

Cirurgia ‘gêmea’ da bariátrica trata diabetes tipo 2 e controla a doença em até 89% dos casos

Category: GERAL, SAÚDE

escrito por Maria Luiza | 25 de junho de 2026



Patrícia foi submetida à cirurgia metabólica, um procedimento que usa a mesma técnica de base da cirurgia bariátrica, mas tem outro alvo. Enquanto a bariátrica busca a perda de peso, a metabólica tem como objetivo principal o controle da diabetes tipo 2, segundo o cirurgião do aparelho digestivo Leonardo Emílio da Silva, chefe de equipe cirúrgica do Hospital Israelita Albert Einstein – Unidade Goiânia e especialista em cirurgia robótica.

“A cirurgia metabólica é realizada para estimular o pâncreas a produzir insulina. Com isso, tratamos tanto a diabetes quanto as suas consequências”, afirma.

Cirurgia antiga que ganhou novo objetivo

A história da cirurgia metabólica começa nos anos 1950, com as primeiras cirurgias bariátricas: redução do estômago somada a um desvio intestinal. Por décadas, acreditou-se que o efeito sobre o peso vinha de dois mecanismos apenas –a restrição, porque o estômago menor reduzia a quantidade de comida ingerida, e a desabsorção, porque o desvio fazia o corpo

aproveitar menos do que era consumido.

Só que, ao acompanhar pacientes ao longo dos anos, cirurgiões notaram algo que essas duas explicações não esclareciam por completo: muitos diabéticos de tratamento complexo melhoravam –ou chegavam a controlar totalmente a doença– antes mesmo de perder peso de forma significativa. A observação levou a buscar, em estudos da década de 1960, uma explicação ligada ao intestino.

Um desses estudos mostrava algo intrigante: tomar glicose por via oral eleva a insulina no sangue em cerca de uma hora; já a glicose aplicada direto na veia, mesmo ao longo de um dia inteiro, não tem o mesmo efeito. A diferença está em hormônios produzidos pelo intestino –hoje já são mais de 30 identificados– liberados apenas quando o alimento passa pelo trato digestivo.

“Existe um componente intestinal nessa história: hormônios localizados nesse órgão que fazem o pâncreas, o rim, o fígado e o coração funcionarem melhor, principalmente por meio da insulina”, explica Leonardo Emílio.

Os hormônios

Quanto mais rápido o alimento chega à parte final do intestino delgado, maior é o estímulo à produção de insulina –um efeito que os médicos chamam de incretínico. Dois hormônios intestinais são os protagonistas dessa resposta: o GIP (polipeptídeo insulino-trópico dependente de glicose) e o GLP-1 (peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1).

São esses mesmos hormônios que a indústria farmacêutica passou a reproduzir em laboratório, dando origem às canetas injetáveis que ficaram conhecidas nos últimos anos –Mounjaro, Ozempic, Saxenda e Victoza, entre outras. “São remédios bons, que funcionam. Mas o tratamento mais seguro e efetivo a longo prazo ainda é o cirúrgico”, diz Leonardo Emílio.

A diferença prática está na duração do tratamento: os medicamentos, em geral, precisam ser usados pelo resto da vida; a cirurgia, uma vez feita, trata o problema de uma só vez. Isso não torna os remédios menos importantes –eles continuam sendo essenciais no tratamento da obesidade, sobretudo para quem tem graus mais altos da doença.

Mas, segundo o cirurgião, em diabéticos com obesidade leve, moderada ou grave, a cirurgia metabólica ainda é considerada o tratamento de maior eficácia e durabilidade ao longo do tempo, com melhor relação custo-benefício.

Um problema que cresce no mundo

O cenário epidemiológico ajuda a entender por que tratamentos potentes como a cirurgia metabólica vêm ganhando espaço. Segundo a Federação Internacional de Diabetes (IDF, na sigla em inglês), na 11ª edição do Diabetes Atlas, publicada em 2025, 589 milhões de adultos entre 20 e 79 anos vivem com diabetes no mundo –quase 1 em cada 9 pessoas dessa faixa etária. A entidade projeta que esse número chegue a 853 milhões até 2050, um salto de 45% em relação a 2024.

Só em 2024, a doença foi responsável por 3,4 milhões de mortes no mundo –uma a cada 9 segundos– e por gastos de saúde que já passam de 1 trilhão de dólares por ano, valor que cresceu 338% em 17 anos.

Segundo Leonardo Emílio, a prevalência é ainda maior entre idosos, chegando a 1 em cada 4 pessoas –o que tem relação direta com a alta associação entre diabetes tipo 2 e obesidade, presente em cerca de 90% dos casos da doença.

Como é feita a cirurgia

A cirurgia metabólica é realizada sob anestesia geral venosa e, hoje, quase sempre por via robótica –com cortes de cerca de 8 milímetros no abdômen. O procedimento dura entre 1 hora e

1h20. Segundo Leonardo Emílio, o robô amplia a precisão do cirurgião e favorece uma recuperação mais tranquila, com menos sangramento e menos dor no pós-operatório.

Na cirurgia, o estômago é reduzido –há diferentes técnicas para isso– e o trânsito intestinal é refeito, de forma que o alimento chegue mais rápido à parte final do intestino delgado, onde a produção dos hormônios intestinais é mais intensa.

Atualmente, o Conselho Federal de Medicina (CFM) autoriza quatro técnicas cirúrgicas para esse tipo de reconstrução. Em maio de 2025, por meio da Resolução CFM nº 2.429/25, a entidade ampliou as indicações da cirurgia bariátrica e metabólica no país, somando novas técnicas às já existentes e reduzindo o índice de massa corporal mínimo exigido para pacientes com diabetes tipo 2 de difícil controle.

A internação dura uma noite. No dia seguinte, o paciente já pode andar, subir escadas e voltar à rotina –a única restrição é seguir a dieta de pós-operatório.

Os primeiros 30 dias são divididos em três fases de dez dias:

a primeira é líquida e bem restrita, à base de sopas e caldos;
a segunda, líquido-pastosa, com mais consistência;
a terceira, pastosa, parecida com um purê grosso.

Depois desse período, a alimentação volta ao normal.

O efeito sobre a diabetes começa antes da perda de peso. Assim que o desvio intestinal é feito, a produção dos hormônios intestinais já é estimulada –por isso a melhora costuma ser percebida nos primeiros dias, e não depois de meses de dieta.

Quem pode operar

A cirurgia não é autorizada pelo CFM para pacientes diabéticos sem obesidade.

O risco de morte do procedimento, segundo o cirurgião, é de cerca de 0,1% –próximo ao de uma cirurgia de retirada da vesícula, um dos procedimentos mais realizados no mundo. Já o índice de controle da diabetes, incluindo casos de remissão completa da doença, chega a 89%, segundo ele.

O procedimento está disponível pela tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto para o tratamento da obesidade quanto da diabetes.

Controle, não necessariamente cura

Obesidade e diabetes tipo 2 são doenças crônicas –por isso, segundo Leonardo Emílio, só é possível falar em cura depois de pelo menos dez anos de pós-operatório com as duas condições estabilizadas, já que ambas têm forte componente genético. Até lá, o termo mais correto é controle.

Isso explica por que o acompanhamento multidisciplinar é parte do tratamento, e não uma etapa opcional: endocrinologista, cirurgião, cardiologista, hepatologista, nutricionista e psicólogo decidem juntos a conduta de cada paciente, antes e depois da cirurgia.

“A alma do processo é o acompanhamento”, resume o cirurgião, que compara a lógica à de um tratamento oncológico: assim como um paciente operado de câncer continua sendo acompanhado pelo oncologista depois da cirurgia, quem passa pela cirurgia metabólica continua sendo acompanhado pelo endocrinologista.

Um dado reforça que o efeito da cirurgia vai além da perda de peso: entre os pacientes que voltam a engordar depois da cirurgia –por desconforto, algum erro no pós-operatório ou complicação cirúrgica–, 40% continuam com a diabetes controlada, segundo o cirurgião.

Bariátrica ou metabólica?

Em grego, “baros” significa peso, daí o nome cirurgia bariátrica, historicamente associada ao tratamento da obesidade. Mas a comunidade médica vem se afastando desse termo. Para Leonardo Emílio, falar apenas em perda de peso é uma visão limitada do procedimento: “É melhor dizer que a cirurgia bariátrica de hoje é considerada uma cirurgia metabólica do que o contrário. Quando você fala só em perda de peso, você subestima a potência desse tratamento.”

Estruturalmente, a diferença entre as duas está em onde o desvio intestinal é feito: na cirurgia metabólica, o trajeto é construído para que o alimento chegue mais rápido e mais embaixo no intestino delgado, intensificando o efeito incretínico. Já a bariátrica clássica tem como foco principal a saciedade.

Segundo Leonardo Emílio, a Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e Metabólica já defende a unificação dos dois termos sob o nome “cirurgia metabólica” –mudança que, de acordo com ele, as sociedades brasileira e europeia da especialidade também vêm acompanhando.

‘Hoje voltei a viver’

Patrícia descobriu a diabetes aos 33 anos, durante uma internação hospitalar decorrente de um episódio de violência doméstica em seu casamento. O diagnóstico veio de forma incidental: ela fez exames no hospital e os médicos perguntaram se ela era diabética. Ela disse que não –tinha acabado de fazer um check-up.

A partir daí, começou um tratamento que só foi se intensificando. Primeiro veio a metformina; depois, a necessidade de insulina, em doses cada vez mais altas. No auge, ela chegava a aplicar insulina até sete vezes por dia, além de tomar metformina três vezes ao dia e outro medicamento

duas vezes ao dia –sem que a glicemia baixasse.

“O meu momento mais difícil era aplicar insulina e não ter estômago para tanto remédio. Isso me matava por dentro”, lembra.

Foi um vídeo nas redes sociais que a levou a procurar um hospital e perguntar sobre a cirurgia metabólica. Depois de passar por exames que confirmaram que ela se encaixava nos critérios, foi operada. A recuperação, segundo ela, “foi um sucesso”.

Hoje, não usa nenhum medicamento para diabetes –só vitaminas, por orientação médica– e perdeu 29 kg, saindo de 98 kg para 69 kg. “Hoje me vejo como antes, curada, sem nada. Voltei a viver.”

Fonte: g1 e Publicado Por: Jornal Folha do Progresso
25/06/2026/07:39:07

O formato de distribuição de notícias do [Jornal Folha do Progresso](#) pelo celular mudou. A partir de agora, as notícias chegarão diretamente pelo formato Comunidades, ou pelo canal uma das inovações lançadas pelo WhatsApp. Não é preciso ser assinante para receber o serviço. Assim, o internauta pode ter, na palma da mão, matérias verificadas e com credibilidade. Para passar a [receber as notícias](#) do Jornal Folha do Progresso, clique nos links abaixo siga nossas redes sociais:

- [Clique aqui e nos siga no X](#)
- [Clica aqui e siga nosso Instagram](#)
- [Clique aqui e siga nossa página no Facebook](#)
- [Clique aqui e acesse o nosso canal no WhatsApp](#)
- [Clique aqui e acesse a comunidade do Jornal Folha do Progresso](#)

Apenas os administradores do grupo poderão mandar mensagens e saber quem são os integrantes da comunidade. Dessa forma, evitamos qualquer tipo de interação indevida. Sugestão de pauta enviar no e-mail: folhadoprogresso.jornal@gmail.com.

Envie vídeos, fotos e sugestões de pauta para a redação do JFP (JORNAL FOLHA DO PROGRESSO) Telefones: WhatsApp [\(93\) 98404 6835](tel:5511984046835)– (93) 98117 7649.

“Informação publicada é informação pública. Porém, para chegar até você, um grupo de pessoas trabalhou para isso. Seja ético. Copiou? Informe a fonte.”

*Publicado por Jornal Folha do Progresso, Fone para contato 93 981177649 (Tim) WhatsApp: [-93- 984046835](tel:5511984046835) (Claro)
- Site: www.folhadoprogresso.com.br e-mail: folhadoprogresso.jornal@gmail.com/ou e-mail: adeciopiran.blog@gmail.com*