



A Gastroplastia é um procedimento incluso no ROL ANS 2016 com Diretriz de Utilização Gastroplastia (Cirurgia Bariátrica) por videolaparoscopia ou por laparotomia.

I. ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

História clínica: A obesidade está relacionada ao acúmulo excessivo de gordura no organismo. Há vários métodos de aferição de gordura corporal, mas comumente a obesidade é definida pela relação do peso com a altura através do IMC (Índice de Massa Corpórea).^[1]

CID	Descrição
E66	Obesidade

TUSS	Descrição
31002218	Gastroplastia para obesidade mórbida - qualquer técnica
31002390	Gastroplastia para obesidade mórbida por videolaparoscopia

2. INDICAÇÃO DE GASTROPLASTIA

Elegíveis:

- Critérios para indicação de gastroplastia.

Indicação Cirúrgica (Resolução CFM 2.429/2025)

- A cirurgia é indicada para tratamento dos CIDs especificados na tabela abaixo.
- **IMC 30 – 34,9 = Obesidade Grau I com comorbidades graves** (*Diabetes tipo 2 (especialmente quando não controlado com tratamento clínico otimizado), apneia obstrutiva do sono grave, doença cardiovascular avançada, doença renal crônica precoce secundária ao DM2, doença hepática gordurosa não alcoólica com fibrose: NASH com fibrose ≥ F2, refluxo gastroesofágico com indicação cirúrgica, osteoartrose grave, afecções com indicação de transplante*)
- **IMC 35 – 39,9 = Obesidade Grau II com comorbidades associadas a obesidade**
- **IMC ≥ 40 = Obesidade Grau III (ou Obesidade Mórbida)**

3. EXAMES E AVALIAÇÕES PRÉ OPERATÓRIOS

Exame diagnóstico: IMC e presença de comorbidades.

Exames pré-operatórios: Proteínas totais e frações, Coagulograma, Glicemia de jejum, Hemoglobina Glicada, Colesterol total e frações, Triglicérides, Hemograma completo, Ferro, Ferritina, TGO, TGP, Creatinina, Potássio, T4 Livre, TSH, Vitaminas B12, D e Ácido fólico. Endoscopia Digestiva Alta, US de abdome total e/ou superior, Raio X de tórax, ECG, Ecocardiograma.

Mulheres em idade fértil: beta-hCG

Pacientes com fatores de risco para osteoporose: DXA (densitometria óssea) - idosos, mulheres pós-menopausa, homens >50 anos, pacientes com deficiência de vitamina D, histórico de fraturas ou osteoporose prévia - Associar dosagem de **vitamina D**, **cálcio sérico** e **PTH**.

Relatórios de valiação obrigatórios (últimos 6 meses)

- Cirurgião Aparelho Digestivo | Geral (
- Endocrinologista | clínico | cardiologista | médico de família
- Nutricionista (curva de peso)
- Psicólogo | Psiquiatra

Os relatórios devem contemplar: Tentativa de tratamento clínico nos últimos 2 anos; risco cardiovascular; curva de peso; comorbidades.

4. FATORES DE RISCO

- Os principais fatores de risco estão associados ao estilo de vida sedentário somado ao risco genético/familiar, pouca atividade física, aumento da ingestão calórica de qualquer origem (principalmente gordura e açúcar);
- Além disso, outros fatores são doenças crônicas como Síndrome de Cushing e uso de medicações, como hormônios, antidepressivos e anticonvulsivantes.

5. ALOCAÇÃO

- 3 diárias de apartamento de Clínica Médica e Cirúrgica.

6. ESCORE DE RISCO

Tabela 1 – Condição associada à IMC 30 a 34,9 - segundo a resolução atualizada CFM 2.429/2025 - A cirurgia só é indicada se

1. Diabetes tipo 2: Principal indicação metabólica. Especialmente quando não controlado com tratamento clínico otimizado.
2. Apneia obstrutiva do sono grave: Confirmada por polissonografia.
3. Doença cardiovascular avançada. Ex.: insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana com lesão em órgão-alvo.
4. Doença renal crônica precoce secundária ao DM2
5. Doença hepática gordurosa não alcoólica com fibrose: NASH com fibrose ≥ F2.
6. Refluxo gastroesofágico com indicação cirúrgica. Ex.: refratário ao tratamento clínico ou com esôfago de Barrett.
7. Osteoartrose grave: com limitação funcional importante.
8. Afecções com indicação de transplante: Quando a obesidade compromete a elegibilidade do paciente.

Resolução CFM 2.429/2025

Tabela 2 – Comorbidades associadas à IMC 35 a 39,9

Diabetes Mellitus (DM)	NASH (doença hepática gordurosa não alcoólica)
Síndrome Apneia Obstrutiva do Sono	Hipoventilação
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE)
Dislipidemia (DLP)	Colecistite
Insuficiência Coronaria Aguda (ICO)	Pancreatite Aguda
Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	Infertilidade
Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)	Varizes dos membros inferiores
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	Pseudotumor cerebral
Fibrilação Atrial (FA)	Depressão
Asma Grave	Incontinência urinária
Osteoartrose	Disfunção erétil
Hérnia de disco	Hemorroida
Síndrome do Ovário Policístico	Estigma social

Resoluções CFM 2.131/2015, 2.172/2017, 2.429/2025

- Classificação da *American Society of Anesthesiologists (ASA)*: I, II e III (exceto pacientes com hepatite ativa, consumo de álcool excessivo, marca passo cardíaco, IRC dialítico, IAM há mais de 3 meses, AVC, isquemia cerebral, stents).

ASA	Definição
1	Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool).
2	Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve).
3	Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutivo-crônica, obesidade mórbida [IMC ≥ 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marca-passo cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos).
4	Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória. Isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada).
5	Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos).
6	Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação.

7. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

PRÉ-OPERATÓRIO:

- Falha do clínico prévio por 2 anos;
- Relatório de avaliação do médico endocrinologista favorável à cirurgia;
- Relatório de avaliação do médico Clínico | Cardiologista | Médico de família favorável à cirurgia;
- Relatório de avaliação do psicólogo | psiquiatra favorável à cirurgia;
- Relatório de avaliação do nutricionista favorável à cirurgia;
- Assinatura dos Termos de Consentimento.

ANESTESIA:

- Geral

8. PÓS OPERATÓRIO

Dieta: Jejum no pós operatório inicial, evoluindo com líquidos a critério médico (HMAP - dieta conforme protocolo específico);

Curativo: Dermabond (não disponível no HMAP);

Fisioterapia: Motora e respiratória, 2 vezes ao dia;

Cuidados específicos: Dreno se houver;

Atividade: Deambulação com auxílio assim que acordado;

Indicação de exames de controle: NA.

Prescrição	Dose	Via	Frequência
Antibiótico (Cefazolina)	1g*	EV	Indução anestésica
Analgésico (Dipirona)	1g	EV	6/6h
Antiemético (Ondansetron)	4mg	EV	8/8h
Opioide (Morfina)	2 mg	EV	4/4h se dor forte
Pantoprazol	40mg	EV	1x/dia
Profilaxia de TEV conforme protocolo institucional			

Prescrição	Dose	Via	Frequência
Analgésico (Dipirona)	1 g	VO	6/6h, se dor
Antiemético (Ondansetron)	4 mg	VO	8/8h, se náuseas
Pantoprazol	40 mg	VO	1x/dia
Luftal	40 gts	VO	8/8h
Motilium**	10 mg	VO	8/8h

* Se >120 kg e manipulação de alça, 3g de cefazolina

** Em caso de pacientes submetidos à técnica Sleeve gástrico

9. ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR:

Dieta: Líquida fracionada para gastroplastia;

Atividade física: Esporte e exercício físico após 3-4 semanas;

Retorno no consultório: 7 dias após a alta;

Retornar ao trabalho em: 7 dias;

Obs: No HMAP retorno diário para realização de enoxparina profilática e em 7 dias no ambulatório de pós operatório.

Critérios para Alta Hospitalar

- Sinais vitais normais para faixa etária;
- Dor controlada;
- Diurese presente;
- Boa aceitação alimentar;
- Ausência de sangramento.

A SBIBAE recomenda:

1. Critérios Clínicos de Elegibilidade para Cirurgia

- Idade 16-65 anos;
- Sem cirurgia bariátrica prévia ;
- Estratificados de acordo com as faixas de IMC:
 - ≥ 40
 - 35 - 39,9, na presença de comorbidades (Res. CFM 2.131/2015; 2.172/2017)
 - 30 - 34,9, na presença de comorbidades graves (Res. CFM 2.429/2025)

***RESOLUÇÃO CFM Nº 2.429, DE 25 DE ABRIL DE 2025**

Consolidou as normas anteriores sobre cirurgia bariátrica e metabólica, ampliando de forma expressiva os critérios de elegibilidade: agora pacientes com **IMC entre 30 e 35** podem ser indicados se apresentarem comorbidades graves como diabetes tipo 2, apneia do sono grave, doença cardiovascular, NASH com fibrose e osteoartrose severa, entre outras. Além disso, a nova norma **aboliu restrições rígidas quanto à idade máxima e tempo de convivência com a doença**, permitindo maior flexibilidade clínica, e passou a admitir a realização do procedimento em **adolescentes a partir de 16 anos** nos mesmos critérios dos adultos, ou, em situações excepcionais, já a partir dos **14 anos**, desde que com obesidade grave e complicações associadas, mediante avaliação multidisciplinar e consentimento dos responsáveis. Também houve maior rigor quanto à estrutura hospitalar, exigindo hospitais de grande porte com UTI, plantonista 24h e equipamentos adaptados para pacientes com IMC muito elevado.

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Tempo Médio de Permanência < 72h;
- Readmissões Hospitalares, em até 30 dias pós-alta, com diagnósticos relacionados ao procedimento cirúrgico;
- Complicações Clavien ≥ 3 em até 30 dias após a alta;

III. GLOSSÁRIO

IMC: Índice de massa corporal

US: Ultrassom

DM: Diabetes Mellitus

MMII: Membros inferiores

HAS: Hipertensão arterial sistêmica

IV. HISTÓRICO DE REVISÕES

Atualização do conteúdo conforme nova resolução do CFM.

V. Referências

- [1] Perreault L. Obesity in adults: Etiology and risk factors. Hoppin AG, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com> (Acessado em 28 de setembro de 2025).
- [2] Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.429, de 25 de abril de 2025.
- [3] Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). Diretrizes 2024.
- [4] American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS). Clinical Practice Guidelines, 2022.
- [5] International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO). Global Registry Report, 2023.

Código Documento: CPTW003.4	Elaborador: Ian Torres de Lima Henrique Dametto Giroud Joaquim	Revisor: Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 26/04/2021 Data de Atualização: 04/03/2026	Data de Aprovação: 10/03/2026
---------------------------------------	--	--	---	---	---