



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RECOMENDAÇÃO CFM Nº 1/2020

Dispõe sobre a realização de cirurgias eletivas bariátricas e metabólicas no período de pandemia da COVID-19.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, respectiva e posteriormente alterado pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e

CONSIDERANDO os princípios fundamentais II e XII e os direitos II e V estabelecidos no Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO a pandemia da COVID-19 como emergência sanitária global sem precedentes na história moderna;

CONSIDERANDO que a COVID-19 obrigou a suspensão da maioria absoluta dos atendimentos eletivos (consultas, procedimentos e cirurgias), e que estes pacientes com doenças não emergenciais, graves e/ou crônicas precisam de tratamento e a sua postergação por tempo indefinido pode resultar no aumento da morbimortalidade;

CONSIDERANDO que o Supremo Tribunal Federal reconheceu a competência concorrente dos municípios, estados e do Distrito Federal para adotar as medidas de enfrentamento da COVID-19;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina (CFM) delegou aos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) a competência de avaliar a necessidade de suspensão de atendimentos eletivos (consultas, procedimentos e cirurgias) de acordo com a realidade de seus estados durante a pandemia da COVID-19;

CONSIDERANDO que a Agência Nacional de Saúde Suplementar, em abril de 2020, não proibiu a realização de procedimentos eletivos (consultas, procedimentos e cirurgias);

CONSIDERANDO a Nota Técnica (NT) GVIMS/GGTES/Anvisa nº 06/2020, que define critérios para a tomada de decisão sobre a realização de procedimentos cirúrgicos durante o período da COVID-19;



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSIDERANDO as determinações que estabelecem os critérios para o tratamento cirúrgico da obesidade e do diabetes tipo 2 elencadas nas resoluções CFM nº 2.131/2015 e CFM nº 2.172/2017 e regulamentam as cirurgias bariátricas e metabólicas no Brasil;

CONSIDERANDO que o retardo do tratamento de pacientes com obesidade clinicamente grave, com comorbidades importantes como diabetes tipo 2 com indicação cirúrgica, pode resultar em aumento da morbimortalidade, tal como documentado em diferentes países, diminuindo suas chances de sucesso no tratamento devido ao adiamento;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 21 de maio de 2020,

RECOMENDA:

Art. 1º Nos estados onde não houver determinação do CRM para a suspensão de procedimentos eletivos, as cirurgias bariátricas e metabólicas poderão ser realizadas, nos termos das resoluções CFM nº 2.131/2015 e CFM nº 2.172/2017.

I – Cabe ao diretor técnico da instituição definir o momento para o retorno das cirurgias bariátricas e metabólicas.

Art. 2º É recomendado que a equipe cirúrgica obedeça aos critérios estabelecidos no anexo desta recomendação em relação a:

I – Priorização da ordem dos pacientes a serem operados;

II – Segurança da equipe e dos pacientes.

Art. 3º Esta Recomendação é válida para o período da pandemia da COVID-19.

Art. 4º Esta Recomendação entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 21 de maio de 2020.

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO

Presidente

DILZA TERESINHA AMBRÓS RIBEIRO

Secretária-geral



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ANEXO DA RECOMENDAÇÃO CFM nº 1/2020

1. Dividimos as recomendações relativas ao retorno seguro às cirurgias eletivas em:
 - 1.1. Recomendações do período pré-operatório.
 - 1.1.1. Período compreendido entre a primeira consulta e o momento da cirurgia.
 - 1.2. Recomendações do período peroperatório.
 - 1.2.1. Período compreendido durante o ato cirúrgico.
 - 1.3. Recomendações do período pós-operatório.
 - 1.3.1. Período compreendido entre o término da cirurgia e a alta do tratamento.

2. Recomendações do período pré-operatório:
 - 2.1. As orientações para indicação de tratamento cirúrgico para obesidade e diabetes tipo 2 não mudam em relação às resoluções CFM nº 2.131/2015 e CFM nº 2.172/2017, nas quais estão elencados todos os critérios.
 - 2.2. Em razão do momento de exceção que a pandemia da COVID-19 determinou, definimos critérios para priorização dos candidatos à cirurgia bariátrica e metabólica:
 - 2.2.1. Em relação à doença obesidade:
 - 2.2.1.1. Pacientes portadores de obesidade grave, aqui definidos como superobesos com índice de massa corpórea (IMC) \geq de 50 kg/m².
 - 2.2.1.2. Pacientes com IMC \geq 35 kg/m²:
 - 2.2.1.2.1. portadores \geq 2 comorbidades, e/ou
 - 2.2.1.2.2. síndrome de hipoventilação, e/ou
 - 2.2.1.2.3. apneia do sono, e/ou
 - 2.2.1.2.4. insuficiência renal estágios, e/ou
 - 2.2.1.2.5. insuficiência cardíaca congestiva por obesidade, e/ou
 - 2.2.1.2.6. prévio a transplante de órgãos, caso em que a perda ponderal diminui a chance de complicações graves e mortalidade.
 - 2.2.2. Em relação ao diabetes tipo 2:
 - 2.2.2.1. Pacientes com IMC \geq 30 kg/m²:
 - 2.2.2.1.1. HbA1c \geq 8% com 2 ou mais medicações orais, e/ou
 - 2.2.2.1.2. uso de insulina, e/ou
 - 2.2.2.1.3. história prévia de evento cardiovascular, e/ou
 - 2.2.2.1.4. albuminúria e/ou insuficiência renal.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

2.3. Avaliação e orientações a pacientes e equipe cirúrgica:

2.3.1. Recomenda-se triagem prévia sobre possível contato com portador de COVID-19 (nos últimos 30 dias), assim como uma avaliação dos sintomas com detalhada anamnese e exame físico.

2.3.1.1. A mínima suspeita clínica de infecção, principalmente de vias aéreas superiores, deve ser razão para suspensão da cirurgia.

2.3.1.1.1. Orientações válidas tanto para médicos (toda a equipe) como pacientes.

2.3.2. A utilização de testes diagnósticos para a COVID-19 deve seguir as orientações e protocolos das instituições locais onde os procedimentos serão agendados.

2.4. Estratégias para minimizar os riscos dos pacientes prioritários durante a espera da cirurgia:

2.4.1. A pacientes sem controle glicêmico adequado com adequação do estilo de vida e metformina, recomenda-se adicionar análogos GLP1 e/ou inibidores da SGLT-2, com o objetivo de controle glicêmico e perda/manutenção de peso.

2.4.1.1. Os inibidores da SGLT2 não devem ser usados se COVID-19 for diagnosticado, por maior risco de cetoacidose.

2.4.2. Reforçar a orientação da utilização de dietas de baixo poder glicêmico e/ou hiperproteicas.

3. Recomendações do período peroperatório:

3.1. Equipe cirúrgica, incluindo anesthesiologista:

3.1.1. No cenário da transmissão comunitária, todos os trabalhadores do serviço de saúde correm algum risco de exposição à COVID-19, seja no local de trabalho ou na comunidade.

3.1.2. É fundamental o reforço às equipes cirúrgicas quanto às medidas de higiene, como lavar as mãos com água e sabão SEMPRE antes e após cada contato com o paciente; quando tocar a máscara; os óculos...

3.1.3. Antes de realizar um procedimento cirúrgico é imperativo que haja equipamento de proteção individual (EPI) para toda a equipe, adequado para o atendimento de todos os pacientes que serão operados.

3.1.4. Seguir rigorosamente as recomendações da NT GVIMS/GGTES/Anvisa nº 04/2020 – Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo vírus SARS-CoV-2, para escolha de EPI e paramentação e desparamentação de forma segura.

- 3.1.4.1. Vale ressaltar que máscaras de tecido não são EPIs e, dessa forma, não devem ser utilizadas pela equipe médica durante a assistência hospitalar.
- 3.1.5. Qualquer membro da equipe cirúrgica, anestésica ou colaborador da instituição que apresente sintomas “gripais” (sintomático) não pode participar do ato operatório, deve ser testado para COVID-19 e afastado do trabalho, seguindo as orientações do Ministério da Saúde.
- 3.1.6. Estimular a realização de simulações de paramentação e desparamentação adequadas de toda a equipe.
 - 3.1.6.1. Diante do risco de uso incorreto de EPI, tanto quanto ao modelo empregado como ao seu vestimento adequado. Além de favorecer o risco de contaminação da equipe, também pode refletir em desperdício de EPIs nesse momento de franca escassez de recursos.
 - 3.1.6.2. Importante ressaltar que o momento da desparamentação é crítico em razão do risco de contaminação, quer seja por negligência individual e/ou cansaço após um ato cirúrgico.
- 3.1.7. É importante a elaboração de protocolos e checagens específicos (recomenda-se minimamente o Protocolo para Cirurgia Segura – Lista de verificação de segurança cirúrgica e outro protocolo para paramentação e desparamentação de EPIs) com o objetivo de otimizar o fluxo de trabalho e prevenir infecções e outros eventos adversos.
- 3.1.8. Preferencialmente, o ato operatório deve ser realizado pelo cirurgião mais experiente visando mitigar as complicações assim como o tempo cirúrgico.
- 3.1.9. É fundamental manter o menor número de pessoas dentro do ambiente centro-cirúrgico, em especial no interior da sala operatória. Assim, é importante orientar as equipes de apoio, em especial de órteses, próteses e materiais especiais (OPME), a limitar a permanência na sala, devendo permanecer apenas em situações essenciais.
- 3.1.10. Durante a obtenção da via aérea do paciente no ato anestésico, deve-se reduzir o pessoal em sala. A equipe cirúrgica deve ficar fora da sala



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

até que uma via aérea definitiva seja estabelecida e o doente esteja conectado a um sistema fechado de anestesia.

- 3.1.11. Uma estratégia de vigilância passiva deve ser implementada no hospital. Todos os profissionais de saúde devem ser orientados a fazer uma autoavaliação quanto a febre, tosse, falta de ar ou outros sintomas não específicos, mas indicativos de COVID-19. Na presença de algum desses sinais ou sintomas, eles devem:
- 3.1.11.1. relatar essas informações a sua chefia no serviço de saúde;
 - 3.1.11.2. receber avaliação médica imediata e ações de acompanhamento;
 - 3.1.11.3. ser afastados de suas atividades por até 14 dias ou conforme recomendações do protocolo institucional.
- 3.1.12. Em relação aos riscos relativos à cirurgia videolaparoscópica versus a via laparotômica, a evidência científica é limitada em pacientes com COVID-19 suspeita ou confirmada. Entretanto, o vírus já foi encontrado em células do trato gastrointestinal e em todos os fluidos, incluindo saliva, conteúdo entérico, fezes e sangue. Assim, sugerimos:
- 3.1.12.1. O uso de trocartes descartáveis mitigando o risco de vazamento por válvulas e/o membranas de borracha.
 - 3.1.12.2. Em caso de trocartes permanentes, verificar a integridade de borrachas e redutores no sentido de minimizar o vazamento durante o procedimento.
 - 3.1.12.3. Determinar um único trocar para esvaziamento do pneumoperitônio após a cirurgia, se possível em sistema fechado e com dispositivos de filtragem.
 - 3.1.12.4. Limitar a incisão ao diâmetro do trocar no sentido de reduzir a possibilidade de vazamento no sítio de punção.
- 3.1.13. A decisão de usar ou não a via laparoscópica deve ser individualizada a critério clínico da equipe cirúrgica, levando em consideração o risco de contágio viral por questões técnicas inerentes ao material cirúrgico apresentado.
- 3.1.14. O uso de dreno abdominal é de indicação da equipe cirúrgica e não deve ser mudada em razão da pandemia.
- 3.1.15. Os pacientes devem ser preferencialmente extubados, quando possível, na sala operatória e caso necessite de recuperação pós-anestésica



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

que seja feita também na sala operatória. Em caso de pacientes que necessitem de permanência em sala de recuperação pós-anestésica devem ser encaminhados com máscara e mantidos a uma distância de não menos que 1,5 metros de outros pacientes.

3.1.16. A decisão de transferência para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é da equipe cirúrgica em comum acordo com o anestesiológico e não deve ser mudada devido à pandemia. Assim, deve-se rever os recursos hospitalares que estão sendo utilizados em razão da COVID-19, como taxa de ocupação de terapia intensiva.

3.2. Paciente e acompanhantes

3.2.1. É essencial capacitar continuamente e incentivar os profissionais de saúde para que tenham um alto índice de alerta para identificar casos suspeitos de COVID-19 entre os pacientes, acompanhantes/visitantes e até entre os próprios profissionais do serviço de saúde.

3.2.2. Um dos objetivos da identificação de pacientes com suspeita de COVID-19 é orientar estratégias de prevenção e controle de infecção para impedir ou limitar a transmissão do vírus, principalmente na instituição.

3.2.3. Deve-se estabelecer estratégias de triagem e de vigilância que podem ser adotadas dentro dos serviços de saúde.

3.2.4. Manter profissionais de saúde treinados e alertas para:

3.2.4.1. definições de casos (suspeitos ou confirmados) de COVID-19;

3.2.4.2. sinais e sintomas clínicos da COVID-19;

3.2.4.3. epidemiologia local relevante, incluindo grupos de risco.

3.2.5. Exigir o termo de consentimento livre e esclarecido preenchido e devidamente assinado para todos os doentes no momento da internação.

3.2.6. Pacientes e acompanhantes devem ser orientados a ir ao hospital com máscara cirúrgica, lavar as mãos assim que chegarem, seguido por aplicação de álcool gel.

3.2.7. Solicitar diariamente que as equipes de saúde relatem e discutam pacientes identificados com sintomas/histórico compatíveis com COVID-19.

4. Recomendações do período pós-operatório:



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- 4.1.1. Os critérios de alta devem ser os mesmos empregados pela equipe fora do período de pandemia, devendo todos estar alertas aos sintomas sugestivos da COVID-19, não só no ambiente hospitalar, mas também após a alta.
- 4.1.2. A alta hospitalar, quando muito prematura, aumenta o risco de reinternação. Isso exporia o paciente, já debilitado pelo ato cirúrgico, a eventuais ambientes de contágio do SARS-CoV-2 em pronto-atendimentos, levando em consideração a eventual dificuldade de novos leitos disponíveis.
- 4.1.3. Os doentes devem ser orientados para possíveis sintomas relacionados à COVID-19 após a alta e, se presentes, devem entrar em contato com a equipe cirúrgica ou hospital onde operou.
- 4.1.4. A nutrição é um determinante crítico das respostas imunes. Considerando que a cirurgia bariátrica leva a uma alteração anatômica do trato gastrointestinal com potencial para deficiências nutricionais e que a ingestão alimentar é bastante limitada no pós-operatório imediato pelo próprio procedimento cirúrgico, o questionamento sobre a necessidade de modificação da dieta no pós-operatório da cirurgia bariátrica é compreensível.
 - 4.1.4.1. Porém, não há evidências de que uma suplementação adicional, diferente das já citadas em diretrizes nacionais e internacionais específicas para pacientes após cirurgia bariátrica, modifiquem a resposta imune. Atenção deve ser dada à avaliação clínica e laboratorial de possíveis quadros de deficiências nutricionais.
- 4.1.5. Como é descrita uma prevalência de deficiências nutricionais de certos micronutrientes nos pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, sua investigação e correção, se presente, no pré-operatório é mandatória.
- 4.1.6. Recomenda-se a progressão gradual da dieta em volume e consistência em etapas e conforme tolerância e protocolo da equipe. Também se recomenda uma devida atenção à necessidade de reposição, no pós-operatório imediato, de um polivitamínico mastigável ou em gotas, além de vitamina D3 em gotas e vitaminas do complexo B injetáveis.
- 4.1.7. Além da assistência presencial, é sugerido que a equipe disponibilize assistência nutricional remota aos pacientes, evitando danos causados por má nutrição/hidratação ante a eventual inadequada adaptação dietética no pós-operatório, o que poderia expor os pacientes à necessidade de reposição endovenosa em ambiente hospitalar ou mesmo nova internação.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

4.1.8. É também sugerido à equipe disponibilizar o atendimento remoto aos pacientes por meio da telemedicina nesse período de exceção. O objetivo é favorecer o reconhecimento precoce de sinais e sintomas referentes à doença COVID-19 assim como mitigar a possibilidade de contágio aos pacientes em ambientes ambulatorial e hospitalar.

4.1.8.1. Deve-se reforçar a atenção psicológica aos pacientes diante dos possíveis efeitos biopsicossociais negativos que a pandemia pode ocasionar nos pacientes operados.

4.1.8.1.1. Sugerimos também que as equipes disponibilizem apoio psicológico, também remoto, favorecendo a assistência segura aos pacientes nesse momento de exceção.

Essas recomendações são baseadas em evidências produzidas até o momento, desta forma, podem ser modificadas a qualquer tempo, desde que advenham novas evidências conclusivas ou que a situação epidemiológica da COVID-19 seja alterada em nosso país.

LEONARDO EMÍLIO DA SILVA

Conselheiro relator



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RECOMENDAÇÃO CFM Nº 1/2020

A Organização Mundial da Saúde, em 11 de março de 2020, elevou à pandemia de COVID-19 o estado da contaminação da doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). A mudança de classificação não foi em razão da gravidade da doença, e sim da rápida disseminação geográfica que o COVID-19 apresenta.

O estado de exceção e ineditismo determinado pela pandemia implicou grandes transformações sociais, com enorme impacto (imediate e tardio) sobre a saúde pública e privada mundial.

No Brasil, o poder público estabeleceu medidas de prevenção e controle para a doença COVID-19 (seguindo critérios epidemiológicos, sanitários e legais) e, assim, recomendou o cancelamento provisório de procedimentos cirúrgicos eletivos. Prontamente, médicos, entidades associativas e organizações de saúde cancelaram procedimentos não essenciais em todo o país.

Muitos pacientes tiveram suas cirurgias necessárias, mas não emergenciais, adiadas devido à pandemia. Foram considerados diversos fatores: características individuais de cada doente e sua doença; questões de segurança quanto a transmissão/infecção, tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde; preservação de leitos hospitalares e de UTI, além de EPI para eventuais picos de incidência da infecção. Excetuando-se cirurgias emergenciais e de urgência, que não mudaram suas indicações, grande número de cirurgias foram adiadas por todo o país.

Entretanto, devemos considerar o caráter dinâmico da evolução da doença, as diferenças no seu comportamento regional em nosso país continental, além das imensas diferenças regionais de infraestrutura na saúde pública. A distribuição da crise sanitária não é homogênea e simultânea em todo o planeta.

No Brasil, país de dimensões continentais, a incidência da COVID-19 não é uniforme em todos os estados. Nesse sentido o poder público tem um papel fundamental na avaliação permanente do comportamento geográfico da disseminação da COVID-19. Por outro lado, a pandemia não impediu a evolução natural de afecções não relacionadas ao novo coronavírus.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Em paralelo aos casos de infecção por coronavírus, temos por aqui doenças que há bastante tempo nos assolam com elevado índice de morbidez e mortalidade, no caso em particular a obesidade e o diabetes.

Atualmente, 55,7% da população adulta do Brasil tem excesso de peso e 19,8% é obesa, de acordo com a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel/Ministério da Saúde) de 2018.

Dados do Vigitel mostram que 7,7% da população adulta apresenta diabetes e 24,7% hipertensão – doenças que podem estar relacionadas à obesidade. A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 indica que, dentre os adultos com diabetes, 75,2% têm excesso de peso e, dentre aqueles com hipertensão, 74,4% têm excesso de peso. Assim, o Brasil atingiu a maior prevalência de obesidade (19,8%) em adultos nos últimos 13 anos. Entre 2006 e 2018, o percentual cresceu 67,8%.

Segundo o *16º Boletim Epidemiológico* publicado pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2019, o diabetes é a quarta causa de morte em homens e a terceira causa em mulheres – a doença causou mais de 48 mil mortes em 2017.

Vale lembrar, ainda, que o diabetes é fator de risco para mortes por infarto, acidente vascular cerebral (AVC) e alguns tipos de câncer. A Sociedade Brasileira de Cardiologia e a Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo nos alertam para uma queda de até 70% nos procedimentos cardíacos ao longo da pandemia. Estariam os pacientes deixando de procurar seus médicos? Ou negligenciando sintomas com medo de ir às unidades de saúde?

Um agravante nessa história é que pessoas com diabetes usualmente também têm hipertensão arterial e dislipidemia. Todos são quadros silenciosos, porém potencialmente letais – sobretudo quando combinados.

Para piorar, já sabemos que o descontrole dessas doenças, bem como da glicemia, pode favorecer as formas mais graves da COVID-19.

As cirurgias bariátricas e metabólicas não são o último recurso para o tratamento dessas enfermidades crônicas, progressivas e letais, mas sim os mais eficazes, duradouros e seguros quando há falha do tratamento clínico. A tomada de decisão clínica deve ser uma evidência baseada no contexto da gravidade da obesidade e suas doenças associadas. Uma abordagem de equipe para o cuidado peroperatório é obrigatória, com atenção especial às questões nutricionais e metabólicas.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

No cenário determinado pela pandemia, o retardo no início ou na continuidade do tratamento desses pacientes com doenças não emergenciais, graves e/ou crônicas pode resultar em aumento da morbimortalidade. O Conselho Federal de Medicina (CFM), preocupado com essa situação, considera imperativas a priorização e a organização conjunta da retomada dos atendimentos eletivos. Muitos dos casos em que o paciente não corre risco emergencial estão tendo aumento de sua morbidade documentado em diferentes países, o que levou diferentes associações a definir planos estruturados de retomada como, por exemplo, o Colégio Americano de Cirurgiões.

Alguns destes pacientes portadores de obesidade e/ou diabetes do tipo 2 estão diminuindo suas chances de sucesso no tratamento pelo adiamento de suas cirurgias. Entidades de saúde também devem se preocupar com esse grupo e considerar um planejamento do tratamento destes pacientes, em especial com aquelas doenças cujo atraso do tratamento resulta em piores resultados, não só aumentando as complicações como gerando uma sobrecarga ainda maior ao sistema de saúde.

Devido à natureza progressiva da obesidade e diabetes, o atraso na realização da cirurgia nos pacientes a quem ela está indicada aumenta os riscos de morbimortalidade, exigindo estratégias para mitigar os danos. O risco de complicações, no entanto, varia entre os pacientes, dependendo do tipo e gravidade de suas comorbidades.

No Brasil, em regiões flexibilizadas pelos governos locais, tendo como base dados epidemiológicos da COVID-19, as operações eletivas já estão sendo retomadas, esbarrando num enorme acúmulo de pacientes que se beneficiariam de cirurgia bariátrica e metabólica, vivido durante o momento de quarentena.

Sendo assim, como devemos priorizar a quem servir primeiro com recursos limitados?

Em um nível amplo, a resposta é simples. Se os pacientes estiverem suficientemente bem para serem candidatos cirúrgicos seguros, deve-se dar preferência àqueles com maior risco de morbimortalidade por sua doença, se for provável que esse risco possa ser reduzido por cirurgia.

Além disso, em muitos sistemas de saúde, público ou privado, os candidatos a cirurgia bariátrica e metabólica são atualmente colocados em uma única lista de espera de cirurgia eletiva, independentemente de sua indicação. A prioridade é estabelecida em grande parte por ordem de chegada, e não por necessidade clínica.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Essa abordagem é comparável a colocar todos os candidatos a uma cirurgia do trato digestório na mesma lista de espera com prioridade semelhante, independentemente de seu diagnóstico ser câncer ou doença benigna.

Portanto, existe uma forte necessidade de critérios clinicamente sólidos para ajudar a priorizar o acesso à cirurgia em tempos de pandemia com recursos limitados. Esses critérios também podem informar o gerenciamento futuro da lista de espera e a tomada de decisões sobre a estrutura dos serviços cirúrgicos.

A priorização de qualquer operação eletiva deve procurar facilitar o acesso de acordo com a necessidade clínica, maximizar a equidade de acesso e minimizar os danos decorrentes do atraso no acesso. Adaptamos categorizações anteriores de cirurgia eletiva para definir um sistema objetivo de priorização que reflita esses princípios para operações bariátricas e metabólicas.

Dados os fatores que contribuem para a morbimortalidade na obesidade e no diabetes tipo 2, a priorização cirúrgica deve se basear em considerações específicas da doença. Para pacientes com diabetes tipo 2, sugerimos que a cirurgia seja priorizada para aqueles com maior risco de morbimortalidade.

A gravidade dos sintomas associados à obesidade como consequência de um índice de massa corpórea (IMC) extremamente alto, independentemente de comorbidades, também deve ser considerada ao estabelecer prioridades.

Muitos candidatos à cirurgia bariátrica e metabólica têm alto risco de morbimortalidade por condições associadas. Para esses pacientes, o acesso ao tratamento cirúrgico deve ser priorizado com base nas necessidades clínicas enfatizadas na doença, e não principalmente no IMC, para mitigar os danos decorrentes do atraso da cirurgia.

O acesso à cirurgia também deve ser considerado quando as operações bariátricas e metabólicas são usadas como terapia adjuvante para permitir que outros tratamentos sensíveis ao tempo sejam inviáveis ou inseguros por excesso de peso, controle metabólico deficiente ou ambos, como por exemplo no preparo para transplante de órgãos.

Da mesma forma, é necessário orientar a equipe cirúrgica quanto aos cuidados necessários tanto no pré como no per e pós-operatório da cirurgia bariátrica e metabólica.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

As orientações visam reduzir o risco de contágio intra-hospitalar da equipe cirúrgica tanto entre profissionais da saúde quanto entre estes profissionais e pacientes.

Em resumo, as orientações aqui contidas, no anexo dessa recomendação do CFM, foram feitas após profunda análise da literatura médica disponível e são extremamente importantes no sentido de mitigar os riscos de procedimentos sem os critérios de indicação e segurança médica e do paciente.

LEONARDO EMÍLIO DA SILVA

Conselheiro relator



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization Team. Clinical management of severe acute respiratory infection when COVID-19 is suspected: interim guidance [Internet]. 2020 Mar 13 [citado em 2020 Abr 13]. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)
2. Cimerman S, Chebabo A, Cunha CA, Rodríguez-Morales AJ. Deep impact of COVID-19 in the healthcare of Latin America: the case of Brazil. *Braz J Infect Dis*. No prelo 2020. doi:10.1016/j.bjid.2020.04.005.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Vigitel Brasil 2018 [Internet]. Brasília (DF): MS; 2019 [citado em 2020 Abr 13]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/coletiva-vigitel-2018.pdf>
4. Araújo VEM, Vasconcelos CH, Lecca RCR, França GVA, Macário EM. Perfil de mortalidade. *Bol Epidemiol* [Internet]. 2019 Set [citado em 2020 Maio 10]; 50(n.esp.):115-7. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>
5. Conselho Federal de Medicina (BR). Combate à COVID-19: recomendação aos CRMs sobre avaliação dos atendimentos eletivos [Internet]. Brasília (DF): CFM; 2020 [citado em 2020 Maio 2]. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/recomendacao-cfm-atendimentos-eletivos.pdf>
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 06/2020: orientações para a prevenção e o controle das infecções pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) em procedimentos cirúrgicos (complementar a Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 04/2020) [Internet]. Brasília (DF): Anvisa; 2020 [citado em 2020 Maio 5]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+t%C3%A9cnica+06-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/40edaf7d-8f4f-48c9-b876-bee0090d97ae>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial 14: COE-COVID19 [Internet]. Brasília (DF): MS; 2020 Abr [citado em 2020 Maio 5]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/27/2020-04-27-18-05h-BEE14-Boletim-do-COE.pdf>
8. Mechanick JI, Apovian C, Brethauer S, Garvey WT, Joffe AM, Kim J, et al. Clinical



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- practice guidelines for the perioperative nutrition, metabolic, and nonsurgical support of patients undergoing bariatric procedures – 2019 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology, The Obesity Society, American Society for Metabolic & Bariatric Surgery, Obesity Medicine Association, and American Society of Anesthesiologists: executive summary. *Endocr Pract.* 2019;25(suppl. 2):1346-59. doi:10.4158/GL-2019-0406.
9. American College of Surgeons. Local resumption of elective surgery guidance. *Clin Issues Guid* [Internet]. 2020 Abr 17 [citado em 2020 Abr 27]. Disponível em: <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance>
 10. Cohen RV, Luque A, Junqueira S, Ribeiro RA, Le Roux CW. What is the impact on the healthcare system if access to bariatric surgery is delayed? *Surg Obes Relat Dis.* 2017;13(9):1619-27. doi:10.1016/j.soard.2017.03.025.
 11. American Diabetes Association. Implications of the United Kingdom prospective diabetes study. *Diabetes Care.* 2003;26(suppl. 1):S27-31. doi:10.2337/diacare.26.2007.S28.
 12. Bakris GL, Molitch M. Microalbuminuria as a risk predictor in diabetes: the continuing saga. *Diabetes Care.* 2014;37(3):867-75. doi:10.2337/dc13-1870.
 13. Adams TD, Davidson LE, Litwin SE, Kim J, Kolotkin RI, Najee N, et al. Weight and metabolic outcomes 12 years after gastric bypass. *N Engl J Med.* 2017;377(12):1143-55. doi:10.1056/NEJMoa1700459.
 14. Maciejewski ML, Arterburn DE, van Scoyoc L, Smith VA, Yancy WS Jr, Weidenbacher HJ, et al. Bariatric surgery and long-term durability of weight loss. *JAMA Surg.* 2016;151(11):1046-55. doi:10.1001/jamasurg.2016.2317.
 15. Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, Wolski K, Aminian A, Brethauer SA, et al. Bariatric surgery versus intensive medical therapy for diabetes: 5-year outcomes. *N Engl J Med.* 2017;376(7):641-51. doi:10.1056/NEJMoa1600869
 16. O'Brien R, Johnson E, Haneuse S, Coleman KJ, O'Connor PJ, Fisher DP, et al. Microvascular outcomes in patients with diabetes after bariatric surgery versus usual care: a matched cohort study. *Ann Intern Med.* 2018;169(5):300-10. doi:10.7326/m17-2383.
 17. Ikramuddin S, Korner J, Lee WJ, Thomas AJ, Connett JE, Bantle JP, et al. Lifestyle intervention and medical management with vs without Roux-en-Y gastric bypass and control of hemoglobin A1c, LDL cholesterol, and systolic blood pressure at 5 years in the diabetes surgery study. *JAMA.* 2018;319(3):266-78.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

doi:10.1001/jama.2017.20813.

18. Mingrone G, Panunzi S, De Gaetano A, Guidone C, Iaiconelli A, Nanni G, et al. Bariatric-metabolic surgery versus conventional medical treatment in obese patients with type 2 diabetes: 5 year follow-up of an open-label, single-centre, randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;386(9997):964-73. doi:10.1016/S0140-6736(15)00075-6.
19. Cohen RV, Pereira T, Abboud CM, et al. Effect of gastric bypass versus best medical treatment for early stage chronic kidney disease in patients within type 2 diabetes and obesity: a randomized controlled trial. *JAMA*. No prelo
20. Rubino F, Cohen RV, Mingrone G, le Roux CW, Mechanick JI, Arterburn DE, et al. Bariatric and metabolic surgery during and after the COVID-19 pandemic: DSS recommendations for management of surgical candidates and postoperative patients and prioritisation of access to surgery. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2020 Maio 7:1-9. doi:10.1016/S2213-8587(20)30157-1.
21. Bornstein SR, Francesco R, Khunti K, Mingorne G, Hopkins D, Birkenfeld AL, et al. Practical recommendations for the management of diabetes in patients with COVID-19. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2020 Abr 23:1-5. doi:10.1016/S2213-8587(20)30152-2.