



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## RESOLUÇÃO CFM Nº 2.172/2017

Publicada no D.O.U. em 27 dezembro de 2017, Seção I, p.205

Reconhece a cirurgia metabólica para o tratamento de pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2, com IMC entre 30 kg/m<sup>2</sup> e 34,9 kg/m<sup>2</sup>, sem resposta ao tratamento clínico convencional, como técnica não experimental de alto risco e complexidade.

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, e pela [Lei nº 11.000](#), de 15 de dezembro de 2004, pelo [Decreto nº 6.821](#), de 14 de abril de 2009, e pela [Lei nº 12.842](#), de 10 de julho de 2013;

**CONSIDERANDO** que o artigo 7º da [Lei nº 12.842/2013](#) estabelece que se compreende entre as competências do Conselho Federal de Medicina editar normas para definir o caráter experimental de procedimentos de medicina, autorizando e vedando a sua prática pelos médicos;

**CONSIDERANDO** que o diabetes mellitus tipo 2 (DM2), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a dislipidemia são comorbidades comumente associadas à obesidade;

**CONSIDERANDO** que o número de pessoas diabéticas em 2015 no Brasil, entre 20 e 79 anos, era de 14,3 milhões, e que a expectativa para 2040 é que atinja 23,3 milhões;

**CONSIDERANDO** que estudos clínicos comprovam a importância do controle glicêmico nos pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 e na prevenção das complicações da doença, além de melhorar a qualidade de vida e diminuir a mortalidade;

**CONSIDERANDO** que a International Diabetes Federation (IDF), em 2011, pela primeira vez introduziu a cirurgia metabólica nos algoritmos de tratamento de diabetes mellitus tipo 2 também como alternativa para pacientes com IMC entre 30 kg/m<sup>2</sup> e 35 kg/m<sup>2</sup>, com doença não controlada apesar de tratamento medicamentoso otimizado, principalmente quando associada a fatores de risco maiores para doença cardiovascular;

**CONSIDERANDO** que a American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS), em 2013, recomendava o tratamento cirúrgico para pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 com IMC entre 30 kg/m<sup>2</sup> e 34,9 kg/m<sup>2</sup>, sem controle após tratamento clínico e mudança no estilo de vida;

**CONSIDERANDO** que a International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO), em 2014, recomendava o tratamento cirúrgico para pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 com IMC entre 30 kg/m<sup>2</sup> e 34,9 kg/m<sup>2</sup>, sem controle após tratamento clínico e mudança no estilo de vida;



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

**CONSIDERANDO** que o National Institute for Health and Care Excellence (NICE), em 2014, passou a recomendar o tratamento cirúrgico para pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 com IMC entre 30 kg/m<sup>2</sup> e 34,9 kg/m<sup>2</sup>, com duração da doença menor que 10 anos;

**CONSIDERANDO** que 54 associações médicas de diferentes países reunidas em 2016 estabeleceram consenso e diretrizes, revisando as recomendações para o tratamento do diabetes, reconhecendo a cirurgia metabólica como opção para o tratamento de diabetes mellitus tipo 2 em pacientes com IMC entre 30 kg/m<sup>2</sup> e 34,9 kg/m<sup>2</sup>, com inadequado controle glicêmico após tratamento clínico;

**CONSIDERANDO** o [Parecer CFM nº 38/2017](#), que reconhece a cirurgia metabólica para o tratamento de pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 com IMC entre 30kg/m<sup>2</sup> e 34,9kg/m<sup>2</sup> sem resposta ao tratamento clínico convencional, como técnica não experimental de alto risco e complexidade;

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido na Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 22 de novembro de 2017;

## **RESOLVE**

**Art. 1º** Normatizar, nos termos do anexo desta resolução, o tratamento cirúrgico para pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), com IMC entre 30 kg/m<sup>2</sup> e 34,9 kg/m<sup>2</sup>;

**Art. 2º** Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

Brasília-DF, 22 de novembro de 2017.

**MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO**  
Presidente em exercício

**HENRIQUE BATISTA E SILVA**  
Secretário-geral



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## **ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.172/2017**

### **• INDICAÇÃO PARA CIRURGIA**

A indicação cirúrgica do paciente deve ser feita obrigatoriamente por 2 médicos especialistas em endocrinologia, mediante parecer fundamentado atestando a refratariedade ao tratamento clínico otimizado com uso de antidiabéticos orais e/ou injetáveis e com mudanças no estilo de vida.

### **• ELEGIBILIDADE PARA A CIRURGIA**

São considerados critérios essenciais para indicação de cirurgia metabólica para tratamento de diabetes mellitus tipo 2, para pacientes com IMC entre 30 kg/m<sup>2</sup> e 34,9 kg/m<sup>2</sup> (o paciente deverá preencher todos os critérios abaixo):

1. pacientes com IMC entre 30 kg/m<sup>2</sup> e 34,9 kg/m<sup>2</sup>;
2. idade mínima de 30 anos e máxima de 70 anos;
3. pacientes com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) com menos de 10 anos de história da doença;
4. refratariedade ao tratamento clínico, caracterizada quando o paciente não obtiver controle metabólico após acompanhamento regular com endocrinologista por no mínimo dois anos, abrangendo mudanças no estilo de vida, com dieta e exercícios físicos, além do tratamento clínico com antidiabéticos orais e/ou injetáveis;
5. pacientes que não tenham contraindicações para o procedimento cirúrgico proposto.

### **• CONTRAINDICAÇÃO PARA A CIRURGIA**

Condições a serem consideradas para contraindicar a cirurgia (apenas um critério é suficiente para contraindicar a cirurgia):

1. Os pacientes elegíveis para cirurgia metabólica, segundo os critérios estabelecidos nesta resolução, que tenham histórico de doença mental devem receber avaliação adicional abrangente de saúde mental por psiquiatra e, por solicitação deste, avaliação psicológica.

A cirurgia deve ser contraindicada pelo psiquiatra em pacientes:

- a) abusadores de álcool;
- b) dependentes químicos;
- c) depressivos graves com ou sem ideação suicida;
- d) com psicoses graves;
- e) portadores de qualquer doença mental que, a critério da avaliação do psiquiatra, contraindique a cirurgia de forma definitiva ou até que a doença tenha sido controlada por tratamento.

2. Outras doenças ou condições clínicas que contraindiquem a cirurgia.



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- **TÉCNICAS CIRÚRGICAS RECONHECIDAS**

A derivação gastrojejunal em Y de Roux (DGYR) é a cirurgia de 1ª escolha para o tratamento de pacientes com DM2 não controlado clinicamente, com IMC entre 30 kg/m<sup>2</sup> e 34,9 kg/m<sup>2</sup>, e a gastrectomia vertical (GV) é a alternativa caso haja alguma contraindicação ou desvantagem da DGYR.

Nenhuma outra técnica cirúrgica é reconhecida para o tratamento destes pacientes.

- **ASPECTOS GERAIS:**

Os pacientes/famílias submetidos a este procedimento deverão ser cientificados e esclarecidos sobre riscos, taxa de mortalidade, complicações e necessidade de acompanhamento clínico regular no pós-operatório por equipe multidisciplinar, com a elaboração de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A equipe responsável pela realização e acompanhamento da cirurgia metabólica deve obrigatoriamente ser multidisciplinar e multiprofissional, seguindo por analogia o disciplinado na Portaria do Ministério da Saúde para Cirurgia Bariátrica ([Portaria MS nº 424](#) e [425/2013](#)).

O cirurgião, para realizar cirurgia metabólica, deve estar registrado no CRM como especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo.

A cirurgia 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 de diabetes e cirurgia gastrointestinal. Os hospitais onde as cirurgias metabólicas poderão ser realizadas devem obedecer ao discriminado na Portaria MS nº 425/2013.

As equipes multidisciplinares e multiprofissionais para assistir os pacientes devem ser compostas minimamente por: cirurgião geral ou do aparelho digestivo, endocrinologista, cardiologista, pneumologista, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e, quando necessário, gastroenterologista, nutrólogo e equipe multiprofissional de terapia nutricional, psiquiatra, angiologista ou qualquer outro especialista ou profissional da área da saúde necessário.

- **ACOMPANHAMENTO PÓS-OPERATÓRIO**

No pós-operatório, o acompanhamento, que deve ser estabelecido pelo serviço, deve prever suporte ao estilo de vida a longo prazo e monitoramento rotineiro de micronutrientes e estado nutricional, de acordo com diretrizes para o tratamento pós-operatório de cirurgia metabólica por sociedades profissionais nacionais e internacionais.



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Sendo o DM2 uma doença crônica e progressiva, os pacientes necessitam de seguimento contínuo pela equipe multidisciplinar, incluindo associação de medicação pertinente à evolução glicêmica, aos lípidos e à hipertensão arterial.

O acompanhamento pós-operatório, que deve ser estabelecido pelo serviço, é obrigatoriamente multiprofissional e multidisciplinar, e deverá obedecer ao protocolo proposto pelas sociedades especializadas no cuidado dos pacientes diabéticos e em pós-cirurgias bariátricas.

Complicações microvasculares devem ser monitoradas periodicamente e sem limite de tempo.

O DM2 e a obesidade em qualquer grau são considerados fatores predisponentes para outras doenças metabólicas, como osteopenia/osteoporose. Quaisquer intervenções sobre o tubo digestivo alto podem também contribuir para o aparecimento ou piora destas condições.

Os pacientes deverão continuar a vigilância com exames laboratoriais e de imagem no pós-operatório, situação semelhante ao seguimento de DM2 e obesidade em tratamento clínico.

Todos os pacientes devem receber seguimento com exames laboratoriais periódicos para eventuais deficiências de micronutrientes, prevendo sua suplementação, sem limite de tempo.

**MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO**  
Relator



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.172/2017

A incidência do diabetes tipo 2 cresce de forma alarmante em todo o mundo, sendo considerada epidêmica neste século. Essa enfermidade crônica e progressiva, se não controlada, tem prognóstico devastador, com complicações macro e microvasculares e alta morbimortalidade, levando a complicações cardiovasculares, renais e oftalmológicas e sendo uma das principais causas de AVC, síndrome coronariana, insuficiência renal e cegueira.

Mesmo com o desenvolvimento de novos agentes farmacológicos para o tratamento do diabetes *mellitus*, incluindo aqueles que demonstraram diminuição do risco cardiovascular pelo menos em curto prazo, o controle metabólico da maioria dos pacientes portadores de diabetes *mellitus* do tipo 2 é inadequado, sendo poucos aqueles que conseguem controle glicêmico e da pressão arterial, além de níveis adequados de colesterol e triglicérides.

No Brasil, a média do índice de massa corpórea (IMC) de pacientes portadores de diabetes *mellitus* do tipo 2 está em torno de 30 kg/m<sup>2</sup>.

O conhecimento adquirido sobre a ação das intervenções cirúrgicas sobre o tubo digestivo demonstrou claramente os efeitos antidiabéticos diretos, independentes da perda ponderal, como diminuição da resistência hepática e periférica à ação da insulina, além de aumento da liberação desse hormônio pelas células  $\beta$  do pâncreas – decorrente de inúmeros mecanismos secundários ao reestabelecimento da fisiologia adequada da secreção de incretinas (hormônios intestinais) e de sais biliares secundários – e mesmo mudança positiva na flora bacteriana intestinal, entre outros mecanismos celulares complexos. Além desses efeitos independentes da variação de peso, as cirurgias metabólicas produzem secundariamente perda ponderal significativa e sustentada em longo prazo, também importante para o controle metabólico, independente do IMC basal.

A cirurgia para o controle do diabetes mellitus tipo 2 não controlado clinicamente, para pacientes com IMC entre 30 kg/m<sup>2</sup> e 34,9 kg/m<sup>2</sup> é segura, com baixos índices de complicações e mortalidade.

A derivação gastrojejunal em Y de Roux é a técnica de escolha para o controle do diabetes *mellitus* tipo 2 não controlado clinicamente em pacientes com IMC entre 30 kg/m<sup>2</sup> e 34,9 kg/m<sup>2</sup>. É segura, com baixa morbimortalidade e resultados favoráveis em curto e longo prazos, incluindo diminuição de morte por complicações cardiovasculares, que foi demonstrada em estudos prospectivos pareados com mais de 20 anos de seguimento, em séries de casos controlados e em estudos randomizados e controlados com nível 1A de evidência e recomendação.

A gastrectomia vertical é a alternativa caso haja qualquer contraindicação para a realização da derivação gastrojejunal em Y de Roux, como extensas operações abdominais prévias ou doenças intestinais. Essa opção técnica conta com diversos estudos clínicos e em animais, cujos resultados em portadores de diabetes não controlado foram melhores que aqueles obtidos no tratamento clínico isolado, porém com efeito metabólico menor do que com a derivação gastrojejunal em Y de Roux.

A banda gástrica ajustável não é recomendada pois produz poucos efeitos positivos sobre o diabetes e a obesidade em longo prazo, além de apresentar alto índice de complicações cirúrgicas. Quanto às derivações biliopancreáticas, apesar de serem efetivas em longo prazo no controle metabólico, contam com evidências científicas de importantes complicações nutricionais, que podem levar a quadros graves de desnutrição proteico-calórica. Por essa razão, essas técnicas não estão reconhecidas





**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

pelo Conselho Federal de Medicina para o tratamento de pacientes portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 não controlado clinicamente em pacientes com IMC entre 30 kg/m<sup>2</sup> e 34,9 kg/m<sup>2</sup>.

Desde 2015, existem recomendações de 54 sociedades médicas nacionais e internacionais que colocaram a cirurgia metabólica em pacientes portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 não controlado, com IMC a partir de 30 kg/m<sup>2</sup>, no algoritmo de tratamento da doença, já que os resultados positivos da cirurgia independem do IMC inicial dos pacientes. A técnica cirúrgica proposta é a derivação gastrojejunal em Y de Roux, pelo excelente risco/benefício. A gastrectomia vertical é a opção em caso de contraindicação da primeira.

Pelo exposto, é imprescindível que o Conselho Federal de Medicina reconheça o tratamento cirúrgico como opção terapêutica para pacientes com IMC entre 30 kg/m<sup>2</sup> e 34,9 kg/m<sup>2</sup> portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 não controlado com tratamento clínico, aumentando a chance de controle da doença e possibilitando melhor prognóstico em longo prazo com a diminuição da morbimortalidade. É importante ressaltar que o tratamento cirúrgico proposto visa controlar a doença com ou sem medicamentos, e o paciente operado deve obrigatoriamente ser monitorado continuamente para a opção de associação de agentes farmacológicos, a fim de evitar a recidiva e as complicações da doença.

**MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO**

Relator