



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
FUMAM – FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DO MUNICÍPIO DE TRAMANDAÍ

## RESOLUÇÃO N. ° 0001/2021

“REGULAMENTA OS REQUISITOS PARA O PROCEDIMENTO DE GASTROPLASTIA NO FUMAM”.

O CONSELHO ADMINISTRATIVO DO FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DO MUNICÍPIO DE TRAMANDAÍ, no uso de suas atribuições legais,

FAZ SABER, que este Conselho decidiu o seguinte:

### RESOLUÇÃO:

**Art. 1º.** Esta resolução tem como objetivo regulamentar os requisitos necessários para análise dos pedidos de gastroplastia (Cirurgia Bariátrica), a serem realizados na rede credenciada/conveniada e por profissionais também credenciados/conveniados pelo Fundo Municipal de Assistência Médica do Município de Tramandaí.

**Art. 2º.** Os Associados que queiram solicitar o procedimento deverão se enquadrar nas indicações da Portaria N. 492/2007 do Ministério da Saúde, e nos requisitos abaixo.

- a) **Adolescentes:** só podem ser operados a partir de 16 anos. Mesmo quem tem entre 17 e 18 anos precisam passar pelo menos por duas avaliações clínicas, uma avaliação psicológica e haver o consentimento familiar e aprovação da comissão de ética do hospital;
- b) **Não ser portador de doenças crônicas:** quem possui insuficiência renal, doenças endócrinas ou do sistema imunológico poderá ser contraindicado à realização da bariátrica;
- c) Podem solicitar as pessoas que possuam IMC igual ou superior a 40 kg/m<sup>2</sup>, a qual de acordo com a medição da **Organização Mundial da Saúde** que o classifica como obesidade mórbida ou grave;

d) Pessoas que possuam IMC superior a 35 kg/m<sup>2</sup>, **mas que possuam** problemas de saúde de alto risco cardiovascular, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, apneia do sono, doenças articulares degenerativas ou transtornos degenerativos;

e) **Idosos com mais de 65 anos:** nesse caso deve haver uma avaliação em especial sobre os riscos da cirurgia e se os benefícios compensam as dificuldades extras no pós-operatório de acordo com as condições gerais de saúde do paciente;

**Porém, para todos os casos os seguintes critérios devem ser observados:**

a) Excluir os casos de obesidade decorrente de doença endócrina (por exemplo, Síndrome de Cushing devida a hiperplasia suprarrenal);

b) O paciente ter capacidade intelectual para compreender todos os aspectos do tratamento, bem como dispor de suporte familiar constante;

c) O paciente não apresentar quadro de alcoolismo ou dependência química a outras drogas, distúrbio psicótico grave ou história recente de tentativa de suicídio.

**Art. 3º.** O Associado deverá apresentar a solicitação ao Setor de Protocolo da Prefeitura Municipal, munido dos seguintes documentos:

a) Avaliação cardiológica – o eletrocardiograma, ecocardiograma e outros exames que por ventura foram solicitados.

b) Avaliação respiratória – a radiografia de tórax e as provas de função respiratória contribuem para o diagnóstico e orientação quanto ao quadro respiratório. Nos pacientes portadores de apneia de sono grave, é recomendável a realização de polissonografia, para a avaliação da indicação de uso do suporte respiratório.

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, a infecção deve ser erradicada no pré-operatório.

d) Avaliação ultrassonográfica – A ultrassonografia abdominal é indicada porque permite diagnosticar colelitíase e esteatose hepática, presentes num percentual elevado de pacientes obesos.

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

f) 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.

g) Nos pacientes com doença grave, venosa de membros inferiores ou antecedentes de tromboembolismo, apresentar ecodoppler de membros inferiores e região pélvica.

h) Apresentar solicitação do médico Cirurgião: nome do beneficiário, quadro clínico, idade, sexo, IMC, comorbidades, tratamentos anteriormente realizados sem sucesso, e indicação da cirurgia

i) Avaliação de Psiquiatra ou Psicólogo, atestando a capacidade mental do paciente e indicando que se encontra apto a realizar o procedimento de gastroplastia e informando, se está em tratamento e a quanto tempo.

j) Avaliação de nutricionista ou nutrólogo, informando, sobre as tentativas de emagrecimento e o tempo de tratamento do paciente, o IMC, e se o paciente está apto a realizar o procedimento.

k) Avaliação e autorização de Endocrinologista.

l) Documento que comprove tentativas de tratamento conservador, dieta, psicoterapia, atividade física, etc..., durante pelo menos **dois anos**, ficando dispensado da apresentação deste, os casos em que não são necessários comprovar as tentativas.

**Art. 4º.** A autorização deste Conselho só será emitida após a verificação de cumprimento dos itens mencionados nos artigos anteriores, poderão ser solicitado outros documentos, exames ou avaliações, para comprovar a necessidade do procedimento, caso ainda seja necessário o conselho poderá solicitar a opinião do **Médico Perito do Município** e do **Departamento Jurídico da Prefeitura**.

**Art. 5º.** O Cirúrgião deverá indicar o método cirúrgico que deverá ser adotado.

**Art. 6º.** A porcentagem dos valores correspondentes à participação do Fundo Municipal de Assistência Médica dos Servidores Municipais de Tramandaí e a porcentagem dos valores que serão pagos pelo associado serão os que os demais regramentos definem.

**Art. 7º.** Não havendo disponibilidade financeira o Conselho Administrativo poderá suspender temporariamente a aplicação desta resolução.

**Art. 8º.** Esta Resolução somente se aplica para procedimentos a serem solicitados para a rede credenciada/conveniada pelo FUMAM e por profissionais igualmente credenciados/conveniados

**Art. 9º.** Esta Resolução entra em vigor na data da sua Publicação.

**SALA DO FUMAM**, 06 de Janeiro de 2021.

**MARIA ESTER PIRES DOS SANTOS**  
Presidente do FUMAM

**CRISTIANO ROHRS**  
VICE-PRESIDENTE

**REGISTRE-SE E PUBLIQUE-SE**  
Data Supra

Rua Deodoro Ritter, nº 449 – Sala 01 – Centro – CEP: 95590-000  
Fone: (51) 3684-3437 – E-mail: [fumam@tramandai.rs.gov.br](mailto:fumam@tramandai.rs.gov.br)