



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM N° 2.429, DE 25 DE ABRIL DE 2025 (\*)

[Publicado em: 20/05/2025 | Edição: 93 | Seção: 1 | Página: 170](#)

[Republicado em: 21/05/2025 | Edição: 94 | Seção: 1 | Página: 133](#)

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 n° 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n° 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. 1° Normatizar e atualizar, nos termos do anexo desta resolução, a cirurgia bariátrica e a cirurgia metabólica.

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

Art. 3° 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



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

### 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;
- médico nutrólogo;
- 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:



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- Pacientes com índice de massa corpórea (IMC) igual ou superior a 40Kg.m-2 (obesidade classe 3), independentemente da presença de comorbidade associada.
- Pacientes com IMC igual ou superior a 35Kg.m-2 (obesidade classe 2) e inferior a 40Kg.m-2, 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-2 e inferior a 35Kg.m-2 (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-2 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.



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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 anestesilogista 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 425/2013](#) e [Consolidação nº 3/2017](#).

### 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).



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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).



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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.

---

(\*) Republicada por ter saído, no DOU de 20/5/2025, Seção 1, pág. 170 e 171, com incorreção no original.



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

### EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM N° 2.429/2025

A partir de 1991, após a publicação do consenso sobre as indicações de cirurgia para o tratamento da obesidade realizado pelo Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos da América (NIH), centenas de estudos foram publicados sobre a epidemia mundial de obesidade e a experiência global com cirurgia bariátrica e metabólica, o que melhorou significativamente a compreensão da obesidade e do seu tratamento. Após a produção desses estudos com alto grau de evidência científica, em 2022, a American Society of Bariatric and Metabolic Surgery (ASBMS) e a International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) atualizaram as diretrizes de 1991<sup>(1)</sup>. Esses numerosos estudos provaram que a cirurgia bariátrica e metabólica são tratamentos eficazes e duradouros para a obesidade e suas complicações (em especial o diabetes tipo 2), produzindo resultados superiores de perda de peso e controle metabólico, em comparação com tratamentos não operatórios. Inúmeras publicações, incluindo mais de uma dezena de estudos randomizados e controlados, mostram as vantagens do tratamento cirúrgico da obesidade e suas complicações, fundamentalmente a derivação gastrojejunal em Y de Roux (DGJYR) e a gastrectomia vertical (GV) <sup>(1-11)</sup>.

Grandes estudos prospectivos e retrospectivos relataram consistentemente a menor mortalidade e o melhor benefício na sobrevivência dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e metabólica. Estudos representativos incluem o estudo SOS, que demonstrou uma diminuição ajustada da mortalidade geral em 30,7% no grupo de pacientes cirúrgicos de 2010 em comparação com controles não cirúrgicos, em uma média de 10 anos de acompanhamento após a cirurgia<sup>(12)</sup>.

Diversas sociedades médicas, como American Diabetes Association (ADA), American Association of Clinical Endocrinologists (AACE), European Association for the Study of Diabetes (EASD), International Diabetes Federation (IDF) e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), publicaram diretrizes com sugestão de condutas em todas as fases evolutivas da obesidade e do diabetes. Enfatizam que essas condutas devem ser centradas no paciente, com metas individualizadas, respeitando dificuldades de acesso e evitando eventos adversos. A escolha da conduta deve, sempre que possível, respeitar preferências do paciente e as barreiras sociais e culturais<sup>(13)</sup>.

Em 2010, a Diabetes Surgery Summit <sup>(14)</sup> reconheceu a eficácia dos procedimentos cirúrgicos de derivação gastrojejunal em Y de Roux (DGJYR) e a gastrectomia vertical (GV) como uma opção para tratar pacientes com diabetes mellitus tipo 2 cuidadosamente selecionados com IMC > 30 kg.m<sup>2</sup>. A International Diabetes Federation, em 2011<sup>(15)</sup>, reconheceu que a cirurgia poderia ser considerada como uma opção alternativa de tratamento para pacientes com IMC entre 30 e 35 kg.m<sup>2</sup> quando o controle do diabetes mellitus tipo 2 está inadequado apesar do tratamento clínico, especialmente na presença de outros fatores de risco cardiovascular.

Dados compilados pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) apontam que foram realizados 74.738 procedimentos no país em 2022. No mesmo período, o número de cirurgias realizadas pelos planos de saúde – segundo levantamento recente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – foi de 65.256. O crescimento foi de 22,9% se comparado com 2019, um ano antes da pandemia, quando foram realizadas 53.087 cirurgias. No entanto, o atendimento por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) para pacientes que buscam o tratamento cirúrgico da obesidade não recuperou o ritmo. Foram realizados apenas 5.923 procedimentos, uma queda de 54,8% se comparado com 2019, quando o SUS atendeu 12.568 pacientes<sup>(16)</sup>.





## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Em consonância com a segurança demonstrada nos resultados da cirurgia bariátrica e metabólica em diversas faixas etárias, essas cirurgias têm sido realizadas nas últimas décadas com segurança e eficácia em pacientes cada vez mais idosos, incluindo indivíduos com mais de 70 anos de idade<sup>(17-21)</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que pelo menos uma em cada cinco crianças e adolescentes, definidos como de 0 a 17 anos, estão acima do peso. A obesidade na infância e adolescência tende a continuar na vida adulta em cerca de 60% dos indivíduos. As doenças que acompanham a obesidade, quando aparecem numa fase mais precoce da vida, tendem a ser mais agressivas e de tratamento mais difícil, tais como as doenças cardiovasculares, diabetes, apneia do sono, hipertensão arterial e dislipidemias<sup>(22-25)</sup>.

A cirurgia bariátrica e metabólica em adolescentes é uma “necessidade médica”, definida como uma intervenção em saúde baseada em evidências, guiada por dados científicos ou respaldada por consenso de especialistas, com o objetivo de promover o crescimento e desenvolvimento ideal do adolescente, além de tratar, melhorar ou aliviar os efeitos de condições físicas<sup>(26)</sup>.

Cirurgia bariátrica e metabólica é segura na população a partir dos 16 anos e produz perda de peso durável e melhora das comorbidades. Adolescentes com obesidade grave submetidos à derivação gastrojejunal em Y de Roux têm perda de peso significativamente maior e melhora das complicações cardiovasculares comparados com adolescentes submetidos a tratamento medicamentoso<sup>(27-29)</sup>. Além disso, a melhora na hipertensão e nas dislipidemias tem sido demonstrada em longo prazo após a cirurgia<sup>(30)</sup>.

A cirurgia bariátrica e metabólica pode ser indicada para adolescentes entre 14 e 16 anos, desde que as complicações da obesidade sejam graves o suficiente para tanto.

A Academia Americana de Pediatria e a Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e Metabólica recomendam considerar a cirurgia bariátrica e metabólica em adolescentes com IMC 120% do percentil 95 (obesidade classe II) com complicações importantes, ou um IMC 140% do percentil 95 (obesidade classe III)<sup>(24,29)</sup>.

Somado a tudo isso, a cirurgia bariátrica e metabólica não impacta negativamente o desenvolvimento da puberdade ou o crescimento linear, e, portanto, estágio de Tanner II e idade óssea não devem ser considerados como pré-requisitos para a cirurgia<sup>(31)</sup>.

A cirurgia bariátrica e metabólica tem evoluído à luz de novas evidências científicas, resultados a longo prazo e experiência acumulada. Assim, uma atualização das diretrizes anteriores sobre cirurgia bariátrica e metabólica é essencial para o benefício da população.

As técnicas desenvolvidas pelos pioneiros da cirurgia bariátrica nas décadas de 1960, 1970 e 1980 foram praticamente abandonadas ou modificadas, parcial ou totalmente, ao longo do tempo. Muitas inovações foram adicionadas ao arsenal de profissionais de saúde para o manejo pré-operatório, per-operatório e pós-operatório de pacientes bariátricos. As operações comumente realizadas também evoluíram. É importante ressaltar que a cirurgia minimamente invasiva é agora considerada a melhor opção para cirurgia bariátrica e metabólica<sup>(32)</sup>.

As sociedades médicas, nacionais e internacionais, preocupadas com a constante evolução e, em especial, com a segurança e os resultados da cirurgia bariátrica e metabólica, apresentam inúmeros estudos sobre a segurança, reprodutibilidade e o real benefício das técnicas cirúrgicas apresentadas,





## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

como as cirurgias primárias altamente recomendadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM)<sup>(1,4,7,8,18,32-49)</sup>.

O CFM, preocupado com essa constante evolução, realizou criteriosa avaliação das técnicas cirúrgicas atualmente preconizadas e das chamadas cirurgias emergentes, sendo proposta uma atualização no rol de procedimentos utilizados com finalidade bariátrica e metabólica. Essa atualização foi fundamentada no posicionamento de sociedades médicas norte-americanas, eurásianas e do Oriente Médio, e em especial em consenso das sociedades brasileiras responsáveis pela certificação em área de atuação em cirurgia bariátrica e metabólica (Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva e Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica), recentemente publicada após fórum específico para tal fim <sup>(50)</sup>.

A revisão realizada pelo CFM resultou, com base na segurança, reprodutibilidade técnica e resultados na modificação do rol de procedimentos a serem utilizados com objetivo bariátrico/metabólico. Assim, a cirurgia de banda gástrica e a derivação biliopancreática de Scopinaro foram retiradas do rol de procedimentos recomendados pelo CFM em razão do grande número de efeitos colaterais, complicações e resultados insatisfatórios.

Seguindo a mesma coerência de atualização do rol de procedimentos, foram adicionadas como opções cirúrgicas alternativas, principalmente para procedimentos de revisão de operações primárias, com efeito bariátrico e metabólico, a gastroplastia de uma anastomose (derivação gástrica de uma anastomose) e a derivação duodeno-ileal de anastomose única com gastrectomia vertical, em razão de serem procedimentos reconhecidos inicialmente, porém com recomendações de continuidade de investigações de eficácia e segurança de longo prazo por sociedades médicas cirúrgicas nacionais e internacionais, como a American Society of Bariatric and Metabolic Surgery (ASBMS), a International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO), o Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), o Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva (CBCD) e a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM)<sup>(33,39,40,42,46-52)</sup>.

A gastrectomia vertical com bipartição do trânsito intestinal também foi incorporada ao rol de procedimentos preferencialmente revisionais reconhecidos pelo CFM, tendo como base sua similaridade com a cirurgia duodenal *switch* com gastrectomia vertical, ressaltando-se, contudo, a falta de evidências científicas sólidas e de reprodutibilidade<sup>(50,55-59)</sup>.

As cirurgias de duodenal *switch* com gastrectomia vertical, *bypass* gástrico com anastomose única, gastrectomia vertical com anastomose duodeno-ileal e gastrectomia vertical com bipartição do trânsito intestinal não possuem, até o momento, evidência científica robusta (nível 1) para garantir segurança e eficácia a longo prazo, conforme demonstrado em recente posição oficial da IFSO<sup>(55)</sup>, mas têm sido realizadas e são reconhecidas pelo CFM. Portanto, podem ser opções de cirurgia revisional. Quando propostas como tratamento primário, a responsabilidade da indicação é exclusiva do cirurgião assistente, que obrigatoriamente deverá conscientizar o paciente sobre a falta de evidências científicas sólidas desses procedimentos, além dos riscos e benefícios das técnicas.

Muito embora a cirurgia bariátrica e metabólica seja segura e gere ótimos resultados em longo prazo, alguns pacientes podem necessitar de uma reoperação como em qualquer tratamento cirúrgico de enfermidades crônicas e recidivantes. No entanto, a cirurgia bariátrica e metabólica, como ponto positivo, ainda permite que os cirurgiões modifiquem ou reparem uma operação anterior em razão de resultados insatisfatórios. A essa possibilidade denominamos cirurgia revisional. Assim, uma cirurgia



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

revisional pode ter três finalidades: (a) correção: corrigir alguma imperfeição cirúrgica no pós-operatório; (b) conversão: converter uma determinada técnica que não obteve resultado esperado em uma outra técnica operatória, com maior potência metabólica ou na perda ponderal; e (c) reversão: reverter as modificações anatômicas determinadas por uma técnica cirúrgica específica, em razão de situações clínicas que não atingiram os objetivos propostos pela técnica empregada<sup>(58-61)</sup>.

A gastroplastia endoscópica é um procedimento menos invasivo, que tem seu lugar no arsenal terapêutico para o tratamento da obesidade e de suas complicações. É uma alternativa que pode ser associada ao tratamento medicamentoso para otimização dos resultados. A gastroplastia endoscópica possui evidência científica de nível 1 e foi recentemente reconhecida pela Federação Internacional de Cirurgia para Obesidade e doenças metabólicas (IFSO) para tratamento primário da obesidade <sup>(62,63)</sup>.

Pelo exposto, é necessário que o CFM, por dever de ofício, atualize as cirurgias reconhecidas com objetivo bariátrico e metabólico, revendo e fundindo as Resoluções CFM nº 2.131/2015 e nº 2.172/2017 em uma única resolução, visando oferecer maior segurança cirúrgica a cada paciente, atendendo às suas necessidades e especificidades.

SÉRGIO TAMURA

Conselheiro Relator