RESOLUÇÃO CFM Nº 1.942/2010

(Publicada no D.O.U. de 12 de fevereiro de 2010, Seção I, p. 72)

MODIFICADA

Resolução CFM n. 2.131/2015

REVOGADA

Resolução CFM nº 2.316/2022

Altera a Resolução CFM nº 1.766, de 13 de maio de 2005, publicada no Diário Oficial da União em 11 de julho de 2005, Seção I, página 114, que estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe.

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

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que o médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina é órgão supervisor da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgador e disciplinador da classe médica, cabendo-lhe zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente (art. 2° da Lei n° 3.268/57);

CONSIDERANDO a necessidade de normatização do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida;

CONSIDERANDO a necessidade de atualização da Resolução CFM nº 1.766/05;

CONSIDERANDO o Parecer CFM nº 18/09, aprovado na sessão plenária de 12 de novembro de 2009;

CONSIDERANDO o decidido na sessão plenária de 4 de fevereiro de 2010,

RESOLVE:

Art. 1° Alterar o artigo 2º da Resolução CFM nº 1.766/05, que passa a ter a seguinte redação:

"Art. 2° Novos procedimentos, quando necessários, serão analisados pela Câmara Técnica sobre Cirurgia Bariátrica para Tratamento de Obesidade Mórbida".

Art. 2° Alterar o anexo da Resolução CFM nº 1.766/05.

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

Brasília-DF, 5 de fevereiro de 2010

ROBERTO LUIZ D'AVILA
Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-geral

ANEXO DA RESOLUÇÃO 1.942/2010

ALTERADO - VER RESOLUÇÃO CFM N. 2.131/2015

1. INDICAÇÕES GERAIS

Pacientes com Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 40 kg/m^2.

Pacientes com IMC maior que 35 kg/m^2 e afetado por comorbidezes (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida, tais como diabetes tipo 2, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana, osteo-artrites e outras.

Idade: maiores de 18 anos. Idosos e jovens entre 16 e 18 anos podem ser operados, mas exigem precauções especiais e o risco/benefício deve ser muito bem analisado.

Obesidade estabelecida, conforme os critérios acima, com tratamento clínico prévio insatisfatório de, pelo menos, dois anos.

Não uso de drogas ilícitas ou alcoolismo.

Ausência de quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados.

Compreensão, por parte do paciente e familiares, dos riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte sobre o tubo digestivo e da necessidade de acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar, a longo prazo.

2. RISCO ANESTÉSICO-CIRÚRGICO

Deve ser compatível com o procedimento cirúrgico proposto.

3. EQUIPE

Precisa ser capacitada para cuidar do paciente nos períodos pré e trans-operatório, e fazer o seguimento do mesmo.

> *COMPOSIÇÃO:* cirurgião com formação específica, endocrinologista, nutrólogo ou nutricionista, psiquiatra ou psicólogo. A equipe de atendimento hospitalar deve estar familiarizada com as características da população atendida e os efeitos dos

procedimentos cirúrgicos, sendo composta por anestesiologista, fisioterapeuta e equipe de enfermagem.

4. HOSPITAL

Precisa apresentar condições adequadas para atender pacientes portadores de obesidade mórbida, bem como possuir UTI e aparelho anestésico regulável para ciclagem com grandes volumes e baixa pressão.

5. PROCEDIMENTOS ACEITOS

A) RESTRITIVOS

1- BALÃO INTRAGÁSTRICO – colocação de um balão intragástrico por via endoscópica, com cerca de 500 ml de líquido, objetivando diminuir a capacidade gástrica do paciente, provocando a saciedade e diminuindo o volume residual disponível para os alimentos. Método provisório: o balão deve ser retirado no prazo recomendado pelo fabricante.

INDICAÇÃO: adjuvante do tratamento de perda de peso, principalmente no preparo pré-operatório de pacientes com superobesidade (IMC acima de 50 kg/m^2), com associação de patologias agravadas e/ou desencadeadas pela obesidade mórbida.

CONTRA-INDICAÇÕES: esofagite de refluxo; hérnia hiatal; estenose ou divertículo de esôfago; lesões potencialmente hemorrágicas, como varizes e angiodisplasias; cirurgia gástrica ou intestinal de ressecção; doença inflamatória intestinal; uso de anti-inflamatórios, anticoagulantes, álcool ou drogas e transtornos psíquicos.

COMPLICAÇÕES: aderências ao estômago; passagem para o duodeno; intolerância ao balão, com vômitos incoercíveis; úlceras e erosões gástricas; esvaziamento espontâneo do balão; obstrução intestinal por migração do balão; perfuração gástrica; infecção fúngica em torno do balão.

2- GASTROPLASTIA VERTICAL BANDADA OU CIRURGIA DE MASON – nesse procedimento é criado um pequeno reservatório gástrico na região da cárdia, com capacidade em torno de 20 ml, cuja saída é regulada por um anel de polipropileno. Essa intervenção provoca menor perda de peso que outros procedimentos cirúrgicos, e consequente melhoria das comorbidezes de maneira menos intensa.

Em virtude da limitação da eficácia terapêutica dessa técnica, sua utilização deve ser reservada para casos excepcionais.

3- BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL – é uma prótese de silicone que, colocada em torno do estômago proximal, o faz ter a forma de uma ampulheta ou câmara acima da banda. O diâmetro interno da banda pode ser regulado no pós-operatório por injeção de líquido no reservatório situado no subcutâneo, de fácil acesso.

VANTAGENS: método reversível, pouco agressivo, permite ajustes individualizados no diâmetro da prótese. Sua retirada possibilita realizar outros procedimentos bariátricos, mínimas repercussões nutricionais. Não há secção e sutura do estômago. Baixa morbimortalidade operatória e retorno precoce às atividades habituais.

DESVANTAGENS: perda de peso que pode ser insuficiente a longo prazo; exige estrita cooperação do paciente em seguir as orientações dietoterápicas; riscos inerentes ao uso permanente de corpo estranho; inadequada para alguns pacientes, comedores de doce, portadores de esofagite de refluxo e hérnia hiatal volumosa; possibilidade de ocorrência de complicações a longo prazo, como migração intragástrica da banda, deslizamento da banda e complicações com o reservatório.

4- GASTRECTOMIA VERTICAL – a gastrectomia vertical (gastrectomia em manga, gastrectomia longitudinal, gastrectomia sleeve) é um dos novos procedimentos bariátricos do armamentário cirúrgico que tem recebido aceitação global, com bons resultados em múltiplos centros em vários países. Funciona com uma restrição gástrica, com remoção de 70% a 80% do estômago proximal ao antro, assim como um componente hormonal associado (redução da grelina). Como os demais procedimentos cirúrgicos bariátricos, deve ser realizada por equipes bem treinadas, com habilitação específica e suporte multidisciplinar adequado.

VANTAGENS: não exclui o duodeno do trânsito alimentar, portanto não interfere com o sítio de absorção de ferro, cálcio, zinco e vitaminas do complexo B. Pode ser transformada, em caso de insucesso, num procedimento com algum componente disabsortivo como o bypass gástrico em Y de Roux e a derivação bilio-pancreática com duodenal switch. Permite acesso às vias biliar e pancreática por métodos endoscópicos habituais.

DESVANTAGENS: método irreversível. Apesar de menor complexidade técnica, pode produzir complicações de alta gravidade e difícil tratamento, como a fístula junto a

ângulo de Hiss (esôfago-gástrico). Ainda não existem dados consistentes quanto à sua eficácia a longo prazo na perda e manutenção do peso.

B) CIRURGIAS DISABSORTIVAS

Essas cirurgias, derivação jejuno-ileal e suas variantes de atuação puramente no intestino delgado, estão proscritas em vista da alta incidência de complicações metabólicas e nutricionais a longo prazo. O princípio fundamental das mesmas é a perda, pelas fezes, das calorias ingeridas. As complicações ocorrem pela grande quantidade de intestino desfuncionalizado, que leva a um supercrescimento bacteriano no extenso segmento intestinal excluído, provocando alta incidência de complicações digestivas tais como diarreia, cirrose, pneumatose intestinal e artrites. Pelo exposto, não mais devem ser realizadas.

C) CIRURGIAS MISTAS

As cirurgias mistas para tratamento de obesidade mórbida associam restrição e disabsorção de nutrientes em maior ou menor grau pelo intestino, dependendo da técnica empregada e da extensão do intestino delgado excluído do trânsito alimentar, levando a perdas ponderais significativas.

Além disso, essas cirurgias têm efeitos independentes da perda de peso ao modificar a produção de hormônios gastrintestinais, cujos efeitos podem afetar a saciedade e a produção de insulina.

1- CIRURGIAS MISTAS COM MAIOR COMPONENTE RESTRITIVO – esse grupo de cirurgias compreende as diversas modalidades de derivação gástrica com reconstituição do trânsito intestinal em Y de Roux.

CIRURGIA REGULAMENTADA: cirurgia de gastroplastia com reconstituição em Y de Roux.

Essa cirurgia, além da restrição mecânica representada pela redução gástrica, restringe a ingestão alimentar e modifica a produção de hormônios que modulam a fome e a saciedade.

Acreditava-se que a colocação de um anel estreitando a passagem pelo reservatório antes da saída da bolsa para a alça jejunal retardaria o esvaziamento para sólidos, aumentando, ainda mais, a eficácia dos procedimentos. Atualmente, a literatura aponta

para resultados benéficos semelhantes com ou sem anel. Complicações nutricionais podem ser mais frequentes com a colocação do anel.

VANTAGENS: perda de peso adequada e duradoura, com baixo índice de insucesso. Tratam também a doença do refluxo. Apresentam taxas aceitáveis de complicações a longo prazo. São potencialmente reversíveis, embora com dificuldade técnica. Apresentam bons resultados em termos de melhoria da qualidade de vida e doenças associadas.

Essa operação também apresenta efeitos metabólicos independentes da perda de peso. Ocorrem modificações funcionais e hormonais do tubo digestivo, com efeitos benéficos adicionais sobre o controle ou reversão das comorbidezes metabólicas, em especial sobre o diabetes tipo 2.

DESVANTAGENS: tecnicamente complexas; acesso limitado ao estômago excluído e ao duodeno para métodos radiológicos e endoscópicos; passíveis de complicações como deiscência de suturas; maiores chances de deficiências protéicas e anemia do que as cirurgias restritivas.

2- CIRURGIAS MISTAS COM MAIOR COMPONENTE DISABSORTIVO – são procedimentos que envolvem menor restrição da capacidade gástrica, o que permite maior ingestão alimentar, com predomínio do componente disabsortivo.

CIRURGIAS REGULAMENTADAS: a) cirurgia de derivação bílio-pancreática com gastrectomia horizontal (cirurgia de Scopinaro); b) cirurgia de derivação bílio-pancreátrica com gastrectomia vertical e preservação do piloro (cirurgia de duodenal switch).

Essas técnicas também apresentam efeitos independentes da perda de peso. Ocorrem modificações funcionais e hormonais do tubo digestivo, com efeitos benéficos adicionais sobre o controle ou reversão das comorbidezes metabólicas, em especial sobre o diabetes tipo 2 e a dislipidemia.

VANTAGENS: há menor restrição da ingestão alimentar; são muito eficazes em relação à perda de peso e manutenção a longo prazo. O reservatório gástrico é completamente acessível aos métodos de investigação radiológica e endoscópica.

DESVANTAGENS: mais sujeitos às complicações nutricionais e metabólicas de controle mais complexo, tais como deficiência de vitaminas lipossolúveis, deficiência de vitamina B12, cálcio, e ferro; desmineralização óssea; úlcera de boca anastomótica; aumento do número de evacuações diárias, com fezes e flatos muito fétidos.

CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

Em razão do surgimento de novas técnicas, bem como o conhecimento de alguns efeitos metabólicos da cirurgia bariátrica, e atendendo a várias solicitações de regulamentação desses avanços, urge a necessidade de regulamentação da matéria por parte do Conselho Federal de Medicina, visando estabelecer normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe.

Brasília, 5 de fevereiro de 2010

ABDON JOSÉ MURAD NETO
Relator