

Cirurgias bariátricas realizadas no Brasil, 2011-2019

Bariatric surgeries performed in Brazil, 2011-2019

Cirugías bariátricas realizadas en Brasil, 2011-2019

Lincoln Agudo Oliveira Benito¹, Rosana da Cruz Lima², Margô Gomes de Oliveira Karnikowski³, Izabel Cristina Rodrigues da Silva⁴

Como citar: Benito LAO, Lima R da C, Karnikowski MGO, Silva ICR. Cirurgias bariátricas realizadas no Brasil, 2011-2019. REVISA. 2021; 10(1): 181-94. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p181a194>

REVISA

1. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias e Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8624-0176>

2. Hospital das Plásticas de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-2881-1193>

3. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias e Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-5662-2058>

4. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias e Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-6836-3583>

Recebido: 18/10/2020

Aprovado: 28/12/2020

RESUMO

Objetivo: Analisar a frequência de implementação de cirurgias bariátricas (CB) realizadas no "Brasil" entre os anos de "2011 a 2019", ou seja, nove (09) anos. **Método:** Estudo exploratório, descritivo e de abordagem quantitativa. Os dados foram extraídos junto a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). Foi implementada análise estatística do tipo descritiva. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas explicativas e de gráficos. **Resultados:** Foi identificado o universo de 493.212 CB realizadas, com média e desvio padrão de (54.801±11.300,2). O ano de 2019 registrou a maior preponderância com 13,9% (n=68.530) e 2011 registrou a menor preponderância com 7% (n=34.629). Foram identificadas 79,9% (n=394.101) CB financiadas pelos Planos de Saúde, 15,3% (n=75.624) pelo SUS e 4,8% (n=23.487) por instituições particulares. **Considerações finais:** Foi verificado aumento na frequência de registros de CB realizadas no recorte geográfico e histórico analisados.

Descritores: Obesidade; Obesidade mórbida; Cirurgia bariátrica.

ABSTRACT

Objective: To analyze the frequency of implementation of bariatric surgery (CB) performed in "Brazil" between the years "2011 to 2019", that is, nine (09) years. **Method:** Exploratory, descriptive study with a quantitative approach. The data were extracted from the Brazilian Society of Bariatric and Metabolic Surgery (SBCBM). Descriptive statistical analysis was implemented. The results were presented using explanatory tables and graphs. **Results:** The universe of 493.212 CB performed was identified, with a mean and standard deviation of (54,801±11,300.2). The year 2019 registered the highest preponderance with 13.9% (n=68.530) and 2011 registered the lowest preponderance with 7% (n=34.629). 79.9% (n=394.101) CB were financed by Health Plans, 15.3% (n=75.624) by SUS and 4.8% (n=23.487) by private institutions. **Final considerations:** There was an increase in the frequency of CB records made in the analyzed geographical and historical section.

Descriptors: Obesity; Morbid obesity; Bariatric surgery.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la frecuencia de implementación de la cirugía bariátrica (CB) realizada en "Brasil" entre los años "2011 a 2019", es decir, nueve (09) años. **Método:** Estudio exploratorio, descriptivo con enfoque cuantitativo. Los datos fueron extraídos de la Sociedad Brasileña de Cirugía Bariátrica y Metabólica (SBCBM). Se implementó un análisis estadístico descriptivo. Los resultados se presentaron mediante tablas explicativas y gráficos. **Resultados:** Se identificó el universo de 493,212 CB realizados, con una media y desviación estándar de (54,801±11,300.2). El año 2019 registró la mayor preponderancia con 13,9% (n=68.530) y 2011 registró la menor preponderancia con 7% (n=34.629). 79,9% (n=394,101) CB fueron financiados por Planes de Salud, 15,3% (n=75,624) por SUS y 4,8% (n=23,487) por instituciones privadas. **Consideraciones finales:** Hubo un aumento en la frecuencia de registros de CB realizados en el tramo geográfico e histórico analizado.

Descriptores: obesidad; Obesidad morbida; Cirugía bariátrica.

ORIGINAL

Introdução

A obesidade é entendida enquanto uma doença crônica, caracterizada pelo elevado quantitativo de peso corporal, proveniente do acúmulo de tecido adiposo, ou seja, gordura, relacionada ao índice de massa corporal (IMC) igual ou superior de 30.¹ Sua causa é considerada por vários pesquisadores enquanto multifatorial, dependendo da interação de vários fatores, como por exemplo, comportamentais, culturais, genéticos, metabólicos e ainda sociais, sendo que a sua prevalência cresceu muito acentuadamente nas últimas décadas, principalmente nos países em processo de desenvolvimento.¹⁻³

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), desde o ano de 1975, o problema da obesidade quase triplicou em todo o mundo e em 2016, aproximadamente 1,9 bilhão de adultos se encontravam na faixa etária de 18 anos ou mais, poderiam ser classificadas, por se encontrar em sobrepeso e mais de 650 milhões de pessoas, obesas.^{2,3} Nesse contexto, a grande maioria da população mundial vive em nações onde, a questão do excesso de peso e da obesidade mórbida, são responsáveis por ceifar mais vidas de pessoas do que o fenômeno de reduzido peso corporal.³

Ainda no ano de 2016, aproximadamente 39% das pessoas adultas que se encontravam com 18 anos ou mais, se encontravam em sobrepeso e também, 13% poderiam ser classificadas enquanto obesas.^{2,3} A complexidade desta enfermidade é tamanha que, vários problemas de saúde estão a ela relacionados como por exemplo, o IMC elevado, enquanto importante fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), doenças cardiovasculares, principalmente doenças cardíacas e também infarto agudo do miocárdio (IAM), que se constituíram enquanto a principal causa de óbito no ano de 2012.³⁻⁴

Outras enfermidades também são relacionadas com a obesidade como a hipertensão arterial (HA), o diabetes mellitus (DM), a síndrome metabólica (SM), a síndrome da apnéia obstrutiva do sono (SAOS), a resistência ao hormônio insulina, os distúrbios musculoesqueléticos, especialmente a osteoartrite, algumas neoplasias como a de cólon, de endométrio, de fígado, de mama, dos ovários, de próstata, dos rins, na vesícula biliar, além de redução da qualidade de vida (QV).²⁻⁵ A complexidade da obesidade é tamanha que, a mesma é descrita na literatura científica, sendo verificado que as pessoas possuidoras da mesma, estão mais predispostas ou ainda, no grupo de risco para a aquisição do COVID-19.⁶⁻⁸

No mês de maio de 2020, a América Latina (AL) foi classificada enquanto o epicentro da pandemia de COVID-19, sendo a mesma entendida enquanto uma região afetada por várias disparidades e diferenças sociais, como por exemplo, a nutrição inadequada das pessoas, o acesso precário aos vários mecanismos e serviços de saúde, e também, por conta da elevada prevalência de DCNT.⁹ Desta forma, a questão da obesidade e suas comorbidades relacionadas, são cada vez mais prevalentes na AL, e nesse sentido, com a ampliação mais acelerada em pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade social, com renda financeira reduzida, dentre outras debilidades, permitiram com que a referida enfermidade, mais facilmente estivesse associada ao aumento da gravidade da COVID-19, além do surgimento de complicações diretas e indiretas e de óbito.⁹

Enquanto forma de combate e controle da obesidade e da obesidade mórbida, a cirurgia bariátrica (CB) surge enquanto forma estratégia e técnica auxiliadora, nas pessoas portadoras dessa enfermidade e de suas várias

comorbidades descritas fortemente, nacionalmente e internacionalmente.^{10,11} Já para outros pesquisadores, este procedimento cirúrgico operatório através de suas técnicas restritivas, disabsortivas e das mistas, atualmente, se constitui enquanto o único tratamento que leva à redução da massa corporal sustentada e prolongada, além da redução da morbimortalidade, melhoria da auto estima e da QV.¹⁰⁻¹³

Enquanto forma de combate e controle do sobrepeso e a obesidade em todas as suas manifestações, o Ministério da Saúde (MS) no Brasil, instituiu pela Portaria de número 2.246/2004, orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde (ABS) do Sistema Único de Saúde (SUS), em todo o território nacional.¹⁴ Já pela Portaria 424/2013, o MS redefiniu as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade, como linha de cuidados prioritários da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.¹⁵

Pela Portaria 425/2013 o MS estabeleceu o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduos com Obesidade.¹⁶ Já pela portaria de número 482/2017 o MS incluiu a CB por Videolaparoscopia na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS e, pela Portaria de número 3.411/2019, é aprovada a Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade, habilitando estabelecimentos de saúde como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduos com Obesidade, nos estados do Amazonas (AM), Distrito Federal (DF), Minas Gerais (MG), Piauí (PI), Paraná (PR) e Sergipe (SE).¹⁷⁻¹⁸

Nesse sentido, se constituiu enquanto objetivo da presente pesquisa, analisar a frequência de realização de CB realizadas no recorte geográfico formada pelo “Brasil”, no recorte histórico formado pelos anos de “2011 a 2019”, ou seja, nove (09) anos.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de abordagem quantitativa. Os dados foram extraídos sistematicamente junto ao portal eletrônico da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), junto ao endereço eletrônico [<https://www.sbcm.org.br/>]. Foram realizados levantamentos bibliográficos eletrônicos, junto as bases dados informatizadas nacionais e internacionais, sendo as mesmas a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), o Google Acadêmico (Google Scholar), o Saber-USP, a Minerva-UFRJ, o Repositório Institucional-CEUB (RI-CEUB), o Repositório Institucional da UnB (RI-UnB) e o Teses-FIOCRUZ, adquirindo desta forma, artigos de periódicos científicos, produções acadêmicas (trabalhos de conclusão de curso – TCC, tese de doutorado), documentos oficiais, portarias do MS e legislação correlata.

Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da BVS, sendo os mesmos “Obesidade” com o identificador DeCS “9951” e o ID do descritor “D009765”, “Manejo da obesidade” com o identificador DeCS “57174” e o ID do descritor “D000073319”, “Obesidade mórbida” com o identificador DeCS “19272” e ID do descritor “D009767”, “Cirurgia bariátrica” com o identificador DeCS “51221” e ID do descritor “D050110”, “Gastroplastia” com o identificador DeCS “23642” e o ID do descritor “D015391”, “Derivação gástrica” com o identificador DeCS “23640” e o ID do descritor “D015390”, “Derivação jejunoileal” com o identificador DeCS “24255” e o ID do descritor “D007581”,

“Lipectomia” com o identificador DeCS “23742” e o ID do descritor “D015187”.

Para o processo de associação e conjugação dos descritores selecionados, foram utilizados os operadores lógicos booleanos de pesquisa “and”, “or” e “not”, conforme metodologia proposta pela EBSCO Connect, disponível no endereço do portal eletrônico: https://connect.ebsco.com/s/article/Pesquisa-com-Operadores-Booleanos?language=en_US

Os dados adquiridos junto a SBCBM forma organizados junto ao software Microsoft Excel 2016®, pertencente ao pacote Office 2016® for Windows®, sendo desta forma, possível ser implementada análise estatística do tipo descritiva, sendo realizados os cálculos percentuais (%), média (M_e) e desvio padrão (σ). Os resultados foram apresentados por meio de duas (02) tabelas explicativas e de três (03) figuras. Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesses.

Resultados

No processo de organização e análise dos dados, foi identificado o universo de 493.212 procedimentos cirúrgicos operatórios bariátricos realizados no Brasil, pelos planos de saúde, pelo SUS e ainda particulares, entre os anos de 2011 a 2019, conforme exposto na tabela 1. O ano de 2011 registrou a menor preponderância do recorte histórico e geográfico analisado contabilizando 7% ($n=34.629$) e 2019 registrou a maior preponderância com 13,9% ($n=68.530$).

Tabela 1 – Distribuição do universo de CB registradas por ano, percentual, valor mínimo, valor máximo, média e desvio padrão, no Brasil, 2011-2019 ($n=493.212$): *, **, ***, ****, *****

Ano	f	%	Valor mínimo	Valor máximo	M_e	DP
2019	68.530	13,9				
2018	63.969	13				
2017	61.283	12,4				
2016	62.227	12,6				
2015	58.686	11,9	34.629	68.530	54.801	11.300,2
2014	53.156	10,8				
2013	50.321	10,2				
2012	40.411	8,2				
2011	34.629	7				
Total	493.212	100				

Fonte: Adaptado do MS e da SBCBM, 2021.

* Os dados apresentados são fiéis as instituições disponibilizadoras.

** A CB se constitui enquanto um procedimento operatório que na atualidade vem sendo desenvolvido em grande frequência por conta de vários fatores e, desta forma, pode ocorrer variação(ões), atualização(ões) e ampliação(ões) em seus valores expostos na presente pesquisa.

*** f = frequência.

**** % = percentual.

***** M_e = média.

***** DP = desvio padrão.

No recorte geográfico e histórico analisados, foi verificado ainda média e desvio padrão de ($54.801 \pm 11.300,2$). Já na tabela 2, se encontra exposta a distribuição das CB registradas pelos planos de saúde, pelo SUS e particulares por ano, no Brasil nos anos de 2011 a 2019.

Tabela 2 – Distribuição das CB registradas pelos planos de saúde, pelo Sistema Único de Saúde e P=particulares por ano, no Brasil, 2011-2019 (n=493.212):*,**,***

Ano	Planos de Saúde	%	SUS	%	Particulares	%	Total	%
2019	52.699	13,4	12.568	16,6	3.263	13,9	68.530	13,9
2018	49.521	12,6	11.402	15,1	3.046	13	63.969	13
2017	48.299	12,3	10.064	13,3	2.920	12,4	61.283	12,4
2016	50.443	12,8	8.821	11,7	2.963	12,6	62.227	12,6
2015	48.350	12,3	7.541	10	2.795	11,9	58.686	11,9
2014	43.600	11,1	7.025	9,3	2.531	10,8	53.156	10,8
2013	41.123	10,4	6.802	9	2.396	10,2	50.321	10,2
2012	32.456	8,2	6.031	8	1.924	8,2	40.411	8,2
2011	27.610	7	5.370	7,1	1.649	7	34.629	7
Total	394.101	100	75.624	100	23.487	100	493.212	100

Fonte: Adaptado do MS e da SBCBM, 2021.

* Os dados apresentados são fiéis as instituições disponibilizadoras.

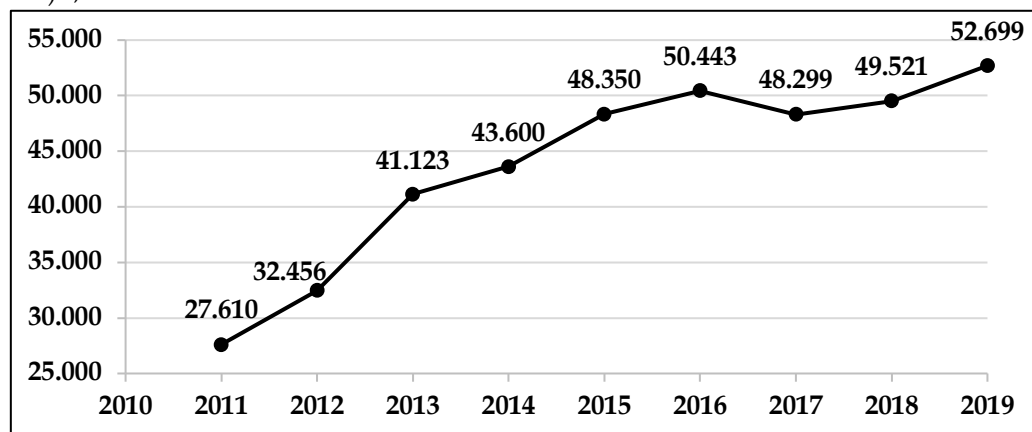
** A CB se constitui enquanto um procedimento operatório que na atualidade vem sendo desenvolvido em grande frequência por conta de vários fatores e, desta forma, pode ocorrer variação(ões), atualização(ões) e ampliação(ões) em seus valores expostos na presente pesquisa.

*** SUS = Sistema Único de Saúde.

No processo de organização e análise dos dados, foi possível ainda identificar que nas CB identificadas, 79,9% (n=394.101) foram implementadas pelos Planos de Saúde, 15,3% (n=75.624) pelo SUS e 4,8% (n=23.487) de forma particular. Na figura 1, é exposta a distribuição das CB registradas pelos planos de saúde, por ano, no recorte geográfico e histórico instituídos na presente pesquisa, sendo identificada ascensão crescente. O ano de 2019 registrou a maior preponderância com 13,4% (n=52.699) e o ano de 2011 a menor com 7% (n=27.610).

Figura 1 - Distribuição das CB registradas pelos planos de saúde, por ano, no Brasil, 2011-2019 (n=394.101):*, **

Fonte:



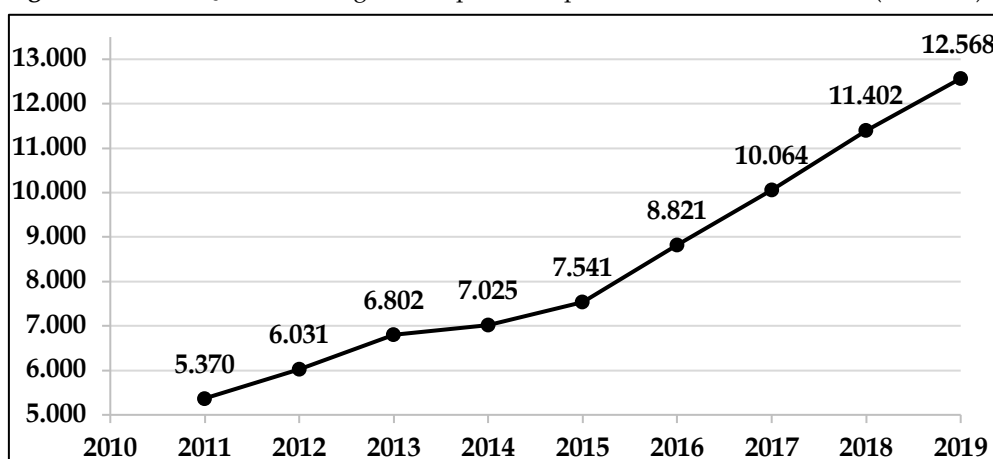
Adaptado do MS e da SBCBM, 2021.

* Os dados apresentados são fiéis as instituições disponibilizadoras.

** A CB se constitui enquanto um procedimento operatório que na atualidade vem sendo desenvolvido em grande frequência por conta de vários fatores e, desta forma, pode ocorrer variação(ões), atualização(ões) e ampliação(ões) em seus valores expostos na presente pesquisa.

Na figura 2 é exposta a distribuição das CB registradas pelo SUS, por ano, no recorte histórico e geográfico instituídos na presente produção, sendo identificada ascensão crescente. O ano de 2019 registrou a maior preponderância dentre os analisados, registrando 16,6% (n=12.568) e o ano de 2011 a menor preponderância com 7,1% (n=5.370), respectivamente.

Figura 2 - Distribuição das CB registradas pelo SUS, por ano, no Brasil, 2011-2019 (n=75.624):*, **



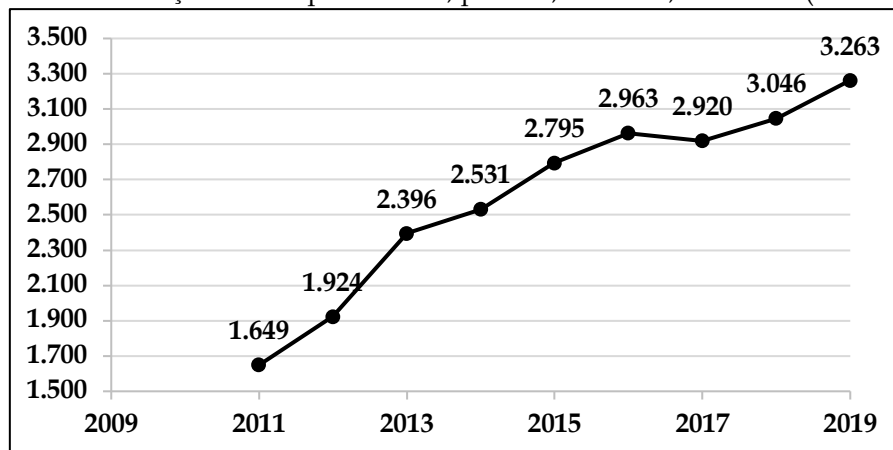
Fonte: Adaptado do MS e da SBCBM, 2021.

* Os dados apresentados são fiéis as instituições disponibilizadoras.

** A CB se constitui enquanto um procedimento operatório que na atualidade vem sendo desenvolvido em grande frequência por conta de vários fatores e, desta forma, pode ocorrer variação(ões), atualização(ões) e ampliação(ões) em seus valores expostos na presente pesquisa.

Na figura 3, é exposta a distribuição das CB financiadas de forma particular por ano, no recorte histórico e geográfico instituídos, sendo possível verificar que o ano de 2019 foi aquele que registrou a maior preponderância desse procedimento cirúrgico operatório com 13,9% (n=3.263) e o ano de 2011 a menor com 7% (n=1.649).

Figura 3 - Distribuição das CB particulares, por ano, no Brasil, 2011-2019 (n=23.487):*, **



Fonte: Adaptado do MS e da SBCBM, 2021.

* Os dados apresentados são fiéis as instituições disponibilizadoras.

** A CB se constitui enquanto um procedimento operatório que na atualidade vem sendo desenvolvido em grande frequência por conta de vários fatores e, desta forma, pode ocorrer variação(ões), atualização(ões) e ampliação(ões) em seus valores expostos na presente pesquisa.

Discussão

A questão do aumento na realização de CB pode ser entendida por conta de vários fenômenos, como por exemplo, a ampliação no quantitativo de pessoas que se encontram em sobrepeso, obesidade ou obesidade mórbida, em todo o mundo, sendo classificado esse fenômeno como uma verdadeira pandemia, identificada em todas as faixas etárias.^{1-5,20-21,24} Dentre as várias políticas adotadas internacionalmente, para combate e controle a obesidade e a obesidade mórbida, bem como, para o combate de seus impactos, pode ser citada a “Estratégia Global

para Alimentação, Atividade Física e Saúde” da OMS.²⁰

Essa importante estratégia internacional, foi adotada pela Assembleia Mundial da Saúde (MAS) no ano de 2004, que propunha em seu corpo, medidas para o apoio de dietas e a regularidade na realização de atividades físicas.²⁰ Outra ação digna de nota, foi a criação pela OMS do “Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis 2013-2020”, visando respeitar integralmente os compromissos do que ficou conhecido enquanto Declaração Política das Nações Unidas sobre Doenças Não Transmissíveis.^{2-3,20}

Em relação ao quantitativo de CBs realizadas internacionalmente, os Estados Unidos (EUA) se encontram em primeiro lugar e o Brasil, é considerado o segundo país do mundo, sendo que as mulheres representam aproximadamente 76% dos seus pacientes, segundo dados disponibilizados pela SBCBM e da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHF).²²⁻²³ Para melhor entendimento das diferentes formas de organização e financiamento deste procedimento operatório no Brasil, é importante lembrar alguns dispositivos legislativos instituídos nacionalmente, como por exemplo, a Lei de número 8.080/90, relacionada às condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e funcionamento dos serviços correspondentes.²⁵

Nessa importante lei, é exposto em seu artigo 1º que, a mesma regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.²⁵ A importância da Lei 8.080/90 é tamanha que, nela é defendido em seu artigo 2º que, a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e, em seu § 1º, é sustentado que é dever do Estado garantir a saúde, pois o mesmo consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.²⁵

Outro importante documento relacionado a questão da saúde no Brasil, é a Lei de número 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.²⁶ Nessa importante Lei, é exposto que, o SUS, de que trata a Lei nº 8.080/90, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as instâncias colegiadas, sendo elas a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.²⁶

Já pela Lei Complementar (LC) de número 141/2012, são apresentados os principais percentuais de investimento financeiro em relação aos respectivos municípios, estados e União no que se refere ao SUS, sendo os mesmos definidos, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional de número 29.^{27,28} Desta forma e, por esta importante Lei, os municípios e o Distrito Federal (DF) devem realizar anualmente aplicação de no mínimo, 15% de sua arrecadação em relação aos impostos em ações e serviços públicos de saúde e, cabendo aos estados aproximadamente 12%.²⁷⁻²⁸

Nesse contexto, é importante apresentar o que se encontra defendido junto a “Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde”, sendo exposta duas de suas diretrizes, na primeira que, toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção,

tratamento e recuperação da saúde e ainda, na segunda, que toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde.²⁹ A questão do aumento da realização de CB também encontra relação com o aumento de pessoas que se encontram em obesidade ou obesidade mórbida, conforme defendido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).³⁰

Em sua Pesquisa Nacional de Saúde realizada no ano de 2019 (PNS 2019), realizada em parceria com o MS, é defendido que há aproximadamente dezessete (17) anos, quatro em cada dez brasileiros apresentavam excesso de peso e, na última informação obtida e, na atualidade, são aproximadamente seis em cada dez brasileiros nessa condição.³⁰ Nesse contexto interpretativo e segundo as informações contidas nessa importante pesquisa, aproximadamente 96 milhões de brasileiros se encontram acima do peso e, o resultado obtido pela realização do cálculo do IMC, aponta que as mesmas, se encontram na faixa classificada enquanto sobrepeso ou de obesidade.³⁰

A complexidade deste problema de saúde pública está também relacionada com a porcentagem total de pessoas com obesidade, conforme apresentado nessa importante produção do IBGE, quando é exposto que a mesma, mais que dobrou nesse período, onde anteriormente registrava aproximadamente 12,2%, se ampliando para 26,8%.^{30,31} Um outro fenômeno que possivelmente vem contribuir para o aumento na frequência de realização de CB, é o processo de judicialização da saúde, enquanto forma de garantia do princípio fundamental que é o direito de defesa e de salvaguarda da vida.³²

Nesse sentido, vários pesquisadores se posicionam em suas produções acadêmicas em relação a esta questão, defendendo que na atualidade, vários são os processos jurídicos ajuizados por pessoas obesas e obesas mórbidas para realização deste procedimento cirúrgico operatório e também, de cirurgia plásticas revisionais pós – cirurgias bariátricas (pós-CB).^{32,33} Outra questão que vem contribuir com o aumento na realização de CB no Brasil, são os esforços desenvolvidos pelo órgão máximo da saúde nacional, ou seja, o MS no combate e controle da obesidade e obesidade mórbida, por meio de suas políticas, estratégias e metodologias de ação.³⁴

Nesse contexto, pode ser citada a Portaria de número 5, de 31 de janeiro de 2017, que torna pública a decisão de incorporar o procedimento de CB por videolaparoscopia no âmbito do SUS.³⁴ Já pela Portaria de número 482, datada de 6 de março de 2017, é incluído o procedimento CB por Videolaparoscopia na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.³⁵

O Conselho Federal de Medicina (CFM) por meio da Resolução de número 1.766/05, estabeleceu normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e a equipe de atuação.³⁶ Esse importante documento sofreu alterações por meio da resolução do CFM de número 1.942/2010, que estabeleceu normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e a sua equipe.³⁶⁻³⁷

Outra questão que pode ter contribuído com o aumento na frequência de realização de CB foi a incorporação junto a esta técnica da videolaparoscopia, sendo que ela, vem sendo utilizada desde o ano de 1994, com a técnica do tipo mista de derivação gástrica em Y de Roux.³⁸⁻⁴⁰ Essa técnica operatória para redução e controle da obesidade, conjugada com a de videolaparoscopia reduz a possibilidade de desenvolvimento de complicações, quando comparada com a

técnica convencional, além de ser menos invasiva.³⁸⁻⁴⁰

Para alguns pesquisadores, apenas os procedimentos cirúrgicos nomeados de banda gástrica ajustável (BGA), as derivações biliopancreáticas (DBP) e a gastroplastia com derivação gastrojejunal em "Y de Roux" (DGJYR) são na atualidade, amplamente realizadas em todo o mundo.³⁹⁻⁴¹ Nesse contexto interpretativo, apesar destas técnicas terem sido desenvolvidas em meados da década de 60, foi apenas no final dos anos de 90 que foi suscitado um maior interesse nas mesmas e, desta forma, parte do referido interesse se deve por conta do desenvolvimento do acesso destes procedimentos operatórios, utilizando a técnica videolaparoscópica.³⁸⁻⁴¹

Para outros pesquisadores, o elevado interesse pela realização da CB laparoscópica se representa por conta da mesma se constituir enquanto minimamente invasiva, além da grande aderência dos profissionais cirurgiões em utilizá-la em seus procedimentos operatórios, pois, apesar de sua complexidade, ela possui vários pontos positivos a seu favor.⁴⁰⁻⁴²

Tecnicamente, os fatores benéficos das cirurgias laparoscópicas são por exemplo, a ausência de incisão de tamanho elevado, além do uso de CO² e o grau de lesão tecidual reduzido.^{42,43,44} Já para outros pesquisadores, as cirurgias realizadas por videolaparoscopia apresentam vantagens como a deambulação mais precoce do paciente, além da disponibilização de sua alta mais rapidamente, permitindo desta forma a antecipação do retorno à suas atividades habituais, menor comprometimento durante o pós-operatório da função respiratória, o que preserva toda a atividade do músculo diafragmático, além da reduzida formação de aderências, e também, dor(es) de menor intensidade.^{44,45,46}

Outro fator que pode ter contribuído para o aumento na realização da CB no Brasil, foi a contemplação de realização desse procedimento em pessoas que se encontram na faixa etária de 16 e 18 anos, mediante realização de avaliação específica e de pessoas que se acima de 60 anos, após a realização de avaliação do risco-benefício, sendo que estes critérios foram propostos por meio da portaria GM/MS de número 425/2013.¹⁶ Conforme alguns estudiosos, na adolescência, na fase adulta, e ainda, durante a gestação, são identificadas as fases de maior incidência da obesidade, e nesse sentido, o período onde são utilizados inúmeros mecanismos para o emagrecimento, como por exemplo, a realização de dietas e o consumo de remédios, sendo as principais motivações para a realização da CB. a estética e a saúde.⁴⁷⁻⁴⁸

O problema da obesidade e da obesidade mórbida é tamanho que, várias são as tentativas "infrutíferas" implementadas, objetivando o emagrecimento e a sua manutenção, além de ser atingir o peso corporal, considerado ideal e não um peso corporal saudável.⁴⁷⁻⁴⁸ A literatura científica aponta que o emagrecimento gerado pela CB não significa apenas o processo de "desengordar", ou seja, passar de um corpo obeso para um corpo magro, mas sim, a pessoa possuir inúmeros planos, desejos, necessidades, aspirações e sentimentos, por exemplo, de orgulho por ter conseguido realizar a CB, até o seu contrário, ou seja, a culpa e a frustração por ter chegado nessa situação.⁴⁸

Numa pesquisa que analisou a trajetória de pessoas do sexo feminino na busca pelo emagrecimento utilizando a CB, foi verificada a grande influência do que é conhecido enquanto "transformação corporal", vivenciada na identidade das referidas candidatas ao procedimento operatório em questão.^{48,49} Nesse contexto, é verificado que a paciente "cria" para si própria(o), uma "nova realidade", na qual, os seus antigos desejos, hábitos, costumes, valores e crenças,

não serviam mais, necessitando serem substituídos, pois, o corpo de pessoa obesa ou obesa mórbida, tinha sido “transformado”, por meio da realização da CB num corpo magro, em espaço muito curto de tempo, objetivando se adaptar a uma nova realidade, diferente daquela vivida até aquele momento.⁴⁹

Ainda, em relação ao aumento de CB realizadas no recorte geográfico e histórico instituídos, pode ser citada a poderosa influência na contemporaneidade da questão estética, no sentido do “olhar do outro” para com a “minha pessoa”, o que segundo alguns pesquisadores, também marcam fortemente o processo de decisão para realização deste procedimento operatório de redução e controle do peso corporal e combate a obesidade.⁴⁹⁻⁵¹ Segundo a SBCBM, atualmente o SUS conta com aproximadamente 85 serviços de assistência de alta complexidade, para à atenção de pessoas com obesidade e obesidade mórbida em 22 estados, sendo que, os cinco (5) estados da federação, nos quais, não existem esses serviços habilitados para realização de CB são o Amazonas (AM), Roraima (RR), Amapá (AP), Rondônia (RO) e também o Piauí (PI).⁵² Além disso, no Brasil, os custos da obesidade e seus impactos diretos e indiretos aos cofres públicos, podem chegar à aproximadamente 2,4% do produto interno bruto (PIB), sendo o mesmo estimado em cerca de R\$ 84.3 bilhões ao ano (bilhões/ano).⁵²⁻⁵³

Considerações finais

A presente pesquisa demonstrou aumento na frequência de CB realizadas no Brasil nos anos de 2011 a 2019, apontando para a sua importância no combate e no controle da obesidade e de suas comorbidades associadas, em pessoas pertencentes a todas as camadas sociais. Também foi permitida uma maior compreensão, no que se refere a ampliação na realização do procedimento operatório analisado, por conta do aumento no quantitativo de suas diferentes técnicas, incorporação de outras tecnologias em sua realização e ainda, nas mudanças evidenciadas na sociedade durante a contemporaneidade.

Por outro lado, também foram verificados outros fatores que contribuíram para a ampliação na realização da CB, como a maior disponibilização de serviços organizados e gerenciados pelo MS para esse fim, o combate e controle de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) associadas e o aumento no universo populacional brasileiro de pessoas que se encontravam em sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida, percebido por conta de pesquisas governamentais. A incorporação de pessoas com dezesseis anos ou mais, além de pessoas com faixa etária superior a sessenta anos, desde que observados os parâmetros estabelecidos de segurança, também contribuiu para o aumento na realização de CB em nossa nação.

Apesar de apresentar algumas limitações em sua constituição, a presente pesquisa, além de cumprir os objetivos propostos, também ofereceu genuína contribuição na elucidação do fenômeno em análise. Por conta da magnitude e da complexidade própria relacionada a obesidade, da obesidade mórbida e da CB, outras pesquisas e produções acadêmicas devem ser incentivadas, objetivando adquirir maior compreensão desta temática tão atual e inquietante.

O paciente submetido a este procedimento cirúrgico e operatório, também deve ser apoiado em todos os momentos que antecedem, durante e após a realização da CB, inclusive enquanto forma de redução dos impactos diretos e indiretos de sua implementação e na sociedade. As associações e agremiações

científicas, interessadas e envolvidas com esse importante e complexo processo, devem redobrar os seus esforços e atenção, objetivando permitir à disponibilização desse importante procedimento, de forma democrática, além de lançar as suas iniciativas na mitigação e eliminação de todos os riscos e vulnerabilidades envolvidas em sua realização.

Os órgãos de classe, responsáveis pela fiscalização do exercício profissional das equipes interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar em saúde, também devem participar dos processos e das estratégias que permitam o crescimento e desenvolvimento, inclusive qualitativo, relacionados a este procedimento operatório de redução e controle do peso corporal elevado. Nesse sentido, cabe a sociedade como um todo, desenvolver o cuidado ampliado e a atenção holística, para que a pessoa obesa e obesa mórbida mais harmonicamente, tenham reduzidas as suas vulnerabilidades, derivadas desta enfermidade e de suas inúmeras comorbidades.

Referências

- 1 - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Obesidade e sobrepeso. O que é obesidade. Disponível em: [<https://abeso.org.br/conceitos/obesidade-e-sobrepeso/>]. Acesso em: 14 de fevereiro de 2021.
- 2 - World Health Organization. Home. Newsroom. Fact sheets. Detail. Obesity and overweight. Key facts. Disponível em: [<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>]. Acesso em: 14 de fevereiro de 2021.
- 3 - World Health Organization. Home. Newsroom. Fact sheets. Detail. Obesity and overweight. Key facts. WHO response. Disponível em: [<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>]. Acesso em: 06 de fevereiro de 2021.
- 4 - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Obesidade e síndrome metabólica. O que é síndrome metabólica. Disponível em: [<https://abeso.org.br/conceitos/obesidade-e-sindrome-metabolica/>]. Acesso em: 14 de fevereiro de 2021.
- 5 - Kolotkin RL, Crosby RD, Kosloski KD, Williams GR. Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obes Res*. 2001;9(2):102-11. doi: <https://doi.org/10.1038/oby.2001.13>.
- 6 - Yang J, Hu J, Zhu C. Obesity aggravates COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *J Med Virol*. 2021;93:257-261. doi: <https://doi.org/10.1002/jmv.26237>.
- 7 - Yang J, Ma Z, Lei Y. A meta-analysis of the association between obesity and COVID-19. *Epidemiology and Infection*. 2021; 149, E11. doi: <https://doi.org/10.1017/S0950268820003027>.
- 8 - Stefan N, Birkenfeld AL, Schulze MB. Global pandemics interconnected — obesity, impaired metabolic health and COVID-19. *Nat Rev Endocrinol*. 2021; 17, 135-149. doi: <https://doi.org/10.1038/s41574-020-00462-1>.
- 9 - Halpern B, Louzada MLC, Aschner P, et al. Obesity and COVID-19 in Latin America: A tragedy of two pandemics — Official document of the Latin American Federation of Obesity Societies. *Obesity Reviews*. 2021; 22:e13165. doi: <https://doi.org/10.1111/obr.13165>.
- 10 - Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Kyle F, et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2004;292(14):1724-37. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.292.14.1724>.
- 11 - Braga JGR, Concon MM, Lima AP, Callejas GH, Macedo AC, Cândido EC, Chaim FDM, Utrini MP, Gestic MA, Ramos AC, Cazzo E, Chaim EA. Cirurgia revisional em complicações nutricionais graves após cirurgia bariátrica: relato de 4 casos de uma única instituição e revisão da literatura. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2021; 48, e20202666. doi: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202666>.
- 12 - Silva LC, Monteiro EMO. Benefícios da drenagem linfática manual corporal na recuperação funcional de pacientes pós cirurgia bariátrica. *Revista Liberum Accessum*. 2021;7(1):46-56.
- 13 - Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Cirurgia bariátrica. Existem três formas básicas de tratamento cirúrgico. Disponível em: [<http://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/1087-cirurgia-bariatrica>]. Acesso em: 17 de fevereiro de 2021.
- 14 - Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.246, de 18 de outubro de 2004. Institui e

divulga orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, em todo o território nacional. Disponível em: [\[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2246_18_10_2004.html\]](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2246_18_10_2004.html). Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

15 - Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: [\[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html\]](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

16 - Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Disponível em: [\[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html\]](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html). Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

17 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 482, de 6 de março de 2017. Inclui o procedimento Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: [\[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0482_07_03_2017.html\]](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0482_07_03_2017.html). Acesso em: 17 de fevereiro de 2021.

18 - Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.411, de 17 de dezembro de 2019. Aprova a Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade e habilita estabelecimentos de saúde como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, nos Estados do Amazonas, Distrito Federal, Minas Gerais, Piauí, Paraná e Sergipe. Disponível em: [\[https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3411-de-17-de-dezembro-de-2019-234039909\]](https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3411-de-17-de-dezembro-de-2019-234039909). Acesso em: 16 de fevereiro de 2021.

19 - Ebsco Connect. Discovery & Search. Pesquisa com Operadores Booleanos. Disponível em: [\[https://connect.ebsco.com/s/article/Pesquisa-com-Operadores-Booleanos?language=en_US\]](https://connect.ebsco.com/s/article/Pesquisa-com-Operadores-Booleanos?language=en_US). Acesso em: 17 de fevereiro de 2021.

20 - Barreto SM, et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. Epidemiol. Serv. Saúde. 2005; 14(1):41-68. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742005000100005>.

21 - Ribeiro Junior, H da C. A pandemia de obesidade entre os jovens. Revista Paulista de Pediatria. 2007; 25(4), 304. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822007000400001>.

22 - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Home. Notícias. Notícias destaques. Número de cirurgias bariátricas no Brasil aumenta 46,7%. 2018. Disponível em: [\[https://www.scbm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-aumenta-467/\]](https://www.scbm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-aumenta-467/). Acesso em: 18 de fevereiro de 2021.

23 - Associação Nacional de Hospitais Privados. Hospitais Associados. Todas as notícias. Brasil é segundo colocado no ranking de cirurgias bariátricas. 2015. Disponível em: [\[https://www.anahp.com.br/noticias/noticias-hospitais-membros/brasil-e-segundo-colocado-no-ranking-de-cirurgias-bariatricas/\]](https://www.anahp.com.br/noticias/noticias-hospitais-membros/brasil-e-segundo-colocado-no-ranking-de-cirurgias-bariatricas/). Acesso em: 18 de fevereiro de 2021.

24 - Cameiro JRI, Braga FO, Cabizuca CA, Abi-Abib RC, Cobas RA, Gomes MB. Gestação e obesidade: um problema emergente. Revista HUPE. 2014;13(3):17-24. doi: <https://doi.org/10.12957/rhupe.2014.12130>.

25 - Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [\[http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm\]](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 18 de fevereiro de 2021.

26 - Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [\[http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm\]](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm). Acesso em: 18 de fevereiro de 2021.

27 - Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

- Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm]. Acesso em: 17 de fevereiro de 2021.
- 28 - Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm]. Acesso em: 17 de fevereiro de 2021.
- 29 - Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 26p.
- 30 - Brasil. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. 113p.
- 31 - Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100p.
- 32 - Moraes IM de. Judicialização do direito à saúde nos casos privados de cirurgia reparadora pós-bariátrica. 2020. Monografia (Graduação em Direito) - Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2020. 46p.
- 33 - Soares SP. Uma análise da cirurgia bariátrica à luz da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: não-discriminação e não-estigmatização da pessoa com obesidade mórbida. 2017. 233 f. Tese (Doutorado em Bioética) — Universidade de Brasília, Brasília, 2017.
- 34 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria nº 5, de 31 de janeiro de 2017. Torna pública a decisão de incorporar o procedimento de cirurgia bariátrica por videolaparoscopia no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20784349/doi-2017-02-01-portaria-n-5-de-31-de-janeiro-de-2017-20784263]. Acesso em: 19 de fevereiro de 2021.
- 35 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 482, de 6 de março de 2017. Inclui o procedimento Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0482_07_03_2017.html]. Acesso em: 19 de fevereiro de 2020.
- 36 - Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.766/05. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipe. Disponível em: [<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2005/1766>]. Acesso em: 19 de fevereiro de 2021.
- 37 - Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.942/2010. 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. Disponível em: [<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2010/1942>]. Acesso em: 19 de fevereiro de 2021.
- 38 - National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Gastrointestinal surgery for severe obesity. Am J Clin Nutr, 1992;55(2 suppl):615s-619s. doi: <https://doi.org/10.1093/ajcn/55.2.615s>
- 39 - Ogunnaike BO, Jones SB, Jones DB et al. Anesthetic considerations for bariatric surgery. Anesth Analg, 2002;95:1793-1805. doi: <https://doi.org/10.1097/00005539-200212000-00061>
- 40 - Remistico PPJ et al. Impacto da manobra de recrutamento alveolar no pós-operatório de cirurgia bariátrica videolaparoscópica. Rev. Bras. Anestesiol. 2011;61(2):169-176. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-70942011000200006>.
- 41 - Pope GD, Birkmeyer JD, Finlayson SR. National trends in utilization and in-hospital outcomes of bariatric surgery. J Gastrointest Surg. 2002;6(6):855-60; discussion 861. doi: [https://doi.org/10.1016/s1091-255x\(02\)00085-9](https://doi.org/10.1016/s1091-255x(02)00085-9).
- 42 - Cohen RV, Schiavon CA, Pinheiro Filho JC, Correa JLL. Laparoscopia e cirurgia bariátrica. Einstein. 2006; Supl 1: S103-S106.
- 43 - Schauer PR, Sirinek KR. The laparoscopic approach reduces the endocrineresponse to elective cholecystectomy. Am Surg. 1995;61(2):106-111.

- 44 - Cohen RV, Moreira L, Schiavon CA. Metabolic and systemic responses following interventional laparoscopy. Austin: Landes Publishers; 1994.
- 45 - Himmer JP, Putensen C. Comparason of postop-erative respiratory function after laparoscopy onopen laparotomy for cholecystectomy. *Anesthesiology* 1992;77:675-680. doi: <https://doi.org/10.1097/0000542-199210000-00010>
- 46 - Shanta TR, Harden J. Laparoscopy cholecystec-tomy: Anesthesia-related complications andguidelines. *Surgical Laparoscopy & Endoscopy*.1991;1:173-178.
- 47 - Garrido Júnior AB, et al. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu, 2002.
- 48 - Castro MR de, Ferreira MEC, Carvalho RS de, Ferreira VN, Pereira HA do C. Cirurgia Bariátrica: a trajetória de mulheres obesas em busca do emagrecimento. *HU Revista*. 2010;36(1):29-36.
- 49 - Fandiño JNP, et al. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2004;26(1):47-51. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082004000100007>.
- 50 - Lipovetsky G, Serroy J. A estetização do mundo: Viver na era do capitalismo artista. São Paulo: Companhia das Letras. 2015, 397p.
- 51 - Lipovetsky G. Da leveza: rumo a uma civilização sem peso. Barueri/SP: Amariyls, 2016. 304p.
- 52 - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Home. Cirurgia Bariátrica. Notícias. Notícias destaque. Cirurgia bariátrica cresce 84,73% entre 2011 e 2018. Cirurgias bariátricas realizadas em 2018 representam 0,47% da população elegível ao procedimento. Custo da obesidade. Disponível em: [\[https://www.sbcbm.org.br/cirurgia-bariatrica-cresce-8473-entre-2011-e-2018/\]](https://www.sbcbm.org.br/cirurgia-bariatrica-cresce-8473-entre-2011-e-2018/). Acesso em: 19 de fevereiro de 2021.
- 53 - Brasil. Ministério da Saúde. Financiamento público de saúde. Brasília : Ministério da Saúde; 2013.

Autor de Correspondência

Lincoln Agudo Oliveira Benito
SEPN 707/907, Via W 5 Norte, Campus
Universitário. CEP: 70790-075. Asa Norte.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
lincolnbenito@yahoo.com.br