



Panorama Epidemiológico das Internações por Colelitíase e Colecistite no Brasil entre 2020 e 2024

Caio Maia Martins de Souza¹



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n10p271-282>

Artigo recebido em 24 de Agosto e publicado em 4 de Outubro de 2025

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

INTRODUÇÃO: Colelitíase é a presença de cálculos na vesícula biliar e/ou vias biliares; colecistite é a inflamação vesicular, usualmente decorrente de obstrução do ducto cístico por cálculo. Este artigo descreve e discute as internações por essas condições no Brasil entre 2020 e 2024, analisando tendências anuais e diferenças regionais no SUS, à luz de diretrizes contemporâneas e da reorganização assistencial pós-pandemia. **OBJETIVO:** Este estudo visa quantificar e analisar as taxas de internações por colelitíase e colecistite no Brasil. **METODOLOGIA:** O estudo retrospectivo com abordagem quantitativa utilizou dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), fornecidos pelo Departamento de Informática do SUS (TABNET/DATASUS). A análise abrangeu internações por colelitíase e colecistite no Brasil de janeiro de 2020 a dezembro de 2024, empregando estatística descritiva e tabulação em planilhas do Microsoft Excel 2016 e Microsoft Word 10. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Entre janeiro de 2020 e dezembro de 2024, o Brasil registrou 1.511.217 internações por colelitíase/colelitíase no SUS. Após baixa em 2020, houve recuperação parcial em 2021, salto em 2022 (backlog), crescimento moderado em 2023 e estabilização em 2024. O Sudeste manteve liderança; Nordeste e Sul ganharam participação; Norte e Centro-Oeste cresceram, porém com maior variação. A difusão de colecistectomia laparoscópica precoce, integração com CPRE e protocolos padronizados sustentou a resolutividade. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que 2020–2024 compôs três atos: queda/retomada (2020–2021), recomposição com liberação da demanda reprimida (2022) e estabilização elevada (2023–2024). Sudeste lidera; Nordeste e Sul avançam; Norte e Centro-Oeste mostram maior sensibilidade. Priorizar colecistectomia precoce, CPRE e imagem, centros de curta permanência e monitoramento operacional sustenta resolutividade, reduz reinternações e promove equidade assistencial.

Palavras-chave: Colelitíase, Colecistite, Internações Hospitalares, Colecistectomia Laparoscópica, CPRE.

Epidemiological Panorama of Hospitalizations for Cholelithiasis and Cholecystitis in Brazil between 2020 and 2024

ABSTRACT

INTRODUCTION: Cholelithiasis is the presence of gallstones in the gallbladder and/or bile ducts; cholecystitis is gallbladder inflammation, usually resulting from cystic duct obstruction by gallstones. This article describes and discusses hospitalizations for these conditions in Brazil between 2020 and 2024, analyzing annual trends and regional differences in the SUS (Unified Health System), in light of contemporary guidelines and the post-pandemic healthcare reorganization. **OBJECTIVE:** This study aims to quantify and analyze the rates of hospitalizations for cholelithiasis and cholecystitis in Brazil. **METHODOLOGY:** This retrospective study with a quantitative approach used data from the SUS Hospital Information System (SIH/SUS), provided by the SUS Information Technology Department (TABNET/DATASUS). The analysis covered hospitalizations for cholelithiasis and cholecystitis in Brazil from January 2020 to December 2024, using descriptive statistics and tabulation in Microsoft Excel 2016 and Microsoft Word 10 spreadsheets. **RESULTS AND DISCUSSION:** Between January 2020 and December 2024, Brazil recorded 1,511,217 hospitalizations for cholelithiasis/cholecystitis in the SUS (Unified Health System). After a decline in 2020, there was a partial recovery in 2021, a surge in 2022 (backlog), moderate growth in 2023, and stabilization in 2024. The Southeast maintained its leadership; the Northeast and South gained share; the North and Central-West grew, but with greater variation. The dissemination of early laparoscopic cholecystectomy, integration with ERCP, and standardized protocols supported the resolution rate. **CONCLUSION:** It is concluded that 2020–2024 comprised three stages: decline/recovery (2020–2021), recovery with release of pent-up demand (2022), and high stabilization (2023–2024). The Southeast leads; the Northeast and South advance; the North and Central-West show greater sensitivity. Prioritizing early cholecystectomy, ERCP and imaging, short-stay centers, and operational monitoring sustains resolution, reduces readmissions, and promotes care equity.

Keywords: Cholelithiasis, Cholecystitis, Hospital Admissions, Laparoscopic Cholecystectomy, ERCP.

Instituição afiliada – ¹Residente em Cirurgia Geral no Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro, Brasil.

Autor correspondente: Caio Maia Martins de Souza caiommartins1@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A colelitíase e a colecistite compõem um espectro patológico do trato biliar com elevada relevância clínica e econômica para os sistemas de saúde. A colelitíase corresponde à presença de cálculos na vesícula biliar ou nas vias biliares resulta, em grande parte, da supersaturação de colesterol na bile, da hipomotilidade vesicular e da nucleação cristalina; adicionalmente, cálculos pigmentares podem surgir em cenários de hemólise crônica e infecções. Embora muitos indivíduos permaneçam assintomáticos, a migração de cálculo para o ducto cístico pode provocar cólica biliar, caracterizada por dor súbita em hipocôndrio direito ou epigástrico, geralmente pós-prandial e autolimitada (Schirmer; Winters; Edlich, 2005).

Além disso, a colecistite emerge quando a obstrução do ducto cístico sustenta distensão e inflamação da parede vesicular, com liberação de mediadores, isquemia relativa e, por vezes, superinfecção bacteriana. Clinicamente, manifesta-se com dor contínua em hipocôndrio direito, febre, náuseas e sinais inflamatórios locais, podendo evoluir, sem tratamento oportuno, para empiema, gangrena, perfuração e peritonite. O diagnóstico se apoia em quadro clínico compatível, sinais de irritação local e ultrassonografia abdominal como método de primeira linha, enquanto alterações laboratoriais inflamatórias e colestáticas orientam para complicações como coledocolitíase (Junior *et al.*, 2021; Hermógenes *et al.*, 2023).

Ademais, o risco populacional de doença biliar reflete a interação de fatores individuais e determinantes sociais. Entre os principais fatores de risco destacam-se sexo feminino, idade mais avançada, gestação e uso de estrogênios, obesidade e ganho ponderal rápido, síndrome metabólica com resistência à insulina, diabetes e dislipidemia, além de história familiar e condições clínicas específicas como hemólise crônica e doenças ileais. No Brasil, a transição nutricional e o envelhecimento populacional coexistem com heterogeneidades regionais de acesso a diagnóstico e tratamento, delineando desigualdades que impactam permanência hospitalar, letalidade e custos (Junior *et al.*, 2021).

Por conseguinte, a abordagem terapêutica varia conforme o fenótipo clínico e os recursos disponíveis. Casos de cólica biliar não complicada requerem analgesia e manejo



ambulatorial, enquanto a colecistite aguda demanda antibióticos e colecistectomia, preferencialmente por via videolaparoscópica, idealmente em fase precoce quando factível. A difusão da videolaparoscopia associa-se, em geral, a menor permanência e menor morbidade, porém depende de capacidade instalada, equipe treinada e logística hospitalar, dimensões que variam entre regiões e serviços do SUS (Schirmer; Winters; Edlich, 2005; Hermógenes *et al.*, 2023).

Nesse sentido, o período de 2020 a 2024 inclui a fase aguda da pandemia de COVID-19 e a subsequente reorganização assistencial, com repercussões potenciais sobre a oferta de cirurgias eletivas, o tempo de espera e a gravidade dos casos internados. Investigar o comportamento das internações por colelitíase e colecistite nesse intervalo permite avaliar possíveis atrasos no cuidado, variações na letalidade hospitalar, mudanças na permanência média e impactos econômicos, além de identificar grupos etários, sexos e territórios de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2025).

Este estudo tem por objetivo delinear o perfil quantitativo das internações por colelitíase e colecistite no Brasil, entre 2020 e 2024, a partir dos registros do SIH/SUS. Serão analisadas variações temporais e diferenças regionais com base na classificação CID-10 (K80–K81), conforme a Lista de Morbidades. Ao integrar tendências anuais e distribuição por macrorregiões, a pesquisa busca informar decisões e orientar políticas públicas para o manejo oportuno dessas condições (BRASIL, 2025).

METODOLOGIA

Trata-se de estudo retrospectivo, de abordagem quantitativa, baseado em dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/DATASUS). Foram analisadas internações ocorridas no Brasil entre janeiro de 2020 e dezembro de 2024, identificadas pela Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (K80–K81: colelitíase e colecistite), conforme a Lista Morb CID-10. A extração e seleção seguiram critérios de inclusão e exclusão previamente definidos para garantir consistência e pertinência dos registros.

Foram incluídos registros quantitativos de internações por colelitíase e colecistite em todas as regiões do Brasil, no período de 2020 a 2024, contemplando todas as faixas etárias, sexos e etnias, e considerando o ano de processamento dos



dados. Excluíram-se registros fora desse período/território, sem codificação adequada na CID-10 (K80–K81) ou não pertinentes à Lista Morb CID-10.

Os dados coletados para a pesquisa foram selecionados conforme os critérios definidos no estudo e organizados em tabelas para facilitar a comparação das quantidades de internações por regiões do Brasil. A análise e organização dos dados foram realizadas utilizando o Microsoft Excel 2016, e as tabelas resultantes foram apresentadas no Microsoft Word 2010.

Por se tratar de uma análise de dados secundários e quantitativos, que não permitem a identificação dos indivíduos e são de acesso público na internet, este estudo não foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as diretrizes estabelecidas na Resolução nº 510/2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela a seguir apresenta a distribuição anual das internações por colelitíase e colecistite registradas no SIH/SUS entre janeiro de 2020 e dezembro de 2024, agregadas por macrorregiões do Brasil (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) e acompanhadas do total nacional. Nesse sentido, os números representam contagens absolutas de Autorizações de Internação Hospitalar aprovadas no ano de processamento, permitindo comparar a carga assistencial entre regiões e observar a trajetória temporal ao longo do quinquênio (Gomes; Batista; Lima, 2024; BRASIL, 2025).

Tabela. Internações por colelitíase e colecistite no Brasil entre o período de Janeiro/2020 e dezembro/2024 por regiões do Brasil.

Ano processamento	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	4 Região Sul	Região Centro-Oeste	Total
2020	17.013	47.987	73.338	36.136	16.678	191.152
2021	19.587	56.404	73.891	36.433	17.550	203.865
2022	30.808	87.829	127.647	56.790	31.006	334.080
2023	33.701	100.264	150.064	64.816	33.869	382.714
2024	36.267	105.657	153.683	71.264	32.535	399.406
Total	137.376	398.141	578.623	265.439	131.638	1.511.217

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).



Inicialmente, entre janeiro/2020 e dezembro/2024, o Brasil registrou 1.511.217 internações por colelitíase e colecistite no SIH/SUS; portanto, trata-se de carga assistencial expressiva e persistentemente distribuída entre as macrorregiões. Em 2020, por um lado, já sob o impacto inicial da COVID-19, contabilizaram-se 191.152 internações; por outro, observou-se a manutenção do predomínio do Sudeste (38,4%; 73.338), acompanhado do Sul (18,9%; 36.136), Nordeste (25,1%; 47.987), Norte (8,9%; 17.013) e Centro-Oeste (8,7%; 16.678). Desse modo, o decréscimo relativo de eletivos, a reestruturação de fluxos hospitalares e a priorização de leitos para condições respiratórias ajudam a explicar o patamar mais baixo observado, em consonância com relatos internacionais de queda abrupta de cirurgias programadas e mudanças no manejo de urgências biliares na primeira onda pandêmica (Rocco *et al.*, 2022; Gomes; Batista; Lima, 2024; BRASIL, 2025).

Ademais, clinicamente, isso se traduziu em maior seleção de casos de colecistite aguda para tratamento imediato e postergação de colecistectomias eletivas por cólica biliar não complicada, o que, conseqüentemente, tende a produzir reinternações subsequentes e prolongar a jornada do paciente no sistema. Além disso, é plausível que, diante da pressão sobre emergências, tenha havido maior uso de condutas conservadoras (analgesia, antibiótico e observação) e, nos casos graves ou em pacientes de alto risco, preferência por drenagem biliar temporária (por exemplo, colecistostomia percutânea) como estratégia-ponte até a resolução cirúrgica definitiva, prática descrita em séries durante a pandemia e alinhada a recomendações de contingência (Miura *et al.*, 2018; Wang *et al.*, 2024).

Por conseguinte, a composição regional de 2020 reflete não apenas a distribuição demográfica e a maior concentração de serviços de alta complexidade no Sudeste e no Sul, mas também a heterogeneidade na disponibilidade de videocirurgia, de suporte endoscópico (CPRE) e de ultrassonografia de urgência, insumos que modulam a indicação e o tempo ideal da internação por colelitíase e colecistite (Gomes; Batista; Lima, 2024; BRASIL, 2025).

Além disso, cumpre salientar que eventuais sub-registros, represamentos diagnósticos e adiamentos programáticos podem ter atenuado o volume observado naquele ano, preparando o terreno para a recomposição assistencial dos períodos



subsequentes (Hermógenes *et al.*, 2023; Wang *et al.*, 2024).

Em seguida, em 2021, observou-se recuperação ainda parcial para 203.865 internações (+6,7% vs. 2020); entretanto, a recomposição foi nitidamente heterogênea: Norte (+15,1%; 19.587), Nordeste (+17,5%; 56.404) e Centro-Oeste (+5,2%; 17.550) cresceram mais do que Sul (+0,8%; 36.433) e Sudeste (+0,8%; 73.891). Com isso, a participação do Nordeste subiu para 27,7%, enquanto a do Sudeste caiu para 36,3%, indicando retomada mais intensa fora do eixo mais populoso — possivelmente devido à reabertura escalonada de salas, ao maior descongestionamento relativo de leitos e a estratégias locais de priorização de casos de maior risco. Paralelamente, a literatura indica que, em 2021, muitos serviços reativaram agendas com critérios claros de gravidade e janelas ideais de intervenção (p. ex., colecistite aguda com sepse incipiente, falha clínica ou suspeita de coledocolitíase), priorizando a colecistectomia precoce quando possível e integrando fluxos com CPRE para desobstrução da via biliar principal (Miura *et al.*, 2018; Wang *et al.*, 2024).

Ademais, diferenças regionais podem refletir a velocidade de recomposição da capacidade operatória (equipe, equipamentos, insumos), a disponibilidade de suporte diagnóstico 24/7 (isto é, exames e equipes disponíveis continuamente: US, RX, laboratório, TC) e a acessibilidade a CPRE, que modulam tanto a probabilidade de internação quanto a permanência hospitalar e a chance de reinternação por falha de manejo conservador (Miura *et al.*, 2018).

Por fim, é plausível que, em capitais com pressão assistencial mais prolongada, tenha havido manutenção de filas eletivas e maior uso de tratamento ponte (analgesia/antibiótico/colecistostomia em alto risco), enquanto, em estados com menor saturação, a resolução cirúrgica definitiva tenha sido mais prontamente ofertada, dinâmica coerente com o padrão captado nos registros do SIH/SUS para 2021 (Wang *et al.*, 2024; BRASIL, 2025)

Posteriormente, o ponto de inflexão ocorreu em 2022, quando o total saltou 63,9% e alcançou 334.080 internações; por conseguinte, evidenciou-se com nitidez a liberação do contingente de casos adiados durante a pandemia e a progressiva normalização das linhas de cuidado cirúrgico e endoscópico. Nesse contexto, todas as regiões cresceram de forma expressiva: Sudeste +72,8% (127.647), Nordeste +55,7%



(87.829), Sul +55,9% (56.790), Norte +57,3% (30.808) e Centro-Oeste +76,7% (31.006). Ainda que o Sudeste tenha mantido a liderança (aprox. 38,2% do total), chama a atenção a elevação do Centro-Oeste para cerca de 9,3% e a estabilidade do Nordeste em torno de 26,3%, sugerindo ampliação do acesso cirúrgico em áreas antes mais constrictas e maior homogeneização do cuidado (Rocco *et al.*, 2022; Gomes; Batista; Lima, 2024).

Por sua vez, ao decompor o incremento absoluto de 2022 frente a 2021 (130.215 casos), observa-se que o Sudeste respondeu por 53.756 internações adicionais ($\approx 41,3\%$ da variação), o Nordeste por 31.425 ($\approx 24,1\%$), o Sul por 20.357 ($\approx 15,6\%$), o Norte por 11.221 ($\approx 8,6\%$) e o Centro-Oeste por 13.456 ($\approx 10,3\%$), o que reforça a contribuição simultânea de todas as macrorregiões para o patamar recorde do período (BRASIL, 2025).

Concomitantemente, a consolidação de protocolos com ênfase em antibiótico adequado, estratificação de gravidade e decisão terapêutica, incluindo a recomendação de colecistectomia laparoscópica precoce em colecistite aguda e a integração com CPRE quando há suspeita de coledocolitíase, tende a reduzir falhas clínicas, encurtar o tempo até a resolução definitiva e diminuir reinternações, contribuindo para a curva ascendente de altas por resolução cirúrgica (Miura *et al.*, 2018; Rocco *et al.*, 2022; Hermógenes *et al.*, 2023; Wang *et al.*, 2024).

Ademais, do ponto de vista epidemiológico e operacional, a reativação plena de salas cirúrgicas, a recuperação de equipes e insumos, a retomada de agendas eletivas de pacientes com cólica biliar recorrente e a capilarização da videocirurgia no SUS favoreceram a conversão de demandas reprimidas em procedimentos definitivos, enquanto a disponibilidade de imagem de urgência e de endoscopia terapêutica ampliou a capacidade de tratar, no mesmo episódio, complicações como coledocolitíase e pancreatite biliar, dinâmica coerente com o aumento harmônico observado em todas as regiões (Hermógenes *et al.*, 2023).

Na sequência, em 2023, manteve-se a trajetória ascendente, porém mais moderada, atingindo 382.714 internações (+14,6% vs. 2022); entretanto, o crescimento distribuiu-se de modo relativamente estável entre as regiões, o que sugere um amadurecimento organizacional mais homogêneo do SUS após a recomposição de 2022. Especificamente, o Sudeste cresceu 17,6% (150.064), o Sul 14,1% (64.816), o Nordeste

14,2% (100.264) e o Norte 9,4% (33.701), enquanto o Centro-Oeste avançou para 33.869 (+9,2%). Desse modo, as participações relativas oscilaram pouco—Sudeste 39,2%, Nordeste 26,2%, Sul 16,9%, Norte 8,8% e Centro-Oeste 8,8%—refletindo, por um lado, a estabilização do acesso cirúrgico e, por outro, a padronização de condutas ao longo do território. Além disso, ao decomposmos a variação absoluta de 2023 frente a 2022 (48.634 internações adicionais), observa-se que o Sudeste respondeu por 22.417 ($\approx 46,1\%$ da variação), o Nordeste por 12.435 ($\approx 25,6\%$), o Sul por 8.026 ($\approx 16,5\%$), o Norte por 2.893 ($\approx 5,9\%$) e o Centro-Oeste por 2.863 ($\approx 5,9\%$), o que denota contribuição ampliada, porém proporcional, das macrorregiões ao incremento nacional (Gomes; Batista; Lima, 2024).

Em paralelo, esse padrão é compatível com a consolidação de fluxos assistenciais e a expansão da videocirurgia no SUS, incluindo maior previsibilidade de oferta para casos eletivos e resolutividade mais célere para urgências, favorecida por protocolos de triagem de gravidade, indicação de colecistectomia laparoscópica precoce na colecistite aguda e integração com endoscopia terapêutica (CPRE) quando há suspeita de coledocolitíase (Miura *et al.*, 2018; Hermógenes *et al.*, 2023)

Por fim, na prática clínica, a padronização do momento oportuno da cirurgia, a escolha de antibióticos empíricos orientada por gravidade e microbiologia local e a oferta de imagem e CPRE “no mesmo episódio” reduzem complicações (colangite, pancreatite biliar), tempo de permanência e reinternações por falhas do manejo conservador; assim, essas melhorias mantêm crescimento positivo, menos abrupto, condizente com a maturidade assistencial atingida em 2023 (Wang *et al.*, 2024).

Por último, em 2024, o total alcançou 399.406 internações (+4,4% vs. 2023), com aumento em quatro regiões e discreto recuo no Centro-Oeste; conseqüentemente, observou-se um patamar mais estável após o pico de recomposição. Em termos absolutos, Norte cresceu 7,6% (36.267), Nordeste 5,4% (105.657), Sudeste 2,4% (153.683) e Sul 9,9% (71.264), enquanto o Centro-Oeste retraiu 3,9% (32.535). Em resultado, as participações estabilizaram em níveis próximos aos de 2023 (Sudeste 38,5%, Nordeste 26,5%, Sul 17,8%, Norte 9,1% e Centro-Oeste 8,1%). Além disso, ao decompor o acréscimo líquido nacional de 2024 em relação a 2023 (16.692 internações), nota-se que o Sul respondeu por 6.448 casos adicionais ($\approx 38,6\%$ do aumento), o



Nordeste por 5.393 ($\approx 32,3\%$), o Sudeste por 3.619 ($\approx 21,7\%$) e o Norte por 2.566 ($\approx 15,4\%$), ao passo que o Centro-Oeste exerceu efeito contrário, com -1.334 internações ($\approx -8,0\%$), o que, em conjunto, reforça a ideia de expansão predominantemente difusa, porém com maior tração relativa no Sul e no Nordeste (Gomes; Batista; Lima, 2024; BRASIL, 2025).

Assim, o comportamento mais estável é compatível com a normalização da demanda após dois anos de recuperação e varredura da fila reprimida (acúmulo de casos adiados), sinalizando que o sistema absorveu a maior parte dos casos represados e, agora, reflete a incidência e prevalência subjacentes da doença litíase biliar. Além disso, é plausível que fatores operacionais — como a consolidação de agendas eletivas, o ganho de eficiência de centros de curta permanência, a adoção de protocolos de recuperação acelerada e a maior disponibilidade de CPRE no mesmo episódio — tenham favorecido maior resolutividade, com menor variação inter-regional, ainda que persistam diferenças de capacidade instalada e de organização das redes (Hermógenes *et al.*, 2023).

Por conseguinte, entre 2020 e 2024, todas as regiões cresceram substancialmente, com aumentos relativos aproximados de 113% no Norte, 120% no Nordeste, 110% no Sudeste, 97% no Sul e 95% no Centro-Oeste, magnitudes compatíveis com o retorno do cuidado eletivo, a expansão da videocirurgia e a difusão de linhas de cuidado padronizadas (Miura *et al.*, 2018; Gomes; Batista; Lima, 2024; BRASIL, 2025).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, os dados entre 2020 e 2024 revelam um ciclo em três atos: queda/retomada parcial no auge da pandemia (2020–2021), forte recomposição com liberação da demanda reprimida (2022) e estabilização em patamar elevado (2023–2024), com liderança persistente do Sudeste e ganho relativo consistente do Nordeste e do Sul, enquanto o Norte e o Centro-Oeste, apesar do crescimento acumulado expressivo, ainda espelham maior sensibilidade a flutuações de capacidade (reco pontual no Centro-Oeste em 2024). Esse padrão é compatível com a difusão de protocolos e da videocirurgia, maior integração com endoscopia terapêutica e



organização de fluxos que priorizam a colecistectomia precoce quando indicada; portanto, para sustentar ganhos e reduzir reinternações por complicações da doença litíase biliar, recomenda-se consolidar o acesso oportuno à cirurgia, ampliar CPRE e imagem de urgência, fortalecer centros de curta permanência, monitorar tempos de espera e permanência hospitalar, e direcionar investimento incremental às macrorregiões com maior vulnerabilidade operacional (especialmente Norte e partes do Centro-Oeste), garantindo equidade e previsibilidade assistencial no SUS.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**. SIH/SUS – Internações por colelitíase/colecistite, 2020–2024. Brasília, 2025.
- GOMES, Luciana Maria Prado; BATISTA, Jefferson Felipe Calazans; LIMA, Sonia Oliveira. Morbidade e mortalidade por colecistite e colelitíase biliar no Brasil, macrorregiões e estados no período de 2012–2021. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 14, p. e14963, 2 jan. 2024.
- HERMÓGENES, Thaynara Caroline Silva et al. Colecistite aguda: uma revisão abrangente sobre a epidemiologia, fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnóstico, classificação, tratamento, prognóstico e complicações. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 5, p. 20288–20303, 11 set. 2023.
- JUNIOR, Emerson Schindler et al. Abordagem diagnóstica e tratamento da colecistite aguda: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 9, p. e8772, 2 set. 2021.
- MIURA, Fumihiko et al. Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis. **Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences**, v. 25, n. 1, p. 31–40, jan. 2018.
- ROCCO, Mateus et al. Impact of the COVID-19 pandemic on elective and emergency surgical procedures in a university hospital. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 49, p. e20223324, 2022.
- SCHIRMER, Bruce D.; WINTERS, Kathryn L.; EDLICH, Richard F. Cholelithiasis and cholecystitis. **Journal of Long-Term Effects of Medical Implants**, v. 15, n. 3, p. 329–338, 2005.
- WANG, Xin et al. Global epidemiology of gallstones in the 21st century: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, v. 22, n. 8, p. 1586–1595, ago. 2024.