



Consenso Bariátrico

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

- . Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM)
- . Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC)
- . Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva (CBCD)
- . Sociedade Brasileira de Cirurgia Laparoscópica (SOBRACIL)
- . Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (ABESO)
- . Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM)

Organização:

Presidente SBCB: João Batista Marchesini (PR)

Relator do Consenso: Irineu Rasera Jr (SP)

SBCB

Edmundo M. Ferraz (relator) (PE)
Cláudio Corá Mottin (RS)
Ricardo Cohen (SP)
Marcos Leão Vilas Boas (BA)

SOBRACIL

Antelmo Sasso Fin (relator) (ES)
Hilton Telles Libanori (SP)
Augusto Tinoco (RJ)
Luis Henrique de Sousa (GO)

CBC

Renan Catarina Tinoco (relator) (RJ)
Arthur Belarmino Garrido Jr (SP)

CBCD

Bruno Zilberman (relator) (SP)
Nilson Ribeiro Oliveira Jr (BA)
Carlos Eduardo Jacob (SP)
Heládio Feitosa Filho (CE)
Denis Pajecki (SP)

ABESO/SBEM*

Giuseppe Repetto (relator) (RS)
Márcio C. Mancini * (SP)
Adriano Segal (SP)
Jacquelini Rizzoli * (RS)

Assessoria Jurídica da SBCB

Dra. Ordália J. R. Freitas OAB-SP 90.843
Dra. Veridiana Coelho C. Dacolina OAB-SP 188.263

Integrantes da Comissão - 2006

Eudes Godoy - RN
Fábio Almeida - SE
Fábio Viegas - RJ
Gustavo Peixoto - ES
Gustavo Seva Pereira - SP
Hamilton Funes - SP
José Antonio V. Carim - RJ

Luis Cláudio Chaves - PA
Luiz Vicente Berti - SP
Nelson G. Meinhart - RS
Salvador Sobrinho - AM

1 Introdução

O Primeiro Consenso Brasileiro Multissocietário em Cirurgia da Obesidade iniciou suas atividades em novembro de 2004 com a formação da comissão responsável pela elaboração da proposta que veio a ser votada um ano após, em novembro de 2005, durante o VII Congresso Brasileiro de Cirurgia Bariátrica. Idealizador do consenso, o Presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (SBCB) gestão 05/06, Dr. João Batista Marchesini, firmou compromisso com as sociedades aqui nomeadas, que efetivamente foram representadas nas comissões: Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva (CBCD), Sociedade Brasileira de Cirurgia Laparoscópica (SOBRACIL), Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (ABESO) e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM). Cada sociedade envolvida nomeou um relator e este, por sua vez, indicou os demais representantes.

A comissão foi dividida em grupos de trabalho, com temas específicos, sendo realizadas revisões bibliográficas e tendo as conclusões debatidas no grupo geral. Todas as discussões foram realizadas via internet, utilizando-se recursos de mensagens, arquivos e enquetes. Ao final, as conclusões foram sintetizadas na forma de uma Proposta para Votação. Levada à plenária, a Proposta foi apresentada em temas pelos membros da comissão e votada eletronicamente pela assembleia.

Durante o ano de 2006, os debates prosseguiram, muitos temas foram revisados e uma nova proposta foi levada à votação durante o VIII Congresso SBCB em Salvador e aprovado como o CONSENSO BRASILEIRO MULTISSOCIEDÁRIO EM CIRURGIA DA OBESIDADE – 2006 . O texto final, cujo conteúdo reúne as conclusões de consenso da assembleia é descrito a seguir.

2 Definições

Termos, índices e tabelas mais utilizadas em cirurgia da obesidade.

Obesidade: É uma alteração da composição corporal, com determinantes genéticos e ambientais, definida por um excesso relativo ou absoluto das reservas corporais de gordura, que ocorre quando, cronicamente, a oferta de calorias é maior que o gasto de energia corporal, e que resulta com frequência em prejuízos significantes para a saúde.

Comorbidez: Estado patológico causado, agravado ou cujo tratamento/controle é dificultado pela presença do excesso de peso ou que apresente cura/controle com a perda ponderal.

Cirurgias da Obesidade (Cirurgias Bariátricas): Conjunto de técnicas cirúrgicas, com respaldo científico, com ou sem uso de órteses, destinadas à promoção de redução ponderal e ao tratamento de doenças que estão associadas e/ou que são agravadas pela obesidade.

Índice de Massa Corpórea (IMC): índice utilizado para se relacionar peso e altura. Calculado pela fórmula: I.M.C. = peso (kg) / altura² (m)

Tabela de IMC*

Categoria	IMC
Abaixo do peso	Abaixo de 18,5
Peso normal	18,5 - 24,9
Sobrepeso	25,0 - 29,9
Obesidade Grau I	30,0 - 34,9
Obesidade Grau II	35,0 - 39,9
Obesidade Grau III	40,0 e acima

Peso Saudável
equivale ao peso
Normal.

São usuais as seguintes denominações:

- obesidade grau I: obesidade leve
- obesidade grau II: obesidade moderada
- obesidade grau III: obesidade grave ou mórbida
- paciente com IMC acima de 50: super obeso

Peso ideal: Definido a partir da Tabela da Metropolitan Life Fundation (MLF).

Excesso de Peso (EP) = Peso atual – Peso ideal

Porcentagem do Excesso de Peso (EP) = (Excesso de Peso x 100) / Peso Ideal

Fórmula das Tabelas da MLF:

$$\text{Homens} \quad PI = 61,2328 + [(A - 1,6002) \times 53,5433]^*$$

$$\text{Mulheres} \quad PI = 53,975 + [(A - 1,524) \times 53,5433]^*$$

*PI=peso ideal em kg e A=altura em metros

Tabelas de Peso e Altura da Metropolitan Life Fundation (1983):

Homens		Mulheres	
Altura (m)	Peso ideal (kg)	Altura (m)	Peso ideal (kg)
1,58	61,9	1,48	52,3
1,59	62,2	1,49	52,7
1,60	62,6	1,50	53,1
1,61	62,9	1,51	53,5
1,62	63,3	1,52	54,0
1,63	63,6	1,53	54,5
1,64	64,1	1,54	54,9
1,65	64,5	1,55	55,4
1,66	65,0	1,56	55,9
1,67	67,0	1,57	56,4
1,68	65,9	1,58	57,0
1,69	66,5	1,59	57,5
1,70	67,0	1,60	58,0
1,71	67,5	1,61	58,5
1,72	68,1	1,62	59,1
1,73	68,6	1,63	59,6
1,74	69,1	1,64	60,2
1,75	69,6	1,65	60,7
1,76	70,2	1,66	61,3
1,77	70,8	1,67	61,8
1,78	71,3	1,68	62,3
1,79	71,9	1,69	62,9
1,80	72,4	1,70	63,4
1,81	73,0	1,71	63,9
1,82	73,6	1,72	64,4
1,83	74,2	1,73	65,0
1,84	74,8	1,74	65,5
1,85	75,5	1,75	66,0
1,86	76,1	1,76	66,6
1,87	76,8	1,77	67,2
1,88	77,5	1,78	67,7
1,89	78,2	1,79	68,4
1,90	78,8	1,80	68,7
1,91	79,5	1,81	69,3
1,92	80,3	1,82	69,8
1,93	81,2	1,83	70,3

Referências mais utilizadas para a caracterização de comorbidezes:

Critérios para Síndrome Metabólica(SM)
(3 ou mais critérios = SM)

Fator de risco	Nível limite
Circunferência de cintura	
• Homens	$\geq 102\text{cm}$ ($>90\text{cm}$)*
• Mulheres	$\geq 88\text{cm}$ ($>80\text{cm}$)*
Colesterol HDL	
• Homens	$< 40\text{mg/dl}$
• Mulheres	$< 50\text{mg/dl}$
Triglicerídeos	$\geq 150\text{mg/dl}$
Glicose em jejum	$\geq 110\text{mg/dl}$ (>100)†
Pressão arterial	$\geq 130 \times 85 \text{ mmHg}$

*Novas referências para América Latina (2)

Diabetes mellitus tipo 2

. Glicemia de jejum = 126mg/dl (2 amostras de dias diferentes), ou glicemia = 200mg/dl após teste de tolerância oral com 75 g de glicose, ou já estar em uso de medicação para tratamento do DM2.

Intolerância a glicose (pré-diabetes)

. Glicemia pós teste de tolerância oral com 75 g de glicose entre 140 - 200mg/dl.

Glicemia de jejum alterada (pré-diabetes)

- . Glicemia de jejum entre 100 - 125mg/dl.

Dislipidemias

- . Hipertrigliceridemia
- Triglicerídeos =150 mg/dl, ou em uso de medicação específica;
- . HDL baixo
- HDL < 40 mg/dl em homens ou < 50 mg/dl em mulheres;
- . Hipercolesterolemia
- Colesterol total = 200 mg/dl ou colesterol LDL = 130 mg/dl, ou em uso de medicação específica.

Hiperuricemia

- . Ácido úrico > 8,0 mg/dl em homens ou > 7,0 mg/dl em mulheres, ou histórico de crise de gota e/ou em tratamento medicamentoso.

Esteatose hepática (Doença hepática gordurosa não alcoólica) e Esteatohepatite não alcoólica.

- . Esteatose: Aumento dos depósitos de gordura dos hepatócitos na ausencia de doença viral ou alcoólica;
- . Esteatohepatite não alcoólica: as mesmas alterações, associadas a infiltrado inflamatório lobular, com ou sem áreas de necrose e graus variados de fibrose (diagnóstico por biópsia).

Hipertensão Arterial Sistêmica

- . Pressao sistólica = 140 mmHg e/ ou Pressao diastólica = 90 mmHg, ou em uso de tratamento anti-hipertensivo.

Doença Arterial Coronariana

- . Confirmada pela presença de alterações isquêmicas em ECG de esforço, ou cintilografia miocárdica de estresse, ou ecocardiograma de estresse, ou cineangiografia coronária.

Síndrome dos ovários policísticos

- Critérios revisados em 2004 (Presença de 2 de 3 critérios).

- . Oligomenorréia e/ou anovulação.

- . Sinais clínicos e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo, excluindo outras etiologias de hiperandrogenismo como hiperplasia congenita adrenal, tumores secretores de androgenios e síndrome de Cushing.

- . Ovários policísticos caracterizados pelo exame ultrassonográfico padronizado, ou seja, presença de pelo menos um dos seguintes achados: 12 ou mais folículos medindo entre 2-9 mm de diâmetro ou volume ovariano aumentado (>10 cm³). Caso se constate a presença de um folículo dominante (> 10 mm) ou de corpo lúteo, o exame ultrassonográfico deverá ser repetido no próximo ciclo.

Apnéia Obstrutiva do Sono

- . Sonolência diurna importante e/ou roncos com paradas na respiração testemunhada por acompanhante.

. Estudo Polissonográfico - Diagnóstico de apnéia obstrutiva do sono:

- Apnéia leve: Índice apnéia-hipopnéia 5 -19 episódios/ hora, e/ou saturação mínima de O2 80 - 90%
- Apnéia moderada: 20 - 49 episódios/ hora e/ou saturação mínima 70 -79%
- Apnéia Grave: > 50 episódios/ hora e/ ou saturação mínima < 70%

3 Lista de Comorbidezes

3.1 Comorbidezes relacionadas a alterações metabólicas decorrentes do excesso de gordura corporal:

3.1.1 - Síndrome metabólica (segundo NCEP/ ATPIII)

3.1.2 - Hipertensão arterial sistêmica

3.1.3 - Diabetes Melittus tipo 2

3.1.3.1 - Intolerância a glicose

3.1.3.2 - Glicemia de jejum alterada

3.1.4 - Dislipidemias

3.1.4.1 - Hipertrigliceridemia

3.1.4.2 - HDL baixo

3.1.4.3 - Hipercolesterolemia

3.1.5 - Hiperuricemia

3.1.6 - Doença hepática gordurosa não alcoólica e Esteato-hepatite não alcoólicas

3.1.7 - Cardiopatias

3.1.7.1 - Cardiopatia Isquêmica

3.1.7.2 - Insuficiência Cardíaca Congestiva

3.1.7.3 - Cor Pulmonale

3.1.7.4 - outras cardiopatias

3.1.8 - Síndrome da Hipoventilação Pulmonar relacionada à obesidade

3.1.8.1 - Dispneia aos esforços

3.1.9 - Câncer

3.1.9.1 - Colo-retal

3.1.9.2 - Endométrio

3.1.9.3 - Esôfago

3.1.9.4 - Mama

3.1.9.5 - Pâncreas

3.1.9.6 - Rins

3.1.9.7 - Vesícula

3.1.10 - Síndrome dos ovários policísticos

3.1.11 - Infertilidade

3.2 Comorbidezes relacionadas ao aumento de carga sobre a estrutura corporal:

3.2.1 - Artropatias

3.2.2 - Insuficiência venosa periférica e suas complicações

3.2.3 - Apnéia Obstrutiva do Sono

3.2.4 - Refluxo Gastroesofágico

3.2.5 - Hérnias da Parede Abdominal

3.2.6 - Incontinência urinária de esforço

3.3 Comorbidezes relacionadas a condições de limitação física agravando a obesidade

3.3.1 - Amputação de Membro(s) Inferior(s)

3.3.2 - Seqüela de Paralisia infantil ou Paralisia cerebral

3.3.3 - Seqüela de Acidente Vascular Encefálico

3.3.4 - Tetraplegia, Paraplegia ou Hemiplegia

3.3.5 - Seqüela de lesão Ortopédica

3.4 Comorbidezes relacionadas a condições psiquiátricas

3.4.1 Desencadeando obesidade

3.4.1.1 Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP).

3.4.1.2 Depressões que cursam com aumento da ingestão calórica 3.4.1.3 Uso de medicamentos psiquiátricos com potencial aumento de ingestão calórica como efeito colateral.

3.4.1.4 Quadros sindrômicos que cursem com aumento da ingestão alimentar (e.g.: Síndrome de Prader Willi).

3.4.2 Agravando obesidade

3.4.2.1 Todas as acima.

3.4.2.2 Quadros psiquiátricos que limitem a adesão ao tratamento antiobesidade (transtornos do humor, esquizofrenia, abuso de drogas, outras).

3.4.3 Agravadas pela obesidade

3.4.3.1 Transtornos Alimentares.

3.4.3.2 Fobia Social.

3.4.3.3 Transtornos do Humor.

3.4.3.4 Outros

. As comorbidezes psiquiátricas deverão ser avaliadas por psiquiatra de referência da equipe e indicam necessidade de acompanhamento pós-operatório especializado. Outros quadros não citados dependerão de avaliação individualizada e específica de risco-benefício pela equipe multidisciplinar.

. Quanto a definição de quadros psiquiátricos como critério para indicação cirúrgica, as evidências atuais oferecem suporte indireto em alguns casos, porém não há estudos desenhados especificamente com este objetivo.

. Não há evidências que apontem para QUALQUER quadro psiquiátrico como contra-indicação absoluta. Avaliações e tratamentos individuais são tão necessários como aquelas apontadas em outros itens neste consenso.

4 Indicações Cirúrgicas

As cirurgias bariátricas, independentemente da técnica a ser utilizada, estão indicadas nas situações abaixo relacionadas:

4.1 Em relação à massa corpórea:

4.1.1 IMC > 40, independentemente da presença de comorbidezes.

4.1.2 IMC entre 35 e 40 na presença de comorbidez.

4.1.3 IMC entre 30 e 35 na presença de comorbidez que tenham obrigatoriamente a classificação "grave" por um médico especialista na respectiva área da doença. Também obrigatória a constatação de "intratabilidade clínica da obesidade" por um(a) Endocrinologista. Recomendação: a equipe cirúrgica e a instituição hospitalar envolvidas devem manter registro de "indicação especial por comorbidez grave" nestes casos, anexando documento emitido por especialista na área respectiva da doença (cópia no prontuário médico e com o cirurgião).

4.2 Em relação à idade:

4.2.1 Abaixo de 16 anos: não há estudos suficientes que corroborem esta indicação, com exceção aos casos de Prader-Wille ou outras síndromes genéticas similares, onde devem ser operados com o consentimento da família disposta ao acompanhamento de longo prazo do paciente. Por outro lado, não há dados seguros também que contra-indiquem os procedimentos ou comprovem haver prejuízos aos pacientes submetidos a cirurgias da obesidade nesta faixa etária. Recomendação: avaliação de riscos pelo cirurgião e respectiva equipe multidisciplinar, registro e documentação detalhada, aprovação expressa dos pais ou responsáveis.

4.2.2 Entre 16 a 18 anos: sempre que houver indicação e consenso entre a família e equipe multidisciplinar.

4.2.3 Entre 18 e 65 anos: sem restrições quanto à idade.

4.2.4 Acima de 65 anos: avaliação individual pela equipe multidisciplinar, considerando risco cirúrgico, presença de comorbidezes, expectativa de vida, benefícios do emagrecimento. Levar em conta na escolha do procedimento limitações orgânicas da idade, como dismotilidade esofágica e osteoporose. Não há contra-indicação formal em relação a essa faixa etária isoladamente.

4.3 **Em relação ao tempo da doença:** Apresentar IMC e comorbidezes em faixa de risco há pelo menos 2 anos e ter realizado tratamentos convencionais prévios e ter tido insucesso ou recidiva do peso, através de dados colhidos na história clínica. Essa exigência não se aplica: Em casos de pacientes com IMC maior que 50 e para pacientes com IMC entre 35 a 50 com doenças de evolução progressiva ou risco elevado.

5 Condições Adversas

As situações abaixo configuram condições adversas à realização dos atuais procedimentos cirúrgicos para controle da obesidade:

. Risco anestésico classificado como ASA IV.

. Hipertensão portal com varizes esofagogastricas.

. Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado.

. Quadro de transtorno psiquiátrico atual não controlado, incluindo-se uso de álcool ou drogas ilícitas.

Observação: Quadros psiquiátricos graves, porém sob controle, não contra-indicam os procedimentos.

6 Equipe Multidisciplinar

A equipe multidisciplinar é entendida como um grupo de profissionais de áreas diversas, trabalhando em harmonia de ações e objetivos, visando avaliar, orientar e seguir os pacientes portadores de obesidade mórbida em programas de cirurgia bariátrica, dividindo tarefas com o cirurgião, zelando pela proteção da boa relação médico-paciente e contribuindo na conquista e manutenção dos bons resultados, como também na resolução das situações de complicações ou insucessos.

6.1.1 **Componentes obrigatórios:** equipe de profissionais habilitados ou com conhecimentos suficientes para o atendimento do paciente obeso mórbido em programas de cirurgias bariátricas, em situação de disponibilidade para atividades ambulatoriais e hospitalares.

6.1.1.1 - Cirurgião bariátrico

6.1.1.2 - Médico(a) clínico: geral, endocrinologista, intensivista, ou cardiologista.

6.1.1.3 - Psiquiatra

6.1.1.4 - Psicólogo(a)

6.1.1.5 - Nutricionista

6.1.2 Componentes associados: profissionais que podem atuar de maneira integrada com os componentes obrigatórios.

6.1.2.1 - Anestesiologista

6.1.2.2 - Endoscopista

6.1.2.3 - Enfermeiro(a)

6.1.2.4 - Fisioterapeuta

6.1.2.5 - Assistente social

6.1.2.6 - Profissional de Educação Física

7 Preparo Pré-Operatório

O preparo pré-operatório é entendido como um conjunto de condutas e cuidados a fim de se otimizar a segurança e os resultados das cirurgias bariátricas. Abaixo são considerados os itens específicos a esses procedimentos, admitindo-se já a inclusão prévia dos cuidados de rotina comuns a todos os demais procedimentos em cirurgia do aparelho digestório.

Consultas pré-operatórias: Cirurgião, Clínico(a) ou Cardiologista, Psiquiatra, Psicólogo(a) e Nutricionista.

Informações na Fase Preparatória: recomenda-se que o paciente e seus familiares tenham amplo acesso às informações sobre os riscos, benefícios e opções de técnicas cirúrgicas. Estas informações devem ser fornecidas em consultas detalhadas com a equipe multidisciplinar ou através de reunião preparatória com a equipe responsável.

Exames pré-operatórios (* seletivamente):

-Laboratoriais:

. Hemograma

. Eletrólitos *

. Gasometria arterial*

. Tipagem sanguínea*

. Coagulograma

. Glicemia

. Perfil lipídico

. Enzimas hepáticas

. Uréia e Creatinina

. Insulinemia*

. Ácido úrico

. Álbumina*

. Ácido fólico*

. Vitamina B12*

. Ferro*

. Ferritina*

. TSH

. T4 livre*

. PTH*

. 25 (OH) vitamina D3*

. Cálculo urinário 24 horas*

. Sorologias para hepatite B,C e HIV*

. beta-HCG para mulheres em idade fértil.*

. Outros a critério da equipe responsável.

- Exames para Avaliação Cardiológica:

. Eletrocardiograma

. Outros a critério do clínico ou cardiologista.

- Exames para Avaliação Respiratória:

. Radiografia de Tórax

. Outros a critério do clínico ou pneumologista.

- Exames para Avaliação do Aparelho Digestório:

. Ecografia Abdominal

. Endoscopia Digestiva Alta (com pesquisa de Helicobacter pylori).

8 Consentimento Informado

A utilização do Consentimento Informado no pré-operatório de cirurgias bariátricas é obrigatória.

9 Técnicas Cirúrgicas

As técnicas abaixo relacionadas são atualmente reconhecidas e recomendadas mundialmente, cujos resultados e riscos estão disponíveis em consistentes publicações médicas científicas e experiências multicêntricas. Podem ser realizadas por laparotomia ou laparoscopia. Classificam-se pelo mecanismo de funcionamento:

Cirurgias Restritivas

. Bandagem Gástrica Ajustável

. Gastoplastia Vertical com Bandagem

Cirurgias Mistas

-Predominantemente Malabsortivas:

. Derivação Biliopancreática com gastrectomia horizontal, com ou sem preservação gástrica distal.

. Derivação Biliopancreática com gastrectomia vertical e preservação pilórica.

- Predominantemente Restritivas:

. Derivações Gástricas em Y de Roux, com ou sem anel de contenção.

Balões Intragástricos: tem utilização reconhecida como método terapêutico auxiliar para preparo pré-operatório.

Este consenso entende que os demais procedimentos e técnicas cirúrgicas para o controle da obesidade não relacionadas neste documento não apresentam indicação atual de utilização ou se encontram em fase de estudos, sem apresentar até o momento documentação científica consistente que permitam sua realização fora de protocolos de pesquisa devidamente regulamentados pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), em conformidade com a Resolução 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde ou outra que venha substituí-la ou complementá-la.

10 Seguimento Pós-Operatório

Recomendam-se retornos e exames laboratoriais periódicos pós-operatórios de acordo com as rotinas estabelecidas pela equipe responsável.

O cirurgião e a equipe multidisciplinar, o paciente e/ou seus responsáveis, os familiares e as fontes pagadoras públicas e privadas devem se assegurar de condições para seguimento pós-operatório adequado, com consultas regulares programadas de acordo com cada tipo de cirurgia e rotina do serviço.

Comorbideses devem ser acompanhadas de maneira própria, quando necessária, junto aos respectivos especialistas.

11 Cirurgias Plásticas em Pacientes Bariátricos

Esse consenso reconhece as cirurgias plásticas realizadas após as cirurgias bariátricas como cirurgias reparadoras.

As cirurgias plásticas realizadas concomitantemente com cirurgias bariátricas potencialmente contaminadas não são recomendadas.

12 Equipamentos Hospitalares Especiais

Para utilização em pacientes portadores de obesidade mórbida:

- Camas hospitalares
- Balança
- Aparelho de anestesia regulável para ciclagem de grandes volumes e baixa pressão.
- Respirador a volume, disponível em terapia intensiva.
- Aparelho de monitorização de pressão arterial não invasiva.

13 Codificação

As cirurgias da obesidade são denominadas pelos códigos (CBHPM):

- . Colocação de Banda Gástrica Ajustável por videolaparoscopia
o 3.10.02.28-5
- . Gastoplastia para Obesidade mórbida - qualquer técnica
o 3.10.02.21-8
- . Gastoplastia para Obesidade Mórbida por videolaparoscopia
o 3.10.02.39-0

As técnicas utilizadas em cirurgias de conversão – ou seja, pacientes previamente submetidos a procedimento cirúrgico para controle do peso e que necessitam de nova cirurgia bariátrica – passam a ser denominadas pelo nome:

- . Conversao em Cirurgia da Obesidade

14 Habilitação

Até o momento não existe a emissão de certificado de habilitação em cirurgia da obesidade.

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (SBCB) adota a denominação de Membros Associados e Titulares a partir da comprovação de devida experiência, conforme Estatuto e Regimento Interno da mesma.

Esse consenso recomenda que os profissionais sigam as orientações técnicas estabelecidas pela SBCB e por esse documento.

15 Treinamento

O treinamento em cirurgia bariátrica já foi integrado em parte dos programas de residência médica em cirurgia geral e cirurgia do aparelho digestivo. Atualmente não existe regulamentação destes treinamentos pelas entidades envolvidas neste consenso.

Com o objetivo de se adequar estes programas às exigências da Associação Médica Brasileira (AMB) e do Conselho Federal de Medicina (CFM) para a caracterização de Área de Atuação, este consenso recomenda a criação de programas oficiais de treinamento com 12 meses de duração. A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (SBCB) deve manter registro destes programas.

Os cirugiões já em atuação nas referidas especialidades e que desejam realizar cirurgias bariátricas devem se inscrever em programas de treinamento e tutoria em Centros de Treinamento inscritos na SBCB.

Centros de Treinamento:

Instituições de comprovada experiência em cirurgia bariátrica, dotados das seguintes características:

- Experiência comprovada acima de 500 cirurgias bariátricas.
- Possuir no mínimo 2 cirurgiões titulares SBCB.
- Apresentar condições de oferecer participação em campo cirúrgico de no mínimo de 50 cirurgias bariátricas em 12 meses.
- Oferecer visitas regulares a enfermarias de pós-operatório.
- Oferecer acompanhamento das rotinas ambulatoriais.
- Possuir programas compatíveis com este documento de consenso.
- Estar registrado como Centro de Treinamento na SBCB.

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (SBCB) deve manter registro destes centros, com emissão de Certificado de Centro de Treinamento e com cadastramento quinquenal.

16 Situação da Cirurgia Bariátrica dentro das Especialidades Médicas

A cirurgia bariátrica encontra-se atualmente no rol de procedimentos das especialidades médicas Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo.

Este consenso referencia que sejam direcionados os esforços necessários pelas entidades aqui envolvidas no sentido de que os procedimentos relacionados às denominações "Cirurgias Bariátricas" ou "Cirurgias da Obesidade" sejam atividades denominadas Áreas de Atuação da Cirurgia Geral e da Cirurgia do Aparelho Digestivo, de acordo com as normas da Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM).

17 Divulgação

A publicidade médica envolvendo cirurgia bariátrica deve seguir as normas éticas preconizadas pelo CFM e pelos conselhos regionais.

18 Bibliografia

1. Bray GA. Risks of obesity. Endocrinol Metab Clin NAm 2003;32:787-804.
2. Executive Summary of the Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001; 285: 2486-97.

3. Zimmet P, Magliano D, Matsuzawa Y, Alberti G, Shaw J. The metabolic syndrome: a global public health problem and a new definition. *J Atheroscler Thromb* 2005;12(6):295-300.
4. Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ. The Metabolic Syndrome. *Lancet* 2005; 365: 1415-28.
5. Gami AS, Caples SM, Somers VK. Obesity and obstructive sleep apnea. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2003; 32: 869-894.
6. Maggio CA, Pi-Sunyer FX. Obesity and type 2 diabetes. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2003; 32: 805-22.
7. Howard BV, Ruotolo G, Robbins DC. Obesity and dyslipidemia. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2003; 32: 855-867.
8. Hubert HB, Feinleib M, McNamara PM, Castelli WP. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation* 1983; 67: 968-977.
9. Lauer MS, Anderson KM, Kanner WB et al. The impact of obesity on left ventricular mass and geometry – The Framingham Heart Study. *JAMA* 1991; 266:231-6.
10. Moretto M, Kupski C, Mottim CC, Repetto G, Toneto MG, Rizzolli J, et al. Hepatic steatosis in patients undergoing bariatric surgery and relationship to body mass index and co-morbidities. *Obes Surg* 2003; 13(4): 622-4.
11. Carroll KK. Obesity as a risk factor for certain types of cancer. *Lipids* 1998; 33(11):1055-9.
12. Beaux CW. Obesity surgery in children. *Obes Surg* 1995 ; 5 (3)
13. Strauss RS et al. Gastric by-pass surgery in adolescents with morbid obesity. *J Pediatric*, 2001:138 (4)
14. Inge TH et al. Surgical approach to adolescent obesity. *Adolesc Med Clin*, 2004:15(3)
15. Haynes B. Creation of a bariatric surgery program for adolescents at a major teaching hospital. *Pediatr Nurs*, 2005:31(1)
16. Nehoda et al. Laparoscopic gastric banding in older patients. *Arch Surg*, 2001:136(10)
17. Sugerman HJ et al. Effects of bariatric surgery in older patients. *Ann Surg*, 2004: 240(2)
18. Sosa JL et al. Laparoscopic gastric by-pass beyond age 60. *Obes Surg*, 2004: 14(10)
19. St Peter SD et al. Impact of advanced age on weight loss and health benefits after laparoscopic gastric by-pass. *Arch Surg*, 2005:140(2)
20. Obesity surgery. Evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (E.A.S 2004)
21. Henry Buchwald, MD, PhD, FACS. Bariatric Surgery for Morbid Obesity: Health Implications for Patients, Health Professionals, and Third-Party Payers. For the Consensus Conference Panel 2005
22. 2004 ASBS Consensus Conference on the Surgery of Obesity. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 1 (2005) 105-153
23. Resolução Conselho Federal de Medicina (CFM) nº1.766/05 (11 de julho de 2005).
24. Fobi M et al. Gastric bypass in patients with BMI < 40 but > 32 without life-threatening co-morbidities: preliminary report. *Obes Surg* 2002;12(1):52-6
25. Angrisani L et al. Italian Group for Lap-Band System: results of multicenter study on patients with BMI < or = 35 kg/m². *Obes Surg* 2004;14(3):415-8
26. Cohen RV et al. Laparoscopic Roux-En-Y Gastric Bypass for BMI Under 35. A tailored approach. 21st ASBS Meeting, San Diego, 2004
27. Colquitt J, Clegg A, Sidhu M, Royle P. Surgery for morbid obesity (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
28. Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
29. Herpertz S, Kielmann R, Wolf A M, Langkafel M, Senf W, Hebebrand J. Does obesity surgery improve psychosocial functioning: a systematic review. *International Journal of Obesity* 2003;27(11):1300-1314.
30. Herpertz S, Kielmann R, Wolf A M, Hebebrand J, Senf W. Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. *Obes Res* 2004; 12:1554-69.
31. Rydén A, Karlsson J, Sullivan M, Torgerson JS, Taft C. Coping and distress: what happens after intervention? A 2-year follow-up from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *Psychosomatic medicine*. 65(3): 435-42, 2003.
32. Segal A; Kussunoki DK; Larino MA. Post-surgical refusal to eat: anorexia nervosa, bulimia nervosa or a new eating disorder? A case series. *Obes Surg*; 14(3):353-60, 2004 Mar.
33. Kobayashi J; Kodama M; Yamazaki K; Morikawa O; Murano S; Kawamata N; Kawamura I. Gastric bypass in a Japanese man with Prader-Willi syndrome and morbid obesity. *Obes Surg*; 13(5):803-5, 2003 Oct.
34. Marinari GM; Camerini G; Novelli GB; Papadia F; Murelli F; Marini P; Adami GF; Scopinaro N. Outcome of biliopancreatic diversion in subjects with Prader-Willi Syndrome. *Obes Surg*; 11(4):491-5, 2001 Aug.
35. American Psychiatric Association. - Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM-4). Washington, DC., American Psychiatric Press, 1994.

19 Anexo I - Honorários Médicos

Este consenso entende que as referências atuais dos procedimentos de cirurgia da obesidade abaixo demonstrados, conforme Classificação Brasileira Hierárquica de Procedimentos Médicos (CBHPM), NÃO ESTÃO DE ACORDO com a complexidade, cognição, risco, tempo despendido e acompanhamento dos pacientes operados e, portanto, não foram aceitos como consenso dos profissionais na votação deste documento:

Referência de HM da CBHPM não aceitos em consenso:

. Colocação de Banda Gástrica Ajustável por videolaparoscopia o 3.10.02.28-5 10C (= R\$676,00) HM cirurgião
. Gastroplastia para Obesidade mórbida - qualquer técnica o 3.10.02.21-8 10C (= R\$676,00) HM cirurgião
. Gastroplastia para Obesidade Mórbida por videolaparoscopia o 3.10.02.39-0 12b (= R\$960,00) HM cirurgião

Este consenso defende que, ao exemplo de que ocorre nos casos de transplantes, devido à complexidade e exigências do período pós-operatório da cirurgia de obesidade, deve-se incluir código para acompanhamento multiprofissional pós-operatório.

Devem ser estabelecidos os devidos encaminhamentos para a Associação Médica Brasileira (AMB) para a alocação de código numérico, avaliação da complexidade e introdução nas tabelas de procedimentos da CBHPM para a nova denominação: [Conversão em Cirurgia da Obesidade](#).

As sociedades patrocinadoras deste documento apóiam a SBCB na tarefa de contactar as entidades que determinam as correções da CBHPM para melhor classificar os procedimentos bariátricos. A proposta a ser apresentada deve ser discutida entre a comissão de honorários da SBCB e demais sociedades cirúrgicas que patrocinam este documento, o mais breve possível, em reunião com pauta exclusiva para este assunto.

Rua Maestro Cardim, 560 cj 166 | Bairro Paraíso | CEP: 01323-001 | São Paulo - SP | Fone/Fax: 55 (11) 3284-8298 / 55 (11) 3284-6951

Copyright 2009 SBCBM - Todos os direitos reservados

Desenvolvido por 