



## ***Técnicas Bariátricas: Vantagens, desvantagens e indicações das principais técnicas cirúrgicas***

Bianca Cajé Nunes<sup>1</sup>, Ana Tedesco Vourodimos<sup>2</sup>, Andreza Werli<sup>3</sup>, Arillany da Silva Mendes Cortes<sup>4</sup>, Bruna Santana Araújo<sup>5</sup>, Camila Silva Cruz<sup>2</sup>, Daniel de Oliveira Correa<sup>6</sup>, Diogo Ibarгойen Rech<sup>7</sup>, Elaine da Silva Chales<sup>1</sup>, Gabriel Antonio Lemos Torres<sup>8</sup>, Maria Cláudia Albuquerque Castelo Branco<sup>1</sup>, Mariana Jordan Algaranaz<sup>1</sup> e Yasmin Miralles Martinez<sup>9</sup>

<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n10p1737-1749>

Artigo recebido em 21 de Agosto e publicado em 11 de Outubro



### **ARTIGO DE REVISÃO**

#### **RESUMO**

**Introdução:** A obesidade é uma epidemia mundial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, que compromete a saúde dos indivíduos, sendo um fator de risco para comorbidades como dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares, entre outras. O seu tratamento envolve mudanças de hábitos de vida, abordagens nutricionais, farmacológicas e cirúrgicas, principalmente quando os pacientes não respondem a esses tratamentos. A cirurgia bariátrica vem com o objetivo de promover redução de peso e manutenção dele a longo prazo, levando a completa resolução ou melhora das doenças relacionadas com a obesidade, sendo indicada para aqueles que tem um grau de obesidade grave calculado a partir do IMC, associado ou não a comorbidades, que tem como pré requisito idade > 16 anos e < 65 anos e tentativas falhas do manejo clínico. Há um conjunto de técnicas que deve ser escolhida conforme cada caso, sendo elas, bypass gástrico, gastrectomia vertical (Sleeve), duodenal switch e banda gástrica ajustável. Considerando as diversas técnicas cirúrgicas, é essencial compreender indicações, vantagens e desvantagens de cada procedimento, visando a escolha do melhor para cada paciente. **Objetivo:** Compreender as indicações, vantagens e desvantagens das técnicas bariátricas. **Material e métodos:** Este estudo pesquisou a literatura sobre diferentes técnicas cirúrgicas para tratar a obesidade, destacando suas indicações, benefícios e desvantagens. A análise baseou-se em artigos científicos detalhados e diretrizes clínicas, focando na eficácia na perda de peso, impactos nas comorbidades associadas ao excesso de peso e possíveis complicações, visando facilitar a seleção do tratamento mais adequado para cada pessoa com obesidade grave. **Resultados:** O estudo demonstrou que a cirurgia bariátrica, particularmente o bypass gástrico e a gastrectomia vertical, apresenta resultados positivos na redução de peso e na melhora de condições de saúde associadas à obesidade, ressaltando a necessidade de adaptar a seleção do método às especificidades de cada paciente. **Conclusão:** A cirurgia bariátrica representa uma opção eficiente no combate à obesidade



severa, sendo necessário personalizá-la de acordo com as particularidades de cada paciente e as pesquisas que evidenciam sua eficácia na redução de peso e na melhora de condições associadas, além de proporcionar um aumento na qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Obesidade; Cirurgia bariátrica; Técnicas bariátricas; Bypass gástrico; Gastrectomia vertical; Comorbidades; Duodenal switch; Perda de peso;

## **Bariatric Techniques: Advantages, Disadvantages, and indications of the main surgical procedures**

**ABSTRACT: Introduction:** Obesity is a global epidemic characterized by excessive body fat accumulation, compromising individual health and serving as a risk factor for comorbidities such as dyslipidemia, type 2 diabetes mellitus, and cardiovascular diseases. Its treatment involves lifestyle changes, nutritional approaches, pharmacological interventions, and surgical options, particularly when patients do not respond to these treatments. Bariatric surgery aims to promote weight reduction and long-term maintenance, leading to the complete resolution or improvement of obesity-related diseases. It is indicated for individuals with severe obesity, as assessed by Body Mass Index (BMI), with or without comorbidities, and who meet the prerequisites of being aged between 16 and 65 years and having failed previous clinical management attempts. A range of surgical techniques must be chosen according to each case, including gastric bypass, vertical sleeve gastrectomy, duodenal switch, and adjustable gastric banding. Understanding the indications, advantages, and disadvantages of these various surgical techniques is essential for selecting the most appropriate procedure for each patient. **Objective:** To understand the indications, advantages, and disadvantages of bariatric techniques. **Material and Methods:** This study reviewed the literature on different surgical techniques for treating obesity, highlighting their indications, benefits, and drawbacks. The analysis was based on detailed scientific articles and clinical guidelines, focusing on weight loss efficacy, impacts on obesity-related comorbidities, and potential complications, aiming to facilitate the selection of the most suitable treatment for individuals with severe obesity. **Results:** The study demonstrated that bariatric surgery, particularly gastric bypass and vertical sleeve gastrectomy, shows positive outcomes in weight reduction and improvement of health conditions associated with obesity, emphasizing the necessity to tailor the method selection to each patient's specific characteristics. **Conclusion:** Bariatric surgery represents an effective option in combating severe obesity, necessitating personalization according to individual patient characteristics and research evidencing its efficacy in weight reduction and improvement of related conditions, in addition to enhancing quality of life.

**Keywords:** Obesity; Bariatric surgery; Bariatric techniques; Gastric bypass; Vertical sleeve gastrectomy; Comorbidity; Duodenal switch; Weight loss.



**Instituição afiliada** – 1-Universidade Paulista – UNIP – campus Alphaville, Santana de Parnaíba – SP, Brasil. 2- Universidade Municipal de São Caetano do Sul – campus São Paulo, SP, Brasil. 3- Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Minas Gerais, Brasil. 4- Faculdade das Américas – FAM – São Paulo, SP – Brasil. 5- Universidad Politecnica y Artística del Paraguay – UPAP – Cidade del Este, Paraguai. 6- Universidade Abierta Interamericana – UAI, Santa Fe – Argentina. 7- Hospital Santa Casa de Porto Alegre – Porto Alegre, RS – Brasil. 8-Universidade Nove de Julho – campus Osasco – SP, Brasil. 9- Centro Universitário São Camilo – São Paulo, SP - Brasil.

**Autor correspondente:** *Bianca Cajé Nunes* - e-mail: [biancacaje53@gmail.com](mailto:biancacaje53@gmail.com)

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





***Técnicas Bariátricas: Vantagens, desvantagens e indicações das principais técnicas cirúrgicas***  
Nunes et. al.

## **INTRODUÇÃO**

Segundo à Resolução do Conselho Federal de Medicina (N.º 1.942/10, 2010): "A obesidade é uma doença cada vez mais comum, cuja prevalência já atinge proporções epidêmicas".

Considerada como uma Síndrome crônica, a obesidade apresenta características importantes, relacionadas a fatores biopsicossociais como: diminuição na prática de atividade física, excesso de ingestão calórica nutricional, estilo de vida como consumo de álcool, condições socioeconômicas e educacional. Relacionados a fatores genéticos como herança poligênica, fatores psicológicos emocionais e a estresse, à iatrogenia farmacêutica, ritmo circadiano como redução de sono e ambientais como a poluição. Esses aspectos multifatoriais, contribuem para o acúmulo excessivo de gordura corporal, característica clínica significativa da obesidade (TRATADO DE OBESIDADE E DIRETRIZ BRASILEIRA DE OBESIDADE, 2016).

Além disso, ocorre o risco de doenças associadas ao sobrepeso e a obesidade acarretando prejuízos à saúde, tais como: Dislipidemia, Diabetes mellitus tipo 2, Doenças cardiovasculares, Dificuldades respiratórias, Neoplasias, Derrame, Osteoartrite, Doença hepática, Apneia obstrutiva do sono e Depressão.

Diante desse cenário clínico, o país vem focando através das Políticas Públicas de Saúde relacionadas tratamentos clínicos como as Técnicas Bariátricas para a promoção da saúde.

Essa escolha parte do reconhecimento que muitas vezes indivíduos que possuem alguma incapacidade ou desvantagem diante da maioria acabam por desenvolverem patologias associadas, bem como, por serem excluídos através de preconceitos construídos e alimentados pela sociedade, assim como do reconhecimento da dificuldade e da ineficácia de assistências que promovam a autonomia desses indivíduos que compõe um grupo social.

Atualmente, as práticas para promoção da saúde têm como ideais comuns assuntos que se repetem na maior parte de estudos mais recentes sobre o tema: a sua descentralização, defendendo um método interdisciplinar de assistência social em rede (SANTOS, 2010; BENELLI, 2015; BERNARDES, 2016; SURJUS, 2017) e promoção da autonomia (MACEDO, 2008; REZENDE, 2009; SANTOS, 2010; TADA, 2012) de um indivíduo social, ou seja, a busca por capacitar aqueles que precisam de assistência social a ser responsáveis por suas próprias vidas, desde as atividades mais simples até a sua vida em sociedade, educando inclusive a comunidade a reconhecer as diferenças como parte do todo e a lidar com isso com respeito e ética (QUINTÃO, 2005; MACEDO, 2008; SANTOS, 2010; TADA, 2012; BENELLI, 2015; BERNARDES, 2016; SURJUS, 2017).

Pensando nisso, procuraremos identificar as possíveis práticas médicas, na promoção da saúde, além da relevância científica e social dessa atuação por parte dos profissionais da área médica e quais as consequências da realidade encontrada durante a pesquisa e avaliação dos dados coletados.

A participação da Medicina, nessa promoção multidisciplinar da saúde é capaz de permitir grandes avanços, mas ainda há muitos obstáculos e dificuldades a

serem enfrentados.

Ainda nos vemos em um regime que não se adaptou completamente ao que propõe. Os profissionais ainda reproduzem práticas tradicionais médico-assistenciais privatistas, individualizantes e fragmentárias (SANTOS, 2010; BERNARDES, 2016), que acabam por ser excludentes em sua forma de incluir (BENELLI, 2015).

Justamente por isso pode-se notar tamanha necessidade em tornar claro esse objetivo das práticas multidisciplinares em lidar de forma inclusiva e completa na promoção da saúde de pessoas com realidades complexas.

Nesse sentido, órgãos reguladores contribuem com o avanço de normas de normas e procedimentos de caráter experimental e ético, que contribuem para o aprofundamento do conhecimento teórico metodológico, relacionado as contribuições clínicas e seus mecanismos de funcionamento relacionados as cirurgias bariátricas, vantagens, desvantagens.

- Classificação, Identificação e Avaliação Precoce de Risco

A identificação precoce e a avaliação de risco, favorecem a promoção de intervenções adequadas que possam contribuir para a promoção de saúde, redução e mortalidade associada.

Para avaliar o excesso de gordura é necessário a medida do índice de massa corporal (IMC), que quando superior a  $30\text{kg/m}^2$  considera-se obesidade e quanto à gravidade é classificado como obesidade grau I quando o IMC se situa entre 30 e  $34,9\text{kg/m}^2$ , obesidade grau II quando IMC está entre 35 e  $39,9\text{kg/m}^2$  e obesidade grau III quando o IMC igual ou maior que  $40\text{kg/m}^2$  (CIRURGIA BARIÁTRICA: ASPECTOS GERAIS, TÉCNICAS E CONDUTAS DO PRÉ AO PÓS-OPERATÓRIO, 2021).

A adiposidade concentrada na região central do corpo, principalmente abdominal, relaciona-se com maior risco cardiometabólico e a adiposidade periférica, como em membros inferiores tem caráter protetor. Assim, é de suma importância a avaliação antropométrica a partir da anamnese e medidas como altura, peso, IM, circunferência abdominal e de quadril (Tratado de Obesidade).

O tratamento da obesidade é complexo e multidisciplinar que envolve abordagens nutricionais, medicamentosas e mudanças no estilo de vida, entretanto, em alguns casos os resultados do tratamento clínico são insatisfatórios, sendo a cirurgia bariátrica a melhor alternativa, que tem como finalidade além do tratamento da obesidade, a melhora ou completa resolução das comorbidades relacionadas.

Os fármacos utilizados no tratamento da doença são adjuvantes as terapias com foco na mudança de hábitos de vida, orientações nutricionais para diminuir calorias na alimentação e exercícios que aumentam o gasto calórico feito de forma individualizada e com supervisão médica continuada para garantir eficácia e segurança. Atualmente os medicamentos aprovados no Brasil são a sibutramina, orlistate e liraglutida. (Diretriz de Obesidade).



O sucesso do tratamento da obesidade é quando existe habilidade de atingir e manter uma perda de peso clinicamente útil e que resulte em efeitos benéficos sobre doenças associadas, como DM tipo 2, hipertensão e dislipidemia. A perda de peso de 5% mantida é critério mínimo de sucesso. E a longo prazo depende da vigilância na adequação do nível de atividade física, controle de ingestão alimentar, apoio social, familiar e automonitorização. Por ser uma doença crônica, a obesidade tende a recorrer após a perda de peso, por isso a necessidade de acompanhamento integral e longitudinal do paciente no serviço de saúde. (Diretriz de Obesidade)

Os pacientes que tem IMC igual ou maior que 45 kg/m<sup>2</sup> apresentam diminuição da expectativa de vida e aumento da mortalidade por causa cardiovascular. Contudo, a cirurgia bariátrica é um recurso consistente em casos de obesidade grave com falha documentada de tratamento clínico. De forma geral, é uma intervenção cirúrgica que limita a alimentação e acelera seu fluxo através de alterações estruturais no trato gastrointestinal. As indicações formais para as operações são: idade de 18 a 65 anos, IMC maior que 40 kg/m<sup>2</sup> ou 35 kg/m<sup>2</sup> com uma ou mais comorbidade grave e documentação de que os pacientes não conseguiram perder peso ou manter ele a partir do cuidado médico apropriado e feito regularmente há pelo menos dois anos. Ressalta-se que em pacientes maiores que 65 anos é exigido uma avaliação específica considerando risco cirúrgicos e anestésicos, benefícios da perda de peso, comorbidades e expectativa de vida e limitações da idade como risco de queda e sarcopenia. Já nos pacientes com 16 anos completos e menores que 18 poderão ser operadas a partir de exigências legais, concordância dos pais ou responsáveis legais, avaliação pediátrica, a consolidação das cartilagens das epífises de crescimento dos punhos e outras precauções especiais, com o risco-benefício devendo ser muito bem analisado.

Em 2022, a Sociedade Americana de Cirurgia Metabólica e Bariátrica (ASMBS) e a Federação Internacional para Cirurgia de Obesidade e Distúrbios Metabólicos (IFSO) publicaram indicações atualizadas para cirurgia bariátrica. Os candidatos para um procedimento cirúrgico bariátrico incluem: adultos com IMC maior ou igual a 35 kg/m<sup>2</sup> independente da presença, ausência ou gravidade de comorbidades; adultos com IMC entre 30 e 34,9 kg/m<sup>2</sup> e diabetes tipo 2; adultos com IMC entre 30 e 34,4 kg/m<sup>2</sup> que não conseguem perder peso substancial e sustentável ou melhora da comorbidade com métodos de perda de peso não cirúrgicos. Algumas das comorbidades são: DM tipo 2, apneia obstrutiva do sono, hipertensão, hiperlipidemia, síndrome de obesidade-hipoventilação, doença hepática gordurosa não alcoólica, esteato-hepatite não alcoólica, doença do refluxo gastroesofágico, asma, doença de estase venosa, incontinência urinária grave, artrite debilitante e qualidade de vida prejudicada.

As técnicas aceitas pelo Conselho Federal de Medicina consideradas não experimentais (além do balão intragástrico, como procedimento endoscópico) são divididas em não derivativas sendo elas banda gástrica laparoscópica ajustável e gastrectomia vertical e as derivativas que são a derivação gástrica com reconstituição do trânsito intestinal em Y de Roux chamado também de bypass gástrico e derivações biliopancreáticas a Scopinaro e a duodenal switch.

As contraindicações são absolutas ou relativas, incluindo causas endócrinas tratáveis de obesidade, dependência atual de álcool ou drogas ilícitas, doenças psiquiátricas graves sem controle como depressão grave, psicose não tratada ou transtornos alimentares, risco anestésico e cirúrgico inaceitável classificado como ASA-IV, doença cardíaca grave, coagulopatia grave, dificuldade de compreender riscos, benefícios, resultados esperados, alternativas de tratamento e mudanças no estilo de vida requeridas após procedimento. (Diretriz de Obesidade)

A banda gástrica ajustável é realizada por via laparoscópica, é reversível e pode ter bons resultados, está sendo cada vez menos indicada devido alto grau de insucesso e rebordagens para procedimentos posteriores. Uma cinta é posicionada ao redor do estômago na porção superior perto a cárdia, com uma porção interna de silicone que pode ser ajustada por um portal suturado na musculatura abdominal abordável por injeções periódicas de pequenos volumes de soro fisiológico que insuflam o silicone.

O balão intragástrico (BIG) é feito por procedimento endoscópico e não cirúrgico. Pode ser usado como auxiliar para perda de peso no pré-operatório. O limite de tempo de uso é de seis meses e se precisar recolocá-lo é necessário um intervalo de 30 dias. Te, baixo risco e cursa com reganho de peso após retirada.

A derivação gástrica em Y-de-Roux (DGYR), é a mais feita, cria-se pequena câmara ou bolsa gástrica junto a pequena curvatura e pela exclusão do restante do estômago, incluindo todo o fundo e o antro gástrico, duodeno e porção inicial do jejuno. Leva a saciedade precoce. É necessário reposição vitamínica e monitoramento dos níveis de vitaminas e ferro.

A derivação biliopancreática com gastrectomia horizontal (Scopinaro), faz-se a exclusão de todo o jejuno e parte do íleo (2,5 m) e cria-se uma alça intestinal comum de 50 cm. A perda de peso se faz por má absorção lipídica e calórica, por isso há muitos efeitos adversos como diarreia, flatus fétidos e desnutrição. Derivação biliopancreática com duodenal switch em que se realiza gastrectomia vertical com preservação do piloro e anastomose entre o íleo e a primeira porção do duodeno para minimizar efeitos adversos. Mesmo assim, a técnica cursa com desnutrição e diarreia.

Gastrectomia vertical ou sleeve, geralmente faz-se a excisão de cerca de 80% da curvatura maior do estomago deixando u tubo estreito. Uma sonda é passada transoral até o piloro contra a pequena curvatura e um grampeador laparoscópico é introduzido e disparado consecutivamente ao longo do comprimento da sonda até o angulo de His. A parte do estomago separada é removida e um dreno é colocado. Há riscos de sangramento e fístulas.

Para isso existe um conjunto de técnicas que para melhor escolha deve-se levar em consideração as vantagens e desvantagens.

## **METODOLOGIA**

Este estudo foi conduzido como uma pesquisa qualitativa, realizando uma revisão da literatura, visando identificar e analisar as principais técnicas cirúrgicas utilizadas no tratamento da obesidade, suas indicações, vantagens e

desvantagens. A investigação foi conduzida em grandes bases de dados acadêmicas, tais como PubMed, Scopus e Google Scholar, abrangendo publicações de 2010 a 2024. Foram estabelecidos critérios de inclusão baseados em estudos que abordassem a eficácia na redução do peso, os efeitos nas doenças relacionadas à obesidade e as complicações associadas às distintas técnicas cirúrgicas.

Primeiramente, uma pesquisa abrangente foi conduzida utilizando termos como "cirurgia bariátrica", "técnicas bariátricas", "bypass gástrico", "gastrectomia vertical", "duodenal switch" e "comorbidades". Os itens escolhidos foram submetidos a uma avaliação, na qual foram removidos aqueles que não cumpriam os requisitos de qualidade metodológica ou que não tinham informações relevantes para a análise proposta. Após a escolha dos artigos, ocorreu uma avaliação qualitativa dos dados, levando em conta a eficácia na diminuição do índice de massa corporal (IMC), a melhoria das comorbidades relacionadas, o perfil de complicações e a satisfação dos pacientes com os resultados alcançados. Os dados foram organizados em planilhas e diagramas para tornar mais fácil a comparação entre as distintas abordagens cirúrgicas.

A abordagem também envolveu a avaliação das orientações clínicas e sugestões de entidades renomadas, como a SBCBM e a ASMBS. Estas orientações foram empregadas para sustentar os resultados da análise e assegurar que as informações estivessem em concordância com as últimas práticas no campo da cirurgia bariátrica. Também foram levados em conta os aspectos éticos da pesquisa, assegurando que todos os dados fossem obtidos de fontes de acesso público e que a privacidade dos indivíduos citados nos estudos fosse preservada. No desfecho, os resultados foram analisados considerando a situação atual da obesidade como um problema de saúde pública, destacando a necessidade de selecionar corretamente a técnica cirúrgica com base nas particularidades de cada paciente, com o objetivo não só de promover a perda de peso, mas também de melhorar a qualidade de vida e diminuir as condições médicas relacionadas.

## **RESULTADOS**

A pesquisa mostrou que as técnicas cirúrgicas mais usadas no tratamento da obesidade são a derivação gástrica em Y de Roux (DGYR), a gastrectomia vertical (sleeve) e a derivação biliopancreática. As informações obtidas indicam que: A DGYR e a gastrectomia vertical mostraram ser eficientes na redução significativa do IMC, com uma média de perda de peso de 50% a 70% do excesso de peso em dois anos após a operação. A cirurgia bariátrica apresentou melhora em condições relacionadas à obesidade, como diabetes tipo 2, hipertensão e apneia obstrutiva do sono. Aproximadamente 80% dos pacientes com diabetes tipo 2 tiveram remissão depois da cirurgia. Quanto as complicações foram relativamente baixas, variando de 2% a 5%. As complicações mais frequentes incluíram deficiências nutricionais, as quais demandaram acompanhamento e intervenções nutricionais.

A maioria dos pacientes expressou satisfação com os resultados, indicando



melhorias na qualidade de vida e na autoconfiança. A adesão ao acompanhamento pós-operatório foi crucial para assegurar os resultados a longo prazo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A obesidade é uma condição complexa que demanda abordagens multifacetadas e um tratamento individualizado. As técnicas cirúrgicas, como a DGYR e a gastrectomia vertical, demonstraram ser eficazes não apenas na perda de peso, mas também na resolução de comorbidades associadas, evidenciando sua relevância no tratamento da obesidade grave. Entretanto, é crucial que se faça uma avaliação minuciosa das particularidades e demandas de cada paciente, levando em conta os riscos e vantagens.

Além disso, a promoção de um acompanhamento constante e multidisciplinar é indispensável para manter a perda de peso e a saúde a longo prazo. As políticas governamentais devem continuar incentivando o acesso a esses procedimentos e instruindo os pacientes sobre as mudanças de estilo de vida necessárias para maximizar os resultados. Por fim, a pesquisa enfatiza a importância de uma compreensão mais ampla da obesidade como um problema de saúde pública, enfatizando a relevância de abordagens inclusivas e integradas para a promoção da saúde e bem-estar dos indivíduos afetados.

## REFERÊNCIAS

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). Cirurgia bariátrica. 2022. Disponível em: [https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2022/04/Ebook-Cirurgia-Bariatrica\\_Abeso-1.pdf](https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2022/04/Ebook-Cirurgia-Bariatrica_Abeso-1.pdf). Acesso em: 19 set. 2024.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). Manual de diretrizes de codificação em cirurgia bariátrica e metabólica. 2021. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Manual-de-Diretrizes-de-Codificac%CC%A7a%CC%83o-em-Cirurgia-Bariatrica-e-Metabolica-1.pdf>. Acesso em: 20 set. 2024.
3. SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (SOCESP). Revista da SOCESP. 2020. Disponível em: <https://socesp.org.br/revista/assets/upload/revista/38cddb1e1c44b81c10c69e5cd51a99ad.pdf>. Acesso em: 21 set. 2024.
4. SILVA, A. R. da; MENDES, F. P. A. A importância da abordagem interdisciplinar na cirurgia bariátrica. ABCDM - Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, v. 32, n. 1, p. 1-5, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/w3QzJRsbRbcnphkjdBKngq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 set. 2024.
5. BRASIL. Cirurgia bariátrica: livro completo. 2. ed. São Paulo: Editora Saúde, 2021. Disponível em: <https://editorasaude.com.br/wp-content/uploads/2021/09/LIVRO-CIRURGIA-BARIATRICA-COMPLETO-COM-CAPA.pdf>. Acesso em: 22 set. 2024.
6. MANCINI, M. C.; GONÇALVES, A. J.; RIBEIRO, M. C. Tratado de obesidade. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2020.
7. UPTO DATE. Bariatric surgery for management of obesity: indications and preoperative preparation. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/bariatric-surgery-for-management-of-obesity-indications-and-preoperative-preparation/abstract/1>. Acesso em: 23 set. 2024.
8. EISENBERG, D.; SHIKORA, S. A.; AARTS, E. Indicações para cirurgia metabólica e bariátrica. Surgical Obesity and Related Diseases, v. 18, p. 1345, 2022.
9. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). Diretriz brasileira de obesidade. 4. ed. 2016.
10. BENELLI, S. J.; FERRI, G. G.; JUNIOR, N. F. Problematizando a noção de rede, suas origens e algumas de suas aplicações atuais. Revista de Psicologia da UNESP, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 54-73, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v14n2/a06.pdf>. Acesso em: 25 set. 2024.
11. BERNARDES, A. G. et al. Psicologia e regimes de verdade nas práticas de promoção da saúde. Revista de Psicologia Fractal, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 2-8, jan./abr. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922016000100002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922016000100002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 25 set. 2024.
12. MACEDO, P. C. M. Deficiência física congênita e saúde mental. Revista Brasileira de Saúde Mental, v. 11, n. 2, p. 127-139, dez. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v11n2/v11n2a11.pdf>. Acesso em: 25 set. 2024.
13. MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.
14. QUINTÃO, D. T. da R. Algumas reflexões sobre a pessoa portadora de deficiência e sua relação com o social. Psicologia & Sociedade, Canoas, v. 17, n. 1, p. 17-28, jan./abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n1/a11v17n1.pdf>. Acesso em: 25 set. 2024.
15. REZENDE, M. C.; NERI, A. L. Ajustamento psicológico e perspectiva de velhice pessoal em adultos com deficiência física. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 14, n. 4, p. 767-776, out./dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n4/v14n4a17>. Acesso em: 25 set. 2024.



16. SANTOS, K. L.; QUINTANILHA, B. C.; DALBELLO, A. M. A atuação do psicólogo na promoção da saúde. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 12, n. 1, p. 181-196, mar. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v12n1/v12n1a15.pdf>. Acesso em: 25 set. 2024.
17. SILVA, E. F. G. da; SANTOS, S. E. de B. Fenomenologia existencial como caminho para pesquisa qualitativa em psicologia. *Revista do NUFEN*, Belém, v. 9, n. 3, p. 110-126, set. 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912017000300008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912017000300008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 25 set. 2024.
18. TADA, I. N. C. et al. Intervenção psicológica com pessoa com deficiência em situação asilar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Porto Velho, v. 32, n. 3, p. 744-753, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n3/v32n3a17.pdf>. Acesso em: 25 set. 2024.
19. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.131, de 13 de janeiro de 2016. Altera o anexo da Resolução CFM nº 1.942, de 12 de fevereiro de 2010. Publicada no Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jan. 2016. Seção I, p. 66. Retificação publicada no Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jan. 2016. Seção I, p. 287.