

# Cirurgia bariátrica cresce 6,5% em relação ao ano passado



Especialistas da SBCBM publicam diretrizes para o reganho de peso

A 3D bar chart illustrates the growth in bariatric surgery volume. The vertical axis represents the number of procedures, and the horizontal axis represents time. The chart shows a steady increase from 2014 to 2015, with a significant jump in 2016. The bars are colored in a gradient from red to green, and a blue arrow points upwards, indicating the direction of growth.

Ano	Número de procedimentos (aprox.)
2014	100
2015	165
2016	225

COESAS: pacientes bariátricos e o Carnaval

# ÍNDICE



3 | EDITORIAL



4 | ESTUDO



6 | CARNAVAL



8 | MATÉRIA DE CAPA



9 | REGANHO



10 | ARTIGO

O Boletim SBCBM é uma publicação da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, entidade filiada à IFSO – International Federation for the Surgery of Obesity. As opiniões emitidas em artigos assinados não são, necessariamente, as mesmas da publicação.

Diretoria Nacional 2015 / 2016

**Presidente:** Joseemberg Marins Campos (PE)  
**Vice-presidente:** Claudio Corá Mottin (RS)  
**Secretário:** Marcos Leão Vilas Boas (BA)

**Vice-secretário:** Antonio Carlos Valezi (PR)  
**Tesoureiro:** Alexandre Amado Elias (SP)  
**Vice-tesoureiro:** Mauricio Emmanuel Gonçalves Vieira (RJ)  
**Vice-presidente Executivo:** Marçal Rossi (SP)

Rua Maestro Cardim, 560 – 16º andar – cj. 165  
CEP: 01323-001 – Bela Vista – São Paulo – SP  
Tel.: (11) 3284-6951 - [www.sbcbm.com.br](http://www.sbcbm.com.br)

**Produção Editorial**  
Target Estratégia em Comunicação  
Tel.: (11) 3063-0477 - [www.targetsp.com.br](http://www.targetsp.com.br)

**Jornalista Responsável**  
Ronald Nicolau – MTB 23.068  
[ronald@targetsp.com.br](mailto:ronald@targetsp.com.br)

**Projeto Gráfico e diagramação**  
Beto Monteiro  
[betomonte@gmail.com](mailto:betomonte@gmail.com)

**Redação**  
Diego Cordeiro, Italo Genovesi

**Fotos**  
Divulgação

# CONGRESSO MUNDIAL DE CIRURGIA

Caros cirurgiões bariátricos.

Este ano o Brasil receberá a 21<sup>a</sup> edição do Congresso Mundial da IFSO, que acontecerá no Rio de Janeiro entre 27 de setembro e 1º de outubro. Além do Mundial, a SBCBM já tem a confirmação dos dois próximos Congressos Nacionais, que serão em Florianópolis (SC) e Fortaleza (CE) em 2017 e 2018, respectivamente.

Para quem ainda não é associado à SBCBM esta é uma grande oportunidade, pois o sócio tem direito a descontos exclusivos nas inscrições dos congressos, que promovem atualização e troca de experiência entre os participantes. Além disso, o associado passa a fazer parte da segunda maior sociedade bariátrica do mundo e poderá desfrutar dos outros benefícios concedidos pela SBCBM.

Não perca mais tempo e faça já sua inscrição para não ficar de fora desses eventos e deixar de aproveitar as vantagens. A comunidade bariátrica está de braços abertos para recebê-lo como o mais novo associado.

Para mais informações acesse ([www.sbcbm.org.br](http://www.sbcbm.org.br)), ou entre em contato conosco pelos números (11) 3284-6951 e (11) 3284-8298.

Atenciosamente,

Joseemberg Campos  
Presidente da SBCBM



||

*Para quem ainda  
não é associado à  
SBCBM esta é uma  
grande oportunidade,  
pois o sócio tem  
direito a descontos  
exclusivos nas  
inscrições dos  
congressos*

||

# MENTAL HEALTH COMMON AMONG SURGICAL PATIENTS

**M**ental health conditions, such as depression and binge eating disorder, are common among patients seeking and undergoing bariatric surgery, according to a study, 'Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery - A Meta-analysis', published in JAMA. Although bariatric surgery is an accepted method of promoting weight loss in severely obese individuals, mental health conditions

may be common among patients seeking bariatric surgery; however, the prevalence of these conditions and whether they are associated with postoperative outcomes has not been known.

In order to determine the prevalence of mental health conditions among bariatric surgery candidates and recipients, researchers from the David Geffen School of Medicine at UCLA evaluated the

association between preoperative mental health conditions and health outcomes following bariatric surgery, and evaluated the association between surgery and the clinical course of mental health conditions.

Dr Aaron J Dawes and colleagues conducted a meta-analysis to determine the prevalence of mental health conditions among bariatric surgery candidates



and recipients and the association between preoperative mental health conditions and health outcomes following bariatric surgery. The authors identified 68 publications meeting criteria for inclusion in the analysis: 59 reporting the prevalence of preoperative mental health conditions (65,363 patients) and 27 reporting associations between preoperative mental health conditions and postoperative outcomes (50,182 patients).

Results of the meta-analysis estimated that 23 percent of patients undergoing bariatric surgery reported a current mood disorder - most commonly depression (19 percent) - while 17 percent were diagnosed with an eating disorder.

"Both estimates are higher than published rates for the general US population, suggesting that special attention should be paid to these conditions among bariatric patients," the researchers write. Another common mental health condition was anxiety (12 percent).

There was conflicting evidence regarding the association between preoperative mental health conditions and postoperative weight loss. Neither depression nor binge eating disorder was consistently associated with differences in weight outcomes. Bariatric surgery was, however, consistently asso-



ciated with postoperative decreases in the prevalence of depression (seven studies; eight percent-74 percent decrease) and the severity of depressive symptoms (six studies; 40 percent-70 percent decrease).

"Previous reviews have suggested that self-esteem, mental image, cognitive function, temperament, support networks, and socioeconomic stability play major roles in determining outcomes after bariatric surgery," the authors write. "Future studies would benefit from including these character-

istics as well as having clear eligibility criteria, standardised instruments, regular measurement intervals, and transparency with respect to time-specific follow-up rates. By addressing these methodological issues, future work can help to identify the optimal strategy for evaluating patients' mental health prior to bariatric surgery."

Fonte: <http://www.bariatricnews.net/?q=node/2268>

# PACIENTES BARIÁTRICOS PODEM APROVEITAR O CARNAVAL SEM DESCUIDAR DA SAÚDE

*Presidente da Comissão de Especialidades Associadas da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica dá dicas para aproveitar a folia com responsabilidade*

**C**arnaval é tempo de curtição, mas os pacientes bariátricos que desejam cair na folia sem descuidar da saúde precisam ter alguns cuidados especiais, principalmente com a alimentação e o consumo de bebidas alcoólicas. Como a cirurgia bariátrica promove alterações fisiológicas importantes, que reduzem a capacidade alimentar e potencializam os efeitos do álcool, é necessário que todos os pacientes bariátricos tenham responsabilidade para não prejudicar o andamento do tratamento.

Uma forma para não perder o controle é montar um checklist básico, que deve ser seguido e respeitado: mantenha a hidratação, mantenha o equilíbrio das três principais refeições (café da manhã, almoço e jantar) e faça lanches intermediários, não se esqueça de manter o uso regular de suas vitaminas e mantenha o ritmo de atividade física.

O primeiro passo é manter-se hidratado. Como muitas vezes os pacientes não conseguem ingerir um volume grande de líquido de uma só vez, a atenção deve ser redobrada. “Sucos de frutas naturais, água de coco, isotônicos, chás e água devem



ser consumidos ao longo de todo o dia, aos goles”, afirma Alessandra Coelho, nutricionista e presidente da Comissão de Especialidades Associadas da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (COESAS-SBCBM).

Além da ingestão de líquido, outro cuidado fundamental é o aporte dos nutrientes necessários para garantir a energia necessária para as horas de folia. O segredo é não

ficar muito tempo sem se alimentar. Para isso é preciso criar e respeitar uma rotina de alimentação. Não pule o café da manhã, o almoço e o jantar, pois são estas refeições que garantem um aporte nutricional de melhor qualidade, e faça lanches intermediários. A ordem na hora de comer também é importante. “É preciso ficar atento às prioridades na alimentação, uma vez que o volume ingerido é pequeno. Em primeiro lugar vêm as proteínas



magras, depois as frutas, as verduras e os legumes. Por último, os carboidratos”, alerta Alessandra.

#### ÁLCOOL

O consumo de álcool não é recomendado aos pacientes de cirurgia bariátrica pelo alto valor calórico e pelo efeito potencializado pelas mudanças que o organismo passa. Uma dica simples pode ajudar a não perder o controle durante o clima de alegria e descontração do Carnaval: a festa é muito mais do que bebida e comida.

“A velocidade de absorção é maior no paciente submetido ao bypass gástrico: os efeitos da bebida aparecem de forma mais rápida e acentuada, sem contar que a ingestão pode interferir diretamente no controle do peso”, esclarece a presidente da COESAS-SBCBM.

“Após o emagrecimento promovido pela cirurgia bariátrica, é comum que as pessoas tenham mais disposição para sair e desenvolvem uma vida social mais intensa. Nesses momentos, a exposição ao álcool é maior e o consumo pode ser mais tentador, principalmente nos jovens”, complementa a psicóloga Andrea Levy, vice-presidente da COESAS-SBCBM.

## CARDÁPIO

A nutricionista Alessandra Coelho preparou algumas dicas para montar cardápios saudáveis e nutritivos para o Carnaval. Veja abaixo o que comer e em que ordem comer:

CAFÉ DA MANHÃ

ALMOÇO E JANTAR

INTERVALOS

LEITE DESNATADO / IOGURTE DESNATADO OU LIGHT / QUEIJO BRANCO

CARNES MAGRAS

ÁGUA, ÁGUA DE COCO, ISOTÔNICOS, LEITE DESNATADO, IOGURTES LIGHT, VITAMINAS DE FRUTA, FRUTAS, QUEIJOS MAGROS

FRUTAS

VERDURAS E LEGUMES

PÃO INTEGRAL / TORRADA INTEGRAL / CEREAL INTEGRAL

ARROZ, FEIJÃO, MASSAS, BATATA

## DICAS: O QUE FAZER E O QUE NÃO FAZER?

PRÉ-OPERATÓRIO

PÓS-OPERATÓRIO

EVITE DESPEDIDAS DE ALIMENTOS CALÓRICOS E GORDUROSOS COMO CARNES GORDUROSAS, FRITURAS E FAST FOODS

EVITE PERÍODOS LONGOS SEM COMER E NÃO PULE REFEIÇÕES

EVITE O CONSUMO DE REFRIGERANTES E BEBIDAS ALCOÓLICAS

INCLUA LÍQUIDOS NA ALIMENTAÇÃO E TOME AOS GOLES NOS INTERVALOS ENTRE CAFÉ DA MANHÃ, ALMOÇO E JANTAR

EVITE DOCES EM GERAL (DÊ PREFERÊNCIA PARA FRUTAS, GELATINA DIET E SORVETES A BASE DE FRUTAS)

EVITE O CONSUMO DE DOCES, REFRIGERANTES E BEBIDA ALCOÓLICA

EVITE PERÍODOS LONGOS SEM COMER

MANTENHA O USO DA SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL

INCLUA NOS INTERVALOS DAS REFEIÇÕES FRUTAS, IOGURTES LIGHT E/OU DESNATADOS

EVITE FRITURAS E ALIMENTOS GORDUROSOS

APROVEITE O CLIMA DO CARNAVAL PARA QUEIMAR CALORIAS

APROVEITE O CLIMA DE CARNAVAL PARA DANÇAR, PULAR E PRATICAR ATIVIDADE FÍSICA

# LEVANTAMENTO DA SBCBM APONTA CRESCIMENTO DE 6,5% NA REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS BARIÁTRICAS EM 2015

*Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, foram realizados cerca de 93,5 mil procedimentos no ano passado; Em 2014 foram aproximadamente 88 mil cirurgias*

**A**SBCBM – Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica acaba de fechar o balanço de cirurgias realizadas no ano passado. O número estimado é de 93,5 mil cirurgias, cerca de 6,5% maior no comparativo com 2014 quando foram realizados aproximadamente 88 mil procedimentos. Deste total, entre 8% a 10% das cirurgias foram feitas no sistema público de saúde (SUS).

“Assim como a obesidade o volume de procedimentos vem crescendo a cada ano em todo o mundo. A cirurgia bariátrica é comprovadamente a maneira mais segura e eficaz para tratar casos de obesidade severa, bem como as doenças associadas que acompanham esse quadro”, explica Dr. Joseemberg Campos, Presidente da SBCBM.

Em janeiro deste ano o CFM - Conselho Federal de Medicina publicou no Diário Oficial da União a Resolução nº 2.131/15 que aumentou o rol de comorbidades para indicação de cirurgia bariátrica em pacientes com índice de massa corporal entre 35kg/m<sup>2</sup> e 40kg/m<sup>2</sup>. O novo texto acrescentou outras doenças associadas à obesidade



# ENTENDA MAIS SOBRE O TEMIDO REGANHO DE PESO

**E**natural que o candidato ou o paciente do tratamento cirúrgico da obesidade tenha muitas perguntas para fazer, afinal o procedimento é complexo e exige diversas mudanças comportamentais. Quanto perderei de peso? Por que não perdi mais peso? Poderei comer de tudo? No meio de tantas dúvidas, há uma preocupação especial: o reganho de peso.

A imprensa costuma enfatizar esta questão. Não é raro ler matérias que dizem, por exemplo, que 25% dos pacientes de cirurgia bariátrica reganharam peso. Pode ser uma taxa considerável, entretanto o jornalista não cita os outros 75% que atingiram sucesso no tratamento, número certamente mais expressivo.

O primeiro ponto a ser esclarecido quando o tema é abordado é o seguinte: o que é reganho de peso? O assunto não é consenso nem entre médicos e pesquisadores. Vale ressaltar que o reganho de peso esperado é menor do que 20% da perda de peso total. Ou seja: perder 50 quilos e recuperar 10 não é reganho. Vale ressaltar também que o sucesso de uma cirurgia bariátrica está ligado muito mais às melhorias de qualidade de vida percebidas pelos pacientes do que por qualquer dado arbitrário.

Além disso, é preciso analisar os motivos do reganho. As técnicas cirúrgicas e a capacidade do cirurgião bariátrico influenciam no sucesso do procedimento, mas não respondem sozinhas por ele. Muitos fatores estão ligados

ao próprio paciente, que não consegue se adaptar as mudanças comportamentais necessárias para manter os resultados obtidos inicialmente com a cirurgia bariátrica. Por fim é preciso levar em consideração fatores biológicos, que independem tanto do cirurgião bariátrico quanto do próprio paciente.

Estes aspectos apenas ressaltam a importância de contar com um cirurgião bariátrico e uma equipe multidisciplinar capacitada e, principalmente, o comprometimento do paciente. É

comum que casos de reganho de peso ocorram após os dois primeiros anos da cirurgia bariátrica. Justamente quando muitos pacientes se sentem bem e deixam de fazer o seguimento médico corretamente: param de ir ao nutricionista, ao psicólogo, ao cirurgião bariátrico, ao educador físico e aos outros especialistas associados.

Lembre-se: cirurgia bariátrica não é mágica. Siga sempre as recomendações de sua equipe multidisciplinar e mantenha-se comprometido com sua saúde!

## Segundo as diretrizes deliberadas por um fórum de especialistas da SBCBM é preciso considerar alguns pontos:

O propósito do procedimento é resgatar a saúde e a qualidade de vida do paciente, controlando as comorbidades causadas e/ou agravadas pela obesidade.

Um pequeno aumento de peso é normal e esperado nas operações bariátricas e metabólicas;

Não controlar a obesidade adequadamente é diferente de apresentar a recidiva da obesidade, quando um paciente, após anos com o peso controlado, volta a ser obeso.

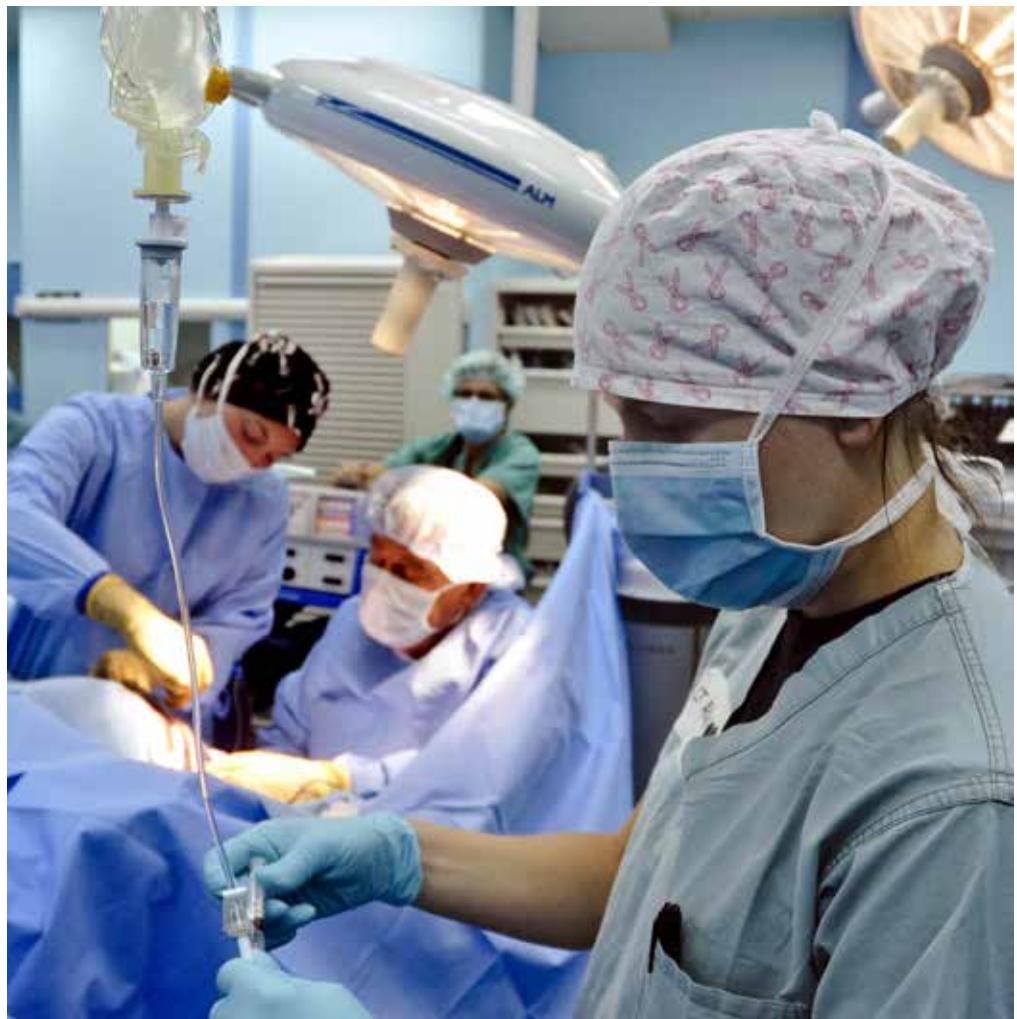
# POSIÇÃO DA SBCBM NOMENCLATURA E DEFINIÇÕES PARA OS RESULTADOS EM CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA

*Luis V Berti; Joseemberg Campos; Almino Ramos; Marçal Rossi;  
Thomas Szego; Ricardo Cohen; Sociedade Brasileira de Cirurgia  
Bariátrica e Metabólica*

**A**obesidade foi inicialmente considerada como distúrbio psico-social, e após anos de estudos passou a ser entendida como doença crônica, para a qual não existe cura, assim como ocorre na hipertensão e diabetes (1,2). A intervenção cirúrgica é segura e eficaz em longo prazo, e objetiva controlar a doença e suas comorbidades. Mesmo assim, espera-se que uma menor parcela dos pacientes apresente recidiva tardia. (3,4).

Nos últimos 20 anos, o tratamento cirúrgico da obesidade apresentou importante evolução, sendo considerado mais do que uma modificação isolada do trato digestivo. Esta cirurgia, combinada a mudança do estilo de vida, é fundamental para o controle da enfermidade em médio e longo prazo; tais mudanças são alcançadas através de orientação e acompanhamento adequados por equipe multiprofissional.(5).

As comorbidades, tais como diabetes, hipertensão arterial, apneia do sono, entre outras, reduzem a qualidade de vida e aumentam a mortalidade. A perda de peso e o



controle destas enfermidades salva vidas e promove a redução de custos do sistema de saúde. (6,7,8).

Na literatura não existe consenso sobre a definição de sucesso da cirurgia bariátrica e metabólica, sendo um mesmo resultado considerado como favorável por um autor e desfavorável por outro. Também não há unanimidade sobre qual terapêutica seria mais adequada no resgate de uma falha de cirurgia bariátrica.

No intuito de criar uma normatização sobre sucesso em cirurgia bariátrica, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – SBCBM - promoveu um fórum de discussão envolvendo cirurgiões, endocrinologistas, cardiologistas, nutrólogos, psiquiatras, psicólogos, nutricionistas e profissionais de atividade física. Após análise crítica da literatura disponível, somada à experiência dos presentes, foram definidos critérios objetivos para a classificação deste tema.

Abaixo, são apresentadas as considerações finais definidas pelos experts:

Um paciente que não atingiu contro-

le adequado da obesidade é diferente daquele que apresentou recidiva da doença após vários anos com adequado controle.

Um pequeno aumento do peso em longo prazo é normal e esperado nas operações bariátricas e metabólicas.

O controle das doenças metabólicas, e consequentemente, uma melhor qualidade de vida, são os desfechos a serem alcançados.

Em relação aos critérios de sucesso ou insucesso, é adequada a utilização dos seguintes termos:

Obesidade controlada: pacientes que atingiram uma Perda do Peso Total > 20% em 6 meses;

Obesidade parcialmente controlada: Perda do Peso Total entre 10 e 20% em 6 meses;

Obesidade não controlada: Perda do Peso Total < 10% em 6 meses.

Em conjunto com a definição de

Controle da Obesidade, devem ser analisados:

Satisfação do paciente com o resultado obtido;

Melhora das doenças associadas independentemente da perda ponderal;

Eventual perda ponderal no pré-operatório.

Para aqueles pacientes que após um longo período de controle recuperaram peso ou nos quais houve um reaparecimento de doença associada, é correta a utilização do termo recidiva da obesidade, assim classificada:

Recidiva: Recuperação de 50% do peso perdido atingido em longo prazo ou recuperação de 20% do peso associado ao reaparecimento de comorbidades.

Recidiva Controlada: Recuperação entre 20 e 50% do peso perdido em longo prazo.

Obs.: Ganho de peso esperado: Recuperação < 20% do peso perdido em longo prazo.

As causas de recidiva pós operatória

estão relacionadas a fatores ligados ao paciente (comportamentais e biológicas) e às técnicas cirúrgicas.

As causas relacionadas à recidiva, especialmente as comportamentais, devem inicialmente passar por avaliação clínica multidisciplinar, e posteriormente as causas técnicas devem ter solução cirúrgica.

Consideramos que a equipe multidisciplinar ideal é composta por:

Endocrinologista

Cirurgião

Nutrólogo

Psiquiatra

Nutricionista

Psicólogo

Preparador Físico

Fisioterapeuta

E outros profissionais que forem necessários.

Sempre na vanguarda, a SBCBM estabelece diretrizes que contribuem para nortear os resultados das operações bariátricas e metabólicas. Ao unificarmos termos e critérios, consequentemente estaremos unificando condutas e propiciando o melhor tratamento aos nossos pacientes.

É importante observar que este documento não deve ser utilizado com fins jurídicos, considerando que não se trata de legislação sobre o tema, e tem o propósito de orientar os membros associados em relação ao tema.

## Referências

1. Sjöström L, Peltonen M, Jacobson P, Sjöström CD, Karason K, Wedel H, et al. Bariatric surgery and long-term cardiovascular events. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 2012 Jan 4;307(1):56–65.



2. Sjöström L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial - a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *J Intern Med*. 2013 Feb 8;273(3):219–34.
3. Chikunguwo SM, Wolfe LG, Dodson P, Meador JG, Baugh N, Clore JN, et al. Analysis of factors associated with durable remission of diabetes after Roux-en-Y gastric bypass. *SOARD*. Elsevier Inc; 2010 May 3;6(3):254–9.
4. Arterburn D, Bogart A, Coleman KJ, Haneuse S, Selby JV, Sherwood NE, et al. Comparative effectiveness of bariatric surgery vs. nonsurgical treatment of type 2 diabetes among severely obese adults. *Obesity Research & Clinical Practice*. Asia Oceania Assoc. for the Study of Obesity; 2012 Sep 25;:1–11.
5. Karmali S, Brar B, Shi X, Sharma AM, Gara C, Birch DW. Weight Recidivism Post-Bariatric Surgery: A Systematic Review. *OBES SURG*. 2013 Sep 1;23(11):1922–33.
6. Wagner EH, Sandhu N, Newton KM, McCulloch DK, Ramsey SD, Grothaus LC. Effect of improved glycemic control on health care costs and utilization. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 2001 Jan 10;285(2):182–9.
7. Caro JJ, Ward AJ, O'Brien JA. Lifetime costs of complications resulting from type 2 diabetes in the U.S. *Diabetes Care*. 2002 Mar;25(3):476–81.
8. <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/04/metade-dos-brasileiros-esta-com-excesso-de-peso>. Acessado em 01/09/2015