



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**PROTOCOLO ESTADUAL DE ACESSO À SUPLEMENTAÇÃO PROTEICA PARA
PESSOAS SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA NO ESTADO DE SERGIPE**

ARACAJU

2026

GOVERNADOR DO ESTADO DE SERGIPE

Fábio Cruz Mitidieri

VICE-GOVERNADOR DO ESTADO DE SERGIPE

José Macedo Sobral

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

Jardel Mitermayer Gois

DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Adriana Maria Figuerêdo Batista

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ana Beatriz de Lira Panza

DIRETORIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E URGÊNCIA

Neuzice Oliveira Lima

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Juliana Santana de Oliveira Silva

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Adriana Maria Figuerêdo Batista

Catharina Corrêa Costa

Daviane Maria Campos Vergne

Eliene Cristine Chaves Silva Lima

Juliana Santana de Oliveira Silva

Lívia Angélica da Silva

Neuzice Oliveira Lima

Robervan Vidal dos Santos

Ronaldo Cruz Silva

Yasmin Passos Prado

APRESENTAÇÃO

A cirurgia bariátrica é um procedimento seguro e eficaz no tratamento da obesidade grave, proporcionando significativa redução de peso e melhora de condições associadas, como diabetes, hipertensão e dislipidemias. Contudo, seu impacto sobre a absorção e o metabolismo dos nutrientes exige atenção contínua, especialmente quanto à ingestão adequada de proteínas, fundamentais para a manutenção da massa magra, o reparo tecidual e a preservação da funcionalidade do organismo.

Com o objetivo de assegurar o cuidado integral e equitativo às pessoas submetidas a este procedimento, o presente “**Protocolo Estadual de Acesso à Suplementação Proteica para Pessoas Submetidas à Cirurgia Bariátrica**” estabelece diretrizes claras para a indicação, dispensação e acompanhamento desse recurso nutricional no âmbito estadual do Sistema Único de Saúde (SUS). O documento foi construído a partir das melhores evidências científicas disponíveis, aliado à experiência de profissionais da rede de atenção à saúde e à observância das normativas nacionais vigentes.

Além de orientar a prática clínica, este protocolo busca garantir transparência, padronização e qualidade na oferta da suplementação proteica no âmbito estadual, fortalecendo a linha de cuidado da pessoa com obesidade e contribuindo para a prevenção de complicações nutricionais no pós-operatório.

Ao adotar estas diretrizes, reafirmamos o compromisso do Estado com a promoção da saúde, a segurança alimentar e nutricional e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	3
1 INTRODUÇÃO	3
2 TIPO DE SUPLEMENTAÇÃO PROTEICA	6
2.1 Características do Produto	6
2.2 Quantidade estimada	7
3 PROCEDIMENTOS PARA INCLUSÃO NO PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO ESTADUAL DE SUPLEMENTO PROTEICO	7
3.1 Critérios de Inclusão	7
3.2 Casos Especiais	8
3.2.1 <i>Grandes obesos</i>	8
3.2.2 <i>Continuidade da suplementação proteica após um ano de cirurgia</i>	8
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	9
REFERÊNCIAS	10
APÊNDICE A – RELATÓRIO MÉDICO PADRÃO	12

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada um importante problema de saúde pública, de natureza multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal. Está diretamente relacionada ao aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, diabetes tipo 2, dislipidemias, além de alguns tipos de câncer. Segundo o Ministério da Saúde, o enfrentamento da obesidade deve envolver ações integradas de promoção da saúde, prevenção, cuidado e vigilância, com ênfase na atenção primária e no fortalecimento da alimentação adequada e da prática regular de atividade física (Brasil, 2022).

O sobrepeso e a obesidade são definidos com base no Índice de Massa Corporal (IMC) obtido dividindo-se o peso (em quilogramas) pelo quadrado da altura (em metros). Em adultos, o sobrepeso é classificado quando o IMC está entre 25,0 e 29,9 kg/m²; obesidade quando o IMC é igual ou superior a 30 kg/m², sendo subdividida em Grau I (30,0–34,9 kg/m²), Grau II (35,0–39,9 kg/m²) e Grau III ($\geq 40,0$ kg/m²), também conhecida como obesidade grave ou mórbida. Segundo dados recentes da Organização Mundial da Saúde, em 2022, mais de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo viviam com obesidade, incluindo 650 milhões de adultos. No Brasil, dados do Vigitel (2023) indicam que 56,8% da população adulta está com excesso de peso, e 22,8% apresentam obesidade (Brasil, 2023; WHO, 2024).

Diversos tratamentos têm sido estudados para perda e manutenção de peso. No âmbito dietético, recomenda-se estabelecer metas realistas — em termos de quantidade e velocidade de perda ponderal — por meio de dietas hipocalóricas, equilibradas e baseadas em alimentos de qualidade, com o objetivo de promover escolhas saudáveis e critérios alimentares adequados. Além disso, é fundamental trabalhar os aspectos comportamentais por meio da educação alimentar, visando mudanças sustentáveis no estilo de vida (WHO, 2025).

As técnicas cirúrgicas utilizadas no tratamento da obesidade podem ser classificadas em três categorias: procedimentos restritivos, que limitam a quantidade de alimento ingerido; procedimentos disabsortivos, que reduzem a absorção de nutrientes no trato gastrointestinal; e procedimentos mistos, que combinam ambos os mecanismos. O bypass jejunoileal foi o primeiro procedimento bariátrico realizado, ainda na década de 1950, e promoveu significativa perda de peso por meio de má absorção. Posteriormente, a derivação biliopancreática (técnica de Scopinaro) surgiu como uma alternativa mais segura, com

disabsorção controlada, mas ainda requer acompanhamento nutricional rigoroso devido ao risco de deficiências micro nutricionais. Atualmente, técnicas mais modernas como a derivação biliopancreática com switch duodenal (BPD-DS) e a anastomose única duodeno ileal com gastrectomia vertical (SADI-S) vêm sendo utilizadas por apresentarem maior eficácia na perda de peso e melhor perfil de segurança a longo prazo, quando comparadas aos métodos anteriores (Deitek, Dexter, 2023; Tomey, 2024; Statpearls, 2024).

A técnica de switch duodenal (BPD-DS) é uma modificação da derivação biliopancreática clássica, desenvolvida com o objetivo de reduzir o risco de úlceras, aumentar a restrição gástrica, minimizar a ocorrência da síndrome de dumping e atenuar os efeitos de má absorção nutricional severa observados nas versões anteriores. Trata-se de uma abordagem mista, com alta eficácia na perda de peso e controle de comorbidades, especialmente em casos de obesidade grave, embora ainda exija seguimento nutricional rigoroso. A gastroplastia vertical, técnica restritiva introduzida nos anos 1970, surgiu como alternativa menos invasiva ao bypass em Y de Roux e ao bypass jejunoileal, porém perdeu espaço por apresentar menores taxas de sucesso a longo prazo. Já o bypass gástrico, inicialmente concebido na década de 1960, teve sua estrutura adaptada ao longo dos anos, sendo consolidado como a técnica Fobi-Capella — ou RYGB —, que combina restrição e discreta disabsorção. A versão laparoscópica desse procedimento tornou-se amplamente adotada por reduzir complicações pós-operatórias, tempo de internação e morbidade em pacientes com obesidade severa (Jornal of Bariatric Surgery, 2022).

O bypass gástrico permanece como o procedimento bariátrico combinado mais realizado nos EUA e globalmente, visto que é tecnicamente restritivo — pela criação de uma pequena bolsa gástrica que promove saciedade precoce — e também disabsortivo, pois desvia parte do intestino delgado, reduzindo a absorção de nutrientes; a extensão desse desvio determina a intensidade da má-absorção. A literatura recente também aponta para sua evolução técnica, incluindo o uso de abordagens minimamente invasivas que reduzem complicações pós-operatórias e favorecem a recuperação do paciente (Brockmeyer, Coffin, 2025).

A cirurgia bariátrica, especialmente o Bypass Gástrico em Y de Roux (DGYR), é eficaz na redução de peso, podendo resultar em perda de 60% a 70% do peso inicial (SBCBM, 2017). No entanto, nos primeiros seis meses pós-operatórios, há uma alta probabilidade de desnutrição proteica, com cerca de 50% dos pacientes apresentando predisposição à anemia ferropriva

(Ramos, Melo, 2015). Além disso, deficiências de micronutrientes como ferro, zinco e vitaminas D e B12 são frequentes, exigindo suplementação contínua para prevenir complicações como enfraquecimento ósseo e anemia (CABRAL et al., 2016).

Diante as consequências ao estado nutricional, torna-se essencial o acompanhamento nutricional do paciente pós-bariátrico, principalmente no primeiro ano após a intervenção, introduzindo a terapia nutricional adequada em tempo oportuno, incluindo a suplementação proteica.

A terapia nutricional no pós-operatório de cirurgias bariátricas é fundamental para o sucesso da intervenção cirúrgica e para a manutenção da saúde e qualidade de vida do paciente. O acompanhamento nutricional sistemático promove a reeducação alimentar e previne deficiências nutricionais, sendo considerado um componente essencial da abordagem multidisciplinar (Mechanick et al., 2020; Kushner, Batsis, 2020).

Nas primeiras 24 a 48 horas após o procedimento cirúrgico, inicia-se a fase de dieta líquida clara, com o objetivo de promover o repouso gástrico, evitar náuseas e vômitos, facilitar a adaptação a pequenos volumes e prevenir complicações mecânicas no trato digestivo. Essa dieta é oferecida em pequenos volumes, geralmente de 30 a 50 mililitros por refeição, fracionada em horários regulares ao longo do dia (ASMBS, 2020).

Diante da baixa ingestão calórica e proteica nesse período, torna-se necessária a introdução precoce de suplementação proteica, preferencialmente com suplementos de alto valor biológico e de fácil digestão. A adequada ingestão de proteínas auxilia na preservação da massa magra, na cicatrização tecidual e na manutenção da resposta imune (Gletsu-Miller, Wright, 2013).

As deficiências nutricionais são complicações comuns, principalmente após cirurgias com desvio intestinal, como o bypass gástrico em Y-de-Roux. Os nutrientes mais afetados incluem ferro, vitamina B12, folato, cálcio, vitamina D e tiamina, o que justifica a suplementação rotineira de vitaminas e minerais para todas as pessoas submetidas a procedimentos bariátricos (Parrott et al., 2017).

O acompanhamento nutricional de longo prazo é indispensável para o monitoramento da adesão à dieta, a adequação das suplementações e a detecção precoce de deficiências. A atuação conjunta de uma equipe multiprofissional, com foco na orientação alimentar e mudanças comportamentais, é considerada uma das estratégias mais eficazes na promoção de resultados sustentáveis (Mechanick et al., 2020).

O acesso à suplementação de vitaminas e minerais é previsto no Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), com financiamento tripartite e dispensação de responsabilidade municipal.

Neste sentido, foi elaborado este documento com a finalidade da descrição na rede SUS de Sergipe no âmbito estadual dos critérios para acesso à suplementação proteica para pessoas submetidas a cirurgia bariátrica.

2 TIPO DE SUPLEMENTAÇÃO PROTEICA

Para a suplementação proteica às pessoas submetidas à cirurgia bariátrica, torna-se essencial adotar estratégias nutricionais específicas que atendam às novas demandas metabólicas e estruturais do organismo no pós-operatório. Para garantir a adequada ingestão de nutrientes, recomenda-se a utilização de suplemento em pó com proteína de alto valor biológico a fim de melhorar a digestibilidade e o fracionamento das porções (Pereira, et al.)

A utilização desta suplementação, integrada ao acompanhamento clínico e nutricional, é parte central do protocolo para assegurar a recuperação adequada e a efetividade dos resultados da cirurgia bariátrica.

2.1 Características do Produto

Segue abaixo descrito as características da fórmula que deve ser utilizada para a suplementação.

- *Nome do produto:* Suplemento alimentar à base de proteína isolada do soro do leite (Whey Protein Isolado)
- *Forma:* Pó solúvel, acondicionado em embalagem hermética e opaca
- *Composição Qualitativa:*
 - a. Proteína isolada do soro do leite (mínimo 90% de pureza)
 - b. Espessantes e estabilizantes permitidos pela legislação vigente
 - c. Isento de glúten
 - d. Isento de lactose (máximo 0,1 g/porção)
- *Composição Quantitativa por porção (30 g, salvo outra padronização):*
 - a. Proteínas: ≥ 25 g (alto valor biológico, contendo todos os aminoácidos essenciais)

- b. Carboidratos: ≤ 2 g
- c. Gorduras totais: $\leq 1,5$ g
- d. Sódio: ≤ 200 mg
- e. BCAA (aminoácidos de cadeia ramificada): ≥ 5 g
- f. Valor energético: ≤ 140 kcal
- Padrões de qualidade
 - a. Origem da matéria-prima: derivada de soro de leite pasteurizado
 - b. Certificação de boas práticas de fabricação (BPF)
 - c. Conformidade com a Resolução RDC nº 243/2018 da ANVISA ou outras normativas vigentes

2.2 Quantidade estimada

Recomenda-se, no período de 0 a 6 meses após a cirurgia bariátrica, a ingestão suplementar de aproximadamente 36g de proteína por dia, com a finalidade de complementar a ingestão proteica diária. No intervalo de 6 a 12 meses, essa quantidade será reduzida para cerca de 18g diárias, de modo a continuar suprimindo adequadamente as necessidades nutricionais do paciente (GOLZARAND et al., 2024).

Sendo assim, considerando as características da fórmula descritas acima, seguem as premissas para o cálculo:

- Suplemento padrão oferece 25g de proteína por 30g de produto
- Critérios para dispensação:
 - a) De 0 a 6 meses pós-cirúrgico: dispensação mensal por pessoa no máximo 1.296g de produto (1.080g de proteína).
 - b) De 6 até 12 meses pós-cirúrgico: dispensação mensal por pessoa no máximo 648g de produto (540g de proteína).

3 PROCEDIMENTOS PARA INCLUSÃO NO PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO ESTADUAL DE SUPLEMENTO PROTEICO

3.1 Critérios de Inclusão

Serão incluídos todas as pessoas submetidas à cirurgia bariátrica no Estado de Sergipe que devem ser identificados pelos ambulatório dos hospitais habilitados para realização de

cirurgia bariátrica da rede SUS ou pela rede assistencial municipal, por meio da Atenção Primária à Saúde (APS). Essas pessoas deverão ser encaminhadas ao Centro de Atenção à Saúde de Sergipe (CASE) munidas dos documentos necessários descritos a seguir.

Sendo assim, todas as pessoas que foram submetidas a cirurgia bariátrica e que atendam aos critérios terão direito a suplementação proteica até um ano pós-cirúrgico. Na primeira avaliação, equivalente à inclusão da pessoa no referido protocolo, será exigida a presença do solicitante ou de um representante, desde que comprovado incapacidade de comparecimento da pessoa em questão através de relatório médico. Devem ser apresentados os seguintes documentos:

- Cartão do SUS (cópia legível)
- Carteira de Identidade (cópia legível)
- CPF (cópia legível)
- Comprovante de residência (cópia legível)
- Relatório médico padrão, conforme Apêndice A (CRM/SE)
- Prescrição nutricional pelo nutricionista (CRN/SE), de acordo com a Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991, que estabelece as atividades privativas dos nutricionistas, incluindo a prescrição dietética.

3.2 Casos Especiais

3.2.1 Grandes obesos

O cálculo recomendado para necessidades proteicas diárias deve atingir o valor de 1,5g/kg de peso corporal ideal, podendo ser necessário quantidades maiores como 2,1g/kg de peso corporal ideal em alguns casos, priorizando sempre o consumo de 60 a 80g de proteína por dia. Sendo assim, os indivíduos que necessitem de suplementação proteica acima dos valores supracitados (36g por dia nos 6 primeiros meses e 18g de 6 meses até 1 ano), como aqueles que apresentaram IMC inicial muito elevado ($\geq 50\text{kg/m}^2$), serão avaliados individualmente pelo serviço de nutrição do CASE.

3.2.2 Continuidade da suplementação proteica após um ano de cirurgia

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, o primeiro ano pós-cirúrgico é a fase onde há a maior perda de peso, entre 60% a 80% do peso inicial, sendo o momento mais importante para que as pessoas recebam a suplementação proteica

(SBCBM, 2017; Taselaar et al., 2023).

A continuidade da suplementação proteica após esse período deverá ser avaliada individualmente pelo serviço de nutrição do CASE, levando em consideração não apenas indicadores antropométricos, mas também marcadores bioquímicos que mostrarão de forma mais fidedigna o estado nutricional.

Seguem abaixo os padrões de referências dos exames bioquímicos que devem ser apresentados no momento da consulta com o nutricionista:

- Albumina sérica > 3,5 g/dL
- Proteínas totais > 6 g/dL
- Transferrina > 204 mg/dL

De acordo com os resultados dos exames acima dos valores apresentados, o indivíduo será desvinculado do acesso ao protocolo estadual de suplementação proteica para pessoas submetidas à cirurgia bariátrica.

Identificada a necessidade da continuidade da dispensação, a mesma ocorrerá durante três meses, condicionada a reavaliação do nutricionista após este período de uso do suplemento proteico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação deste protocolo estadual visa garantir o acesso equitativo, seguro e baseado em evidências à suplementação proteica para pessoas submetidas à cirurgia bariátrica. Reconhece-se que a suplementação nutricional, especialmente de proteínas, é uma etapa essencial no pós-operatório, contribuindo diretamente para a manutenção da massa magra, cicatrização, recuperação funcional e prevenção de deficiências nutricionais.

Ao estabelecer critérios clínicos claros, fluxos assistenciais definidos e responsabilidades compartilhadas entre os níveis de atenção à saúde, este protocolo fortalece a integralidade do cuidado e promove a sustentabilidade do sistema público de saúde.

REFERÊNCIAS

AMERICAN SOCIETY FOR METABOLIC AND BARIATRIC SURGERY. Integrated health nutritional guidelines for the surgical weight loss patient: 2019 update – Micronutrients. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, Philadelphia, v. 16, n. 2, p. 175–247, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.soard.2019.10.025>. Acesso em: 21 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obesidade_aps_sus.pdf. Acesso em: 23 jun. 2025.

Brockmeyer, Joel R.; COFFIN, Elisabeth M. Gastric bypass: evolution toward mini-invasive techniques and long-term results. **Mini-invasive Surgery**, v. 9, p. 17, 2025. DOI: [10.20517/2574-1225.2024.86](https://doi.org/10.20517/2574-1225.2024.86). Disponível em: <https://www.oaepublish.com/mis/article/view/6551>. Acesso em: 25 jun. 2025.

CABRAL, J. R. et al. Deficiências nutricionais após cirurgia bariátrica: análise comparativa entre gastrectomia vertical e derivação gástrica em Y de Roux. **Revista Brasileira de Cirurgia**, [S.l.], v. 45, n. 6, p. 1024-1028, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcir/a/kwt97MRPVKDzg6bS7XwRq9g/>. Acesso em: 2 jun. 2025

DEITEL, M.; DEXTER, S. P. L. Historical perspectives of bariatric surgery. In: AGRAWAL, S. (Ed.). **Obesity, Bariatric and Metabolic Surgery**. Cham: Springer, 2023. p. 85-101. DOI: [10.1007/978-3-030-60596-4_6](https://doi.org/10.1007/978-3-030-60596-4_6).

Donnelly, J.E. et al. Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. **Med Sci Sports Exerc.**, v. 41, n. 2, p. 459–471, fev. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19127177/>. Acesso em: 25 jun. 2025.

GLETSU-MILLER, N.; WRIGHT, B. N. Mineral malnutrition following bariatric surgery. *Advances in Nutrition*, Bethesda, v. 4, n. 5, p. 506–517, 2013. DOI: <https://doi.org/10.3945/an.113.004341>.

JOURNAL OF BARIATRIC SURGERY. Fobi-Capella operation: the current technical drawing. *Journal of Bariatric Surgery*, 2022.

KUSHNER, R. F.; BATSIS, J. A. Clinical evaluation and management of nutrition and obesity after bariatric surgery. *BMJ*, London, n. 369, m1449, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1449>.

MECHANICK, J. I. et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutrition, metabolic, and nonsurgical support of patients undergoing bariatric procedures – 2020 update. **Obesity, Silver Spring**, v. 28, n. 4, p. O1–O58, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/oby.22719>.

PARROTT, J. et al. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery integrated health nutritional guidelines. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, Philadelphia, v. 13, n. 2, p. 199–224, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.12.00>

PEREIRA, Andrea; FREIRE, Cristina Cardoso; GODOY, Eudes Paiva de; VIEGAS, Fábio; MARCHE, João Caetano Dallegrave; ZANELLA, Maria Teresa (Orgs.). **Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multiprofissional**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2019. 446 p.

RAMOS, C. P.; MELLO, E. D. de. Manejo nutrológico no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **International Journal of Nutrology**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 39-49, mai./ago. 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/294873565> Manejo nutrologico no pos-operatorio de cirurgia bariatrica. Acesso em: 30 mai. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). **Nutrição: diretrizes e informações nutricionais para pacientes bariátricos**. São Paulo: SBCBM, [2024]. Disponível em: <https://sbcbm.org.br/nutricao/>. Acesso em: 10 jun. 2025.

SOCIETY BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA – SBCBM. **Suplementação proteica após a cirurgia bariátrica**. Disponível em: <https://sbcbm.org.br/artigo-suplementacao-proteica-apos-a-cirurgia-bariatrica/>. Acesso em: 25 jul. 2025.

STATPEARLS. **Physical Activity and Weight Loss Maintenance**. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572051/>. Acesso em: 25 jun. 2025.

STATPEARLS. **Surgical options in the treatment of severe obesity**. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576372/>. Acesso em: 25 jun. 2025

TASELAAR, A. E., et al. PROMISE: effect of protein supplementation on fat-free mass preservation after bariatric surgery, a randomized double-blind placebo-controlled trial. **Trials**, v. 24, n. 1, p. 717, 9 nov. 2023. DOI: 10.1186/s13063-023-07654-w. PMCID: PMC10636856.

TOMEY, K. The rise of the duodenal switch: a narrative review. **Annals of Laparoscopic and Endoscopic Surgery**, 2024. DOI: 10.21037/ales-24-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 23 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight. Fact sheet**. Geneva, 7 May 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 25 jun. 2025

APÊNDICE A – RELATÓRIO MÉDICO PADRÃO**Identificação do paciente**

Nome:

Data de nascimento:

CPF:

Cartão SUS:

Endereço:

Identificação do Médico Responsável

Nome:

CRM:

UF:

Local do atendimento:

Histórico Clínico

Relato sobre antecedentes diagnósticos, data e tipo do procedimento cirúrgico.

Avaliação Atual

Peso

Altura

IMC

Resultados dos Exames atuais

(Proteínas totais, albumina e transferrina)

Observações Clínicas/nutricionais

(Local, ano e data)

(Assinatura com carimbo)