

PORTARIA Nº 492, DE 31 DE AGOSTO DE 2007.

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

Considerando a Portaria nº 1.569/GM, de 28 de junho de 2007, que institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade;

Considerando a Portaria nº 1.570/GM, de 28 de junho de 2007, que determina a operacionalização da assistência ao portador de obesidade grave;

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 regulamento técnico, normas e critérios para as Unidades de Assistência de Alta Complexidade com a finalidade de credenciamento e 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 de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave como o hospital 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.

Parágrafo único - Portadores de obesidade grave são aqueles que necessitam de intervenção cirúrgica, conforme os critérios estabelecidos no Anexo I desta Portaria.

Art. 2º - Estabelecer que a Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave deverá:

I - participar de forma articulada e integrada com o sistema público de saúde local e regional, conforme os critérios definidos nos artigos 7º e 8º, desta Portaria;

II - ter adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficácia, eficiência e efetividade das ações prestadas; e

III participar no desenvolvimento profissional, em parceria com a gestão do SUS.

Parágrafo único - Para cumprir as suas finalidades, os hospitais credenciados/habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave deverão atuar conforme as diretrizes do gestor estadual ou municipal, em:

I - Ações de promoção da saúde e de prevenção e detecção precoce da obesidade, que devem ser desenvolvidas de maneira articulada com os programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais ou municipais de saúde; e

II - Diagnóstico e tratamento destinado ao atendimento, compondo a rede de assistência aos pacientes portadores de obesidade grave, incluindo: atendimento de urgência referida; preparo pré-operatório e seguimento pós-cirúrgico; internação para cirurgia bariátrica e internação clínica nas intercorrências relativas à obesidade e nas complicações pós-operatórias; acompanhamento ambulatorial de obesos graves, conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor local; e reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente, no sentido da restituição da sua capacidade funcional.

Art. 3º - Aprovar, na forma de Anexos desta Portaria, o que segue:

I - Anexo I - Diretrizes para a Atenção ao Paciente com Obesidade Grave;

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

III - Anexo III - Formulário de Vistoria.

Art. 4º - Definir que o credenciamento/habilitação de hospitais como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave dar-se-á sob as normas estabelecidas no Anexo II desta Portaria.

§1º - Os atuais hospitais credenciados/habilitados como Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica, com base nos critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 628, de 21 de abril de 2001, ficam automaticamente habilitados como Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave;

§ 2º - Os hospitais de que trata o §1º deverão adequar-se aos critérios de credenciamento/habilitação estabelecidos nesta Portaria no prazo de 1 (um) ano, a contar da data de publicação desta Portaria.

§ 3º - Somente os hospitais credenciados/habilitados poderão cobrar os procedimentos relativos aos Anexos I e II da Portaria SAS/MS nº 493, de agosto de 2007, e desde que tenham realizado o procedimento de Cirurgia Bariátrica no respectivo doente.

Art. 5º - 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 diretrizes constantes do Anexo I desta Portaria e as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão.

Art. 6º - Determinar que as Secretarias de Saúde dos estados, ao indicarem os hospitais a serem habilitados como Unidades de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, estabeleçam, em conjunto com as dos seus respectivos municípios, os fluxos e mecanismos de referência e contra-referência dos doentes.

Art. 7º - Determinar que as Unidades de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave realizem as avaliações, as indicações e o acompanhamento dos pacientes portadores de obesidade grave de acordo com as diretrizes estabelecidas no Anexo I - Diretrizes para a Atenção ao Paciente com Obesidade Grave, desta Portaria.

Art. 8º - Estabelecer que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585 – Atenção à Saúde da População nos Municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados habilitados em Gestão Plena/Avançada.

Art. 9º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a contar da competência outubro de 2007.

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA
Secretário

ANEXO I

DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO AO PACIENTE COM OBESIDADE GRAVE

O hospital credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave constitui-se na referência para o tratamento da obesidade grave, de acordo com as normas descritas nesta Portaria e anexos. A sua estrutura física, equipamentos e recursos humanos especializados devem garantir o acesso e assegurar a qualidade do processo diagnóstico e terapêutico, clínico e cirúrgico, visando a alcançar impacto positivo na sobrevida, com menor morbidade e melhor qualidade de vida, do obeso grave.

As diretrizes a seguir buscam garantir a equidade do acesso e orientar as boas práticas assistenciais.

1. AVALIAÇÃO INICIAL E ESPECIALIZADA DO OBESO GRAVE

A avaliação inicial do obeso grave é feita por médico, na residência (saúde da família), em ambulatório isolado ou hospitalar de atenção especializada (média complexidade) ou em ambulatório de hospital credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, e deve contemplar todos os itens do I-A - FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO INICIAL DE CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA.

A avaliação especializada, por sua vez, é feita por médico ou equipe, em ambulatório isolado ou hospitalar de atenção especializada (média complexidade) ou em ambulatório de hospital credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, e deve contemplar todos os itens do I-B - FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA DE CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA.

2. FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO

Se o resultado da avaliação inicial for indicativo de cirurgia bariátrica, os seguintes encaminhamentos são possíveis, respectivamente: 1) da atenção básica, para consulta na atenção especializada; 2) da atenção especializada, para consulta em hospital credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave; ou 3) permanência do doente avaliado nesse mesmo hospital.

Se o resultado da avaliação especializada for indicativo de cirurgia bariátrica, os seguintes encaminhamentos são possíveis, respectivamente: 1) da atenção especializada, para consulta em hospital credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave; ou 2) permanência do doente avaliado nesse mesmo hospital.

Em não se confirmando a indicação de cirurgia bariátrica, o doente deve dar continuidade ao tratamento clínico e ter o seu atendimento mantido no respectivo estabelecimento de origem, independentemente do nível de atenção, e que seja o mais próximo do município e estado de residência.

Os Formulários para Avaliação Especializada de Candidatos à Cirurgia Bariátrica avaliados no hospital credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave com decisão para a cirurgia bariátrica devem ser mantidos neste hospital, constituindo a respectiva lista de espera por cirurgia bariátrica, e cópias deles devem ser enviadas para o setor da Secretaria Estadual de Saúde responsável pela atualização e controle dessa lista e dos doentes oriundos de outros estados federativos.

Os encaminhamentos intermunicipais ou interestaduais para a avaliação especializada em ambulatório isolado ou hospitalar de atenção especializada (média complexidade) ou em ambulatório de hospital credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave devem ser feitos com a anuência das respectivas secretarias municipais ou estaduais de saúde.

As secretarias estaduais de saúde devem regular esses encaminhamentos e manter sob regulação a lista de espera por cirurgia bariátrica nos hospitais credenciados/habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave.

3. INDICAÇÕES DE CIRURGIA BARIÁTRICA

A cirurgia bariátrica tem as seguintes indicações:

a. Portadores de obesidade mórbida com IMC (índice de massa corpórea) igual ou maior do que 40 Kg/m², sem co-morbidades e que não responderam 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/m² com co-morbidades que ameaçam a vida.

c. Pacientes com IMC entre 35 e 39,9 Kg/m² 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. o 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 assumirem o compromisso com o seguimento pós-operatório, que deve ser mantido indefinidamente;
- e. o doente não apresentar alcoolismo ou dependência química a outras drogas, distúrbio psicótico grave ou história recente de tentativa de suicídio.

4. PREPARO DO PACIENTE

O paciente de obesidade mórbida apresenta uma maior incidência de doenças associadas, entre elas diabetes mellitus, hipertensão arterial, apnéia do sono, doenças pulmonares e cardiopatia isquêmica. Tal situação clínica determina um maior risco cirúrgico, tanto na mortalidade quanto na morbidade pela cirurgia bariátrica.

Descreve-se a seguir o preparo pré-operatório, didaticamente dividido em três fases, em conformidade com o I-C - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DE CIRURGIA BARIÁTRICA:

4.1. Fase Inicial

a) Avaliação pelo cirurgião – o paciente deve ser entrevistado pelo cirurgião que deve colher o máximo de informação sobre a história clínica do candidato à cirurgia bariátrica. 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 co-morbidades 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. Parentes, responsáveis ou amigos devem estar presentes e ser estimulados a participar desse diálogo.

b) Avaliação por clínico ou endocrinologista - uma avaliação especializada deverá ser realizada quanto à 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.

4.2. 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 e outros exames necessários devem ser 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 apnéia de sono grave, é recomendável a realização de polissonografia, para a avaliação da indicação de uso do suporte respiratório. 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 ou anestesista pode prever possíveis dificuldades na entubação oro-traqueal 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, a infecção 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 ingesta após a cirurgia. Correções ortodônticas devem ser feitas antes da operação, e é esperado 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 frequentes. Caberá ao nutricionista ou nutrólogo 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 frequentar as reuniões do grupo multidisciplinar, realizadas mensalmente.

i) Em algumas situações especiais, pacientes obesos mórbidos que tenham co-morbidades 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.

k) Teste para gravidez, nos casos de mulheres em período fértil.

l) 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 deve ser obtida.

4.3. Fase Terciária

Uma vez realizados todos os exames da investigação pré-operatória e o paciente liberado para a operação, este deve assinar um "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido", no qual lhe são informados os aspectos éticos e legais do procedimento e as possíveis complicações da cirurgia, e estabelecido o compromisso do paciente em fazer o acompanhamento pós-operatório adequado.

5. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

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 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; e

d) Derivação bilio-pancreática, 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 (EPI) 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 EPI, é:

a) Banda gástrica ajustável: 49,5 % do EPI;

b) Gastroplastia vertical com banda: 60,2% do EPI;

c) Desvio gástrico com Y de Roux: 70,1% do EPI; e

d) Derivação bilio-pancreática ou Switch Duodenal: 71,7% do EPI.

Dentre os procedimentos acima, recomenda-se que se utilizem somente aqueles que levem à redução de mais de 60% do EPI (itens b, c e d) e os critérios de indicação para os três tipos de cirurgia estão descritos adiante, no item 6.

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 grau de complicações foi inaceitável e, por isso desaprovado, como a derivação jejuno-ileal. Aqueles procedimentos considerados experimentais e sem a suficiente evidência na literatura especializada não são recomendados.

Os procedimentos cirúrgicos bariátricos podem ser realizados por via direta (aberta) 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. No momento, poucos são os profissionais com treinamento e experiência necessárias para o método laparoscópico, e este método não dispensa a necessidade de que o cirurgião também domine a modalidade aberta.

6. DIRETRIZES PARA A CIRURGIA BARIÁTRICA

As intervenções realizadas para o tratamento da obesidade grave obedecem a recomendações divididas em três classes fundamentais, conforme se segue:

Classe I: Há consenso quanto à indicação da realização da Cirurgia Bariátrica. O consenso é resultado de estudos a partir de evidências científicas. Somente os procedimentos descritos como desta classe podem ser autorizados.

Classe II: Há controvérsia quanto à indicação da Cirurgia Bariátrica. Procedimentos assim classificados não deverão ser autorizados.

Classe III: Há consenso quanto à falta de indicação ou há 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 65 anos, e os diferentes tipos de técnicas cirúrgicas têm sua indicação de acordo com as características dos pacientes, estes agrupados conforme as necessidades decorrentes do tipo de paciente, além da faixa etária, habilidade no método e outros.

Na avaliação geral das cirurgias anti-obesidade, independente do nível de classificação considerado, os seguintes procedimentos e parâmetros são estabelecidos:

Cirurgia Restritiva, ou Gastroplastia Vertical sem Derivação, também conhecida por Cirurgia de Mason, em 5% (cinco por cento) dos casos;

Cirurgia Mista, ou Gastroplastia com Derivação Intestinal, também conhecida por Cirurgia de Fobi – Capella, em 85% (oitenta e cinco por cento) dos casos;

Cirurgia Predominantemente Desabsortiva, ou Gastrectomia com ou sem Desvio Duodenal, também conhecida como Cirurgia de Scopinaro e Duodenal Switch, respectivamente sem e com desvio duodenal, em 10% (dez por cento) dos casos.

Diretrizes para Cirurgia Restritiva

Classe I

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

- Quanto ao tempo e ao IMC:

1. IMC igual ou maior do que 35 Kg/m² com co-morbidade ou IMC igual ou maior do que 40 Kg/m² com ou sem co-morbidade.

2. Pacientes que não necessitem de perdas acentuadas (IMC menor do que 50 Kg/m²).

3. Falha do tratamento clínico realizado por, pelo menos, dois anos.

4. Obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos.

- Quanto ao perfil psico-social:

5. Sem uso de álcool ou outras drogas nos últimos cinco anos.

Classe II

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

6. Superobesidade (IMC igual ou maior do que 50 Kg/m²)

Classe III

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

7. Hábito de comer doce.

8. Pacientes psiquiátricos (risco suicídio).

9. Usuários de álcool ou drogas.

Diretrizes para a Cirurgia Mista

Classe I

A Cirurgia Mista ou Gastroplastia com Derivação Intestinal deve seguir os seguintes critérios de indicação:

- Quanto ao tempo e ao IMC:

1. IMC igual ou maior do que 35 Kg/m² com co-morbidade e IMC igual ou maior do que 40 Kg/m² com ou sem co-morbidade

2. Obesidade mórbida tratada clinicamente por, pelo menos, dois anos sem resposta. .

3. Obesidade mórbida instalada há mais de 5 anos.

- Quanto ao perfil psico-social:

5. Perda da auto-estima

6. Difícil inclusão social (trabalho, lazer etc.) devido à obesidade.

Classe II

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

7. Paciente super-super obeso (IMC maior do que 60 Kg/m²).

8. Maiores de 65 anos.

9. Menores de 18 anos.

10. Portadores de doenças do estômago (úlcera, 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 (risco de suicídio).

13. Portadores de doença endócrina (síndrome de 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 Cirurgia Predominantemente Desabsortiva

Classe I

A Gastrectomia com ou sem Desvio Duodenal, deve seguir os seguintes critérios de indicação:

- Quanto ao tempo e ao IMC:

1. IMC igual ou maior do que 35 Kg/m² com co-morbidade ou IMC igual ou maior do que 40 Kg/m² com ou sem co-morbidade.

2. Doentes que necessitem de perdas acentuadas e sustentáveis (IMC igual ou maior do que 50 Kg/m²).

3. Insuficiente perda de peso obtida por meio de outros procedimentos bariátricos.

4. Falha do tratamento clínico realizado por, pelo menos, 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 possíveis de serem ingeridos em caso de outras operações.

7. Perda da auto-estima.

8. Dificil inclusão social (trabalho, lazer etc.) devido à obesidade.
9. Pacientes que tenham um bom perfil de adesão a controle de longo prazo.

Classe II

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

9. Menores de 18 ou maiores de 65 anos.
10. Impossibilidade de seguir a orientação nutricional e adesão a controle de longo prazo.
11. Falta de compreensão sobre o procedimento cirúrgico indicado.
12. Síndrome de Pradder-Willi.

Classe III

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

13. Usuários de álcool ou outra droga.
14. Pacientes psiquiátricos.
15. Impossibilidade ou falta de adesão a controle de longo prazo.

7. RISCOS E COMPLICAÇÕES DA CIRURGIA BARIÁTRICA

Quanto à mortalidade e morbidade nos primeiros 30 dias pós-operatórios, não há parâmetros conclusivos que diferenciem as três modalidades operatórias recomendadas, mas os dados indicam que elas são 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. O tratamento cirúrgico da obesidade grave tem repercussões nutricionais, sendo necessárias reposições com suplementos vitamínicos, que nem sempre resultam em uma resposta adequada. Pode haver também complicações digestivas como "dumping", colelitíase, oclusão intestinal e hérnias, entre outras.

O I-D – ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS PÓS-OPERATÓRIOS DE CIRURGIA BARIÁTRICA (adaptado do BAROS) dispõe como os resultados cirúrgicos podem ser avaliados.

8. ACOMPANHAMENTO PÓS-OPERATÓRIO

No 15º dia do pós-operatório de cirurgia bariátrica, o doente deverá ter consulta com o cirurgião e nutricionista e receber orientação sobre como seguir indefinidamente em acompanhamento ambulatorial, conforme descrito em I-E - ROTEIRO PARA ACOMPANHAMENTO PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA. Como no primeiro ano do pós-operatório ocorre a perda de peso mais relevante e aguda, o acompanhamento deverá ser mais freqüente. A partir do segundo ano, o acompanhamento será anual.

9. INDICAÇÃO PARA CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA

O paciente com aderência ao acompanhamento pós-operatório poderá ser submetido à cirurgia plástica reparadora do abdome, das mamas e de membros, conforme as diretrizes para 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 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.

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 há contra-indicação da Cirurgia Plástica Reparadora.

Classe I:

1. Mamoplastia: incapacidade funcional pela ptose mamária, com desequilíbrio da coluna;
2. Abdominoplastia: incapacidade funcional pelo abdome em avental e desequilíbrio da coluna;
3. Excesso de pele no braço e coxa: limitação da atividade profissional pelo peso e impossibilidade de movimentação;
4. Nas indicações 1, 2 e 3: Infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas;
5. Nas indicações 1, 2 e 3: Alterações psico-patológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).

Classe II:

6. Sem especificação.

Classe III:

7. Mamoplastia: ptose mamária, sem incapacidade funcional, desequilíbrio da coluna nem piora da auto-estima;
8. Abdominoplastia: abdome em avental, sem doenças cutâneas nem desequilíbrio da coluna;

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

10. Nas situações 7, 8 e 9: ausência de infecções cutâneas de repetição por excesso de pele ou ausência de redução de peso (falta de aderência ao tratamento).

I-A - FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO INICIAL DE CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME:	
Idade:	DN: ___/___/___
Estado Civil:	Profissão:
Documento de Identidade:	
Endereço de Residência:	
Cidade/UF	
DDD e Fone:	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
NOME:	
CNES:	DDD e Fone:
Endereço:	
Cidade/UF	
INFORMAÇÕES CLÍNICAS RELEVANTES	

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
1. IMC (Índice de massa corporal) igual ou maior do que 40 Kg/m ² (fórmula para cálculo do IMC = Peso / Altura ²) () Sim () Não
2. IMC igual ou maior do que 35 Kg/m ² associado à co-morbidades (hipertensão arterial, diabete, dislipidemia, doenças articulares degenerativas, outras doenças determinadas pela obesidade): () Sim – qual(ais): () Não
3. Evidência de insucesso no tratamento clínico realizado por, no mínimo, 2 anos: () Sim () Não
4. Garantia do apoio familiar em todas as etapas do tratamento: () Sim () Não () Indeterminado
5. Compromisso com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastro-enterológica, anestésica, laboratorial e por imagem): () Sim () Não () Indeterminado
6. Compromisso consciente do paciente e parentes 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 deverão ser reavaliados posteriormente, a não ser que haja evidência imediata clara de não cumprimento.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

1. Psicose: () Sim () Não	2. Tentativa prévia de suicídio: () Sim () Não
3. Bulimia: () Sim () Não	4. Dependência de álcool e outras drogas: () Sim () Não
5. Doenças associadas que aumentam o risco cirúrgico: () Sim () Não	6. Idade menor do que 18 e maior do que 65 anos: () Sim () Não
7. Desajuste familiar impeditivo: () Sim () Não	
NOTA: A evidência da presença de qualquer dos critérios acima exclui o paciente.	

ENCAMINHAMENTO: () Permanência/retorno à origem, para continuidade do tratamento clínico. () Agendar consulta especializada (especificar o estabelecimento e a data): () Agendar consulta em Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave (especificar o hospital e a data): Nome do Médico Avaliador: _____ CRM: _____ Local (cidade/UF): _____ Data: _____
--

Data do Encaminhamento:

I-B - FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA DE CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Pacientes com escore igual ou maior que 10 devem ser priorizados.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME:	
Idade:	DN: ___/___/___
Estado Civil:	Profissão:
Data da Avaliação:	
Documento de Identidade:	
Endereço de residência:	
DDD e Fone:	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
NOME:	
CNES:	DDD e Fone:
Endereço:	
Cidade/UF	
INFORMAÇÕES CLÍNICAS RELEVANTES	

CRITÉRIOS E PONTUAÇÃO

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

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

Doença	Com uso de medicamento	Sem uso de medicamento
Cardiovascular	2	1
	Sintomático	Assintomático
Coletíase	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

ENCAMINHAMENTO:

- () Permanência/retorno à origem, para continuidade do tratamento clínico.
 () Agendar consulta na Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave (especificar o estabelecimento e a data):
 () Permanecer na Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave (especificar o estabelecimento e a data):

Nome do Médico Avaliador: _____ CRM: _____

Local (cidade/UF): _____ Data: _____

Data do Encaminhamento:

NOTA: Os Formulários para Avaliação Especializada de Candidatos à Cirurgia Bariátrica avaliados no hospital credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave com decisão para a cirurgia bariátrica devem ser mantidos neste hospital, constituindo a respectiva lista de espera por cirurgia bariátrica, e cópias deles devem ser enviadas para o setor da Secretaria Estadual de Saúde responsável pela atualização e controle dessa lista e dos doentes oriundos de outros estados federativos.

I-C - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DE CIRURGIA BARIÁTRICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME:	
Idade:	DN: ___/___/___
Estado Civil:	Profissão:
Data da inclusão em lista:	
Documento Identidade:	
Endereço:	
Fone:	

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

Fase Inicial:

<p>a) Avaliação pelo cirurgião</p> <p>b) Avaliação pelo clínico ou endocrinologista</p> <p>c) Avaliação e preparo psicológico (psicólogo ou psiquiatra)</p> <p>Fase Secundária:</p> <p>a) Avaliação cardiológica</p> <p>b) Avaliação respiratória</p> <p>c) Avaliação endoscópica</p> <p>d) Avaliação ultra-sonográfica</p> <p>e) Avaliação ginecológica</p> <p>e) Avaliação odontológica</p> <p>f) Avaliação vascular</p>
<p>g) Avaliação de risco cirúrgico: O obeso mórbido é um paciente de risco moderado a alto para cálculo de morbi-mortalidade cirúrgica. Por isso, classificam-se os pacientes em três grupos de risco para preparo pré-operatório e cuidados trans- e pós-operatórios.</p> <p>As co-morbidades clínicas relacionadas ao aumento do risco cirúrgico são classificadas em dois grupos, maiores e menores:</p>
<p>Maiores</p>
<p>1. Idade igual ou maior do que 50 anos</p>
<p>2. Diabetes mellitus</p> <p>3. Apnéia do sono</p> <p>4. Pneumopatia</p> <p>5. Cardiopatia</p> <p>6. Doença do sistema venoso profundo</p> <p>7. Síndrome metabólica</p>
<p>Menores</p>
<p>1. Hipertensão arterial sistêmica</p> <p>2. Dislipidemia</p> <p>3. Doença ósteo-muscular</p> <p>4. Hiperuricemia</p>

<p>CLASSIFICAÇÃO DO GRUPO DE RISCO</p>
<p>O risco cirúrgico mínimo considerado é o moderado (ASA 3).</p>
<p>1º GRUPO</p> <p>Pacientes com um ou duas co-morbidades menores.</p>
<p>2º GRUPO</p> <p>Pacientes com três co-morbidades menores ou uma maior. No caso de ser a idade a categoria maior, com ou sem co-morbidades menores.</p>
<p>3º GRUPO</p> <p>Pacientes com uma ou mais co-morbidades maiores (que não a idade).</p>
<p>AVALIAÇÃO LABORATORIAL CONFORME O RISCO CIRÚRGICO</p>
<p>1º GRUPO</p> <p>Radiografia simples de tórax, ECG, ergometria, ecografia abdominal total, endoscopia digestiva alta, hemograma com plaquetas, TP, KTTp, creatinina, sódio, potássio, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, T4, TSH, colesterol total, HDL, triglicerídeos.</p>
<p>2º GRUPO</p> <p>Radiografia simples de tórax, ECG, ergometria, ecografia abdominal total, endoscopia digestiva alta, hemograma com plaquetas, TP, KTTp, creatinina, sódio, potássio, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, T4, TSH, colesterol total, HDL, triglicerídeos, ecocardiograma bidimensional com fluxo a cores.</p>
<p>3º GRUPO</p> <p>Radiografia simples de tórax, ECG, ergometria, ecografia abdominal total, endoscopia digestiva alta, hemograma com plaquetas, TP, KTTp, creatinina, sódio, potássio, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, T4, TSH, colesterol total, HDL, triglicerídeos, ecocardiograma bidimensional com fluxo a cores, ecodoppler dos membros inferiores, bronco-provacação com metacolina, cintilografia miocárdica (quando indicado no lugar da ergometria), polissonografia (quando indicado).</p>

I-D - ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS PÓS-OPERATÓRIOS DE CIRURGIA BARIÁTRICA
(adaptado do BAROS)

NOME:	
IDADE:	REGISTRO:
PESO PRÉ:	ALTURA:
Assinale os distúrbios presentes antes da cirurgia bariátrica:	
<ul style="list-style-type: none">· 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 assinale com "P", se houve melhora parcial. Caso não tenha melhorado nada, assinale com "N". <u>Anote ao lado o mês em que houve a melhora.</u>	
<ul style="list-style-type: none">· 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 _____	18 meses _____
6 meses _____	2 anos _____
9 meses _____	3 e mais anos _____
Quanto às queixas digestivas no <u>pré-operatório</u> , assinale:	
<ul style="list-style-type: none">· Sem queixas· Pirose (azia, dor gástrica em "queimação") eventual.· Pirose uma 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 <u>após um ano de operado</u> , assinale:	
<ul style="list-style-type: none">· Sem queixas· Pirose (azia, dor em "queimação") eventual· Pirose uma vez por semana· Pirose mais de uma vez por semana· Pirose mais à noite· Pirose mais durante ao dia· Dor ao engolir· Dificuldade ao engolir, engasgos freqüentes.· Vômitos:	
Diários	
Semanais	
Mensais	
Esporádicos	
<ul style="list-style-type: none">· "Dor no estômago".	
Fez tratamento para infecção por Helicobacter pylori?	
<ul style="list-style-type: none">· Sim· Não	
Houve a necessidade de utilizar medicamentos como ranitidina, omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, para aliviar sintomas gástricos? Se houve a necessidade cite o medicamento e quando o utilizou.	

AO MÉDICO ASSISTENTE: Comparar esta auto-avaliação com os resultados dos laudos das endoscopias digestivas altas do pré-operatório e todas as do pós-operatório.

QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA

CONDIÇÃO / MESES DE PÓS-OPERATÓRIO	3	6	12	18	24	36	48	60	72	84	96
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 interesse por sexo:												
Muito menos												
Menos												
O mesmo												
Mais												
Muito mais												

I-E – ROTEIRO PARA ACOMPANHAMENTO PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA.

MESES 1, 2 e 3:
Aos 30 dias - Entrevista/consulta de nutrição, cirurgia e clínica.
Entre 45 a 60 dias - Entrevista/consulta de nutrição, clínica e psicologia. - Exames: Hemograma e dosagens séricas de albumina (ou proteinograma), zinco, cálcio, vitamina B12, ácido fólico, ferritina, lipídios plasmáticos (lipidograma), vitaminas lipossolúveis e, nos casos de derivação bilio-pancreática, eletrólitos ().
Aos 90 dias - Entrevista/consulta de nutrição, cirurgia e clínica. - Aplicação do Questionário BAROS adaptado.

MESES 4 e 5 ou 6:
Aos 120 dias - Entrevista/consulta de nutrição.
Entre 150 a 180 dias - Entrevista/consulta de nutrição, cirurgia, clínica e psicologia.

- Aplicação do questionário BAROS adaptado.
- Exames: Hemograma e dosagens séricas de albumina (ou proteinograma), zinco, cálcio, vitamina B12, ácido fólico, ferritina, lipídios plasmáticos (lipidograma), vitaminas lipossolúveis e, nos casos de derivação bilio-pancreática, eletrólitos.

MESES 12 e 18:

- Entrevista/consulta de nutrição, cirurgia, clínica e psicologia.
- Aplicação do questionário BAROS adaptado.
- Exames: Hemograma e dosagens séricas de albumina (ou proteinograma), zinco, cálcio, vitamina B12, ácido fólico, ferritina, lipídios plasmáticos (lipidograma), vitaminas lipossolúveis e, nos casos de derivação bilio-pancreática, eletrólitos.

MÊS 24 EM DIANTE:

- Entrevista/consulta de nutrição, cirurgia, clínica e psicologia.
- Avaliação psiquiátrica.
- Aplicação do questionário BAROS adaptado.
- Exames: Hemograma e dosagens séricas de albumina (ou proteinograma), zinco, cálcio, vitamina B12, ácido fólico, ferritina, lipídios plasmáticos (lipidograma), vitaminas lipossolúveis e, nos casos de derivação bilio-pancreática, eletrólitos.

ANEXO II

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

1 – NORMAS GERAIS DE CREDENCIAMENTO

1.1. Planejamento/Distribuição das Unidades

As Secretarias de Saúde dos Estados deverão estabelecer um planejamento regional para a distribuição das Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave com seus serviços, conforme a produção mínima estabelecida por Unidade, neste Anexo VI, a fila de espera por cirurgia bariátrica e a disponibilidade orçamentária.

1.2. Processo de Credenciamento e Habilitação

Entende-se por credenciamento de uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave o ato do respectivo Gestor Municipal ou Estadual do SUS de contratar/conveniatar para que preste serviço de média e alta complexidade ao SUS o hospital já incluso no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e que tenha o perfil definido nos artigos 1º e 2º desta Portaria.

Entende-se por habilitação de uma 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 respectivo Gestor Estadual do SUS.

1.2.1 - O processo de credenciamento/habilitação de Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave inicia-se com a solicitação por parte do estabelecimento de saúde ao respectivo Gestor do SUS, da esfera municipal (municípios em gestão plena) ou estadual, ou por proposta desse Gestor ao estabelecimento.

1.2.2 - O processo de credenciamento/habilitação deverá ser formalizado pela Secretaria Estadual de 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 01/2002 e no Pacto pela Saúde. O respectivo Gestor do SUS, uma vez concluída a análise preconizada, atendida a necessidade e os critérios estratégicos e técnicos para credenciamento/habilitação exarados nesta Portaria e seus anexos, dará início ao processo de credenciamento. A ausência desta avaliação ou da aprovação por parte do respectivo Gestor do SUS impede a seqüência do processo.

1.2.3 - O processo de credenciamento/habilitação, ao ser formalizado pelo respectivo Gestor do SUS, deverá ser instruído com:

Documento de Solicitação/Aceitação de Credenciamento/ Habilitação por parte do estabelecimento de saúde pelo Diretor do hospital;

Formulário de Vistoria, Anexo VII desta Portaria, preenchido e assinado, pelos respectivos Gestores do SUS;

Documentação comprobatória do cumprimento das exigências para credenciamento/habilitação estabelecidas neste Anexo VI;

Parecer conclusivo do respectivo Gestor do SUS – manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento. No caso de processo formalizado por Secretaria de município 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 dos pacientes;

Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB aprovando o credenciamento da Unidade, bem como a informação sobre o impacto financeiro no custeio do hospital especificamente para a habilitação em pauta.

1.2.4 - Uma vez emitido o parecer a respeito do credenciamento pelo(s) Gestor(es) do SUS e, se o mesmo for favorável, o processo com a documentação comprobatória ficará na posse do gestor do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria.

1.2.5 - A Secretaria de Estado da Saúde encaminhará à Coordenação Geral da Alta Complexidade, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde/MS (CGAC/DAE/SAS/MS) os seguintes documentos:

- Formulário de Vistoria (Anexo VII) preenchido e assinado pelo respectivo Gestor do SUS.
- Resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB aprovando o credenciamento da Unidade, bem como a informação sobre o impacto financeiro no custeio do hospital, especificamente para a habilitação em pauta.

1.2.6 - O Ministério da Saúde avaliará o formulário de vistoria encaminhado pela Secretaria de Estado da Saúde, e a habilitação, se necessário, estará vinculada à vistoria in loco pelo Ministério da Saúde.

1.2.7 - Caso a avaliação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS tomará as providências para a publicação da Habilitação.

1.2.8 - Em caso de pendências o Ministério da Saúde informará a respectiva Secretaria de Estado da Saúde para conhecimento, manifestação e providências.

2 - Estrutura Assistencial

O hospital a ser credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave deve oferecer atendimento especializado e integral, em:

- a) diagnóstico e tratamento clínico e cirúrgico;
- b) atendimento de urgência referida nos casos de co-morbidades da obesidade grave, que funcione nas 24 horas, mediante o termo de compromisso firmado com o gestor local do SUS;
- c) atendimento ambulatorial dos obesos graves, conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor local e mediante termo de compromisso firmado entre as partes;
- d) internação hospitalar em leitos apropriados;
- e) cirurgia bariátrica em salas de cirurgia equipadas para operações cirúrgicas de obesos graves e disponibilidade de salas para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório;
- e) internação clínica nas intercorrências relativas à obesidade e nas complicações pós-operatórias, mediante termo de compromisso firmado com o gestor; e
- c) 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.

O hospital deverá dispor de acessos especiais para pacientes obesos graves, tais como rampas de acesso e portas adequadas; vasos sanitários que suportem pelo menos 300 kg, reforçados com plataforma de aço inoxidável e armações metálicas; e suportes e pegadores de parede instalados na parede adjacente às banheiras e aos chuveiros. Devem também possuir Alvará de Funcionamento (Licença Sanitária) e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que venham substituir ou complementá-los, a saber:

- a) RDC n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras normas que vierem a complementar, alterar ou substituí-la;
- b) RDC 306 de 06 de dezembro de 2004, da ANVISA, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde.
- c) Resolução nº 05, de 05 de agosto de 1993, do CONAMA – Conselho Nacional de Meio Ambiente.

3 – Recursos Humanos

3.1 Responsabilidade Técnica e Equipe de Cirurgia Bariátrica

a) O hospital para ser credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave deve contar com um responsável técnico pelo serviço de Cirurgia Bariátrica, médico membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica – SBCB.

b) O médico responsável técnico só poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única Unidade credenciada/habilitada pelo Sistema Único de Saúde, devendo residir no mesmo município ou cidade circunvizinha.

c) A equipe de cirurgia bariátrica deve contar com, pelo menos, mais um médico membro titular ou associado da SBCB, e ter um quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem, ambulatório semanal e intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório.

3.2 Exigências gerais para o Hospital

3.2.1 Equipe Mínima de Saúde:

- a) Cardiologia Clínica: Médico com Certificado de Residência Médica em Cardiologia, emitido por Programa de Residência Médica reconhecida pelo MEC, ou Título de Especialista em Cardiologia reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, para atendimento diário e em regime de plantão;
- b) Anestesiologia: Médico com Certificado de Residência Médica reconhecida pelo MEC em Anestesia, ou Título de Especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia;
- c) Enfermagem: Enfermeiro coordenador e enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente.

3.2.2 Equipe Complementar de Saúde (apoio multidisciplinar):

O hospital deverá contar, em caráter permanente, com:

- a) Equipe médica composta por: clínico geral, pneumologista, endocrinologista e angiologista/cirurgião vascular e cirurgião plástico;
- b) Nutricionista;
- c) Psiquiatra/Psicólogo;
- d) Assistente Social;
- f) Fisioterapeuta.

4 - Materiais e Equipamentos

O hospital deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes e possibilitar 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.

4.1 Ambulatório;

- a) Consultório equipado com cadeira, mesa de exame, cadeiras de rodas adequadas aos pacientes obesos graves e balança antropométrica com capacidade mínima para 300 Kg.
- b) Sala de espera com cadeiras ou bancos adequados aos pacientes obesos graves.

4.2 Enfermaria:

- a) 01 (uma) balança antropométrica com capacidade mínima para 300 kg;
- b) 02 (dois) aparelhos de pressão com manguito especial;
- c) pelo menos três leitos com as seguintes especificações: cama hospitalar do tipo Fowler especial, acionável por controle eletrônico, para obesos, com capacidade mínima para 300 kg (acionável por controle eletrônico), movimento de Trendelenburg (acionável por meio de motor ou por manivela), grades (acionáveis por meio de alavanca com três posições) e colchão de alta densidade;
- d) no mínimo, três poltronas com as seguintes especificações: poltrona reclinável específica, com descanso para pés e capacidade mínima para 300 kg;
- e) no mínimo três mesinhas de refeição específicas com altura regulável;
- f) uma cadeira de rodas específica para pacientes obesos com capacidade mínima para 300 kg;
- g) uma maca de transporte com cilindro de O₂ que suporte paciente com ou mais 300 kg;
- h) roupa específica, tais como camisolas, roupões e pijamas, para pacientes com ou mais 300 Kg.

4.3 Bloco Cirúrgico:

O hospital deve contar com sala cirúrgica equipada para pacientes obesos graves, com mesa cirúrgica eletrônica com elevador hidráulico que resista a pesos superiores a 300 kg e suportes que possibilitem a fixação e a mobilidade do doente, 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 cárdio-respiratória;
- j) afastadores cirúrgicos especiais para operações cirúrgicas de obesos graves;
- k) válvulas com lâminas de aço reforçadas, mais longas e largas.

4.4 Unidade de Tratamento Intensivo credenciada pelo SUS, equipada para obesos graves:

- box ou leito de pós-operatório de Cirurgia Bariátrica;
- respiradores volumétricos que suportem volumes e pressões especialmente elevados nos pacientes obesos graves;
- Bipap (*bi-level Positive Airway Pressure*);
- cama do tipo Fowler para obesos conforme especificado no sub-item 4.2;
- esfigmomanômetro especial para obesos;
- cadeira ou poltrona para obesos graves conforme especificado no sub-item 4.2.

5 - Recursos Auxiliares de Diagnóstico e Terapia:

a) Laboratório de Análises Clínicas que participe de programa de Controle de Qualidade e realize exames no próprio hospital, disponíveis nas 24 horas do dia: bioquímicos, hematológicos, microbiológicos, gasométricos, de líquidos orgânicos e de urina;

b) Serviço de Imagenologia: equipamento de radiologia convencional de 500 mA fixo, equipamento de radiologia portátil, Ecodoppler, Ecografia e Tomografia Computadorizada, compatíveis com obesos graves;

- c) Eletrocardiografia e Ergometria;
- 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
- e) Farmácia;

NOTA Os exames de Tomografia Computadorizada e Ergometria poderão ser realizados em serviços instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-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.

6 - Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento:

O hospital a ser credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave deve possuir:

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

b) protocolos nutricionais;

c) protocolos de acompanhamento fisioterápico, com reabilitação funcional;

d) protocolo de suporte psicológico/psiquiátrico;

e) formulários de avaliações e acompanhamento, no mínimo os estabelecidos no Anexo I desta Portaria;

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

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

7 - 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 referentes (ambulatorial, de internação e de pronto-atendimento) e contenha as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo respectivo atendimento.

Os prontuários deverão estar devidamente ordenados e disponíveis, e conter as seguintes informações indispensáveis e mínimas:

a) identificação do paciente;

b) anamnese e exame físico;

c) resultado de exames complementares;

d) risco cirúrgico;

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

d) condições ou sumário da alta hospitalar; e

e) ficha de registro de infecção hospitalar.

8 – Comissões

O hospital, para ser credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, deve ter em funcionamento, devidamente documentado por atas ou documentos afins, as comissões exigidas pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde e Conselhos Federal e Regional de Medicina.

9 - Produção do Hospital

Os hospitais credenciados/habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade devem realizar, em pacientes do Sistema Único de Saúde, em média 8 (oito) atos operatórios de cirurgia bariátrica mensais ou, no mínimo, 96 (noventa e seis) atos operatórios de cirurgia bariátrica anuais de alta complexidade, listados no Anexo II desta Portaria.

A avaliação da prestação de serviços será realizada anualmente. O hospital credenciado/habilitado que não tenha alcançado o mínimo de procedimentos cirúrgicos nos últimos 12 meses terá sua habilitação reavaliada.

ANEXO III

FORMULÁRIO DE VISTORIA

(Deve ser preenchido e assinado pelo Gestor.)
(Este formulário não deve ser modificado nem substituído.)

Nome do hospital: _____
CNPJ: _____ CNES: _____
Endereço: _____
Município: _____ UF: _____
CEP: _____ Telefones: () _____
Fax: () _____
E-mail: _____

Diretor Técnico: _____
Telefone: () _____ Fax: () _____
E-mail: _____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

- Privado lucrativo Privado não lucrativo
 Filantrópico Municipal Estadual
 Federal

TIPOS DE ASSISTÊNCIA:

- Ambulatorial Internação
 Urgência aberta Urgência referida

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO PARA:

- Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave.

NORMAS GERAIS DE CREDENCIAMENTO

1. O processo de credenciamento e habilitação foi formalizado pela Secretaria Estadual ou 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 01/2002 e no Pacto pela Saúde.

- Sim Não

1.1 Consta no processo da Unidade Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave a documentação comprobatória do cumprimento das exigências para credenciamento e habilitação estabelecidas no Anexo V, tais como:

a. Parecer conclusivo do respectivo Gestor do SUS

- Sim Não

b. Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB

- Sim Não

c. Formulário de Vistoria da Vigilância Sanitária

- Sim Não

d. Alvará de Funcionamento (Licença Sanitária)

- Sim Não

e. Titulação do Responsável Técnico

- Sim Não

f. Titulação dos profissionais que compõem a equipe

- Sim Não

g. Termos de compromissos firmados com o gestor local do SUS

- Sim Não

2. ESTRUTURA ASSISTENCIAL

2.1 O hospital oferece atendimento especializado e integral, em:

a) diagnóstico, tratamento clínico e cirúrgico.

- Sim Não

b) atendimento de urgência referida nos casos de co-morbidades da obesidade grave, que funcione nas 24 horas (termo de compromisso).

- Sim Não

c) atendimento ambulatorial dos obesos graves, conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor local (termo de compromisso).

- Sim Não

d) internação hospitalar em leitos apropriados.

- Sim Não

e) cirurgia bariátrica em sala de cirurgia equipada para operações cirúrgicas de obesos graves e disponibilidade de sala para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório.

Sim Não

f) internação clínica nas intercorrências relativas à obesidade e nas complicações pós-operatórias (termo de compromisso)

Sim Não

g) 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

2.2 O Hospital se enquadra nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que venham substituir ou complementá-los, a saber:

a) RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

Sim Não

b) RDC 306 de 06 de dezembro de 2004, da ANVISA.

Sim Não

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

Sim Não

2.3 O hospital dispõe de acessos especiais para pacientes obesos graves, tais como rampas de acesso e portas adequadas; vasos sanitários que suportem pelo menos 300 Kg, reforçados com plataforma de aço inoxidável e armações metálicas; e suportes e pegadores de parede instalados na parede adjacente às banheiras e aos chuveiros.

Sim Não

3. RECURSOS HUMANOS

a) O hospital conta com um responsável técnico pelo serviço de Cirurgia Bariátrica, médico membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica – SBCB.

Sim Não

Nome: _____

Especialidade: _____ CRM: _____

b) O médico responsável técnico assume a responsabilidade técnica por uma única Unidade credenciada e habilitada pelo Sistema Único de Saúde e residir no mesmo município ou cidade circunvizinha.

Sim Não

c) A equipe de cirurgia bariátrica conta com, pelo menos, mais um médico cirurgião membro titular ou associado da SBCB.

Sim Não

Nome: _____

Especialidade: _____ CRM: _____

d) A Unidade conta com quantitativo suficiente de profissionais para o atendimento de enfermagem, ambulatório semanal e intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório.

Sim Não

3.1 Exigências gerais para o Hospital

3.1.1 Equipe Mínima de Saúde:

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

Sim Não

Nome: _____

Especialidade: _____ CRM: _____

b) Anestesiologia: a Unidade conta com Médico com Certificado de Residência Médica reconhecida pelo MEC em Anestesia, ou Título de Especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

Sim Não

Nome: _____

Especialidade: _____ CRM: _____

c) Enfermagem: a Unidade conta com Enfermeiro coordenador e enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente.

Sim Não

Nome do enfermeiro: _____

COREN: _____

3.1.2 Equipe Complementar de Saúde (apoio multidisciplinar):

- O hospital conta, em caráter permanente, com:

- a) Clínico geral
 Sim Não
- b) Pneumologista
 Sim Não
- c) Endocrinologista
 Sim Não
- d) Angiologista
 Sim Não
- e) Cirurgião vascular
 Sim Não
- f) Cirurgião plástico
 Sim Não
- g) Nutricionista
 Sim Não
- h) Psiquiatra/Psicólogo
 Sim Não
- i) Assistente Social
 Sim Não
- j) Fisioterapeuta
 Sim Não

4. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

4.1 O hospital dispõe de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, que assegure a qualidade da assistência aos pacientes e possibilite o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético.

Sim Não

4.2 O hospital destina o quantitativo de leitos específicos preparados para pacientes obesos graves, tanto para internações clínicas como cirúrgicas, conforme descrito a seguir:

4.2.1 Ambulatório:

a) Consultório equipado com cadeira, mesa de exame, cadeiras de rodas adequadas aos pacientes obesos graves e balança antropométrica com capacidade mínima para 300 Kg.

Sim Não

b) Sala de espera com cadeiras ou bancos adequados aos pacientes obesos graves.

Sim Não

4.2.2 Enfermaria:

a) 01 (uma) balança antropométrica com capacidade mínima para 300 Kg.

Sim Não

b) 02 (dois) aparelhos de pressão com manguito especial.

Sim Não

c) pelo menos 03 (três) leitos com as seguintes especificações: cama hospitalar do tipo Fowler, especial para obesos, com capacidade mínima para 300 kg (acionável por controle eletrônico), movimento de Trendelenburg (acionável por meio de motor ou por manivela), grades (acionáveis por meio de alavanca com três posições) e colchão de alta densidade.

Sim Não

d) no mínimo 03 (três) poltronas com as seguintes especificações: poltrona reclinável específica, com descanso para pés e capacidade mínima para 300 Kg.

Sim Não

e) no mínimo 03 (três) mesinhas de refeição específicas, com altura regulável.

Sim Não

f) 01 (uma) cadeira de rodas, específica para obeso, com capacidade mínima para 300 Kg.

Sim Não

g) 01 uma maca de transporte com cilindro de O₂ que suporte paciente com ou mais 300 Kg.

Sim Não

h) roupa específica, tais como camisolas, roupões e pijamas, para pacientes com ou mais 300 Kg.

Sim Não

4.2.3 Bloco Cirúrgico:

a) O hospital conta com sala cirúrgica equipada para pacientes obesos graves, com mesa cirúrgica eletrônica com elevador hidráulico que resista a pesos superiores a 300 Kg e suportes que possibilitem a fixação e a mobilidade do doente.

Sim Não

b) Conta ainda com:

- capnógrafo

Sim Não

- oxímetro de pulso

Sim Não

- monitor de transporte

Sim Não

- monitor de pressão não invasiva

Sim Não

- monitor de pressão invasiva

Sim Não

- aquecedor de sangue

Sim Não

- 02 bombas de infusão, no mínimo

Sim Não

- aparelho de pressão de parede com manguito especial.

Sim Não

- material de emergência para reanimação cárdio-respiratória.

Sim Não

- afastadores cirúrgicos especiais para operações cirúrgicas de obesos graves.

Sim Não

- válvulas com lâminas de aço reforçadas, mais longas e largas.

Sim Não

4.2.4 Unidade de Tratamento Intensivo credenciada pelo SUS, equipada para obesos graves com:

Sim Não

- Box ou leito de pós-operatório de Cirurgia Bariátrica

Sim Não

- respiradores volumétricos que suportem volumes e pressões especialmente elevados nos pacientes obesos graves

Sim Não

- Bipap (*bi-level Positive Airway Pressure*)

Sim Não

- cama do tipo Fowler para obesos conforme especificado no sub-item 4.2 do Anexo V

Sim Não

- esfigmomanômetro especial para obesos

Sim Não

- cadeira ou poltrona para obesos graves conforme especificado no sub-item 4.2 do Anexo V.

Sim Não

5. RECURSOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA:

a) a Unidade conta com Laboratório de Análises Clínicas que participe de programa de Controle de Qualidade e realize exames no próprio hospital, disponíveis nas 24 horas do dia: bioquímicos, hematológicos, microbiológicos, gasométricos, de líquidos orgânicos e de urina.

Sim Não

Razão Social: _____

CNPJ: _____

b) Serviço de Imagenologia: equipamentos compatíveis com obesos graves de:

- Radiologia convencional de 500 mA fixo

Sim Não

- Radiologia portátil

Sim Não

- Ecodoppler

Sim Não

- Ecografia

Sim Não

- Tomografia Computadorizada

Sim Não

Razão Social: _____

CNPJ: _____

c) Eletrocardiografia

Sim Não

d) Ergometria

Sim Não

Razão Social: _____

CNPJ: _____

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

Sim Não

f) Farmácia

Sim Não

6. ROTINAS E NORMAS DE FUNCIONAMENTO E ATENDIMENTO:

6.1 O hospital possui:

Rotinas de funcionamento escritas, atualizadas e assinadas pelo Responsável Técnico pelo serviço de Cirurgia Bariátrica, que aborde todos os processos complementares envolvidos na assistência aos pacientes portadores de obesidade grave.

Sim Não

Protocolos nutricionais.

Sim Não

Protocolos de acompanhamento fisioterápico, com reabilitação funcional.

Sim Não

Protocolo de suporte psicológico/psiquiátrico

Sim Não

Formulários de avaliações e acompanhamento, no mínimo os estabelecidos no Anexo I desta Portaria.

Sim Não

Escala dos profissionais em sobreaviso, das referências inter-institucionais e dos serviços terceirizados

Sim Não

Rotinas de manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos específicos.

Sim Não

7 - REGISTRO DAS INFORMAÇÕES SOBRE OS PACIENTES:

7.1 O hospital possui um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referentes (ambulatorial, de internação e de pronto-atendimento) e contenha as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo respectivo atendimento.

Sim Não

7.2 Os prontuários estão devidamente ordenados e disponíveis, além de conter as seguintes informações indispensáveis e mínimas:

a) identificação do paciente

Sim Não

b) anamnese e exame físico

Sim Não

c) resultado de exames complementares

Sim Não

d) risco cirúrgico

Sim Não

e) descrição do ato operatório, em ficha específica, contendo a identificação da equipe e a descrição do ato cirúrgico.

Sim Não

d) condições ou sumário da alta hospitalar

Sim Não

e) ficha de registro de infecção hospitalar

Sim Não

8. COMISSÕES

8.1 O hospital mantém em funcionamento, devidamente documentado por atas ou documentos afins, as comissões exigidas pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde e Conselhos Federal e Regional de Medicina.

Sim Não

AVALIAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL

AVALIAÇÃO DO GESTOR ESTDUAL

CONCLUSÃO:

De acordo com vistoria realizada in loco, a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria SAS/MS nº 492, de 31 de agosto de 2007, para o credenciamento e a habilitação solicitados.

DATA: _____ / _____ / _____

Carimbo e assinatura do gestor municipal

DATA: _____ / _____ / _____

Carimbo e assinatura do gestor estadual