

## Protocolo para Cirurgia Bariátrica

1 – O paciente deverá estar enquadrado dentro do diagnóstico de obesidade mórbida e das indicações de Cirurgia Bariátrica, conforme preconiza a Portaria SAS nº 492 de 31 de agosto de 2007, abaixo descritas:

- a) Portadores de obesidade mórbida com Índice de Massa Corpórea - IMC igual ou superior a 40kg/m<sup>2</sup>, sem co-morbidades e que não respondem ao tratamento conservador (dieta, psicoterapia, atividade física, etc), realizado durante pelo menos dois anos e sob orientação direta ou indireta de equipe de hospital credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao paciente portador de obesidade;
- b) Portadores de obesidade mórbida com IMC igual ou maior do que 40 kg/m<sup>2</sup> com co-morbidades que ameaçam a vida;
- c) Pacientes com IMC entre 35 e 39,9 kg/m<sup>2</sup> portadores de doenças crônicas desencadeadas ou agravadas pela obesidade.

Porém, os seguintes critérios devem ser observados:

- a) Excluir os casos de obesidade decorrente de doença endócrina (por exemplo, Síndrome de Cushing devida a hiperplasia supra-renal);
- b) Respeitar os limites da faixa etária de 18 a 65 anos, e o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes de as epífises de crescimento estarem consolidadas nos jovens;
- c) Doente ter capacidade intelectual para compreender todos os aspectos do tratamento, bem como dispor de suporte familiar constante;
- d) O doente e os parentes que o apóiam deverão assumir o compromisso com o seguimento pós-operatório, que deve ser mantido indefinidamente;
- e) O doente não deve apresentar alcoolismo ou dependência química e outras drogas, distúrbio psicótico grave ou história recente de tentativa de suicídio.

### Informações necessárias:

- a) Idade em anos;
- b) Peso em quilogramas;
- c) Altura em metros;
- d) Índice de Massa Corpórea ou IMC em kg/m<sup>2</sup>;
- e) Duração do tratamento clínico da obesidade em anos;
- f) Descrição do tratamento clínico da obesidade (dieta, psicoterapia, atividade física, medicamentos, etc.);
- g) O paciente tem capacidade intelectual para compreender todos os aspectos do tratamento? ( ) sim, ( ) não;
- h) O paciente dispõe de suporte familiar constante? ( ) sim, ( ) não;
- i) O paciente e seus familiares assumem o compromisso com o seguimento pós-operatório por tempo indefinido? ( ) sim, ( ) não;
- j) O paciente sofre de alcoolismo? ( ) sim, ( ) não;
- k) O paciente sofre de dependência química a outras drogas? ( ) sim, ( ) não;
- l) O paciente sofre de distúrbio psicótico grave? ( ) sim, ( ) não;
- m) O paciente tentou suicídio recentemente? ( ) sim, ( ) não;
- n) O paciente sofre de bulimia? ( ) sim, ( ) não;
- o) O paciente é portador de doença crônica desencadeada ou agravada pela obesidade? ( ) sim, ( ) não. Em caso afirmativo, assinale abaixo:
  - Hipertensão arterial sistêmica: ( ) controlada, ( ) não controlada, ( ) nunca tratou;
  - Doença cardiovascular: ( ) usa medicamento, ( ) não usa medicamento;
  - Diabete melito tipo II: ( ) controlado, ( ) não controlado, ( ) nunca tratou;

- Doença pulmonar: ( ) usa medicamento, ( ) não usa medicamento;
- Apnéia do sono: ( ) incapacitante, ( ) não incapacitante;
- Colelitíase: ( ) com sintoma, ( ) assintomático;
- Linfedema: ( ) incapacitante, ( ) não incapacitante
- Artropatia em MMII: ( ) incapacitante; ( ) não incapacitante;
- Hérnia de disco: ( ) com sintomas neurológicos, ( ) sem sintomas neurológicos;
- Manifestações psico-sociais: ( ) com sintomas, ( ) sem sintomas.

Observação 1: O enquadramento nas indicações da cirurgia bariátrica está em conformidade com o Anexo I – Diretrizes para a Atenção ao Pacientes com Obesidade Grave, da Portaria 492.

Observação 2: O escore de gravidade do candidato à cirurgia bariátrica está em conformidade com o Formulário I-B da referida portaria, obedece a pontuação abaixo, e prioriza aqueles com 10 ou mais pontos:

<b>Doença</b>	<b>0 ponto</b>	<b>1 ponto</b>	<b>2 pontos</b>
Hipertensão	Nunca tratou	Controlado	Não controlado
Cardiovascular	-	Sem medicamento	Com medicamento
Diabete	Nunca tratou	Controlado	Não controlado
Pulmonar	-	Sem medicamento	Com medicamento
Apnéia	-	Não incapacitante	Incapacitante
Colelitíase	Assintomático	-	Sintomático
Linfedema	-	Não incapacitante	Incapacitante
Artropatia	-	Não incapacitante	Incapacitante
Hérnia discal	-	Sem sintomas	Com sintomas
Psico-social	Com sintomas	Sem sintomas	-

2 – A CERAC da Unidade Federativa (UF) de origem do paciente deverá enviar laudos dos seguintes exames:

- Hemograma com plaquetas
- Coagulograma (TP e KTTP)
- Uréia e creatinina
- Sódio e potássio
- Glicemia de jejum e hemoglobina glicosilada (HbA1C)
- TGO e TGP
- Fosfatase alcalina
- Gama-glutamil transferase (GGT)
- Proteínas totais e frações
- Ácido úrico
- T3, T4 e TSH
- Colesterol total, HDL, e triglicerídeos
- Exame de urina
- Exame de fezes
- Teste de gravidez (para mulheres em período fértil)
- Radiografia simples de tórax
- Ecografia (ultrassonografia) abdominal total
- Endoscopia digestiva alta
- Eletrocardiograma (ECG)
- Ecocardiograma bidimensional com fluxo a cores
- Ergometria ou cintilografia miocárdica (quando houver indicação médica)
- Ecodópler dos membros inferiores (quando houver indicação médica)

- Bronco-provacaç o com metacolina (quando houver indicação médica)
- Polissonografia (quando houver indicação médica)

Observa o 1: A lista de exames está em conformidade com os itens Preparo do Paciente e o Formulário I-C da Portaria 492.

Observa o 2: Requisita-se apenas laudos finais conclusivos não havendo necessidade de anexar fotografias ou imagens dos exames.

2 – A CERAC da UF de origem do paciente deverá enviar têm também laudos de todos os especialistas listados abaixo:

- a) Cirurgião – relatório da avaliação clínica;
- b) Clínico ou Endocrinologista – relatório da avaliação clínica;
- c) Psicólogo ou psiquiatra: relatório da avaliação clínica com informação sobre transtornos do humor, do comportamento alimentar, etc.;
- d) Cardiologista – relatório da avaliação clínica, pressão arterial (medida com manguito de obeso) e avaliação do risco cirúrgico;
- e) Pneumologista – relatório da avaliação clínica e do risco cirúrgico;
- f) Nutricionista ou Nutrólogo – relatório atestando tipo de tratamento dietético realizado e resposta obtida em termos de peso perdido;
- g) Odontólogo ou Dentista – relatório atestando que o paciente apresenta dentes bem conservados ou que realizou tratamento necessário para recuperar a capacidade de mastigação;
- h) Outros especialistas – dependendo do caso, pode ser necessário parecer de outros médicos, por exemplo, Ginecologista e Cirurgião Vascular.

Observa o: A lista de especialistas está em conformidade com o Formulário I-C da Portaria 492.

3 – O Hospital Consultor emitirá parecer favorável ao encaminhamento do paciente portador de Obesidade Grave nos casos em que todos os requisitos anteriores forem preenchidos e que, também, alcancem 10 ou mais pontos no escore de gravidade.

Observa o: Nos casos em que o pedido de encaminhamento estiver incompleto, ou seja, faltarem laudos de exames ou avaliações de especialistas, será facultado ao Hospital Consultor decidir por umas das três alternativas: (a) negar encaminhamento; (b) solicitar mais informações, e (c) aceitar o encaminhamento.

4 – A Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave (hospital do SUS credenciado para Cirurgia Bariátrica) receberá o encaminhamento e, dependendo da disponibilidade de vaga, poderá iniciar o preparo pr -operatório, executar o procedimento cirúrgico e realizar acompanhamento pós-operatório. Os retornos ambulatoriais a este serviço deverão ocorrer nos seguintes momentos:

- 1 m s – consulta com nutricionista, cirurgião e clínico;
- 3 meses – consulta com nutricionista, cirurgião e clínico;
- 6 meses – consulta com nutricionista, cirurgião, clínico e psicólogo;
- 9 meses – consulta com nutricionista, cirurgião e clínico;
- 12 meses – consulta com nutricionista, cirurgião, clínico e psicólogo;
- 18 meses – consulta com nutricionista, cirurgião, clínico e psicólogo;
- 24 meses – consulta com nutricionista, cirurgião, clínico e psicólogo;
- 36 meses e mais – consulta com nutricionista, cirurgião, clínico e psicólogo.

Observação: Os períodos de retorno ambulatorial estão em conformidade com o Formulário I-D da Portaria 492.

5 – Por ocasião das consultas acima estipuladas, a Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave efetuará os seguintes exames:

- Hemograma
- Sódio, potássio
- Proteinograma
- Zinco
- Cálcio, magnésio, fósforo
- Vitamina B12
- Ácido fólico
- Ferritina
- Colesterol total e frações, triglicérides
- Vitamina A
- Vitamina D (25-hidroxi)

Observação: Os exames laboratoriais citados estão em conformidade com o Formulário I-E da Portaria 492.

6 – Em regime ambulatorial, o serviço de saúde pública da UF de origem do paciente deverá oferecer suplementos nutricionais fundamentais para o período pós-operatório, particularmente depois de Gastroplastia com Derivação Intestinal ou de Gastrectomia com ou sem Desvio Duodenal. São recomendados os seguintes nutrientes:

- Vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K);
- Complexo B oral, ou Vitamina B12 intramuscular;
- Oligoelementos com Zinco;
- Ferro (quelato) e ácido fólico oral, ou Ferro injetável;
- Cálcio (quelato ou citrato);
- Proteína (pó ou líquido) oral.

Observação: A indicação de suplementos nutritivos baseia-se no item 7 – Riscos e Complicações da Cirurgia Bariátrica da Portaria 492.

7 – De acordo com critérios específicos, a Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave realizará Cirurgia Plástica Reparadora nos pacientes submetidos previamente a Cirurgia Bariátrica. Para tanto, a CERAC da UF de origem do paciente necessitará responder ao seguinte questionário:

- a) Data da realização da cirurgia de obesidade:
- b) Dados atuais: peso em kg e IMC em kg/m<sup>2</sup>
- c) Quantos quilos o paciente ganhou ou perdeu nos últimos seis meses?
- d) Para mamoplastia:
  - A ptose mamária produziu desequilíbrio da coluna e incapacidade funcional? ( ) sim, ( ) não;
  - Ocorreram infecções cutâneas, fúngicas ou bacterianas, de repetição? ( ) sim, ( ) não;
  - Na opinião do psiquiatra, o emagrecimento causou alterações psico-patológicas? ( ) sim, ( ) não;
- e) Para abdominoplastia:
  - O abdome em avental produziu desequilíbrio da coluna e incapacidade funcional? ( ) sim, ( ) não;

- Ocorreram infecções cutâneas, fúngicas ou bacterianas, de repetição? ( ) sim, ( ) não;
  - Na opinião do psiquiatra, o emagrecimento causou alterações psico-patológicas? ( ) sim, ( ) não;
- f) Para remoção de excesso de pele no braço e coxa:
- O excesso de pele no braço e na coxa produziu limitação da atividade profissional pelo peso e impossibilidade de movimentação? ( ) sim, ( ) não;
  - Ocorreram infecções cutâneas, fúngicas ou bacterianas, de repetição? ( ) sim, ( ) não;
  - Na opinião do psiquiatra, o emagrecimento causou alterações psico-patológicas? ( ) sim, ( ) não.

Observação 1: As indicações estão em conformidade com o item 9 – Indicação para Cirurgia Plástica Reparadora da Portaria 492, conforme descrição abaixo:

O paciente com aderência ao acompanhamento pós-operatório poderá ser submetido a cirurgia plástica reparadora do abdômen, das mamas e de membros, conforme as diretrizes para a indicação de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, descritas a seguir:

As intervenções reparadoras realizadas após o tratamento da obesidade grave, ou seja, após o emagrecimento máximo obtido, seguirão as recomendações divididas em três classes fundamentais:

Classe I – Há consenso quanto a indicação da realização da cirurgia plástica reparadora;

Classe II – Há controvérsia quanto a indicação de cirurgia plástica reparadora, procedimentos assim classificados não deverão ser autorizados;

Classe III – Há consenso quanto a falta de indicação ou há contra-indicação da cirurgia plástica reparadora.

Classe I:

- a) mamoplastia: incapacidade funcional pela ptose mamária, com desequilíbrio da coluna;
- b) abdominoplastia: incapacidade funcional pelo abdome em avental e desequilíbrio da coluna;
- c) excesso de pele no braço e coxa: limitação da atividade profissional pelo peso e impossibilidade de movimentação;
- d) Nas indicações a, b e c: infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, com infecções fúngicas e bacterianas;
- e) Nas indicações a, b e c: alterações psico-patológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).

Classe II – sem especificação

Classe III:

- a) mamoplastia: incapacidade funcional pela ptose mamária, sem incapacidade funcional, desequilíbrio da coluna, nem piora de auto-estima;
- b) abdominoplastia: abdome em avental, sem doenças cutâneas nem desequilíbrio da coluna;
- c) excesso de pele no braço e coxa: sem limitação da atividade profissional ou impossibilidade de movimentação;
- d) Nas situações a, b e c: ausência de infecções cutâneas de repetição por excesso de pele ou ausência de redução de peso (falta de aderência ao tratamento).

Observação 2: Terão prioridade os casos que tenham mais de 18 meses de pós-operatório da cirurgia bariátrica, que tenham alcançado IMC menor ou igual a 30kg/m<sup>2</sup>, e que tenham estabilizado o peso.

Observação 3: Para cada procedimento de cirurgia reparadora, uma resposta positiva num dos itens do questionário permite autorizar a realização da referida operação.

Observação 4 - De acordo com o parecer do Departamento de Atenção Especializada – DAE/SAS/MS, a Unidade Executante prestará assistência em caso de intercorrências pós-

gastroplastia, considerando que não é permitido a realização deste procedimento em qualquer serviço, resultando da necessidade de concentração do mesmo com responsabilidades pelos procedimentos.

Escrito por Carlos Haruo Arasaki (UNIFESP – São Paulo)