitos, lipidograma, glicose, hemoglobina glicosilada, uréia, creatinina, proteínas totais e frações, transferases (transaminases), fosfatase alcalina, gama GT, ácido úrico, T3, T4 e TSH, além de exame de urina e fezes. Outros exames podem ser necessários de acordo com a avaliação do paciente.

k) Outros exames – Nos pacientes com doença venosa de membros inferiores grave ou antecedentes de tromboembolismo, um ecodoppler de membros inferiores e região pélvica deve ser solicitado e a opinião de um especialista merece ser levada em consideração.

2.3. Fase Terciária

Uma vez realizados todos os exames da investigação pré-operatória e estando o paciente liberado para a operação, ele deve preencher de próprio punho e assinar um "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido", no qual lhe são informados os aspectos éticos e legais do procedimento e também as possíveis complicações da cirurgia.

V-C - PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DE CIRURGIA BARIÁTRICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____
Idade: _____ DN: ____/____/____
Estado _____ Profissão: _____
Civil: _____
Data inclusão lista: _____
Documento de Identidade: _____
Endereço: _____
Fone: _____

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

Fase Inicial:

- a) Avaliação pelo cirurgião bariátrico
- b) Avaliação pelo endocrinologista
- c) Avaliação e preparo psicológico (psicólogo ou psiquiatra)

Fase Secundária:

- a) Avaliação cardiológica
- b) Avaliação respiratória
- c) Avaliação endoscópica
- d) Avaliação ultrassonográfica

- e) Avaliação ginecológica
- e) Avaliação odontológica
- f) Avaliação vascular
- g) Avaliação de risco cirúrgico: O obeso mórbido é um paciente de risco moderado a alto para cálculo de morbimortalidade cirúrgica. A partir desta realidade, classificam-se os pacientes em 3 grupos de risco para preparo pré operatório e cuidados trans- e pós-operatório. As co-morbidades clínicas relacionadas ao aumento do risco cirúrgico são classificadas em dois grupos, maiores e menores:
Majores
 - 1. Idade maior/igual a 50 anos
 - 2. Diabete Mellitus
 - 3. Apnéia do sono
 - 4. Pneumopatia
 - 5. Cardiopatia
 - 6. Doença do sistema venoso profundoMenores
 - 1. Hipertensão arterial sistêmica
 - 2. Síndrome metabólica
 - 3. Doença osteo-muscular

CLASSIFICAÇÃO DO GRUPO DE RISCO

(risco cirúrgico mínimo considerado é moderado (ASA 3))

1º GRUPO

Pacientes com um ou duas co-morbidades menores;

2º GRUPO

Pacientes com três co-morbidades menores ou 1 maior. Neste caso idade com ou sem comorbidades menores;

3º GRUPO

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

AVALIAÇÃO LABORATORIAL CONFORME O RISCO CIRÚRGICO

1º GRUPO

Raio X tórax, ECG, Ergometria, ecografia abdominal total, endoscopia digestiva alta, hemograma c/ plaquetas, TP, KTTTP, creatinina, Sódio , Potássio, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, Acido úrico, T4, TSH, Colesterol total, HDL, triglicerídeos.

2º GRUPO

Raio X tórax, ECG, Ergometria, ecografia abdominal total, endoscopia digestiva alta, hemograma c/ plaquetas, TP, KTTTP, creatinina, Sódio, Potássio, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, Acido úrico, T4, TSH, Colesterol total, HDL, triglicerídeos, ecocardiograma bidimensional com fluxo a cores.

2º GRUPO

Raio X tórax, ECG, Ergometria, ecografia abdominal total, endoscopia digestiva alta, hemograma c/ plaquetas, TP, KTTTP, creatinina, Sódio, Potássio, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, Acido úrico, T4, TSH, Colesterol total, HDL, triglicerídeos, ecocardiograma bidimensional com fluxo a cores, Ecodoppler MsIs sistema venoso(todos), broncoprovocação com metacolina (todos), cintilografia miocárdica(quando indicado no lugar da ergometria), polissonografia(quando indicado).
e

Em casos Seleccionados:

PTH, cálcio, 25(OH) Vitamina D3, Vitamina B12, ferritina, hemograma com plaquetas, AST, ALT, GGT, HbsAg, anti-HbsAg, HCV, TAP, VLDL, FSH(mulheres), PSA(homens), uréia, creatinina, glicemia, ácido úrico, magnésio, CTX-I, proteínas totais e frações.

Prova de Função Respiratória e Gasometria Arterial.

Mamografia.

Fase Terciária:

Após liberação para a operação bariátrica, o paciente deve preencher de próprio punho e assinar um termo de "Consentimento Livre e Esclarecido", autorizando e reconhecendo todos os riscos e benefícios do procedimento cirúrgico a ser realizado.

CLASSIFICAÇÃO DO GRUPO DE RISCO

(risco cirúrgico mínimo considerado é moderado (ASA 3)

1º GRUPO

Pacientes com um ou duas co-morbidades menores;

2º GRUPO

Pacientes com três co-morbidades menores ou 1 maior. Neste caso idade com ou sem comorbidades menores;

3º GRUPO

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

AVALIAÇÃO LABORATORIAL CONFORME O RISCO CIRÚRGICO

1º GRUPO

Raios-X tórax, ECG, Ergometria, ecografia abdominal total, endoscopia digestiva alta, hemograma c/ plaquetas, TP, KTTTP, creatinina, Sódio, Potássio, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, Acido úrico, T4, TSH, Colesterol total, HDL, triglicerídeos.

2º GRUPO

Raios-X tórax, ECG, Ergometria, ecografia abdominal total, endoscopia digestiva alta, hemograma c/ plaquetas, TP, KTTTP, creatinina, Sódio, Potássio, glicemia

de jejum, TGO, TGP, GGT, Acido úrico, T4, TSH, Colesterol total, HDL, triglicerídeos, ecocardiograma bidimensional com fluxo a cores.

2º GRUPO

Raios-X tórax, ECG, Ergometria, ecografia abdominal total, endoscopia digestiva alta, hemograma c/ plaquetas, TP, KTTTP, creatinina, Sódio, Potássio, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, Acido úrico, T4, TSH, Colesterol total, HDL, triglicerídeos, ecocardiograma bidimensional com fluxo a cores, Ecodoppler MsIs sistema venoso(todos), broncoprovocação com metacolina (todos), cintilografia miocárdica(quando indicado no lugar da ergometria), polissonografia(quando indicado). e

Em casos Seleccionados:

PTH, cálcio, 25(OH) Vitamina D3, Vitamina B12, ferritina, hemograma com plaquetas, AST, ALT, GGT, HbsAg, anti-HbsAg, HCV, TAP, VLDL, FSH(mulheres), PSA(homens), uréia, creatinina, glicemia, ácido úrico, magnésio, CTX-I, proteínas totais e frações. Prova de Função Respiratória e Gasometria Arterial. Mamografia.

3. Cirurgia

3.1. Tipos de operações recomendadas

Os procedimentos ou categorias operatórias que têm suficiente evidência na literatura médica e experiência mundial para serem considerados testados e efetivos como cirurgias bariátricas e que alcançam os melhores resultados dentro dos critérios acima, são os quatro abaixo:

a) Banda gástrica ajustável;

b) Gastroplastia vertical com banda;

c) Desvio gástrico com Y de Roux (redução gástrica ou gastroplastia com desvio intestinal com Y de Roux, com ou sem anel de estreitamento ou contenção na saída do estômago reduzido), Fobi, Fobi-Capella, Capella ou Bypass gástrico;

d) Derivação biliopancreática, com gastrectomia distal ou com gastrectomia vertical, preservação pilórica e desvio duodenal.

Cada procedimento acima é apresentado com sua capacidade potencial média de redução do excesso do peso inicial baseada nos relatos selecionados, levando em conta somente ensaios clínicos randomizados, séries bem documentadas e artigos de grupos de centros acadêmicos e privados de referência internacional.

A eficácia de cada um, baseada na redução do excesso de peso inicial (E PI), é:

- a) Banda gástrica ajustável – 49,5 % do E PI;
- b) Gastroplastia vertical com banda – 60,2% do E PI;
- c) Desvio gástrico com Y de Roux – 70,1 do E PI e
- d) Derivação bílio-pancreática ou Switch Duodenal – 71,7% do E PI.

Dentre as cirurgias feitas no mundo, no momento atual, a que tem sido a mais utilizada é a redução ou desvio gástrico com Y de Roux. Não foram considerados procedimentos cujo nível de complicações foi inaceitável e por isso desaprovados, como a derivação jejuno-ileal. Também não são recomendadas cirurgias consideradas experimentais e sem a suficiente evidência na literatura especializada.

Dentre os procedimentos acima o Ministério da Saúde define que as Unidades de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade, trabalhem com proporção, baseadas no custo-efetivo, através de análise periódicas do Anexo IV - "REGISTRO BRASILEIRO DE CIRURGIA BARIÁTRICA", considerando-se a experiência de cada serviço, somente nos procedimentos que levem a redução de mais do que 60% do excesso do peso inicial (itens *b*, *c* e *d*, acima).

Os Critérios de indicação para os três tipos de cirurgias, descritos a seguir no item V-D - DIRETRIZES PARA INDICAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA, estarão também disponibilizados no *site* do Ministério da Saúde, no seguinte endereço www.saude.gov.br/sas, para fins de consulta.

As cirurgias podem ser realizadas abertas ou por via laparoscópica não havendo definição concreta e baseada em observação de longo prazo sobre as reais vantagens de uma modalidade sobre a outra. Há exigência de treinamento e habilidade especial para as técnicas laparoscópicas. Há necessidade de que o cirurgião laparoscópico também domine a modalidade aberta, pois nem todos os pacientes se adequam à via laparoscópica, havendo a possibilidade de, em alguns casos, ter de se converter da via laparoscópica para a aberta.

V-D - DIRETRIZES PARA A CIRURGIA BARIÁTRICA

A obesidade cresce epidemicamente em todo mundo e é uma das principais causas de morte, ela própria e as doenças relacionadas a ela, estando na lista das 10 doenças mais mortais do planeta OMS.

Que abrange todos os países inclusive o Brasil. A prevalência da obesidade mórbida no Brasil é estimada, em média, de 3% para homens e mulheres (IOTF 2001 ABESO). Entre os outros pacientes obesos tratados com cirurgia e os não tratados (só com dieta) estes morrem 9 vezes mais (*Am. Soc. For Bar. Surg. Guidelines, SIDIS*). A mortalidade média entre os obesos mórbidos chega a 45% ao ano segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO).

O tratamento cirúrgico da obesidade, chamado cirurgia bariátrica, tem como objetivo diminuir a entrada de alimentos no tubo digestivo, diminuir sua absorção ou ambos. É o mais eficaz e duradouro até o momento do que qualquer outro para diminuir o peso de pacientes selecionados e com risco cirúrgico aceitável.

Tal tratamento iniciou sua jornada de aplicação, estudos, avaliação e aperfeiçoamento a partir de 1954 com alguns pioneiros entre os quais Kremer, Linner, Nelson e Mason principalmente nos EUA sendo que continua evoluindo até hoje.

As intervenções realizadas para o tratamento da obesidade grave seguirão recomendações divididas em três classes fundamentais, adaptadas da literatura médica, conforme segue-se :

Classe I: Há consenso quanto à indicação da realização da Cirurgia Bariátrica. O consenso é resultado de estudos a partir de evidências científicas.

Classe II: Há controvérsia quanto à indicação da Cirurgia Bariátrica.

Classe III: Há consenso quanto à falta de indicação ou contra-indicação da Cirurgia Bariátrica.

O uso de procedimento cirúrgico para o tratamento da obesidade mórbida é uma tendência mundial. As indicações estão definidas na faixa etária entre 18 e 60 anos, e os diferentes tipos de técnicas cirúrgicas tem sua indicação de acordo com as características dos pacientes, estes agrupados conforme as necessidades decorrentes do tipo de paciente, além de consideramos a faixa etária, habilidade no método e outros.

Na avaliação geral das cirurgias anti-obesidade, independente do nível de classificação considerado, o Ministério da Saúde somente reconhece e/ou autoriza no Sistema Único de Saúde os seguintes procedimentos:

Cirurgias Restritivas, ou Gastroplastia Vertical sem Derivação, também conhecida por Cirurgia de Mason;

Cirurgias Mistas, ou Gastroplastia com Derivação Intestinal, também conhecida por Cirurgia de Fobi - Capella;

Cirurgias Predominantemente Desabsortivas, ou Gastrectomias com ou sem Desvio Duodenal, também conhecidas como Cirurgias de Scopinaro e Duodenal Switch, respectivamente sem e com desvio duodenal.

Diretrizes para Cirurgia Restritiva

Classe I

A Cirurgia Restritiva ou Gastroplastia Vertical deverá seguir os seguintes critérios de indicação:

Quanto ao tempo ao IMC:

1. $IMC \geq 35$ com co-morbidade ou $IMC \geq 40$ com ou sem co-morbidade
2. Pacientes que não necessitem perdas acentuadas, $IMC < 50 \text{ Kg/m}^2$
3. Falha no tratamento clínico após dois anos
4. Obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos

Quanto ao perfil psico-social:

5. Não utilização de álcool e/ou drogas nos últimos cinco anos

Classe II

Há controvérsia quanto à indicação da Cirurgia de Mason nos seguintes casos:

6. Superobesidade ($IMC \geq 50$)

Classe III

Está contra-indicado a Cirurgia de Mason nos seguintes casos:

7. Hábito comer doce
8. Pacientes psiquiátricos, risco suicídio.
9. Usuários de álcool ou drogas

Diretrizes para as Cirurgias Mistas

Classe I

As Cirurgias Mistas ou Gastroplastias com Derivação Intestinal deverão seguir os seguintes critérios de indicação:

Quanto ao tempo ao IMC:

1. $IMC \geq 35$ com co-morbidade e/ou $IMC \geq 40$ com ou sem co-morbidade
2. Obesidade mórbida tratada sem resposta há mais de dois anos
3. Obesidade mórbida instalada há mais de 5 anos.
4. Hábito comer doce

Quanto ao perfil psico-social:

5. Perda da auto-estima
6. Dificil inclusão social (trabalho, lazer etc.) devido a obesidade

Classe II

Há controvérsia quanto à indicação da Cirurgia de Fobi-Cappela , na seguinte situação:

7. Pacientes super-super obeso - $IMC > 60 \text{ Kg/m}^2$
8. Maiores de 65 anos
9. Menores de 18 anos
10. Portadores de doenças no estômago (úlceras, pólipos etc.)

Classe III

Há consenso quanto à falta de indicação ou contra-indicação para a Cirurgia de Fobi-Cappela nos seguintes casos:

11. Usuários de droga ou álcool
12. Pacientes psiquiátricos

13. Portadores de doença endócrina (cushing, tumores secretores)
14. Hipertensão portal, com varizes esôfago-gástricas
15. Lesões da mucosa gastro-duodenal que necessitem controle
16. Pacientes submetidos á gastrectomia parcial com reconstrução a BII

Diretrizes para as Cirurgias Predominantemente Desabsortivas

Classe I

As Gastrectomias com ou sem Desvio Duodenal, deverão seguir os seguintes critérios de indicação:

Quanto ao tempo ao IMC:

1. $IMC \geq 35$ com co-morbidade ou ≥ 40 com ou sem co-morbidade
2. IMC elevado, que necessitem perdas acentuadas e sustentável
3. Perda de peso insuficiente em outros procedimentos bariátricos
4. Falha do tratamento após dois anos
5. Obeso mórbido há mais de cinco anos

Quanto ao perfil psico-social:

6. Pacientes que desejam comer maiores volumes comparados com os ingeridos em outras operações

7. Perda da auto-estima
8. Dificil inclusão social (trabalho, lazer etc.) devido a obesidade

Classe II

Há controvérsia quanto à indicação das Cirurgias de Scopinaro ou para o Duodenal Switch, na seguinte situação:

9. Menores de 18 e/ou maiores de 65 anos
10. Impossibilidade de seguir a orientação nutricional
11. Falta de compreensão da cirurgia
12. Síndrome de Pradder-Willi

Classe III

Há consenso quanto à falta de indicação ou contra-indicação para as Cirurgias de Scopinaro ou para o Duodenal Switch nos seguintes casos:

13. Usuários de álcool ou droga

14. Pacientes psiquiátricos

4. Riscos e Complicações da Cirurgia Bariátrica

Quanto à mortalidade e morbidade nos primeiros 30 dias pós-operatórios (peri-operatória), não há parâmetros conclusivos diferenciando as três modalidades operatórias consideradas, mas os dados são indicadores de serem mais dependentes da capacidade técnica dos cirurgiões do que do tipo de procedimento.

Já as complicações de curto e longo prazo são dependentes, primariamente, do tipo de operação realizada. Os procedimentos cirúrgicos podem ter repercussões nutricionais, sendo necessárias reposições com suplementos vitamínicos que nem sempre apresentam uma resposta adequada. Pode haver também complicações digestivas como "dumping" e colelitíase entre outras.

O risco de morte do desvio gástrico com Y de Roux é de 1%, variando entre 0,5% e 1,5% e as complicações do pós-operatório são aproximadamente 10%. O SOS (*Swedish Obese Subjects*) estudo longitudinal, prospectivo, controlado, não randomizado mais consistente, que avaliou tratamento cirúrgico versus tratamento clínico, evidenciou mortalidade de 0,22%, reunindo vários tipos de cirurgia. O IBSR (*International Bariatric Surgery Registry*) apresentou, em 1997, 10 anos de dados relativos a 14.641 pacientes submetidos a vários tipos de cirurgia, cujas complicações foram distribuídas em menores, com < 7 dias de hospitalização, e maiores, com > de 7 dias de hospitalização. As maiores acometeram 6,63% dos pacientes e a mortalidade dos 30 dias foi 0,17%. Tais percentuais devem servir de balizadores iniciais para a avaliação de resultados dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave.

O ítem "V-E - AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS PÓS-OPERATÓRIOS DE CIRURGIA BARIÁTRICA - BAROS" dispõe na forma de protocolo os resultados cirúrgicos encontrados, estará também disponível no site do Ministério da Saúde, no seguinte endereço www.saude.gov.br/sas, para fins de consulta.

V-E - AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS PÓS-OPERATÓRIOS DE CIRURGIA BARIÁTRICA

(BAROS)

NOME:

IDADE: _____ **REGISTRO:** _____

PESO PRÉ: _____ **ALTURA:** _____

Assinale os distúrbios presentes antes da cirurgia bariátrica:

- ◆ Hipertensão arterial; pressão arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg
- ◆ Doença cardiovascular (doença coronariana, angina, insuficiência cardíaca)
- ◆ Dislipidemia (colesterol >200 mg / dl ou perfil lipídico anormal)
- ◆ Diabetes tipo II
- ◆ Apnéia do sono

Osteoartrite ou artralguas

Infertilidade

Caso você tenha um dos distúrbios acima, assinale abaixo no respectivo quadrado com "C", se houve melhora completa após a

Cirurgia, ou com "P", se houve melhora parcial. Caso não tenha melhorado nada, assinale "N". Anote na linha ao lado o mês em que houve a melhora.

_____ Hipertensão arterial

_____ Doença
cardiovascular _____

_____ Dislipidemia

_____ Diabetes tipo
II _____

_____ Apnéia do
sono _____

_____ Osteoartrite ou
artralguas _____

_____ Infertilidade _____

Registre seu peso dos seguintes meses depois de operado(a):

1 mês _____ 12

meses _____

3 meses _____ 15

meses _____

6 meses _____ 2

anos _____

9 meses _____ 3 anos

Quanto às queixas digestivas no **pré-operatório**, assinale:

Sem queixas

Pirose (azia, dor gástrica em "queimação") eventual

Pirose 1 vez por semana

Pirose mais de vez por semana

Pirose mais à noite

Pirose mais durante o dia

Dor ao engolir

Dificuldade ao engolir, engasgos freqüentes.

"Dor no estômago".

Quanto às queixas digestivas **após 1 ano de operado**, assinale:

Sem queixas

Pirose (Azia, dor em "queimação") eventual

Pirose 1 vez por semana

Pirose mais de 1 vez por semana

Pirose mais à noite

Pirose mais durante o dia

Dor ao engolir

Dificuldade ao engolir, engasgos freqüentes.

"Dor no estômago".

Fez tratamento para o Helicobacter pylori?

Sim

Não

Houve a necessidade de utilizar medicamentos como ranitidina, omeprazol, lanzoprazol, pantoprazol, para aliviar sintomas gástricos? Se houve a necessidade cite o medicamento e quando o utilizou.

OBS: Envie uma cópia das Endoscopias Digestivas Altas do pré-operatório e todas as do pós-operatório, junto com esta auto-avaliação.

QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA (BAROS)

CONDIÇÃO / MESES DE PÓS-OPERATÓRIO	3	6	9	12	24	36	48	60	72	84	96	108
1) Comparado com a época anterior ao tratamento para perda de peso eu me sinto												
Muito pior												
Pior												
O mesmo												
Melhor												
Muito melhor												
2) Eu me sinto capaz de participar fisicamente em atividades												
Muito menos												
Menos												
O mesmo												
Mais												
Muito mais												
3) Eu estou me relacionando socialmente												
Muito menos												
Menos												
O mesmo												
Mais												
Muito mais												
4) Agora sou capaz de trabalhar												
Muito menos												
Menos												
O mesmo												
Mais												
Muito mais												
5) Atualmente me interessa por sexo												
Muito menos												
Menos												
O mesmo												
Mais												
Muito mais												

5. Acompanhamento pós-operatório

5.1 Acompanhamento pós-operatório imediato:

A realização dos cuidados peri-operatórios pertinentes à hospitalização, com a equipe multidisciplinar necessária, também estão disponíveis no *site* do Ministério da Saúde, no seguinte endereço www.saude.gov.br/sas, para fins de consulta

5.2. Acompanhamento ambulatorial:

O paciente operado por obesidade grave seguirá indefinidamente em acompanhamento. Será regulado por portaria APAC em 180 (cento e oitenta) dias. No primeiro ano do pós-operatório, onde ocorre perda de peso mais importante e aguda, o acompanhamento deverá ser mais freqüente. A partir do segundo ano o acompanhamento será anual, seguindo protocolo específico, descrito no "ROTEIRO PARA ACOMPANHAMENTO PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA", no Anexo IV - "Registro Brasileiro de Cirurgia Bariátrica" e será também disponibilizado no site do Ministério da Saúde, no seguinte endereço www.saude.gov.br/sas, para fins de consulta.

6. Indicação para Cirurgia Plástica Reparadora

Aquele paciente com aderência ao acompanhamento pós-operatório que apresente as indicações descritas no ""V-F- PROTOCOLO INDICAÇÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA", poderão ser submetidos à cirurgia plástica reparadora do abdome, da mama e de membros. O protocolo estará também disponibilizado no *site* do Ministério da Saúde, no seguinte endereço <http://www.saude.gov.br/sas>, para fins de consulta.

V-F - PROTOCOLO INDICAÇÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____
Idade: _____ DN: ____/____/____
Estado _____ Profissão: _____
Civil: _____
Data inclusão lista: _____
Documento de Identidade: _____
Endereço: _____
Fone: _____

DIRETRIZES DE INDICAÇÃO CIRURGIA PLÁSTICA

As intervenções realizadas após o tratamento da obesidade, ou seja, após o emagrecimento, seguirão as recomendações divididas em três classes fundamentais, adaptadas da literatura médica, conforme segue-se :

Classe I: Há consenso quanto à indicação da realização da Cirurgia Plástica Reparadora. O consenso é resultado de estudos a partir de evidências científicas. Somente os procedimentos descritos nesta classe podem ser autorizados pelo Gestor do SUS.

Classe II: Há controvérsia quanto à indicação de Cirurgia Plástica Reparadora. Procedimentos assim classificados não deverão ser autorizados.

Classe III: Há consenso quanto à falta de indicação ou contra-indicação da Cirurgia Plástica Reparadora. Procedimentos assim classificados não deverão ser autorizados.

Classe I:

1. Na situação de mamoplastia : a incapacidade funcional pela ptose mamária, com desequilíbrio da coluna, piora da autoestima;

2. Na situação de abdominoplastia: a incapacidade funcional pelo abdome avental e desequilíbrio da coluna;

3. Excesso de pele no braço e coxa: com limitação da atividade profissional pelo peso e impossibilidade de movimentação;

4. Nas situações 1, 2 e 3: Infecções dermatológicas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas;

5. Nas situações 1, 2 e 3: Alterações psicológicas patológicas pela redução de peso (critério psiquiátrico) .

Classe II:

6. nada

Classe III:

7. Na situação de mamoplastia : ptose mamária, sem incapacidade funcional, desequilíbrio da coluna e/ou piora da autoestima;

8. Na situação de abdominoplastia: abdome avental, sem doenças dermatológicas e/ou desequilíbrio da coluna;

9. Excesso de pele no braço e coxa: sem limitação da atividade profissional pelo peso e impossibilidade de movimentação;

10. Nas situações 1, 2 e 3: ausência de infecções dermatológicas de repetição por excesso de pele e ausência de redução de peso (falta aderência ao tratamento)

ANEXO VI

RELAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA BARIÁTRICA

INCLUÍDOS NA TABELA DO SIH / SUS

GRUPO: 33.106.06-2 - CIRURGIA BARIÁTRICA.

33.022.12-7 - Gastroplastia Vertical com banda	
Código Antigo	33.022.04-6
Nível de Hierarquia	08
Serviço/Classificação	510/001
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
Faixa Etária	18 a 60 anos
Sexo	Ambos
CID-10	E66.1, E66.2, E66.8
Admite Anestesia	Sim
Pontos do Ato	386
Permanência	6 dias
Permanência a maior	Sim
Leitos	Cirurgia
AIH 5	Não
Complexidade	Alta Complexidade
Exige Habilitação (MS)	Unidade de Assistência em Alta Complexidade para Tratamento da Obesidade Grave
Tipo de Financiamento	FAEC - Estratégico
Valor do SH	2279,32
Valor do SP	1278,00
Valor do SADT	140,00
Valor Total	3.697,32

GRUPO: 33.106.06-2 - CIRURGIA BARIÁTRICA.

33.022.13-5 - Gastroplastias com Derivação Intestinal	
Código Antigo	33.022.04-6
Nível de Hierarquia	08
Serviço/Classificação	510/001
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
Faixa Etária	18 a 60 anos
Sexo	Ambos
CID-10	E66.1, E66.2, E66.8
Admite Anestesia	Sim
Pontos do Ato	386
Permanência	6 dias
Permanência a	Sim

maior	
Leitos	Cirurgia
AIH 5	Não
Complexidade	Alta Complexidade
Exige Habilitação (MS)	Unidade de Assistência em Alta Complexidade para Tratamento da Obesidade Grave
Tipo de Financiamento	FAEC - Estratégico
Valor do SH	3.196,82
Valor do SP	1278,00
Valor do SADT	140,00
Valor Total	4.614,82

GRUPO: 33.106.06-2 - CIRURGIA BARIÁTRICA.

33.022.14-3 - Gastrectomias com ou sem Desvio Duodenal	
Código Antigo	33.022.04-6
Nível de Hierarquia	08
Serviço/Classificação	510/001
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
Faixa Etária	18 a 60 anos
Sexo	Ambos
CID-10	E66.1, E66.2, E66.8
Admite Anestesia	Sim
Pontos do Ato	
Permanência	6 dias
Permanência a maior	Sim
Leitos	Cirurgia
AIH 5	Não
Complexidade	Alta Complexidade
Exige Habilitação (MS)	Unidade de Assistência em Alta Complexidade para Tratamento da Obesidade Grave
Tipo de Financiamento	FAEC - Estratégico
Valor do SH	3.385,00
Valor do SP	1278,00
Valor do SADT	140,00
Valor Total	4803,00

ANEXO VII

TABELA DE SERVIÇO/CLASSIFICAÇÕES X CBO

Cd Serv	Descrição	Cd Class	Descricao	Agrup Prof	Cbo/94	Descricao_Cbo
510	Cirurgia Bariátrica	001	Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao portador de obesidade grave	01	57210	Auxiliar de Enfermagem
					07110	Enfermeiro em Geral
					07210	Tecnico de Enfermagem, em Geral
					07310	Assistente Social em Geral
					07410	Psicólogo em Geral
					06810	Nutricionista em Geral
					06163	Médico Cir. do Aparelho Digestivo
					06110	Médico Cirurgião em Geral
					06180	Médico Cirurgião Plástico
					06105	Médicos, em Geral (Clínico Geral)
					06157	Médico Pneumotisiologista
					07620	Fisioterapeuta
					06117	Médico Cadiologista
					006162	Médico Psiquiatra
					06115	Médico Anestesista
					06175	Médico Angiologista
					06120	Médico Cirurgião Cardiovascular
				06125	Médico Endocrinologista	
				02	57210	Auxiliar de Enfermagem
					07110	Enfermeiro em Geral
07310	Assistente Social em Geral					

				07410	Psicólogo em Geral
				06810	Nutricionista em Geral
				06125	Médico Endocrinologista
				06163	Médico Cir. do Aparelho Digestivo
				06180	Médico Cirurgião Plástico
				06105	Médicos, em Geral (Clínico Geral)
				06157	Médico Pneumotisiologista
				07620	Fisioterapeuta
				06117	Médico Cardiologista
				06115	Médico Anestesista
				06175	Médico Angiologista
			03	57210	Auxiliar de Enfermagem
				07110	Enfermeiro em Geral
				07310	Assistente Social em Geral
				07410	Psicólogo em Geral
				06810	Nutricionista em Geral
				06125	Médico Endocrinologista
				06163	Médico Cir. do Aparelho Digestivo
				06180	Médico Cirurgião Plástico
				06105	Médicos, em Geral (Clínico Geral)
				06157	Médico Pneumotisiologista
				07620	Fisioterapeuta
				06117	Médico Cardiologista
				06115	Médico Anestesista
				06120	Médico Cirurgião Cardiovascular
			04	57210	Auxiliar de Enfermagem
				07110	Enfermeiro em Geral
				07310	Assistente Social em Geral
				07410	Psicólogo em Geral
				06810	Nutricionista em Geral

				06125	Médico Endocrinologista
				06110	Médico Cirurgião em Geral
				06180	Médico Cirurgião Plástico
				06105	Médicos, em Geral (Clínico Geral)
				06157	Médico Pneumotisiologista
				07620	Fisioterapeuta
				06117	Médico Cardiologista
				06115	Médico Anestesista
				06175	Médico Angiologista
			05	57210	Auxiliar de Enfermagem
				07110	Enfermeiro em Geral
				07310	Assistente Social em Geral
				07410	Psicólogo em Geral
				06810	Nutricionista em Geral
				06125	Médico Endocrinologista
				06110	Médico Cirurgião em Geral
				06180	Médico Cirurgião Plástico
				06105	Médicos, em Geral (Clínico Geral)
				06157	Médico Pneumotisiologista
				07620	Fisioterapeuta
				06117	Médico Cardiologista
				06115	Médico Anestesista
				06120	Médico Cirurgião Cardiovascular
			06	57210	Auxiliar de Enfermagem
				07110	Enfermeiro em Geral
				07310	Assistente Social em Geral
				006162	Médico Psiquiatra
				06810	Nutricionista em Geral
				06125	Médico Endocrinologista
				06163	Médico Cir. do Aparelho Digestivo
				06180	Médico Cirurgião Plástico

				06105	Médicos, em Geral (Clínico Geral)
				06157	Médico Pneumotisiologista
				07620	Fisioterapeuta
				06117	Médico Cadiologista
				06115	Médico Anestesista
				06175	Médico Angiologista
			07	57210	Auxiliar de Enfermagem
				07110	Enfermeiro em Geral
				07310	Assistente Social em Geral
				006162	Médico Psiquiatra
				06810	Nutricionista em Geral
				06125	Médico Endocrinologista
				06163	Médico Cir. do Aparelho Digestivo
				06180	Médico Cirurgião Plástico
				06105	Médicos, em Geral (Clínico Geral)
				06157	Médico Pneumotisiologista
				07620	Fisioterapeuta
				06117	Médico Cadiologista
				06115	Médico Anestesista
				06120	Médico Cirurgião Cardiovascular
			08	57210	Auxiliar de Enfermagem
				07110	Enfermeiro em Geral
				07310	Assistente Social em Geral
				006162	Médico Psiquiatra
				06810	Nutricionista em Geral
				06125	Médico Endocrinologista
				06110	Médico Cirurgião em Geral
				06180	Médico Cirurgião Plástico
				06105	Médicos, em Geral (Clínico Geral)
				06157	Médico Pneumotisiologista
				07620	Fisioterapeuta

				06117	Médico Cadiologista
				06115	Médico Anestesista
				06175	Médico Angiologista
			09	57210	Auxiliar de Enfermagem
				07110	Enfermeiro em Geral
				07310	Assistente Social em Geral
				006162	Médico Psiquiatra
				06810	Nutricionista em Geral
				06125	Médico Endocrinologista
				06110	Médico Cirurgião em Geral
				06180	Médico Cirurgião Plástico
				06105	Médicos, em Geral (Clínico Geral)
				06157	Médico Pneumotisiologista
				07620	Fisioterapeuta
				06117	Médico Cadiologista
				06115	Médico Anestesista
				06120	Médico Cirurgião Cardiovascular
			10	07210	Tecnico de Enfermagem, em Geral
				07110	Enfermeiro em Geral
				07310	Assistente Social em Geral
				07410	Psicólogo em Geral
				06810	Nutricionista em Geral
				06125	Médico Endocrinologista
				06163	Médico Cir. do Aparelho Digestivo
				06180	Médico Cirurgião Plástico
				06105	Médicos, em Geral (Clínico Geral)
				06157	Médico Pneumotisiologista
				07620	Fisioterapeuta
				06117	Médico Cadiologista
				06115	Médico Anestesista

				06175	Médico Angiologista
			11	07210	Tecnico de Enfermagem, em Geral
				07110	Enfermeiro em Geral
				07310	Assistente Social em Geral
				07410	Psicólogo em Geral
				06810	Nutricionista em Geral
				06125	Médico Endocrinologista
				06163	Médico Cir. do Aparelho Digestivo
				06180	Médico Cirurgião Plástico
				06105	Médicos, em Geral (Clínico Geral)
				06157	Médico Pneumotisiologista
				07620	Fisioterapeuta
				06117	Médico Cadiologista
				06115	Médico Anestesista
				06120	Médico Cirurgião Cardiovascular
			12	07210	Tecnico de Enfermagem, em Geral
				07110	Enfermeiro em Geral
				07310	Assistente Social em Geral
				07410	Psicólogo em Geral
				06810	Nutricionista em Geral
				06125	Médico Endocrinologista
				06110	Médico Cirurgião em Geral
				06180	Médico Cirurgião Plástico
				06105	Médicos, em Geral (Clínico Geral)
				06157	Médico Pneumotisiologista
				07620	Fisioterapeuta
				06117	Médico Cadiologista
				06115	Médico Anestesista
				06175	Médico Angiologista

					07210	Tecnico de Enfermagem, em Geral
					07110	Enfermeiro em Geral
					07310	Assistente Social em Geral
					07410	Psicólogo em Geral
					06810	Nutricionista em Geral
					06125	Médico Endocrinologista
			13		06110	Médico Cirurgião em Geral
					06180	Médico Cirurgião Plástico
					06105	Médicos, em Geral (Clínico Geral)
					06157	Médico Pneumotisiologista
					07620	Fisioterapeuta
					06117	Médico Cardiologista
					06115	Médico Anestesista
					06120	Médico Cirurgião Cardiovascular
					07210	Tecnico de Enfermagem, em Geral
					07110	Enfermeiro em Geral
					07310	Assistente Social em Geral
					006162	Médico Psiquiatra
					06810	Nutricionista em Geral
					06125	Médico Endocrinologista
			14		06163	Médico Cir. do Aparelho Digestivo
					06180	Médico Cirurgião Plástico
					06105	Médicos, em Geral (Clínico Geral)
					06157	Médico Pneumotisiologista
					07620	Fisioterapeuta
					06117	Médico Cardiologista
					06115	Médico Anestesista
					06175	Médico Angiologista
			15		07210	Tecnico de Enfermagem, em Geral

				07110	Enfermeiro em Geral
				07310	Assistente Social em Geral
				006162	Médico Psiquiatra
				06810	Nutricionista em Geral
				06125	Médico Endocrinologista
				06163	Médico Cir. do Aparelho Digestivo
				06180	Médico Cirurgião Plástico
				06105	Médicos, em Geral (Clínico Geral)
				06157	Médico Pneumotisiologista
				07620	Fisioterapeuta
				06117	Médico Cadiologista
				06115	Médico Anestesista
				06120	Médico Cirurgião Cardiovascular
			16	07210	Tecnico de Enfermagem, em Geral
				07110	Enfermeiro em Geral
				07310	Assistente Social em Geral
				006162	Médico Psiquiatra
				06810	Nutricionista em Geral
				06125	Médico Endocrinologista
				06110	Médico Cirurgião em Geral
				06180	Médico Cirurgião Plástico
				06105	Médicos, em Geral (Clínico Geral)
				06157	Médico Pneumotisiologista
				07620	Fisioterapeuta
				06117	Médico Cadiologista
				06115	Médico Anestesista
				06175	Médico Angiologista
			17	07210	Tecnico de Enfermagem, em Geral
				07110	Enfermeiro em Geral
				07310	Assistente Social em Geral
				006162	Médico Psiquiatra

				06810	Nutricionista em Geral
				06125	Médico Endocrinologista
				06110	Médico Cirurgião em Geral
				06180	Médico Cirurgião Plástico
				06105	Médicos, em Geral (Clínico Geral)
				06157	Médico Pneumotisiologista
				07620	Fisioterapeuta
				06117	Médico Cardiologista
				06115	Médico Anestesista
				06120	Médico Cirurgião Cardiovascular