



BACHARELADO EM MEDICINA

**ALINE CÍCILIA OLIVEIRA DOS SANTOS GUIMARÃES
ANA ALICE DE OLIVEIRA ARAKAKI
THAÍS TORRES GALINDO DANTAS**

**GASTRECTOMIA VERTICAL E TIRZEPATIDA NO MANEJO DA
OBESIDADE GRAVE: revisão de escopo sobre evidências clínicas**

Jaboatão dos Guararapes

2025

**ALINE CÍCILIA OLIVEIRA DOS SANTOS GUIMARÃES
ANA ALICE DE OLIVEIRA ARAKAKI
THAÍS TORRES GALINDO DANTAS**

**GASTRECTOMIA VERTICAL E TIRZEPATIDA NO MANEJO DA
OBESIDADE GRAVE: revisão de escopo sobre evidências clínicas**

Projeto de pesquisa apresentado ao Curso Medicina da Afya - Faculdade de Ciências Médicas de Jaboatão dos Guararapes como requisito para a aprovação na disciplina de TCC II.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula Fernandes da Silva

Jaboatão dos Guararapes

2025

AGRADECIMENTO

Com imensa gratidão, inicio agradecendo, primeiramente à Deus, porque sem dúvidas, sem a força e a fé Nele, nada disso seria possível. À minha família, Lucca (o ser humano que me faz querer ser melhor todos os dias, tudo que fiz e faço é por ele), Mainha, Painho, André, Karla e Mauro, quem esteve presente nos momentos mais desafiadores, oferecendo apoio, compreensão e motivação para que este TCC se tornasse realidade. Às minhas amigas de jornada acadêmica e que se tornaram para a vida: Thais e Ana Alice, pelo apoio incondicional, pela leveza no processo de desenvolvimento da pesquisa e pela cumplicidade desde a definição do título. Quero expressar minha gratidão a João Lucas, cuja presença constante, cuidado e atenção foram essenciais ao longo de toda essa jornada. Agradeço também a todos os meus amigos, que, cada um à sua maneira, contribuíram para que este ciclo fosse concluído com força, coragem e esperança. À nossa orientadora, professora e amiga: Ana Paula Fernandes, por todo acolhimento, puxões de orelhas e milhares de correções, sem o seu olhar crítico e experiência em pesquisa, não teríamos conseguido elaborar esse trabalho científico. E, claro, não poderia deixar de agradecer aos membros que compõem a banca, nossos queridos professores: Dra. Roberta e Dr. Caíque, professores que fizeram parte da nossa formação médica, sempre mostrando o lado humano, dedicado e responsável da medicina. São profissionais memoráveis! Que sorte a minha, ter feito parte desse time de peso.

Com carinho, Aline.

AGRADECIMENTO

Com o coração cheio de gratidão, agradeço primeiro a Deus por ter me permitido chegar até aqui. Sua presença constante foi essencial para que eu enfrentasse cada desafio, encontrando força mesmo nos momentos mais difíceis. À minha mãe, Thais, meu maior porto seguro. Obrigada por sempre enfrentar o mundo por mim. Obrigada por ser sinônimo de amor, carinho e cuidado. Tudo o que eu conquisto tem um pouco de você, é a você que devo todos os meus sonhos realizados. À minha avó Alessandra, à minha tia, aos meus irmãos, meus primos, aos meus tios André e Rodrigo e ao meu bisavô Djalma obrigada por serem “casa”, mesmo estando a 260 km de distância. Mesmo longe, eu sempre senti vocês por perto. Ao meu namorado, José Rogério, obrigada por ser tão parceiro. Você deixou meus dias mais leves e a rotina, mesmo que sem ninguém, muito mais feliz. Encontrar você no caminho foi resposta de oração. Às minhas amigas e companheiras de TCC, Aline e Thaís, obrigada por tornarem tudo mais tranquilo. A parceria de vocês fez toda diferença, e tenho certeza de que levaremos isso para a vida. À nossa orientadora, professora Ana Paula, minha gratidão mais sincera. Obrigada por ter aceitado nos guiar quando nós três estávamos completamente perdidas. Você foi essencial para a nossa formação como médicas e para a construção deste trabalho. E à nossa banca, Dra. Roberta e Dr. Caíque, obrigada por aceitarem esse convite. Vocês foram escolhidos com muito carinho, pela importância que tiveram na nossa trajetória. Aos meus amigos que compartilharam a caminhada comigo, vocês foram extensão da minha família nessa jornada, obrigada por tornar tudo isso inesquecível e por sempre estenderem a mão. Essa vitória é nossa, muito obrigada.

Com carinho, Ana Alice.

AGRADECIMENTO

Milton Nascimento, dentro da sua sensibilidade, citou: “Há um tempo para chegar e um tempo para partir.” Inspirada por essa reflexão, inicio estes agradecimentos reconhecendo a importância de concluir mais uma etapa entre tantas que foram construídas ao longo da minha trajetória. A Thaís de dez anos atrás, certamente, não imaginava que viveria tantas experiências por meio de um curso que, inicialmente, não fazia parte dos seus planos. A ela, deixo meu reconhecimento e afeto, pois foi sua coragem, mesmo sem perceber, que permitiu que chegássemos até aqui.

Agradeço, primeiramente, a Deus, por Sua constância, por ouvir cada oração e por conduzir meus passos com generosidade e propósito. Manifesto também minha profunda gratidão à minha mãe, Valcarla, que nunca mediu esforços para que todos os meus sonhos fossem possíveis. Registro, ainda, meu carinho e gratidão à minha irmã, Marília, que divide comigo, todos os dias, a experiência de estarmos longe de casa — sua presença, foi essencial para que eu permanecesse firme ao longo do caminho. O ano de 2024 trouxe inúmeros desafios, mas, ainda assim, conseguimos avançar e concluir esta etapa com dignidade e fé.

Sou igualmente grata aos amigos que foram essenciais no percurso: Aldo, Laura, Ana Flávia, Gisele, Lapa e Duda, cuja presença e apoio foram determinantes nos momentos mais desafiadores. Agradeço, de maneira especial, a Aline, que se tornou uma verdadeira confidente ao longo dos anos de graduação, e a Ana Alice, pela parceria constante. Estendo, ainda, minha gratidão a João, por sua paciência e apoio incondicional, e a Camilla, pela lealdade e dedicação sempre presentes.

Reconheço também todos os que, ao longo da jornada acadêmica, contribuíram com conhecimento, incentivo e inspiração. Algumas pessoas permaneceram; outras seguiram por caminhos distintos — e compreendo que cada uma cumpriu seu papel no tempo que lhe coube.

Registro minha sincera gratidão à minha orientadora, Prof.^a Ana Paula, pela orientação comprometida, pela confiança e pela disponibilidade constante. Sua condução acadêmica foi fundamental para a realização deste trabalho.

Agradeço, igualmente, aos professores convidados para compor a banca avaliadora: Dra. Roberta, que acompanhou meu crescimento e amadurecimento ao longo da formação, e Dr. Caique, cuja presença marcou o início de novos ciclos e que continuará sendo uma referência em minha trajetória profissional.

Por fim, reafirmo que nenhum caminho é percorrido sozinho. Cada pessoa aqui mencionada contribuiu, de forma direta ou indireta, para a construção da profissional e da pessoa que me tornei. A todos, deixo meu mais profundo agradecimento.

Com carinho, Thaís

GASTRECTOMIA VERTICAL E TIRZEPATIDA NO MANEJO DA OBESIDADE GRAVE: revisão de escopo sobre evidências clínicas.

VERTICAL GASTRECTOMY AND TIRZEPATIDE IN THE MANAGEMENT OF SEVERE OBESITY: scoping review of clinical evidence.

GASTRECTOMÍA VERTICAL Y TIRZEPATIDA EN EL MANEJO DE LA OBESIDAD GRAVE: revisión de alcance sobre evidencias clínicas.

Aline Cicilia Oliveira dos Santos Guimarães¹, Ana Alice de Oliveira Arakaki¹, Thaís Torres Galindo Dantas¹, Ana Paula Fernandes da Silva¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar a eficácia, mecanismos, vantagens e limitações da gastrectomia vertical e da tirzepatida no manejo da obesidade grave por meio de uma revisão de escopo baseada no protocolo PRISMA-ScR. **Métodos:** Foram considerados artigos publicados entre 2021 e 2025 nas bases PubMed e SciELO, utilizando os descritores DeCS “Obesidade”, “Cirurgia Bariátrica” e “Tirzepatida”. Incluíram-se estudos clínicos, ensaios experimentais e revisões de literatura. Excluíram-se estudos duplicados, relatos de casos isolados e trabalhos sem acesso ao texto completo. **Resultados:** A gastrectomia vertical promove perda de peso clinicamente significativa e melhora das comorbidades metabólicas e cardiovasculares, porém pode causar efeitos adversos nutricionais e gastrointestinais. A tirzepatida mostrou eficácia relevante no controle ponderal e metabólico, apresentando perfil de segurança favorável, mas com limitações ligadas ao custo elevado e à necessidade de uso contínuo. Ambas as abordagens apresentam potencial complementaridade, podendo ser integradas na gestão personalizada da obesidade grave. **Conclusão:** Tanto a gastrectomia vertical quanto a tirzepatida demonstram eficácia comprovada no manejo da obesidade grave. Limitações incluem efeitos adversos da cirurgia e custos e adesão contínua do tratamento farmacológico.

Palavras-chave: Obesidade, Cirurgia Bariátrica, Tirzepatida.

ABSTRACT

Objective: To analyze the effectiveness, mechanisms, advantages, and limitations of vertical gastrectomy and tirzepatide in the management of severe obesity through a scoping review based on the PRISMA-ScR protocol. **Methods:** Articles published between 2021 and 2025 in the PubMed and SciELO databases were considered, using DeCS descriptors “Obesity,” “Bariatric Surgery,” and “Tirzepatide.” Clinical studies, experimental trials, and literature reviews were included. Duplicate studies, isolated case reports, and works without full-text access were excluded. **Results:** Vertical gastrectomy promotes clinically significant weight loss and improvement of metabolic and cardiovascular comorbidities, but may cause nutritional and gastrointestinal adverse effects. Tirzepatide showed relevant efficacy in weight and metabolic control, with a favorable safety profile, but has limitations related to high cost and continuous use. Both approaches show potential complementarity and may be integrated into personalized management of severe obesity. **Conclusion:** Both vertical gastrectomy and tirzepatide demonstrate proven efficacy in the management of

¹ AFYA Faculdade de Ciências Médicas, Jaboatão dos Guararapes - PE.

severe obesity. Limitations include surgical adverse effects, cost, and the need for continuous pharmacological treatment adherence.

Keywords: Obesity, Bariatric Surgery, Tirzepatide.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la eficacia, mecanismos, ventajas y limitaciones de la gastrectomía vertical y la tirzepatida en el manejo de la obesidad grave mediante una revisión de alcance basada en el protocolo PRISMA-ScR. **Métodos:** Se consideraron artículos publicados entre 2021 y 2025 en las bases de datos PubMed y SciELO, utilizando los descriptores DeCS “Obesidad”, “Cirugía Bariátrica” y “Tirzepatida”. Se incluyeron estudios clínicos, ensayos experimentales y revisiones de literatura. Se excluyeron estudios duplicados, reportes de casos aislados y trabajos sin acceso al texto completo. **Resultados:** La gastrectomía vertical promueve pérdida de peso clínicamente significativa y mejora de comorbilidades metabólicas y cardiovasculares, pero puede causar efectos adversos nutricionales y gastrointestinales. La tirzepatida mostró eficacia relevante en el control del peso y metabólico, con un perfil de seguridad favorable, aunque con limitaciones relacionadas con su alto costo y la necesidad de uso continuo. Ambas estrategias presentan potencial complementariedad y pueden integrarse en la gestión personalizada de la obesidad grave. **Conclusión:** Tanto la gastrectomía vertical como la tirzepatida demuestran eficacia comprobada en el manejo de la obesidad grave. Las limitaciones incluyen efectos adversos de la cirugía, costo y necesidad de adherencia continua al tratamiento farmacológico.

Palabras clave: Obesidad, Cirugía Bariátrica, Tirzepatida.

INTRODUÇÃO

A obesidade grave configura-se como uma condição crônica, multifatorial e de alta complexidade clínica, reconhecida globalmente como um dos principais problemas de saúde pública do século XXI. Sua prevalência vem crescendo de forma acelerada e sustentada, acompanhada de importantes repercussões metabólicas, cardiovasculares e psicossociais. Estudos epidemiológicos recentes (Belentani; Rossini; Rossetto, 2025; Leite et al., 2023) demonstram que indivíduos com obesidade grave apresentam maior risco de mortalidade, especialmente por causas cardiovasculares, além de redução significativa na expectativa e na qualidade de vida. Trata-se, portanto, de um fenômeno que envolve determinantes biológicos, ambientais, comportamentais e socioeconômicos, exigindo abordagens terapêuticas integradas e de alta efetividade (Sanches et al., 2024; Maia et al., 2024).

Medidas conservadoras, como dieta, atividade física e terapia comportamental, apesar de fundamentais, mostram eficácia limitada para perda e manutenção ponderal em indivíduos com obesidade grave, especialmente no longo prazo (Freitas; Mota; Pinheiro, 2024; Leite et al., 2023). Tal limitação impulsionou o desenvolvimento de intervenções metabolicamente mais potentes, entre elas os procedimentos cirúrgicos. Dentre essas técnicas, a gastrectomia vertical tornou-se uma das mais empregadas mundialmente em razão de sua eficácia consistente na perda de peso e melhora de comorbidades como diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemias (Correia et al., 2023; Marra et al., 2021). Entretanto, essa intervenção também apresenta limitações importantes, incluindo risco de complicações gastrointestinais, déficits nutricionais, incidência de refluxo gastroesofágico e necessidade de seguimento clínico especializado. Apesar da eficácia, a cirurgia isolada não é universalmente resolutiva e pode apresentar heterogeneidade de resultados a médio e longo prazo (Oliveira et al., 2024; Valladão et al., 2024; Menezes et al., 2025).

Em paralelo ao avanço cirúrgico, a farmacoterapia para obesidade passou por uma transformação significativa na última década. Novas classes de medicamentos incretínicos demonstraram resultados clínicos expressivos, culminando no desenvolvimento de fármacos mais potentes como os agonistas duais. A tirzepatida, agonista dos receptores GIP e GLP-1, desponta como uma das terapias farmacológicas mais promissoras, apresentando reduções ponderais comparáveis às observadas em procedimentos bariátricos menos invasivos (Ferraresi, 2025; Lira et al., 2024; Lago et al., 2025). Além dos efeitos sobre peso e metabolismo glicêmico, estudos preliminares sugerem benefícios adicionais no perfil lipídico, inflamação sistêmica e composição corporal, embora ainda se observem lacunas quanto à segurança a longo prazo, custo-efetividade e manutenção dos resultados após interrupção do tratamento (Freitas; Mota; Pinheiro, 2024; Alexandre et al., 2025).

Apesar de avanços importantes, permanece pouco compreendido como essas intervenções, gastrectomia vertical e tirzepatida, se comparam de maneira sistemática, especialmente no que diz respeito aos mecanismos de ação, eficácia em diferentes perfis de pacientes, efeitos adversos, sustentabilidade dos resultados e possíveis complementaridades terapêuticas. A literatura atual carece de revisões amplas que integrem essas duas abordagens de forma comparativa. Parte das publicações se concentra exclusivamente nos desfechos cirúrgicos (Correia et al., 2023; Medina et al., 2025), enquanto outra parcela aborda apenas a eficácia farmacológica da tirzepatida (Lira et al., 2024; Lago et al., 2025; Turchetto; Faria; Ferreira, 2025).

Além disso, ainda são escassos os estudos que investigam a utilização de terapias farmacológicas no pré ou pós-operatório de pacientes submetidos à gastrectomia vertical, especialmente com fármacos atuais e de ação dual como a tirzepatida. Tal lacuna representa uma oportunidade relevante de pesquisa, considerando que resultados subótimos de perda de peso e recidiva ponderal são desafios frequentes após a cirurgia (Menezes et al., 2025; Oliveira et al., 2024).

Sendo assim, o objetivo deste estudo é identificar, caracterizar e comparar as evidências clínicas disponíveis sobre essas duas abordagens no manejo da obesidade grave, bem como apontar áreas prioritárias para futuras investigações.

MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão de escopo com abordagem qualitativa e descritiva, conduzida com o objetivo de mapear, sintetizar e analisar as evidências científicas recentes relacionadas à gastrectomia vertical e ao uso da tirzepatida no manejo da obesidade grave. A estrutura metodológica seguiu as recomendações do PRISMA-ScR e as diretrizes do *Joanna Briggs Institute* (JBI), reconhecidas como referências internacionais para revisões dessa natureza, assegurando rigor, transparência e reprodutibilidade em todas as etapas da pesquisa.

A busca bibliográfica contemplou o período de 2021 a 2025, definido com o intuito de abranger os avanços mais recentes em intervenções cirúrgicas e farmacológicas aplicadas à obesidade grave. As buscas foram realizadas nas bases PubMed e SciELO, bem como em periódicos especializados nas áreas de cirurgia bariátrica, endocrinologia e nutrição. Os descritores foram selecionados com base no DeCS/MeSH, incluindo termos referentes à obesidade grave, gastrectomia vertical, cirurgia bariátrica, tirzepatida e agonistas incretínicos, combinados por meio dos operadores booleanos *AND* e *OR*, ajustados à sintaxe de cada base para garantir adequada sensibilidade e especificidade.

Foram incluídos estudos clínicos randomizados ou não randomizados, pesquisas observacionais que apresentassem dados relevantes sobre uma ou ambas as intervenções de interesse. Admitiram-se artigos em português, inglês e espanhol, desde que disponíveis na íntegra e diretamente relacionados ao manejo da obesidade grave em adultos. Foram excluídos estudos duplicados, artigos sem acesso ao texto

completo, publicações que abordassem outras técnicas cirúrgicas sem mencionar a gastrectomia vertical, trabalhos cujo foco recaísse sobre fármacos incretínicos distintos da tirzepatida, bem como relatos de caso isolados, editoriais, cartas ao editor e revisões narrativas, integrativas ou sistemáticas.

A formulação da pergunta norteadora foi realizada segundo o modelo PCC (População, Conceito e Contexto). A população considerada inclui indivíduos adultos com obesidade grave, definida como IMC ≥ 40 kg/m² ou ≥ 35 kg/m² com comorbidades associadas. O conceito abrange abordagens terapêuticas envolvendo a gastrectomia vertical e o uso de tirzepatida. O contexto refere-se a estudos clínicos e experimentais publicados entre 2021 e 2025 que investigaram estratégias de tratamento da obesidade grave. A pergunta norteadora é: quais são as evidências científicas mais recentes sobre a eficácia, os mecanismos e as limitações da gastrectomia vertical e da tirzepatida no manejo da obesidade grave?

O processo de seleção dos estudos foi conduzido em quatro etapas, seguindo o fluxograma PRISMA-ScR. Inicialmente, procedeu-se à identificação dos registros e à remoção de duplicatas, seguida pela triagem de títulos e resumos. Os estudos potencialmente elegíveis foram analisados na íntegra, e aqueles que atenderam aos critérios de inclusão compuseram a amostra final. Após a seleção, os artigos foram submetidos a um processo de extração sistemática de dados, organizado em planilha contendo informações sobre autor, ano, país, delineamento metodológico, características da amostra, tipo de intervenção, desfechos avaliados, principais resultados e conclusões dos autores.

A análise dos dados foi realizada por meio de abordagem qualitativa de conteúdo, com categorização temática. Os estudos selecionados foram organizados em três eixos analíticos: intervenções cirúrgicas relacionadas à gastrectomia vertical, intervenções farmacológicas envolvendo a tirzepatida e abordagens que comparassem ou integrassem ambas as estratégias terapêuticas. Essa categorização permitiu identificar tendências, convergências, divergências e lacunas ainda existentes no corpo de evidências, favorecendo a construção de uma síntese narrativa ampla e crítica.

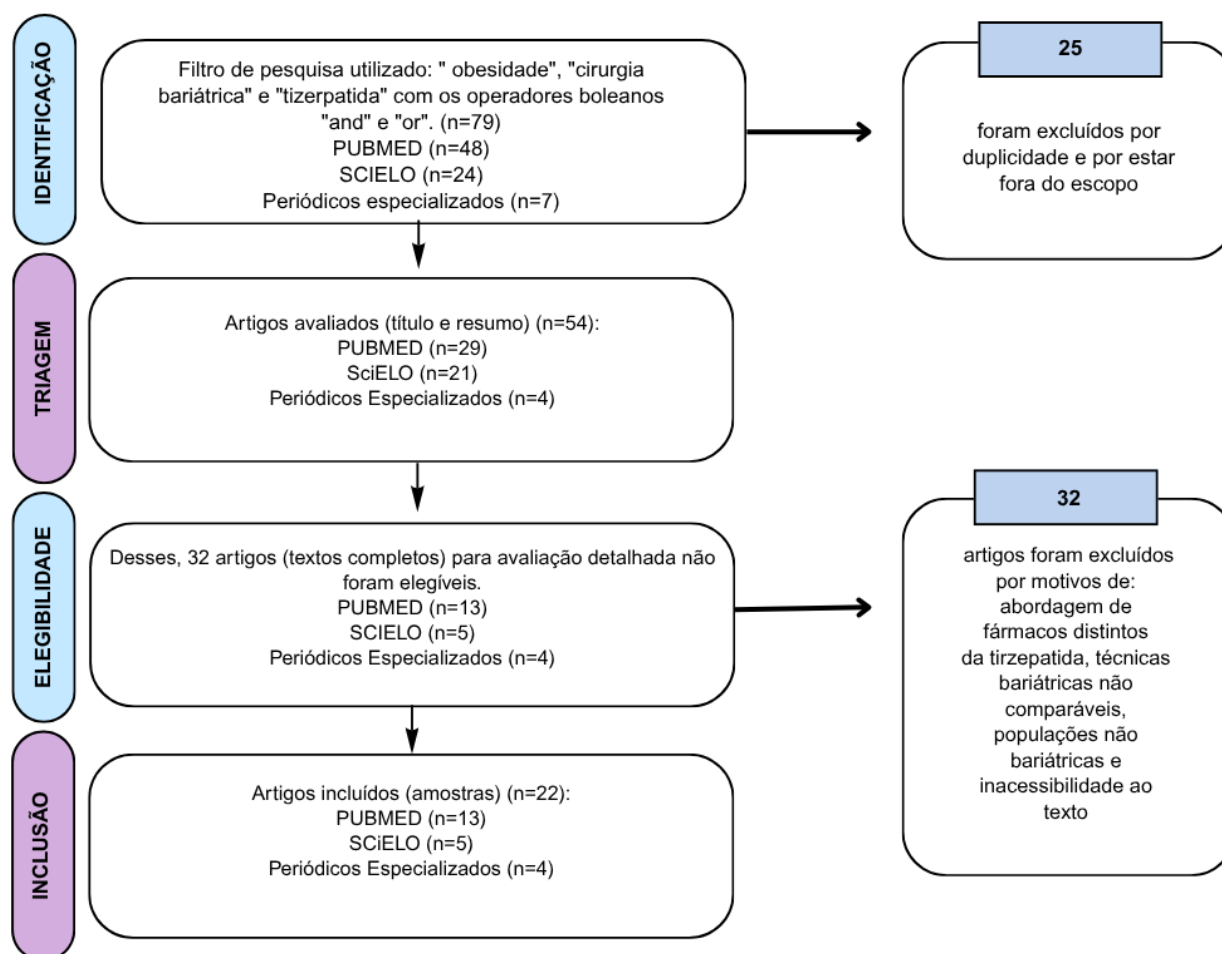
A etapa final consistiu na interpretação e síntese descritiva dos achados, com ênfase na avaliação do impacto clínico das intervenções, na discussão de suas limitações metodológicas e na identificação de possíveis complementaridades entre a gastrectomia vertical e a tirzepatida. Tal processo buscou não apenas descrever o estado atual do conhecimento científico, mas também evidenciar suas fragilidades e apontar caminhos para futuras investigações, contribuindo para o aprimoramento das estratégias terapêuticas destinadas ao manejo da obesidade grave.

RESULTADOS

A estratégia de busca aplicada nas bases de dados PubMed, SciELO e Periódicos Especializados (Capes), utilizando os descritores combinados “Obesidade”, “Cirurgia Bariátrica” e “Tirzepatida”, identificou inicialmente 79 artigos. Após a exclusão de 25 duplicatas e registros fora do escopo, 54 estudos permaneceram para a triagem de títulos e resumos. Nessa etapa, 32 artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade, seja por abordarem técnicas bariátricas distintas, fármacos não relacionados à tirzepatida ou pela inacessibilidade ao texto completo.

Dessa forma, 22 estudos foram incluídos na revisão de escopo, contemplando ensaios clínicos, revisões sistemáticas e estudos observacionais publicados entre 2021 e 2025. O processo completo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos está representado no fluxograma PRISMA (Figura 1), que ilustra o percurso metodológico da seleção bibliográfica até a composição final da amostra analisada.

Figura 1. Fluxograma PRISMA adaptado para seleção de artigos identificados através das bases de dados da revisão sistemática.



Fonte: Adaptado de PAGE, M. J.; MCKENZIE, J. E.; BOSSUYT, P. M.; BOUETRON, I.; HOFFMANN, T. C.; MULROW, C. D.; et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, v. 372, n. 71, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>. Guimarães et al., 2025.

A caracterização dos estudos incluídos encontra-se sintetizada no **Quadro 1**, que apresenta informações referentes aos autores, ano, tipo de estudo, intervenções analisadas e principais achados. De modo geral, observou-se predominância de publicações internacionais (64%), com foco em eficácia terapêutica, segurança e impacto metabólico das intervenções. A partir da análise qualitativa de conteúdo, emergiram quatro categorias temáticas principais, que representam os eixos de evidência identificados na literatura: (1) eficácia cirúrgica da gastrectomia vertical; (2) eficácia farmacológica da tirzepatida; (3) efeitos adversos e limitações; (4) integração terapêutica e perspectivas futuras.

Os estudos de Correia *et al.* (2023), Menezes *et al.* (2025), Medina *et al.* (2025), Oliveira *et al.* (2024), Valladão *et al.* (2024) e Marra *et al.* (2021) confirmam que a gastrectomia vertical permanece como uma das principais abordagens cirúrgicas no tratamento da obesidade grave. A técnica promove perda ponderal sustentada, melhora significativa de comorbidades como diabetes tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia, além de redução de marcadores inflamatórios. Em média, os estudos relataram redução de 25% a 30% do peso corporal no primeiro ano pós-operatório, com estabilidade ponderal em seguimentos superiores a 24 meses. Apesar dos resultados consistentes, complicações como deficiências nutricionais,

refluxo gastroesofágico e ganho ponderal tardio foram observadas, reforçando a necessidade de acompanhamento multiprofissional.

Os trabalhos de Lago *et al.* (2025), Lira *et al.* (2024), Viana *et al.* (2025), Turchetto *et al.* (2025) e Ferraresi (2025) demonstram que a tirzepatida é uma alternativa farmacológica eficaz no manejo da obesidade grave. A ação dual sobre os receptores GIP e GLP-1 promoveu reduções médias de peso entre 15% e 20%, além de melhora significativa da hemoglobina glicada (HbA1c), perfil lipídico e sensibilidade à insulina. A literatura destaca ainda o efeito positivo sobre a composição corporal, preservando massa magra e reduzindo gordura visceral. A administração semanal favorece a adesão terapêutica, embora o custo elevado e a necessidade de uso contínuo sejam limitações recorrentes.

As complicações cirúrgicas mais relatadas foram deficiência de micronutrientes, refluxo gastroesofágico e necessidade de suplementação prolongada (Medina *et al.*, 2025; Valladão *et al.*, 2024). Já no uso da tirzepatida, os eventos adversos mais comuns incluíram náuseas, diarreia e desconforto abdominal de leve a moderado, geralmente transitórios e dose-dependentes (Lira *et al.*, 2024; Turchetto *et al.*, 2025). Entre as limitações identificadas, destacam-se a escassez de estudos de longo prazo, o custo elevado da farmacoterapia e a falta de evidências robustas sobre a combinação entre as duas abordagens.

Estudos como os de Sanches *et al.* (2024), Leite *et al.* (2023), Freitas *et al.* (2024), Kanaji (2024) e Abreu *et al.* (2025) sugerem que a integração entre cirurgia e farmacoterapia representa uma estratégia complementar promissora. A tirzepatida pode ser utilizada no pré-operatório, para otimizar o perfil metabólico e reduzir o risco anestésico, e no pós-operatório, para manutenção da perda ponderal e prevenção de recidivas. Essa combinação tem potencial de ampliar a eficácia terapêutica e reduzir complicações metabólicas a longo prazo. No entanto, a literatura ainda carece de ensaios clínicos longitudinais que avaliem a segurança, custo-efetividade e impacto dessa associação em diferentes perfis populacionais.

Em síntese, os resultados desta revisão demonstram que tanto a gastrectomia vertical quanto a tirzepatida apresentam eficácia comprovada e papéis complementares no tratamento da obesidade grave. A integração entre ambas desponta como tendência terapêutica emergente, mas ainda exige maior respaldo científico para consolidar sua aplicação clínica ampla.

Quadro 2 – Caracterização geral dos estudos incluídos na revisão de escopo.

N	Autor, ano e país	Tipo de estudo e nível de evidência	População	Intervenção	Principais resultados	Conclusões e limitações do estudo
1	ABREU SP, et al. (2025) – Brasil	Estudo transversal Nível III	90 pacientes obesos com comorbidades	Gastrectomia vertical + tirzepatida	Melhora do controle glicêmico e lipídico	Reforça potencial de integração; carece de ensaios randomizados
2	FERRARESI ÉL (2025) - Brasil	Ensaio clínico Nível II	150 pacientes com obesidade e diabetes tipo 2	Tirzepatida	Redução média de 9 kg em 40 semanas; melhora da glicemia de jejum	Benefícios metabólicos importantes; necessidade de uso prolongado
3	FREITAS TM (2024) – Brasil	Estudo transversal Nível III	Pacientes com IMC ≥ 40 kg/m ²	Gastrectomia vertical + tirzepatida	Sinergia terapêutica entre cirurgia e fármaco	Faltam dados de longo prazo; custo elevado como barreira
4	KANAJI AL. (2024) – Japão	Estudo observacional Nível III	Idosos com obesidade grave	Gastrectomia vertical	Melhora da mobilidade e autonomia funcional	Técnica segura para idosos; necessidade de monitoramento nutricional
5	LAGO LM (2025) – Brasil	Ensaio clínico randomizado Nível I	200 pacientes com obesidade grave	Tirzepatida	Redução média de 18% do peso corporal e melhora da HbA1c	Eficácia elevada; efeitos gastrointestinais leves e transitórios
6	LEITE FR (2023) – Portugal	Estudo retrospectivo Nível III	65 pacientes pós-cirurgia bariátrica	Gastrectomia vertical + tirzepatida	Melhora do peso e perfil glicêmico em 9 meses	Uso pós-operatório vantajoso; amostra limitada
7	LIRA FEA (2024) – Brasil	Estudo multicêntrico Nível II	340 pacientes com IMC ≥ 35 kg/m ²	Tirzepatida	Perda média de 20% do peso corporal; melhora do perfil lipídico	Alta eficácia; custo elevado e necessidade de uso contínuo

8	MEDINA RCMS (2025) – Espanha	Estudo longitudinal Nível II	110 pacientes pós-cirurgia	Gastrectomia vertical	Redução de IMC e melhora do perfil lipídico	Requer monitoramento nutricional e psicológico contínuo
9	MENEZES MEF (2025) – Brasil	Ensaio clínico Nível II	80 pacientes com IMC ≥ 40 kg/m ²	Gastrectomia vertical	Redução média de 28% do peso corporal em 12 meses	Resultados positivos; limitações no tempo de seguimento
10	VALLADÃO VCS (2024) – Portugal	Estudo prospectivo Nível III	70 adultos com obesidade grave	Gastrectomia vertical	Melhora de pressão arterial e controle metabólico	Necessidade de acompanhamento multiprofissional prolongado
11	VALLADÃO VCS (2024) – Portugal	Estudo prospectivo Nível III	60 pacientes com IMC ≥ 35 kg/m ²	Gastrectomia vertical	Melhora da pressão arterial e da qualidade de vida em 6 meses	Técnica bem tolerada; falta de dados de longo prazo
12	VIANA VG (2025) – EUA	Ensaio clínico Nível II	180 adultos com obesidade	Tirzepatida	Resultados semelhantes à cirurgia menos invasiva; boa tolerância	Eficácia comprovada; falta de estudos em longo prazo

Legenda: IMC (Índice de Massa Corporal);

Fonte: Guimarães et al., 2025. (Autoria própria).

DISCUSSÃO

O mapeamento das evidências sobre a gastrectomia vertical e a tirzepatida no manejo da obesidade grave demonstra que ambas as estratégias apresentam impacto clínico significativo, embora sustentadas por mecanismos distintos e acompanhadas de limitações próprias. A gastrectomia vertical permanece consolidada como intervenção de elevada eficácia na redução ponderal e no controle de comorbidades metabólicas, enquanto a tirzepatida surge como uma alternativa farmacológica de nova geração, com resultados expressivos em perda de peso e otimização metabólica. Ainda assim, a heterogeneidade metodológica dos estudos e a ausência de comparações diretas robustas dificultam conclusões definitivas sobre a equivalência, superioridade ou integração ideal dessas abordagens (Jamal et al., 2024).

Estudos recentes, como os de Medina et al. (2025), Oliveira et al. (2024) e Valladão et al. (2024), reforçam que a gastrectomia vertical é capaz de promover perda média de 70% a 80% do excesso de peso, acompanhada de melhora importante do controle glicêmico, da pressão arterial e do perfil lipídico. Esses resultados decorrem não apenas do efeito restritivo da técnica, mas também de alterações hormonais, como elevação dos níveis de GLP-1 e redução da grelina, que contribuem para maior saciedade e melhora da sensibilidade insulínica. Entretanto, a eficácia cirúrgica não elimina riscos. Deficiências nutricionais, recidiva ponderal, refluxo gastroesofágico e necessidade de ajustes comportamentais prolongados são descritos com frequência. Marra et al. (2021) e Abreu et al. (2025) destacam que o sucesso a médio e longo prazos depende diretamente da adesão às orientações nutricionais, acompanhamento psicológico e monitoramento clínico contínuo, aspectos que ainda são subexplorados em muitos estudos.

Em paralelo, a tirzepatida vem ganhando destaque por atuar simultaneamente nos receptores GIP e GLP-1, mecanismo que parece conferir vantagem sobre agonistas isolados do GLP-1. Estudos como os de Lago et al. (2025), Lira et al. (2024) e Ferraresi (2025), além dos ensaios clínicos SURMOUNT-1 e SURPASS-1, demonstram reduções ponderais entre 15% e 22% do peso corporal, associadas a melhorias importantes no controle glicêmico, no perfil lipídico e em marcadores inflamatórios. Ainda assim, autores como Viana et al. (2025) e Turchetto, Faria e Ferreira (2025) apontam que a efetividade sustentada depende do uso contínuo da medicação e da tolerabilidade gastrointestinal, além de destacar o custo e o acesso como entraves relevantes, especialmente em sistemas de saúde públicos e em populações economicamente vulneráveis. Persistem também lacunas em subgrupos específicos como pessoas idosas, pacientes com múltiplas comorbidades graves, conforme observado por Kanaji (2024), limitando a generalização dos achados.

As evidências comparativas indicam que a gastrectomia vertical mantém maior impacto sobre perda ponderal sustentada e remissão de diabetes tipo 2, especialmente em indivíduos com obesidade grave refratária, enquanto a tirzepatida representa alternativa menos invasiva, com potencial para complementar ambas as fases do tratamento cirúrgico. Estudos como os de Sanches et al. (2024), Leite et al. (2023) e Freitas, Mota e Pinheiro (2024) sugerem que o uso combinado no pré-operatório para otimização metabólica ou no pós-operatório para manutenção dos resultados pode representar estratégia promissora. Contudo, a literatura ainda carece de estudos longitudinais que avaliem desfechos clínicos robustos, segurança prolongada e impacto real na redução de complicações metabólicas ou cardiovasculares.

A análise crítica dos estudos incluídos evidencia limitações importantes. A maior parte das pesquisas apresenta amostras restritas, seguimento curto e ausência de comparações *head-to-head*. Há variações marcantes nos critérios de inclusão, nas doses utilizadas, na duração das intervenções e nos desfechos avaliados, o que dificulta a síntese comparativa e reduz a força das inferências. Ademais, aspectos como qualidade de vida, adesão terapêutica, satisfação do paciente, impacto psicossocial e variáveis comportamentais são pouco contemplados. A população idosa, indivíduos com IMC ≥ 50 kg/m², mulheres na peri-menopausa e pacientes com transtornos alimentares leves permanecem sub-representados, constituindo lacunas relevantes no corpo de evidências.

Do ponto de vista aplicado, os achados sugerem que a gastrectomia vertical continua sendo a intervenção mais efetiva para casos de obesidade grave refratária, enquanto a tirzepatida se apresenta como adjuvante valioso, especialmente em contextos de preparo pré-operatório, manutenção pós-operatória ou como alternativa viável para indivíduos inaptos ou não elegíveis para cirurgia. Em ambos os casos, a efetividade depende de acompanhamento multiprofissional, educação nutricional estruturada, suporte psicológico e monitoramento metabólico contínuo.

Entre as lacunas identificadas, destacam-se a necessidade de estudos de custo-efetividade que comparem diretamente cirurgia e farmacoterapia; a investigação de estratégias de manutenção após suspensão do fármaco; a análise de desfechos clínicos “duros”, como mortalidade, eventos cardiovasculares e recidiva do diabetes; e uma maior atenção a subgrupos específicos, como idosos, adolescentes e indivíduos com superobesidade. A ausência de ensaios comparativos diretos limita a definição de hierarquia terapêutica e reforça o caráter exploratório desta revisão.

Em síntese, as evidências disponíveis confirmam o papel essencial tanto das intervenções cirúrgicas quanto das farmacológicas de nova geração no enfrentamento da obesidade grave. No entanto, revelam também incertezas importantes, resultantes de limitações metodológicas e lacunas ainda não supridas pela literatura. O cenário atual aponta menos para a dicotomia entre cirurgia e farmacoterapia e mais para uma possível complementaridade entre ambas, cuja validação depende de estudos robustos, comparativos e longitudinais que permitam orientar a prática clínica com maior precisão e adequação às realidades dos diferentes sistemas de saúde.

CONCLUSÃO

Os achados desta revisão de escopo indicam que tanto a gastrectomia vertical quanto a tirzepatida apresentam contribuições relevantes para o manejo da obesidade grave, embora sustentadas por mecanismos distintos e ainda não plenamente comparáveis. A gastrectomia vertical permanece como intervenção de eficácia consolidada, enquanto a tirzepatida desponta como alternativa farmacológica promissora, sobretudo em curto e médio prazo. No entanto, a escassez de estudos longitudinais e de comparações diretas limita conclusões definitivas sobre superioridade, equivalência ou integração ideal entre as abordagens. Diante disso, o manejo deve ser orientado pela individualização terapêutica e pelo acompanhamento multiprofissional, ao mesmo tempo em que se evidencia a necessidade de pesquisas mais robustas que avaliem segurança, efetividade e aplicabilidade dessas intervenções em diferentes perfis populacionais.

REFERÊNCIAS

1. ABREU SP, et al. Comparação entre tratamentos cirúrgicos e tratamentos clínicos/hormonais em pacientes com obesidade. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 2025.
2. ABREU SP, et al. Comparison between surgical treatments and clinical/hormonal treatments in patients with obesity. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 2025.
3. ALEXANDRE ADD, et al. Avanços no tratamento farmacológico da obesidade: considerações clínicas, epidemiológicas e a necessidade de intervenções personalizadas. *Journal of Medical and Biosciences Research*, 2025.
4. BELENTANI IR; ROSSINI A; ROSSETTO AA. Alterações metabólicas associadas à obesidade. *Revista DELOS*, 2025.

5. CORREIA LA, et al. Abordagens cirúrgicas para o tratamento da obesidade mórbida. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 2023.
6. FERRARESI ÉL. Potencial terapêutico da tirzepatida: uma análise do estudo SURPASS-1 para o controle da obesidade e saúde metabólica. Brazilian Journal of Health Review, 2025.
7. FREITAS TM; MOTA FLO; PINHEIRO AP. Terapias farmacológicas para tratar obesidade: análise de efeito e eficácia. Revista Foco, 2024.
8. JAMAL M, et al. Semaglutide and tirzepatide for the management of weight recurrence after sleeve gastrectomy: a retrospective cohort study. Obesity Surgery, v. 34, n. 4, p. 1324–1332, 2024. DOI: 10.1007/s11695-024-07137-0.
9. KANAJI AL. Avaliação prospectiva de funcionalidade de idosos com obesidade grave submetidos a cirurgia bariátrica. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2024.
10. LAGO LM, et al. O uso da tirzepatida no tratamento da obesidade: revisão sistemática de literatura. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2025.
11. LEITE FR, et al. Uma abordagem geral da obesidade e seu tratamento. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2023.
12. LIRA FEA, et al. Eficácia da tirzepatida no manejo clínico da obesidade em adultos: uma revisão da literatura. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 2024.
13. MAIA JC, et al. Estratégias de prevenção e tratamento da obesidade: perspectivas clínicas. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2024.
14. MARRA LJ, et al. Gastrectomia vertical e bypass gástrico em Y de Roux: complicações cirúrgicas e metabólicas tardias. Revista Eletrônica Acervo Científico, 2021.
15. MEDINA RCMS, et al. Cirurgia bariátrica: impactos metabólicos e complicações gastrointestinais. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2025.
16. MENEZES MEF, et al. Cirurgia bariátrica no tratamento da obesidade: indicações, impactos metabólicos e desfechos a longo prazo. Brazilian Journal of Health Review, 2025.
17. OLIVEIRA LB, et al. Complicações associadas ao pós-operatório de cirurgia bariátrica. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, 2024.
18. SANCHES MHF, et al. Obesidade em adultos: visão geral do tratamento. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2024.
19. TURCHETTO JM, et al. Eficácia comparada entre semaglutida e tirzepatida para tratamento de obesidade: uma revisão de literatura. Revista Foco, 2025.
20. VALLADÃO VCS, et al. Tipos de cirurgia bariátrica e suas complicações tardias. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 2024.

21. VIANA VG, et al. Comparação entre tirzepatida e semaglutida no controle da obesidade: evidências atuais sobre redução de peso, perfil metabólico e tolerabilidade. Lumen et Virtus, São José dos Pinhais, 2025.

ANEXOS

Conforme as normas estabelecidas por esta instituição de ensino superior, a o presente artigo será submetido na **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, que apresenta Qualis B1, ISSN: 2178-2091 e DOI 10.25248/REAS, As normas para submissão bem como instruções para autores estão detalhadas a seguir.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO - ACERVO SAÚDE:

Normas Gerais- Artigo original:

I) Definição: Inclui trabalhos que apresentem dados originais e inéditos de descobertas relacionadas a aspectos experimentais, quase-experimentais ou observacionais, voltados para investigações qualitativas e/ou quantitativas em áreas de interesse para a ciência. É necessário que se utilize de fundamentação teórica com o uso de fontes de bases de periódicos científicos de qualidade como: Acervo+ *Index base*, Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

II) Estrutura: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências. **Resultados e Discussão podem ser apresentados juntos.*

III) Tamanho: Mínimo 3.000 e máximo de 3.500 palavras (excluindo títulos, resumos, palavras-chave, figuras, quadros, tabelas, legendas e lista de referências).

IV) Ética: (a) Pesquisa envolvendo seres humanos ou animais está condicionada a autorização de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nos termos da lei (RESOLUÇÃO Nº 466/2012, Nº 510/2016 e LEI Nº 11.794). Análise de dados do DATASUS não precisam de autorização do CEP. (b) Não é permitida a prática de cópia de textos nem a veiculação de imagens de terceiros, respeitando as leis de Direitos Autorais vigentes (LEI Nº 9.610/1988 e Nº 10.695/2003). Todas as referências devem ser citadas de forma correta.

Normas Específicas:

TÍTULO:

I) Definições: Deve ser conciso, informativo e com fidedignidade textual.

II) Idioma: Deverá ser apresentado nos 3 (três) idiomas: Português, Inglês e Espanhol.

III) Tamanho: No máximo 150 caracteres SEM espaço

NOMES E VÍNCULOS

I) Orientação: Incluir os nomes completos do autor e coautores no:

1. *Arquivo do artigo;*
2. *Termo de autores enviado para a revista;*
3. *No sistema de submissão da revista.*

II) Quantidade de pessoas: No máximo 10 pessoas, incluindo o orientador/pesquisador responsável.

- *Motivo:* O intuito é valorizar o processo criativo e construtivo dos autores e o limite de 10 pessoas é suficiente considerando a quantidade de palavras admitidas no texto do artigo científico.

Nota: É vedada a remoção ou omissão de autores para o fim específico de atender o número de integrantes aceitos pela revista. É importante destacar que a revista repudia os atos que contrariam a ética e não se responsabiliza pela má-fé de autores.

III) Direitos de autoria/coautoria: O reconhecimento de participação no artigo deve seguir as condições abaixo:

1. *Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;*
2. *Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;*
3. *Aprovação final da versão a ser publicada.*

Nota: As três condições acima devem ser integralmente atendidas e corroborando à essa normativa, a lei de Direitos Autorais N° 9.610/1998 no seu Art. 15, § 1º esclarece que: [...] "*Não se considera co-autor quem simplesmente auxiliou o autor na produção da obra literária, artística ou científica, revendo-a, atualizando-a, bem como fiscalizando ou dirigindo sua edição ou apresentação por qualquer meio.*"

IV) Posição de autores: Os autores decidirão em consenso sobre a posição das autorias e sequência dos nomes utilizando, preferencialmente, o critério da contribuição. Orientamos que os métodos de sorteio ou ordem alfabética sejam evitados.

V) Orientador/ Pesquisador Responsável: É o autor ou coautor responsável legal do artigo. Seu papel é validar o conteúdo do trabalho, zelando pela qualidade

científica, pelo atendimento da legislação e da ética em pesquisa. Com efeito, se fazem necessárias competências técnico-científicas e profissionais para o direcionamento e sucesso do estudo. Por esse motivo, o Orientador/ Pesquisador Responsável deverá ser um profissional docente ou pesquisador com formação na área do estudo ou correlatas, além de deter notável conhecimento sobre o tema abordado. A comissão da revista fará a análise do Currículo Lattes para verificar o atendimento desses requisitos.

Podem ser orientadores/responsáveis de artigos:

- *Professores com vínculo institucional;*
- *Mestrando, Doutorando ou Pós-doutorando;*
- *Profissionais atuantes na área clínica com registro profissional;*
- *Pesquisadores independentes que comprove atuação em pesquisa.*

VI) Autor correspondente: É autor/coautor que iniciou o processo de submissão do artigo no sistema. Atribui-se ao autor correspondente a responsabilidade de atender as notificações da comissão da revista dentro do prazo fixado, prestando informações ou documentos pertinentes ao processo de avaliação e publicação do artigo. NÃO serão aceitas submissões enviadas por terceiros.

RESUMO

I) Definição: Possui a finalidade de apresentar ao leitor uma ideia geral do artigo: propósitos, principais achados, considerações e possíveis conclusões. Precisa ser escrito de forma clara, objetivo e atrativa, para que o leitor disperte o interesse de ler o trabalho na íntegra.

II) Idioma: Deverá ser apresentado nos 3 (três) idiomas: Português (Resumo), Inglês (Abstract) e Espanhol (Resumen).

III) Tamanho: Entre 150 a 200 palavras.

IV) Estrutura do resumo: Clique em cada tipo de estudo abaixo para ver o exemplo.

PALAVRAS-CHAVE

I) **Orientação:** Devem ser definidas com base no tema, área e/ou assuntos que

serão abordados no artigo.

II) Quantidade: No mínimo 3 e máximo 5 (Português, Inglês e Espanhol).

III) Obrigatoriedade para artigos de saúde e áreas correlatas: Todas as palavras-chave devem estar cadastradas no Sistema de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Você pode usar o sistema DeCS para consultas ou então para definir os termos para o seu artigo. Clique na imagem abaixo:

INTRODUÇÃO

I) Orientação: Deve ser sucinta e compreensível para o leitor em geral, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo.

II) Siglas e abreviaturas: Quando utilizadas pela primeira vez, deverão ter o significado por extenso. Ex.: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

III) Objetivo: No último parágrafo da introdução deve conter o objetivo do estudo. Deve conter a proposta principal do estudo e começar com verbo no infinitivo: analisar, pesquisar, investigar, avaliar, etc.

IV) Uso de citações no texto:

a. Todos os parágrafos devem ter **citação indireta** por meio de fundamentação teórica com o uso de fontes atuais (desejável que sejam dos últimos 5 anos) de bases de periódicos científicos de qualidade como: Acervo+ *Index base*, Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

b. Citações diretas (cópia) são permitidas SOMENTE em ocasiões onde não é possível a transcrição da ideia, como é o caso de artigos de leis, os quais deverão ser destacados do texto com recuo de 3 cm, entre aspas "" e em itálico.

c. Não aceitamos artigos com notas de rodapé. A abordagem teórica deve ser feita ao longo do texto.

d. As citações de autores **NO TEXTO** deverão seguir os seguintes exemplos:

- Início de frase:
- **1 autor** - Baptista JR (2022);

- **2 autores** - Souza RE e Barcelos BR (2021);
- **3 ou mais autores** - Porto RB, et al. (2020).
- Final de frase:
- **1 autor** - (BAPTISTA JR, 2022);
- **2 autores** - (SOUZA RE e BARCELOS BR, 2021);
- **3 ou mais autores** - (PORTO RB, et al., 2020);
- **Sequência de citações** - (BAPTISTA JR, 2022; SOUZA RE e BARCELOS BR, 2021; PORTO RB, et al., 2020).

MÉTODOS

I) Orientação: Deve descrever de forma clara e sem prolixidade as fontes de dados, a população estudada, a amostragem, os critérios de seleção, procedimentos analíticos e questões éticas relacionadas à aprovação do estudo por comitê de ética em pesquisa (pesquisa com seres humanos e animais) ou autorização institucional (levantamento de dados onde não há pesquisa direta com seres humanos ou animais).

II) Instrumento de pesquisa: Estudo que utilizar questionário ou formulário já publicado deve citar a origem no texto e incluir a fonte na lista de referências. Caso o instrumento de pesquisa tenha sido criado pelos próprios autores, o mesmo deve ser citado no texto e enviado na submissão em "arquivo a parte" para que a comissão da revista o avalie e, caso aceito, o instrumento será publicado em arquivo suplementar ao artigo.

III) Ética em pesquisa:

- a. Para estudos onde há a obrigatoriedade legal de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), os autores devem apresentar no último parágrafo da metodologia os procedimentos éticos e número do parecer e do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE).
- b. Para estudos ORIGINAIS em que haja excludente LEGAL de avaliação do CEP os autores devem justificar no texto e apresentar o dispositivo jurídico para tal.
- c. Lembrando que cabe a revista o papel de garantir o cumprimento das

legislações de ética em pesquisa do conteúdo por ela publicado, então, todas as informações serão conferidas.

RESULTADOS

I) **Orientações:**

a.

b. Deve se limitar a descrever os resultados encontrados, incluindo interpretações e comparações de forma clara e seguindo uma sequência lógica de apresentação dos resultados.

c. Caso o artigo tenha figuras com resultados, estes devem ser citados ao longo do texto.

d. Se os autores acharem conveniente podem apresentar a seção de Resultados e Discussão em uma mesma seção.

• **FIGURAS**

I) **Definição:** Imagens, tabelas, quadros, gráficos e desenhos ilustrativos são denominadas pela revista como figuras.

II) **Quantidade:** São aceitas no máximo 6 figuras.

III) **Formatação:** Devem ter título esclarecedor na parte superior e fonte na parte inferior. Caso seja necessário explicar detalhes ou siglas, incluir legenda. Devem estar no corpo do artigo junto ao texto.

IV) **Orientações:** As figuras são itens autorais protegidos por lei. Posto isso, a revista definiu que:

a. Figuras já publicadas NÃO serão aceitas: Independente do tipo de licença NÃO serão aceitas imagens que já estejam publicadas. O propósito da revista não é republicar conteúdo, mas sim trazer o lado autoral e criativo das produções científicas. Essa decisão é pautada no estatuto regimental da revista.

c. Figuras baseadas em outras publicações: Poderão ser criadas mediante citação das fontes de inspiração na legenda, entretanto, devem ter no mínimo 3 (três) fontes. O intuito é que sejam publicadas imagens originais cujo conteúdo seja construído com a reinterpretação do autores por meio de análise de reflexão.

Recortes de imagens de outras publicações não são criações originais, portanto, NÃO serão aceitas.

d. *Figuras criadas a partir de um software:* É obrigatório o envio da autorização (licenciamento) de publicação da imagem emitida pela empresa responsável pelo software. Caso seja software com licença gratuita o autor deverá enviar em formato PDF os termos da licença *free* extraídos do site da empresa (use a ferramenta: imprimir => salvar como PDF). O nome do software ® , link da licença e data de acesso deverão ser citados na legenda da imagem. Essas exigências são pautadas na Lei de Propriedade Industrial (LEI Nº 9.279/1996).

e. *Imagem criada por profissional:* Obrigatório o envio da autorização (licenciamento) de publicação assinada pelo artista criador. O nome do mesmo deve ser citado na legenda da imagem. Essas exigências são pautadas na Lei de Direitos Autorais (LEI Nº 9.610/1998).

f. *Imagem de pacientes de Estudo de caso:* Caso sejam usados resultados de exames e/ou imagens de peças anatômicas de paciente, os autores deverão apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que constate o uso e publicação de dados e imagens. Este termo deve ser assinado pelo paciente. Essas exigências são pautada na Lei do prontuário do paciente (LEI Nº 13.787/2018). Lembrando que a publicação de Estudos de Caso está condicionada a autorização de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nos termos da lei (RESOLUÇÃO Nº 466/2012).

DISCUSSÃO

I) *Orientação:* Deve incluir a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações, a comparação dos achados com a literatura, as limitações do estudo e eventuais indicações de caminhos para novas pesquisas.

II) *Argumentação:* Deve haver a apresentação de artigos que corroborem e/ou que se oponham aos dados do estudo, criando uma discussão comparativa dos resultados.

III) *Fontes de artigos:* As fontes DEVEM ser de artigos científicos atuais (desejável que sejam dos últimos 5 anos) de bases de periódicos científicos de

qualidade como: Acervo+ *Index base*, Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

Nota: Se os autores acharem conveniente podem apresentar a seção de Resultados e Discussão em uma mesma seção.

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

I) **Orientação:** Deve ser pertinente aos dados apresentados e responder de forma completa ou parcial a pergunta central da pesquisa estabelecida como objetivo. Deve ser limitada a um único parágrafo final e a redação deve explicar o desfecho científico com os principais achados e seus impactos, as limitações da pesquisa e os possíveis caminhos para novos estudos da área.

Nota: O texto deve ser escrito de forma clara, concisa e não poderá conter citações.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

I) **Agradecimento:** Menção opcional de pessoas ou instituições (entidade, órgão ou grupos) que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os requisitos para serem coautores (pessoas) ou financiadores (instituições). É um espaço para agradecimentos profissionais, então NÃO serão permitidos agradecimentos familiares ou religiosos.

II) **Financiamento:** Menção obrigatória de instituições ou agências que contribuíram financeiramente com o desenvolvimento da pesquisa. Deverá ser fornecido o nome por extenso da instituição/agência seguido do número do processo de concessão.

REFERÊNCIAS

I) **Quantidade:** Mínimo 20 e máximo de 40 referências científicas.

II) **Fundamentação:** Procure usar apenas artigos científicos dos últimos 5 anos. Referências mais antigas podem ser passíveis de rejeição caso não sejam consideradas pelos revisores como sendo basilares para o campo estudado.

a. **Motivo:** O intuito é manter a linguagem do seu artigo atual e passar segurança tanto para quem lê, quanto para quem o utiliza como referência.

b. **Exceção:** O conceito de um autor e a relevância temática podem justificar a utilização excepcional de fontes antigas. Por exemplo: não daria para falar de psicanálise sem citar Freud que tem publicações datadas de 1895 a 1905, ou seja, o conceito e a temática exigem a citação nesse caso.

III) Orientações:

a. Busque por artigos em bases de periódicos científicos como: Acervo+ *Index base*, Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras bases que possuem controle de publicações.

b. A revista irá validar todas as fontes e caso não sejam compatíveis ou pertinentes será sugerida a remoção.

c. Em caráter extraordinário poderá ser usada obra literária ou site oficial de órgão técnico-científico, mediante comprovação da importância para o campo estudado.

d. Não serão aceitas fontes de blogs, magazines, sites jornalísticos, redes sociais ou veículos de comunicação que não sejam científicos.

IV) **Formatação:** As referências deverão ser numeradas em ordem alfabética conforme os seguintes exemplos:

- **Artigo:**

- **1 autor** - ANDREAZZI DUARTE D. Coronavírus, o monstro microscópico na visão da ciência. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2020; Esp. 46: e3606.

- **2 autores** - QUEIROZ BG e MENDONÇA MA. A influência de atividades recreativas com pacientes oncológicos: uma revisão narrativa. Revista Eletrônica Acervo Médico, 2022; 12: e10461.

- **3 ou mais autores** - TRAÚZOLA TR, et al. Panorama geral da hanseníase no Brasil: uma análise epidemiológica, Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2022; 15(6): e10223.

- **Nota:** Não é preciso apresentar “Disponível em” nem a data do acesso “Acesso em”.

-

- **Livro:**

- **Nota:** usar livros apenas em casos extraordinários.

- SOBOTTA J. Atlas de Anatomia Humana. 24 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018; 345p.

-

- **Tese e Dissertação**

- DEL ROIO LC. Impacto socioeconômico nos indivíduos com asma relacionada ao trabalho. Tese de Doutorado (Doutorado em Pneumologia) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022; 48p.

- **Página da Internet:**

- **Nota:** usar páginas da internet apenas em casos extraordinários.

- ACERVO+. 2022. Estatuto de publicação de Artigos Científicos. Disponível em:

<https://acervomais.com.br/index.php/saude/como-publicar-artigos>. Acessado em: 10 de agosto de 2022.