

CIRURGIA BARIÁTRICA DO PONTO DE VISTA LEGAL E SUAS INTERFACES SOCIAIS

Bariatric surgery of the legal view and its social interfaces

RODRIGO MENDIETA ALVES

Bacharel em Medicina.

Universidade de Cuiabá – UNIC.

RESUMO

A busca por uma vida saudável, livre de doenças é parte do mundo moderno em que vivemos e conceitua novas formas para a procura de qualidade de vida. Lembrando que pelos dados mundiais a população vem envelhecendo e cada vez mais procurando a jovialidade. Insta mencionar que o tipo cirúrgico, não tem a finalidade da busca pela estética e sim pela qualidade de vida. Neste contexto o Conselho Federal de Medicina, especifica as doenças que poderão ter indicação para a realização da cirurgia bariátrica, traça novos perfis para a realização desse procedimento juntamente com novos conceitos e parâmetros já consagrados na atualidade e nos mostra a importância do ser humano na busca da qualidade de vida e longevidade.

Palavras-chaves: Cirurgia bariátrica, legalidade, indicações, vantagens e desvantagens, nutrientes.

SUMMARY

The search for a healthy, disease-free life is part of the modern world in which we live and conceptualizes new ways to search for quality of life. Recalling that by the world data the population is aging and more and more looking for cheerfulness. It urges to mention that the surgical type, is not for the purpose of the search for esthetics but for the quality of life. In this context, the Federal Council of Medicine specifies the diseases that may be indicated for the accomplishment of bariatric surgery, traces new profiles for the accomplishment of this procedure together with new concepts and parameters already consecrated in the present time and shows us the importance of the human being in the search Quality of life and longevity parameters already consecrated in the present time and shows us the importance of the human being in the search Quality of life and longevity.

Keyword: Bariatric surgical, legality, indications, advantages and disadvantages, nutrients.

INTRODUÇÃO:

A obesidade humana já foi considerada uma condição de saúde e beleza, especialmente no caso das mulheres, retratadas por artistas como exemplos dos padrões vigentes à época, como ocorreu na Idade Média. No entanto, a partir da metade do século passado, tem sido uma preocupação mundial destacada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como uma doença letal visto sua cronicidade e seu aspecto progressivo, JENSEN, 1997¹.

Segundo a publicação do International Journal of Nutrology, v.8, n.2, p. 39-49, Mai/Ago 2015² a obesidade é uma das maiores epidemias do século XXI e está associada a diversas comorbidades.

Neste diapasão, surgem para o tratamento da obesidade os procedimentos cirúrgicos, que visam à redução da área de absorção de nutrientes pelo corpo humano. Este tipo cirúrgico foi difundido no mundo inteiro, com os registros das primeiras cirurgias bariátricas, assim conhecidas, foi realizada por Kremen e Liner em 1954. Nessa ocasião, o procedimento foi feito com o intuito de promover a redução de peso e foi utilizado o By-Pass (desvio) do intestino.

Em 1982, foi feita a inserção desse método cirúrgico que se tornou bastante utilizado ao longo dos anos, a gastroplastia vertical com bandagem. Esse método é simples e com poucas complicações. No início dos anos 90, surgiu um novo tipo cirúrgico que utilizava os mecanismos associados à restrição dos alimentos e a má absorção dos nutrientes, método desenvolvido por Rafael Capella. Esse procedimento tem seu nome, sendo bastante utilizado atualmente, MIGUEL et al., 2011³.

¹ JENSEN, M. D. Health consequence of fat distribution. **Hormones Research**. v.48. s.5. p.88-92. 1997.

² Ramos, Camila Perlin. Mello, Elza Daniel. **Manejo nutrológico no pós-operatório de cirurgia bariátrica**. International Journal of Nutrology, v.8, n.2, p. 39-49, Mai / Ago 2015.

³ MIGUEL, G. P. S.; AZEVEDO, J. L. M. C.; SOUZA, P. H. O.; SIQUEIRA NETO, J; MUSTAFA, F.; ZAMBRANA, E. S.; CARVALHO, P. S. Erosive Esophagitis after Bariatric Surgery: Banded Vertical Gastrectomy versus Banded Roux-en-Y Gastric Bypass. **Obesity Surgery**. v.21. p.167-172. 2011.

Assim, o intuito deste trabalho é contextualizar os tipos cirúrgicos utilizados e suas interfaces mórbidas, do ponto de vista legal.

A legislação:

A Resolução nº 2.131/2015⁴, do Conselho Federal de Medicina, especifica as doenças que poderão ter indicação para a realização da cirurgia bariátrica, traça novos perfis para a realização desse procedimento juntamente com novos conceitos e parâmetros já consagrados na atualidade. Essa Resolução tem como fundamento arrolado, a obesidade como doença cada vez mais comum, cuja prevalência atinge proporções epidêmicas, associadas à doenças cardiovasculares e alguns cânceres, bem como nas intervenções adequadas que possam ser realizadas para reduzir a mortalidade de acordo com o avanço do conhecimento científico.

Estudos evidenciam a disfunção no tecido adiposo e sua relação com a obesidade, a qual aumenta os riscos de diabetes, doenças cardiovasculares e câncer. Dentre os processos biológicos, inflamação e fibrose são duas vertentes que explicam as consequências metabólicas da obesidade e da lipodistrofia, CHUN, 2012⁵.

Portanto de acordo com a Resolução retro mencionada temos as seguintes indicações:

- Pacientes com índice de massa corpórea (IMC) acima de 40 kg/m².
- Pacientes com maior que 35kg/m², nos casos de diabetes tipo 2, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronária, osteo-artrites, consta na nova resolução a inclusão de doenças cardiovasculares - infarto do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral, hipertensão e fibrilação

⁴ http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2131_2015.pdf. Acesso em: 25 de novembro de 2016.

⁵ CHUN, T. H., Peri-adipocyte ECM remodeling in obesity and adipose tissue fibrosis **Adipocyte**. v.2. p.89-95 e 96. 2012.

atrial, cardiomiopatia dilatada, cor pulmonale e síndrome de hipoventilação, asma grave não controlada, osteoartroses, hérnias discais, refluxo gastroesofageano com indicação cirúrgica, colecistopatia calculosa, pancreatites agudas de repetição, esteatose hepática, incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade masculina e feminina, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos, veias varicosas e doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática, estigmatização social e depressão.

- Idade: maiores de 18 anos.
- Obesidade estabelecida conforme os critérios acima, com tratamento clínico prévio insatisfatório de, pelo menos, dois anos.

Desta feita, expomos os procedimentos cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina:

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CONCEITOS	VANTAGENS	DESVANTAGENS
ENDOSCÓPICOS BALÃO INTRAGÁSTRICO	Relaciona-se à colocação de um balão intragástrico por via endoscópica, com cerca de 500 ml de líquido, objetivando diminuir a capacidade	Método provisório: o balão deve ser retirado no prazo recomendado pelo fabricante.	Aderências ao estômago; passagem para o duodeno; intolerância ao balão, com vômitos incoercíveis; úlceras e erosões gástricas; esvaziamento espontâneo do balão; obstrução intestinal por migração do balão; perfuração gástrica; infecção fúngica em torno do balão. CONTRA-INDICAÇÕES: esofagite

	<p>gástrica do paciente, provocando a saciedade e diminuindo o volume residual disponível para os alimentos.</p>		<p>de refluxo; hérnia hiatal; estenose ou divertículo de esôfago; lesões potencialmente hemorrágicas, como varizes e angiodisplasias; cirurgia gástrica ou intestinal de ressecção; doença inflamatória intestinal; uso de anti-inflamatórios, anticoagulantes, álcool ou drogas e transtornos psíquicos.</p>
<p>CIRÚRGICOS NÃO DERIVATIVOS: BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL</p>	<p>É uma prótese de silicone que, colocada em torno do estômago proximal, o faz ter a forma de uma ampulheta.</p>	<p>Método reversível, pouco agressivo, permite ajustes individualizados no diâmetro da prótese, mínimas repercussões nutricionais. Sua retirada possibilita realizar outros procedimentos bariátricos. Não há secção e sutura do estômago. Baixa morbimortalidade operatória e retorno precoce às atividades habituais.</p>	<p>Perda de peso que pode ser insuficiente a longo prazo; exige estrita cooperação do paciente em seguir as orientações dietoterápicas; riscos inerentes ao uso permanente de corpo estranho; inadequada para alguns pacientes, comedores de doce, portadores de esofagite de refluxo e hérnia hiatal volumosa; possibilidade de ocorrência de complicações a longo prazo, como migração intragástrica da banda, deslizamento da banda e complicações com o reservatório. Os resultados pobres e o alto índice de reoperação deixam a indicação desta técnica como exceção</p>

<p>CIRÚRGICOS NÃO DERIVATIVOS: GASTRECTOMIA VERTICAL</p>	<p>Técnica conhecida como gastrectomia em manga ou gastrectomia longitudinal. Funcionam com restrição gástrica, com remoção de 70% a 80% do estômago proximal ao antro, assim como outros mecanismos neuroendócrinos e fisiológicos associados.</p>	<p>Não exclui o duodeno do trânsito alimentar, portanto não interfere no sítio de absorção de ferro, cálcio, zinco e vitaminas do complexo B; pode ser transformada, em caso de insucesso. É um procedimento bariátrico do armamentário cirúrgico que possui aceitação global, com bons resultados em múltiplos centros em vários países.</p>	<p>Método irreversível, que pode produzir complicações de alta gravidade e difícil tratamento, como a fístula junto a ângulo de Hiss (esôfago-gástrico), porém em baixa incidência.</p>
<p>CIRURGIAS DERIVATIVAS: Cirurgia de derivação gástrica com reconstituição em Y de Roux sem ressecção gastrointestinal (bypass</p>	<p>As cirurgias derivadas são aquelas que desviam o trajeto do alimento pelo tubo digestório</p>	<p>Perda de peso adequada e duradoura, com baixo índice de insucesso; trata também a doença do refluxo</p>	<p>Tecnicamente mais complexa; acesso limitado ao estômago excluído e ao duodeno para métodos radiológicos e endoscópicos; passível de complicações, como deiscência de suturas; maiores chances de</p>

gástrico)	e por diversos mecanismos de ação que incluem má absorção de gorduras e levam a perda ponderal significativa a longo prazo.	gastroesofageano; apresenta taxas aceitáveis de complicações em longo prazo; é potencialmente reversível, embora com dificuldade técnica; apresenta bons resultados em termos de melhoria da qualidade de vida e doenças associadas. Essa operação também apresenta efeitos metabólicos independentes da perda de peso. Ocorrem modificações funcionais e hormonais do tubo digestório, com efeitos benéficos adicionais sobre o controle ou reversão das comorbidades metabólicas, em especial sobre o	deficiências proteicas e anemia do que as cirurgias restritivas.
-----------	---	---	--

		diabetes tipo 2.	
<p>CIRURGIAS</p> <p>DERIVATIVAS:</p> <p>A) cirurgia de derivação bílio-pancreática com gastrectomia horizontal (cirurgia de Scopinaro);</p> <p>B) cirurgia de derivação bílio-pancreática com gastrectomia vertical e preservação do piloro (cirurgia de duodenal switch).</p>	<p>Essas técnicas também apresentam efeitos independentes da perda de peso. Ocorrem modificações funcionais e hormonais do tubo digestório, com efeitos benéficos adicionais sobre o controle ou reversão das comorbidades metabólicas, em especial sobre o diabetes tipo 2 e a dislipidemia.</p>	<p>Há menor restrição da ingestão alimentar; são muito eficazes em relação à perda de peso e manutenção em longo prazo; o reservatório gástrico é completamente acessível aos métodos de investigação radiológica e endoscópica.</p>	<p>Mais sujeitas às complicações nutricionais e metabólicas de controle mais complexo, tais como deficiência de vitaminas lipossolúveis, deficiência de vitamina B12, cálcio e ferro; desmineralização óssea; úlcera de boca anastomótica; aumento do número de evacuações diárias, com fezes e flatos muito fétidos.</p>

TABELA: 01: Tipos de procedimentos cirúrgicos, conceitos, vantagens e desvantagens à luz do anexo da RESOLUÇÃO CFM Nº 2.131/2015⁶

No caso de cirurgias experimentais ou em investigação que são aquelas técnicas realizadas sob protocolo de pesquisa, sob a supervisão de Comissões de Ética

⁶ http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2131_2015.pdf Acesso em 25 de novembro de 2016.

em Pesquisa (CEP) e/ou Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), devem seguir as regulamentações de pesquisas em seres humanos e obrigatoriamente estar registradas na Plataforma Brasil do Conep, e após essa fase deverão ser aprovadas na Câmara Técnica de Novos Procedimentos e Indicações do CFM, nos termos da Resolução 466/12 do CNS, da Resolução 1.499/98 e da Resolução 1.982/2012 do Conselho Federal de Medicina.

Lembramos ainda, a proibição dos procedimentos por derivação jejunoileal exclusiva (término-lateral ou látero-lateral ou parcial) que estão proscritas em vista da alta incidência de complicações metabólicas e nutricionais em longo prazo. Essas complicações ocorrem pela grande quantidade de intestino desfuncionalizado, o que leva a um supercrescimento bacteriano no extenso segmento intestinal excluído, provocando alta incidência de complicações digestivas como diarreia, cirrose, pneumatose intestinal e artrites. Pelo exposto, não mais devem ser realizadas.

No entanto, é importante destacar que o procedimento cirúrgico é um dos meios para a cura da obesidade, independentemente da técnica a ser utilizada e depende de toda a ambiência do indivíduo.

Vida Pós Cirurgia Bariátrica:

De acordo com a publicação do Correio Braziliense⁷ Paulo Sallet, médico assistente do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da USP e um dos autores do trabalho, conta que a compilação de informações sobre o acompanhamento psicológico pós-cirurgia surgiu a partir de 12 anos de observação dos pacientes operados. Segundo

⁷http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/ciencia-e-saude/2011/10/24/interna_ciencia_saude,275280/consequencias-inesperadas-provocadas-pela-cirurgia-bariatrica.shtml. Acesso em: 25 de novembro de 2016.

ele, embora grande parte deles tenha efetiva melhora de condições clínicas e funcionais, como menos risco de morrer por doenças cardiovasculares (-56%), câncer (-60%) e diabetes (-92%), alguns podem apresentar complicações psicossociais. “Fatores como autoimagem corporal, traços de personalidade e presença de compulsão alimentar prévios à intervenção, dentre outros, têm sido implicados na evolução e no prognóstico desses pacientes”, completa Sallet. Entre os problemas, está o aumento do transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), complicação mais recorrente nos pacientes da cirurgia.

Neste contexto foi criada a Pirâmide Alimentar Bariátrica, onde apresentamos de acordo com Moizé VL⁸:

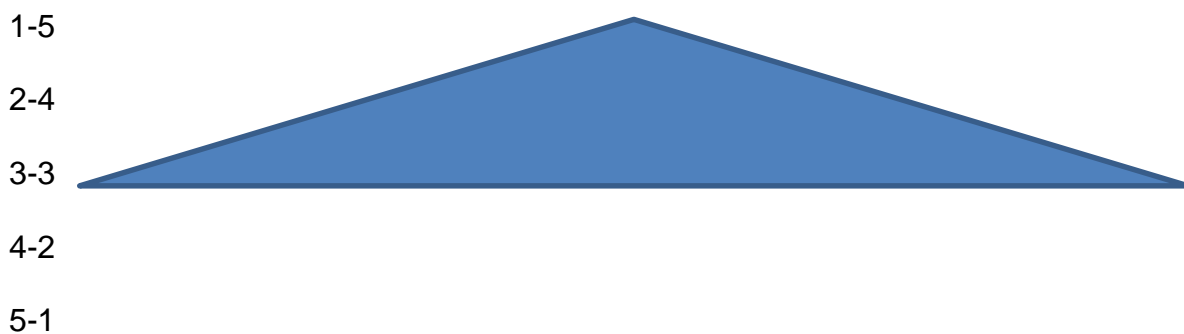


FIGURA 01: Pirâmide Alimentar Bariátrica

1- Na quinta etapa e última da pirâmide é o doce, alimentos gordurosos, refrigerantes e álcool, devem ser evitados. Se você já foi submetido a cirurgia bariátrica, esta pirâmide pode guiá-lo para saber o que comer e quanto comer, para evitar um efeito rebote e evitar ganho de peso mais uma vez.

2- Na quarta etapa da pirâmide mencionasse cereais, leguminosas e vegetais ricos em amido. É aconselhável consumir 2 porções de cereais cozidos, legumes ou vegetais ricos

⁸Moizé VL, Pi Sunyer-X, Mochari H, Vidal J. Nutritional pyramid for post-gastric bypass patients. *Obes Surg.* 2010; 20 (8) :1133-41.

em amido. Equivalente a 90 gramas, no caso de macarrão ou arroz, 30 gramas de pão, 80gr legumes cozidos, 85gr batata e batata doce.

3-No terceiro passo são os vegetais, frutas e óleos vegetais, esses alimentos devem ser consumidos 2 a 3 porções diárias. Algumas frutas como laranja, morango, maçã, uvas, melão e melancia devem ser de 140 gramas, enquanto que frutas como bananas, cerejas e damascos devem ser de 70 gr. A parte legumes devem ser 85 gramas e de todos os tipos. Além disso, a porção de óleo vegetal (de preferência azeite de oliva) é de 1 colher de chá.

4-Na segunda etapa da pirâmide estão os alimentos ricos em proteínas, que devem ser consumidos 4-6 porções: carnes magras (peixe, frango sem pele e carne vermelha) 60 gr, baixo teor de gordura do queijo (50gr queijo duro e 80gr queijos de pasta mole), 140ml de leite, 115ml de iogurte, lentilhas, ervilhas, feijão normal ou preto, soja 80gr e um ovo grande.

5-Na base da pirâmide, detalhando as dicas diárias para seguir, como o consumo de suplementos vitamínicos, minerais, 8 copos de água e atividade física.

É sobretudo importante assinalar a importância dos nutrientes em concordância com a tabela abaixo descrita:

NUTRIENTES	AÇÃO	DEFICIÊNCIA
PROTEÍNAS⁹	Necessárias para a formação dos tecidos corporais, enzimas, hormônios e transporte de substâncias pelo sangue.	Relacionada à grande perda de massa muscular, anemia, queda de imunidade e queda de cabelo.

⁹ <http://www.sbcm.org.br/wordpress/multidisciplinar-coesas/equipe-multidisciplinar/nutricao/> Acesso em: 26 de novembro de 2016.

VITAMINA B12 ¹⁰	É essencial na síntese do ADN, na divisão das células, na formação do sangue, nas sínteses hormonais e neurotransmissores, na proteção dos nervos na medula espinhal e no cérebro (bordos da mielina) e na redução da indesejável <u>homocisteína</u> .	Pode levar a sintomas físicos e mentais, que vão desde a fadiga, depressão, anemia grave e danos à conjuntura neural.
FERRO ¹¹	Mineral necessário para a formação das hemácias	Anemia.
TIAMINA (VITAMINA B1) ¹²	Essencial para o metabolismo dos hidratos de carbono através da suas funções coenzimáticas e desempenha um papel na condução dos impulsos nervosos e no metabolismo aeróbico.	Fadiga, irritabilidade e falta de concentração.
ÁCIDO FÓLICO ¹³	Prevenção de distúrbios do tubo neural	A deficiência de uma destas vitaminas resulta no prejuízo da síntese de DNA em qualquer célula onde esteja ocorrendo replicação e divisão cromossômica.

¹⁰ <http://www.vitamina-b12.net/deficiencia-vitamina-b12/> Acesso em: 26 de novembro de 2016.

¹¹ http://nutricao.saude.gov.br/mn/ferro/ferro_programa_info_geral.php Acesso em: 26 de novembro de 2016.

¹² http://www.roche.pt/emagrecer/vitaminas/v_b1.cfm Acesso em: 26 de novembro de 2016.

¹³ http://www.medicinanet.com.br/bula/7537/dtn_fol.htm Acesso em 26 de novembro de 2016.

VITAMINA D¹⁴	Na célula muscular esquelética, atua por meio do mecanismo clássico de ligação a um receptor nuclear e através da ligação a um receptor de membrana, realizando ações que envolvem o transporte de cálcio, a síntese protéica e a velocidade de contração muscular.	Diminuição da força e da massa muscular, com prejuízo do equilíbrio, propensão à doenças cardiovasculares, fraturas, câncer e diabetes.
CÁLCIO¹⁵	É um eletrólito essencial para a integridade funcional dos sistemas nervoso, muscular e esquelético.	Hipocalcemia. Prevenção e tratamento da osteoporose.
ZINCO¹⁶	É componente de mais de 100 enzimas, abrangendo os que são responsáveis pela síntese do ADN (ácido desoxirribonucleico) e ARN (ácido ribonucleico). Os tecidos que possuem o conteúdo mais alto de zinco são os ossos, o fígado, a próstata e os testículos.	Perda do apetite, queda do cabelo, dermatite, cegueira noturna e alteração do paladar, atraso do desenvolvimento sexual e, nos homens, uma produção reduzida de esperma. O crescimento também pode ser retardado. Podem aparecer perturbações do sistema imunitário do corpo e da capacidade de cicatrização das feridas

TABELA: 02: Principais nutrientes afetados com a absorção do procedimento cirúrgico bariátrico. Ações e deficiências.

¹⁴ http://www.altadiagnosticos.com.br/pdf/artigo_vitamina_d.pdf Acesso em 26 de novembro de 2016.

¹⁵ http://www.medicinanet.com.br/bula/3904/os_cal.htm Acesso em: 26 de novembro de 2016.

¹⁶ <http://www.manuaismsd.pt/?id=161> Acesso em: 26 de novembro de 2016.

CONCLUSÃO:

Ao contextualizar as implicações do procedimento cirúrgico bariátrico, é necessário ter critérios éticos e legais do ponto de vista a verificar cada indivíduo e sua dinâmica corporal num contexto de ambiência.

Ambiência aqui entendido como o ambiente onde vive, seu meio social, seu diagnóstico médico, bem como o diagnóstico social.

Salientamos ainda as precauções para a indicação cirúrgica em concordância com o anexo da Resolução já mencionada, como o não uso de drogas ilícitas ou alcoolismo, ausência de quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados, compreensão, por parte do paciente e familiares, dos riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte sobre o tubo digestivo e da necessidade de acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar, a longo prazo.

Ressalta-se oportunamente, que adolescentes com 16 anos completos e menores de 18 anos poderão ser operados, respeitadas as condições acima, além das exigências legais, de ter a concordância dos pais ou responsáveis legais, a presença de pediatra na equipe multiprofissional e outras precauções especiais, com análise do risco-benefício.

Do ponto de vista legal, a equipe para o tratamento cirúrgico é formada para atuar nos períodos pré, trans-operatório e pós-operatório, composta pelos seguintes profissionais: cirurgião com formação específica, endocrinologista, psiquiatra, nutrólogo, nutricionista e psicólogo, além da equipe de atendimento hospitalar: anestesiológico, fisioterapeuta, enfermeiro, técnico de enfermagem e outras áreas médicas que cada caso requer.

Assim a Cirurgia Bariátrica, é uma das técnicas mais eficazes no controle da obesidade, no entanto é preciso seguir os padrões legais e éticos na sua indicação.

Referências Bibliográficas:

1. AACE/TOS/ASMBS. **Bariatric Surgery Guidelines/Surgery for Obesity and Related Diseases** 2008;4:S109-S184.
2. CHUN, T. H., Peri-adipocyte ECM remodeling in obesity and adipose tissue fibrosis **Adipocyte**. v.2. p.89-95 e 96. 2012.
3. JENSEN, M. D. Health consequence of fat distribution. **Hormones Research**. 1997. v.48. s.5. p.88-92..
4. LEIRO, Larissa Silveira. Araújo, Mariana Silva Melendez. **Adequação de micronutrientes da dieta de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. Com. Ciências Saúde. 2013; 24(4): 353-362.
5. MIGUEL, G. P. S.; AZEVEDO, J. L. M. C.; SOUZA, P. H. O.; SIQUEIRA NETO, J; MUSTAFA, F.; ZAMBRANA, E. S.; CARVALHO, P. S. Erosive Esophagitis after Bariatric Surgery: Banded Vertical Gastrectomy versus Banded Roux-en-Y Gastric Bypass. **Obesity Surgery**. 2011. v.21. p.167-172.
6. MIGUEL, G. P. S.; AZEVEDO, J. L. M. C.; SOUZA, P. H. O.; SIQUEIRA NETO, J; MUSTAFA, F.; ZAMBRANA, E. S.; CARVALHO, P. S. Erosive Esophagitis after Bariatric Surgery: Banded Vertical Gastrectomy versus Banded Roux-en-Y Gastric Bypass. **Obesity Surgery**. 2011. v.21. p.167-172.
7. MOIZÉ VL, PI SUNYER-X, MOCHARI H, VIDAL J. **Nutritional pyramid for post-gastric bypass patients**. *Obes Surg*. 2010; 20 (8) :1133-41.
8. MOIZÉ VL, PI SUNYER-X, MOCHARI H, VIDAL J. **Nutritional pyramid for post-gastric bypass patients**. *Obes Surg*. 2010; 20 (8) :1133-41.
9. MOIZÉ VL, PI-SUNYER X, MOCHARI H, VIDAL J. **Nutritional pyramid for post-gastric bypass patients**. *Obes Surg*. 2010 Aug;20(8):1133-41.

10. RAMOS, Camila Perlin. MELLO, Elza Daniel. **Manejo nutrológico no pós-operatório de cirurgia bariátrica**. International Journal of Nutrology. 2015.v.8, n.2, p. 39-49, Mai / Ago.
11. SOARES, F.L. et al. Food Quality in the Late Postoperative Period of Bariatric Surgery: An Evaluation Using the Bariatric Food Pyramid. **Obesity Surgery**. 2014.v.24, n.9, p.1481-1486.
12. VIGO, Rodolfo Luis. **Ética y resposanbilidad judicial**. 1ª.ed. – Santa Fé: Rubinzal-Culzoni, p.181 a 198.
13. WHO (World Health Organization). Obesity. Situation and Trends. **Global Health Observatory**, 2014c. Disponível em: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity_text/en/index.html. Acesso em: 25 de novembro de 2016.
14. WYNN, T. A. Common and unique mechanisms regulate fibrosis in various fibroproliferative diseases. **Journal of Clinical Investigation**. 2007. v.117. p.524–529.
15. YAGER, SF. Role of the dietitian in a multidisciplinary bariatric program. **Bariatric Nursing and Surgical In Patient Care** 2008; 3(2):107-16.
16. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. 2010.**
17. SHILLS, M.E.; OLSON, J.A.; SHIKE, M.; ROSS, A.C. **Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença**. Última edição, São Paulo: Editora Manole.
18. BRAY G, BOUCHARD C. Handbook of Obesity. Clinical Applications. Última edição. Editora Informa Healthcare.

19. VANNUCHI H, MARCHINI JS. – **Série Nutrição e Metabolismo – Nutrição Clínica.**
Editora Guanabara, Koogan, Última edição.
20. SHIKORA S, BLACKBURN GL. Nutrition Support: Theory and Therapeutics. Chapman & Hall Series in Clinical Nutrition, **Última edição**
21. LONGO DL, FAUCI AS, KASPER DL, HAUSER SL, JAMESON JL, LOSCALZO J. **Medicina Interna de Harrison.** Última edição, Editora Mc Graw-Hill,
22. ROMBEAU JL, ROLANDELLI RH. **Clinical Nutrition: Parenteral Nutrition.** Última edição, Editora Saunders.
23. VANNUCHI H, Marchini JS. – **Série Nutrição e Metabolismo – Nutrição Clínica.**
Editora Guanabara, Koogan, Última edição.
24. Carlos Alberto Nogueira de Almeida & Durval Ribas Filho. **Dicionário Brasileiro de Nutrologia,** Editora Atheneu. Última edição
25. MACHADO JC e cols. – **Série Nutrição e Metabolismo – Manual de Procedimentos em Nutrologia.** Editora Guanabara Koogan, Última edição.
26. ROMBEAU JL, ROLANDELLI RH. **Nutrição Clínica. Nutrição Parenteral,** 3ª Editora, Tradução Editora Roca, Última edição.
27. http://nutricao.saude.gov.br/mn/ferro/ferro_programa_info_geral.php Acesso em: 26 de novembro de 2016.
28. http://www.altadiagnosticos.com.br/pdf/artigo_vitamina_d.pdf Acesso em 26 de novembro de 2016.

29. http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/ciencia-e-saude/2011/10/24/interna_ciencia_saude,275280/consequencias-inesperadas-provocadas-pela-cirurgia-bariatrica.shtml. Acesso em 25 de novembro de 2016.
30. http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/ciencia-e-saude/2011/10/24/interna_ciencia_saude,275280/consequencias-inesperadas-provocadas-pela-cirurgia-bariatrica.shtml. Acesso em: 25 de novembro de 2016.
31. <http://www.manuaismsd.pt/?id=161> Acesso em: 26 de novembro de 2016.
32. http://www.medicinanet.com.br/bula/3904/os_cal.htm Acesso em: 26 de novembro de 2016.
33. http://www.medicinanet.com.br/bula/7537/dtn_fol.htm Acesso em 26 de novembro de 2016.
34. http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2131_2015.pdf. Acesso em: 25 de novembro de 2016.
35. http://www.roche.pt/emagrecer/vitaminas/v_b1.cfm. Acesso em 25 de novembro de 2016.
36. <http://www.sbcm.org.br/wordpress/multidisciplinar-coesas/equipe-multidisciplinar/nutricao/> Acesso em: 26 de novembro de 2016.
37. <http://www.vitamina-b12.net/deficiencia-vitamina-b12/> Acesso em: 26 de novembro de 2016.
38. <http://brunozilberstein.com/wp-content/uploads/2015/10/10.5.4.1.pdf>. Acesso em 27 de novembro de 2016.
39. <http://www.sbcm.org.br/wordpress/pagina-exemplo/historia-da-cirurgia-bariatrica/> Acesso em 26 novembro de 2016.
40. <http://obesidadegastroplastia.blogspot.com.br/> Acesso em 26 de novembro de 2016.