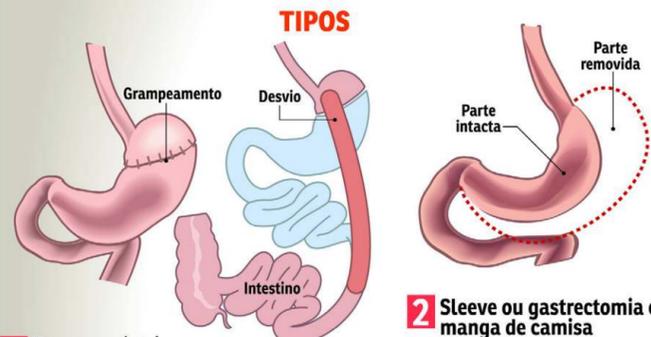


ALTA DEMANDA

No Brasil, a cirurgia bariátrica é realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desde que os critérios sejam atendidos. Dados do Ministério da Saúde mostram que, em 2024, o número de brasileiros com obesidade mórbida (IMC acima de 40 kg/m²) chegou a 1.161.831 milhão, ou 4,63% da população. Levantamentos da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, porém, apontam que menos de 1% dos pacientes com indicação conseguem ter acesso à cirurgia no país.



1 By-pass gástrico

Corresponde a 75% das cirurgias bariátricas no Brasil, com perda de 70% a 80% do excesso de peso corporal. No procedimento, parte do estômago é grampeada, reduzindo o espaço para o alimento. Ao mesmo tempo, a parte inicial do intestino é desviada, promovendo o aumento dos hormônios que dão saciedade. Além do emagrecimento, promove o controle de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão arterial.

2 Sleeve ou gastrectomia em manga de camisa

O procedimento, restritivo e metabólico, transforma o estômago em um tubo, com capacidade de 80ml a 100ml. A intervenção provoca perda de peso comparável à do by-pass gástrico. Tem boa eficácia sobre controle da hipertensão, além de doenças dos lipídios (colesterol e triglicérides). Vem crescendo e deve se tornar a mais comum no mundo.



Nas duas, usam-se anestesia geral e técnicas minimamente invasivas, como a videolaparoscopia, feita por meio de quatro a sete incisões de 0,5cm a 1,2cm para a passagem das cânulas e da câmera de vídeo

Valdo Virgo/CB/D.A Press

Alternativa de longo prazo

Drogas mudam o tratamento da obesidade, mas cirurgia ainda tem indicação, mostram duas reportagens do **Correio**. Na primeira, estudo diz que bariátrica mantém mais a perda de peso

» PALOMA OLIVETO

Na era das “canetas emagrecedoras”, uma velha arma do arsenal contra a obesidade — a cirurgia bariátrica — ainda é a aposta para pacientes com a forma grave da doença, caracterizada pelo índice de massa corporal (IMC) acima de 40 kg/m². Aqueles com o grau II (35kg/m² a 39,9 Kg/m² e comorbidades) também são beneficiados pelo procedimento que, segundo estudos recentes, promove uma perda de peso mais sustentada a longo prazo. Outras pesquisas sugerem que, para algumas pessoas, aliar a intervenção aos

medicamentos injetáveis é a solução mais adequada.

Segundo pesquisadores do NYU Langone Health, da Universidade de Nova York, em 24 meses, a cirurgia bariátrica resultou em um emagrecimento cerca de quatro vezes maior do que as injeções semanais das substâncias semaglutida ou tirzepatida. A equipe, liderada pela cirurgiã Avery Brown, apresentou um estudo na reunião científica da Sociedade Norte-Americana de Cirurgia Metabólica e Bariátrica (ASMBS) mostrando que, em dois anos, os pacientes submetidos à gastrectomia vertical ou ao bypass gástrico (veja infografia) perderam 24% do peso inicial, comparado a

7% eliminados por pessoas que fizeram uso contínuo dos medicamentos agonistas de GLP-1.

Revolução

Considerados uma revolução no tratamento da obesidade e eleitos o destaque científico de 2023 pela revista *Science*, os agonistas do hormônio GLP-1 estimulam a produção de insulina e a captação de glicose. No cérebro, promovem a sensação de saciedade e, no trato gastrointestinal, reduzem a velocidade com que o conteúdo do estômago é esvaziado. Formulada originalmente para pacientes de diabetes tipo 2, a canetinha também tem

mostrado resultados animadores no combate a comorbidades associadas ao excesso de peso, como doenças cardiovasculares.

Avery Brown projetou o estudo para avaliar se, no mundo real, sem a interferência de um ensaio clínico, a perda de peso a longo prazo seria semelhante entre pacientes que usaram os medicamentos GLP-1 e aqueles submetidos à cirurgia bariátrica. A equipe se baseou em dados de 122.595 adultos sob o regime da semaglutida ou da tirzepatida e de 18.136 pessoas que fizeram a intervenção. Depois dos ajustes metodológicos, os resultados mostraram que, em dois anos, a média de emagrecimento foi de 14,9kg a 25,7kg (cirurgia e

5,3kg a 10,5kg (remédios).

“Ensaio clínico mostra perda de peso entre 15% e 21% para GLP-1, mas nosso estudo sugere que a perda de peso no mundo real é consideravelmente menor. Sabemos que até 70% dos pacientes podem interromper o tratamento em um ano”, disse Brown, na apresentação do estudo. O trabalho, porém, ainda não foi publicado na íntegra em revistas científicas revisadas por pares. Dois artigos recentes sobre a eficácia do GLP-1 fora do ambiente de pesquisa demonstraram emagrecimento de 10% a 15% entre seis meses a um ano, além de melhoras significativas no controle glicêmico, em comparação ao início do tratamento.

Arquivo pessoal



população com indicação de cirurgia e que acaba sendo operada. Provavelmente, se considerarmos a população do SUS, essa porcentagem deve ser ainda menor. São muitos fatores que impedem o acesso. O principal é que a grande maioria

dos pacientes sequer recebe o encaminhamento ao especialista para avaliação do quadro de obesidade. Os que conseguem chegar ao especialista começam uma nova jornada, que é conseguir realizar a cirurgia propriamente dita, pois as filas podem chegar a vários anos. A carência de serviços especializados é um dos principais fatores. Além das questões sistêmicas, uma parcela dos pacientes tem medo de realizar a cirurgia ou são mal orientados sobre o procedimento e acabam não fazendo. (PO)

Duas perguntas para

CARLOS SCHIAVON, CIRURGIÃO BARIÁTRICO E PRESIDENTE DA ONG OBESIDADE BRASIL

Dependendo do paciente, ele pode se beneficiar mais da cirurgia bariátrica do que dos medicamentos, e vice-versa?

Com certeza, cada vez mais tendemos a individualizar o tratamento para cada perfil de paciente. As indicações para os dois tratamentos são diferentes, mas uma parcela de pacientes pode receber ambos. As medicações para obesidade são indicadas em pacientes com IMC acima de 25kg/m²,

quando tem complicações, como diabetes, hipertensão, apneia do sono e outras, ou acima de 30kg/m², independentemente de complicações. As indicações para cirurgia bariátrica e metabólica começam com IMC a partir de 30kg/m². Acredito que cada vez mais a cirurgia será indicada em pacientes mais graves, com IMCs muito altos ou com muitas complicações da obesidade. Pacientes que por algum motivo não conseguem tomar

as medicações, também serão candidatos à cirurgia.

Dados levantados pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica mostram que, no Brasil, apenas 1% dos pacientes com indicação a cirurgia consegue ter acesso pelo Sistema Único de Saúde. Quais os principais desafios enfrentados por essas pessoas?

Esse 1% se refere a toda

Pesquisador aposta em novo paradigma

Para o especialista em cirurgia digestiva Igor Castor, da SlimPass, o conjunto de estudos que avaliam a eficácia dos medicamentos baseados no hormônio GLP-1 indica que, para alguns pacientes com indicação de cirurgia bariátrica, o uso contínuo do remédio em um cenário de acompanhamento multidisciplinar é preferencial. “Vale destacar que a cirurgia bariátrica é uma excelente opção, mas, se existe um tratamento clínico eficaz para a doença, a conduta médica é sempre postergar ao máximo a cirurgia”, defende.

Já o cirurgião João Afonso Sallet, titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica,

defende que, quando há indicação médica para o procedimento, a bariátrica é preferível. “Esses pacientes serão mais bem tratados pela cirurgia em termos de eficácia no controle de peso e melhora de doenças associadas, além da manutenção da remissão, comparado aos que fazem uso contínuo dos medicamentos”, acredita. “Além de mudar a anatomia do aparelho digestivo, induzindo a saciedade precoce, a cirurgia promove a liberação de hormônios intestinais, como o próprio GLP-1, e outras 30 substâncias, que atuam de maneira perene no controle do peso, da saciedade e da glicemia”, diz.

Para Sallet, os medicamentos são uma boa alternativa para

quem está acima do peso, mas não se enquadra na indicação cirúrgica. “Os derivados do GLP-1, do GIP e da oxintomodulina têm mostrado resultados ótimos para o controle de peso e doenças associadas. Porém, quando o medicamento é interrompido, o normal é voltar à evolução natural da obesidade”, diz.

Reganho

O risco de reganho de peso também existe para pessoas que fizeram a cirurgia e, nesses casos, a combinação com os medicamentos pode ser bem-sucedida. “Os estudos mostram que a cirurgia

promove maior perda de peso a longo prazo. Mas é importante lembrar que muitos pacientes, anos após a bariátrica, acabam precisando retomar o tratamento medicamentoso com as canetas para manter o peso e a saúde estáveis”, destaca a médica endocrinologista Wanessa Stival, da Clínica Hewa.

Um estudo divulgado na semana passada por pesquisadores da Escola de Saúde Pública Johns Hopkins Bloomberg, nos Estados Unidos, constatou que uma proporção crescente de pacientes submetidos à bariátrica faz uso dos medicamentos agonistas do GLP-1. O artigo, publicado na revista *Jama*, revelou que,

em períodos de acompanhamento de dois a 10 anos, 14% das 15.749 pessoas incluídas na amostra começaram a usar esses remédios. Cerca de 21% delas aderiu às canetas em até dois anos após a cirurgia, e 53% em até quatro anos. “Acreditamos que, no futuro, o tratamento da obesidade seguirá esse paradigma para alguns pacientes”, diz o principal autor, Hemalkumar Mehta. “As pessoas não recorrerão apenas à cirurgia ou aos GLP-1s — muitas vezes, usarão ambos.” (PO)

» **Leia amanhã: especialistas discutem os aspectos psicológicos da perda excessiva de peso**

QUEM PODE FAZER **

- Pacientes com Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 40, tendo ou não comorbidades;
- Pacientes com IMC acima de 35 e inferior a 40 com doenças associadas;
- Adolescentes a partir dos 14 anos com obesidade grave (IMC maior que 40) associada a complicações clínicas;
- Pacientes com IMC entre 30 e 35 desde que tenham diabetes tipo 2, doença cardiovascular grave com lesão em órgão alvo, doença renal crônica precoce em decorrência do diabetes tipo 2, apneia do sono grave, doença gordurosa hepática não alcoólica com fibrose, afecções com indicação de transplante, refluxo gastroesofágico com indicação cirúrgica ou osteoartrite grave;
- Pacientes com diabetes tipo 2;
- Adolescentes entre 16 a 18 anos, enquadrados nos critérios estabelecidos para os adultos;
- Pessoas acima de 70 anos, enquadrados nos critérios estabelecidos para os demais adultos.

** Atualizado segundo a nova norma do CFM nº 2.429/25, publicada em maio de 2025.

NÚMEROS

■ Entre 2020 e 2024, o Brasil realizou 291.731 mil cirurgias bariátricas, sendo 260.380 por meio de planos de saúde e 31.351 procedimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

■ Em 2025, de janeiro a junho, o SUS realizou 6.393 cirurgias bariátricas no Brasil. Os procedimentos ambulatoriais e hospitalares cobertos por planos de saúde foram 13.964, entre janeiro e maio.

RISCOS ASSOCIADOS

■ Como todos os procedimentos cirúrgicos de grande porte, apresenta um risco aumentado de infecção, especialmente devido à natureza das operações envolvidas. Além disso, há complicações inerentes à complexidade dos procedimentos, às comorbidades do paciente e ao estado geral de saúde.

■ Segundo a Sociedade Norte-Americana de Cirurgia Metabólica e Bariátrica, os riscos da obesidade severa superam os do procedimento para muitos pacientes. O risco de morte é estimado em 0,1%, e o de complicações graves de 4%.

COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS

- Ruptura
- Síndrome de dumping (esvaziamento gástrico rápido)
- Cálculos biliares (risco aumenta com perda de peso rápida ou substancial)
- Hérnia
- Sangramento
- Vazamento
- Perfuração do estômago ou intestinos
- Obstrução intestinal
- Desnutrição proteica ou calórica
- Problemas pulmonares e/ou cardíacos
- Deficiência de vitaminas ou ferro

Fontes: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica; Sociedade Norte-Americana de Cirurgia Bariátrica e Metabólica; Institutos Nacionais de Saúde dos EUA