

PROTOCOLO DE ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA – AMBULATÓRIO DE CIRURGIA DA OBESIDADE (CIRURGIA BARIÁTRICA)

HACCR, BRUSQUE/SC

As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória. Têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade de encaminhamento.

Ressaltamos que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas. Pacientes com diagnóstico ou suspeita diagnóstica de obesidade secundária à doença endocrinológica (ex: Síndrome de Cushing) devem ser referenciados à endocrinologia. As contraindicações à cirurgia da obesidade estão descritas neste protocolo e também devem ser observadas antes de referenciar o paciente ao ambulatório.

No caso de indivíduos adultos, considera-se com sobrepeso aqueles que apresentem IMC ³ 25 kg/m² e < 30 kg/m² e com obesidade aqueles com IMC ³ 30 kg/m², sendo a obesidade classificada em:

I - Grau I: indivíduos que apresentem IMC ³ 30 kg/m² e < 35 kg/m²;

II - Grau II: indivíduos que apresentem IMC ³ 35 kg/m² e < 40 kg/m²; e

III - Grau III: indivíduos que apresentem IMC ³ 40 kg/m².

O tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal. O tratamento cirúrgico é indicado apenas em alguns casos, cujas indicações estão descritas abaixo, portanto é apenas uma ação dentro do toda da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade.

Os seguintes critérios devem ser observados para referência ao serviço:

I. Indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

II. Respeitar os limites clínicos de acordo a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o score-z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir:

A análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco benefício realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área. Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento;

III. O indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe;

IV. Compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastroenterológica e anestésica).

Contraindicações para cirurgia bariátrica:

a. Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;

b. Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não contraindicam obrigatoriamente a cirurgia;

São considerados quadros psiquiátricos graves que contraindicam o procedimento:

- Transtornos de comportamento alimentar
- Transtornos psicóticos graves (incluindo depressão grave ou tentativa de suicídio)
- Transtornos de adicção (álcool, tabagismo, drogas ilícitas ou medicamentos).

c. Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco benefício (referenciar à Cardiologia e/ou Pulmonar);

d. Hipertensão portal com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco (referenciar a Gastroenterologia);

e. Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos (referenciar à Endocrinologia);

f. Doença neoplásica, infecciosa ou inflamatória em atividade.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

AMARELO (urgência, atendimento o mais rápido possível) – Pacientes com comorbidades que ameaçam a vida e são certamente melhoradas pela perda de peso;

VERDE (prioridade não urgente) – IMC ≥ 50 kg/m² e sem comorbidades;

AZUL (atendimento eletivo) – IMC ≥ 35 kg/m² – pacientes com comorbidades (HAS, DM, Apneia do sono, Osteoartrose) em acompanhamento multidisciplinar nas especialidades relacionadas com laudo do especialista justificando a comorbidade como relacionada e/ou decorrente do quadro da obesidade e falha documentada de tratamentos conservadores prévios (perda insuficiente ou recuperação de peso) realizados durante pelo menos 2 anos.

Condições que indicam a necessidade de encaminhamento ao ambulatório de cirurgia da obesidade:

1. Indivíduos que apresentem IMC > 50 Kg/m²;
2. Indivíduos que apresentem IMC > 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
3. Indivíduos com IMC > 35 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.
4. Indivíduos com IMC > 30 kg/m² com comorbidades ameaçadoras a vida e que são certamente melhoradas pela perda de peso. Neste caso, a comorbidade deve ser classificada como GRAVE e com intratabilidade clínica atestada por um endocrinologista.

Profissionais habilitados para encaminhamento ao serviço de Cirurgia Bariátrica:

- Endocrinologistas

Não referenciar:

Pacientes com contraindicações formais a realização do procedimento, conforme descrito no corpo deste protocolo.

Mulheres gestantes.

Os pacientes que possuem contraindicações, devem ser acompanhados na atenção especializada

ambulatorial. Se houver mudança do quadro, em um segundo momento, esses pacientes poderão ser referenciados ao ambulatório de cirurgia da obesidade através da atenção especializada.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO DO ENCAMINHAMENTO:

- Idade
- Peso, estatura, IMC
- Breve descrição do tratamento clínico realizado e tempo de tratamento;
- Comorbidades associadas: doença cardiovascular, diabetes mellitus, hipertensão arterial, apneia do sono, doenças articulares, esteatose hepática, dislipidemia, SOP, infertilidade,
- Medicações em uso contínuo com posologia e doses
- Exames (com resultado descrito no encaminhamento): glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos, TGP. TGP, ácido úrico, creatinina, TSH, hemograma, e USG de abdome total.

Este protocolo foi elaborado considerando as Diretrizes Brasileiras para o Tratamento da Obesidade (Abeso, 2016), Protocolo de Encaminhamento para Cirurgia Bariátrica (Ministério da Saúde) e Protocolo de Acesso da Regulação Estadual Ambulatorial SES/SC – Consulta em Cirurgia Bariátrica.

Gestão 2021-2024.

Revisores:

Gabriela Lammel – Médica Reguladora SMS Brusque/SC

Tainá de Arruda e Silva – Médica Reguladora SMS Brusque/SC