

PORTARIA 03/2025

(Dispõe sobre a regulamentação do Programa de Cirurgia Bariátrica da FUNSERV).

Fábio Salun Silva, Presidente da Fundação da Seguridade Social dos Servidores Públicos Municipais de Sorocaba, no uso das atribuições que lhe são conferidas e,

CONSIDERANDO que compete a esta Fundação regulamentar as diretrizes para a prestação dos serviços da Assistência à saúde;

CONSIDERANDO a importância de implantação de medidas para assegurar o uso adequado dos recursos da Assistência à saúde;

CONSIDERANDO a importância de estabelecer critérios regulamentares e procedimentos para ingresso no Programa de Cirurgia Bariátrica da FUNSERV;

RESOLVE:

Art. 1º - Esta portaria estabelece diretrizes, critérios e procedimentos para a realização de cirurgia bariátrica pelos beneficiários da FUNSERV, dentro da rede credenciada, através do Programa de Cirurgia Bariátrica.

Art. 2º - A autorização para a realização de cirurgia bariátrica pela FUNSERV só será concedida mediante atendimento a todos os critérios estabelecidos no Regulamento sobre o Programa da Cirurgia Bariátrica FUNSERV, Anexo I desta Portaria.

Art. 3º - Só terão cobertura por esta FUNSERV, os procedimentos cirúrgicos previstos no Regulamento sobre o Programa da Cirurgia Bariátrica FUNSERV, Anexo I desta Portaria.

Art. 4º - Casos omissos serão analisados e deliberados pela Supervisão Técnica em conjunto com a Diretoria executiva.

Art. 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Sorocaba, 10 de janeiro de 2025.

Amanda Cristina Nunes Schiavi

Gestor Administrativo da Assistência à Saúde, em substituição

Edgar Aparecido Ferreira da Silva

Diretor Administrativo e Financeiro

Fábio Salun Silva

Presidente da FUNSERV



FUNDAÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL DOS
SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SOROCABA

FUNSERV

RESUMO

Anexo I - Portaria FUNSERV nº xx/2024.

Sumário

1.	INTRODUÇÃO.....	4
2.	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	4
3.	ETAPAS PARA PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE CIRURGIA BARIÁTRICA.....	5
4.	CUIDADOS E ACOMPANHAMENTOS PÓS-OPERATÓRIOS	6
5.	CRITÉRIOS PARA CIRURGIAS REPARADORAS PÓS-BARIÁTRICA.....	6
6.	CIRURGIAS PLÁSTICAS REPARADORAS COBERTAS PELA FUNSERV	7
7.	DISPOSIÇÕES FINAIS	7

1. INTRODUÇÃO

A gastroplastia, ou cirurgia bariátrica, é um procedimento destinado ao tratamento da obesidade mórbida e suas comorbidades, e inclui uma série de etapas, desde a avaliação pré-operatória até o acompanhamento pós-operatório.

Como qualquer procedimento cirúrgico, a cirurgia bariátrica apresenta riscos e possíveis complicações, por isso é de extrema importância discutir todas essas questões detalhadamente com os profissionais que irão acompanhar o paciente.

Este documento tem como objetivo informar detalhadamente ao paciente sobre os procedimentos, riscos e coberturas relacionados à cirurgia bariátrica (Gastroplastia).

É fundamental que o (a) paciente leia atentamente todas as informações aqui contidas e assine o documento como confirmação de ciência e acordo, Anexo I deste Regulamento.

Não será admitida alegação de desconhecimento das informações contidas nesta Cartilha, sendo responsabilidade do paciente a leitura e compreensão das orientações.

2. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

2.1. Para ser elegível para realização da cirurgia de gastroplastia, o paciente deve atender aos seguintes critérios:

a) Índice de Massa Corporal (IMC):

- IMC igual ou superior a 40 kg/m², independentemente da presença de comorbidades.
 - IMC entre 35 kg/m² e 39,9 kg/m², associado a comorbidades graves (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz);
- Ex. Diabetes, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doenças cardiovasculares, etc.

b) Idade:

- Pacientes entre 18 e 65 anos. Pacientes fora dessa faixa etária podem ser considerados em casos específicos, com indicação e avaliação médica.

c) Tratamento Clínico Prévio:

- Apresentar evidências de que realizou tratamentos clínicos anteriores para perda de peso - dietas, medicamentos, acompanhamento multiprofissional, etc., realizados pelo período mínimo de 02 (dois) anos, sem êxito.
- Avaliação Psicológica que comprove a capacidade do paciente de aderir às mudanças pós-operatórias e ao seguimento em longo prazo.

2.2. Serão inelegíveis para o ingresso no Programa de Cirurgia Bariátrica pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (risco de suicídio), ou que fazem uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 (cinco) anos.

2.3. A decisão de fazer uma gastroplastia deve ser bem ponderada e baseada em orientações médicas. Seguir todos os passos adequadamente é fundamental para o sucesso da cirurgia e a efetiva melhoria da sua saúde.

3. ETAPAS PARA PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Para dar início à solicitação de ingresso no Programa de Cirurgia Bariátrica da FUNSERV, o (a) paciente deverá conhecer este Regulamento e dar ciência no Termo de Ciência e Acordo sobre o Programa de Cirurgia Bariátrica da FUNSERV, Anexo I deste documento.

Antes da cirurgia, o paciente deverá passar por uma série de exames e avaliações para garantir a segurança e eficácia do procedimento:

3.1. 1ª Etapa: Avaliação do Endocrinologista

3.1.1. O(a) paciente deverá passar em consulta com o médico especialista em Endocrinologia;

3.1.2. O médico fará uma análise criteriosa, emitindo relatório detalhado sobre o quadro e histórico clínico do (a) paciente;

3.1.3. O relatório deverá conter peso, altura e cálculo do IMC do (a) paciente, quais patologias e/ou comorbidades ele(a) possui e quais foram os tratamentos realizados anteriormente;

3.1.4. Juntamente com os relatórios deverão ser entregues documentos/exames que comprovem que o paciente esteve em tratamento clínico, sem sucesso, pelo período de pelo menos 02 (dois) anos anteriores;

3.2. 2ª Etapa: Avaliação pela Supervisão Técnica da FUNSERV

3.2.1. O (a) paciente deverá passar em consulta presencial com o Supervisor Técnico da FUNSERV que analisará as condições clínicas do (a) paciente, assim como o relatório emitido pelo Endocrinologista e demais documentos e exames.

3.2.2. Através dessa consulta o Supervisor(a) Técnico analisará a pertinência do (a) paciente ingressar no Programa da Cirurgia Bariátrica ou de ser encaminhado (a) para outros tratamentos com os especialistas que compõem a rede credenciada da FUNSERV.

3.3. 3ª Etapa: Acompanhamento com Nutricionista

3.3.1. Caso o (a) paciente seja considerado apto pela Supervisão Técnica para ingresso no Programa de Cirurgia Bariátrica, deverá retirar junto à FUNSERV a autorização para tratamento com Nutricionista da rede credenciada.

3.3.2. O (a) paciente deverá fazer o acompanhamento contínuo com o profissional e somente poderá dar seguimento no programa da cirurgia caso apresente perda de, **no mínimo**, 5% (cinco por cento) do peso corporal apresentado no início do tratamento.

3.3.2.1. Caso o (a) paciente atinja a perda de peso necessária, e o nutricionista identifique que o (a) mesma está preparado(a) para dar seguimento no processo, ele deverá emitir relatório para que o paciente apresente ao Psicoterapeuta que o acompanhará durante esse processo.

3.3.3. O relatório do nutricionista deverá ser protocolado junto à FUNSERV para análise.

3.3.4. Na ocasião em que o (a) paciente protocolar o relatório para tratamento psicológico, deverá passar por atendimento com a equipe de enfermagem da FUNSERV, que realizará aferição das condições físicas do (a) paciente, assim atualização das informações em sua ficha clínica.

3.4. 4ª Etapa: Acompanhamento com Psicólogo

3.4.1. Caso o (a) paciente seja considerado apto para ingresso no Programa de Cirurgia Bariátrica, deverá também retirar junto à FUNSERV o encaminhamento para o (a) psicólogo(a) da rede credenciada.

3.4.2. O psicólogo deverá fazer o acompanhamento do paciente até que o mesmo seja considerado apto para realizar a cirurgia.

3.4.2.1. A aptidão deverá ser comprovada pelo psicólogo através de relatório, o qual deverá ser protocolado junto à FUNSERV.

3.5. 5ª Etapa: Avaliação com Médico Cirurgião

3.5.1. Considerado apto para a realização da Cirurgia Bariátrica o paciente deverá passar em consulta com médico cirurgião credenciado junto à FUNSERV para avaliação e, posteriormente, realização de tal procedimento.

3.5.2. O pedido médico da cirurgia deverá ser devidamente preenchido, e protocolado junto à FUNSERV para análise e deliberação da Supervisão Técnica.

3.5.3. Após análise, se o pedido for deferido, será emitida guia a qual deve ser entregue ao médico cirurgião e hospital, para agendamento da cirurgia.

4. CUIDADOS E ACOMPANHAMENTOS PÓS-OPERATÓRIOS

4.1. O êxito do procedimento cirúrgico depende de um acompanhamento rigoroso no pós-operatório, onde o paciente deverá passar por consultas regulares com nutricionista, psicólogo e outros profissionais de saúde para monitorar a adaptação às mudanças alimentares e de estilo de vida.

4.2. Após a realização da gastroplastia, alguns pacientes necessitam de cirurgias reparadoras devido ao excesso de pele e outras alterações corporais resultantes da perda significativa de peso.

5. CRITÉRIOS PARA CIRURGIAS REPARADORAS PÓS-BARIÁTRICA

5.1. A análise de solicitação de cirurgia reparadora poderá ser protocolada após 2 (dois) anos que o paciente realizou a cirurgia bariátrica.

5.2. O paciente deverá estar em acompanhamento junto ao endocrinologista, psicólogo e nutricionista, profissionais estes que deverão emitir relatórios detalhando os resultados do procedimento cirúrgico e recomendando a realização de cirurgia reparadora.

5.3. Os relatórios deverão ser protocolados junto à FUNSERV e serão analisados pela Supervisão Técnica.

5.4. Só serão aceitos os pedidos de cirurgia reparadora pós-bariátrica para pacientes que realizaram todo o programa pela FUNSERV. Não serão cobertas cirurgias reparadoras de pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica por outros meios.

5.5. Para ser elegível para cirurgias reparadoras pós-gastroplastia, o paciente deve atender aos seguintes critérios:

a) Perda de Peso Significativa: Comprovação de perda ponderal significativa e estabilização do peso, mantida por um período mínimo de 24 meses após a cirurgia bariátrica.

b) Avaliação Médica: Avaliação e recomendação médica confirmando a necessidade da cirurgia reparadora.

5.6. Após análise da recomendação do endocrinologista, psicólogo e nutricionista, caso o encaminhamento seja deferido, o paciente escolherá cirurgião plástico da rede credenciada para acompanhamento e realização do procedimento cirúrgico.

5.7. O pedido do médico cirurgião plástico deverá ser protocolado junto à FUNSERV para análise.

5.8. Assim que protocolado o pedido de cirurgia plástica reparadora junto à FUNSERV, o (a) paciente deverá agendar consulta para entrevista com a Supervisão Técnica da FUNSERV.

5.9. O paciente deverá apresentar relatórios médicos detalhados que demonstrem os problemas causados pelo excesso de pele e comprovem a necessidade da cirurgia, incluindo fotos e laudos de exames, se necessário.

5.10. A supervisão técnica realizará a análise da solicitação e examinará o paciente, podendo aprovar, solicitar mais informações ou, em casos específicos, negar o pedido.

6. CIRURGIAS PLÁSTICAS REPARADORAS COBERTAS PELA FUNSERV

6.1. O paciente deverá estar ciente e de acordo que após a realização da cirurgia bariátrica, a FUNSERV cobrirá exclusivamente os seguintes procedimentos cirúrgicos:

a) Correção de Lipodistrofias Abdominais: Procedimentos destinados à remoção do excesso de pele e gordura acumulada na região abdominal.

b) Correção de Lipodistrofias Braquiais (Braços): Procedimentos destinados à remoção do excesso de pele e gordura acumulada nos braços.

c) Correção de Lipodistrofias na Raiz dos Membros Inferiores: Procedimentos destinados à remoção do excesso de pele e gordura acumulada na raiz dos membros inferiores.

6.2. Exclusões de Cobertura

6.2.1. Quaisquer outras cirurgias plásticas ou reparadoras não especificadas neste regulamento não serão cobertas pela FUNSERV.

6.2.2. Procedimentos estéticos que não tenham indicação médica comprovada também não estão cobertos.

6.2.3. Cirurgias plásticas reparadoras que tenham cobertura nos termos do Item 6.1., mas que já tenham sido realizadas anteriormente.

6.2.3.1. A cirurgia reparadora será liberada apenas uma única vez para cada membro.

6.3. Casos excepcionais serão analisados pela Supervisão Técnica em conjunto com a Diretoria Executiva da FUNSERV.

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

7.1. O prazo para análise das solicitações das cirurgias será de até 60 (sessenta) dias úteis a partir da data de protocolo junto ao sistema da FUNSERV, ficando a critério da equipe técnica da FUNSERV o deferimento ou não.

7.1.1. O prazo de 60 (sessenta) dias só começará a contar se o pedido/protocolo estiver em conformidade com as exigências determinadas neste Regulamento.

7.2. Para ingresso no Programa de Cirurgia Bariátrica, é de caráter obrigatório e indispensável, que o (a) paciente esteja ciente e de acordo com os parâmetros estabelecidos neste Regulamento, assim como assine o Termo de Ciência e Acordo, Anexo I deste documento.

7.3. Casos omissos serão analisados pela equipe técnica, em conjunto com a Diretoria Executiva da FUNSERV.

TERMO DE CIÊNCIA E ACORDO SOBRE O PROGRAMA DE CIRURGIA BARIÁTRICA DA FUNSERV

1. O presente documento estabelece os termos de ciência e acordo para o (a) beneficiário (a) participar do Programa de Cirurgia Bariátrica da FUNSERV.
2. O presente documento visa informar de forma clara e detalhada quais serviços são cobertos pela FUNSERV e as condições para sua utilização.
3. O Programa de Cirurgia Bariátrica da FUNSERV tem como objetivo proporcionar uma opção terapêutica eficaz para a perda de peso em pacientes com obesidade mórbida ou severa, que não obtiveram resultados satisfatórios com outros métodos de tratamento.
4. Os critérios de elegibilidade e os procedimentos cobertos estão definidos no Regulamento do Programa de Cirurgia Bariátrica da FUNSERV, parte integrante deste documento, a qual o (a) paciente declara tem conhecimento na sua integralidade.
5. **Caso seja comprovada a necessidade, a FUNSERV cobrirá, SOMENTE, os seguintes procedimentos cirúrgicos corretivos:**
 - **Correção de Lipodistrofias:**
 - **Abdominais: Remoção do excesso de pele e gordura acumulada na região abdominal.**
 - **Braquiais (Braços): Remoção do excesso de pele e gordura acumulada nos braços.**
 - **Raiz dos Membros Inferiores: Remoção do excesso de pele e gordura acumulada na raiz dos membros inferiores.**
6. **A FUNSERV não oferecerá cobertura para quaisquer outras cirurgias plásticas ou reparadoras não especificadas neste documento, despesas com medicamentos e materiais ou tratamentos não previstos pelas leis e decretos que regulamentam a Assistência à saúde da FUNSERV.**
7. O (a) beneficiário (a) deve formalizar as solicitações médicas junto à FUNSERV, através de protocolo em sistema próprio, acompanhadas de relatório médico detalhado e demais documentos exigidos.
8. O prazo para análise e resposta das solicitações será de até 60 (sessenta) dias úteis a partir da data de recebimento da documentação completa.
9. São obrigações do (a) paciente:
 - a) Seguir rigorosamente as orientações médicas e nutricionais;
 - b) Participar de sessões de acompanhamento psicológico;
 - c) Fornecer informações completas e verdadeiras sobre seu histórico de saúde tanto para os médicos, quanto para a FUNSERV;
 - d) Comunicar prontamente qualquer alteração no estado de saúde;
 - e) Responsabilizar-se quando da recusa em receber e/ou seguir corretamente o tratamento e orientações médicas.
 - f) Conhecer o Regulamento objeto deste Termo, assim como a legislação que regulamenta a Assistência à Saúde da FUNSERV.

O (a) beneficiário (a) abaixo declara estar ciente e de total acordo com os termos e condições estabelecidos pela FUNSERV para a cobertura da cirurgia bariátrica e dos procedimentos pós-cirúrgicos, assim como declara a veracidade das informações fornecidas.

Nome do (a) Beneficiário (a): _____

Número da carteirinha da FUNSERV: _____

Beneficiário titular ()

Beneficiário dependente ()

Data de ingresso como beneficiário da Assistência à Saúde: ____/____/____

Idade: _____ Peso atual: _____ Altura: _____

Já realizou tratamentos médicos para perder peso anteriormente? _____

Caso positivo, quais?-

Por quanto tempo? (informar datas)

Possui problemas de saúde?

Quais? _____

Quais exames já realizou que comprovam os problemas acima relatados?

Assinatura do(a) Beneficiário(a): _____

Data da assinatura deste Termo: ____/____/____