

# DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 20/05/2025 | Edição: 93 | Seção: 1 | Página: 170

Órgão: Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais/Conselho Federal de Medicina

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

*Esta resolução normatiza as cirurgias reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina para o tratamento cirúrgico da obesidade e doença metabólica.*

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, considerando as deliberações tomadas na IV Sessão Plenária Ordinária, realizada em 25 de abril de 2025, resolve:

Art. 1º Normatizar e atualizar, nos termos do anexo desta resolução, a cirurgia bariátrica e a cirurgia metabólica.

Art. 2º Revogar a Resolução CFM nº 2.131/2015, publicada no Diário Oficial da União em 29 de janeiro de 2016, Seção I, p. 287, e a Resolução CFM nº 2.172/2017, publicada no Diário Oficial da União em 27 de dezembro de 2017, Seção I, p. 205.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

**JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO**

Presidente do CFM

**ALEXANDRE DE MENEZES RODRIGUES**

Secretário-Geral do CFM

### ANEXO

#### 1. ASPECTOS GERAIS

É importante que o paciente compreenda que a cirurgia bariátrica ou metabólica não determina a cura, mas é parte essencial de um tratamento multidisciplinar, podendo ser uma terapêutica eficaz no controle da obesidade e de suas comorbidades metabólicas, sendo o acompanhamento multidisciplinar pós-operatório decisivo para um resultado adequado, conforme o protocolo de cada equipe.

A cirurgia bariátrica ou metabólica pode ser considerada quando houver falha no tratamento clínico.

Considera-se falha do tratamento clínico quando o paciente a ele se submete e não responde aos protocolos clínicos para tratamento da obesidade ou controle metabólico,

principalmente glicêmico, sendo avaliado por cirurgião e equipe multidisciplinar que, de maneira consensual, concordam com a falha no tratamento clínico e indicam o tratamento cirúrgico.

A equipe multidisciplinar mínima, além do cirurgião, é composta por:

- médico endocrinologista, ou na falta deste, clínico geral;
- médico cardiologista;
- médico psiquiatra;
- nutricionista;
- psicólogo;
- outros médicos especialistas e profissionais de saúde que poderão ser necessários, a depender da necessidade clínica do paciente.

## 2. PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

### ☒ CONTRAINDICAÇÃO CIRÚRGICA

- Obesidade ou doença metabólica passíveis de controle com tratamento clínico;
- Paciente com abuso de drogas ilícitas não tratado ou mal controlado;
- Paciente grávida;
- Paciente com incapacidade de aderir às recomendações pós-operatórias, em especial ao acompanhamento com equipe multidisciplinar e às mudanças no estilo de vida.

A presença de deficiência cognitiva é um fator relevante, mas não é uma contraindicação absoluta, devendo cada paciente ser avaliado pela equipe multidisciplinar para a indicação de cirurgia.

### ☒ INDICAÇÃO CIRÚRGICA (ADULTOS)

São considerados pacientes elegíveis para a cirurgia bariátrica ou metabólica:

- Pacientes com índice de massa corpórea (IMC) igual ou superior a 40Kg.m<sup>-2</sup> (obesidade classe 3), independentemente da presença de comorbidade associada.
- Pacientes com IMC igual ou superior a 35Kg.m<sup>-2</sup> (obesidade classe 2) e inferior a 40Kg.m<sup>-2</sup>, quando associado a pelo menos uma doença agravada pela obesidade e que melhore com a perda ponderal.

- Pacientes com IMC igual ou superior a 30kg.m<sup>-2</sup> e inferior a 35Kg.m<sup>-2</sup> (obesidade classe 1) na presença de:

- . 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;
- . osteoartrose grave.

- Pacientes com IMC igual ou superior a 60Kg.m<sup>-2</sup> deverão ser avaliados quanto à capacidade estrutural/física do hospital em que serão operados (camas, macas, mesa cirúrgica, cadeira de rodas e outros equipamentos médicos hospitalares necessários), assim como o preparo da equipe multidisciplinar na assistência a esses pacientes singulares, por serem mais propensos a eventos adversos devido a maior complexidade de sua doença.

### ☒ INDICAÇÃO CIRÚRGICA (ADOLESCENTES)

Os estudos longitudinais atuais, avaliando desfechos de segurança e eficácia, não aplicam limite máximo específico de idade para a indicação da cirurgia.

Pacientes com idade igual ou superior a 16 anos poderão ser elegíveis a tratamento cirúrgico para obesidade ou doença metabólica, utilizando-se para tanto dos mesmos critérios de adultos, desde que o paciente e seus familiares compreendam os riscos, à necessidade de mudanças de hábitos de vida inerentes ao tipo de cirurgia a que será submetido, bem como de acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar em longo prazo.

Além do IMC e das comorbidades, os critérios de eleição para cirurgia bariátrica e metabólica em adolescentes devem incluir:

- desenvolvimento da maturidade psicológica e fisiológica;
- capacidade de compreender os riscos e benefícios e aderir às modificações no estilo de vida;
- capacidade de tomar decisões;
- suporte social e familiar antes e depois da cirurgia.

A elegibilidade do adolescente para ser submetido à cirurgia bariátrica ou metabólica envolve processo atencioso de decisão compartilhada com o paciente, pais ou tutores e a equipe médica.

Cirurgia em adolescentes com idade acima de 14 anos e abaixo de 16 anos poderá ser considerada em casos excepcionais de obesidade grave (IMC maior que 40kg.m<sup>-2</sup>), associadas a complicações clínicas que levem a risco de vida.

É fundamental a emissão de termo de consentimento livre e esclarecido, que deverá ser obtido junto aos pais ou responsáveis legais.

### 3.EQUIPE CIRÚRGICA

A participação do médico anestesiologista como membro da equipe cirúrgica é essencial, assim como sua plena concordância para o procedimento cirúrgico. O ato anestésico deve seguir os pontos determinados na Resolução CFM nº 2.174/2017.

Para realizar cirurgia bariátrica ou metabólica, o cirurgião, ou pelo menos um membro da equipe, deve ter Registro de Qualificação de Especialidade Médica (RQE) em cirurgia geral ou aparelho digestivo, preferencialmente com área de atuação em cirurgia bariátrica e metabólica no CRM de origem.

A composição da equipe cirúrgica deve seguir os critérios da Resolução CFM nº 1.490/1998 e do Parecer CFM nº 4/2015.

### 4.HOSPITAL

A cirurgia bariátrica ou metabólica deve ser feita em hospitais de grande porte que realizem cirurgias de alta complexidade, tenham plantonista hospitalar 24 horas e Unidade de Terapia Intensiva, além de equipes multidisciplinares e multiprofissionais experientes no tratamento da doença obesidade, da doença diabetes e na realização de cirurgia gastrointestinal.

Os hospitais onde as cirurgias bariátricas ou metabólicas poderão ser realizadas devem obedecer ao discriminado nas Portarias MS nº 424/2013 e nº 425/2013.

### 5.PERÍODO PER-OPERATÓRIO

A indicação da cirurgia bariátrica ou metabólica deve ser feita com base nas necessidades do paciente, e não simplesmente na técnica cirúrgica a ser empregada.

A escolha da cirurgia a ser realizada deverá ser compartilhada entre a equipe cirúrgica, a equipe multidisciplinar e o paciente (ou seu representante legal).

Após preparo pré-operatório, o paciente elegível à cirurgia bariátrica ou metabólica deverá ter ciência do tipo de cirurgia à qual será submetido, sendo-lhe esclarecidos os efeitos colaterais, as complicações e a possibilidade de reversão, ou não, da técnica a ser empregada.

As cirúrgicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) para obesidade e distúrbios metabólicos são:

☒ Cirurgias primárias altamente recomendadas:

- Bypass gástrico em Y de Roux;
- Gastrectomia vertical (sleeve gástrico).

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.

☒ 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.

☒ Cirurgias não recomendadas:

- Banda gástrica ajustável;
- Cirurgia de Scopinaro;

Essas cirurgias não são autorizadas pelo CFM em razão dos resultados insatisfatórios. A banda gástrica ajustável e a cirurgia de Scopinaro apresentam percentual proibitivo de complicações graves pós-operatórias.

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

☒ Procedimentos endoscópicos reconhecidos pelo CFM:

- Balão intragástrico pode ser recomendado como tratamento da obesidade em pacientes com restrição aos procedimentos cirúrgicos ou como preparo pré-operatório para cirurgia bariátrica ou metabólica;
- Gastroplastia endoscópica (plicatura gástrica endoscópica e outros termos similares) pode ser recomendado para o tratamento da obesidade.

## 6. PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

O acompanhamento no pós-operatório é o ponto fundamental no sucesso da cirurgia bariátrica ou metabólica. Por serem doenças crônicas e progressivas, os pacientes com obesidade, diabetes e suas comorbidades necessitam ser mantidos em constante acompanhamento clínico, e o paciente deve estar de pleno acordo com essa necessidade.

O acompanhamento deverá ser estabelecido pela equipe cirúrgica e compartilhado com o paciente (ou seu representante legal).

Esse acompanhamento deve prever monitoramento do estado nutricional, de acordo com as diretrizes para o tratamento pós-operatório propostas por sociedades profissionais nacionais e internacionais.

Todos os pacientes devem ser acompanhados pela equipe multiprofissional e multidisciplinar para orientação quanto à necessidade de novo estilo de vida saudável, de monitoramento das comorbidades pré-existentes e de reposição de vitaminas e minerais, quando necessário.

Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica ou metabólica, independentemente da técnica empregada, podem apresentar recidiva não só da obesidade, mas também das comorbidades prévias, incluindo as doenças metabólicas.

No mesmo contexto, os pacientes podem apresentar resultado não esperado na anatomia cirúrgica, complicações clínicas ou cirúrgicas e, assim, podem ter indicação de tratamento clínico ou cirurgia revisional, conforme decisão da equipe médica multidisciplinar, com a concordância do paciente.

A decisão quanto ao momento e à conduta a ser empregada, no caso de uma cirurgia revisional, deve ser inteiramente centrada no paciente, com base em uma análise criteriosa quanto ao acompanhamento que o paciente fez em seu pós-operatório (frequência e disciplina), com avaliação criteriosa pela equipe multidisciplinar.

A participação da família ou do representante legal é essencial para a decisão final para a realização da cirurgia revisional.

A decisão quanto à realização de cirurgia revisional deve considerar não apenas o resultado da cirurgia original, mas principalmente a condição clínica do paciente e suas expectativas, sempre lembrando que nenhuma técnica operatória, até o momento, tem 100% de sucesso no tratamento da obesidade e de suas comorbidades metabólicas.