

CIRURGIA BARIÁTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA: REGISTROS DO PROCEDIMENTO NO BRASIL MEDIANTE O SUS NOS ANOS DE 2021 A 2025

Caio Manuel Evaristo Valverde ¹
Luiz Adolfo Duvanel Ferreira ²
Célio Carvalho de Moraes Junior ³

affcjr@gmail.com

ÁREA DO CONHECIMENTO: Ciências da Saúde

RESUMO

A obesidade se transformou em uma epidemia mundial. É caracterizada por um acúmulo anômalo ou exagerado de lipídios que pode impactar negativamente a saúde. Nesse contexto, as operações cirúrgicas são, frequentemente, vistas como uma das principais alternativas de tratamento, especialmente em situações de obesidade extrema ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$) e em casos em que mudanças no estilo de vida e tratamentos medicamentosos não se mostraram eficazes. O objetivo é descrever o número de procedimentos realizados pelo SUS no Brasil de cirurgia bariátrica por videolaparoscopia entre os anos de 2021 e 2025. Trata-se de uma pesquisa com enfoque exploratório, mediante dados do DATASUS, adotando critérios de inclusão e exclusão, sendo, posteriormente, realizadas tabulação e análise dos dados. O Brasil apresentou, nos últimos 05 anos, 21.535 casos de procedimentos por cirurgia bariátrica, de caráter eletivo, destacando a região Sudeste com maiores números. Assim, os dados ressaltam os progressos feitos para ampliar o acesso ao tratamento cirúrgico da obesidade, ao passo que também evidenciam a urgência de aprimorar as políticas de regionalização.

PALAVRAS-CHAVE: obesidade; cirurgia bariátrica; procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos.

1 INTRODUÇÃO

A obesidade se transformou em uma epidemia mundial. Conforme indicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), esta é uma enfermidade crônica e progressiva, que, em 2022, afetou mais de 890 milhões de pessoas adultas (*World Health Organization*, 2025; Araújo *et al.*, 2024). É caracterizada por um acúmulo

¹ Acadêmico do 11º período de Medicina, Centro Universitário Vértice - Univértix, Matipó/MG

² Acadêmico do 11º período de Medicina, Centro Universitário Vértice - Univértix, Matipó/MG

³ Docente do Centro Universitário Vértice - Univértix, Matipó/MG

anômalo ou exagerado de lipídios que pode impactar negativamente a saúde (*World Health Organization*, 2000).

O índice de massa corporal, conhecido como IMC, é obtido ao dividir o peso em quilogramas pela altura em metros elevada ao quadrado (kg/m^2). Esse cálculo é comumente utilizado para categorizar o sobrepeso e a obesidade em indivíduos adultos (Leal *et al.*, 2025). Dessa forma, a OMS consolidou uma classificação internacional baseada em risco para saúde (morbimortalidade crescente), fixando sobrepeso = IMC 25–29,9 kg/m^2 e obesidade $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (classes I–III) (*World Health Organization*, 2000).

Nesse contexto, as operações cirúrgicas são frequentemente vistas como uma das principais alternativas de tratamento, especialmente em situações de obesidade extrema ($\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$) e em casos nos quais mudanças no estilo de vida e tratamentos medicamentosos não se mostraram eficazes para incentivar e manter a perda de peso, uma vez que há uma falta de uma intervenção mais efetiva no manejo clínico de indivíduos com obesidade severa (Leal *et al.*, 2025).

Em 1954, houve um marco inicial da era moderna, em que Kremen e colaboradores realizaram o primeiro *bypass* intestinal para obesidade mórbida disabsortiva (Linner, 2007). A longo dos anos, diversos estudiosos conceituaram a técnica e consolidaram procedimentos. Atualmente, entre as diversas opções cirúrgicas disponíveis, a cirurgia de derivação gástrica em Y de Roux é o procedimento mais comum em todo o mundo, correspondendo a, aproximadamente, 45% do total das intervenções (Leal *et al.*, 2025).

Apesar de a cirurgia de derivação gástrica em Y de Roux ser a abordagem mais utilizada, a gastrectomia vertical por videolaparoscopia (GVV) corresponde a, aproximadamente, 37% das operações feitas globalmente. Na atualidade, essa é a segunda abordagem mais utilizada, devido à sua facilidade técnica e à eficácia semelhante no combate à obesidade e na reversão de seus problemas, apresentando taxas de mortalidade em cerca de 0,3% (Leal *et al.*, 2025).

A GVV tem se mostrado uma opção eficiente no manejo da obesidade grave, pois proporciona uma significativa redução de peso e favorece a melhora das

condições de saúde que acompanham essa doença. Trata-se de um método que limita a ingestão, implicando a retirada parcial do estômago, o que reduz sua capacidade para cerca de 150 a 200 mL, dispensando a realização de anastomoses e diminuindo os riscos cirúrgicos quando comparado a técnicas mais elaboradas (Carvalho *et al.*, 2025). Entre as vantagens ligadas à GVV, destacam-se uma redução nas complicações e um tempo de recuperação mais ágil, evidenciando a relevância da cirurgia bariátrica realizada por videolaparoscopia como uma abordagem segura e eficaz no enfrentamento da obesidade extrema (Gonçalves *et al.*, 2023).

Essa forma de intervenção cirúrgica tem se tornado proeminente no combate à obesidade severa, graças às suas várias vantagens em comparação com os métodos convencionais, incluindo a diminuição das complicações após a operação, menos dor, um retorno mais ágil às atividades e um risco reduzido de infecções. A obesidade, que representa um sério desafio à saúde coletiva e aumenta a probabilidade de várias doenças crônicas, incluindo diabetes tipo 2, hipertensão e enfermidades cardiovasculares, necessita de estratégias eficientes para seu manejo e tratamento. Nesse cenário, a cirurgia de redução de estômago surge como uma alternativa viável para indivíduos que sofrem de obesidade severa, facilitando a eliminação de peso e a melhora de doenças relacionadas. A opção pela videolaparoscopia, sendo um método minimamente invasivo, não só oferece resultados estéticos superiores, mas também possibilita uma recuperação mais ágil, o que é essencial para o bem-estar dos pacientes (Reichenbach *et al.*, 2023).

Além disso, nota-se uma barreira de acesso à operação de bariátrica por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), porém isso não se trata de uma exclusividade brasileira. Estudos realizados em diversas partes do mundo demonstram desafios relacionados ao acesso a esses procedimentos cirúrgicos em diferentes nações e a uma variedade de aspectos. Foi identificado que a dificuldade de acesso é, entre diversos fatores, intrinsecamente conectada à realidade vivida pela pessoa, considerando desde fatores sociais e econômicos e etnia até atitudes discriminatórias relacionadas ao peso por parte de profissionais de saúde e estigma enfrentado no dia a dia (Andrade; Cesse; Figueiró, 2023).

Diante disso, a questão norteadora do presente estudo é: Qual o perfil dos procedimentos de cirurgia bariátrica por videolaparoscopia no Brasil por intermédio do SUS entre os anos de 2021 e 2025?. Este estudo se justifica pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as vantagens e desafios dessa abordagem, visando melhorar a prática clínica e os resultados dos procedimentos bariátricos.

O objetivo é descrever o número de procedimentos realizados pelo SUS no Brasil de cirurgia bariátrica por videolaparoscopia entre os anos de 2021 e 2025.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 INDICAÇÕES CIRÚRGICAS

A operação pode ser feita em pessoas com IMC superior a 40 Kg/m², independentemente da existência de comorbidades. Pessoas que apresentam um IMC superior a 35 Kg/m² e que possuem condições associadas como diabetes, apneia do sono, pressão alta, desregulação lipídica, enfermidades do coração, infarto, angina, acidente vascular cerebral, asma severa não controlada, osteoartrites, hérnias na coluna, refluxo gastroesofágico que requer intervenção cirúrgica, pancreatite aguda recorrente, gordura no fígado, incontinência urinária em mulheres, dificuldades para engravidar tanto em homens quanto em mulheres, disfunção sexual masculina, síndrome dos ovários policísticos e outras condições (Carvalho *et al.*, 2025).

É possível que pessoas com um IMC variando de 30 kg/m² a 34,9 kg/m² e que sofram de diabetes tipo 2 também se submetam à operação. Nesse contexto, a cirurgia metabólica é feita como uma alternativa para controlar o diabetes tipo 2, quando as abordagens clínicas tradicionais não apresentaram resultados positivos (Almeida *et al.*, 2023).

No que se refere à faixa etária, pessoas entre 18 e 65 anos não apresentam limitações para a realização da cirurgia. Já indivíduos com menos de 16 anos precisam ser avaliados por dois cirurgiões responsáveis da SBCBM e por uma equipe multidisciplinar composta por diversos especialistas. Pacientes entre 16 e 18 anos podem se submeter ao procedimento, desde que haja concordância do responsável legal e da equipe multidisciplinar. Nesses casos, é obrigatória a participação de um pediatra entre os profissionais envolvidos, além da comprovação de que as cartilagens

das epífises de crescimento dos punhos já estejam consolidadas. Para pacientes com mais de 65 anos, a equipe multidisciplinar deve avaliar cuidadosamente o risco cirúrgico, as comorbidades, a expectativa de vida e os possíveis benefícios decorrentes da perda de peso.

Para que a cirurgia possa ser realizada, é necessário que o paciente mantenha o IMC em níveis adequados por pelo menos dois anos e que tenha tentado tratamentos clínicos sem obter resultados satisfatórios (Araújo *et al.*, 2024).

2.2 TÉCNICAS CIRÚRGICAS

A abordagem cirúrgica para lidar com a obesidade se destaca como uma opção mais vantajosa ao considerar custo e benefício, oferecendo um método mais eficaz e exato em relação ao tratamento clínico para aqueles que sofrem de obesidade severa. A cirurgia para emagrecimento resulta em redução significativa do peso e em índices elevados de recuperação de doenças. No momento, o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconhece quatro abordagens cirúrgicas para lidar com a obesidade: a Gastroplastia em Y de Roux, a gastrectomia vertical, a banda gástrica ajustável e o duodenal switch, além da cirurgia bariátrica (Fagundes *et al.*, 2022).

2.2.1 GASTROPLASTIA EM Y DE ROUX

A gastroplastia em Y de Roux (BGYR), que é popularmente chamada de *bypass* gástrico, é o método mais empregado tanto no Brasil quanto globalmente. A cirurgia possui um efeito limitador e com dificuldade de absorção, em que ocorre uma diminuição do estômago e, por isso, menor capacidade para receber alimentos. Simultaneamente, ocorre uma alteração no intestino, potencializando a produção de hormônios que promovem a sensação de saciedade. Assim, mesmo consumindo uma quantidade menor de comida, o paciente percebe que está satisfeito, resultando na perda de peso. A BGYR proporcionou redução de peso e avanço das comorbidades, especialmente alterações metabólicas, como o diabetes tipo 2, em relação a outros métodos cirúrgicos (Leal *et al.*, 2025).

O indivíduo que passou pelo procedimento reduz de 70% a 80% do peso extra que possuía. Primeiramente, realiza-se a redução de uma parte do estômago,

reduzindo o seu espaço disponível. A maior parte do estômago permanece, mas é desviada do fluxo intestinal e, assim, não absorverá os alimentos consumidos. Subsequentemente, é gerado um desvio no intestino que irá estimular um aumento na quantidade de hormônios que induzem a sensação de plenitude, reduzindo o apetite. Um segmento do intestino desviado é conectado ao pequeno estômago recém-criado e transporta os alimentos que nele entram até se encontrar com a outra seção do intestino. Os líquidos digestivos originados do estômago, das vias biliares e do pâncreas passam pelo duodeno e, somente após a anastomose, que é a conexão entre as duas seções do intestino, e que se combinarão com os alimentos. Apenas a partir desse ponto, de fato, a absorção dos nutrientes terá início (Gonçalves *et al.*, 2023).

2.2.2 BANDA GÁSTRICA

Atualmente, a banda gástrica ajustável corresponde a menos de 1% das cirurgias e está quase totalmente negligenciada. Trata-se de um método estritamente limitador em que um anel de silicone, que pode ser inflado e ajustado, é posicionado ao redor do estômago, logo abaixo do ângulo de His, comprimindo o órgão e diminuindo a quantidade de alimento que pode ser consumida, permitindo o controle do esvaziamento gástrico (Reichenbach *et al.*, 2023).

Nos dois primeiros anos do tratamento, a média de perda de peso do paciente é de 35,8% do peso original, com a redução sendo mais significativa no começo e diminuindo progressivamente com o passar do tempo. Após esse intervalo, muitos indivíduos se adaptam à limitação gástrica e começam a se alimentar com mais frequência, resultando em um aumento na ingestão calórica. Isso provoca uma dificuldade na continuidade da perda de peso após uma década, levando frequentemente ao retorno do peso perdido. Esse aspecto explica a limitada aceitação do método atualmente (Leal *et al.*, 2025).

2.2.3 GASTRECTOMIA VERTICAL

A gastrectomia vertical, conhecida também como cirurgia de *Sleeve*, é um procedimento que tem caráter restritivo e não pode ser revertido, apresentando menor

complexidade. Nessa cirurgia, é retirado de 70% a 80% do estômago, que passa a ter a forma de um tubo com capacidade bastante reduzida. Durante o processo, o piloro é mantido, o que reduz o risco de formação de úlceras (Leal *et al.*, 2025).

Nessa abordagem, o duodeno não é removido durante o percurso dos alimentos, o que não afeta a absorção de cálcio, ferro, zinco e vitaminas do grupo B. Pode-se notar que o método envolve o fechamento ao longo do estômago, preservando, aproximadamente, 80-100 ml da bolsa, sem redirecionamentos no intestino (Fagundes *et al.*, 2022).

2.2.4 DUODENAL SWITCH

Também denominada como Derivação Biliopancreática com Gastrectomia Vertical e Preservação Pilórica, trata-se da combinação de uma gastrectomia vertical juntamente com um desvio do intestino. Nesse procedimento, ocorre a remoção de 60% do estômago; no entanto, a estrutura fundamental do órgão e seu funcionamento para o esvaziamento permanecem intactos. Além disso, é realizada uma mudança no intestino para potencializar a geração de hormônios que promovem a sensação de satisfação (Fagundes *et al.*, 2022).

Nessa abordagem, é essencial remover a vesícula biliar, uma vez que existem altos riscos de formação de pedras na vesícula. Presentemente, a cirurgia de *switch* duodenal corresponde a 5% das intervenções e resulta em uma redução de 75% a 85% do peso considerado excessivo. Contudo, é viável notar a anastomose entre os intestinos, próxima à válvula ileocecal, em razão da elaboração de laços alimentares e biliopancreáticos mais extensos, aplicada na técnica com a finalidade de provocar uma exclusão maior do fluxo alimentar (Almeida *et al.*, 2023).

2.3 CONTRAINDICAÇÕES E COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS

A operação é desaconselhada para aqueles que não passaram por um tratamento anterior para a obesidade, para os que sofrem de doenças mentais severas sem tratamento adequado, como a depressão profunda ou distúrbios psicóticos, assim como para pessoas que têm dependência de substâncias ou álcool

no momento, e para aqueles que não conseguem se cuidar sem auxílio de familiares ou amigos (Andrade; Cesse; Figueiró, 2023).

Além disso, é dispendioso em situações com risco anestésico e cirúrgico considerado inaceitável, classificado como ASA-IV, e para pacientes que não conseguem entender os riscos, vantagens, resultados esperados do procedimento, assim como as exigências de ajustes no modo de vida após a cirurgia (Leal *et al.*, 2025).

É fundamental destacar que qualquer procedimento cirúrgico envolve riscos e possíveis complicações. Entretanto, com os avanços da medicina, as cirurgias têm se tornado cada vez mais seguras, resultando na redução das taxas de mortalidade. Atualmente, a mortalidade associada à cirurgia bariátrica é inferior a 1%. Ainda assim, pacientes submetidos à cirurgia bariátrica podem apresentar complicações no período perioperatório ou pós-operatório, tanto de forma precoce quanto tardia. Entre as complicações cirúrgicas mais frequentes destacam-se a hérnia incisional e a estenose da anastomose na técnica de bypass (Leal *et al.*, 2025).

Entre as complicações iniciais, as mais comuns incluem: pneumonia, colapsos pulmonares, acúmulos de sangue, infecções em cicatrizes cirúrgicas, fístulas na área de grampeamento, embolia nos pulmões, estreitamento de anastomose, náuseas e vômitos. No que diz respeito às complicações que ocorrem mais tarde, os principais problemas incluem: bloqueio intestinal devido a aderências, formação de cálculos biliares, cálculo renal, Síndrome de Wernicke-Korsakoff, problemas metabólicos, Síndrome de Dumping e hérnias (Leal *et al.*, 2025).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório que, segundo Gil (2002), envolve a coleta de dados de um grupo específico de indivíduos, possibilitando a realização de análises quantitativas e a formulação de conclusões a partir das informações obtidas.

Os dados avaliados foram referentes aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (IBGE), a população estimada do país no ano de 2022 era de 213.421.037 habitantes (IBGE, 2025).

A origem das informações utilizadas esteve vinculada ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), órgão responsável por fornecer dados e suporte técnico necessários às atividades de planejamento, execução e supervisão das ações em saúde. O DATASUS atua em todo o território nacional por meio de suas divisões regionais (DATASUS, s.d.).

Sendo assim, obtiveram-se informações referentes aos procedimentos de cirurgia bariátrica por videolaparoscopia realizados no Brasil. O período analisado compreendeu os anos de 2021 a 2025, abrangendo o contexto posterior à emergência sanitária ocasionada pela pandemia da COVID-19, o que confere relevância temporal ao estudo. Tais informações estão disponíveis em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/qiuf.def>.

O critério de inclusão foi pautado nos procedimentos de cirurgia bariátrica por videolaparoscopia realizados no Brasil e notificados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Como critério de exclusão, adotaram-se os registros incompletos ou com informações em branco. As variáveis investigadas foram: ano de processamento, região e caráter de atendimento.

As informações foram organizadas no Microsoft Excel 2019 e analisadas por meio de estatística descritiva, com posterior elaboração de tabelas e gráficos. Os dados coletados foram relacionados à bibliografia pertinente ao tema.

A investigação utilizou exclusivamente dados secundários disponíveis em fontes públicas. Considerando que as informações empregadas são de acesso público e provenientes de bases secundárias, o presente estudo dispensa apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (Brasil, 2016).

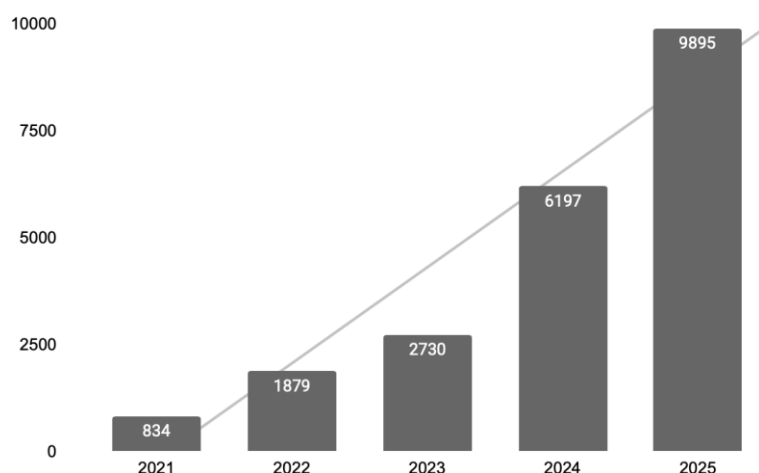
A utilização de dados secundários apresenta limitações importantes que devem ser consideradas na interpretação dos resultados, tais como a possibilidade de subnotificação, inconsistências no preenchimento das informações e ausência de variáveis clínicas mais detalhadas. Além disso, a dependência de registros previamente disponíveis restringe o controle sobre a qualidade e a padronização dos

dados, podendo ocasionar vieses informacionais. Dessa forma, tais limitações podem influenciar a precisão das análises e a generalização dos resultados, sendo fundamental que sejam reconhecidas e discutidas no contexto da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre 2021 e 2025, o Brasil registrou 21.535 casos de procedimentos de Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia, havendo uma crescente no decorrer dos anos, assim como pode ser visto na Figura 1.

Figura 1 - Resultados sobre os procedimentos de Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia conforme o ano de processamento no Brasil (2021-2025).



Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Os dados analisados revelam um aumento significativo no número de cirurgias bariátricas realizadas por videolaparoscopia, classificadas como de alta complexidade, no Brasil entre 2021 e 2025, passando de 834 para 9.895 intervenções nesse intervalo. Em 2021, registraram-se 834 procedimentos; em 2022, esse número passou para 1.879; em 2023, para 2.730; em 2024, para 6.197; e, em 2025, atingiu 9.895 procedimentos, evidenciando uma tendência de crescimento contínuo ao longo da série histórica.

Esse crescimento contínuo pode estar vinculado ao aumento da busca por tratamentos cirúrgicos para a obesidade e ao reconhecimento da cirurgia bariátrica como uma abordagem eficaz no controle dessa condição severa e suas comorbidades. A pesquisa indica que a elevação da obesidade na população

brasileira tem levado a um maior interesse por métodos terapêuticos mais eficazes, incluindo cirurgias, principalmente quando os tratamentos clínicos não geram resultados satisfatórios (Góis; Gurgel, Pereira, 2025).

Além disso, a obesidade se firmou como uma questão significativa de saúde pública, com um aumento constante na taxa de incidência da doença no país. Outro ponto importante diz respeito à adoção crescente de técnicas menos invasivas, como a videolaparoscopia, que trazem benefícios como diminuição do tempo de recuperação, maior agilidade na alta hospitalar e menor risco de complicações após a cirurgia, em comparação com as técnicas tradicionais (Torres; Gaona; Izquierdo, 2025).

Apesar de já estar regulamentada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a implementação dessa técnica ainda enfrenta barreiras relacionadas aos custos e à infraestrutura hospitalar, o que pode restringir sua utilização em determinadas localidades. Ainda assim, observa-se uma tendência crescente na adoção dessa abordagem cirúrgica, acompanhando os avanços tecnológicos e a capacitação das equipes cirúrgicas especializadas (Almeida *et al.*, 2023).

O aumento no número de procedimentos ao longo dos anos pode refletir iniciativas institucionais voltadas à ampliação do acesso ao tratamento cirúrgico da obesidade, bem como mudanças em diretrizes e critérios clínicos que ampliaram o número de pacientes aptos à realização da cirurgia bariátrica. Apesar desse crescimento, estudos indicam que a quantidade de operações realizadas ainda representa apenas uma pequena parcela da demanda existente, evidenciando limitações estruturais e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, os dados reforçam a tendência de expansão da cirurgia bariátrica no país, ao mesmo tempo em que destacam a necessidade de fortalecimento da rede assistencial e da capacidade de realização de procedimentos de alta complexidade.(Fagundes *et al.*, 2022).

De tal modo, as regiões brasileiras demonstram divergências nos números de procedimentos, variando de 1.507 a 7.213, como demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Resultados sobre os procedimentos de cirurgia bariátrica por videolaparoscopia conforme a região no Brasil (2021-2025).

Região	Número de Procedimentos
Norte	1.821
Nordeste	4.906
Sudeste	7.213
Sul	6.023
Centro-Oeste	1.572
Total	21.535

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

A avaliação da distribuição geográfica dos procedimentos de cirurgia bariátrica por videolaparoscopia no Brasil entre 2021 e 2025 revela desigualdades significativas na disponibilidade desse tipo de atendimento complexo. As cirurgias estão mais concentradas nas regiões Sudeste (7.213) e Sul (6.023), enquanto as regiões Norte (1.821) e Centro-Oeste (1.572) apresentam índices bem mais baixos.

Esse fenômeno reflete, em grande medida, a histórica concentração de instituições especializadas, hospitais maiores e profissionais qualificados nas áreas mais desenvolvidas do país. Estudos sobre a regionalização da assistência à saúde no Brasil indicam que intervenções de alta complexidade tendem a se localizar em zonas urbanas que contam com melhor infraestrutura hospitalar e tecnológica, contribuindo para desigualdades no acesso entre várias regiões. Além da infraestrutura, aspectos socioeconômicos e organizacionais do sistema de saúde afetam essa distribuição (Araújo *et al.*, 2024).

As regiões Sudeste e Sul do Brasil têm mais população, centros de referência e equipes preparadas para cirurgias bariátricas por videolaparoscopia (Leal *et al.*, 2025). Em contraste, as regiões Norte e Centro-Oeste enfrentam desafios como a falta de serviços especializados, longas distâncias entre municípios e menos hospitais equipados, limitando o acesso ao tratamento. O Nordeste, com 4.906 procedimentos, mostra progresso, mas ainda é inferior ao Sudeste e Sul, indicando problemas na distribuição de serviços complexos (Gonçalves *et al.*, 2023). A literatura destaca a importância de políticas públicas que promovam a descentralização da assistência, ampliem a rede hospitalar e fortaleçam a regionalização da saúde, visando reduzir desigualdades e melhorar o acesso a cirurgias para obesidade severa (Andrade; Cesse; Figueiró, 2023).

Diante do exposto, o caráter de atendimento das cirurgias bariátricas pelo SUS no Brasil é uma variável de importância, tendo em vista que mais de 90% dos casos foram advindos de forma eletiva.

Os dados revelam que a maioria significativa das intervenções de cirurgia bariátrica por videolaparoscopia realizadas no Brasil entre 2021 e 2025 foi feita em situação eletiva (20.281), enquanto uma quantidade menor foi considerada atendimento de emergência (1.254), cirurgias estas que primariamente foram eletivas, e após complicações, se tornaram de urgência. Este padrão é o que se espera, visto que a cirurgia bariátrica é normalmente programada após uma avaliação clínica detalhada, envolvendo um acompanhamento multidisciplinar, exames pré-operatórios e a preparação do paciente (Torres; Gaona; Isquierdo, 2025).

A literatura aponta que a natureza eletiva desses procedimentos possibilita um melhor controle das condições clínicas ligadas à obesidade, como diabetes tipo 2, hipertensão e apneia do sono, aumentando a segurança durante a cirurgia e obtendo resultados pós-operatórios mais satisfatórios. A baixa taxa de intervenções feitas em caráter urgente pode estar ligada ao fato de que complicações agudas da obesidade raramente requerem uma cirurgia bariátrica imediata. Quando surgem atendimentos de emergência, geralmente se relacionam a complicações posteriores a cirurgias bariátricas feitas anteriormente ou a condições clínicas que necessitam de intervenção cirúrgica imediata em indivíduos previamente obesos (Góis; Gurgel; Pereira, 2025).

Pesquisas indicam que a realização planejada do procedimento, com a escolha adequada dos pacientes e a preparação prévia, diminui consideravelmente os riscos durante e após a cirurgia, além de favorecer melhores resultados no controle da obesidade e suas comorbidades. Ademais, o destaque para procedimentos eletivos reflete a estrutura organizacional dos serviços de saúde e as políticas públicas direcionadas ao tratamento cirúrgico da obesidade, especialmente em hospitais de alta complexidade. No Sistema Único de Saúde, a cirurgia bariátrica é regida por critérios específicos de indicação e processos regulatórios que priorizam o acompanhamento ambulatorial e o agendamento prévio da cirurgia (Almeida *et al.*, 2023).

Assim, os resultados observados alinham-se com as diretrizes clínicas e a literatura especializada, que ressaltam a relevância do planejamento e da abordagem interdisciplinar como aspectos fundamentais para assegurar a segurança dos pacientes e a eficácia do tratamento cirúrgico da obesidade (Carvalho *et al.*, 2025).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resumo, a análise dos dados referentes aos procedimentos de cirurgia bariátrica por videolaparoscopia no Brasil entre 2021 e 2025 demonstra um aumento significativo no total de procedimentos realizados ao longo desse período, sugerindo uma expansão gradual na disponibilização desse tipo de procedimento complexo no país. No entanto, é importante notar a desigualdade regional, com uma maior quantidade de intervenções ocorrendo nas regiões Sudeste e Sul, enquanto as regiões Norte e Centro-Oeste apresentam um número inferior de atendimentos, o que reflete as discrepâncias na distribuição de serviços especializados. Ademais, o fato de que a maioria das cirurgias é realizada de forma eletiva reforça a natureza planejada desse tipo de tratamento, que requer uma análise pré-operatória cuidadosa e uma equipe multiprofissional de acompanhamento. Assim, os dados ressaltam os progressos feitos para ampliar o acesso ao tratamento cirúrgico da obesidade, ao passo que também evidenciam a urgência de aprimorar as políticas de regionalização e aumentar a capacidade assistencial para diminuir desigualdades e garantir um acesso mais justo aos procedimentos bariátricos no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L.N.; RIBEIRO, R.C.; OLIVEIRA, J.S.; RESENDE, P.P.; CELESTINO, H.O. Cirurgia Bariátrica: Técnicas e Resultados: Revisão das técnicas cirúrgicas no tratamento da obesidade e seus resultados a longo prazo. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 4, p. 2580-2594, 2023. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/530>. Acesso em: 12 de nov. 2025.

ANDRADE, R.S.; CESSE, E.A.P.; FIGUEIRÓ, A.C. Cirurgia bariátrica: complexidades e caminhos para a atenção da obesidade no SUS. **Saúde em Debate**, v. 47, n.1, p. 641-657, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/sdeb/2023.v47n138/641-657/>. Acesso em: 12 de nov. 2025.

ARAÚJO, C.C.S.; MARTINS, N.L.G.; FONSECA, C.P.; BIAVATTI, M.C.V.; RODRÍGUEZ, V.C.; LIMA, I.D.; MEDEIROS, G.C.; LIMA, L.F.; GUERRA NETO, F.S.; VIDEIRA, D.M.A.B.; MENEZES JÚNIOR, Y.F.; COSTA, R.S.L. Análise da realização da cirurgia bariátrica no estado do Acre pelo Sistema Único de Saúde. **REVISTA FOCO**, v. 17, n. 10, p. e6252-e6252, 2024. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/6252>. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 — Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>. Acesso em: 10 de nov. 2025.

CARVALHO, C.V.C.; SUPERTI, L.P.; PEREIRA, T.Z.M.; SOUSA, R.P.; RIBEIRO, L.M.N.; LIBERATO, B.T.G.; ROCHA, M.C.; SCUASSANTE, B.C.; NEGRINI JUNIOR, L.S.; CASTRO, J.V.A.; LEITE, P.R.S.; SOUSA JÚNIOR, F.R.P.; MEZADRI, B.; PERUZZO, G.A.; LIMA, J.A.M.; SILVA, T.G.B.; COELHO, D.G.C.; AGUIAR, T.M. Cirurgia bariátrica por videolaparoscopia: Panorama e desafios entre 2021 e 2024. **Journal of Medical and Biosciences Research**, v. 2, n. 2, p. 1-11, 2025. Disponível em: <https://www.journalmbr.com.br/index.php/jmbr/article/view/557>. Acesso em: 15 de set. 2025.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**. [s.d.]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/sobre-o-datasus/>. Acesso em: 25 de set. 2025.

FAGUNDES, A.M.; LOPES, R.B.; RIBEIRO, L.W.G.; SILVA, C.E.; MARTINS, V.G.F.B.; ROSÁRIO, C.C.; LOPES, J.R.; SOUZA, E.M.N.S.; CARDOSO, V.S.A.; LAW, L.G.M. Técnicas e complicações durante a cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 16, p. e387111637420-e387111637420, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37420>. Acesso em: 12 de nov. 2025.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: <http://biblioteca.isctem.ac.mz/bitstream/123456789/734/1/%5BAntonio-Carlos-Gil%5D-Como-elaborar-projetos-de-pes%28z-lib.org%29.pdf>. Acesso: 25 de set. 2025.

GÓIS, R.C.R.S.; GURGEL, S.P.; PEREIRA, M.S. Análise da morbimortalidade por complicações da cirurgia bariátrica no Brasil-uma revisão integrativa de literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 8, n. 19, p. e082496-e082496, 2025. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/download/2496/1964>. Acesso em: 10 de mar. 2026.

GONÇALVES, A.R.K.; SILVA, A.L.F.; FONTOURA, L.H.S.; LOPES, G.R.; VASCONCELOS, A.L.S.; BORGES, Y.O.O.C. Caracterização epidemiológica das cirurgias bariátricas, realizadas na região norte do Brasil, entre os anos de 2011 e 2021. **E-Acadêmica**, v. 4, n. 1, p. e1641419-e1641419, 2023. Disponível em: <https://eacademica.org/eacademica/article/view/419>. Acesso em: 15 de set. 2025.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Cidades e Estados**. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 25 de set. 2025.

LEAL, I.B.F.; LOPES, L.C.B.; BATISTA, J.I.L.; LEANDRO, A.D.A.; LUSTOSA, C.T.; SILVA, P.A.; CAVALCANTI, I.C.R.; NÓBREGA, R.M.; ARAÚJO, G.S.; SOUSA FILHO, P.V. Do corte à videolaparoscopia: uma década de transformações na cirurgia bariátrica pelo SUS. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v. 10, n. 1, p. 1-16, 2025. Disponível em: <https://remunom.ojsbr.com/multidisciplinar/article/view/4000>. Acesso em: 15 de set. 2025.

LINNER, J.H. Early history of bariatric surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 3, n. 5, p. 569-570, 2007. Disponível em: [https://www.soard.org/article/S1550-7289\(07\)00508-4/fulltext](https://www.soard.org/article/S1550-7289(07)00508-4/fulltext). Acesso em: 06 de out. 2025.

REICHENBACH, R.; SGARIONI, A.; GULLO, M.C.; GIOVANARDI, H.J.; MOURA, G.S. Análise comparativa clínica e econômica das primeiras cirurgias de bypass gástrico realizado por laparotomia e bypass gástrico realizado por videolaparoscopia em um serviço de cirurgia bariátrica e metabólica de uma cidade do sul do Brasil. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 50, n. 1, p. e20233513, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/HW8JsQ995CSyyZkgYZbXNKH/?lang=pt>. Acesso em: 15 de set. 2025.

TORRES, J.A.R.; GAONA, M.A.M.; IZQUIERDO, S.P.A. Complicações pós-operatórias em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: uma revisão sistemática. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 11, n. 10, p. 4505-4519, 2025. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/download/21774/13350>. Acesso em: 10 de mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO - **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42330/1/WHO_TRS_894.pdf. Acesso em: 06 de out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO - **Obesity and overweight**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 10 de nov. 2025.