

ORIENTAÇÃO

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

1899-2012
112 ANOS



NÚMERO: 028/2012

DATA: 31/12/2012

ASSUNTO: Boas práticas na abordagem do doente com obesidade elegível para cirurgia bariátrica
PALAVRAS-CHAVE: Obesidade, Cirurgia Bariátrica, Tratamento Cirúrgico da Obesidade
PARA: Profissionais de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde - dqs@dgs.pt

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta do seu Departamento da Qualidade na Saúde e do Grupo Técnico de Acompanhamento do Tratamento Cirúrgico da Obesidade, emite a seguinte:

I – ORIENTAÇÃO

1. O acompanhamento do doente com obesidade grau 3 e com obesidade grau 2 com comorbilidades, nos Cuidados de Saúde Primários pressupõe que:
 - a) o médico de família deve efetuar uma abordagem clínica individualizada, tendo em especial atenção às comorbilidades presentes;
 - b) a abordagem deve ser multidisciplinar, envolvendo, se possível, enfermeiro, nutricionista ou dietista, psiquiatra ou psicólogo, e profissional de atividade física;
 - c) deve ser enfatizado que a obesidade constitui um fator de risco para diversas outras patologias;
 - d) deve ser tido em conta que existe influência genética e ambiental, devendo promover-se medidas de prevenção entre os familiares do doente;
 - e) no caso do doente cumprir os princípios de referenciação para cirurgia bariátrica, deve ser encaminhado para um Centro de Tratamento da Obesidade (CTO), através do sistema informático de referenciação em vigor.
2. No acompanhamento da obesidade grau 3 e da obesidade grau 2 com comorbilidades:
 - a) o doente deve ser encaminhado para o CTO, nos seguintes termos:
 - i. ao ser recebido o pedido de encaminhamento no CTO, devem ser aferidos os critérios de eleição para cirurgia bariátrica;
 - ii. o CTO deve proceder à marcação da primeira consulta, devendo atender à urgência da situação clínica, mediante avaliação dos dados clínicos e no respeito pelos prazos máximos estipulados.
 - b) consideram-se critérios de elegibilidade para realização de cirurgia bariátrica, os previstos na Circular Normativa n.º20/DSCS/DIGID de 13/08/2008, a saber:

- i. índice de massa corporal (IMC) $\geq 40 \text{ Kg/m}^2$ (obesidade grau 3), com ou sem comorbilidades ou;
 - ii. IMC $\geq 35 \text{ Kg/m}^2$ (obesidade grau 2) com presença de, pelo menos, uma das seguintes comorbilidades:
 - (i) diabetes mellitus tipo 2;
 - (ii) dislipidemia;
 - (iii) síndrome de apneia obstrutiva do sono;
 - (iv) síndrome de hipoventilação do obeso;
 - (v) hipertensão arterial (especialmente se de difícil controlo);
 - (vi) patologia degenerativa osteoarticular, com marcada limitação funcional.
 - iii. idade entre os 18 e os 65 anos, inclusive;
 - iv. insucesso das medidas não-cirúrgicas na redução ponderal, durante, pelo menos, um ano;
 - v. obesidade que não seja secundária a doença endócrina clássica;
 - vi. capacidade para compreender o procedimento cirúrgico e para aderir a um programa de seguimento a longo prazo;
 - vii. ausência de distúrbios psiquiátricos;
 - viii. ausência de dependência de álcool ou estupefacientes;
 - ix. relação risco operatório e o risco clínico.
- c) na avaliação pré-operatória do doente candidato a cirurgia bariátrica:
- i. deve ser avaliado por médico endocrinologista ou internista em, pelo menos, uma consulta (preferencialmente em duas consultas, quando da entrada no CTO e antes do ato cirúrgico). Nesta(s) consulta(s), devem ser prescritos exames complementares de diagnóstico para avaliação da obesidade e das suas comorbilidades (*vide* Anexo 2);
 - ii. deve ser avaliado por anestesiológista, que, após avaliar a ausência de risco anestésico, dá aval à realização da cirurgia bariátrica (*vide* Anexo 2);
 - iii. deve ser avaliado por nutricionista ou dietista em, pelo menos, uma consulta (preferencialmente, em duas consultas: quando da entrada no CTO e antes do ato cirúrgico). Nesta(s) consulta(s), devem ser incutidos os princípios básicos de uma alimentação saudável. O doente deve ser, igualmente, sensibilizado e preparado para as alterações que os seus hábitos alimentares irão sofrer após a cirurgia bariátrica;
 - iv. deve ser avaliado por psiquiatra ou psicólogo em, pelo menos, uma consulta (preferencialmente, em duas consultas: quando da entrada no CTO e antes do ato cirúrgico). Nesta(s) consulta(s) devem ser aplicadas as ferramentas mais indicadas para uma avaliação e preparação adequadas;

- v. deve ser avaliado em termos de parâmetros antropométricos, além do exame objetivo e da avaliação psicológica e nutricional, nomeadamente:
 - (i) peso e estatura (para cálculo do IMC);
 - (ii) perímetro abdominal;
 - (iii) perímetro da anca;
 - (iv) pressão arterial.
- vi. deve proceder-se à determinação da massa gorda corporal através de bioimpedância elétrica, sempre que possível;
- vii. a decisão da terapêutica cirúrgica deve ser multidisciplinar, quanto à adequação ou não da solução cirúrgica e quanto ao tipo de técnica cirúrgica bariátrica a utilizar;
- viii. no caso de se identificar qualquer situação que contraindique a cirurgia bariátrica, tal deve ser explicado ao doente:
 - (i) se o impedimento for temporário, desde que não ultrapasse os quatro meses, deverá ser suspenso o tempo de espera da proposta cirúrgica;
 - (ii) se o impedimento for superior a quatro meses, o doente deverá sair do programa, podendo ser novamente inscrito, quando possível.
- ix. deve, sempre, ser enfatizado o benefício de perda ponderal na fase pré-operatória. No caso de o doente apresentar esteatose hepática, num grau que possa dificultar aspetos técnicos da cirurgia bariátrica, essa perda ponderal, no período pré-operatório, adquire carácter de obrigatoriedade;
- x. no caso do doente se apresentar com uma situação que não se enquadre nos critérios de eleição para cirurgia bariátrica e a equipa multidisciplinar, unanimemente, considere que existe um grande benefício na realização da mesma, o processo deve ser submetido a apreciação da Direção-Geral da Saúde, pelo Grupo Técnico de Acompanhamento do Tratamento Cirúrgico da Obesidade;
- xi. o doente deva, ainda, ser informado acerca do seguinte:
 - (i) benefícios e riscos da cirurgia bariátrica (de forma individual ou, preferencialmente, em fóruns de discussão destinados a grupos de doentes candidatos a cirurgia bariátrica). Este assunto deverá ser reforçado em todas as abordagens posteriores até à realização do ato cirúrgico;
 - (ii) circuito de procedimentos após cirurgia bariátrica;
 - (iii) necessidade de alteração dos hábitos alimentares após o ato cirúrgico (com explicação detalhada das várias fases de dieta que o doente terá de cumprir, a curto prazo) e das condicionantes familiares e sociais inerentes, a longo prazo;

- (iv) necessidade de alterar ou suspender alguns fármacos, antes da cirurgia ou logo após esta;
 - (v) necessidade de ser mantido um plano alimentar e de atividade física após a cirurgia, de acordo com as orientações da equipa multidisciplinar.
- xii. as eventuais dúvidas que o doente possa manifestar, quer relacionadas com o próprio procedimento cirúrgico, quer relacionadas com as implicações do mesmo sobre o seu estilo de vida, devem ser esclarecidas pela equipa multidisciplinar antes da efetivação do ato cirúrgico;
- xiii. o doente, até à data do ato cirúrgico, pode, sempre, manifestar a sua intenção de não ser submetido à cirurgia bariátrica, abandonando o programa;
- xiv. o doente deve assinar, de forma informada e esclarecida, uma declaração de consentimento informado antes da realização do ato cirúrgico;
- xv. caso a equipa multidisciplinar considere justificável, para redução do risco inerente ao ato cirúrgico, o doente com obesidade grave pode ser submetido à colocação de balão intragástrico. Neste caso, deve ser suspenso o tempo de espera, enquanto estiver a realizar este tratamento e o doente deverá ser acompanhado com, pelo menos, a realização de uma consulta com cada uma destas valências:
- (i) médico gastroenterologista;
 - (ii) médico endocrinologista ou médico internista;
 - (iii) nutricionista ou dietista;
 - (iv) médico psiquiatra ou psicólogo.
- d) no acompanhamento pós-operatório dos doentes submetidos a cirurgia bariátrica:
- i. o cirurgião bariátrico deve realizar acompanhamento adequado, de forma a implementar eventuais atitudes complementares ao ato cirúrgico, consoante o tipo de cirurgia bariátrica praticada e monitorizar a eventual ocorrência de complicações cirúrgicas;
 - ii. deve proceder-se a uma adequação do esquema terapêutico, prévio à realização da cirurgia bariátrica, à condição pós-operatória, tendo em conta o tipo de cirurgia bariátrica a que foi submetido;
 - iii. devem ser monitorizados, pelo médico endocrinologista ou internista, os parâmetros clínicos ou laboratoriais que impliquem um ajuste no esquema terapêutico. Independentemente de eventuais suplementos que o doente venha a necessitar face à instalação de défices específicos, deve ser prescrito suplemento vitamínico/mineral a todos os doentes (1 comprimido diário, no caso de cirurgia puramente restritiva e 2 comprimidos diários, no caso de cirurgia com componente de malabsorção).
- e) na preparação para a alta hospitalar, a equipa multidisciplinar do CTO deve desenvolver as seguintes atividades:

- i. esclarecer o doente, assim como a sua família, sobre o tipo de dieta a seguir no pós-operatório, com informação sobre o tipo e quantidade de alimentos aconselhados. Deve, também, ser reforçada a educação alimentar adequada ao tipo de cirurgia bariátrica a que este foi submetido: tempo de mastigação, cuidados com alguns alimentos de digestão “difícil”, etc.;
 - ii. o doente deve ser informado sobre a limitação física a que estará sujeito e a duração da mesma;
 - iii. deve ser implementado um protocolo de progressão alimentar de acordo com o tipo de cirurgia bariátrica realizada. Deve salientar-se que o aporte diário recomendado deverá ser de 60 a 120 g de proteínas (a atingir à terceira/quarta semana após a cirurgia), 1200-1500 mg de cálcio e 5 porções de fruta e vegetais, para permitir uma normal função intestinal. Até à terceira/quarta semana do pós-operatório, deverá ser fornecido o máximo aporte proteico, dentro dos limites de volume tolerados por cada doente. Os protocolos de progressão alimentar, para cirurgia restritiva ou para cirurgia malabsortiva/mista encontram-se explanados, respetivamente, nos Anexos 3 e 4 desta Orientação;
 - iv. deve ser realçada a necessidade do seguimento pelos vários elementos da equipa multidisciplinar, sem privilégio de uma valência e assegurar a marcação das respetivas consultas;
 - v. o doente deve ser sensibilizado para a necessidade de hábitos de exercício físico regular e adequado à perda de peso, de forma que não ocorra perda da massa muscular.
- f) De forma a ser garantida a continuidade de cuidados no acompanhamento após alta hospitalar:
- i. o médico de família deve ser informado, através de relatório clínico elaborado pelo CTO, da alta hospitalar do doente submetido a cirurgia bariátrica e dos cuidados a ter no que concerne, em especial, à promoção e manutenção de hábitos alimentares adequados, exercício físico e vigilância de complicações;
 - ii. o doente submetido a cirurgia bariátrica, deve ser acompanhado pelo CTO, por um período de, pelo menos, três anos, nos seguintes termos (*vide* Anexo 1):
 - (i) pelo cirurgião bariátrico em quatro consultas no primeiro ano, duas consultas no segundo ano e duas consultas no terceiro ano;
 - (ii) pelo endocrinologista ou internista em duas consultas no primeiro ano, duas consultas no segundo ano e uma consulta no terceiro ano;
 - (iii) pelo psiquiatra ou psicólogo em duas consultas no primeiro ano, uma consulta no segundo ano e uma consulta no terceiro ano;
 - (iv) pelo nutricionista ou dietista em quatro consultas no primeiro ano, duas consultas no segundo ano e uma consulta no terceiro ano;

- (v) para o acompanhamento laboratorial, deve ser prescrito painel de exames complementares de diagnóstico, de acordo com o tipo de cirurgia e fase de tratamento (*vide* Anexo 2).
- iii. o doente deve usufruir de acompanhamento a longo prazo, pelos vários elementos da equipa multidisciplinar vocacionada para a abordagem da obesidade. Para tal, dever-se-á atender à sua evolução ponderal, ao grau de aceitação das mudanças na sua imagem corporal e ao cumprimento das orientações quanto ao seu estilo de vida. Todas estas alterações deverão ser tidas em conta para ajuste gradual do esquema terapêutico;
- iv. em cada fase do seguimento pela equipa multidisciplinar deve fazer-se, obrigatoriamente, a determinação de:
 - (i) peso e estatura (para cálculo do IMC);
 - (ii) perímetro da anca;
 - (iii) perímetro abdominal;
 - (iv) pressão arterial.
- v. sempre que possível, deverá proceder-se à determinação da massa gorda corporal, através de bioimpedância elétrica;
- vi. a ausência de redução ponderal, a partir de um determinado peso (que não o peso aceitável), implica pesquisa sobre eventuais fatores, de estilo de vida, médicos ou cirúrgicos) que possam condicionar essa ausência de resposta. Após a identificação do(s) fator(es) que condicionava(m) uma adequada perda ponderal, dever-se-á proceder à sua correção;
- vii. quando ocorra perda ponderal adequada e estabilização dessa perda, o cirurgião bariátrico deve considerar a possibilidade de envio para a especialidade de cirurgia plástica, mas nunca antes dos 12 meses após a cirurgia bariátrica;
- viii. concluído o período de acompanhamento dos três anos após a cirurgia bariátrica, considera-se como boa prática:
 - (i) a avaliação por médicos endocrinologista ou internista e por nutricionista ou dietista, através da realização de, pelo menos, uma consulta anual com cada uma destas valências;
 - (ii) dependendo da evolução clínica e da ocorrência ou não de complicações pós-operatórias, admite-se que os doentes possam ter alta e ser encaminhados para os Cuidados de Saúde Primários ao fim dos três anos após a cirurgia bariátrica. Preferencialmente, estes doentes deverão usufruir de acompanhamento por nutricionista/dietista.
- ix. os exames complementares de diagnóstico a prescrever e a periodicidade da sua realização, no período de acompanhamento dos três anos após a cirurgia bariátrica, dependem do discernimento clínico da equipa multidisciplinar com base na evolução

ponderal verificada, na resolução ou não das comorbilidades inicialmente presentes, no surgimento de eventuais complicações, relacionadas ou não com o procedimento cirúrgico e no eventual aparecimento de défices resultantes da intervenção cirúrgica.

II – Fundamentação

1. A obesidade constitui uma pandemia à escala global, apesar das múltiplas medidas que têm vindo a ser implementadas nas últimas décadas;
2. A cirurgia bariátrica coloca-se como uma solução terapêutica segura e eficaz, se bem que com indicações muito precisas;
3. O tratamento cirúrgico da obesidade não se limita ao ato cirúrgico, já que obriga ao envolvimento de uma vasta equipa multidisciplinar de profissionais que, atuando em conjunto, permitem uma abordagem global da pessoa com obesidade;
4. A presente Orientação tem como objetivo clarificar o processo de acompanhamento do doente com obesidade elegível, para cirurgia bariátrica (doente com obesidade grau 3 ou obesidade grau 2 com comorbilidades), nos Cuidados de Saúde Primários e no tratamento cirúrgico da obesidade, ao nível dos cuidados de saúde secundários (*vide* Anexo 1). Tal permitirá, de forma mais eficaz, fazer o acompanhamento do progresso da pessoa com obesidade ao longo do tempo, gerando mais informação sobre a eficácia clínica deste tipo de cirurgia e as condições adequadas para a sua realização.

III – APOIO CIENTÍFICO

1. A presente Orientação foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde pelo Grupo Técnico de Acompanhamento do Tratamento Cirúrgico da Obesidade.
2. José Silva Nunes, Ângelo Ferreira, Carlos Costa Almeida, M. Helena Cardoso (coordenação científica), Fernando Guerra (coordenação executiva), Miriam Viegas, Sofia Mariz, Cristina Teixeira e Léneo Andrade.

BIBLIOGRAFIA

- Allied Health Sciences Section Ad Hoc Nutrition Committee, Aills L, Blankenship J, Buffington C, Furtado M, Parrott J. ASMBS Allied Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient. *Surg Obes Relat Dis* 2008; 4(5 Suppl): S73-S108.
- Apovian CM, Cummings S, Anderson W, Borud L, Boyer K, Day K, Hatchigian E, Hodges B, Patti ME, Pettus M, Perna F, Rooks D, Saltzman E, Skoropowski J, Tantillo MB, Thomason P. Best practice updates for multidisciplinary care in weight loss surgery. *Obesity* 2009; 17(5): 871-879.
- Fried M, Hainer V, Basdevant A, Buchwald H, Deitel M, Finer N, Greve JW, Horber F, Mathus-Vliegen E, Scopinaro N, Steffen R, Tsigos C, Weiner R, Widhalm K; Bariatric Scientific Collaborative Group Expert Panel. Interdisciplinary European guidelines for surgery for severe (morbid) obesity. *Obes Surg* 2007; 17(2): 260-270.
- Heber D, Greenway FL, Kaplan LM, Livingston E, Salvador J, Still C; Endocrine Society. Endocrine and nutritional management of the post-bariatric surgery patient: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2010; 95(11): 4823-4843.

- Lautz DB, Jiser ME, Kelly JJ, Shikora SA, Partridge SK, Romanelli JR, Cella RJ, Ryan JP. An update on best practice guidelines for specialized facilities and resources necessary for weight loss surgical programs. *Obesity* 2009; 17(5): 911-917.
- Mechanick JI, Kushner RF, Sugerman HJ, Gonzalez-Campoy JM, Collazo-Clavell ML, Guven S, Spitz AF, Apovian CM, Livingston EH, Brolin R, Sarwer DB, Anderson WA, Dixon J. American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. *Endocr Pract* 2008; 14(Suppl 1): 1-83.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): OBESITY - guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. Acedido a 20/06/2011 em <http://www.nice.org.uk>.
- Ziegler O, Sirveaux MA, Brunaud L, Reibel N, Quilliot D. Medical follow up after bariatric surgery: nutritional and drug issues. General recommendations for the prevention and treatment of nutritional deficiencies. *Diabetes Metab* 2009; 35(6 Pt 2): 544-557.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

Anexo 1: Fluxograma do tratamento cirúrgico da obesidade

CENTRO DE TRATAMENTO DE OBESIDADE

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Critérios cumulativos de referência para o Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade

- IMC ≥ 40 kg/m² ou IMC ≥ 35 kg/m² com presença de comorbidade (s);
- Idade entre 18 e 65 anos;
- Insucesso ou sucesso não significativo na redução ponderal durante, pelo menos, um ano com a aplicação de todas as medidas não cirúrgicas apropriadas;
- Obesidade que não seja secundária a doença endócrina clássica;
- Capacidade para compreender o procedimento cirúrgico e para aderir a um programa de seguimento a longo prazo;
- Ausência de distúrbios psiquiátricos não estabilizados;
- Ausência de dependência de álcool ou estupefacientes.

C I R U R G I A

Consultas de AMTCO
Cirurgia Bariátrica
Endocrinologia ou Medicina Interna
Psiquiatria/Psicologia
Nutrição/Dietética

ECD

Reunião de Decisão Terapêutica da Equipa Multidisciplinar

Consulta Pré-cirúrgica de Anestesiologia

1.º Ano

Consultas de AMTCO

Cirurgia Bariátrica
Endocrinologia ou Medicina Interna
Psiquiatria/Psicologia
Nutrição/Dietética

ECD

2.º Ano

Consultas de AMTCO

Cirurgia Bariátrica
Endocrinologia ou Medicina Interna
Psiquiatria/Psicologia
Nutrição/Dietética

ECD

3.º Ano

Consultas de AMTCO

Cirurgia Bariátrica
Endocrinologia ou Medicina Interna
Psiquiatria/Psicologia
Nutrição/Dietética

ECD

Elaboração de Relatório de alta

Processo Clínico completo

Relatório de alta do hospital para planificação de cuidados nos Cuidados de Saúde Primários

Monitorização de cuidados após a alta:

- Promoção da alimentação saudável;
- Promoção de exercício físico;
- Vigilância de episódios suscetíveis de serem considerados complicações

Monitorização de cuidados após a alta:

- Endocrinologia ou Medicina Interna
- Nutrição ou Dietética
- Psiquiatria/Psicologia (se necessário)
- Cirurgia Bariátrica (se necessário)

Anexo 2: Periodicidade recomendada, pelo Grupo Técnico de Acompanhamento do Tratamento Cirúrgico da Obesidade, para os exames complementares de diagnósticos no âmbito do tratamento cirúrgico

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO	AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA	PÓS-OPERATÓRIO					
		1.º Ano		2.º Ano		3.º Ano	
		Sem.	Anual	Sem.	Anual	Sem.	Anual
LABORATÓRIO							
25-OH Vitamina D		1		1,2	1	1,2	
Ácido fólico				2		2	
Ácido úrico						2	
Alanina aminotransferase (ALT/TGP)				2		2	
Albumina				2		2	
Aspartato aminotransferase (AST/TGO)				2		2	
Calcemia				2		2	
Colesterol – fração HDL				2		2	
Colesterol – fração LDL				2		2	
Colesterol total				2		2	
Cortisol urinário das 24h (ou cortisol salivar)							
Creatinina				2		2	
Estradiol							
Ferritina				2			
Ferro sérico				2		2	
Fosfatase alcalina				2		2	
Fosforemia				2		2	
Gamaglutamil transferase (GGT)				2		2	
Gasometria arterial							
Glicemia				2		2	
Hemoglobina Glicada A1c (HbA1c)		3			3		3
Hemograma				2		2	
Hormona foliculoestimulante (FSH)							
Hormona luteínica (LH)							
Hormona tireoideestimulante (TSH)							
Insulinemia ou Péptido C							
Ionograma				2		2	
Magnesiemia				2		2	
Paratormona		1			1		1

Continua

	Prescrição médica indicada
	Prescrever apenas de acordo com a situação clínica particular e fundamentada
	Não está indicada a sua prescrição

¹ Apenas nas cirurgias com componente de malabsorção

² Se clinicamente justificável

³ No caso do doente com diabetes mellitus, pode ser clinicamente justificável até 3-4 vezes por ano

Continuação

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO	AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA	PÓS-OPERATÓRIO					
		1.º Ano		2.º Ano		3.º Ano	
		Sem.	Anual	Sem.	Anual	Sem.	Anual
LABORATÓRIO							
Proteína C reativa (PCR)		4		2,4	4	2	2,4
Proteínas totais				2		2	
Prova de tolerância à glicose oral (com determinação da insulina e/ou péptido C)							
Tempo de protrombina (PT)							
Tempo de tromboplastina (PTT)							
Testosterona total e/ou livre							
Transferrina							
Trigliceridos				2		2	
Ureia				2		2	
Urina tipo II				2		2	
Velocidade de sedimentação (VS)		4		2,4	4	2,4	4
Vitamina A			1,5	1,2	1	1,2	1
Vitamina B ₁			1,5	1,2	1	1,2	1
Vitamina B ₆			1,5	1,2	1	1,2	1
Vitamina B ₁₂			1,5	1,2	1	1,2	1
Vitamina C							
Zinco sérico				2			
OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO							
Calibração da banda gástrica (com eventual apoio radioscópico)			2		2		2
Densitometria óssea					6		
Ecocardiograma							
Ecografia abdominal superior							
Electrocardiograma							
Endoscopia digestiva alta	7		2		2		2
Estudo do sono			2		2		2
Prova de esforço							
Provas de função respiratória (espirometria)							
Telerradiografia tórax (em incidência P-A)							
Trânsito esófago-gastro-duodenal			2		2		2

	Prescrição médica indicada
	Prescrever apenas de acordo com a situação clínica particular e fundamentada
	Não está indicada a sua prescrição

⁴ PCR ou VS

⁵ Apenas nas cirurgias com componente de malabsorção ou se sintomatologia sugestiva do seu défice, qualquer que tenha sido o tipo do cirurgia.

⁶ Especialmente se o doente com osteopénia/osteoporose na avaliação pré-operatória ou se o doente submetido a cirurgia com componente de malabsorção.

⁷ Procedimento sob sedação e acompanhada de biopsia gástrica (para pesquisa de *Helicobacter pylori*).

Anexo 2: Protocolo de progressão alimentar para cirurgia bariátrica do tipo restritiva

FASE	PERÍODO	DIETA
FASE 1	Até 3 dias após cirurgia	<p>Composição da dieta: Líquidos claros</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quantidade: 15 a 100 ml por refeição - Permitido: Água e chá não açucarado - Recomendações: Os líquidos deverão ser ingeridos em pequenos “goles”, conforme tolerância do doente
FASE 2	3 a 30 dias após cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> - Composição da dieta: Dieta líquida completa (privilegiar líquidos ricos em proteínas) - Quantidade: 15 a 200 ml por refeição - Permitido: Água, chá, leite magro, iogurte líquido magro, sumos de fruta natural ou sem açúcar, sumos de vegetais e sopas - Recomendações: Deverá iniciar-se suplementação vitamínica/mineral com 1 comprimido diário.
FASE 3	17 a 45 dias após cirurgia	<p>Composição da dieta: Dieta pastosa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quantidade: 40 a 150 ml por refeição - Permitido: Purés de vegetais, fruta cozida/assada/puré, sopas com carne/peixe, iogurtes magros - Recomendações: Os sumos e chás devem servir de complemento da alimentação diária, sendo ingeridos nos intervalos das refeições
FASE 4	30 a 100 dias após cirurgia	<p>Composição da dieta: Dieta mole</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quantidade: 60 a 150g por refeição - Permitido: Carne/peixe picados, vegetais cozidos, fruta crua madura sem casca. - Evitar ingestão de batata, arroz, massa (até tolerar todos os outros alimentos)
FASE 5	Após 6 a 8 semanas do pós-operatório. (Dependente da tolerância do doente)	<p>Composição da dieta: Refeições de consistência normal, constituídas por alimentos saudáveis de fácil digestão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recomendações: <ul style="list-style-type: none"> ▪ É extremamente importante mastigar bem os alimentos até obter um “bolo” alimentar fácil de digerir ▪ Evitar ingestão de batata, arroz, massa (até tolerar todos os outros alimentos) ▪ Eventualmente suspender suplementação vitamínica/mineral.

Anexo 3: Protocolo de progressão alimentar para cirurgia malabsortiva/mista

FASE	PERÍODO	DIETA
FASE 1	Até 3 dias após cirurgia	<p>Composição da dieta: Líquidos claros</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quantidade: 15-100 ml por refeição - Permitido: Água e chá não açucarado - Recomendações: Os líquidos deverão ser ingeridos em pequenos “goles”, conforme tolerância do doente
FASE 2	3 a 30 dias após cirurgia	<p>Composição da dieta: Dieta líquida completa (privilegiar líquidos ricos em proteínas)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quantidade: 15 a 200 ml por refeição - Permitido: Água, chá, leite magro, iogurte líquido magro, sumos de fruta natural ou sem açúcar, sumos de vegetais e sopas (com adição de fonte proteica) - Recomendações: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deverá ponderar-se a necessidade de utilizar suplementos modulares proteicos ▪ Deverá iniciar-se suplementação vitamínica/mineral com 2 comprimidos diários
FASE 3	17 a 45 dias após cirurgia	<p>Composição da dieta: Dieta pastosa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quantidade: 40 a 150 ml por refeição - Permitido: Purés de vegetais, fruta cozida/assada/puré, sopas com carne/peixe, iogurtes magros - Recomendações: Os sumos e chás devem servir de complemento à alimentação diária, sendo ingeridos nos intervalos das refeições
FASE 4	30 a 100 dias após cirurgia	<p>Composição da dieta: Dieta mole</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quantidade: 60 a 150g por refeição - Permitido: Carne/peixe picados, vegetais cozidos, fruta crua madura sem casca. - Evitar ingestão de batata, arroz, massa (até tolerar todos os outros alimentos)

Continua

continuação

FASE	PERÍODO	DIETA
FASE 5	Após a 8.ª semana do pós-operatório. (Dependente da tolerância do doente)	<p>Composição da dieta:</p> <ul style="list-style-type: none">- Refeições de consistência normal, constituídas por alimentos saudáveis de fácil digestão;- Refeições compostas por baixo teor calórico e alto teor proteico:<ul style="list-style-type: none">▪ Recomendações:<ol style="list-style-type: none">1. É extremamente importante mastigar bem os alimentos até obter um “bolo” alimentar fácil de digerir. Deve-se evitar ingestão de arroz, massa e pão até que a dose de consumo diário de proteínas (mínimo de 60g) seja atingida bem como a dose recomendada de fruta e vegetais.2. Deverá diminuir-se a suplementação vitamínica/mineral de 2 para 1 comprimido diário.