

Cirurgia da Obesidade Estabelecendo Limites e Critérios.

Celso A. de M. Simoneti *

O tratamento cirúrgico da obesidade, embora tenha se iniciado há cerca de 50 anos, somente na última década vem se tornando procedimento rotineiro em nosso país e em todo mundo. Por conta disto, e também devido ao grande número de procedimentos cirúrgicos que são utilizados, mesmo entre a classe médica, há confusão sobre as diversas técnicas suas indicações e conseqüências nutricionais.

Recentemente o Conselho Federal de Medicina através da resolução nQ 1766/05 de 11 de julho de 2005 normatizou os critérios de indicação e os procedimentos cirúrgicos aceitos para tratamento da obesidade mórbida. Ao leitor menos atento o texto aparentemente apenas reproduz o que já está firmado pelo consenso publicado em 1991 pelo National Institute of Health, órgão do governo norte americano, e as normas estabelecidas pelo ministério da saúde para credenciamento pelo SUS de serviços de cirurgia de obesidade.

Então, cabe a pergunta o que levaria a este tipo intervenção? Por quais motivos se faz necessário normatizar as operações adequadas para tratar esta doença? Para citarmos apenas um exemplo, dentro da cirurgia do aparelho digestório existem inúmeras técnicas operatórias para tratamento de úlcera péptica duodenal e nunca houve necessidade deste tipo de posicionamento por um órgão oficial com o Conselho Federal de Medicina. O fato é que na última década houve um grande aumento no número de cirurgias realizadas para tratamento da obesidade e devido aos bons resultados um contingente crescente de pacientes obesos mórbidos busca esta opção terapêutica. Isto vem sendo noticiado com muita freqüência na imprensa gerando um maior interesse da população e abrindo espaço nos meios de comunicação.

Em conseqüência disto, buscando maior exposição à "mídia" alguns profissionais vêm propondo aos pacientes novas técnicas cirúrgicas. Estas técnicas não apresentam respaldo científico, pois sequer passaram por testes em animais ou por qualquer protocolo de pesquisa. A situação toma gravidade ainda maior quando estes métodos, de forma eticamente questionável, são "vendidos" nos meios de comunicação como inovação, oferecendo resultados milagrosos, e isentos de complicações. Os pacientes operados desconhecem o caráter experimental dos procedimentos a que estão sendo submetidos.

Atualmente os procedimentos aceitos pela resolução do CFM são a banda gástrica ajustável, a gastroplastia vertical com banda (cirurgia de Mason), gastroplastia vertical com derivação em Y de Roux (cirurgia de Fobi-Capella) e derivações bileopancreáticas. Todos estes procedimentos, e seus resultados no tocante à perda sustentada de peso ao longo do tempo, e efeitos metabólicos e nutricionais,

são bastante conhecidos.

Sem dúvida a iniciativa do CFM é positiva, pois criando limites do que pode ser feito além de proteger os pacientes, obriga aos profissionais que acreditam estar inovando a prática da cirurgia da obesidade a desenvolverem protocolos de pesquisa que, se comprovarem cientificamente a eficácia da inovação trarão, sem sombra de dúvida, benefícios inquestionáveis.

No entanto, esta resolução toca apenas superficialmente em outra questão fundamental para o sucesso de um procedimento bariátrico. Pois na definição da equipe multidisciplinar envolvida no tratamento destes pacientes, embora determine que "deva ser capacitada para cuidar do paciente nos períodos pré e trans-operatório e fazer o seguimento do mesmo", no que tange ao cirurgião cita apenas a necessidade de um "cirurgião com formação específica", isto sem definir "formação específica".

Quais seriam os critérios para se considerar um cirurgião habilitado a tratar pacientes com obesidade mórbida? Entendam bem, critérios para tratar estes pacientes, não apenas operá-los. Devemos lembrar que os procedimentos concebidos para tratamento da obesidade carregam um nível médio de complexidade, ou seja, qualquer cirurgião hábil conseguirá levar a cabo uma destas cirurgias. Todavia a operação é apenas parte do tratamento que se prolongará por toda a vida do paciente, ao contrário de colecistectomias e herniorrafias em que a atuação do cirurgião se encerra na retirada da sutura da pele. Portanto, se o cirurgião for apenas o executor do procedimento não saberá o fazer com o paciente no pós-operatório e o paciente se sentirá desamparado.

Se considerarmos que o grande crescimento da cirurgia da obesidade aconteceu nos últimos 10 anos podemos deduzir que a maioria dos cirurgiões não tem a referida "formação específica", pois na década passada um dos únicos programas de residência em cirurgia do aparelho digestório que dispunha de um serviço de cirurgia de obesidade funcionando de forma regular era o Hospital das Clínicas da FMUSP, graças à iniciativa pioneira do Dr. Arthur Garrido.

Então como contornar este problema? A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica seguindo a International Federation of Surgery of Obesity, define os critérios para formação do cirurgião bariátrico e vem criando centros de treinamento que permitem a capacitação do cirurgião interessado em realizar procedimentos bariátricos. Esta sociedade vem trabalhando junto à Associação Médica

Brasileira e Conselho Federal de Medicina para transformar a cirurgia da obesidade em área de atuação, seja da cirurgia do aparelho digestório ou da cirurgia geral. Este tipo de medida uma vez tomada pelo CFM virá a completar a atual resolução, pois além do limite do que pode ser feito gerará critérios

para definir quem está habilitado a fazê-lo. Os maiores beneficiários serão sem dúvida os pacientes obesos mórbidos, pois de fato uma operação inadequada, mal indicada e somada ao seguimento pós-operatório ineficaz é a fórmula do insucesso.

To be sure, guidelines themselves are only suggestions for how to approach certain clinical problems and situations. They do not, fortunately, have the force of law, nor should they. No guideline could ever encompass all of the nuances and singularities that make individual clinical cases unique. (Anderson HV, Bach RG. The elderly are not so old anymore [editorial comment]. J Am Coll Cardiol 2005; 46(8):1488-9.)