

ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

SPEECH-LANGUAGE THERAPIST CARE IN THE PRE AND POSTOPERATIVE OF BARIATRIC SURGERY IN A REFERENCE HOSPITAL

SALES, Matheus Rodrigues¹
MOURÃO, Yleris de Cássia de Arruda²

1 - Fonoaudiólogo; Residente Multiprofissional em Endocrinologia; Secretaria de Estado de Saúde de Goiás (SES-GO).

2 - Fonoaudióloga; Mestre em Ciências da Religião; Especialista em Voz; Especialista em Disfagia; Especialista em Fonoaudiologia Hospitalar; Tutora de fonoaudiologia na Residência Multiprofissional em Endocrinologia; Secretaria de Estado de Saúde de Goiás (SES-GO).

RESUMO

Objetivo: O objetivo do presente estudo é descrever o serviço de fonoaudiologia no pré e pós-operatório dos usuários candidatos à cirurgia bariátrica e/ou metabólica em um hospital especializado.

Método: Trata-se de um estudo longitudinal, descritivo, realizado com os usuários acompanhados pelo Programa de Controle e Cirurgia da Obesidade do Hospital Estadual Geral de Goiânia “Dr. Alberto Rassi”, no período de janeiro a setembro de 2019. **Resultados e discussão:** Foram selecionados 47 participantes para o estudo. O perfil do paciente atendido no serviço é predominante do sexo feminino, com idade média de 39,5 anos. A comorbidade prevalente é a hipertensão arterial sistêmica. São realizados, em média, três atendimentos no pré-operatório da cirurgia bariátrica, contemplando anamnese e avaliação. Nos demais atendimentos, até alta fonoaudiológica para cirurgia, são realizados treinos mastigatórios, exercícios oromiofuncionais para ronco e apneia do sono, e orientações pertinentes ao procedimento cirúrgico. O primeiro atendimento no pós-operatório ocorre com 25 dias de cirurgia e os retornos são agendados mensalmente até o quarto mês e trimestralmente até completar um ano de cirurgia. **Conclusão:** O atendimento fonoaudiológico no pré-operatório de cirurgia bariátrica mostrou uma população com ausência de elementos dentários que, por consequente, apresenta prejuízo na função mastigatória. No segundo e terceiro mês de pós-operatório a queixa mais recorrente é com arroz, 27% e 30%, respectivamente, em que os participantes referem sensação de bólos, repercutindo negativamente na deglutição.

Palavras chaves: Obesidade; cirurgia bariátrica; fonoaudiologia.

ABSTRACT

Purpose: The purpose of the present study is to describe the speech therapy care in pre and postoperative in candidates of bariatric/metabolic surgery. **Methods:** This is a descriptive longitudinal study, managed in patients accompany by the Obesity Control and Surgery Program of the Hospital Estadual Geral de Goiânia “Dr. Alberto Rassi”, of January to September 2019. **Results:** The patient profile treated at the service is predominantly female, with a mean age of 39.5 years. The most noted comorbidity is systemic arterial hypertension. On mean, there are three preoperative visits to bariatric surgery, in the first visit anamnesis, evaluation, masticatory training and exercises for snoring and sleep apnea. In other visits, until speech therapy authorization for surgery, masticatory training, oromiofunctional exercises for snoring and sleep apnea are fulfilled, and guidelines to the surgical procedure. The first postoperative care takes place 25 days after surgery and returns are scheduled monthly until the fourth month and quarterly until one year of surgery. **Conclusion:** Speech-language therapy in the preoperative of bariatric surgery showed a population with dental problem that cause prejudice in the masticatory function, especially when has an absence of premolars and molars tooth on both dental arches. In the second and third month after surgery, the most common complaint is with rice, 27% and 30%, respectively, which these participants report feeling of bolus, what causes swallowing difficulty.

Keywords: Obesity; bariatric surgery; speech therapy.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, em outros termos, $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ^{1,2}. IMC é a sigla para Índice de Massa Corpórea, parâmetro adotado pela Organização Mundial de Saúde para calcular o peso ideal de cada pessoa. O índice é calculado da seguinte maneira: divide-se o peso do paciente pela sua altura elevada ao quadrado. Diz-se que o indivíduo tem peso normal quando o resultado do IMC está entre 18,5 e 24,9. A Organização Mundial

da Saúde (OMS), considera a obesidade uma epidemia mundial, de etiologia biopsicossocial³, devido a sua grande disseminação no mundo.

Os tratamentos disponíveis para a obesidade consistem em medicamentos, dietas hipocalóricas, prática regular de atividades físicas e modificações no comportamento e estilo de vida, sendo recomendado a associação destes para eficácia do tratamento^{2,3}. O tratamento clínico é considerado a primeira opção para a redução de peso na obesidade e tem como principal objetivo conscientizar o sujeito acerca da necessidade de realizar mudanças comportamentais que abrangem o consumo de dietas balanceadas e prática de atividades físicas⁴. Por fim, a cirurgia bariátrica e metabólica surgiu como uma nova proposta terapêutica para aqueles que não obtiveram benefícios com os tratamentos convencionais supracitados.

A cirurgia bariátrica ou gastroplastia baseia-se na diminuição do volume do estômago e/ou desvio do intestino, no intuito de reduzir a área absorptiva. As técnicas podem ser restritivas ou mistas, quando há o emprego de técnicas restritivas e absorptivas, como por exemplo, a técnica By-pass gástrica em Y de Roux. Descrita na década de 60, o bypass gástrico é a melhor opção segundo 50% dos cirurgiões do mundo. No Brasil é a mais praticada (75%), devido a sua segurança e, principalmente, sua eficácia. Baixo índice de complicações, tratamento de complicações já bem conhecido, boa estabilidade do peso perdido e possibilidade de grande melhora na qualidade de vida. Na técnica By-pass gástrico em Y de Roux o estômago é diminuído por meio de grampeamentos, reduzindo o espaço para o alimento e desviando o intestino inicial, o que acarreta alterações hormonais que dão saciedade e diminuem a fome. Esses dois fatores juntos, a menor ingestão de alimentos e aumento da saciedade, além das mudanças de hábitos de vida orientadas pela equipe multidisciplinar, levam ao emagrecimento e controlam as doenças associadas, como a hipertensão arterial e o diabetes⁴.

No Brasil, a cirurgia bariátrica foi instituída mediante da portaria GM/MS nº 196 de 29 de fevereiro de 2006. O Sistema Único de Saúde (SUS) adota como critérios para realização da gastroplastia⁵:

- $IMC \geq 50 \text{ kg/m}^2$;

- Indivíduos com $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$, com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico realizado em nível de Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos;
- Indivíduos com $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$, que apresentem alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico realizado por no mínimo dois anos.

A intervenção fonoaudiológica, na equipe de cirurgia bariátrica, consiste na avaliação e acompanhamento no pré e pós-operatório. Considerando que o preparo pré-operatório do candidato à cirurgia bariátrica é de grande importância, é necessário que se submeta a reeducação mastigatória e respiratória.

Entretanto, para realizar tal função de forma ideal ou próxima ao padrão tido como normal, é preciso o indivíduo apresentar estruturas anatômicas sem prejuízos funcionais. Tais estruturas como lábios, bochechas, palato duro e mole, língua, frênulo de língua e dentes são avaliados pelo fonoaudiólogo, e este verificará as possibilidades deste indivíduo em executar uma mastigação, respiração e deglutição satisfatória⁵.

O trabalho fonoaudiológico na equipe multidisciplinar de cirurgia bariátrica ainda é pouco explorado. As complicações pós-cirúrgicas foram as grandes alavancadoras para o crescimento dos estudos fonoaudiológicos na área, uma vez que há a ocorrência de queixas de náusea e vômito, em especial nas primeiras semanas de pós-cirúrgico, muitas vezes associadas a baixa adesão da dieta proposta para o período, ingestão de volumes maiores que a capacidade do estômago e inadequações na deglutição⁶. As complicações advindas de uma mastigação ineficaz em pacientes pós-cirurgia bariátrica, principalmente quanto à alimentação, levaram à necessidade da contribuição fonoaudiológica com atuação desde o pré-cirúrgico, objetivando sempre uma melhor qualidade de vida destes indivíduos.

Dentre as funções do Sistema Estomatognático, a mastigação é considerada a função ouro, tendo como pré-requisito facilitador uma boa respiração e sendo ela própria facilitadora de uma boa deglutição⁷. Tal importância se dá pelo fato de que a mesma contribui para a prevenção dos distúrbios miofuncionais, estimulando a musculatura orofacial e favorecendo um desenvolvimento saudável dos

ossos maxilares, manutenção dos arcos, estabilidade da oclusão e por fim equilíbrio muscular e funcional.

Sua função principal é a fragmentação do alimento em partículas cada vez menores, preparando-o para a deglutição e digestão⁸. Para que isto ocorra de forma eficiente é necessária a integridade das estruturas envolvidas, bem como uma harmonia funcional entre elas, incluindo uma boa postura de cabeça sustentada pelos músculos da nuca com o nervo acessório e nervos cervicais C2-C5^{8,9}.

Historicamente, o serviço de cirurgia bariátrica do Hospital Estadual Geral de Goiânia “Dr. Alberto Rassi” (HGG) foi implementado em 1998 e reestruturado em 2013, a partir da transferência da gestão do hospital para a iniciativa privada e conta com uma equipe multidisciplinar formada por médicos especialistas (cardiologista, pneumologista, entre outros), fonoaudiólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e enfermeiros¹⁰. Desta forma, o presente estudo tem o objetivo de descrever o atendimento fonoaudiológico no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica em um serviço de referência.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo longitudinal descritivo, realizado no ambulatório do Programa de Controle e Cirurgia da Obesidade (PCCO), do Hospital Estadual Geral de Goiânia “Dr. Alberto Rassi” (HGG), no período de janeiro a setembro de 2019.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: indivíduos participantes do PCCO, de ambos os gêneros e idade, que iniciaram o atendimento fonoaudiológico no pré-operatório em 2019 e submetidos a cirurgia bariátrica/metabólica no mesmo ano, e que concordaram em participar da pesquisa e assentir ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme apêndice A.

Os critérios de exclusão do estudo foram: indivíduos que apresentam limitações intelectuais; indivíduos que apresentam transtorno psiquiátrico sem acompanhamento e não controlado; portadores de doença cardiopulmonar grave e descompensada; portadores de hipertensão portal com varizes esofágicas; portadores de doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestório; portadores da Síndrome de Cushing; e não concordância com a participação no presente estudo.

Todos os sujeitos assinaram o TCLE para participar da pesquisa, conforme projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Parecer de n. 3.180.350.

Os dados foram organizados em uma planilha do programa Excel, 2016. Para as variáveis discretas ou categóricas foram utilizados códigos na análise estatística, em seguida foram transferidos para uma planilha do SPSS – Stastical Package for Social Sciences (versão 15). Na análise descritiva foi calculado a média, desvio padrão (DP), mediana, valores mínimo e máximo para as variáveis contínuas e as frequências absoluta e relativa para as variáveis discretas ou categóricas. Os dados foram coletados a partir de uma ficha fonoaudiológica de monitoramento do paciente bariátrico no pré e pós-operatório, conforme Apêndice B. Foram colhidas as seguintes informações:

- Perfil sociodemográfico: nome, data de nascimento, idade, escolaridade, comorbidades associadas a obesidade e grau de obesidade;
- Avaliação fonoaudiológica: dentição, hábitos alimentares, queixa de ronco e apneia do sono, e escala Mallampati (I, II, III ou IV);
- Atendimento pré-operatório: data dos atendimentos (treino de mastigação e exercícios de ronco e apneia) e data da alta fonoaudiológica;
- Atendimento no pós-operatório: data da cirurgia, data dos atendimentos fonoaudiológicos e queixas alimentares.

Na escala de Mallampati o avaliador relacionou o tamanho da língua ao tamanho da faringe, classificando em quatro classes numeradas de I a IV. O teste foi realizado com o paciente sentado, a cabeça erguida, a boca aberta e a língua o máximo para fora. Ao fazer o exame, observou-se o comprometimento das vias aéreas superiores, com o paciente acordado. Observou-se também a capacidade de abertura de boca, tamanho da língua e a distância da úvula, do palato mole e a mobilidade de cabeça. Na classe I pode-se visualizar o véu palatofaríngeo e úvula, na classe II a visualização é parcial da úvula e dos arcos do véu palatofaríngeo, na classe III o avaliador não consegue visualizar a úvula ou o véu palatofaríngeo e na classe IV não visualiza todo o palato mole¹⁴.

RESULTADOS

Neste estudo foram selecionados 47 indivíduos, com idades entre 20 a 59 anos e com média de $39,5 \pm 9,6$ anos. Em relação ao gênero, ocorreu a predominância do sexo feminino (89%). No que se refere ao grau de escolaridade, 22 usuários (47%) apresentavam ensino médio completo, sendo que apenas um participante referiu analfabetismo.

As doenças associadas a obesidade foram descritas na Tabela 1. Foram observadas como comorbidades mais recorrentes, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e dislipidemia, enquanto a resistência insulínica e a hipertensão intracraniana foram as comorbidades menos relatadas pelos usuários. Em relação ao grau de obesidade, observou-se predomínio do grau 3 ($IMC > 40 \text{ kg/m}^2$)

Tabela 1. Perfil sociodemográfico do paciente atendido no ambulatório de Fonoaudiologia do PCCO

| Escolaridade | | |
|---------------------------------------|----|-----|
| | n | % |
| Não alfabetizado | 1 | 2% |
| Ensino fundamental incompleto | 6 | 13% |
| Ensino fundamental completo | 6 | 13% |
| Ensino médio incompleto | 3 | 6% |
| Ensino médio completo | 22 | 47% |
| Ensino superior incompleto | 2 | 4% |
| Ensino superior completo | 6 | 13% |
| Não informado | 1 | 2% |
| Comorbidades | | |
| | n | % |
| Hipertensão arterial sistêmica | 25 | 53% |
| Diabetes Mellitus | 15 | 32% |
| Dislipidemia | 7 | 15% |
| Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono | 6 | 13% |
| Osteoartrose | 6 | 13% |
| Hipotireoidismo | 4 | 9% |
| Hérnia de disco | 3 | 6% |
| Hipertensão Intracraniana | 1 | 2% |
| Resistência insulínica | 1 | 2% |
| Nega comorbidades | 11 | 23% |

| Grau de obesidade | n | % |
|-------------------|----|-----|
| 1 | 1 | 2% |
| 2 | 5 | 11% |
| 3 | 41 | 87% |

N = frequência absoluta; % = frequência relativa

Inicialmente, o paciente é encaminhado para o serviço de fonoaudiologia pela equipe médica e de enfermagem. No primeiro atendimento, é realizado um acolhimento, momento este em que é repassado ao paciente como ocorre a atuação fonoaudiológica no pré-operatório da cirurgia bariátrica/metabólica e esclarecimento de dúvidas pertinentes ao procedimento.

Na anamnese são questionados o surgimento e histórico da obesidade na família, qual rotina alimentar, quais são as queixas de mastigação e/ou deglutição, e se há queixa de ronco/apneia.

A avaliação oromiofuncional consiste na detecção de alteração de mobilidade, tônus e força de lábios, língua, bochechas, palato mole, além de observância da coordenação dos movimentos mastigatórios e de deglutição, condições dentárias e aplicação da escala Mallampati.

No treino mastigatório, são ofertadas três consistências de alimento (sólido macio – pão em pedaços); sólido (maçã com casca, em pedaços); e sólido duro (cenoura em pedaços). Na fonoterapia para Apnéia Obstrutiva do Sono são realizados exercícios isotônicos e isométricos na musculatura orofacial (lábios, bochechas, língua e palato mole), além do estabelecimento da respiração costodiafragmática.

Os critérios para alta fonoaudiológica no período pré-operatório são: compromisso com os atendimentos fonoaudiológicos (assiduidade, participação, compromisso), mudança de hábitos alimentares em casa (refeições à mesa, com talheres e utensílios adequados, sem distrações e sem ingestão de líquidos no momento da refeição), realização dos exercícios diariamente (parâmetro auto-referido); e relato de melhora do sono e/ou ronco, quando queixa referida pelo usuário.

Na Tabela 2, são apresentados os dados quanto a avaliação fonoaudiológica preliminar realizada no usuário admitido no serviço de fonoaudiologia do PCCO. Em relação a dentição, observa-se uma

população com ausência de elementos dentários que, por consequente, apresentam prejuízo a função mastigatória, em especial pela ausência de pré-molares e molares em ambas as arcadas dentárias.

Os hábitos alimentares durante as refeições mais encontrados foram as distrações durante as refeições (televisão, celular, computador e conversa), refeições em local impróprio (sofá e/ou cama) e ingestão de líquidos durante as refeições.

A queixa de ronco foi apresentada por 23 participantes (49%), enquanto 6 indivíduos (13%) da amostra, não apresentavam dados relativos a queixas de ronco.

Quanto a escala Mallampati, 21 participantes da pesquisa (45%), apresentaram, grau IV.

Tabela 2. Avaliação fonoaudiológica no pré-operatório

| Dentição | | |
|------------------------------|----|-----|
| | n | % |
| Boas condições dentárias | 15 | 32% |
| Ausências dentárias | 25 | 53% |
| Não informado | 7 | 15% |
| Hábitos alimentares | | |
| | n | % |
| Sofá, cama | 15 | 32% |
| Distrações | 17 | 36% |
| Líquido durante as refeições | 12 | 26% |
| Come rápido | 10 | 21% |
| Bons hábitos | 11 | 23% |
| Sem informação | 5 | 11% |
| Queixa de ronco | | |
| | n | % |
| Sim | 23 | 49% |
| Não | 18 | 38% |
| Sem informação | 6 | 13% |
| Escala Mallampati | | |
| | n | % |

| | | |
|----------------|----|-----|
| I | 5 | 11% |
| II | 5 | 11% |
| III | 15 | 32% |
| IV | 21 | 45% |
| Sem informação | 1 | 2% |

N = frequência absoluta; % = frequência relativa

Na Tabela 3, são apresentados os dados referentes aos atendimentos fonoaudiológicos no pré-operatório da cirurgia bariátrica. A equipe de fonoaudiologia realiza cerca de três atendimentos no pré-operatório, conforme Procedimento Operacional Padrão (POP) da instituição.

O preparo pré-operatório ocorreu entre 7 a 66 dias, com média de $35,1 \pm 13,2$ dias para a alta fonoaudiológica. Do primeiro atendimento fonoaudiológico até a cirurgia bariátrica foi em média $92,9 \pm 32,1$ dias. E após alta fonoaudiológica, os participantes da pesquisa demandaram cerca de $57,8 \pm 28,2$ dias para o procedimento cirúrgico.

Tabela 3. Atendimentos fonoaudiológicos no pré-operatório

| | |
|---|----------------|
| Número de atendimentos no pré-operatório de cirurgia bariátrica | |
| Média | 3,08 |
| Mínimo | 2 atendimentos |
| Máximo | 4 atendimentos |
| Primeiro atendimento até alta fonoaudiológica (em dias) | |
| Média | 35,1 |
| DP | 13,2 |
| Mínimo | 7 |
| Máximo | 66 |
| Primeiro atendimento até cirurgia bariátrica (em dias) | |
| Média | 92,9 |
| DP | 32,1 |
| Mínimo | 35 |
| Máximo | 175 |
| Alta fonoaudiológica até cirurgia bariátrica (em dias) | |
| Média | 57,8 |

| | |
|--------|------|
| DP | 28,2 |
| Mínimo | 5 |
| Máximo | 120 |

Em relação ao fluxograma do atendimento fonoaudiológico no pós-operatório, no primeiro mês de cirurgia ocorre a liberação da dieta pastosa pela nutrição em conjunto com a fonoaudiologia, devido a necessidade de reforçar as orientações quanto a mastigação.

Na anamnese do pós-operatório, são questionados os dados de peso e altura, perda de peso e queixas alimentares. A evolução da consistência alimentar é orientada nos retornos ambulatoriais com a nutrição e fonoaudiologia, sendo enfatizado neste último, a mastigação adequada para cada tipo de alimento. A alta fonoaudiológica ocorre a partir de 12 meses de pós-operatório.

A Tabela 4 apresenta os dados referentes ao atendimento no pós-operatório da cirurgia bariátrica. O primeiro atendimento ocorreu, em média, com $33,2 \pm 12,3$ dias de PO; $67,3 \pm 11,8$ dias no segundo atendimento; $103,4 \pm 15,2$ dias no terceiro atendimento; e $123,8 \pm 7,8$ dias no quarto atendimento.

Tabela 4. Atendimento fonoaudiológico no pós-operatório da cirurgia bariátrica

| Técnica cirúrgica | % |
|--|-------|
| By-pass Gástrico em Y de Roux | 100 |
| Primeiro atendimento no pós-operatório (25 dias) | |
| Média | 33,2 |
| DP | 12,3 |
| Mínimo | 24 |
| Máximo | 69 |
| Segundo atendimento no pós-operatório (60 dias) | |
| Média | 67,3 |
| DP | 11,8 |
| Mínimo | 56 |
| Máximo | 91 |
| Terceiro atendimento no pós operatório (90 dias) | |
| Média | 103,4 |

| | |
|---|-------|
| DP | 15,2 |
| Mínimo | 88 |
| Máximo | 131 |
| Quarto atendimento no pós-operatório (120 dias) | |
| Média | 123,8 |
| DP | 7,8 |
| Mínimo | 114 |
| Máximo | 131 |
| Último atendimento até finalização da coleta de dados | |
| Média | 33,0 |
| DP | 32,4 |
| Mínimo | 0 |
| Máximo | 146 |

N = frequência absoluta; % = frequência relativa

No primeiro atendimento pós-operatório, realizado comumente no primeiro mês, cerca de 85% dos participantes negaram queixas alimentares. No segundo mês, após liberação da dieta pastosa a queixa mais recorrente é com arroz (27%), enquanto 65% negam queixas de alimentação. No terceiro mês de atendimento, o paciente retorna após um mês com a dieta branda, com 30% apresentando queixas com arroz e 65% negando queixas. Na queixa com arroz os participantes referem “sensação de bólus” repercutindo na deglutição. No quarto mês de pós-operatório 2% relataram queixa de não aceitação do ovo e os demais negaram queixas de mastigação, deglutição ou aceitação da dieta proposta pelo protocolo de cirurgia bariátrica.

DISCUSSÃO

A prevalência de usuários do sexo feminino foi de 42 participantes, isto é, 89% da amostra, dado semelhante a um estudo realizado por meio da análise de 200 prontuários, no qual 81% eram do gênero feminino¹¹. Um estudo semelhante de Mores e colaboradores¹², mostrou que 78,6% dos indivíduos candidatos a cirurgia bariátrica foram do gênero feminino.

Referente as comorbidades apresentadas, a HAS foi a mais prevalente, corroborando o estudo de Araújo et.al.¹¹, que apresenta a HAS como comorbidade mais frequente nos pacientes submetidos a

cirurgia bariátrica, sendo 68%. Os participantes com grau de obesidade 1 e 2 apresentavam comorbidades que justificavam a realização da cirurgia bariátrica/metabólica, conforme resolução n. 2131/15 do Conselho Federal de Medicina (CFM)¹³.

Mores e colaboradores¹², em seu estudo, apresentam que 67,9% apresentaram queixa de ronco noturno, enquanto no presente estudo, 49% mencionaram, durante a anamnese, a queixa de ronco noturno.

No estudo de Silva, Tanigute e Tessitore⁷, os atendimentos pré-operatórios foram realizados em três encontros presenciais, com retorno de 3 dias do primeiro para o segundo atendimento e 4 dias do segundo para o terceiro atendimento, com exercícios isométricos de lábios, bochechas e língua, além do treino mastigatório com alimentos de diferentes consistências. Os resultados mostraram que no serviço de fonoaudiologia do PCCO/HGG, os atendimentos no pré-operatório são realizados, em média, em três encontros ambulatoriais, com treino mastigatório e exercícios oromiofuncionais, porém com tempo de preparo para a cirurgia de cerca de 35 dias, proporcionando um período maior de acompanhamento fonoaudiológico para adequação dos novos hábitos alimentares.

No pós-operatório da cirurgia bariátrica, Silva, Tanigute e Tessitore⁷, mencionam que o retorno do paciente ocorre com um mês de cirurgia para orientações quanto a mastigação e dieta proposta para o período, sobretudo quanto a carne bovina e arroz. No presente estudo, o retorno do paciente no ambulatório de fonoaudiologia ocorre, em média, em 33 dias após o procedimento cirúrgico.

No estudo de Paixão e colaboradores¹⁴, os alimentos com maior aceitação são peixe, salada, carne branca e arroz, enquanto são relatadas maiores dificuldades com carne vermelha, pão e massas. As dificuldades e intolerâncias alimentares podem estar associadas a alterações mastigatórias no paciente obeso. Em contrapartida, o estudo de Carvalho, Nogueira, Oliveira Neto e Limaverde¹⁵, os participantes referiram maior intolerância alimentar com carne 24,28%, doces e/ou açúcares 17,14%, arroz 17,14% e gordura 12,86%, e no presente estudo apenas o arroz foi mencionado no primeiro e segundo mês de pós-operatório, 27% e 30%, respectivamente.

CONCLUSÃO

O atendimento fonoaudiológico no pré-operatório de cirurgia bariátrica mostrou uma população com ausência de elementos dentários que, por consequente, apresenta prejuízo na função mastigatória, em especial pela ausência de pré-molares e molares em ambas as arcadas dentárias.

No primeiro mês de atendimento pós-operatório cerca de 85% dos participantes negaram queixas alimentares. No segundo e terceiro mês a queixa mais recorrente é com arroz (27% e 30%), em que os participantes referem sensação de bolos, repercutindo negativamente na deglutição. No quarto mês 2% dos participantes relataram queixa de não aceitação do ovo e os demais negaram queixas de mastigação, deglutição ou aceitação da dieta proposta pelo protocolo de cirurgia bariátrica.

REFERÊNCIAS

1. Azevedo PS, Miniccuci MF, Zornoff LAM. Obesidade: problema crescente e com múltiplas facetas. *Arq Bras Cardiol.* 2015;105(5):448-49.
2. Akramine AMBC, Ilias J. Por que avaliação e preparo psicológicos são necessários para o paciente candidato a cirurgia bariátrica? *Rev Assoc Med Bras São Paulo.* 2013;59(4):316-17.
3. Associação brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016. São Paulo: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica- ABESO. 4 ed; 2016.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e promoção de saúde. *Vigitel Brasil 2016: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais de 26 estados e no Distrito Federal em 2016.* Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília; 2013.
6. Rossi DC, Soares AN, Silva KRS. et al. Improvement in food intolerance resulting from Roux-En-Y Gastric Bypass after Speech Therapy Intervention in Chewing. *Obes Surg.* 2019;29:3195–3201.

7. Silva ASG, Tanigute CC, Tessitore A. A necessidade da avaliação fonoaudiológica no protocolo de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. *Rev CEFAC*. 2014;16(5):1655-1668.
8. Tanigute CC. Desenvolvimento das funções estomatognáticas. In: Marquesan, IQ. *Fundamentos em Fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral*. Guanabara Koogan; 2005.
9. Douglas CR. Fisiologia da Mastigação. In: Douglas, CR. *Fisiologia aplicada à Fonoaudiologia*. Ed. Manole; 2014.
10. Hospital Alberto Rassi. Serviço de Cirurgia Bariátrica do HGG é habilitado. *A voz do HGG*. 2017;III(83):1.
11. Araújo G, Brito A, Mainardi C, Martins E, Centeno D, Brito M. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Pará Research Medical Journal*; 2018;1(4):1-8.
12. Mores R, Delgado SE, Martins NF, Anderle P, Longaray CS, Pasqualeto VM, Berbert MCB. Caracterização dos distúrbios de sono, ronco e alterações do sistema estomatognático de obesos candidatos a cirurgia bariátrica. *Rev Bras Obes, Nutr e Emagr São Paulo*. 2017;64-74.
13. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 2.131, de 12 de novembro de 2015. *Diário Oficial da União* 13 jan 2016; Seção 1.
14. Paixão AL, Lourenço VV, Dias JS, Nogueira AAC. Perfil alimentar de pacientes pós cirurgia bariátrica. *Rev Bras Obes, Nutr e Emagr*. 2018;12(71):391-99.
15. Carvalho LV, Nogueira GMB, Oliveira Neto J, Limaverde PT. Intolerância alimentar no pós-operatório de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica em um hospital público de Fortaleza-CE. *Rev Varia Scientia – Ciências da Saúde*. 2018;4(1):29-39.