

PROTOCOLO DE FUNCIONAMENTO DO CENTRO DE CIRURGIA BARIÁTRICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP (CCB do HCFMRP-USP)

Este protocolo visa a normatizar o atendimento ao paciente obeso mórbido com indicação cirúrgica neste centro.

1. INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES DE CIRURGIA

I- INDICAÇÕES

- Pacientes com índice de massa corporal (IMC) $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ sem comorbidades e com falha documentada de tratamentos conservadores prévios (perda insuficiente ou recuperação de peso) realizados durante pelo menos dois anos;
- Pacientes com índice de massa corporal (IMC) entre 35 e 39,9 kg/m^2 com comorbidades desencadeadas ou agravadas pela obesidade e com falha documentada de tratamentos conservadores prévios (perda insuficiente ou recuperação de peso) realizados durante pelo menos dois anos;
- Pacientes com IMC $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ com comorbidades que ameaçam a vida e que são melhoradas pela perda de peso, mesmo sem tratamento clínico prévio para perda de peso.

Características adicionais obrigatórias a todos pacientes:

- ❖ Ausência de causas secundárias da obesidade;
- ❖ Idade entre 18 e 65 anos;
- ❖ Capacidade intelectual para compreender todos os aspectos do tratamento;
- ❖ Compromisso com o seguimento pré e pós-operatório;
- ❖ Ausência de dependência química a álcool e/ou drogas ilícitas;
- ❖ Ausência de distúrbio psicótico grave (consulta com psiquiatra se necessário) ou história de tentativa de suicídio nos últimos 12 meses.

II- CONTRAINDICAÇÕES

- 1) Transtornos de comportamento alimentar;
- 2) Insuficiência orgânica grave;
- 3) Doença neoplásica, infecciosa e inflamatória em atividade.

2. PRIMEIRA CONSULTA DO PACIENTE

O primeiro contato do paciente com o CCB dar-se-á na forma de triagem no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica (ACBA), onde será atendido por um médico da equipe. Nesta consulta serão obtidas informações que possam confirmar ou não a indicação cirúrgica:

- ✓ Idade
- ✓ Peso atual e peso máximo
- ✓ Tempo de obesidade
- ✓ IMC
- ✓ Pressão arterial
- ✓ Doenças associadas
- ✓ Tratamentos clínicos prévios para perda de peso
- ✓ Sinais e sintomas de psicopatias
- ✓ Hábitos alimentares e atividade física

Caso o paciente se enquadre nos critérios de indicação, serão realizados os seguintes procedimentos:

- * Agendamento do Caso Novo com médico e nutricionista;
- * Inclusão na lista de avaliação para cirurgia bariátrica;
- * Solicitação dos seguintes exames;
 - Endoscopia digestiva alta
 - Ultrassonografia de abdome
 - Prova de função pulmonar e gasometria arterial
 - Polissonografia (se suspeita de apneia do sono)
 - Densitometria óssea de antebraço
 - Sorologia para Hepatite B e C e HIV
- * Entrega do manual de orientações nutricionais para perda de peso (**Anexo 1**);
- * Entrega do manual de orientações de atividades físicas e recordatório (**Anexos 2 e 3**);
- * Orientação com relação à obrigatoriedade da perda de no mínimo 10% do peso aferido na triagem;

3. CASO NOVO

- a) O paciente será atendido no ACBA por um médico da equipe, nutrólogo e/ou cirurgião. Nesta consulta serão obtidos dados completos do candidato à cirurgia, assim como também checados os exames já realizados e conferida a perda de peso;
- b) Na sequência será atendido pela equipe de nutrição que orientará os pacientes sobre a importância da mudança de hábitos alimentares e perda de peso no pré-operatório, bem como mastigação adequada, fracionamento das refeições e atividade física, reforçando os conceitos do manual. Preenchimento do Caso Novo (anexo 4)
- c) Obrigatoriamente o cirurgião deverá realizar, no mesmo dia, esclarecimentos a respeito do procedimento cirúrgico.

Serão feitos neste dia (exceto se tiver ocorrido ganho de peso em relação à triagem):

- ↔ Confirmação da indicação cirúrgica
- ↔ Instituição do tratamento para *Helicobacter pylori* nos casos positivos.
- ↔ Solicitação de controle do tratamento do *Helicobacter pylori* (teste respiratório ou endoscopia)
- ↔ Agendamento para atendimento pela psicóloga
- ↔ Programação para a participação no grupo de conscientização e orientação multiprofissional
- ↔ Reforço da orientação com relação à obrigatoriedade da continuidade da perda de peso
- ↔ Orientação para interromper tabagismo no mínimo dois meses antes da cirurgia
- ↔ Marcação do retorno, caso o paciente tenha perdido peso
- ↔ Solicitação dos seguintes exames:
 - Hemograma
 - INR e TTPA
 - Albumina
 - Cálcio total e iônico
 - TSH
 - TGO e TGP
 - Fosfatase alcalina
 - Gama GT

- Ferro sérico
- UIBC
- Ferritina
- Vitamina B12
- Fósforo
- Magnésio
- Zinco
- Cobre
- Ureia
- Creatinina
- Sódio e potássio (se uso de diurético)
- Glicemia
- Triglicérides
- Colesterol total e frações
- Ácido úrico
- Proteína C Reativa
- Ácido fólico
- Vitamina A e C e β caroteno
- Calciúria de 24 horas
- Eletrocardiograma
- RX de tórax
- Avaliação odontológica (se necessário)
- US Doppler de MMII se antecedentes de TVP, TEP ou insuficiência venosa grave

Obs– Caso o paciente tenha ganhado peso, receberá orientações novamente e retorno para conferir a evolução ponderal. Não realizará qualquer exame ou avaliação extra. Neste retorno, caso haja perda de peso, deverão ser observados os itens previamente referidos. No caso de manutenção do ganho de peso, como uma última tentativa, será agendado um segundo retorno. Caso continue com a progressão ponderal, o paciente será contrarreferenciado para a unidade de origem.

4. CONSULTAS COM A PSICÓLOGA E GRUPO DE CONSCIENTIZAÇÃO

Atendimento Psicológico

O paciente incluído na lista de avaliação para cirurgia bariátrica será convocado através de carta (de acordo com a numeração de inclusão) para o **Grupo de Conscientização** onde receberá palestras, com orientações multiprofissionais de acordo com o calendário organizado pela psicóloga.

Neste grupo é obrigatória a presença de um familiar ou cuidador para auxiliar a adesão do paciente ao tratamento e desmistificar a cirurgia.

No último encontro paciente e familiar assinarão termo de participação e esclarecimento sobre a cirurgia e receberão, em duas vias, o **Termo de Consentimento Informado**, para que o paciente leve para casa, leia e traga assinado no próximo retorno (Anexo 5).

Palestras do Grupo de Conscientização:

1ª Tema

Psicóloga

Apresentação do programa de cirurgia bariátrica;

Orientação geral do funcionamento do ambulatório e das normas da cirurgia.

Avaliação e acompanhamento psicológico no pré e pós-operatório.

2ª Tema

Nutricionista

Acompanhamento nutricional no pré e pós-operatório;

3º Tema

Nutrólogo

Avaliação Clínica: acompanhamento e exames pré e pós-operatórios.

4º Tema

Cirurgião

Cirurgia bariátrica: orientações gerais e complicações imediatas e tardias.

5º Tema

Fisioterapia

A importância da atividade física no preparo da cirurgia e apneia do sono.

Ao término do grupo de conscientização os pacientes iniciarão a **Avaliação Psicológica Individual**, com, no mínimo, seis sessões além de uma sessão onde será feita a devolutiva dos aspectos avaliados.

Participarão concomitantemente do **Grupo Pré-operatório**, com encontros quinzenais e término previsto no dia da cirurgia, quando o paciente será encaminhado para o **Grupo pós-operatório** com encontro quinzenal por **seis** meses e mensal após este período até um ano, quando será encaminhado para atendimento psicológico na sua cidade de origem.

Observação:

Se for detectada alguma necessidade o paciente será acompanhado em **Psicoterapia Breve Focal** e posteriormente reavaliado.

Avaliação Psiquiátrica

Os pacientes com problemas de risco ou contraindicações relativas ao tratamento cirúrgico bariátrico, de acordo com as normas vigentes da CBA (por exemplo: dependência química, transtorno psicótico descompensado ou não, transtornos graves de personalidade, déficit cognitivo associado com ausência de suporte sociofamiliar adequado, etc.) serão encaminhados para avaliação psiquiátrica e excluídos da lista após discussão do caso com a equipe.

5. RETORNO PRÉ-OPERATÓRIO

Neste dia serão checados:

- Perda de peso;
- Assinatura do Termo de Consentimento (uma cópia ficará retida no prontuário);
- Interrupção do hábito de fumar
- Eventuais alterações no resultado de exames
- Erradicação do *H pylori*
- Recordatório da atividade física e existência de dúvidas e/ou dificuldades para sua realização; isto deverá ser feito, de preferência, pelo profissional que entregou o material na primeira consulta.

Se todas as requisições estiverem cumpridas, o paciente será liberado para internação.

6. INTERNAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

Os pacientes serão internados na Nutrologia e receberão dieta líquida semelhante à do pós-operatório imediato por 3 dias. Nesta internação será realizado teste de gravidez (β HCG sanguíneo) em todas as pacientes em idade fértil. Se necessário, alguns exames ou avaliações pré-operatórios poderão ser realizados.

7. CIRURGIA

O paciente será operado por um dos cirurgiões bariátricos do grupo ou, sob sua supervisão, pelos médicos residentes da Divisão de Cirurgia Digestiva do HCFMRP-USP.

A cirurgia preferencialmente realizada no CCB é a derivação gástrica em “Y de Roux” com anel de restrição por via laparotômica (Operação de Fobi-Capella).

Será feita, como rotina, profilaxia para TVP conforme pré-estabelecido.

Enquanto o doente estiver internado será avaliado por cirurgião e por nutricionista do CCB. As orientações nutricionais da internação encontram-se no Anexo 6

Na alta hospitalar o paciente receberá por escrito as orientações dos cuidados pós-operatórios cirúrgicos (Anexo 7), nutricionais (Anexo 8) e fisioterápicos. Será então agendado um primeiro retorno cirúrgico.

Será prescrito inibidor de bomba de prótons por 3 meses. O paciente deverá usar, no pós-operatório, meia elástica por 30 dias e faixa abdominal por 45 dias.

8. SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO

No primeiro mês de pós-operatório terá retornos com o cirurgião (geralmente semanais) com a finalidade de avaliação geral, além de retirada de pontos cirúrgicos, dreno e sondas. Será prescrito no 14º po polivitamínico de uso diário e contínuo.

Orientações Nutricionais

I. Pós-operatório imediato:

Após liberação do jejum, inicia-se dieta líquida em uma fase de adaptação. A introdução dos alimentos é feita gradativamente, iniciando com água, chás, sucos, sopas e leite, sendo que o paciente é orientado a ingerir pequenas porções por vez. No momento da alta hospitalar o paciente deve estar recebendo dieta líquida, fracionada em 15 refeições/dia, com aproximadamente 1000 kcal/dia (2 l/dia), e deverá mantê-la durante aproximadamente 30 dias.

II. Pós-operatório tardio:

Após o primeiro mês a alimentação deve progredir para pastosa durante 1 mês, e depois para geral, fracionada em 6 a 7 refeições/dia, de acordo com a tolerância e as necessidades individuais. A evolução de cada paciente é variável e a escolha de cada alimento deve ser acompanhada cuidadosamente para evitar desconforto digestivo como dor, náuseas e vômitos. Considerando que a alimentação passa a ser mais consistente, deve-se orientar o paciente a mastigar exaustivamente os alimentos.

Após o primeiro mês serão agendados os seguintes retornos:

1) 1 mês de pós-operatório

- Retorno com o nutrólogo e/ou o cirurgião
- Retorno com nutricionista (Anexo 9)
- Mudança da dieta líquida para pastosa (Anexo 10)
- Solicitação de ultrassonografia de abdome superior para ser realizado no sexto mês (nos casos que ainda tenham vesícula biliar)
- Prescrever cálcio elementar vo 1g/dia ou de acordo com o sexo, idade ou ingestão oral de cálcio nos alimentos
- Orientar exposição solar
- Atividade física leve até o terceiro mês

2) 2 meses de pós-operatório

- Retorno com o nutrólogo e/ou o cirurgião
- Retorno com nutricionista
- Mudança da dieta para sólida
- Avaliação do resultado da biópsia hepática
- Solicitação de exames laboratoriais para serem colhidos 10 dias antes do próximo retorno:

- ✓ Hemograma
- ✓ Albumina
- ✓ Cálcio iônico
- ✓ Cálcio total
- ✓ Calciúria de 24 horas
- ✓ TGO e TGP
- ✓ Fosfatase alcalina
- ✓ Gama GT
- ✓ Fósforo
- ✓ Magnésio
- ✓ Sódio e potássio
- ✓ Glicose
- ✓ Triglicérides
- ✓ Colesterol total e frações
- ✓ Ácido úrico

3) 3 meses de pós-operatório

- Retorno com nutrólogo e/ou cirurgião
- Retorno com nutricionista
- Liberação para atividades físicas mais intensas

- Verificação dos resultados dos exames realizados e correção das alterações
- Suspensão do inibidor de bomba de prótons
- Solicitação de exames laboratoriais para serem colhidos 10 dias antes do próximo retorno (sexto mês):
 - ✓ Hemograma
 - ✓ Albumina
 - ✓ Cálcio iônico
 - ✓ Cálcio total
 - ✓ Calciúria de 24 horas
 - ✓ TGO e TGP
 - ✓ Fosfatase alcalina
 - ✓ Gama GT
 - ✓ Ferro sérico
 - ✓ UIBC
 - ✓ Ferritina
 - ✓ Vitamina B12
 - ✓ Fósforo
 - ✓ Magnésio
 - ✓ Zinco
 - ✓ Cobre
 - ✓ Sódio e potássio
 - ✓ Glicemia
 - ✓ Triglicérides
 - ✓ Colesterol total e frações
 - ✓ Ácido úrico
 - ✓ Vitamina A e C e beta caroteno (todos os próximos)

4) 4 meses de pós-operatório

- Retorno com nutricionista se necessário

5) 6 meses de pós-operatório

- Retorno com nutrólogo e/ou cirurgião
- Retorno com nutricionista
- Verificação dos resultados dos exames realizados e correção das alterações
- Aplicação do questionário BAROS (Anexo 11)
- Prescrição de cálcio e vitamina D(2800 a 3000 unidades por semana via oral)
- Solicitação de ultrassonografia de abdome superior para ser realizada no primeiro ano

6) 9 meses de pós-operatório

- Retorno com nutrólogo e/ou cirurgião
- Retorno com nutricionista
- Solicitação dos mesmos exames laboratoriais do sexto mês com coleta de material para exame 10 dias antes do próximo retorno (1 ano)
- Solicitação de densitometria óssea de coluna, quadril e antebraço para ser feita 10 dias antes de completar 12 meses. (depois a cada 2 anos)

7) 12 meses pós-operatório

- Retorno com nutrólogo e/ou cirurgião
- Retorno com nutricionista
- Verificação dos resultados dos exames de sangue e ultrassonografia realizados e correção das alterações
- Aplicação do questionário BAROS (Anexo 11)
- Solicitação dos mesmos exames laboratoriais do sexto mês com coleta de material para exame 10 dias antes do próximo retorno
- Solicitação de PTH
- Avaliação do resultado da densitometria óssea de 3 segmentos (antebraço, fêmur e coluna)

8) 18 meses pós-operatório

- Retorno com nutrólogo e/ou cirurgião
- Retorno com nutricionista
- Verificação dos resultados dos exames realizados e correção das alterações
- Aplicação do questionário BAROS (Anexo 11)
- Solicitação dos mesmos exames laboratoriais do sexto mês com coleta de material para exame 10 dias antes do próximo retorno
- Avaliar a possibilidade de encaminhamento para cirurgia plástica (dependendo da perda e estabilização do peso)

9) A cada seis meses até 3 anos e anualmente após

- Retorno com nutrólogo e/ou cirurgião
- Retorno com nutricionista
- Verificação dos resultados dos exames realizados e correção das alterações

- Aplicação do questionário BAROS (Anexo 11)
- Solicitação dos mesmos exames laboratoriais do sexto mês com coleta de material para exame 10 dias antes do próximo retorno

OBS- À critério da equipe, poderão ser necessários outros retornos, assim como outros exames.

9. CONDUTAS TERAPÊUTICAS NO PÓS-OPERATÓRIO

ANEMIA FERROPRIVA

Quando houver níveis séricos de ferro sérico e de ferritina abaixo dos limites inferiores da normalidade e desde que não haja infiltração hepática de ferro no resultado de biópsia hepática intra-operatória, administrar:

Sulfato ferroso 300mg ou 60 mg de ferro elementar – 01 cp. vo 2 a 4 vezes ao dia, durante 90 dias;

Se a reposição acima não atingir níveis séricos de ferro satisfatórios, deve-se administrá-lo por vias alternativas:

Hidróxido de ferro III polimaltosado (Noripurum) 100mg –1 amp. im profunda 7 / 7 dias, de acordo com o nível de hemoglobina atual do paciente;

Hidróxido de ferro III (Noripurum) 100mg –1 a 2 amp. iv diluídas em 500ml de solução fisiológica, administrados em no mínimo 3 horas, 7 / 7 dias, de acordo com o nível de hemoglobina atual do paciente.

OBS- Investigar causas secundárias de anemia

DEFICIÊNCIA DE VITAMINA C

Para níveis séricos abaixo dos limites inferiores de normalidade, administrar:

Vitamina C 500mg –1 cp. vo ao dia, de preferência ingerido com suco de limão ou laranja antes das refeições, durante 90 a 180 dias;

Se a reposição acima não atingir níveis séricos de vitamina C satisfatórios, deve-se administrá-la por via endovenosa.

Vitamina C 500mg –1 a 2 amp. iv diluídas em 500ml de solução fisiológica, administrados em no mínimo 3 horas, em intervalos variáveis, de acordo com a necessidade.

DEFICIÊNCIA DE VITAMINA B12

Para níveis séricos abaixo dos limites inferiores de normalidade, administrar:

Vitamina B12 1000µg (Citoneurim 1000 ou Cianotrat 1000) – 1 amp. im ao dia, 30/30 dias, de acordo com necessidade;

Vitamina B12 5000µg (Citoneurim 5000 ou Cianotrat 5000) –1 amp. im
ao dia, 90/90 dias, de acordo com necessidade.

DEFICIÊNCIA DE VITAMINA A

Para níveis séricos abaixo dos limites inferiores de normalidade, administrar:

Vitamina A 300.000 UI –1 amp. im, ao dia, dose única. Repetir a dose se houver queda dos níveis após a reposição acima.

USO PRÉVIO DE INSULINA E/OU DE HIPOGLICEMIANTES ORAIS E/OU DE METFORMINA

A correção e/ou ajustes de doses deverão ser feitos de acordo com a perda ponderal, resultados laboratoriais e avaliação individual para cada paciente. Se necessário enviar carta de contrarreferência para médico clínico de origem, sugerindo tais alterações.

USO PRÉVIO DE ANTI-HIPERTENSIVO

A correção e/ou ajustes de doses deverão ser feitos de acordo com a perda ponderal, medidas/controles pressóricos e avaliação individual de cada paciente. Se necessário enviar carta de contrarreferência para médico clínico de origem, sugerindo tais alterações.

ANEXO 1

ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA UMA ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA

Mudar os hábitos alimentares é fundamental para o sucesso da perda de peso no pré e pós-operatório. Você deve começar fazendo pequenas mudanças:

- ❖ Estabelecer horários para fazer as refeições;
- ❖ Comer mais vezes em menor quantidade (3 em 3 horas): café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar;
- ❖ Não beliscar entre as refeições;
- ❖ Não “pular” refeições;
- ❖ Não “compensar” uma refeição com outra. Não é porque você não almoçou que precisa (ou pode) comer o dobro no jantar;
- ❖ Diminuir aos poucos a quantidade de alimentos que você está acostumado a comer;
- ❖ Não existem alimentos proibidos e sim alimentos que devem ser consumidos com moderação;
- ❖ Não é necessário fazer grandes mudanças, como por exemplo diminuir de uma vez a quantidade de alimentos habitualmente ingeridos;
- ❖ Pequenas mudanças fazem a grande diferença.

Prestar atenção na sua sensação de fome e saciedade. Devemos comer até sentirmos que a fome acabou e não por vontade de comer.

Cada tipo de nutriente tem uma quantidade que deve ser ingerida durante o dia, para mantermos uma alimentação saudável. Para isso, todos os grupos de alimentos devem ser ingeridos nas refeições, ao longo do dia, com moderação:

1 - cereais: pães, arroz, massa, batata, mandioca, farináceos;

2 - frutas: frutas e sucos naturais;

3 - vegetais: verduras e legumes;

4 - laticínios: leite, iogurte, queijos;

5 - carnes: vaca, frango, peixe, porco, ovo;

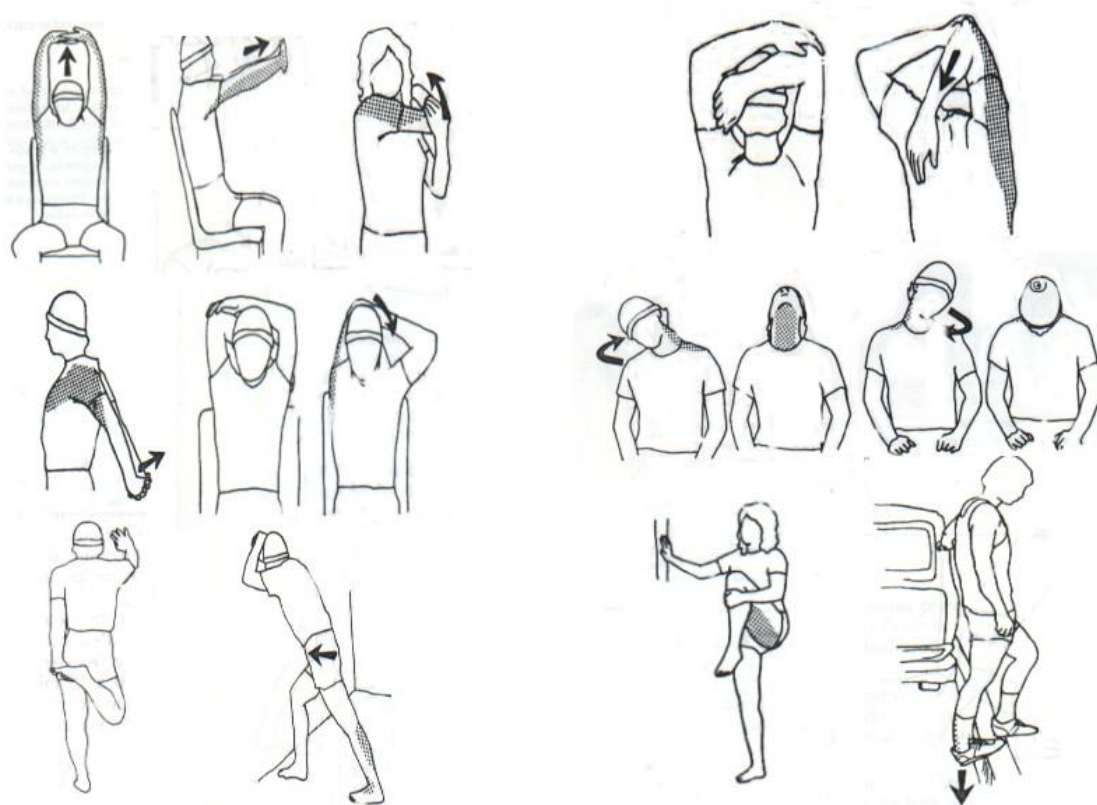
6 - leguminosas: feijão, lentilha, grão de bico, soja;

7- óleos: consumir com moderação.

DICAS ...

- ❖ Faça, **no mínimo**, 5 refeições/dia (café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar), com intervalo de 3 horas;
- ❖ Longos períodos sem se alimentar ou comer muito pouco não irão ajudar na perda de peso;
- ❖ Mastigue bem os alimentos;
- ❖ Deixe o prato sempre colorido;
- ❖ Coma 3 frutas por dia, em horários diferentes;
- ❖ Coma verduras e legumes no almoço e no jantar;
- ❖ Prefira leite desnatado, iogurte desnatado e queijo branco. Consumir 3 porções por dia;
- ❖ Evite doces, refrigerantes, alimentos gordurosos (creme de leite, maionese, mortadela, lingüiça...), frituras, guloseimas;
- ❖ Evite bebida alcoólica;
- ❖ Use adoçante. Evite açúcar;
- ❖ Utilize pouco óleo no preparo das refeições;
- ❖ Use pouco sal e prefira temperos naturais como alho, cebola, cheiro verde;
- ❖ Beba pelo menos 2 litros de água por dia;
- ❖ Faça atividade física regularmente.

Alongamentos



Orientações

- O alongamento é importante para preparar o corpo para iniciar o exercício.
- Conheça seus limites e evite excessos.
- Manter cada posição por 20 segundos.
- Realize regularmente, sempre que sentir vontade. Com o tempo você se sentirá mais solto.
- Respire lenta e profundamente.
- Não se alongue até o ponto em que fica difícil respirar normalmente.
- Não se compare com outras pessoas. Se no começo for difícil, não desanime, os resultados vêm com o tempo.

ANEXO 3

Nome:.....

Atividade:.....

Frequência cardíaca de treino:

[illegible]

ANEXO 4

Ambulatório de Cirurgia bariátrica
Nutrição
Caso Novo

DATA:

DADOS PESSOAIS

Escolaridade
Nº de filhos:
mensal:

Profissão:
Nº de pessoas na casa

Estado civil:
Renda

HISTÓRIA DE EVOLUÇÃO DE PESO CORPORAL E TRATAMENTOS REALIZADOS

Início do ganho ponderal (infância, adolescência, idade adulta):

Acompanhamentos anteriores (nutricional, médico, psicológico, etc) e resultados:

Utilização de medicamentos anorexígenos/ sacietógenos

Peso máximo atingido (data): _____

Peso mínimo alcançado (data): _____

Peso almejado (paciente): _____

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Tabagismo: (nº cigarros/dia; tempo): _____

Etilismo: (tipo de bebida; frequência, quantidade): _____

Prática de atividade física: (qual, quantas vezes /semana, quantas horas/dia):

MEDICAMENTOS EM USO:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

AValiação Nutricional

Avaliação antropométrica:

Peso atual: _____ Estatura: _____ IMC/classificação: _____

Peso triagem (data): _____

CA: _____

Anamnese

Queixas gastrointestinais:

Hábito intestinal

Hábito urinário

Intolerância ou alergia alimentar

Ingestão hídrica

Compras (quem faz)

Refeições (quem prepara)

Relação com a comida

Sensação de perda de controle sobre a ingestão alimentar (influência de fatores emocionais) Sentimento de culpa após a ingestão alimentar

Hábito noturno de alimentação

Hábito de beliscar

Local das refeições

Número de vezes que come por dia

Duração das refeições

Dentição (falhas arcada superior/inferior); Acompanhamento odontológico?

Frequência alimentar

Leite int/desnatado

Iogurte int/desnatado

Queijo prato/mussarela/branco

Frutas

Verduras

Legumes

Carne vermelha (magra/gorda)

Frango (c/ s/ pele)

Porco

Peixe

Ovo (frito/coz)

Embutidos (salsicha, presunto, mortadela, etc)

Pães, biscoitos recheados, de polvilho

Produtos de padaria (rosca, sonhos)

Arroz / Macarrão

Lasanha

Leguminosas

Frituras (batata, nuggets, steak, etc)

Lanches tipo fast food

Salgados (fritos/assados)
Pizza
Doces (de leite, de frutas, etc)
Chocolate
Sorvetes (picolé/massa)
Produtos light/diet
Refrigerantes (trad/light/zero)
Sucos (naturais/artificiais)
Enlatados (milho, ervilha, etc)
Churrasco de final de semana
Bebidas alcoólicas

Disponibilidade mensal de alimentos

nº pessoas que realizam as refeições em casa: _____

Açúcar

Óleo

Banha de porco Kg (latas)

Manteiga/ Margarina

Sal

Temperos industrializados (Sazon®, Caldo Knorr®, Caldo Maggi® e outros)

Recordatório alimentar habitual

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

CONDUTA:

ANEXO 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA CIRURGIA DA OBESIDADE

A obesidade grau III, também chamada obesidade mórbida, é considerada uma doença, em virtude das co-morbidades, que são doenças causadas ou agravadas por ela.

A cirurgia da obesidade é uma cirurgia de grande porte e é realizada em pacientes obesos mórbidos, com indicações precisas.

O cirurgião reserva a si o direito de interpretar essas razões e indicar ou contra-indicar a cirurgia, com base no julgamento clínico dos pacientes feito pelos membros da equipe de cirurgia bariátrica. ou os membros da equipe de cirurgia bariátrica reserva a si o direito de indicar ou contraindicar a cirurgia com base no julgamento clínico dos pacientes. ?????????

Há muitos tipos de cirurgias viáveis para pacientes obesos mórbidos incluindo o grampeamento do estômago (gastroplastia), restrição gástrica com bandagem (banda gástrica ajustável), combinação de cirurgia restritiva e malabsortiva (gastroplastia vertical com derivação gastrojejunal em Y de Roux, também conhecida como cirurgia de Fobi-Capella), cirurgias predominantemente disabsortivas (Scopinaro e “duodenal switch”), além da técnica endoscópica para colocação de balão no estômago, etc. Tentar continuar a perder peso mediante dieta e exercícios físicos e não operar também é possível.

A cirurgia inclui, como rotina, uma biopsia hepática (retirada de pequeno pedaço do fígado) para exame microscópico, com o objetivo de avaliar o quanto o fígado está comprometido pelas alterações decorrentes do depósito de gordura, presente em quase todos os obesos.

Muitos pacientes são bem sucedidos, mas não há garantia de qualquer benefício da cirurgia. Para cada benefício em potencial, tais como melhora na evolução do diabetes, hipertensão arterial, dor nas articulações, ou lombalgias, etc, podem ocorrer falhas. Alguns pacientes obesos têm problemas respiratórios enquanto dormem; o problema respiratório nem sempre melhora depois de perder peso.

Com um ano após a cirurgia é esperada perda de, pelo menos, 1/3 do peso inicial do paciente. Isto acontece na maioria dos pacientes, **mas alguns não perdem peso ou ganham seu peso de volta.** Mesmo a cirurgia da obesidade mórbida bem sucedida funciona somente como auxílio à perda de peso e não é qualquer tipo de magia ou garantia. O paciente deve cooperar e fazer mudanças no seu estilo de vida, com pequenas refeições diárias, com horários pré-estabelecidos segundo as orientações fornecidas pela equipe, comendo vagarosamente e aumentando suas atividades físicas. Quase todos os cirurgiões que fazem a cirurgia da obesidade têm complicações uma hora ou outra. Todo paciente tem um risco real para uma ou

mais complicações. Não há garantias de que uma complicação séria não venha a ocorrer em qualquer caso. O tabagismo e o etilismo aumenta as chances de complicações. Portanto o paciente deve interromper estes hábitos com antecedência, sendo para o cigarro de dois meses e do álcool de seis meses no mínimo. menosAs mais frequentes e sérias complicações que podem ocorrer são:

- Infecção de parede, cavidade corporal (abdome ou tórax), pulmões (pneumonia, por exemplo)
- Inflamação ou infecção de órgãos: pâncreas (pancreatite aguda), estômago (gastrite ou úlcera gástrica), esôfago (esofagite com dor no peito, azia, etc.), fígado (hepatite, cirrose), vesícula biliar (colecistite, cálculos), rim (nefrite, insuficiência renal, cálculos), bexiga (cistite), duodeno (duodenite, úlcera duodenal)
- O baço pode sangrar durante a cirurgia e precisar ser removido. Isto pode aumentar o risco de infecção pós-operatória.
- Insuficiência de órgãos, como coração, rins, fígado, pulmões, pode ocorrer após a cirurgia da obesidade.
- Coágulos das veias dos membros inferiores, da pelve ou de qualquer outro lugar do corpo podem se formar e chegar aos pulmões, causando dificuldades para respirar ou mesmo a morte. Esses coágulos também podem resultar em edema ou ulcerações nas pernas, temporárias ou permanentes.
- Líquidos do estômago ou intestinos e de outros órgãos podem sair da cavidade abdominal através da pele (fístula). Pode ocorrer drenagem para uma bolsa por um longo período.
- Alterações no paladar e nas preferências alimentares ocorrem com frequência. Muitos pacientes têm dificuldade em comer certos alimentos, como carne vermelha, que não tinham antes da cirurgia. Após a cirurgia pode ocorrer, algumas vezes, intolerância para certas comidas em alguns pacientes.
- Alimentos ou líquidos podem não passar pelo reservatório gástrico ou intestino, necessitando de dilatação por instrumentos ou endoscopias (que tem seus próprios riscos). Tubos para alimentação podem ser passados no estômago, intestinos ou veias caso o paciente seja incapaz de comer ou beber o suficiente pela boca. Nova cirurgia pode ser necessária.
- Vômitos e diarreias podem ocorrer com frequência após esse tipo de cirurgia, e tonturas e fraqueza (*dumping*) podem acontecer após a ingestão de certos tipos de alimentos (doces, açucarados). Isso pode ser, de certa maneira, um benefício desta cirurgia, pois previne a ingestão de certos alimentos e líquidos hipercalóricos por medo do vômito ou diarreia.
- Sangramento do estômago, hérnia, obstrução intestinal, abertura dos grampos cirúrgicos, necessidade de reoperação por estas ou outras razões, complicações de anestesia, problemas psiquiátricos como depressão que precisam de cuidados especializados e internação em clínica psiquiátrica, e também a morte são possibilidades resultantes da cirurgia. A estatística no Brasil mostra que aproximadamente 1 % dos pacientes morre após a cirurgia da obesidade.
- Vômitos persistentes, náuseas, distensão abdominal, queimação precordial, diarreia, flatos fétidos, etc., podem ocorrer e podem fazer o paciente pensar seriamente em desfazer a cirurgia em certos momentos.
- A comida pode parar no anel da bolsa gástrica, obstruindo a passagem de alimentos, sendo necessária a retirada através de um tubo especial (endoscopia).
- Reoperação ou procedimentos endoscópicos serão, raramente, necessários para corrigir complicações relacionadas ao anel de silicone (escorregamento com obstrução intestinal e perfuração para dentro do estômago).

- Após meses e anos qualquer tipo de problema nutricional pode ocorrer, incluindo falta de vitaminas, proteínas, calorias, minerais, etc. Os sintomas dessas deficiências podem incluir mal estar, paralisias, confusão, exantemas, anemias, queda de cabelo, problemas de ossos ou articulações, ferimentos que cicatrizam com dificuldade, irritabilidade na língua, cegueira, dormência, etc. **Após a cirurgia da obesidade é necessário tomar suplementos vitamínicos e ter acompanhamento pelo cirurgião da obesidade, ou por um médico experiente nesta área (nutrólogo) por toda a vida.**

A reoperação no pós-operatório imediato ou tardio pode ser necessária, e nenhum paciente deve se submeter à cirurgia da obesidade se não estiver preparado a aceitar essa possibilidade.

A internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pode ser necessária para observação ou tratamento de qualquer complicação da cirurgia que venha a ocorrer.

O paciente pode precisar de injeções de vitaminas todo mês ou por toda a vida.

Mesmo que o paciente alcance a meta da perda de peso, não significa que este peso se estabilize pelo resto de sua vida, podendo perder mais ou ganhar peso, após este emagrecimento, em qualquer época após a cirurgia. Na eventualidade de perda de peso insuficiente, permanecendo o paciente obeso mórbido, nova cirurgia poderá ser necessária objetivando perda de peso adicional.

Com a perda de peso, a pele dos braços, pernas, pescoço, abdome, face ou qualquer outro local pode tornar-se enrugada, curvando-se ou pendurando-se como uma grande dobra. Isso pode tornar-se totalmente irritante, embaraçoso ou evoluir com erupção da pele ou infecções e odores. Em consequência disto, o paciente pode sentir necessidade de outras cirurgias futuras. Caso isto aconteça, o cirurgião estará disponível para discutir esta ou qualquer outra questão.

Quanto melhor o preparo pré-operatório, que inclui perda de peso e desenvolvimento de atividades físicas, menor é a possibilidade de complicações pós-operatórias e, em princípio, melhores os resultados da cirurgia a longo prazo.

Eu li todo o texto deste consentimento, que foi descrito pelo meu cirurgião. Eu entendi tudo que li, os riscos, as possíveis complicações, outras escolhas e os benefícios possíveis da cirurgia da obesidade, bem como a cirurgia que meu cirurgião recomenda para o meu caso.

Assinando esta declaração, eu estou demonstrando que li e aceitei todos os termos acima sem qualquer dúvida. Fui encorajada(o) a fazer perguntas para esclarecer todas as minhas dúvidas, sendo todas bem respondidas, e entendi todas as respostas.

Ribeirão Preto,de de 20

(Paciente)

(Testemunha)

(Testemunha)

ANEXO 6

EVOLUÇÃO DIETÉTICA PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

Nome: _____

- ❖ Tomar os líquidos de gole em gole, bem devagar, conforme tolerância e aceitação;
- ❖ É importante seguir a dieta líquida da seguinte maneira: tomar dois copinhos de plástico (café) durante uma hora;
- ❖ 1 copinho de plástico (café) contém 50ml.

1º dia PO

Água e chá: tomar de gole em gole, bem devagar, conforme tolerância.

Total do dia: 1 litro de água e 500ml de chá.

2º dia PO

Horário	Alimento	Quantidade
8h	CHÁ	100ml
9h	SUCO	100ml
10h	CHÁ	100ml
11h	SUCO	100ml
12h	SOPA	100ml
13h	SUCO	100ml

14h	CHÁ	100ml
15h	SUCO	100ml
16h	CHÁ	100ml
17h	SUCO	100ml
18h	SOPA	100ml
19h	SUCO	100ml
20h	CHÁ	100ml
21h	LEITE	50ml
22h	CHÁ	100ml

3ºdia PO

Horário	Alimento	Quantidade
8h	LEITE	50ml
9h	SUCO	100ml
10h	CHÁ	100ml
11h	SUCO	100ml
12h	SOPA	100ml
13h	SOPA	100ml
14h	CHÁ	100ml
15h	SUCO	100ml
16h	CHÁ	100ml
17h	SUCO	100ml
18h	SOPA	100ml

19h	SOPA	100ml
20h	CHÁ	100ml
21h	LEITE	100ml
22h	CHÁ	100ml

4ºdia PO

Horário	Alimento	Quantidade
8h	LEITE	50ml
9h	SUCO	100ml
10h	CHÁ	100ml
11h	SUCO	100ml
12h	SOPA	100ml
13h	SOPA	100ml
14h	CHÁ	100ml
15h	SUCO	100ml
16h	LEITE	100ml
17h	SUCO	100ml
18h	SOPA	100ml
19h	SOPA	100ml
20h	CHÁ	100ml
21h	LEITE	100ml
22h	CHÁ	100ml

Nutricionista: _____

ANEXO 7

ORIENTAÇÕES APÓS A CIRURGIA DE OBESIDADE

1. Lavar o corte, duas vezes por dia com água e sabonete
2. Trocar os curativos em volta dos drenos, após o banho
3. Não carregar peso até ordem médica
4. Pode e deve andar logo após a cirurgia
5. Pode subir escadas, se precisar (de lado)
6. Usar durante o período diurno meia elástica por 30 dias e cinta de contenção durante 45 dias
7. Esvaziar e anotar diariamente a quantidade de líquido que sai nos drenos e trazer esta anotação no retorno. Só não esvaziar o dreno no dia do retorno.
8. Tomar Omeprazol , 40mg (1 caps) por boca, de manhã cedo, 20 minutos antes do café da manhã, por 90 dias
9. Se tiver dor leve, tomar Tylenol, 40 gotas até de 8 em 8 horas
10. Se tiver dor forte, febre (temperatura >38 graus), ou dúvidas, ligar para 3602-1000 (bip 7124) ou para 3610-7771 (bip 371)
11. Em caso de emergência, procurar o posto de saúde, que após avaliação, encaminhará para a Unidade de Emergência do HC, se for necessário
12. No dia ____/____/____ dissolver a ampola de azul de metileno que recebeu no dia da alta, em 120 ml de água e tomar 20 ml a cada 5 minutos, a partir das 22: 00 horas. Não esquecer que no dia do retorno, não deve esvaziar os drenos
13. Retornar ao HC (ambulatório) no dia ____/____/____ às _____ horas

ANEXO 8

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA:

DIETA LÍQUIDA - 1 mês

Nome: _____

Esquema alimentar

Horário	Alimento	Quantidade
8h	LEITE DESNATADO (de caixinha) + LEITE DESNATADO EM PÓ CAFÉ COM ADOÇANTE	150ml 1 colher de sopa 50ml
9h	SUCO DE LARANJA MAMÃO	120ml 1 colher de sopa
10h	LEITE DESNATADO (de caixinha) + LEITE DESNATADO EM PÓ MAÇÃ PICADA	150ml 1 colher de sopa 1 colher de sopa
12h	SOPA	150ml
13h	SOPA	150ml
15h	SUCO DE LARANJA CENOURA	120ml 2 colheres de sopa
16h	LEITE DESNATADO (de caixinha) + LEITE DESNATADO EM PÓ	150ml 1 colher de sopa

	BANANA	½ unidade pequena
18h	SOPA	150ml
19h	SOPA	150ml
20h	SUCO DE LARANJA	150 ml
21h	LEITE DESNATADO (de caixinha) + LEITE DESNATADO EM PÓ	150ml 1 colher de sopa

Obs: misturar o leite de caixinha com o leite em pó e bater com a fruta no liquidificador.

SOPA:

- Vegetal A ----- 6 colheres de sopa
- Vegetal B ----- 9 colheres de sopa
- Cereais ----- 5 colheres de sopa
- Carne de vaca magra ----- 150g ou 6 colheres de sopa
- Óleo de soja ----- 2 colheres de sopa

Vegetal A: couve, acelga, escarola, espinafre, chuchu, tomate;

Vegetal B: beterraba, cenoura, vagem, berinjela, abobrinha, brócolis, couve-flor, abóbora, quiabo, nabo;

Cereais/ tubérculos: batata inglesa, batata doce, mandioquinha, mandioca, cará, inhame, arroz, macarrão.

- Cada colher de sopa do grupo de cereais pode ser substituído por ½ colher de sopa de fubá, aveia ou maisena.

EXEMPLO DA SOPA

Chuchu (veg A)	4 colheres de sopa
Couve picada (veg A)	2 colheres de sopa
Abóbora (veg. B)	2 colher de sopa
Cenoura (veg B)	3 colheres de sopa
Beterraba (veg B)	2 colheres de sopa
Vagem (veg B)	2 colheres de sopa
Batata (cereais)	3 colheres de sopa
Mandioquinha (cereais)	2 colher de sopa
Carne de vaca magra	6 colheres de sopa
Óleo de soja	2 colheres de sopa

ATENÇÃO:

- ❖ Todos os alimentos devem ser ingeridos na forma de líquidos, sem pedaços ou grumos;
- ❖ Fracionar a dieta confirme esquema alimentar (11 vezes ao dia). Não pular refeições ou substituir horários sem falar com a nutricionista;
- ❖ O volume da dieta de cada horário deve ser dividido ao longo de 1 hora. Por exemplo: os 150 ml de leite devem ser divididos em 3 partes de 50ml cada e devem ser ingeridos ao longo de 1 hora;
- ❖ Cozinhar os alimentos, depois bater todos no liquidificador junto com a água do cozimento. Passar pela peneira (coar), sem deixar pedaços. O total de sopa deve ser de 600ml, caso faltar completar com água filtrada. Guardar a sopa na geladeira em uma vasilha tampada e aquecer antes de cada horário;

- ❖ O leite desnatado deve ser liquidificado com a fruta e o leite em pó;
- ❖ O suco de laranja também deve ser batido junto com a fruta ou cenoura, sem deixar pedaços;
- ❖ O leite desnatado pode ser substituído por iogurte desnatado sem açúcar e batido com 1 pedaço de fruta e 1 colher de sopa do leite desnatado em pó;
- ❖ O leite desnatado de caixinha pode ser substituído pelo leite desnatado em pó: misturar 3 colheres de sopa de leite em pó com 150 ml de água filtrada;
- ❖ Ingerir ao longo do dia pelo menos 1 litro de água;
- ❖ Não consumir açúcar, pimenta, alimentos concentrados, industrializados e gordurosos;
- ❖ Não usar temperos industrializados como Sazon®, Arisco®, caldo Maggi®, Knorr®, etc;
- ❖ Use temperos naturais como cebola, alho, cheiro verde. Use pouco sal;
- ❖ Essa é uma dieta de transição pós-cirurgia que será evoluída gradativamente conforme a aceitação. As quantidades devem ser respeitadas até a evolução nos retornos.

Nutricionista

ANEXO 9

Ambulatório de Cirurgia Bariátrica
Nutrição
Evolução Clínica

DATA: _____

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Idade: _____
Altura: _____
Data cirurgia: _____
Peso pré operatório: _____
Peso último retorno: _____
Peso atual: _____ IMC/classificação: _____
% Perda de peso: _____
Bioimpedância: Res: _____ Reac: _____
Circunferência abdominal: _____

Anamnese

Hábito intestinal: _____
Constipação: () sim () não Diarreia: () sim () não
Hábito urinário: _____
Náuseas: () sim () não Quantas vezes por dia/semana/mes? _____
Relação com algum tipo de alimento: _____
Vômito: () sim () não Quantas vezes por dia/semana/mes? _____
Relação com algum tipo de alimento: _____
Existe algum fator que piore este sintoma: _____
Intolerância ou alergia alimentar: _____
Ingestão hídrica: _____
Número de vezes que come por dia: _____
Duração das refeições: _____
Uso de suplemento vitamínico: () sim () não Quais: _____
Regularidade: _____
Queda de cabelo: () sim () não
Unhas fracas: () sim () não
Prática de atividade física: (qual, quantas vezes /semana, quantas horas/dia): _____
Ingestão de bebida alcoólica: () sim () não
Qual: _____ Frequência: _____
Quantidade: _____

Como é sua tolerância aos seguintes alimentos:

Carne vermelha: () come bem () come com dificuldade () não come
Carne branca: () come bem () come com dificuldade () não come

Arroz: () come bem () come com dificuldade () não come
Pão: () come bem () come com dificuldade () não come
Verdura de folha: () come bem () come com dificuldade () não come
Macarrão: () come bem () come com dificuldade () não come
Doces: () come bem () come com dificuldade () não come

Tem algum outro alimento que você não come ou tem dificuldade para comer?

Recordatório alimentar habitual

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

OBSERVAÇÕES:

CONDUTA:

ANEXO 10
ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA:

DIETA PASTOSA - 1 mês

Nome: _____

- ❖ Os alimentos devem estar na consistência mole, de papa, ou seja, de fácil mastigação;
- ❖ É importante **mastigar muito bem** os alimentos, sempre em pequenas quantidades;
- ❖ Reservar pelo menos 30 minutos para as principais refeições;
- ❖ Fracionar as refeições em 8 vezes ao dia (a cada 2 ou 3 horas);
- ❖ Colocar pequenas quantidades no prato e avaliar sua aceitação;
- ❖ Beber líquidos (água e chás) nos intervalos das refeições, sempre em pequenos goles.
- ❖ Evitar ingerir líquidos com as refeições;
- ❖ Utilizar apenas adoçante. Não usar açúcar branco, açúcar mascavo, mel ou similares;
- ❖ Utilizar pequenas quantidades de óleo e sal no preparo dos alimentos;
- ❖ Dar preferência para temperos caseiros como cebola, alho, cheiro verde. Evitar temperos industrializados;
- ❖ Não ingerir bebida alcoólica, refrigerante e outras bebidas com gás;
- ❖ As refeições principais (almoço, jantar) devem conter ao menos um alimento de cada grupo:
 - ✓ Arroz bem cozido (papa), polenta, macarrão, purês (batata, mandioca, mandioquinha);
 - ✓ Caldos de feijão, lentilha, ervilha, soja, grão de bico. Todos liquidificados e coados;
 - ✓ Carnes magras, frango sem pele, peixe, ovo cozido (máximo 2 x/sem). Utilizar carne moída ou desfiada;
 - ✓ Legumes sem casca e sem sementes, bem cozidos e amassados.
- ❖ Café da manhã, lanches da manhã, da tarde e da noite:

- ✓ Leite desnatado, iogurte desnatado, queijo branco, ricota. Comer pelo menos 3 x/dia;
 - ✓ Pães macios (sem casca, bisnaguinha) ou bolacha água e sal umedecidas no leite;
 - ✓ Frutas sem casca, sem bagaço e sem sementes. Dar preferência às frutas mais moles, como mamão e banana. Frutas mais duras como pêra e maçã podem ser consumidas raspadas. As frutas também podem ser consumidas na forma de suco natural. Comer pelo menos 3x/dia;
- ❖ Qualquer dúvida consulte a nutricionista.

Data: ____/____/____

Em caso de dúvidas: (16) 3602-2559

Nutricionista

ANEXO 11

[illegible]

ANEXO - PROTOCOLO BAROS

HCFMRP-USP

A) PERDA DO EXCESSO DE PESO

Excesso de peso (EP) = peso atual (kg) – peso ideal (Kg)= _____ kg

Perda do excesso de peso (PEP)= (peso perdido x 100)/ EP = _____ kg

Tabela de Peso e Altura da Metropolitan (1983)

HOMENS				MULHERES	
Altura (m)	Peso ideal (kg)			Altura (m)	Peso ideal (kg)
1,58	61,9			1,48	52,3
1,59	62,2			1,49	52,7
1,6	62,6			1,5	53,1
1,61	62,9			1,51	53,5
1,62	63,3			1,52	54
1,63	63,6			1,53	54,5
1,64	64,1			1,54	54,9
1,65	64,5			1,55	55,4
1,66	65			1,56	55,9
1,67	65,7			1,57	56,4
1,68	65,9			1,58	57
1,69	66,5			1,59	57,5
1,7	67			1,6	58
1,71	67,5			1,61	58,5
1,72	68,1			1,62	59,1
1,73	68,6			1,63	59,6
1,74	69,1			1,64	60,2
1,75	69,6			1,65	60,7
1,76	70,2			1,66	61,3
1,77	70,8			1,67	61,8
1,78	71,3			1,68	62,3
1,79	71,9			1,69	62,9
1,8	72,4			1,7	63,4
1,81	73			1,71	63,9
1,82	73,6			1,72	64,4
1,83	74,2			1,73	65
1,84	74,8			1,74	65,5
1,85	75,5			1,75	66
1,86	76,1			1,76	66,6
1,87	76,8			1,77	67,2
1,88	77,5			1,78	67,7
1,89	78,2			1,79	68,4
1,9	78,8			1,8	68,7
1,91	79,5			1,81	69,3
1,92	80,3			1,82	69,8
1,93	81,2			1,83	70,3

PONTUAÇÃO DA PEP – Ganho de peso (-1); perda do excesso de peso de 0 a 24% (0); 25 a 49% (1); 50 a 74% (2); 75 a 100% (3)

PONTOS - _____ (ÍTEM A)

B) EVOLUÇÃO DAS COMORBIDADES

COMORBIDADES MAIORES

<u>Comorbidades</u>	<u>Diagnóstico</u>	<u>Resolução</u>	<u>Melhora</u>
<u>Hipertensão</u>	<u>PAS> 140mmHg</u> <u>PAD>90mmHg</u>	<u>Somente diurético</u> <u>ou dieta</u>	<u>Controlada com</u> <u>medicamentos</u>
<u>Dcs</u> <u>cardiovasculares</u>	<u>Coronariopatias</u> <u>ICC</u>	<u>Sem medicamentos</u>	<u>Controle com</u> <u>medicamentos</u>
<u>Dislipidemia</u>	<u>Colesterol>200 /</u> <u>TG>250 / HDL<35</u>	<u>Sem medicamentos</u>	<u>Controle com</u> <u>medicamentos</u>
<u>DM tipo 2</u>	<u>Glicemia > 140 ou</u> <u>Glicemia>200 (GTT)</u>	<u>Controle com dieta</u> <u>e exercício</u>	<u>Controle com</u> <u>medicamento</u> <u>(exceto insulina)</u>
<u>Apneia noturna</u>	<u>Polissonografia</u>	<u>Normalizada</u>	<u>5 a 15</u> <u>episódios/hora</u>
<u>Hipoventilação</u>	<u>PCO₂>45 / Hb>15</u>		
<u>Osteoartrite</u>	<u>Avaliação</u> <u>radiológica</u>	<u>Sem medicamentos</u>	<u>Controle com</u> <u>medicamentos</u>
<u>Infertilidade</u>	<u>Estudos hormonais</u>	<u>Gravidez</u>	<u>Menstruação</u> <u>regular</u>

COMORBIDADES MENORES: Hipertensão intracraniana idiopática; estase venosa de MMII, doença do refluxo gastroesofágico; incontinência urinária

PONTUAÇÃO DA EVOLUÇÃO DAS COMORBIDADES: Agravamento (-1); Sem alteração (0); Melhora (1); Resolução de uma maior e melhora de outras (2); Resolução de todas maiores e melhora de outras menores (3)

PONTOS - _____ (ÍTEM B)

C) QUALIDADE DE VIDA

1 – Sobre a minha auto-estima, eu me sinto, após a cirurgia:

				
☐	☐	☐	☐	☐
Muito pior	Pior	O mesmo	Melhor	Muito melhor

2 – Quanto à minha disposição para atividades físicas:

				
☐	☐	☐	☐	☐
Muito pior	Pior	O mesmo	Melhor	Muito melhor

3 – Quanto à minha capacidade de me relacionar socialmente, estou:

				
☐	☐	☐	☐	☐
Muito pior	Pior	O mesmo	Melhor	Muito melhor

4 – Quanto à minha disposição para o trabalho, estou:

				
☐	☐	☐	☐	☐
Muito pior	Pior	O mesmo	Melhor	Muito melhor

5 – Quanto ao meu interesse em sexo, estou:

				
☐	☐	☐	☐	☐
Muito pior	Pior	O mesmo	Melhor	Muito melhor

Fig. 30.1 – Questionário de qualidade de vida (Moorehead, Arslan)

PONTUAÇÃO QUALIDADE DE VIDA – auto-estima (-1;-0,5;0;0,5;1); Ativid. física (-0,5;-0,25;0;0,25;0,5); Social (-0,5;-0,25;0;0,25;0,5); Trabalho (-0,5;-0,25;0;0,25;0,5); Sexual (-0,5;-0,25;0;0,25;0,5)

PONTOS - _____ (ÍTEM C)

SOMATÓRIA A+B+C= Valor D _____

Do valor D devem ser reduzidos pontos correspondentes às complicações e reoperações:

- Para cada complicação maior deduzir 1 ponto
- Para cada complicação menor deduzir 0,2 ponto
- Para uma maior e outras menores deduzir apenas 1 ponto
- Para complicação maior que provoca reoperação deduzir apenas 1 ponto
- Para cada reoperação um ponto é deduzido.

Complicações pós-operatórias maiores

Cirúrgicas precoces	Cirúrgicas tardias	Clínicas precoces	Clínicas tardias
Fístula com peritonite	Úlcera péptica perfurada	Pneumonia, atelectasia, edema pulmonar	Insuficiência hepática
Infecção grave de parede ou evisceração	Colelitíase	IAM, AVC, ICC	Cirrose
HDA, ou intra-abdominal com transfusão	Hérnia incisional	IRA	Anorexia nervosa
Lesão de baço com esplenectomia	Abertura de grampos	Depressão grave	Bulimia
Lesão grave de outros órgãos ???	Fístula gastro-gástrica	Psicose	Depressão
Obstrução intestinal	Erosão da banda	Embolia	
Distensão gástrica aguda	Desnutrição grave		

Complicações pós-operatórias menores

Cirúrgicas precoces	Cirúrgicas tardias	Clínicas precoces	Clínicas tardias
Seroma, infecção ferida	Estenose do estoma	Atelectasia leve, ITU	Anemia
Edema do estoma	Dist hidroeletrolítico	TVP	Def vitaminas e minerais
	Vômitos e náuseas		Desnutrição protéica
	Esofagite, Barret		Queda de cabelos
	Úlcera boca anastomót.		

PONTUAÇÃO FINAL - _____

Resultado Final do BAROS

PONTUAÇÃO	Resultado
≤1 ponto	Insuficiente
>1 a 3 pontos	Aceitável

>3 a 5 pontos	Bom
>5 a 7 pontos	Muito bom
>7 a 9 pontos	Excelente

Resultado Final do BAROS

(modificado pela ausência de comorbidade)

PONTUAÇÃO	Resultado
≤0 ponto	Insuficiente

>0 a 1,5 pontos	Aceitável
>1,5 a 3 pontos	Bom
>3 a 4,5 pontos	Muito bom
>4,5 a 6 pontos	Excelente