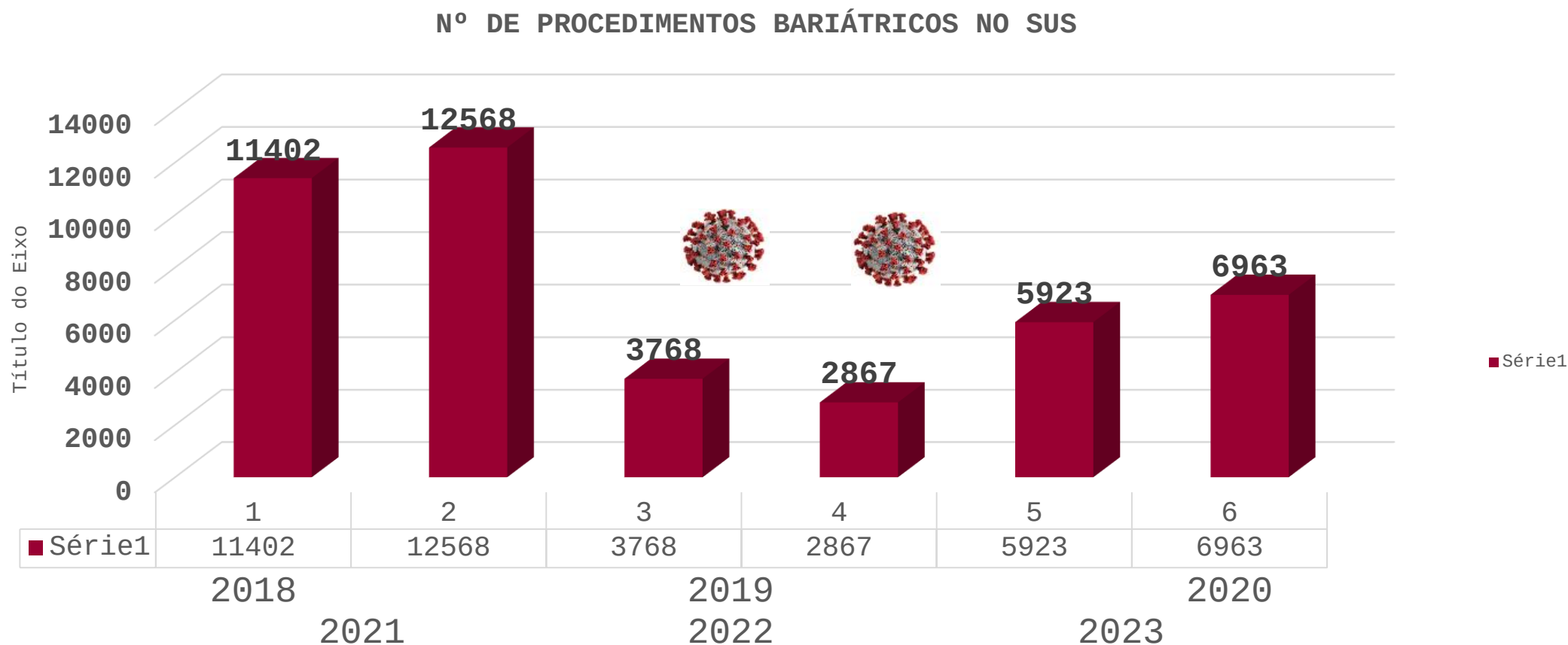
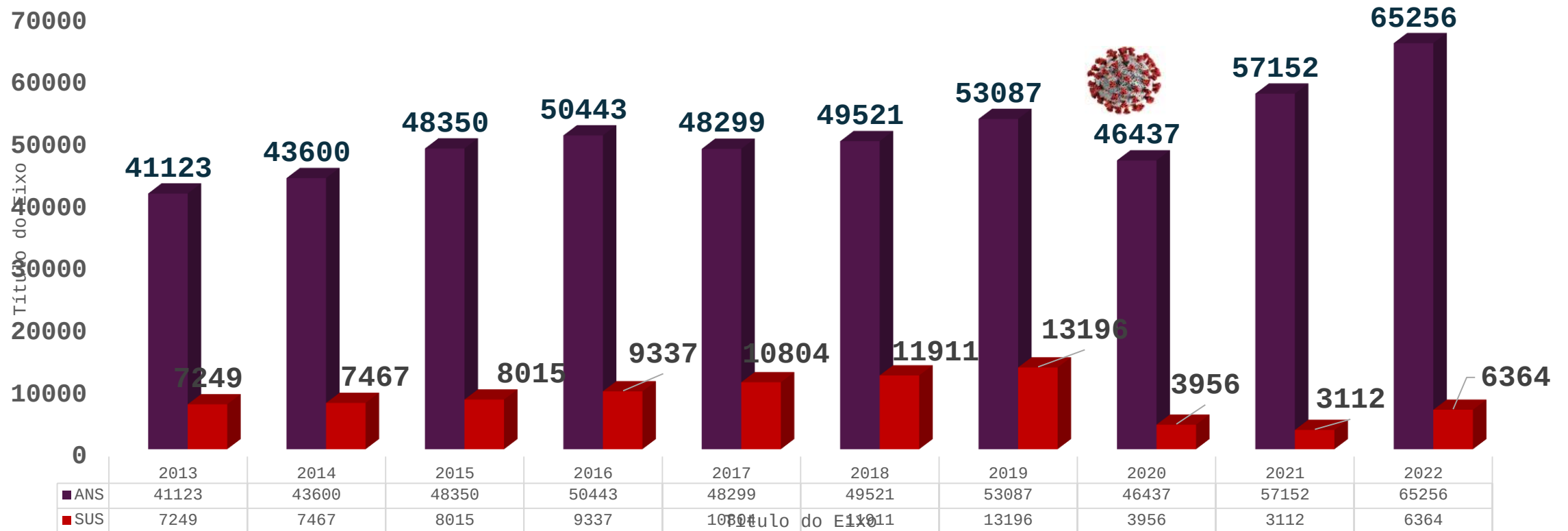


CIRURGIA BARIÁTRICA NO SUS – 2018–2023



Cirurgia Bariátrica no SUS X Saúde Suplementar 2013 à 2022

■ ANS ■ SUS



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde

Região das Américas



TÓPICOS

PAÍS

[Início](#) / Uma em cada oito pessoas, no mundo, vive com obesidade

Uma em cada oito pessoas, no mundo, vive com obesidade



e-Cidadania

[Sobre](#)[Ideia Legislativa](#)[Evento Interativo](#)[Consulta Pública](#)[Oficina Legislativa](#)[Entrar](#)[Mais ▼](#)

IDEIA LEGISLATIVA

A Organização Mundial de Saúde aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo.

Mapa da obesidade da OMS

A projeção é que, em **2025**: 2,3 bilhões de adultos - sobrepeso;
700 milhões, obesos.
75 milhões de crianças com sobrepeso e
obesidade

No Brasil: 50% da população sobrepeso e obesidade.
Entre crianças, estaria em torno de 15%.

OBESIDADE

4 DE MARÇO



Organização Mundial da Saúde (OMS)

Condição caracterizada pelo acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal, que pode trazer prejuízos significativos à saúde.

Doença crônica multifatorial, resultante de uma interação complexa entre fatores genéticos, metabólicos, comportamentais, culturais e ambientais.

É um dos principais fatores de risco para doenças não transmissíveis, como:

- Doenças cardiovasculares.
- Diabetes tipo 2.
- Hipertensão arterial.
- Certos tipos de câncer (como de mama e cólon).

- **Peso normal:** IMC entre 18,5 e 24,9.
- **Sobrepeso:** IMC entre 25 e 29,9.
- **Obesidade:**
 - **Grau 1 (leve):** IMC entre 30 e 34,9.
 - **Grau 2 (moderada):** IMC entre 35 e 39,9.
 - **Grau 3 (grave ou mórbida):** IMC igual ou superior a 40.



Qual era o IMC de Mike T

- A) IMC entre 25 e 29,9.
- B) IMC entre 30 e 34,9.**
- C) IMC entre 35 e 39,9.
- D) IMC igual ou superior a 40.

Peso: 99 kg (218 lbs)

Alt: 1,78 m (5'10")

31, 32Kg/m²

THE LANCET DIABETES & ENDOCRINOLOGY COMMISSION · Online first, January 14, 2025

Definition and diagnostic criteria of clinical obesity

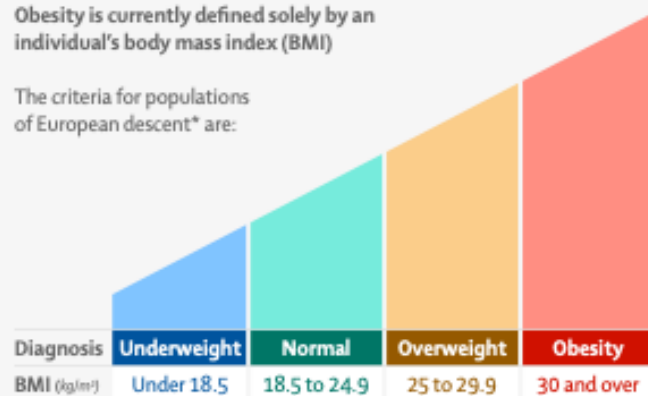
[Prof Francesco Rubino](#)^{a,c} · [Prof David E Cummings](#)^{d,e} · [Robert H Eckel](#)^f · [Ricardo V Cohen](#)^g · [Prof John P H Wilding](#)^h · [Wendy A Brown](#)ⁱ · et al. [Show more](#)

Diagnosing clinical obesity

Limitations of the current definition of obesity

Obesity is currently defined solely by an individual's body mass index (BMI)

The criteria for populations of European descent* are:



*Criteria for other ethnic groups are different

Relying on BMI alone to establish if someone has obesity is problematic as this can inaccurately classify a person as having or not having excess body fat, and also lead to under-diagnosis of many whose health is impaired and over-diagnosis of many who are healthy.

- ✓ Although BMI is **useful** for identifying individuals at increased risk of health consequences...
- ✗ It **is not** a direct measure of fat
- ✗ It **does not** establish the distribution of fat around the body
- ✗ It **cannot** determine when excess body fat is a health problem

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO (kg)}}{\text{ALTURA (m)} \times \text{ALTURA (m)}}$$

Problemas do IMC:

- Não mede diretamente a gordura corporal.
- Não avalia a distribuição da gordura pelo corpo.
- Não identifica quando o excesso de gordura é prejudicial.
- Pode levar ao **subdiagnóstico** e ao **sobrediagnóstico**.

CrITÉRIOS para DiagnÓstico

1. Confirmar excesso de gordura corporal:

• Medições:

- **Circunferência da cintura:** ≥ 102 cm (homens), ≥ 88 cm (mulheres).
- **Razão cintura-quadril:** $> 0,90$ (homens), $> 0,85$ (mulheres).
- **Razão cintura-altura:** $> 0,50$ (todos).
- **DEXA**
- Ou IMC > 40 kg/m².

2. Avaliando sinais/sintomas:

- História médica, exame físico e testes laboratoriais.
- Presença de **disfunção de órgãos** ou **limitações em atividades diárias**.

Measurements of body size

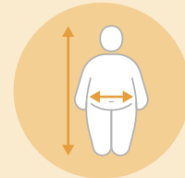
The commission defines three measurements of body size that can be used to confirm excess body fat:



Waist circumference
 ≥ 102 cm for men*
 ≥ 88 cm for women*



Waist-to-hip ratio
 > 0.90 for men*
 > 0.85 for women*



Waist-to-height ratio
 > 0.50 for all*

Excess body fat can pragmatically be assumed if BMI is > 40 kg/m²

Excess body fat?

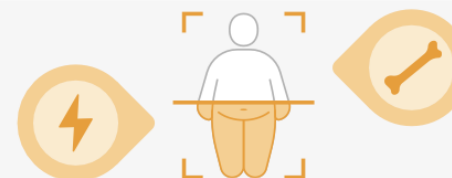
The first step in such a diagnosis is confirming excess body fat, which can be achieved via one of the following three criteria:



At least one measurement of body size and BMI



At least two measurements of body size, regardless of BMI



Direct body fat measurement, such as a DEXA scan

1. Dores de cabeça recorrentes e perda de visão. Às vezes, têm a ver com a pressão intracraniana aumentada.
2. Apneia do sono.
3. Falta de ar.
4. Insuficiência cardíaca de fração reduzida.
5. Fadiga e inchaço nas pernas.
6. Palpitações e ritmo cardíaco irregular.
7. Hipertensão pulmonar.
8. Trombose venosa.
9. Hipertensão.
10. Alterações metabólicas: aumento do colesterol LDL ou dos triglicérides ou, ainda, dos níveis de glicose.
12. Doença hepática gordurosa.
13. Albuminúria.
14. Incontinência urinária frequentes.
15. Menstruação irregular, falta de ovulação e síndrome dos ovários policísticos.
16. Deficiência de testosterona nos homens e baixa produção de espermatozoides.
17. Dores nos joelhos e/ou na bacia.
18. Linfedema.
19. Limitações em atividades básicas do dia a dia.



#	1	2	3	4
BMI (kg/m ²)	28.2	30.1	36.2	36.2
Diagnosis	Overweight	Obesity	Obesity	Obesity
Excess body fat?	Yes	No	Yes	Yes
Signs and symptoms?†	No	No	No	Yes
Notes	Under-diagnosis of obesity	Over-diagnosis of obesity	Obesity with preserved health	Obesity with ongoing illness

Limitations of BMI-based diagnosis



People with excess body fat do not always have a BMI above 30, meaning that their health risk can go unnoticed.

Individuals with high muscle mass (eg, athletes) tend to have high BMIs despite normal fat mass. Diagnosing such people as having obesity or a disease is inappropriate.

Some people with excess body fat (and high BMI) can nevertheless maintain normal organ function and an unhindered ability to conduct daily activities (hence, they have no illness); others instead manifest objective evidence of ongoing illness. Current definition and measures of obesity do not reflect health/illness at individual level and are therefore inadequate for disease diagnosis.

†Signs and symptoms of organ dysfunction due to excess body fat

Read the Lancet Diabetes & Endocrinology Commission on the definition and diagnostic criteria of clinical obesity online at: www.thelancet.com/commissions/clinical-obesity

A more accurate and clinically relevant approach

The Commission proposes a new diagnostic approach to obesity that focuses on other measures of body fat and objective signs and symptoms of ill health. The Commission also introduces two new categories of obesity: preclinical obesity and clinical obesity.

Preclinical obesity

A condition of excess body fat associated with variable level of health risk, but no ongoing illness

People living with preclinical obesity:



Have no evidence of reduced organ or tissue function due to obesity



Can complete day-to-day activities unhindered



Are generally at a higher risk of developing diseases, such as:

- Clinical obesity
- Cardiovascular disease
- Some cancers
- Type 2 diabetes

Full details of these new categories can be found in the Commission report

Clinical obesity

A chronic disease due to obesity alone, and characterised by signs and symptoms of ongoing organ dysfunction and/or reduced ability to conduct daily activities

People living with clinical obesity have reduced tissue or organ function due to obesity, such as:



Breathlessness caused by effects of obesity on the heart or lungs



Knee or hip pain with joint stiffness and reduced range of motion



A cluster of metabolic abnormalities



Dysfunction of other organs including kidneys, upper airways, nervous, urinary, and reproductive systems.

The pathophysiology of preclinical and clinical obesity

Preclinical obesity

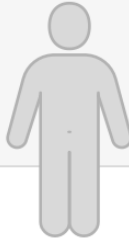
Excess body fat

Alterations of organ structure

Clinical obesity

Alterations of organ function

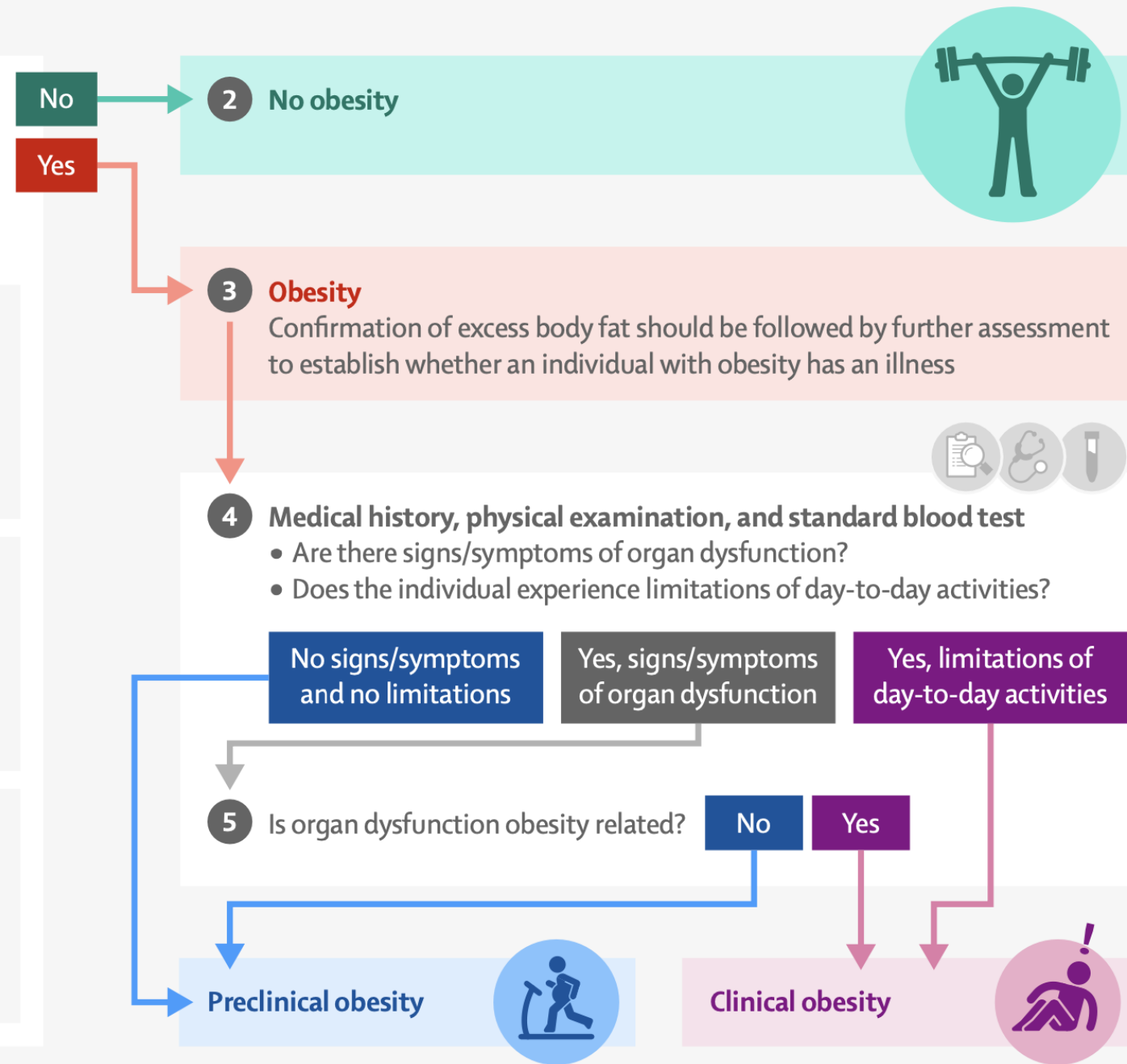
Traditional measurement of obesity vs new diagnostic method

#	1	2	3	4	5	6
						
BMI (kg/m ²)	23.7	28.8	28.8	32.4	39.2	39.2
Excess body fat?	 No	 No	 Yes	 No	 Yes	 Yes
Muscle mass	Normal / High	Normal	Normal / Low	High	Normal / Low	Normal / Low
Signs and symptoms?*	 No	 No	 No	 No	 No	 Yes
Old diagnosis	No obesity	Overweight	Overweight	Obesity	Obesity	Obesity
New diagnosis	No obesity	No obesity	Preclinical obesity	No obesity	Preclinical obesity	Clinical obesity

*Signs and symptoms of organ dysfunction due to excess body fat

Read the *Lancet Diabetes & Endocrinology* Commission on the definition and diagnostic criteria of clinical obesity online at: www.thelancet.com/commissions/clinical-obesity

Individualização do diagnóstico e tratamento da obesidade



Management

This new diagnosis approach will support evidence-based, personalised prevention and treatment, ensuring more efficient and cost-effective use of resources

Preclinical obesity management

Focus on risk reduction and prevention of progression to clinical obesity or other obesity-related diseases



Health counselling for weight loss or prevention of weight gain



Monitoring over time



Active weight loss interventions in people at higher risk of developing clinical obesity, and other obesity-related diseases

Clinical obesity management

Focus on improvement or reversal of organ dysfunction



Evidence-based treatment and management, with an aim to fully regain or improve functions



Treatment type should be informed by individual risk—benefit assessments and decided via an active discussion with the patient



Success should be assessed by improvement of signs and symptoms, rather than measures of weight loss

Obesidade Pré-Clinica:

- Foco na **prevenção e redução de riscos**:
- Aconselhamento sobre perda de peso.
- Monitoramento regular.
- Intervenções ativas para pessoas com alto risco.

Obesidade Clínica:

- Foco na melhoria/reversão da disfunção de órgãos:
- Tratamentos baseados em evidências.
- Sucesso medido pela **melhora nos sintomas**, não apenas na perda de peso.



A obesidade, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença crônica desde 1948, continua sendo um dos maiores desafios de saúde pública em escala global. Entretanto, os critérios tradicionais de diagnóstico, baseados exclusivamente no Índice de Massa Corporal (IMC), têm mostrado limitações consideráveis para avaliar a adiposidade e seus impactos na saúde individual. É com entusiasmo que a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) acolhe e elogia as propostas avançadas pela Comissão publicada no Lancet Diabetes & Endocrinology, que trazem uma redefinição necessária e cientificamente embasada para a obesidade clínica.

A redefinição proposta é um divisor de águas na compreensão e no manejo da obesidade. Diferenciando entre obesidade pré-clínica e obesidade clínica, os novos critérios reconhecem que o excesso de adiposidade pode se manifestar de formas distintas, ora como um fator de risco, ora como uma condição de doença estabelecida.

Essa nova categorização é particularmente relevante no contexto das intervenções cirúrgicas bariátricas e metabólicas, pois ao identificar precocemente pacientes em risco e direcionar recursos de forma eficaz para aqueles que já apresentam complicações representa um avanço significativo em termos de equidade e eficiência no cuidado.

Os novos critérios de avaliação têm vantagens como, a inclusão de métodos como circunferência abdominal, razão cintura-quadril e medidas diretas de adiposidade, como o DEXA, permite uma avaliação mais fidedigna do impacto da obesidade na saúde. Essa abordagem evita tanto o subdiagnóstico (em pessoas com IMC normal e alta adiposidade) quanto o sobrediagnóstico (em atletas com alta massa muscular); reconhece a obesidade clínica como uma doença baseada em alterações funcionais objetivas, e não apenas no peso, promove um cuidado mais centrado no indivíduo, alinhado com os princípios da medicina personalizada; permite na Obesidade Pré-Clínica a implementação de estratégias de monitoramento, aconselhamento e intervenções preventivas para evitar progressão.

Já na Obesidade Clínica, permite abordagens baseadas em evidências, com o objetivo de reverter disfunções e melhorar a qualidade de vida. Também a nova definição combate a ideia de que a obesidade é apenas uma falha de comportamento ou estilo de vida, ao reconhecer a obesidade como uma doença multifatorial e sistêmica, promove-se um cuidado mais humanizado, com redução do peso do estigma associado à condição. Por fim, a redefinição reforça a necessidade de políticas públicas baseadas em evidências, permitindo uma melhor alocação de recursos em saúde, priorizando tanto a prevenção quanto o tratamento eficaz.

Esses avanços representam uma oportunidade para transformarmos a forma como abordamos a obesidade em nossos sistemas de saúde. Na SBCBM, acreditamos que a integração desses novos critérios fortalecerá ainda mais as abordagens multidisciplinares que sustentam a cirurgia bariátrica e metabólica. Estamos comprometidos em liderar esforços para disseminar essas diretrizes no Brasil, colaborando com médicos, gestores de saúde e pacientes para promover mudanças significativas em nosso sistema de saúde.

Ao redefinir a obesidade como uma doença sistêmica e multifatorial, com critérios clínicos claros, a comissão pavimenta o caminho para uma abordagem mais justa e eficaz. A SBCBM apoia esses avanços e reafirma seu compromisso com a excelência no cuidado de pessoas que vivem com obesidade. Juntos, podemos transformar o futuro da saúde metabólica, promovendo não apenas tratamentos mais eficazes, mas também uma sociedade mais inclusiva e informada.

Juliano Blanco Canavarros

Presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM)



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

NOVA RESOLUÇÃO **CFM nº2.429/2025**

O que muda na prática?

SAIBA MAIS >>>

SBCBM SOCIEDADE BRASILEIRA
DE CIRURGIA BARIÁTRICA
E METABÓLICA

Nova resolução CFM nº2.429/2025 O que muda na prática?

REDUÇÃO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) MÍNIMO

Agora, pessoas com IMC entre 30 kg/m² e 35 kg/m² podem realizar a cirurgia bariátrica desde que apresentem:

- Diabetes mellitus tipo 2;
- Doença cardiovascular grave com lesão em órgão alvo;
- Doença renal crônica precoce em pacientes com diabetes tipo 2;
- Apneia do sono grave;
- Doença gordurosa hepática não alcoólica com fibrose;
- Afecções com indicação de transplante;
- Refluxo gastroesofágico com indicação cirúrgica; ou
- Osteoartrose grave.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

SBCBM SOCIEDADE BRASILEIRA
DE CIRURGIA BARIÁTRICA
E METABÓLICA

CIRURGIA METABÓLICA

Novas regras também deixam de restringir a idade e o tempo de convivência com o Diabetes Tipo 2.

Antes, somente os pacientes com até 10 anos de diagnóstico, com mais de 30 anos e menos de 70 anos, podiam ser submetidos à cirurgia metabólica para tratamento do Diabetes Tipo 2.



CIRURGIA BARIÁTRICA REDUÇÃO DE IDADE MÍNIMA

Agora, os pacientes entre 14 e 16 anos poderão ser submetidos à cirurgia desde que se enquadrem em caso grave de obesidade, com IMC acima de 40, associada a complicações clínicas que levem a risco de vida.

Já os pacientes com idade acima de 16 anos poderão ser elegíveis ao tratamento cirúrgico com os mesmos critérios de adultos.

A elegibilidade de adolescentes à cirurgia bariátrica e metabólica envolve processo de decisão compartilhada entre paciente, pais ou tutores e equipe médica.

TÉCNICAS CIRÚRGICAS

Cirurgias altamente recomendadas:

- Bypass gástrico em Y de Roux
- Gastrectomia Vertical (Sleeve)

Essas cirurgias são atualmente as operações com maior embasamento científico na literatura mundial, sendo altamente recomendadas na maioria absoluta das situações clínicas devido à segurança e eficácia, comprovadas e reconhecidas amplamente em estudos com acompanhamento dos pacientes em longo prazo.



TÉCNICAS CIRÚRGICAS

Cirurgias alternativas reconhecidas, com indicação principalmente para procedimentos revisionais:

- Duodenal switch com gastrectomia vertical;
- Bypass gástrico com anastomose única;
- Gastrectomia vertical com anastomose duodeno-ileal;
- Gastrectomia vertical com bipartição do trânsito intestinal;

Essas cirurgias podem ser consideradas como alternativas cirúrgicas a serem realizadas de acordo com a necessidade do paciente, desde que com a aprovação da equipe multidisciplinar, além da compreensão e do consentimento do paciente, que deve estar ciente que essas cirurgias não são as que oferecem maior eficácia e segurança quando realizadas como procedimentos primários.

Nova resolução CFM nº2.429/2025 O que muda na prática?

TÉCNICAS CIRÚRGICAS

Técnicas não recomendadas:

- Banda gástrica ajustável;
- Cirurgia de Scopinaro;

Os pacientes já submetidos a tais procedimentos devem ser acolhidos e acompanhados clinicamente, conforme protocolo da equipe médica.



Confira a íntegra da
nova resolução
CFM nº2.429/2025 e saiba
mais sobre as mudanças
em nosso site.

ACESSE
www.sbcbm.org.br



25º CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA
BARIÁTRICA E METABÓLICA

Foz do Iguaçu / Pr

22 a 24 de Outubro **2025**



2º Encontro Nacional
de Pacientes
Bariátricos 2025

#MINHAMELHORESCOLHA

O QUE MUDA NA PRÁTICA?

NOVA RESOLUÇÃO CFM nº 2.429/2025



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Visita ao CFM com o atual presidente da SBCBM Juliano Canavarros



O que mudou nas novas diretrizes da LANCET?



As novas diretrizes sobre obesidade recomendam não usar o IMC isoladamente para diagnóstico. Em vez disso, ele deve ser complementado por outras medições, como a circunferência da cintura, relação cintura-quadril e cintura-altura, além de exames diretos de composição corporal (como bioimpedância ou densitometria ossea). Essas medições oferecem uma visão mais precisa da distribuição de gordura e do risco metabólico, superando as limitações do IMC, que não distingue gordura de massa muscular.



Apenas o peso importa?

Peso: 105 kg
Estatura: 180cm
IMC: 32,4
IAC: 16,8



Peso: 105 kg
Estatura: 180cm
IMC: 32,4
IAC: 28,6





Qual era o IMC de Mike Tyson?

- A) IMC entre 25 e 29,9.
- B) IMC entre 30 e 34,9.
- C) IMC entre 35 e 39,9.
- D) IMC igual ou superior a 40.

31,32 kg/m²

Peso: 99 kg

Alt: 1,78 m

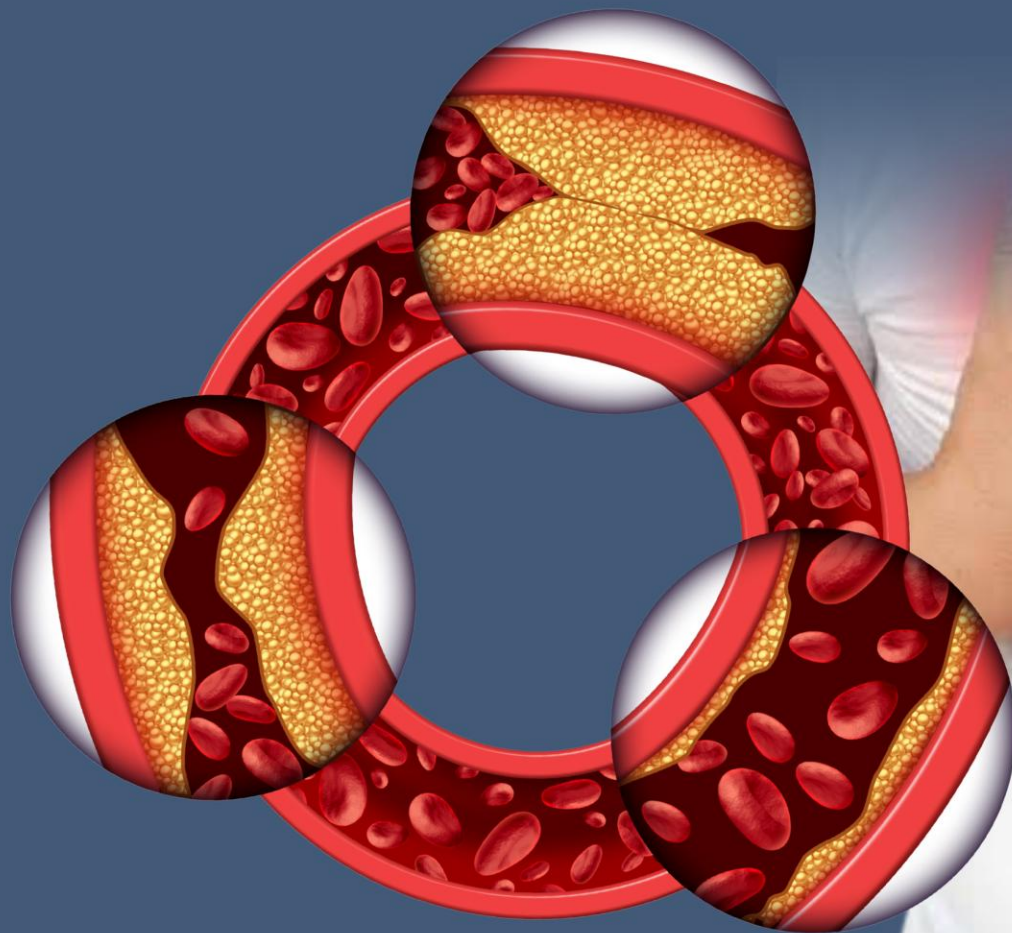
O que diz a resolução?

Agora, pessoas com IMC entre 30 kg/m² e 35 kg/m² podem realizar a cirurgia bariátrica desde que apresentem:

Diabetes Mellitus tipo 2



Doença cardiovascular grave com lesão em em órgão alvo



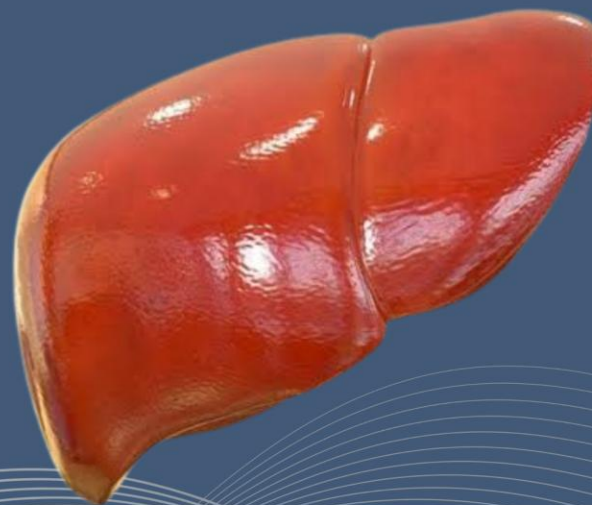
Doença renal crônica precoce em pacientes com diabetes tipo 2



Apneia do sono grave

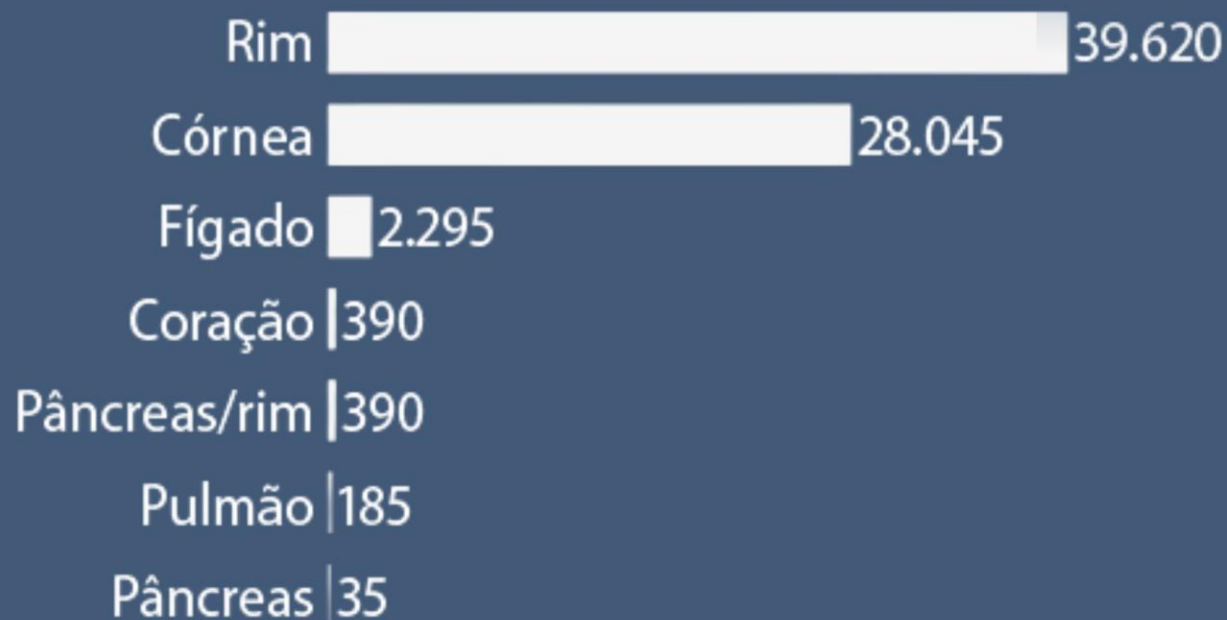


Doença gordurosa hepática não alcoólica com fibrose



Afecções com indicação de transplante

Pessoas à espera de transplante
(em abril de 2024)



Fontes: ABTO e Ministério da Saúde



Refluxo gastroesofágico com indicação cirúrgica



Osteoartrose grave



Sem artrose



Com artrose

A collection of medical supplies related to diabetes management, including insulin pens, syringes, glucose meters, test strips, pills, and a pill bottle, arranged on a dark blue background.

Cirurgia metabólica

Antes, somente os pacientes com até **10 anos de diagnóstico**, com mais de 30 anos e menos de 70 anos, podiam ser submetidos à cirurgia metabólica para tratamento do Diabetes Tipo 2.

A nova Resolução CFM não restringe a idade nem define mais o tempo de convivência com a doença.

Redução de Idade Mínima

Agora, pacientes entre 14 e 16 anos poderão ser submetidos à cirurgia desde que se enquadrem em caso **grave de obesidade**, com IMC acima de 40, associado a **complicações** clínicas que levem a **risco** de vida.

Já os pacientes com idade acima de 16 anos poderão ser elegíveis ao **tratamento cirúrgico** com os **mesmos** critérios de adultos.



Técnicas cirúrgicas

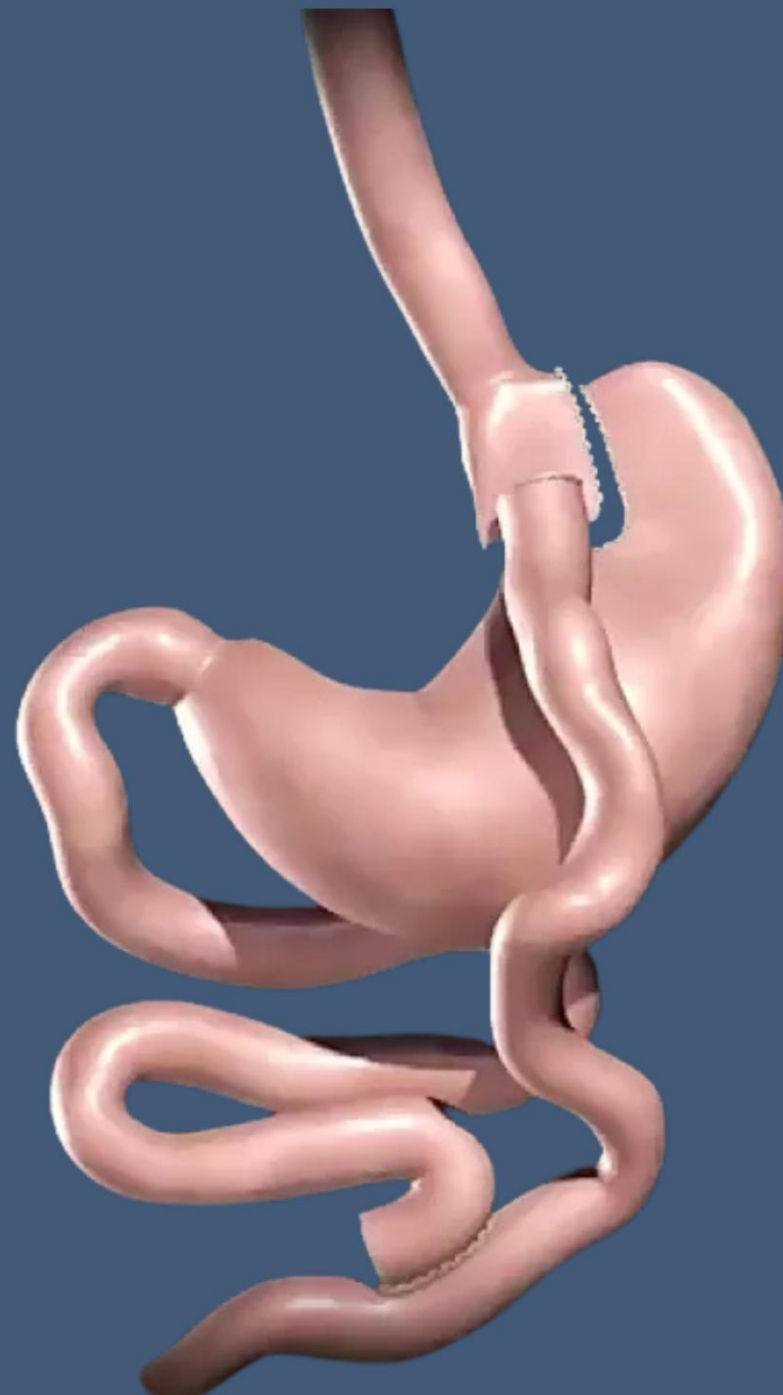
Principais cirurgias

As cirurgias bariátricas mais recomendadas são o Bypass gástrico e o Sleeve gástrico, pois oferecem bons resultados na perda de peso e na melhoria de comorbidades da obesidade. Outras técnicas, são indicadas preferencialmente como cirurgias revisionais, para corrigir problemas ou em casos específicos.



Bypass Gástrico em Y de Roux

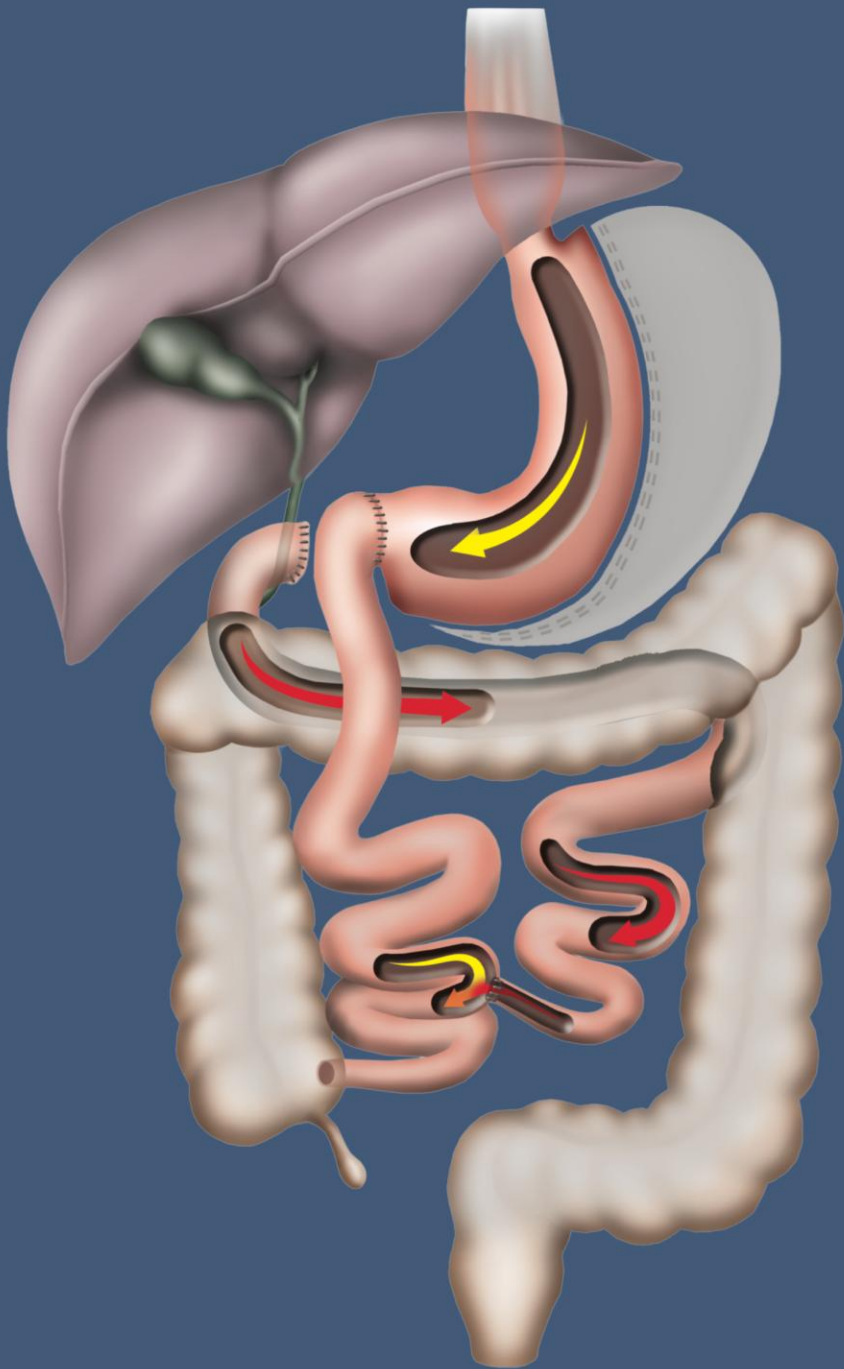
O bypass gástrico é uma técnica de cirurgia que se consiste em desviar parte do intestino, promovendo perda de peso por restrição alimentar e diminuição da absorção de nutrientes. Ele é eficaz na melhora de doenças como diabetes tipo 2.



Gastrectomia vertical (sleeve gástrico)

A gastrectomia vertical (sleeve gástrico) é uma técnica de cirurgia bariátrica que consiste na remoção de cerca de 70% a 80% do estômago, transformando-o em um tubo estreito. O procedimento reduz a capacidade do estômago e diminui a produção do hormônio grelina, que estimula a fome.

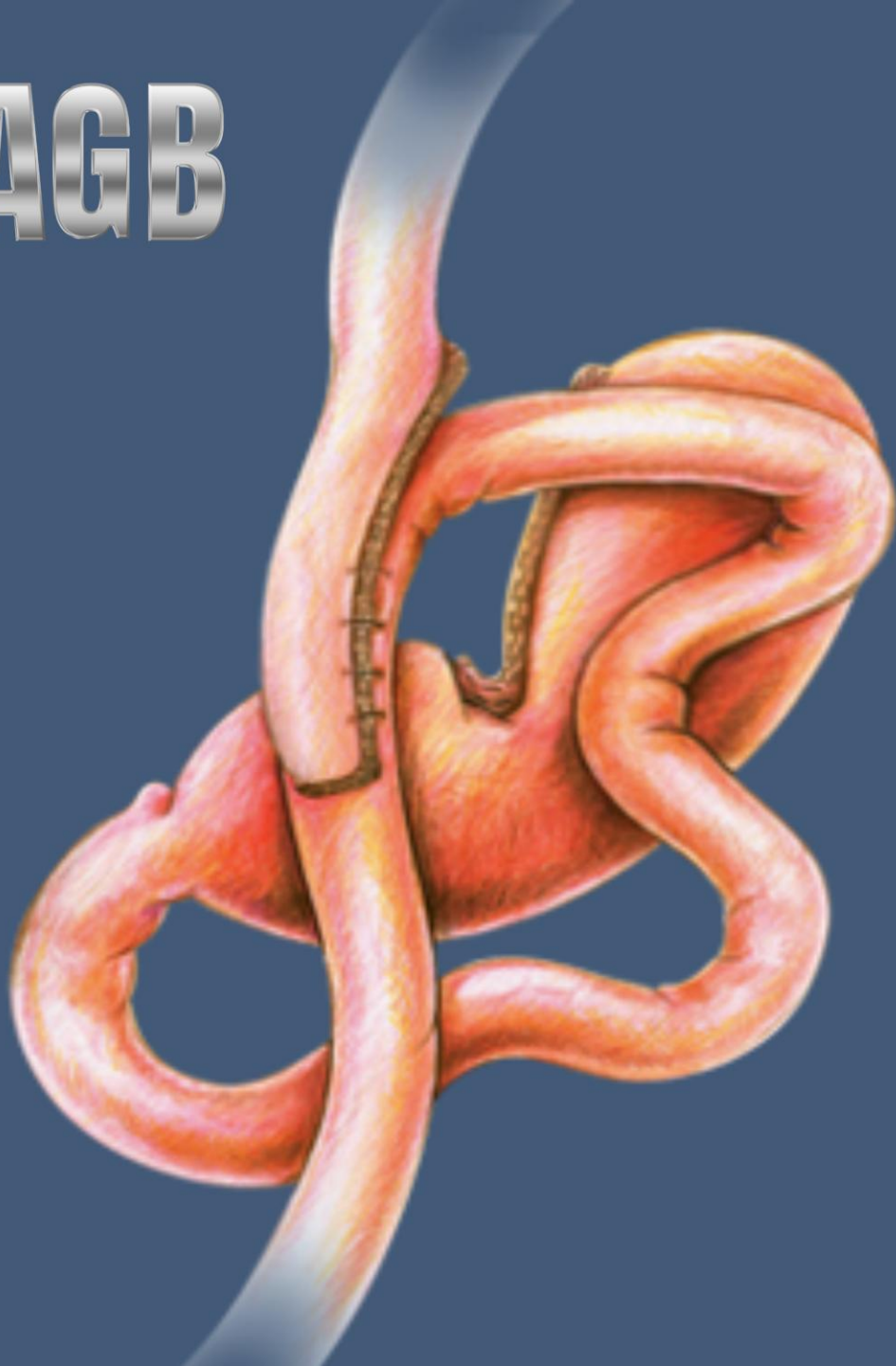




Duodenal switch com gastrectomia vertical

O Duodenal Switch com Gastrectomia Vertical (DSG) é um procedimento bariátrico que combina duas técnicas: a gastrectomia vertical (sleeve) e o desvio intestinal. Inicialmente, o estômago é reduzido, criando um tubo estreito. Em seguida, o intestino delgado é reconfigurado, criando um desvio que diminui a absorção de calorias e nutrientes.

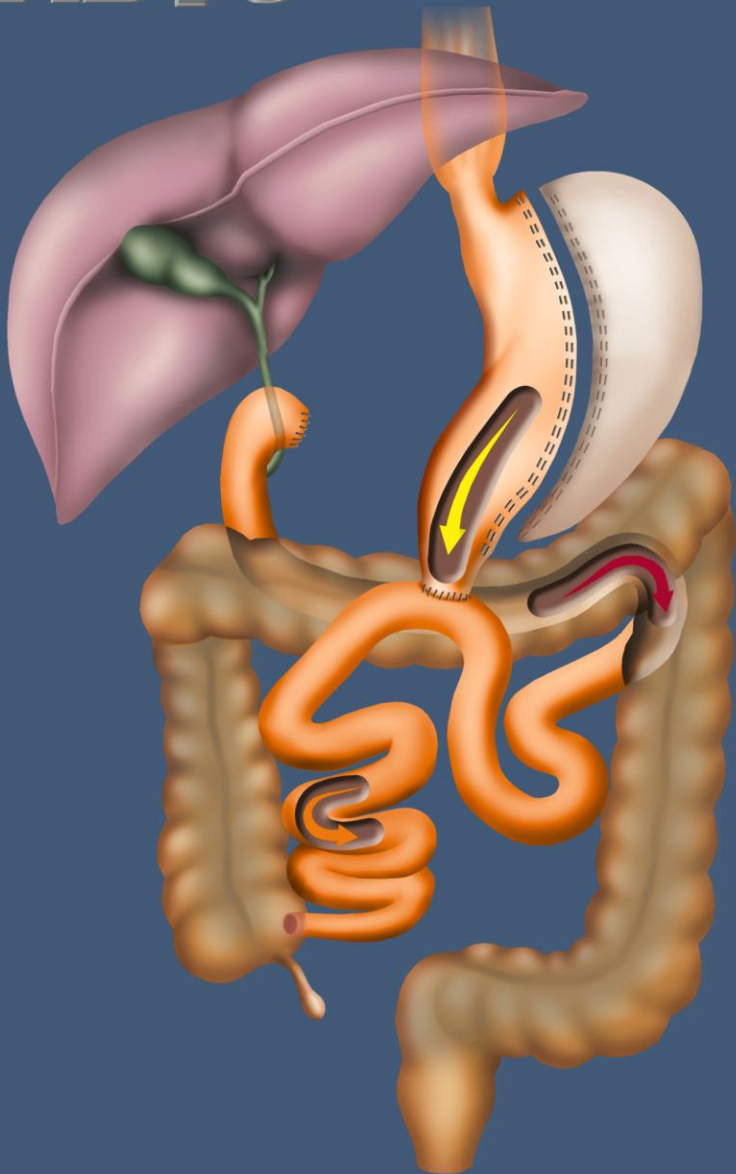
OAGB



Bypass gástrico com anastomose única

O Bypass Gástrico com Anastomose Única (OAGB) é uma técnica bariátrica que envolve a criação de uma pequena bolsa estomacal e o desvio do intestino delgado, mas com uma única anastomose (conexão) entre a bolsa gástrica e o intestino.

SADIS



Gastrectomia vertical com anastomose duodeno-ileal

A Gastrectomia Vertical com Anastomose Duodeno-Ileal (SADI-S) é uma técnica bariátrica que combina a gastrectomia vertical (sleeve) com um desvio intestinal. Inicialmente, uma grande parte do estômago é removida, criando um tubo estreito (como no sleeve). Em seguida, o duodeno é desviado e reconectado ao íleo.



Gastrectomia vertical com bipartição do trânsito intestinal

A Gastrectomia Vertical com Bipartição do Trânsito Intestinal é uma técnica bariátrica que combina a gastrectomia vertical (sleeve) com um desvio intestinal mais complexo. Após a remoção de uma grande parte do estômago, criando um tubo estreito, o trânsito intestinal é dividido em duas vias: uma que leva os alimentos ao intestino e outra que leva os sucos digestivos.

**Técnicas
cirúrgicas não
recomendadas**

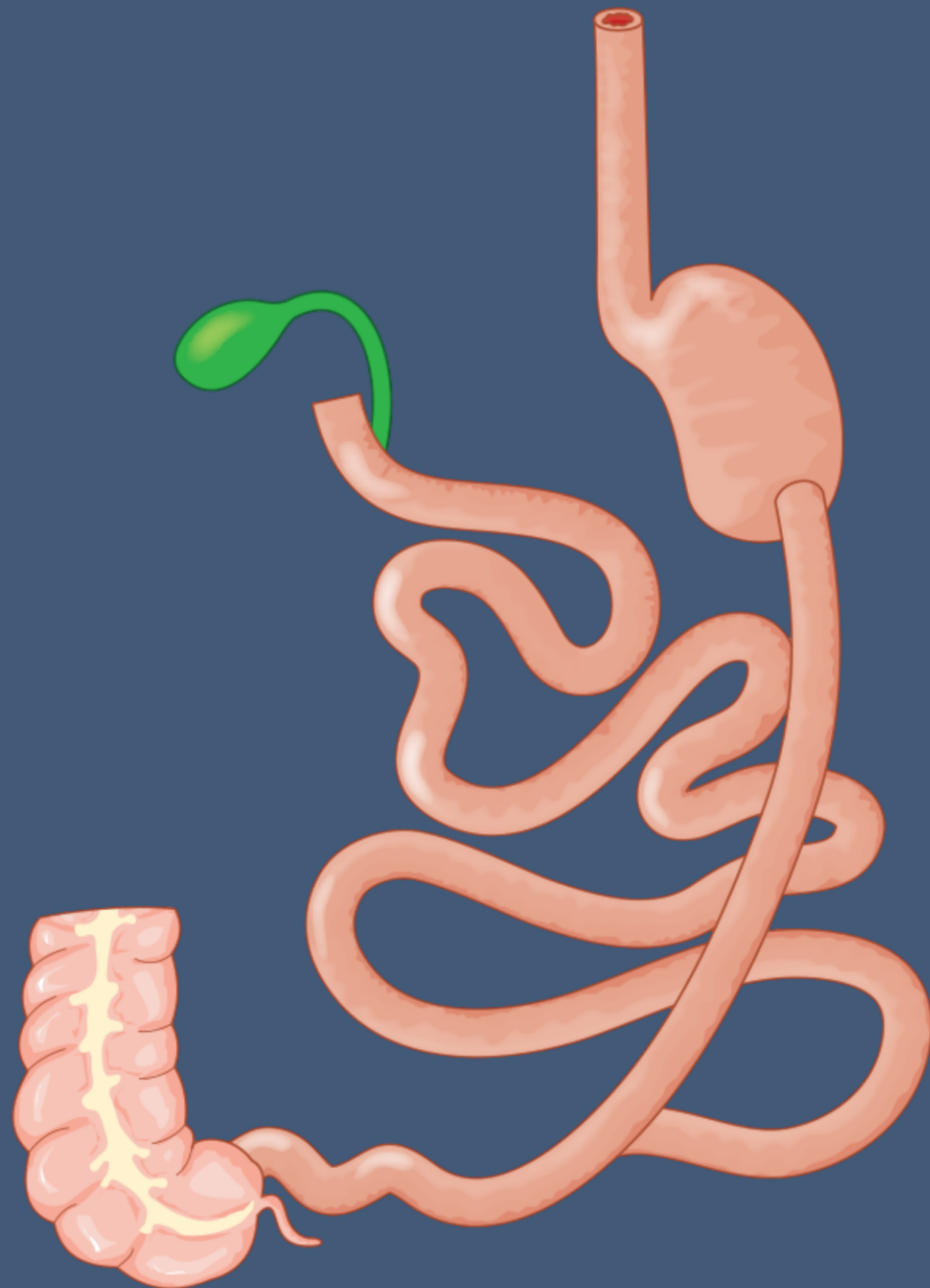
Banda gástrica ajustável

A Banda Gástrica Ajustável é uma técnica bariátrica em que uma faixa de silicone é colocada ao redor da parte superior do estômago, criando uma pequena bolsa. Essa bolsa limita a quantidade de alimentos que a pessoa pode ingerir, promovendo a perda de peso. A banda pode ser ajustada por meio de um dispositivo subcutâneo, permitindo aumentar ou diminuir a restrição conforme necessário.



Cirurgia de Scopinaro

A Cirurgia de Scopinaro é uma técnica bariátrica mista que combina restrição alimentar e má absorção. O procedimento consiste na gastrectomia vertical (remover parte do estômago, criando um tubo estreito) e em um desvio intestinal. A principal característica é a criação de uma anastomose entre o estômago e o intestino delgado, onde os alimentos são desviados antes de alcançar o duodeno, reduzindo a absorção de calorias e nutrientes. A cirurgia exige acompanhamento nutricional contínuo e suplementação vitamínica para evitar deficiências nutricionais graves.



Requisitos para cirurgiões e serviços



CIRURGIÃO

- Experiência documentada.
- Capacitação específica em cirurgia bariátrica.

SERVIÇO DE SAÚDE

- Infraestrutura mínima exigida.
- Equipe com médico, nutricionista, psicólogo e enfermagem especializada.
- Acompanhamento a longo prazo obrigatório.



Obesidade não é falta de caráter. É uma DOENÇA complexa que merece respeito, empatia e tratamento adequado.





CIRURGIA BARIÁTRICA ★
A SUA MELHOR
ESCOLHA

CLIQUE AQUI E SAIBA MAIS

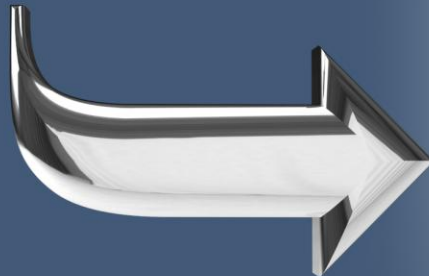




**Foi uma honra compartilhar esse momento com vocês no
II Encontro Nacional de Pacientes Bariátricos – SBCBM.**

**Seguimos juntos, com ciência, cuidado e empatia,
transformando vidas por meio da cirurgia bariátrica.**

**Dr Luiz Fernando Córdova
@drluizfernandocordova**



SCAN ME