UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

MÁRCIA MARIA SHIRLEY BOLETTI PENGO

Impacto da cirurgia bariátrica nas atividades diárias e na higiene bucal de indivíduos obesos mórbidos: papéis ocupacionais

BAURU
2020

MÁRCIA MARIA SHIRLEY BOLETTI PENGO

Impacto da cirurgia bariátrica nas atividades diárias e na higiene bucal de indivíduos obesos mórbidos: papéis ocupacionais

Dissertação apresentada a Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas, na área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Silvia Helena de Carvalho Sales Peres

Versão Corrigida

BAURU

2020

Pengo, Marcia Maria Shirley Boletti

Impacto da Cirurgia Bariátrica nas Atividades Diárias e na Higiene Bucal de Indivíduos Obesos Mórbidos: Papéis Ocupacionais: estudo longitudinal de coorte prospectivo/Márcia Maria Shirley Boletti Pengo – Bauru 2020
109p., il., 31cm

Dissertação Mestrado – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo

Orientadora: Prof.ª. Dr.ª Silvia Helena de Carvalho Sales Peres

Nota: A versão original desta dissertação encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da Fundação
Hospital Amaral Carvalho
CAAE: 94002518.70000.5434
Parecer nº 2.806.841
Data 03/08/2018

FOLHA DE APROVAÇÃO

ERRATA

DEDICATÓRIA

Agradeço a Deus pela oportunidade de ter tido uma vida saudável e por Ele ter colocado sempre pessoas certas no meu caminho - as quais eu chamo de anjos - em momento precisos, para que os obstáculos pudessem ser vencidos;

Aos meus pais (in memoriam), Aristides Boletti e Iracema Abreu Boletti, pelos esforços incondicionais de lutar na vida buscando o que havia de melhor para dar aos filhos. Onde estiverem, provavelmente estarão observando a continuidade do que nos deixaram. Minha gratidão!

Ao meu marido Nivaldo, pelo amor verdadeiro e por ser meu companheiro de todas as horas. Quão importante você foi na minha jornada de estudos! Sem palavras para descrever sua importância na minha vida! O meu muito obrigada! Amo você!

À minha filha Thais, sempre compreendendo com sabedoria e paciência as minhas ausências. Meu eterno amor!

Ao meu irmão (in memoriam) Wilson Roberto, obrigada por ter sido quem foi. Saudades!

AGRADECIMENTOS

Parafraseando Clarice Lispector: "Quem caminha sozinho pode até chegar mais rápido, mas aquele que vai acompanhado, com certeza vai mais longe", declaro que não atravessei sozinha o percurso do mestrado.

As pessoas que direta ou indiretamente corroboraram para que este estudo pudesse chegar ao fim a todos nominados aqui ou não, minha sincera gratidão.

A Deus, pelo dom da vida dando-me sempre sabedoria e discernimento diante dos obstáculos encontrados ao longo da minha caminhada; pois foi através das dificuldades que aprendi ler os sinais para trilhar novos caminhos e entender como lidar com o novo. Este trabalho representa a realização de um sonho. É fruto da vontade de não parar, de vencer adversidades da profissão.

Aos pacientes que gentilmente aceitaram participar deste estudo acreditando que sua participação seria de grande valia. Agradeço de coração a confiança e respeito, sem vocês este estudo não seria realizado.

Em especial agradeço a minha orientadora, Profª. Drª. Sílvia Helena de Carvalho Sales Peres, por aceitar uma terapeuta ocupacional, por acreditar em mim e por ter investido no meu desenvolvimento dia após dia. Profissional, mas com um jeito especial e cuidadoso nas colocações diante das minhas dificuldades. Vibrou e acompanhou a cada passo deste estudo sempre com sua assertividade, paciência, capacidade de ensinar e disponibilidade, de forma competente, afetiva e atenciosa que acolhe seus alunos. Durante essa caminhada eu encontrei não só uma Professora Doutora, mas uma amiga, que vai além da sua posição acadêmica e me alicerçou em todos os momentos. Não fosse seus incentivos, hoje não estaria realizando esse trabalho. A minha eterna gratidão.

Ao Marcelo Salmazio Castro, por ter participado como coautor do folheto educativo "Atenção Primária dos Pacientes Candidatos a Cirurgia Bariátrica: Terapia Ocupacional e Odontologia", contendo informações sobre as atividades de vida diária na higiene bucal no pré e pós cirurgia bariátrica. Sem a ajuda dos seus conhecimentos como cirurgião dentista isso não teria sido possível. Gratidão.

À Diretoria do Hospital Amaral Carvalho, por me proporcionar apoio para que esse trabalho pudesse acontecer e por sempre acreditar na Terapia Ocupacional, e apoiar as minhas buscas por conhecimentos. Muito obrigada.

Ao Dr. Celso Roberto Passeri meus agradecimentos, pelo acolhimento da Terapia Ocupacional e por acreditar na somatória junto à equipe multidisciplinar em Cirurgia Bariátrica. E aos demais médicos da equipe, Dr.ª Jacira Alves Caracick, Dr. Eduardo Marcucci Pracucho, Dr.ª Karla Thaiza Tomal, Dr.ª Junea Caris de Oliveira. Sou grata pela oportunidade de fazer parte da equipe e por ter aprendido muito com todos vocês.

Ao Dr. André Gustavo J. Pellizzari agradeço pelo carinho e respeito que teve por mim em momentos difíceis de minha carreira profissional, quando nada parecia ter sentido e direção. Respeito eterno.

As minhas colegas de trabalho e de mestrado, Ana Elisa Paula Brandão Anjos e Ellen Cristiane Gomes, pelas vezes que tive vontade de desistir e não deixaram. A troca de experiência e o apoio no trabalho junto as pacientes de cirurgia bariátrica sem dúvida foi muito enriquecedora. E a todos os colegas de mestrado, Jeffry, Fabiano, Dario, entre outros, sempre dispostos a compartilhar conhecimentos. E em especial a Andrés Dario Guzman Tavarez (in memoriam), sempre trazendo um sorriso estampado nos lábios durante as aulas, uma pessoa que deixa saudades. Que Deus possa suprir todo seu sofrimento

As minhas colegas de trabalho, Flavia de Almeida Prado Rodrigues Zampieri Martina de Freitas Segalla Leonel, Monique Moya, Poliana Oliveira, Ana Claudia Volpato, voluntária Nadir Marques Muszkat, Elizete Aparecida Mori Dias, Áurea do Amaral, Fernando Trindade Lemos sem vocês teria sido mais difícil essa minha caminhada. Além da secretária Paloma Clemente e de toda equipe da enfermaria cirúrgica, disponibilizando espaços e documentos necessários para a coleta dos dados para que a pesquisa pudesse ser realizada no seu tempo, Obrigada!

A Ana Paula Mastropoieto, minha colega de profissão, pela amizade, carinho, motivação, pois sempre acreditou em mim, motivando-me na busca para percorrer os caminhos da pesquisa. Obrigada.

À minha irmã de coração, Mara S. S. Rosin, que sempre entendeu meus propósitos e com a qual as trocas de conhecimentos nos proporcionaram o crescimento mútuo. Que Deus a ilumine sempre!

A Bibliotecária da FOB, Cybelle Assumpção Fontes, minha gratidão, pela atenção, paciência e orientações no início da pesquisa sempre pronta e disponível para nos ajudar sem medir esforços e tempo, pessoa especial que sempre vai morar em meu coração.

Às funcionárias da pós-graduação, por todas orientações e informações, que nos proporcionaram.

Obrigada, Silvia Cristina Tonin Costa da Saúde Coletiva, por sempre nos transmitir informações.

Aos professores da pós-graduação pelos ensinamentos. Grata!

Aos Professores Doutores. Heitor Marques Honorio e Roosevelt Bastos, pelas orientações, elogios e incentivos feitos na minha qualificação. Foram de grande valia.

Agradeço à Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo pelas oportunidades oferecidas nas suas dependências, para que nossos estudos possam ser concluídos.

“Conheça todas as teorias e domine todas as técnicas.
Mas, ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.
Carl Jung

RESUMO

A obesidade é uma doença multifatorial, crônica e progressiva, que afeta parcelas alarmantes da população mundial, podendo estar associada a outras comorbidades e trazer prejuízos funcionais e psicológicos aos indivíduos. O tratamento cirúrgico dessa doença tornou-se uma alternativa eficaz e duradoura aos pacientes com obesidade mórbida. Entretanto, estudos recentes apontaram que as condições bucais podem sofrer alterações após a cirurgia bariátrica. Este estudo teve como objetivo comparar pacientes obesos não operados com pacientes obesos grau III operados, em acompanhamento longitudinal, para verificar se há mudanças nos papéis ocupacionais, nas atividades de vida diária, na higiene bucal e no grau de satisfação pós cirurgia. Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, com obesos mórbidos, entre 20 e 60 anos, atendidos no Hospital Amaral Carvalho de Jahu (HAC), no período de agosto de 2018 a julho de 2019. A amostra foi constituída por 108 pacientes alocados em dois grupos: grupo controle (obesos não operados) 56 (GC); grupo de acompanhamento (obeso grau III operados) 52 (GO). Os pacientes operados foram analisados em três períodos de tempo, antes da cirurgia (T1-GOpré), três meses (T2-GO3M), seis meses (T3-GO6M), com IMC Grau III e Superobesos. As variáveis dependentes analisadas foram: lista de identificação dos papéis ocupacionais e atividades da vida diária na higiene bucal. Já as variáveis independentes foram: idade, IMC, gênero, estado civil, profissão, condição socioeconômica, grau de escolaridade, comorbidades e auto avaliação da condição bucal. Foram realizados quatro questionários: Sóciodemográfico, Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais, Questionário da Saúde Bucal e Escala Analógica Visual De Satisfação (EAV-S).

Todos os questionários, com exceção do sóciodemográfico, foram aplicados nos três períodos de tempo com os pacientes operados. Com os pacientes não operados, uma única vez. Os resultados obtidos referentes à lista de identificação dos papéis ocupacionais mostraram que a retomada dos papéis para os dois grupos está projetada para o tempo futuro (p=0,000). Já os resultados do grupo de seguimento na higiene bucal, apresentaram melhora após a cirurgia e a necessidade de retornar ao dentista foi significativo diminuindo ao longo do tempo (p=0,000). A percepção do paciente quanto a sua saúde e higiene bucal não corresponde à realidade dos dados

encontrados no prontuário eletrônico, onde consta a precariedade na higiene e saúde bucal desses indivíduos. Conclui-se que os pacientes obesos necessitam de maiores informações e atenção com os cuidados na higiene bucal, devendo-se priorizar educação/preventiva com estratégias para evitar agravo de doenças. A saúde bucal é fator importante para a retomada dos papéis ocupacionais.

Palavras-chave: obesidade; papéis ocupacionais; atividades de vida diária na higiene bucal, saúde bucal e qualidade de vida.

ABSTRACT

Obesity is a multifactorial, chronic and progressive disease that affects alarming portions of the world population, which can be associated with other comorbidities and bring functional and psychological damage to individuals. Surgical treatment of this disease has become an effective and lasting alternative for patients with morbid obesity. However, recent studies have pointed out that oral conditions may change after bariatric surgery. This study aimed to compare non-operated obese patients with operated grade III obese patients, in longitudinal follow-up to see if there are changes in occupational roles, in activities of daily living, in oral hygiene and in the degree of satisfaction after surgery. This is a prospective cohort study, with morbidly obese, between 20 and 60 years old, attended at the Amaral Carvalho de Jahu Hospital (HAC), from August 2018 to July 2019. The sample consisted of 108 patients allocated to two groups: control group (non-operated obese) 56 (CG); follow-up group (operated on grade III obese) 52 (GO).The operated patients were analyzed in three periods of time, before surgery (T1-GOpré), 3 months (T2-GO3m), 6 months (T3-GO6m), with BMI Grade III and Superobesos. The dependent variables analyzed were: list of identification of occupational roles and activities of daily living in oral hygiene, whereas the independent variables were: age, BMI, gender, marital status, profession, socioeconomic status, educational level, comorbidities and self-assessment of oral condition. Four questionnaires were carried out Sociodemographic, Occupational Roles Identification List, Oral Health Questionnaire and Visual Analogical Satisfaction Scale (EAV-S). All questionnaires, with the exception of the socio-demographic, were applied in the three periods of time with operated patients, and with non-operated patients only once. The results obtained referring to the list of identification of occupational roles showed that the resumption of roles for both groups is projected for the future; (p=0,000) in relation to the results of the follow-up group in oral hygiene, they showed improvement after surgery and the need to return to the dentist was significantly decreasing overtime (p=0,000). The patient's perception of their health and oral hygiene does not correspond to the reality of the data found in the electronic medical record, with a precariousness in the hygiene and oral health of these individuals. It is concluded that obese patients need more information and attention with oral hygiene care, and education / preventive

should be prioritized with strategies to prevent diseases. Oral health is an important factor for the resumption of occupational roles.

Keywords: obesity; occupational roles; activities of daily living in oral hygiene, oral health and quality of life

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURAS

Figura 1 - Gastrectomia Vertical (Sleeve)..... 27

Figura 2 - Bypass gástrico (gastroplastia com desvio intestinal “Y de Roux” - RYGB)..... 27

Figura 3 - Fluxograma do Recrutamento e Seleção da Amostra 47

Figura 4 - Papéis Ocupacionais no tempo presente nos três momentos avaliados..... 58

Figura 5 - Papéis Ocupacionais no tempo futuro nos três momentos avaliados..... 59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação do estado nutricional em relação ao IMC..... 24

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica e clínico do grupo analisado GC e GOpré..... 55

Tabela 3 - Caracterização clínica dos grupos (GC e GOpré..... 56

Tabela 4 - Avaliação do GO em três tempos (GOpré, GO3m e GO6m)..... 56

Tabela 5 - Caracterização dos Papeis ocupacionais de acordo com o grupo GC x GOpré..... 57

Tabela 6 - Papéis ocupacionais que se relacionam ao longo do tempo (presente e futuro) GOpré, GO3m, GO6m..... 58

Tabela 7 - Comparação dos grupos GC e GOpré, GO3m, GO6m no presente x futuro..... 60

Tabela 8 - Caracterização das atividades da vida diária na higiene bucal de comparação grupo GC x GOpré..... 61

Tabela 9 - Caracterização das atividades da vida diária na higiene bucal no grupo de acompanhamento: GOpré, GO3m, GO6m..... 62

Tabela 10 - Caracterização da escala analógica visual de satisfação GO x GOpré..... 63

Tabela 11 - Caracterização da escala analógica visual de satisfação no grupo de seguimento GOpré GO3m GO6m..... 64

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AT	Atendimento
AVD's	Atividades da Vida Diária
BGY	Bypass Gástrico em Y de Roux
CB	Cirurgia Bariátrica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CFM	Conselho Federal de Medicina
CPF	Cadastro de Pessoa Física
D/N	Data de Nascimento
EAV-S	Escala Analógica Visual de Satisfação
FOB	Faculdade de Odontologia de Bauru
GOpré	Grupo Pré-operatório
GO3m	Grupo Pós-operatório - 3meses
GO6m	Grupo Pós-operatório - 6 meses
GV	Gastroplastia Vertical (Sleeve)
HAC	Hospital Amaral Carvalho de Jahu
HB	Higiene Bucal
IMC	Índice de Massa Corporal
Kg	Kilograma
K-S	Kolmogorov-Smirnov
M	Meses
ME	Média
MI	Mínimo
MOH	Modelo da Ocupação Humana
Nº	Número
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
RCQ	Relação Cintura-Quadril
RG	Registro Geral
RGP	Registro Geral do Prontuário
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Comprometimento Livre e Esclarecido
X	Vezes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 17
2 REVISÃO DE LITERATURA 23
2.1 OBESIDADE 23
2.2 CIRURGIA BARIÁTRICA 25
2.3 PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS 26
2.4 PROBLEMAS BUCAIS 28
2.5 HIGIENE BUCAL 31
2.6 QUALIDADE DE VIDA 32
2.7 QUALIDADE DE VIDA DO OBESO E DO BARIÁTRICO 33
2.8 TERAPIA OCUPACIONAL – PAPÉIS OCUPACIONAIS 35
2.9 PAPÉIS OCUPACIONAIS 37
3 PROPOSIÇÃO 41
3.1 OBJETIVO GERAL 41
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 41
3.2.1 Identificar e comparar mudanças no desenvolvimento de papéis ocupacionais 41
3.2.2 Verificar o conhecimento na higiene bucal 41
3.2.3 Analisar o grau de satisfação na saúde bucal 41
4 CASUÍSTICA E MÉTODOS 45
4.1 TIPO DE ESTUDO 45
4.2 ASPECTOS ÉTICOS 45
4.3 CONTEXTO 45
4.4 CÁLCULO DA AMOSTRA 46
4.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE 46
4.6 COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA 46
4.7 PERÍODOS DE SEGUIMENTO DO ESTUDO 47
4.7.1 **Avaliação sociodemográfica** 48
4.7.2 **Avaliação dos papéis ocupacionais** 48
4.7.3 **Atividades da vida diária na saúde bucal** 49
4.7.4 **Avaliação do grau de satisfação** 49
4.8 ANÁLISE ESTATISTICA 50
5 RESULTADOS 55
6 DISCUSSÃO 67
7 CONCLUSÕES 75
REFERÊNCIAS 79
ANEXOS 93

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A obesidade no decorrer de sua história de referência evolutiva já teve vários significados, desde saúde, beleza e poder, até chegar no mundo atual onde a epidemiologia classifica a obesidade como uma doença crônica de caráter não transmissível (VASCONCELOS, 2006).

Dados recentes evidenciam que a prevalência da obesidade está aumentando tanto em países desenvolvidos como nos subdesenvolvidos. Estima-se em 700 milhões o número de pessoas obesas no mundo, com perspectiva ainda maior para os próximos anos. A explicação para a chamada pandemia da obesidade vai desde o descontrole entre a ingestão e gastos de calorias até a fatores socioeconômico, genético e ambientais (WHO 2016; DIAS; VERONA, 2019).

O aumento da obesidade pode ser resultado da transformação devido às mudanças no estilo de vida da população, levando ao consumo de alimentos industrializados e bebidas açucaradas que acarreta acúmulo excessivo de gordura corporal com concentração acentuada no tecido adiposo. Fato este pode proporcionar um desequilíbrio energético, seja por escassez de atividade física ou ingestão de alimentos calóricos de baixa qualidade de nutrientes, além dos distúrbios metabólicos e fatores genéticos (RITCHIE, 2007; CLARO *et al*., 2016; COSTA *et al*., 2017). A obesidade pode estar associada as diversas doenças metabólicas como: diabetes mellitus tipo2, hipertensão arterial, colesterol, apneia do sono e problemas cardiovasculares, que trazem prejuízos severos para a saúde do indivíduo (KOPELMAN, 2000; PERES; PERES, 2016; PASSERI *et al*., 2016; MENDES; VARGAS, 2017; EL GHOCH; FAKHOURY, 2019).

Considerando a prevalência e fatores associados à obesidade, entende-se que o tratamento é de ordem multiprofissional, abrangendo as áreas de maneira integrada, a fim de tentar solucionar o problema ou, ao menos, diminuir o impacto causado na vida cotidiana dessas pessoas (SEGAL; FRANQUES, 2012; OLIVEIRA, 2019).

O tratamento conservador da obesidade mórbida é indicado durante um período de dois anos para a perda de peso com mudanças no estilo de vida, dieta alimentar e atividades físicas associadas à terapia cognitiva comportamental. Frente ao insucesso deste tratamento, o método cirúrgico é indicado como uma alternativa eficaz e duradoura na perda de peso, na redução das comorbidades e mortalidade, e, consequentemente, na melhora da qualidade de vida (HADY *et al*., 2018).

A cirurgia bariátrica (CB) para obesidade grau III, representa um renascimento e uma transformação para maior independência do indivíduo durante a realização das atividades cotidianas (WARHOLM; ØIEN; RÅHEIM, 2014).

Há uma expectativa entre os obesos mórbidos de que a redução do peso e a diminuição dos sintomas associados à obesidade após a CB poderão resultar em melhora no desempenho ocupacional, no relacionamento social e na rotina diária (GOMES, 2007).

Há indícios de que quanto maior a adiposidade do indivíduo obeso, menor é sua percepção sobre si mesmo acarretando de forma negativa o autocuidado, a autoestima e a autoimagem (JAGIELSKI *et al*., 2014).

Diante da diminuição do autocuidado, Lee *et al*. (2012) apontam que os problemas bucais passam a afetar negativamente a autoimagem do indivíduo, prejudicando suas relações sociais devido à aparência para sorrir, conversar e se alimentar adequadamente. Consequentemente, compromete seus papéis ocupacionais bem como o relacionamento interpessoal.

Segundo Porcelli *et al*. (2019) a literatura carece de estudos e estratégias especificas quanto à elaboração de protocolos e orientações educativo-preventivas utilizadas para prevenir os problemas bucais frequentes em pacientes submetidos à gastroplastia. Outros estudos também ressaltam que os procedimentos com a higiene bucal são importantes para prevenir doenças dentárias e que os cuidados são relativamente fáceis e de baixo custo (SILVA *et al*., 2013).

Diante das complicações relacionadas à obesidade e à saúde bucal é importante ser estudada a variável tempo no pós-cirurgia, para agregar conhecimentos referentes à retomada dos papéis ocupacionais de pacientes obesos

e compreender em que condições estão suas ações, consciência, associações e informações sobre sua higiene e saúde bucal. Torna-se relevante investigar a conscientização do processo educativo e de prevenção na saúde bucal para que não venha interferir posteriormente na inserção social do indivíduo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 OBESIDADE

A obesidade é caracterizada pelo excesso de gordura corporal com acúmulo excessivo no tecido adiposo prejudicando a saúde geral dos indivíduos. Essa doença vem sendo considerada problema de Saúde Pública, tendo sido gastos muitos recursos financeiros em seu tratamento e de suas comorbidades, em vários países do mundo (WHO, 2018).

A avaliação da obesidade pode ser feita de várias maneiras por dados antropométricos como: mensuração da circunferência abdominal, circunferência cintura quadril (RCQ) medição de pregas subcutâneas, Índice de Massa Corporal (IMC) e bioimpedância elétrica, entre outros (PERES; PERES, 2016).

Embora não exista um consenso sobre qual o melhor método para diagnóstico da obesidade, o parâmetro mais usado para classificar a obesidade é dado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de acordo com IMC, peso (Kg) dividido pela altura ao quadrado (m²). A obesidade pode ser diagnosticada quando o IMC se encontra acima de 30 kg/m². Quanto à gravidade da obesidade observa-se o grau I quando o IMC se situa entre 30 e 34,9 kg/m², obesidade grau II quando o IMC está entre 35 e 39,9 kg/m² e, obesidade grau III quando o IMC está acima de 40 kg/m² (ABESO, 2016).

Para os indivíduos com IMC igual ou maior que 40 kg/m² bem como os com IMC igual ou maior 35 kg/m² que apresentam doenças associadas à obesidade que tentaram o tratamento conservador por um período superior há dois anos e falharam, indica-se a cirurgia bariátrica como alternativa estratégica para uma rápida perda de peso e melhora das comorbidades (MENDES; VARGAS, 2017).

Tabela 1. Classificação do estado nutricional em relação ao IMC.

Classificação do estado nutricional em relação ao Índice de Massa Corporal IMC: Peso em KG Altura x altura em m
IMC Classificação Denominações Usuais
Abaixo de 18,5 Abaixo do peso
18,5 – 24,9 - Peso normal
25,0 – 29,9 - Sobrepeso
30,0 – 34,9 - Obesidade Grau I - Obesidade leve
35,0 – 39,9 - Obesidade Grau II - Obesidade moderada
Acima de 40,0 - Obesidade Grau III - Obesidade grave ou mórbida
Acima de 50,0 – Superobeso

Fonte: SBCBM, 2015.

As consequências da obesidade grau III não se restringe apenas às questões relacionadas à saúde, mas também ao impacto significativo na qualidade de vida (QV) (CASTANHA *et al*., 2018).

A obesidade pode debilitar e dificultar o indivíduo na sua interação social, em que o universo interno passa ser comprometido com baixa autoestima, isolamento social, estresse, depressão e consequentemente dificuldades nos papéis ocupacionais (HACHEM; BRENNAN, 2016).

A cirurgia bariátrica representa uma estratégia potencialmente útil para o controle do diabetes em obesos, uma vez que tem sido apresentada para reduzir ou até eliminar a necessidade da utilização de medicamentos depois da cirurgia. Entre os pacientes submetidos à cirurgia houve redução do risco cardiovascular, das taxas lipídicas e da hipertensão arterial (SCHAUER *et al*., 2013). Em relação ao controle do diabetes, a cirurgia bariátrica pode ser mais eficaz no controle da hiperglicemia em pacientes obesos grau III do que a terapia médica convencional (MINGRONE *et al*., 2012).

Dessa forma a CB é uma ferramenta eficaz no tratamento da obesidade podendo modificar apenas o estômago, a fim de reduzir o espaço para o alimento e promover a sensação de saciedade. Mas pode trazer deficiências de alguns

micronutrientes específicos no organismo, acarretando alguns prejuízos (OLIVEIRA *et al*., 2016).

A indicação da cirurgia bariátrica vem crescendo nos dias atuais. A epidemia de obesidade vem atingindo a população Brasileira com aumento acentuado na quantidade de procedimentos de gastroplastias no país, financiada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica o número de cirurgias bariátricas realizadas pelo SUS cresceu de 5.370 procedimentos em 2011 para 11.402 em 2018, um aumento de 112,33% em oito anos. No entanto, as 11.402 cirurgias feitas pelo SUS em todo o país no último ano representa apenas 1,16% do atendimento aos que necessitam. A população elegível para bariátrica pelo SUS é de 708 mil pessoas (SBCBM, 2019).

2.2 CIRURGIA BARIÁTRICA

As técnicas cirúrgicas encontram-se em constante aperfeiçoamento levando a especialidade a um caminho seguro e eficiente, para o controle e combate da obesidade grau III bem como para obesidade grau II com comorbidades. É indicada aos pacientes com faixa etária de 16 a 65 anos, que já passaram pelo tratamento conservador. Para a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), o Brasil passa ser considerado o segundo país no mundo a usar essa técnica, com 100 mil registros de cirurgias por ano, perdendo apenas para os Estados Unidos (USA) (SBCBM, 2018; ALBAUGH; ABUMRAD, 2019).

Apesar dos benefícios que a cirurgia trará ao indivíduo, há riscos por se tratar de um procedimento invasivo, como qualquer evento adverso que uma cirurgia pode conduzir. Riscos anestésicos, hemorrágicos, infecciosos, tromboembólicas, complicações digestivas (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011; PASSERI *et al*., 2016).

Há algumas contraindicações para realização da cirurgia bariátrica. Por exemplo, transtorno por drogas ilícitas, alcoolismo, doenças infecciosas, tumores, distúrbios psiquiátricos não controlados ou problemas intelectuais sem apoio familiar. Em contrapartida, os quadros graves controlados não contraindicam a cirurgia (TONATTO-FILHO *et al*., 2019).

Devido as complexidades narradas, se faz necessário que a família esteja participativa durante o acompanhamento do paciente junto à equipe interdisciplinar que tem como objetivo esclarecimentos sobre os procedimentos do tratamento (WANDERLEY *et al*., 2011).

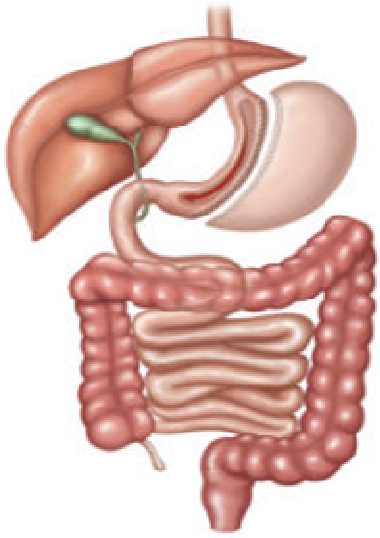
Assim que a cirurgia é indicada, o paciente será submetido a avaliações pré-operatórias criteriosas de preparo, por um período variável. Avaliação psicológica, psiquiátrica, nutricional, social, endocrinológica, pneumológica, além de hemograma, endoscopia digestiva, ultrassonografia (ARRUDA; ALBUQUERQUE, 2003).

A técnica cirúrgica é indicada após avaliação do cirurgião e varia de acordo com a necessidade individual de cada paciente, para perda de peso e controle glicêmico. De forma geral, as técnicas cirúrgicas de procedimentos abertos são mais escolhidas devido à menor morbidade e mortalidade pós-operatória (BOUR, 2015). A cirurgia mais recomendada até o momento é o desvio gástrico em Y-de Roux (BGYR), por apresentar uma excelente perda percentual de peso, principalmente para os pacientes obesos com síndromes metabólicas.

2.3 PROCEDIMETOS CIRÚRGICOS

De acordo com a SBCBM (2017), existem vários procedimentos técnicos para a realização da cirúrgica bariátrica e metabólica podendo ser por videolaparoscopia (menos invasiva) ou aberta. Pode ainda ser: disabsortiva, restritiva (mista) ou só restritiva.

- Restritiva: é a técnica da banda gástrica ajustável, gastroplastia vertical (GV) com banda ou gastrectomia em manga (“Sleeve”), onde se reduz a capacidade do estomago**.** Acredita-se que em pouco tempo será a cirurgia mais realizada no mundo, devido aos resultados apresentados ao longo dos últimos anos e por ser a que apresenta menos complicações nutricionais no pós-operatório. É um procedimento considerado metabólico e restritivo, no qual o estômago é transformado em um tubo tendo em média a capacidade de 80 a 100 mililitros (ml) (SBCBM, 2017).

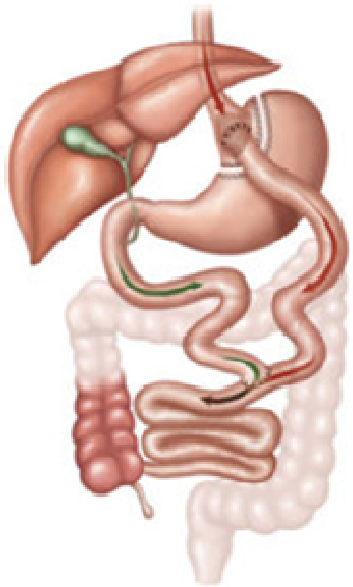


©

Figura 1 - Gastrectomia Vertical (Sleeve)

Fonte: SBCBM, 2017.

- Disabsortiva, Restritiva (mista) é a técnica cirúrgica conhecida como Bypass Gástrico em "Y de Roux" (BGYR). Equivale à redução do tamanho do estômago para uma pequena bolsa e conectá-la ao intestino delgado, excluindo o duodeno e uma porção do jejuno. O indivíduo passa a consumir menos alimentos, com a melhora da saciedade o que pode levar à perda de peso entre 70% a 80% do excesso do excesso inicial (RAFFORT *et al*., 2017).



©

Figura 2 - Bypass Gástrico (gastroplastia com desvio intestinal "Y de Roux" - RYGB).

Os resultados da cirurgia bariátrica comprovaram sua eficiência para perda de peso duradoura e melhoria de parâmetros metabólicos, como melhora transitória do diabetes, tolerância à glicose e perfis lipídicos (BRAY *et al*., 2018).

Segundo Luger *et al*. (2017), os indivíduos que passam pela cirurgia podem apresentar grau insuficientes de vitamina D e cálcio, conduzindo a um aumento da reabsorção óssea.

Dentre as vantagens das cirurgias, pode se citar a melhora das doenças metabólicas com a perda de peso, o que leva o indivíduo a uma melhora na qualidade de vida (QV) (AMUNDSEN; STRØMMEN; MARTINS, 2017).

Entre as desvantagens das cirurgias temos a recidiva. Poderá estar relacionada à inatividade física, assim como ao não seguimento da dieta alimentar adequada, o que poderá acarretar problemas nas condições clínicas, estados emocionais, psíquicos, econômicos e sociais (KARMALI *et al*., 2013).

Além disso, a recuperação de peso confere repercussões econômicas substanciais com custos recorrentes associados. É fundamental que os profissionais de saúde compreendam a reincidência do peso após a cirurgia bariátrica e desenvolvam estratégias para gerenciar esses pacientes e orientar o planejamento futuro da perda dos recursos de Saúde Pública (GRACIA *et al*., 2009).

2.4 PROBLEMAS BUCAIS

Além das deficiências nutricionais causadas após cirurgia bariátrica, a saúde bucal pode ser considerada um marcador de risco para problemas dentários devido a complicações gástricas, má nutrição, náuseas e vômitos, anemia, desidratação, deficiências vitamínicas e minerais, assim como alterações na cavidade bucal, seguido muitas vezes de perda irreversível (KARLSSON *et al*., 2018).

Uma metanálise recente foi realizada e avaliada a associação entre C.B. e doença periodontal, sendo demonstrada forte ligação entre os desfechos (FONTANILLE *et al*., 2018). Em relação à progressão da doença periodontal, observou-se a importância da identificação e do controle dos fatores que agravam

esta condição, uma vez que os indivíduos bariátricos podem apresentar perda óssea o que poderia influenciar na perda óssea alveolar em periodontites crônicas (MARSICANO *et al*., 2011; MOURA-GREC *et al*., 2014). Por isso, investigações que envolvam a terapia fotodinâmica antimicrobiana associada ou não ao tratamento periodontal, em indivíduos obesos e submetidos à cirurgia bariátrica em ensaios clínicos randomizados são necessários para melhorar a QV desses pacientes.

O estudo realizado por Marsicano *et al*. (2011) observaram um aumento significativo na prevalência de cárie dentária em pacientes bariátricos, seis meses após a cirurgia, quando comparados à situação bucal prévia ao procedimento cirúrgico. Outro problema bucal relacionado ao impacto da cirurgia bariátrica é o desgaste dentário. Este desgaste ocorre pela perda gradual de substância do elemento dental, sem o envolvimento do processo carioso, sem interferência da ação de microrganismos nem de traumas. Ocorre no esmalte e progride para a dentina, podendo evoluir para o envolvimento pulpar. Alterações no estilo de vida, dieta e comportamento, têm papel fundamental no desgaste dentário (KELLEHER; BOMFIM; AUSTIN, 2012). Essa atrição nos dentes é o resultado clinicamente visível de um processo multifatorial, com envolvimento de fatores químicos e mecânicos, que causam a perda do tecido dentário (DE CARVALHO SALES-PERES *et al*., 2008). A superfície dentária pode sofrer desgaste como resultado do processo natural ou desencadeado por alterações, às quais os dentes estão expostos. Este processo é contínuo e gradativo (LUSSI, 2006; LUSSI *et al*., 2011).

As perdas de estruturas dentárias não controladas ou estabilizadas podem necessitar ações reparadoras, na maioria das vezes, ligada a quadros de sensibilidade dentária, alterações das funções dos dentes e/ou comprometimento estético (VAN'T SPIJKER *et al*., 2009). O processo de deterioração é cumulativo ao longo da vida.

Dentre os tipos de corrosão dos dentes destaca-se a erosão, que ocorre pela desmineralização parcial do esmalte e/ou da dentina causada por ácidos intrínsecos e extrínsecos devido a processos químicos não bacteriológicos (LUSSI, 2006; KARLSSON *et al*., 2018). O procedimento cirúrgico para o tratamento da obesidade, pode favorecer ou aumentar o refluxo gastroesofágico, causando alterações na superfície dentária, desencadeando o processo erosivo. O ácido intrínseco,

geralmente ocasionado por vômitos e regurgitações, produz desgaste na superfície lingual e oclusal dos elementos dentários. O ácido extrínseco é decorrente de fatores externos à boca sendo acarretado por medicamentos (aspirina, vitamina C), alimentos (bebidas ácidas e frutas). Chega à cavidade bucal e resulta em desgaste erosivo nas superfícies vestibulares e oclusais dos dentes (SOBRAL *et al*., 2000; CEBRIAN-CARRETERO; LOPEZ-ARCAS-CALLEJA, 2006; SPEAR *et al*., 2007; DE CARVALHO SALES-PERES *et al*., 2008).

A saúde bucal extrapola o conceito de manter os dentes saudáveis, sendo um ponto essencial para garantir o bem-estar do indivíduo, pois está inserida no contexto de saúde geral (PETERSEN, 2003).

As condições clínicas sistêmicas após cirurgia bariátrica têm sido pautadas em melhoria da saúde geral do indivíduo, em contrapartida a literatura médica e odontológica têm mostrado um impacto da CB na saúde bucal (PERES *et al*., 2015).

Sendo assim, esses problemas afetam diretamente na capacidade mastigatória, levando à ocorrência de mudanças significativas na alimentação, como a substituição de alimentos ricos em nutrientes por alimentos ricos em açúcares e gorduras saturada (BRIANEZZI *et al*., 2013).

A mudança de comportamento do paciente bariátrico se faz necessária para que tenha uma boa saúde bucal, visto que os alimentos que estavam habituados a comer eram gordurosos e em grande quantidade. A alimentação no pós-operatório passa a ser em menor quantidade e mais vezes por dia, devido a redução do estomago. O paciente precisa ter uma atenção especial com a higienização dos dentes para evitar o alojamento de bactérias causadoras de doenças na boca por encontrarem condições favoráveis (HAGUE; BAECHLE, 2008).

A condição bucal é critério preditivo para o fracasso ou o sucesso na mudança da mastigação e hábitos alimentares dos pacientes após a gastroplastia (GODLEWSKI *et al*., 2011). A saúde bucal é dinâmica e complexa, possibilitando comer, falar, sorrir e socializar, sem desconforto, dor ou constrangimento. A saúde bucal adequada reflete a capacidade de um indivíduo se adaptar a condições de mudanças ao longo da vida e manter seus próprios dentes através do cuidado (PERES *et al*., 2019). Aliado a isso, o perfil psicológico do indivíduo obeso tende a

afetar sua prática de comportamentos benéficos à saúde bucal, como a escovação dentária e a utilização de fio dental, fazendo com que a obesidade esteja efetivamente associada a condição precária de higiene bucal (PALMER, 2005).

As perdas de estruturas dentárias não controladas ou estabilizadas podem necessitar de ações reparadoras, na maioria das vezes, ligadas a quadros de sensibilidade dentária, alterações das funções dos dentes e/ou comprometimento estético (VAN'T SPIJKER *et al*., 2009).

A necessidade de acompanhamento odontológico dos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica vem sendo ressaltada em diferentes trabalhos, uma vez que foi observada alta prevalência de problemas periodontais nos estágios pré e pós-operatório (MOURA-GREC *et al*., 2014; MARSICANO *et al*., 2011; PERES *et al*., 2015).

2.5 HIGIENE BUCAL

O ecossistema oral humano é um universo complexo no qual microrganismos coabitam equilibrada e harmoniosamente, ordenados e vigiados por condições estabelecidas pelo hospedeiro e pela microbiota presente (JORGE, 2012).

Por outro lado, a literatura científica descreve alguns instrumentos para análise das condições de higiene bucal, como: índice de sangramento gengival, placas e cálculo dentário, número de escovações, uso do fio dental e até a ingestão de alimentos ricos em carboidratos por indivíduos obesos. Devido a esses fatores, a higiene bucal deve ser realizada de forma adequada e frequente, buscando a remoção/desorganização da placa dentária durante a higienização bucal, exigindo do paciente maior habilidade e dedicação (AZNAR, 2016).

A pobre higiene bucal aliada à gengivite e à periodontite, entre outros fatores de risco, desencadeia diferentes problemas, sobretudo a perda dentária, levando prejuízo à mastigação dos alimentos, além da halitose – odor desagradável do ar exalado. Muitas vezes, as doenças bucais nos pacientes obesos tornam-se uma preocupação para a saúde pública, pois estes estão mais susceptíveis à perda

dentária e outras doenças associadas e que alteram a qualidade de vida do indivíduo (GRÔNBECK *et al*., 2020).

Prova disso são estudos recentes que têm encontrado forte associação entre problemas bucais dos indivíduos obesos e impacto negativo no desempenho das atividades de vida diária na higiene bucal (AVD's), podendo interferir profundamente em suas vidas (PERES *et al*., 2013).

A higiene bucal deve ser entendida como parte da higiene geral, uma vez que seu intuito é manter os tecidos moles e duros da boca em condições saudáveis. Métodos preventivos foram propostos, tais como uso de dentifrício fluoretado, fio dental, bochechos fluoretados, além da visita periódica ao cirurgião-dentista (KIM *et al*., 2014).

As instruções sobre a saúde bucal viabilizam aos indivíduos conhecimento para a promoção da saúde geral, trazendo benefícios aos pacientes bariátricos, com menos estresse e sem muitos fatores de complicações. É por isso que um programa de ações educativas/preventivas atualizadas em evidências científicas atuais faz-se necessário (PHE, 2017). Além disso, a oferta de ferramentas na educação em saúde é mostrada como item fundamental para abordagem mais consciente ao indivíduo (COULTER; ELLINS, 2007; PORCELLI *et al*., 2019).

2.6 QUALIDADE DE VIDA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades" (BRASIL, 2015). Ampliando este conceito a saúde é resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (UFSC, 2015).

Contudo, as políticas de saúde e os profissionais em sua formação em todo tempo tiveram a prioridade na moderação da morbidade e mortalidade. Ultimamente está havendo uma maior preocupação não só com a gravidade e frequência das

doenças, mas igualmente com a observação no impacto das doenças e das consequências no comprometimento das atividades de vida diária (AVD's) (SEID; ZANNON, 2004).

Os instrumentos de avaliação para QV são genéricos para a população em geral, pois, no campo de aplicação são usados questionários de base populacional sem especificações da enfermidade, sendo bastante pertinente a estudos epidemiológicos e avaliação no sistema de saúde, Pela OMS temos o (WHOQOL-100) entre outros, sendo um utensílio específico capaz de avaliar de forma individual (COONS *et al*., 2000).

A característica primordial é a sensibilidade para mensurar uma população estipulada com enfermidade ou a uma circunstância escolhida, com objetivo de aferir a decorrência da história natural ou após uma determinada intervenção.

Para Toledo *et al*. (2013), a qualidade de vida pode ser delineada como ligação entre o que é desejado e o que é alcançado ou alcançável. Tanto as ciências biológicas como as humanas definem a qualidade de vida enaltecendo parâmetros mais amplos, do que simplesmente controle de sintomas e diminuição de mortalidade, mas focando também no aumento da expectativa de vida.

2.7 QUALIDADE DE VIDA DO OBESO E DO BARIÁTRICO

As transcendências psicossociais da obesidade designam-se de princípios elencados à cultura atual. A sociedade conceitua o obeso como se estivesse fora dos padrões estéticos, além do que sua corpulência passa a ser pouco saudável. A obesidade na atualidade é considerada uma doença epidêmica, que já se propaga, até em países orientais, onde, tradicionalmente, era baixa sua predominância (SINZATO, 2007).

Do ponto de vista efetivo, a obesidade está presumida no momento em que é comparada com indivíduos de peso satisfatório a ponto de não comprometer a saúde geral (MORAES *et al*., 2014).

Barros *et al*. (2015) descrevem que a obesidade mórbida é capaz de acarretar desvantagens, mais à frente da vida, dos habitualmente correlacionados ao diagnóstico, originando assim, danos nos aspectos, físicos, sociais, emocionais e psicológicos.

A obesidade causa algumas limitações funcionais ao indivíduo no momento das realizações de tarefas do dia a dia. Ficar em pé, ajoelhar, sentar, assim como a mobilidade na realização das atividades físicas, podendo ser acompanhadas de dores corporais que reduzem a qualidade de vida nas atividades da vida diária (AVD's), higiene pessoal, vestir-se, caminhar, além das atividades instrumentais de vida prática (AIVP), como o trabalho, vida social, financeira, tarefas domésticas. As dificuldades nas realizações de tarefas podem levar a uma diminuição do humor, relacionamentos pessoais e amorosos, desencadeando muitas vezes quadro depressivo (BOWLING *et al*., 2019).

Outros fatores de grande pertinência que os obesos enfrentam estão relacionados aos preconceitos, que podem surgir desde a infância, onde são referidas como: "preguiçosas", "ignorantes", "mentirosos", "feias" e "malcheirosos", alguns dos adjetivos que desqualificam a pessoa obesa. Diante da busca de uma atividade profissional, a aparência vem acarretar menos chances de serem admitidos em profissões mais atraentes e de maior prestígio (KOLOTKIN *et al*., 2001).

Diante do conjunto de problemas que causa a obesidade, a cirurgia bariátrica vem ajudar na perda de peso mais rápida e numa melhora da imagem corporal, maior autoestima, independência e interação social. O indivíduo passa a ter uma resposta rápida que leva a construir hábitos mais saudáveis (BARRETO VILLELA, 2004).

Para alguns poderá influenciar na codificação de uma nova condição de vida e continuarão a lutar com a perda de peso e manutenção. Enquanto outros terão dificuldades em ajustar-se devido à expectativa nas mudanças drásticas de perda de peso e passarão a ter reganho resultando em insatisfação e, com isso, o impacto psicológico de maneira negativa (KUBIK *et al*., 2013).

2.8 TERAPIA OCUPACIONAL - PAPÉIS OCUPACIONAIS

Inicialmente, torna-se relevante conceituar a Terapia Ocupacional, como uma profissão da saúde. Segundo o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO, 2018, p. 1), a Terapia Ocupacional é:

> um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de pessoas que, por razões ligadas à problemática específica, físicas, sensoriais, mentais, psicológicas e/ou sociais apresentam temporariamente ou definitivamente dificuldade da inserção e participação na vida social.

Para Benetton (1999, p. 22) “o sujeito alvo de intervenção da terapia ocupacional é aquele que por diferentes motivos está socialmente excluído”. O paciente em questão, interage de modo insuficiente com pessoas com as quais se relaciona, podendo acarretar problemas no desenvolvimento de seu trabalho e no convívio social.

Os papéis ocupacionais de um indivíduo são previstos no decorrer da vida e sua relevância ajuda a assimilar as mudanças que ocorrerão (SILVA, 2011). Todas as atividades desenvolvidas estão enquadradas em uma realidade social. Ao executá-las o homem não estará somente expondo seus sentimentos, mas será fundamental para sua experiência pessoal e cultural (MARTINELLI, 2011).

Tedesco e Ferrari (2000) descrevem que “a relação do indivíduo com seu fazer e com aquilo que se faz necessário realizar no seu cotidiano é objeto de sustentação no social “. No entanto, a terapia ocupacional tem habilidades mais dinâmicas e ativas que colaboram com as pessoas obesas para enfrentarem os vários problemas de seu desempenho ocupacional nas rotinas diárias de forma mais saudável (NOSSUM; JOHANSEN; KJEKEN, 2018).

Em indivíduos portadores de obesidade, a mobilidade corporal poderá trazer limitações que vão dificultar a produtividade de suas tarefas tais como: trabalho, serviços domésticos, atividades da vida diária (AVD’s) na higiene bucal que terá um convívio social empobrecido, tendo como consequências a inatividade, rotina mais sedentária, como assistir televisão, dormir e aumentando de seu consumo alimentar (MORAIS *et al*., 2002).

A terapia ocupacional, reconhece as condições de independência das pessoas ao realizarem suas tarefas de vida cotidiana e trabalha para que indivíduos obesos ou com sobrepeso possam ter um estilo de vida mais saudável (PIZZI, 2013; SILVA *et al*., 2015). Com as atividades, a terapia propicia ao paciente um universo de vivências e busca facilitar o processo de tratamento para a perda de peso e contribuir com sua inserção no mercado de trabalho (DIAS *et al*., 2019).

Diante desse panorama da prática da saúde com indivíduos obesos, deve-se ter uma visão ampla e ajustada para o acolhimento de toda complexidade trazida pelo paciente junto à equipe multiprofissional a fim de que tenha interação entre os conhecimentos de cada área da saúde, favorecendo a comunicação mais ativa e dinâmica da interdisciplinaridade (CAVALCANTI; GALVÃO, 2007; MENDES; LEWGOY; SILVEIRA, 2008).

A terapia busca utilizar as atividades como facilitadoras na construção do cotidiano, resgatar habilidades perdidas com o ganho de peso para que o obeso tenha uma postura mais criativa e independente, ampliar possibilidades que facilitem a descoberta de novas tarefas que sejam mais significativas em relação à mudança do “eu alimento” para o “eu atividade” e obtenha maior integração social com o mundo externo (MORAIS *et al*., 2002).

No âmbito da Educação em Saúde, a profissão tem, como núcleo de intervenção, arquitetar o elo inicial de uma corrente evolutiva para a comunidade. Sua ação se estabelece vinculada ao uso de atividades, sejam elas de lazer, produtivas ou de autocuidado, viabilizando práticas que estimulem os indivíduos a perceberem seu estado de saúde para que haja mudanças necessárias no cotidiano (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001).

Mesmo quando a CB é bem-sucedida e o paciente elimina o excesso de peso, muitas vezes apresenta dificuldade em compreender sua nova realidade de vida e fica desagregado da sua concepção de como agir e codificar diante das dificuldades. Este fato pode prejudicar a continuidade da sua história de vida e levá-lo a deixar de interagir e abandonar seus afazeres diários, como seguir rotinas, os cuidados pessoais, banho, higiene bucal, e desleixo com seu tratamento. Nesse contexto, observa-se, pela literatura que a variável tempo pós-cirurgia é muito

importante de ser estudada, já que pode influenciar na retomada da vida de pacientes obesos e como e quando esses pacientes reconstroem a vida após a cirurgia bariátrica. Muitos pacientes conseguem retomar seus papéis ocupacionais em curto período de tempo; outros até se aventuram a construir novos papéis. Porém, existem aqueles que permanecem inativos e improdutivos. A importância da terapia ocupacional com indivíduos portadores de sobrepeso e obesidade ainda é restrita e requer mais estudos na área (FORHAN; GILL, 2013; HARACZ *et al*., 2013).

2.9 PAPÉIS OCUPACIONAIS

Vale salientar a importância da identificação de papéis ocupacionais. É proposto um instrumento eficaz, que provê informações sobre a percepção individual acerca dos diversos tipos de papéis nos quais as pessoas se interagem, dominam e exploram o meio ambiente e do comportamento ocupacional esperado pela sociedade, moldados pela cultura, sendo ajustado e notado pelo indivíduo (SILVA, 2011).

Para a identificação dos papéis é utilizado o questionário Role Checklist, da norte-americana Frances Oakley, de 1986, baseado no Modelo da Ocupação Humana (MOH) desenvolvido por Kielhofner e Burke (1990).

O documento passou por tradução transcultural, no Brasil, realizada por Cordeiro (2005), que desenvolveu versão desse instrumento em Português, recebendo o nome: “Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais”. Contendo 10 papéis ocupacionais: Estudante (frequência à escola em tempo parcial ou integral), Trabalhador (emprego remunerado em tempo parcial ou integral), Voluntário (prestação de serviço gratuito, pelo menos uma vez por semana, em hospital, escola, comunidade, campanha política, etc.)., Cuidador (responsabilidade, pelo menos uma vez por semana, por prestar cuidados a uma pessoa, como uma criança, cônjuge parente ou amigo), Prestador de Serviços Domésticos (responsabilidade, pelo menos uma vez por semana, por cuidar da casa através de serviços como limpeza, cozinha, jardinagem, etc.), Amigo (emprego de tempo ou realização de alguma coisa, pelo menos uma vez por semana, com algum amigo) Membros da Família (emprego de tempo ou realização de alguma coisa, pelo menos

uma vez por semana, com algum membro da família, tal como filho, cônjuge, pais ou parentes), Religioso (envolvimento - excluindo-se o culto religioso - pelo menos uma vez por semana, em grupos ou atividades ligadas à sua religião Passatempo/Amador (envolvimento, pelo menos uma vez por semana, em atividades de passatempo ou como amador, tais como costura, toque de instrumento musical, marcenaria, prática de esportes, teatro, participação em clube ou time, etc.) e Participantes de Organizações (envolvimento, pelo menos uma vez por semana, em organizações, tais como Rotary ou Lions Club, Vigilantes do Peso). Os papéis ocupacionais, são apontados para o que desempenhou (passado), que desempenha (presente) ou desempenhará (futuro) (OAKLEY *et al*., 1986; CORDEIRO, 2005). Com relação ao tempo, ocorre como recomenda Oakley *et al*. (1986): a) passado: há mais de sete dias; b) presente: se refere não somente a hoje, mas também incluirá os setes dias passados; c) futuro: é qualquer tempo de amanhã em diante. Seu objetivo é investigar conhecimentos dos papeis ocupacionais de um indivíduo na história de sua vida.

Frente às questões abordadas acima, torna-se relevante investigar como tem ocorrido o desempenho dos papeis ocupacionais do paciente obeso antes e após a CB, para que protocolos de atendimento multiprofissionais possam ser desenvolvidos para melhorar a QV desse indivíduo.

3 PROPOSIÇÃO

3 PROPOSIÇÃO

3.1 OBJETIVOS GERAL

O presente estudo teve por objetivo avaliar o impacto da cirurgia bariátrica nas atividades diárias e na higiene bucal de indivíduos obesos mórbidos operados e não operados, com acompanhamento em terapia ocupacional no pós-cirúrgico.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Identificar e comparar mudanças no desempenho de papéis ocupacionais e atividades diárias na higiene bucal, em indivíduos obesos mórbidos e submetidos à CB, avaliados no pré pós-operatório, três meses e seis meses após a cirurgia.

3.2.2 Verificar o conhecimento dos indivíduos avaliados quanto aos cuidados com os dentes e com a higiene bucal.

3.2.3 Analisar o grau de satisfação do indivíduo com relação a sua saúde bucal e seu conhecimento para visita ao dentista, após a cirurgia bariátrica.

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo foi de caráter longitudinal de coorte prospectivo.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado com o Parecer nº 2.806.841 pelo Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Fundação Hospital Amaral Carvalho de Jahu-SP (HAC) (Anexo A), respeitando a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Os pacientes participaram da pesquisa após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nesse termo, foi descrita ao paciente a forma como seria avaliado, garantindo o sigilo das informações, que sua participação na pesquisa seria voluntária e sem prejuízo ao seu tratamento (Anexo B).

4.3 CONTEXTO

O estudo foi realizado na cidade de Jahu, localizada na região central do Estado de São Paulo, no Hospital Amaral Carvalho de Jahu/SP, considerado referência em oncologia que, desde 2010, iniciou também o serviço de cirurgia bariátrica. Esse serviço conta com uma equipe multidisciplinar, formada por cirurgiões, endocrinologista, psiquiatra, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e assistente social. Participaram da pesquisa somente os pacientes encaminhados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do Departamento Regional de Saúde de Bauru (DRS-6), candidatos à cirurgia bariátrica.

O delineamento do estudo ocorreu durante o período de agosto de 2018 a julho de 2019.

4.4 CÁLCULO DA AMOSTRA

A amostra da pesquisa foi realizada a partir da análise prospectiva dos pacientes adultos na faixa etária de 20 a 60 anos, com obesidade mórbida, que se encontravam no ambulatório iniciando tratamento e os que já estavam no momento da internação para realizar a cirurgia bariátrica no período de agosto de 2018 a julho de 2019.

4.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os critérios de elegibilidade para participação do presente estudo foram: Indivíduos em atendimento pelo Sistema Único de Saúde em tratamento e internados para a realização da cirurgia bariátrica no HAC. Foram excluídos os indivíduos com limitações devido a deficiência física e/ou mental, que não a obesidade.

4.6 COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi composta por 108 indivíduos com obesidade mórbida, os quais foram distribuídos em dois grupos: grupo controle (GC) com 56 pacientes e grupo de acompanhamento grupo pré-operatório (GOpré) com 52 pacientes, sendo acompanhados no pós-operatório de três meses (GO3m) e seis meses (GO6m). O número de indivíduos para realizar a cirurgia bariátrica por semana e meses foi muito variável e, devido ao seguimento de seis meses, a coleta dos dados foi realizada até julho de 2019. Inicialmente, foram aplicados os critérios de elegibilidade e os pacientes que atenderam aos requisitos foram recrutados. Após essa etapa, foram convidados a participar do presente estudo, seguindo as normativas do Comitê de Ética do Hospital Amaral Carvalho de Jau. A aprovação do projeto no CEP ocorreu com o Parecer nº 2.806.841.

A amostra foi agrupada independentemente do grupo étnico ou gênero.

Figura 3 - Fluxograma do Recrutamento e Seleção da Amostra.

4.7 PERÍODOS DE SEGUIMENTO DO ESTUDO

A realização deste estudo foi dividida em três etapas de seguimento (follow-up). Os pacientes foram avaliados conforme descrito abaixo:

GRUPO CONTROLE (GC)

O convite foi feito a todos os pacientes com obesidade para participar dessa pesquisa, foram recrutados no momento da primeira consulta com a equipe multiprofissional, sendo respeitados os aspectos éticos e os critérios de inclusão para esse estudo. Os questionários abaixo foram respondidos uma única vez.

a) Aplicação do questionário sociodemográfico;

b) Aplicação do questionário sobre a Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais (traduzido por Cordeiro (2005).

c) Aplicação do questionário referente a saúde bucal, adaptado de Unfera e Saliba (2000);

d) Aplicação do questionário da Escala Analógica Visual de Satisfação (EVAS), adaptado de Awad *et al*. (2003).

GRUPO DE OBESOS SUBMETIDOS À CB (GO)

Este grupo foi avaliado em três etapas T (tempos) conforme descrito abaixo:

1. Primeira Etapa - T1 GOpré (Momento da internação)

a) Questionário sociodemográfico foi respondido;

b) Questionário sobre a Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais;

c) Questionário referente a saúde bucal;

d) Questionário da Escala Analógica Visual de Satisfação.

2. Segunda Etapa - T2 GO3m

Os questionários dos itens B, C e D da primeira etapa foram aplicados novamente, após três meses da realização da cirurgia bariátrica.

3. Terceira Etapa- T3 GO6m

A última etapa foi a terceira avaliação, em que os questionários dos itens B, C e D da primeira fase foram aplicados novamente, após seis meses da realização da cirurgia bariátrica.

4.7.1 Avaliação Sociodemográfica

Esta avaliação foi realizada por meio da aplicação de um questionário sociodemográfico, para mensurar: renda, escolaridade, idade e trabalho (Anexo C).

4.7.2 Avaliações dos Papéis Ocupacionais

Foi aplicado o questionário Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais (Anexo D) composto por 10 questões contendo papéis de: Estudante, Trabalhador,

Voluntário, Cuidador, Prestador de Serviço Doméstico, Amigo, Membro Familiar, Religioso, Participante de Passatempo Amador, Participante de Organizações, em que foram avaliados momentos do presente e do futuro (QUILES-CESTARI, 2011). Moreno (1975, p. 27) define os papéis ocupacionais de acordo com "a forma de funcionamento que o indivíduo assume no momento em que reage a uma situação específica na vida, na qual outras pessoas e objetos estão envolvidos"

4.7.3 Avaliações das Atividades da Vida Diária na Saúde Bucal

Foram avaliados os conhecimentos e as práticas cotidianas de higiene bucal dos indivíduos obesos grau III através da aplicação do questionário intitulado "Avaliação das Atividades da Vida Diária" (Anexo E), de forma a obter informações sobre seu cuidado com a higiene bucal:

a) Tipo de higiene bucal realizada pelo indivíduo e frequência dos instrumentos utilizados: se usa fio dental ou palito, escova dental, creme dental, ou outros acessórios de higiene bucal (enxaguatório, ou raspador de língua.)

b) Habilidade Funcional: verificar se o paciente apresenta capacidade para realizar a própria higiene bucal, com independência e autonomia.

c) O conhecimento e informações que o indivíduo tem com relação aos cuidados da saúde bucal, tanto em GC como todas as etapas do GO (pré, três e seis meses).

4.7.4 Avaliações do grau de Satisfação

A Escala Analógica Visual de Satisfação (EAV-S) foi utilizada a classificação em nota de 0 a 10, nota: 0 (Muito Insatisfeito); nota: 1,2,3 (Insatisfeito); nota: 4,5,6,7 (Nem Satisfeito Nem Insatisfeito); nota: 8 e 9 (Satisfeito) e nota:10 (Muito Satisfeito), para identificar como os indivíduos avaliavam e classificavam seus conhecimentos em relação à sua saúde bucal, no início do tratamento, pré e após CB, de forma a obter informações sobre sua satisfação com a saúde bucal e seu conhecimento para o retorno ao dentista após cirurgia bariátrica (Anexo F).

1) Como qualifica a mastigação de modo geral?

2) Como avalia a mastigação para alguns tipos de alimentos: a) normal/sólido, b) consistência pastosa, c) consistência líquida, d) consistência seca

3) Como classifica a higiene bucal?

4) Como classifica a saúde bucal?

5) Como avalia o conhecimento da necessidade de voltar ao dentista após cirurgia bariátrica?

4.8 ANÁLISES ESTATÍSTICA

Foram utilizados o programa estatístico Winpepi, versão Windows e a fórmula para cálculos do tamanho da amostra para descrição de variáveis quantitativas em população finita, com nível de confiança 95% com margem de erro de 5%.

Foram utilizadas as seguintes variáveis para análise estatística:

a) Dependentes: papéis ocupacionais e atividades da vida diária na higiene bucal;

b) Independentes: foram utilizadas idade, IMC, gênero, estado civil, profissão, condição socioeconômica, grau de escolaridade, comorbidades, auto avaliação da condição bucal (EAV-S).

Foi efetuado o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), foi realizado com grau de confiança de 95% e constatou que a amostra não seguiu uma distribuição normal ($p<0,05$).

Para análise das variáveis categóricas, o teste utilizado foi o Qui-Quadrado de Pearson.

Na análise de variáveis categóricas pareadas, foi utilizado o Teste de McNemar.

Para as análises quantitativas independentes pareadas, entre dois grupos, o teste utilizado foi de Mann-Whitney.

Nas análises de variáveis quantitativas independentes pareadas, o teste empregado foi o Teste de Friedman.

O programa estatístico IBM SPSS Statistics 22 foi utilizado, aplicando-se o nível de confiança de 95% em todos os testes, assim pelo p-valor obtido em cada teste, rejeitou-se a hipótese de igualdade dos grupos quando o p-valor for menor que 0,05.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Na Tabela 2 estão descritas as características que mostram os resultados do perfil sociodemográfico dos participantes do grupo GC e GOpré, (sexo, estado civil, trabalho, tipos de cirurgia, escolaridade). A amostra foi constituída hegemonicamente do sexo feminino no GC (89,3%) e GOpré (80,8%). Com relação à característica clínica e o tipo de cirurgia, a mais realizada foi a By-pass, com 94,2%, e Sleeve, com 5,8%.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica e clínico do grupo analisado (GC e GOpré).

Dados sociodemográficos	GC n (%)	GOpré n (%)	p
Gênero			
Feminino	50 (89,3)	42 (80,8)	0,213
Masculino	6 (10,7)	10 (19,2)	
Estado civil			
Casado	30 (53,6)	30 (57,7)	0,756
Solteiro	18 (32,1)	18 (34,6)	
Divorciado/Separado	6 (10,7)	3 (5,8)	
Viúvo	2 (3,6)	1 (1,9)	
Trabalho			
Comprometido	35 (62,5)	33 (63,5)	0,538
Não Comprometido	21 (37,5)	19 (36,5)	
Tipo de cirurgia			
BYPASS		49 (94,2)	
SLEEVE		3 (5,8)	
Escolaridade			
Fundamental	19 (33,9)	22 (42,3)	0,669
Médio	26 (46,4)	21 (40,4)	
Superior	11 (19,6)	9 (17,3)	

*Teste de Qui-Quadrado de Pearson.

A Tabela 3 apresenta as variáveis quantitativas independentes Idade e IMC dos grupos GC e GOpré. A média de idade dos pacientes GC foi de 40,72 ± 10,34 anos, GOpré foi 40,97 ± 9,77 anos e o valor médio do IMC foi respectivamente 44,12 ± 5,60 e 52,20 + 7,88. O grupo GC apresentou uma média menor de IMC do que o grupo Pré-operatório.

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos grupos (GC e GOpré)

Variables	GC		GOpré		*p*
	Mean ± SD	(Min-Max)	Mean ± SD	(Min-Max)	
Idade (anos)	40,72 ±10,34	(24 – 60)	40,97 ±9,77	(21 – 59)	***0,897***
IMC (kg/m²)	44,12 ±5,60	(31,61 – 57,72)	52,20 ±7,88	(40,77 – 76,21)	***0,000***

*Teste de Mann-Whitney

A Tabela 4 mostra a comparação das variáveis quantitativas independente pareada do IMC no grupo de acompanhamento nos 3 tempos, sendo que a média do GOpré foi 52,20 ±7,88kg/m², GO3M 42,76 ±7,56 kg/ m² GO6Mm 38,21 kg/m². Os resultados mostraram que a variável clínica do IMC teve uma diminuição significativa na perda de peso ao longo do tempo pós cirurgia, o que já era esperado.

Tabela 4 - Avaliação do GO em três tempos (GOpré, GO3m e GO6m).

Variables	GO pré		GO 3m		GO 6m		p
	Mean ±SD	(Min-Max)	Mean ±SD	(Min-Max)	Mean ±SD	(Min-Max)	
IMC	52,20 ±7,88	(40,77 – 76,21)	42,76 ±7,56	(30,48 – 65,62)	38,21 ±7,02	(26,31 – 57,46)	0,000

* Teste de Friedman

A Tabela 5 mostra as variáveis categóricas comparando o grupo GC com o Grupo GOpré através da aplicação do questionário de Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais. Com relação às atividades desenvolvidas no tempo presente entre o grupo GC e GOpré, não houve diferença significativa em nenhum papel ocupacional, ou seja, os pacientes entre os dois grupos com relação à produtividade estavam semelhantes. Referente aos grupos GC e GOpré com relação ao tempo futuro apresentaram diferenças significativas em vários papéis, como: estudante (p=0,037), trabalhador (p=0,000), cuidador (p=0,008), prestador de serviço doméstico (p=0,001), religião (p=0,002). Portanto, os dados demonstram que o

GOpré são pessoas que já estavam internadas para fazer a cirurgia, estando dessa forma, com maior expectativa para o futuro, pois podem se decepcionar e não alcançar os resultados desejados.

Tabela 5 - Caracterização dos papéis ocupacionais de acordo com o grupo (GC x GOpré).

Características	**Presente**			**Futuro**		
	GC	GOpré	p	GC	GOpré	p
Estudante	5,4%	15,4%	0,085	32,1%	51,9%	0,037
Trabalhador	62,5%	59,6%	0,759	55,4%	90,4%	0,000
Voluntário	14,3%	25,0%	0,160	50,0%	67,3%	0,068
Cuidador	44,6%	46,2%	0,875	48,2%	73,1%	0,008
Prestador Doméstico	87,5%	90,4%	0,634	67,9%	94,2%	0,001
Amigo	41,1%	42,3%	0,896	51,8%	59,6%	0,413
Família	69,6%	73,1%	0,693	75,0%	88,5%	0,072
Religioso	42,9%	55,8%	0,180	51,8%	80,8%	0,002
Passatempo Amador	23,2%	38,5%	0,086	60,7%	92,3%	0,000
Partic. Organização	10,7%	3,8%	0,173	17,9%	23,1%	0,501

*Teste de Qui-Quadrado

A tabela 6 mostra as variáveis categóricas comparando o grupo de acompanhamento nos três tempos, sendo GOpré, GO3m e GO6m pós-cirurgia com aplicação do questionário Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais. Com relação aos papéis desenvolvidos no tempo presente, as diferenças significativas foram: Voluntários GOpré=25,0%, GO3m=11,5%, GO6m=9,6% (p=0,039) e Passatempo Amador GOpré=38,5%, GO3m=59,6%, GO6m=57,7% (p=0,031). A diminuição desses dois papéis pode estar associada ao crescimento de outros.

Tabela 6 - Papéis Ocupacionais que se relacionam ao longo do tempo (presente e futuro) GOpré, GO3m, GO6m.

Características	Presente				Futuro			
	GO pré	GO 3m	GO 6m	p	GO pré	GO 3m	GO 6m	p
Estudante	15,4%	9,6%	11,5%	0,687	51,9%	67,3%	50,0%	1,000
Trabalhador	59,6%	48,1%	55,8%	0,727	90,4%	90,4%	86,5%	0,687
Voluntário*	25,0%	11,5%	9,6%	0,039	67,3%	84,6%	67,3%	1,000
Cuidador	46,2%	46,2%	53,8%	0,424	73,1%	84,6%	82,7%	0,302
Prestador Doméstico	90,4%	92,3%	98,1%	0,125	94,2%	96,2%	98,1%	0,500
Amigo	42,3%	44,2%	38,5%	0,839	59,6%	76,9%	78,8%	0,002
Família	73,1%	69,2%	78,8%	0,549	88,5%	96,2%	96,2%	0,289
Religião	55,8%	34,6%	36,5%	0,064	80,8%	76,9%	78,8%	1,000
Passatempo Amador**	38,5%	59,6%	57,7%	0,031	92,3%	90,4%	96,2%	0,625
Partic. Organização	3,8%	3,8%	3,8%	-	23,1%	30,8%	21,2%	1,000

* Teste de McNemar

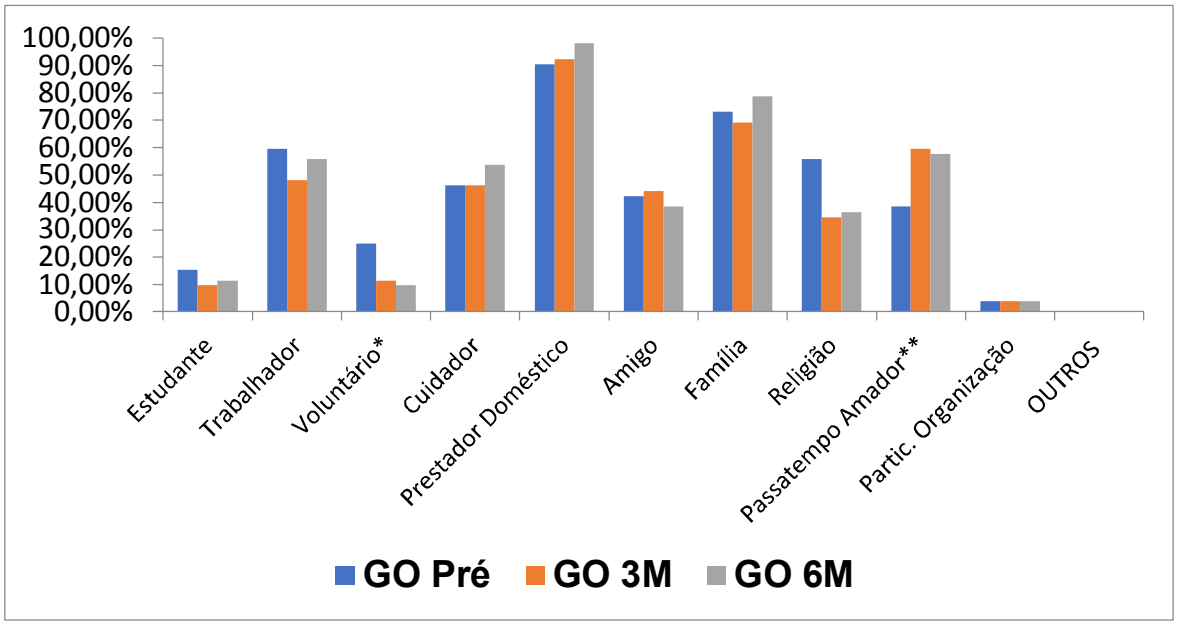


Figura 4 - Papéis Ocupacionais no tempo presente nos três momentos avaliados.

A Figura 4 mostra o tempo presente com relação aos papéis ocupacionais do grupo de acompanhamento nos três tempos mostrando significância em relação ao papel do voluntário e do passatempo amador.

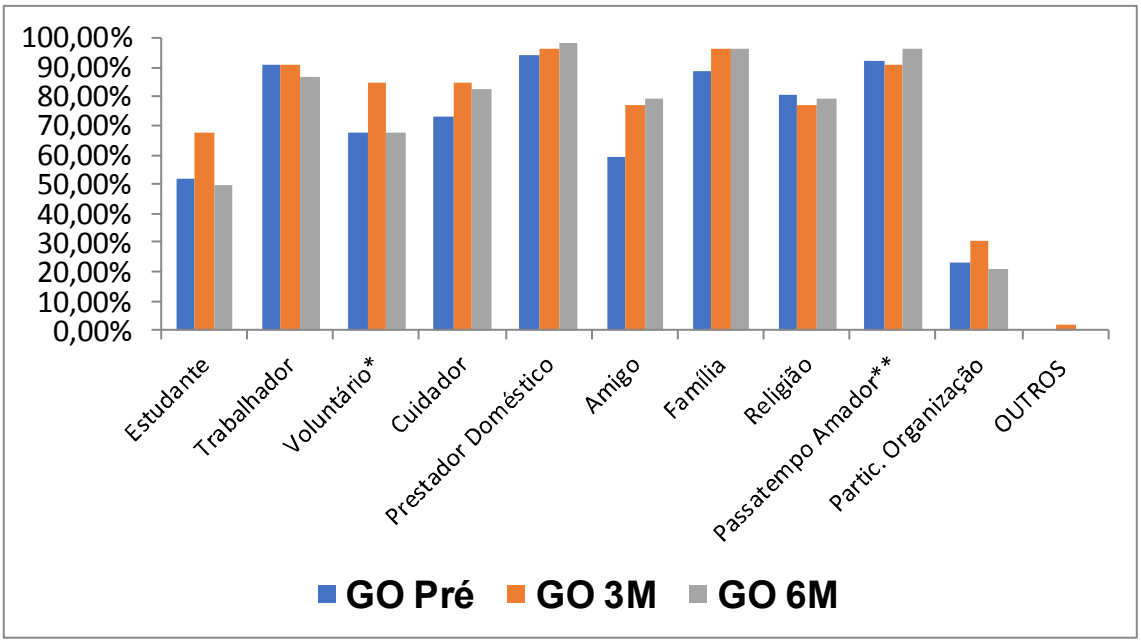


Figura 5 - Papéis Ocupacionais no tempo futuro nos três momentos avaliados.

A Figura 5 mostra o tempo futuro com relação aos papéis ocupacionais: foi mais significativo o papel do amigo, o que demonstra a tabela 6.

A tabela 7 mostra as variáveis categóricas comparando o grupo controle GC e o grupo de acompanhamento GOpré, GO3m e GO6m pós-operatório com aplicação do questionário Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais. Nos resultados podemos verificar que nos dois grupos todos os papéis foram mais significativos, aumentando no futuro.

Tabela 7 - Comparação dos grupos (GC e GOpré, GO3m, GO6m) no presente e futuro.

Características	Presente	Futuro	p
Estudante	19,2%	71,2%	0,000
Trabalhador	65,4%	96,2%	0,000
Voluntário	32,7%	92,3%	0,000
Cuidador	69,2%	94,2%	0,000
Prestador Doméstico	98,1%	98,1%	1,000
Amigo	67,3%	82,7%	0,021
Família	90,4%	100,0%	0,063
Religioso	69,2%	92,3%	0,000
Passatempo Amador**	80,8%	98,1%	0,004
Partic. Organização	9,6%	46,2%	0,000

* Teste de McNemar

A tabela 8 mostra as variáveis categóricas entre o grupo GC e o grupo GOpré com aplicação do questionário da Saúde Bucal. Os resultados mostraram que o grupo GC, apresentou saber escovar melhor os dentes (94,6%) do que GOpré (82,7%) que havia passado por palestras informativas com dentista. No que diz respeito à escovação antes de dormir, o grupo GC foi de (82,1%) e GOpré com (61,5%) sendo o grupo de acompanhamento mais desprovido das AVD's na higiene bucal noturna do que o grupo GC.

Tabela 8 - Caracterização das atividades da vida diária na higiene bucal de comparação grupo GC x GOpré.

Questões Saúde bucal	Controle n (%)	GOpré n (%)	p
Como a cárie ocorre			
Não / Não Sabem	12 (21,4)	13 (25,0)	0,416
Sim / Sabem	44 (78,6)	39 (75,0)	
Como realizar a escovação			
Não / Não Sabem	3 (5,4)	9 (17,3)	0,047
Sim / Sabem	53 (94,6)	43 (82,7)	
Uso de produtos de higienização			
Não / Não Sabem	1 (1,8)	1 (1,9)	0,733
Sim / Sabem	55 (98,2)	51 (98,1)	
Quantos dentes tem na boca			
Não / Não Sabem	56 (100,0)	49 (94,2)	0,108
Sim / Sabem	0 (0,0)	3 (5,8)	
Devem se manter por toda a vida			
Não / Não Sabem	2 (3,6)	3 (5,8)	0,465
Sim / Sabem	54 (96,4)	49 (94,2)	
Dificuldade funcional			
Não / Não Sabem	56 (100,0)	52 (100,0)	1,000
Sim / Sabem	0 (0,0)	0 (0,0)	
Escovação, quantas vezes			
1	1 (1,8)	2 (3,8)	0,654
2	8 (14,3)	10 (19,2)	
3	31 (55,4)	23 (44,2)	
4	16 (28,6)	17 (32,7)	
Escovação, antes de dormir			
Sim	46 (82,1)	32 (61,5)	0,015
Não	10 (17,9)	20 (38,5)	
Saúde bucal depende			
Família	0 (0,0)	1 (1,9)	0,334
Mim	56 (100,0)	50 (96,2)	
Dentista	0 (0,0)	1 (1,9)	
Dentista antes da cirurgia			
Não	4 (7,1)	1 (1,9)	0,317
1 ano	43 (76,8)	37 (71,2)	
2 anos	5 (8,9)	6 (11,5)	
3 anos ou mais	4 (7,1)	8 (15,4)	
Dentição dados do prontuário médico			
Total	22 (39,3)	14 (26,9)	0,343
Parcial	29 (51,8)	34 (65,4)	
Prótese	5 (8,9)	4 (7,7)	

*Teste de Qui-Quadrado

A tabela 9 mostra as variáveis categóricas comparando o grupo de acompanhamento nos três tempos GOpré, GO3m e GO6m pós-operatório com aplicação do questionário da Saúde Bucal. Os resultados mostraram a significância da melhora da quantidade de vezes da escovação ao dia GOpré (32,7%), GO3m (23,1%) GO6m (42,3%) p=0,003 - o que pode estar associado ao número de vezes que se alimentam no dia.

Tabela 9 - Caracterização das atividades da vida diária na higiene bucal no grupo de acompanhamento (GOpré, GO3m, GO6m).

Questões Saúde bucal	GOpré n (%)	GO 3m n (%)	GO 6m n (%)	p
Como a cárie ocorre				
Não / Não Sabem	13 (25,0)	17 (32,7)	17 (32,7)	0,344
Sim / Sabem	39 (75,0)	35 (67,3)	35 (67,3)	
Como realizar a escovação				
Não / Não Sabem	9 (17,3)	9 (17,3)	10 (19,2)	0,867
Sim / Sabem	43 (82,7)	43 (82,7)	42 (80,8)	
Uso de produtos de higienização				
Não / Não Sabem	1 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,368
Sim / Sabem	51 (98,1)	52 (100,0)	52 (100,0)	
Quantos dentes tem na boca				
Não / Não Sabem	49 (94,2)	49 (94,2)	49 (94,2)	-
Sim / Sabem	3 (5,8)	3 (5,8)	3 (5,8)	
Devem se manter por toda a vida				
Não / Não Sabem	3 (5,8)	3 (5,8)	1 (1,9)	0,513
Sim / Sabem	49 (94,2)	49 (94,2)	51 (89,1)	
Dificuldade funcional				
Não / Não Sabem	52 (100,0)	52 (100,0)	52 (100,0)	-
Sim / Sabem	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Escovação, quantas vezes*				
1	2 (3,8)	1 (1,9)	1 (1,9)	0,033
2	10 (19,2)	8 (15,4)	8 (15,4)	
3	23 (44,2)	31 (59,6)	21 (40,4)	
4	17 (32,7)	12 (23,1)	22 (42,3)	
Escovação, antes de dormir				
Sim	32 (61,5)	32 (61,5)	37 (71,2)	0,304
Não	20 (38,5)	20 (38,5)	15 (28,8)	
Saúde bucal depende				
Família	1 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,223
Mim	50 (96,2)	51 (98,1)	50 (96,2)	
Dentista	1 (1,9)	1 (1,9)	2 (3,8)	
Dentista antes da cirurgia				
Não	1 (1,9)	0 (0,0)	3 (5,8)	0,933
1 ano	37 (71,2)	40 (76,9)	34 (65,4)	
2 anos	6 (11,5)	3 (5,8)	7 (13,5)	
3 anos ou mais	8 (15,4)	9 (17,3)	8 (15,4)	
Dentição: dados obtidos no prontuário eletrônico				
Total	14 (26,9)	14 (26,9)	14 (26,9)	0,223
Parcial	34 (65,4)	33 (63,5)	32 (61,5)	
Prótese	4 (7,7)	5 (9,6)	6 (11,5)	

*Teste de Qui-Quadrado

A tabela 10 mostra as variáveis quantitativas independentes pareadas comparando o grupo Controle GC e o grupo de acompanhamento GOpré com aplicação do questionário da Escala Analógica Visual de Satisfação. Os resultados mostraram uma diferença significativa entre os grupos, com um nível de satisfação em todos os itens do questionário (p<0,05).

Tabela 10 - Caracterização da Escala Analógica Visual de Satisfação GC x GOpré.

Variables	**GC**		**GO pré**		***p***
	Mean ± SD	**(Min-Max)**	**Mean ± SD**	**(Min-Max)**	
Q1 Satisfação Mastigação	5,52 ±2,47	(0 - 10)	7,60 ±1,79	(3 – 10)	***0,000***
Q2 Satisfação A)Sólida	5,96 ±2,39	(0 - 10)	7,73 ±1,61	(3 – 10)	***0,000***
B) Pastosa	6,20 ±2,63	(0 - 10)	7,60 ±2,06	(2 – 10)	***0,003***
C) Líquida	6,23 ±3,03	(0 - 10)	9,48 ±1,24	(4 – 10)	***0,000***
D) Seca	6,16 ±2,59	(0 - 10)	7,10 ±2,05	(3 – 10)	***0,041***
Q3 Satisfação Higiene bucal	7,88 ±1,82	(3 - 10)	8,65 ±1,21	(5 – 10)	***0,011***
Q4 Satisfação Saúde bucal	7,70 ±2,10	(1 - 10)	8,77 ±1,38	(4 – 10)	***0,002***
Q5 Satisfação Retorno ao dentista	6,64 ±3,26	0 - 10	8,33 ±2,42	(0 – 10)	***0,003***

* Teste de Friedman

A tabela 11 mostra as variáveis independentes pareadas comparando os grupos de acompanhamento nos três tempos: GOpré, GO3m e GO6m pós-operatório, com aplicação do questionário Escala Analógica Visual de Satisfação. Pode se verificar no resultado que houve diferença significativa na questão 1 mastigação (p=0,023), na questão 2 tipos de alimentos: 2a solida (p= 0,0048), na questão 2c liquido (p=0,000), na questão 4 saúde bucal (p=0,010) e na questão 5 retorno ao dentista (p=0,000), revelando uma diminuição do grau de satisfação se

comparada à tabela 8. Esse fato pode ter ocorrido devido à maior preocupação com a estética, influenciando negativamente no grau de satisfação.

Tabela 11 - Caracterização Da Escala Analógica Visual De Satisfação de Grupo de Seguimento (GOpré, GO3m, GO6m).

Variables	GO pré		GO 3m		GO 6m		P
	Mean ±SD	**(Min-Max)**	**Mean ±SD**	**(Min-Max)**	**Mean ±SD**	**(Min-Max)**	
Q1 Satisfação Mastigação	7,60 ±1,79	(3 – 10)	8,52 ±1,16	(5 – 10)	7,88 ±1,59	(1 – 10)	0,023
Q2 Satisfação							
A) Sólida	7,73 ±1,61	(3 – 10)	8,21 ±1,43	(3 – 10)	7,79 ±1,70	(1 – 10)	0,048
B) Pastosa	7,60 ±2,06	(2 – 10)	8,19 ±1,90	(2 – 10)	8,10 ±1,89	(2 – 10)	0,131
C) Líquida	9,48 ±1,24	(4 – 10)	9,10 ±1,48	(4 – 10)	7,77 ±1,86	(3 – 10)	0,000
D) Seca	7,10 ±2,05	(3 – 10)	7,15 ±2,11	(1 – 10)	7,25 ±1,99	(2 – 10)	0,923
Q3 Satisfação Higiene bucal	8,65 ±1,21	(5 – 10)	8,79 ±1,66	(1 – 10)	8,69 ±1,33	(5 – 10)	0,409
Q4 Satisfação Saúde bucal	8,77 ±1,38	(4 – 10)	9,12 ±1,19	(5 – 10)	8,85 ±1,44	(3 – 10)	0,010
Q5 Satisfação Retorno ao dentista	8,33 ±2,42	(0 – 10)	7,81 ±2,26	(0 – 10)	6,58 ±2,23	(0 – 10)	0,000

* Teste de Friedman

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo, permitem afirmar que a grande parte dos indivíduos obesos mórbidos tinha conhecimento sobre higiene bucal e saúde bucal. Porém, os dados encontrados no prontuário eletrônico descreviam uma higiene e saúde bucal em condições desfavoráveis. Em relação aos papéis ocupacionais, os pacientes projetavam sempre o futuro durante o tempo de acompanhamento.

Nas variáveis sociodemográficas, a população de mulheres foi a mais presente na amostra entre os dois grupos, quando comparada ao gênero masculino. Estes achados corroboram outros estudos já publicados que evidenciam o predomínio de mulheres na procura pela cirurgia bariátrica. A justificativa para essa ocorrência está pautada no fato de que o universo feminino se preocupa mais com a prevenção de agravos à saúde, além da expectativa de se sentirem incluídas socialmente nos arquétipos da magreza, seguindo a influência social pelo belo e o magro (SOARES *et al*., 2011; NASCIMENTO; BEZERRA; ANGELIM, 2013; RIBEIRO *et al*., 2013; SILVA *et al*., 2017).

No que refere à escolaridade, a maioria dos participantes desse estudo tinham até o ensino fundamental. Estudos apontam que pessoas obesas apresentam menor nível de escolaridade e renda financeira mais baixa (ALMEIDA; LOUREIRO; SANTOS, 2001; PORTUGAL, 2016).

Quanto à escolha do procedimento, os dados clínicos referentes à cirurgia bariátrica (gastroplastia) no presente estudo indicam que a técnica cirúrgica utilizada Bypass (94,2%) foi a mais utilizada, seguida de Sleeve (5,8 %). Esses resultados se assemelham com os da literatura onde a cirurgia Bypass é o procedimento de escolha dominante até o momento. É a mais utilizada no mundo por apresentar baixo índice de complicações com melhora e estabilidade na perda peso. Isso traz resolução ou benefícios nas comorbidades, assim como na qualidade de vida desses pacientes (AMUNDSEN; STRØMMEN; MARTINS, 2017).

Os papéis ocupacionais desempenhados no tempo presente para os dois grupos não foram significativos, assim como relatam alguns estudos sobre a

discriminação dos obesos no ambiente de trabalho. Este fato – riscos e dificuldades devidas a sua limitação física que os isolam e enfraquecem – leva o indivíduo aos agravos psicológicos, mentais, sociais da vida cotidiana. Estar obeso pode significar não fazer parte dos padrões e exigências de um mercado onde a produtividade é fator importante para o lucro das empresas (ANTUNES, 1999; SCHERER, 2012).

Os estudos de Forhan *et al*. (2010) relatam que os participantes, em sua maioria, tiveram a percepção de que a obesidade lhes afetou negativamente no desempenho social e a produtividade.

Verifica-se que os dados dos papéis ocupacionais visualizados ao longo do tempo mostraram diminuição significativa no papel de voluntário e de passatempo amador, o que pode estar associado a uma segunda importância perto de papéis mais relevantes, como trabalhador e prestador de serviços domésticos e família (MARTINELLE, 2011; CRUZ, 2012; SANTOS; PADILHA; NUNES, 2015).

Com relação ao papel do amigo, alguns estudos destacam a tendência de isolamento social no pré-operatório com íntima relação com excesso de peso, com receio de se aproximar do outro e com medo das críticas. No entanto, o convívio passa a melhorar com vistas para o futuro após a cirurgia que trará perda de peso, elevando a autoconfiança, autopercepção, percepção do outro e relações sociais, ampliando as amizades e a vida social (GRIAUZDE *et al*., 2018).

Na visão geral dos papéis ocupacionais dos dois grupos, ambos apresentaram melhora significativa para a retomadas dos papéis no futuro. Estudos anteriores demonstraram que o tempo futuro passa ser um aliado de como codificar e aprimorar suas concepções com as mudanças ligadas às suas mobilidades corpóreas e metabólicas, das relações consigo mesmo e com o outro de forma a conceber a nova realidade diante do novo perfil (GARDNER; BROWN, 2010; ALMEIDA; FERREIRA; BATISTA, 2011; MELLO; WORRELL, 2015). Mas, a retomada desses papeis no futuro está ligada à perda de peso, com a qual o indivíduo passa se sentir mais confiante, apresentar menor estresse psicológico, melhorar sua imagem corporal, adquirir mais agilidade e ânimo para seus afazeres no trabalho, tendo menos discriminação social e diminuição das barreiras

arquitetônicas. Além de melhorar sua relação interpessoal (CASTRO *et al*., 2010; FARIA; LEITE, 2012).

As atividades de higiene bucal na vida diária, tais como a escovação noturna dos dentes, foram significativas para os dois grupos, com os resultados apontando para o conhecimento de como escovar os dentes de forma correta. Isso parece estar ligado aos reforços oferecidos pela equipe multiprofissional quanto aos cuidados de higiene corporal e bucal, incentivando e estimulando o autocuidado. Entretanto, não há, na literatura, dados que comprovem esses resultados em pacientes obesos mórbidos candidatos à cirurgia bariátrica.

Em relação à saúde e higiene bucal precária encontradas no registro do prontuário dos pacientes deste estudo, pode ter sido desencadeada por cárie dentária, doença periodontal e agravadas pela pobre higiene bucal. A falta de informações quanto aos cuidados com a higiene bucal, de forma contínua favorece a progressão das doenças orais, levando à perda dentária. Perda essa que resulta em alterações nas funções bucais, tais como estética, fonética e funcional. A mastigação e a fala aliadas ao prejuízo estético interferem no desempenho social. (ROSA *et al*., 2008; SILVA; MAGALHÃES; FERREIRA, 2010; MACEDO; COSTA, 2015; PORCELLI *et al*., 2019).

A cirurgia bariátrica exige novos hábitos alimentares, como a ingestão de alimentos pastosos, que devem ser mastigados adequadamente. O indivíduo passa a comer pequena quantidade alimento, ainda mais frequentemente, exigindo boas práticas de higiene bucal. Em acréscimo, há evidencias que demonstram altos níveis de deficiência de ferro após a cirurgia bariátrica. O estado nutricional de uma pessoa pode ser afetado pela perda total ou parcial do dente (FORATORI JÚNIOR *et al*., 2016).

A perda óssea sistêmica pode levar à destruição periodontal mais severa, diminuindo a densidade mineral óssea local. Novas evidências propuseram ligação entre a glicose e o metabolismo ósseo. A calcificação de tecidos moles que expressa proteínas da matriz óssea pode estar envolvida direta ou indiretamente na regulação da homeostase da glicose, sugerindo que os tecidos esqueléticos podem contribuir para a regulação do metabolismo energético. A influência potencial da

infecção periodontal, após a cirurgia bariátrica, também pode resultar em perda dentária, que por sua vez promove redução na função mastigatória (PERES *et al*., 2019).

Um estudo recente publicado por este grupo de pesquisa demonstrou que IMC elevado está associado a maior prevalência de hipertensão, impacto negativo na autopercepção de saúde bucal e qualidade de vida. Alternativamente, a cirurgia bariátrica, embora associada à maior prevalência de anemia, foi crucial para a autopercepção positiva da imagem corporal e associada a parâmetros positivos de qualidade de vida relacionados às seguintes dimensões: física, psicológica e ambiental (FORATORI JUNIOR *et al*., 2016). Estudos futuros poderão ser conduzidos para melhorar esta evidência científica.

Levando em conta o relato dos conhecimentos dos pacientes, o resultado do questionário da escala analógica visual de satisfação foi mais significativo para a mastigação. Isso pode estar relacionado às informações adequadas dadas pela nutricionista aos grupos do estudo nas palestras antes e após a CB. Também isso pode ter ocorrido pelos pacientes já terem sido encaminhados a uma reabilitação com os cirurgiões dentistas, confirmando o estudo de Barros et al. (2015). O relato enfatiza a grande contribuição das orientações da nutricionista no que concerne referente ao consumo de alimentos e as condutas para uma boa mastigação, nos dois momentos.

No questionário da escala EVAS, a questão quatro foi a mais significativa à classificação da saúde bucal com p=0,010. Os pacientes relatavam que após a visita ao dentista estavam se alimentando melhor. A melhora das condições bucais, como relata Sales-Peres (2016), que boa saúde bucal favorece a melhoria nos hábitos nutricionais.

Ainda em relação à escala EVAS, a questão cinco foi significativa p=0,000. Não foram encontrados resultados que comprovem o conhecimento dos pacientes no retorno ao cirurgião dentista após a cirurgia bariátrica.

Evidencia-se a importância do cirurgião dentista na equipe de cirurgia bariátrica. Os pacientes são atendidos em serviços odontológicos em lugares diferentes e não se sabe ao certo qual tipo de informações receberam para os

cuidados da saúde bucal, uma vez que elas são orais e se perdem ao longo do tempo.

O estudo de Porcelli *et al*. (2019) com indivíduos obesos, verificou que os pacientes submetidos a um programa de ação educativa/preventiva, para higiene bucal supervisionada durante o período de seis meses, com visitas ao cirurgião dentista, apresentaram melhora no controle da placa bacteriana. Já o grupo que não participou do programa, apresentou um maior acúmulo de placa após seis meses de cirurgia.

O folheto explicativo - “Atenção Primária dos Pacientes Candidatos à Cirurgia Bariátrica: Terapia Ocupacional e Odontologia” - norteia a importância da educação e da prevenção na saúde bucal de pacientes obesos. A unificação das informações odontológicas sobre as condições básicas de saúde bucal, bem como de mastigação visando a boa ingestão de alimentos, é tão importante quanto a cirurgia em si, pois se reflete na saúde/doença.

Algumas limitações no presente estudo merecem consideração. Incialmente, o tempo de segmento longitudinal foi pequeno para melhor entender a retomada de vida produtiva dessas pacientes. Pesquisas futuras de seguimento do estudo devem ter tempo maior e ser concentradas em especificar as mudanças de comportamento com os hábitos da higiene bucal, retorno ao dentista e volta à atividade laboral. As condições da saúde bucal são um fator importante na retomada dos papéis ocupacionais, assim como na inserção social após a cirurgia bariátrica.

O presente estudo é importante porque procura identificar e minimizar os efeitos adversos da obesidade e da cirurgia bariátrica e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. Neste cenário, os pacientes devem se tornar responsáveis por sua própria saúde e entender a importância da participação ativa na obtenção do sucesso no tratamento.

Devido à ausência científica na literatura que alicerce este conteúdo, pode-se concluir que a nascente deste estudo poderá conduzir novas medidas intervencionistas para educação/prevenção da saúde bucal com indivíduos obesos.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

O presente estudo permite concluir que:

1. Os dois grupos demonstraram interesse na retomada dos papéis ocupacionais para o tempo futuro. Em relação às atividades diárias na higiene bucal não houve diferença significativa entre os dois grupos;

2. Os pacientes dos dois grupos relataram ter conhecimento quanto aos cuidados de higiene bucal. No entanto, apresentaram dentição parcial e condições precárias com a higiene e saúde dos dentes;

3. O grau de satisfação dos indivíduos em seguimento com a sua saúde bucal e conhecimento para visita ao dentista diminuiu após a cirurgia bariátrica (três e seis meses).

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALBAUGH, V. L.; ABUMRAD, N. N. Surgical treatment of obesity [version 1; peer review: 4approved]. Department of Surgery, MCN CC-2308, Section of Surgical Sciences, Vanderbilt University Medical Center, Nashville, Tennessee, USA **F1000Research 2018**, v. 7(F1000 Faculty Rev), n. 617, p. 1-13, 2019.

ALMEIDA, G. A. N.; LOUREIRO, S. R.; SANTOS, J. E. Obesidade Mórbida em Mulheres: Estilos alimentares e qualidade de vida. **Arch latinoam nutr.**, v. 51, n. 4, p. 359-365, 2001.

ALMEIDA, M. H. M.; FERREIRA, A. B.; BATISTA, M. P. P. Formação do terapeuta ocupacional em gerontologia: contribuições de docentes de cursos de graduação em terapia ocupacional no Brasil. **Rev Terap Ocup**, USP, v. 22, n. 3, p. 289-297, 2011.

AMUNDSEN, T.; STRØMMEN, M.; MARTINS, C. Suboptimal Weight Loss and Weight Regain after Gastric Bypass Surgery-Postoperative Status of Energy Intake, Eating Behavior, Physical Activity, and Psychometrics. **Obes Surg**, v. 27, n. 5, p. 1316-1323, 2017.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**. São Paulo/SP: Boitempo, 1999.

ARRUDA, P. C. L.; ALBUQUERQUE, A. C. **Obesidade mórbida em condutas em cirurgia geral**. Rio de Janeiro/RJ: Medsi, 2003. p. 681-703

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. 4. ed. São Paulo/SP: ABESO, 2016.

AWAD, M. A. *et al*. Oral health status and treatment satisfaction with mandibular implant overdentures and conventional dentures: a randomized clinical trial in a senior population. **Int J Prosthodont**, v. 6, n. 4, p. 390-396, 2003.

AZNAR, A. R. F. Higiene Bucal e Obesidade. Cap.5 In: PERES, S. H. C. S. **Obesidade & Saúde Bucal riscos e desafios**. Maringá/PR: Dental Press, 2016. 264p.

BARRETO VILLELA, N. *et al*. Quality of life of obese patients submitted to bariatric surgery. **Nutr Hosp**, v. 19, n. 6, p. 367-371, 2004.

BARROS, L. *et al*. Quality of life among morbid obese and patients submitted to bariatric surgery. **Rev Eletr Enf**, v. 17, n. 2, p. 312-321, 2015.

BENETTON, M. J. **Trilhas Associativas**: ampliando recursos na prática da terapia ocupacional. 2. ed. São Paulo: Diagrama & Texto/Ceto, 1999.

BOUR, E. S. Evidence supporting the need for bariatric surgery to address the obesity epidemic in the United States. **Curr Sports Med Rep**, v. 14, n. 2, p. 100-103, 2015.

BOWLING, C. B. *et al*. Prevalence of Activity Limitations and Association with Multimorbidity Among US Adults 50 to 64 Years Old. **J Gen Intern Med**, v. 34, n. 11, p. 2390-2396, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nºs. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Brasília/DF: MS, 2012.

BRASIL. Fundação Osvaldo Cruz FIOCRUZ. **Dia Mundial da Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Universidade Aberta do SUS UMA-SUS, 2015.

BRAY, G. A. *et al*. The Science of Management: An Endocrine Society Scientific Statement. **Endocr Rev**, v.39, n. 2, p. 79-132, 2018.

BRIANEZZi, L. F. F. *et al*. Impact of obesity on oral health: a literature review. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 18, n. 2, p. 211-216, 2013.

CASTANHA, C. R. *et al*. Evaluation of quality of life, weight loss and comorbidities of patients undergoing bariatric surgery. **Rev Col Bras Cir**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, e1864, 2018.

CASTRO, M. R. *et al*. Função e imagem corporal: uma análise a partir do discurso de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Rev Bras Ciênc Esporte (Impr.)**, Porto Alegre , v. 32, n. 2-4, p. 167-183, 2010 .

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. Trabalho em equipe. In: CAVALCANTI, A. **Terapia Ocupacional**: fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 35-37.

CEBRIAN-CARRETERO, J. L.; LOPEZ-ARCAS-CALLEJA, J. M. Gastroesophageal reflux diagnosed by occlusal splint tintion. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 11, n. 1, E26-28, 2006.

CLARO, R. M. *et al*. Preço dos alimentos no Brasil: prefira preparações culinárias a alimentos ultraprocessados. **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 8, p. 1-13, 2016 .

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (CREFITO). **Definição de Terapia Ocupacional**. 2018. Disponível em: <http://www.crefito3.org.br/dsn/terapiaocup.asp>. Acesso em: 10 jan. 2020

COONS, S. J. *et al*. A comparative review of generic quality of live instruments. **Pharmac**, v. 17, n. 1, p. 13-35, 2000.

CORDEIRO, J. J. R. **Validação da lista de identificação de papéis ocupacionais em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil**. 2005. 123 fl. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2005.

COSTA, C. S. *et al*. Consumption of ultra-processed foods and body fat during childhood and adolescence: a systematic review. **Public Health Nutrition**, v. 21, n. 1, p. 148-159, 2017.

COULTER, A.; ELLINS, J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. **Br Med J**, v. 335, n. 7609, p. 24-27, 2007.

CRUZ, D. M. C. **Papéis ocupacionais e pessoas com deficiências físicas: independência, tecnologia assistiva e poder aquisitivo**. 2012. 229fl. Tese (Doutorado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, 2012.

DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. Caminhos da Terapia Ocupacional. In: DE CARLOS, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. **Terapia Ocupacional no Brasil**: fundamentos e perspectivas. São Paulo/SP: Plexus, 2001. p. 19-40.

DE CARVALHO SALES-PERES, S. H. et al. Prevalence of dental wear among 12-year-old Brazilian adolescents using a modification of the tooth wear index. **Public Health**, v. 122, n. 9, p. 942-948, 2008.

DIAS, F. C. *et al*. Obesidade versus ocupações: papeis ocupacionais de indivíduos com obesidade. **Rev Interinst Bras Ter Ocup**, Rio de Janeiro, v.3, n. 3, p. 347-361, 2019.

DIAS, C.; VERONA, A. Excesso de peso, obesidade e educação no Brasil. **Rev Saúde**, Sta. Maria, v. 45, n. 2, p. 1-8, 2019.

EL GHOCH, M.; FAKHOURY, R. Challenges and new diretions in obsesity management: lifestyle modification programmes, pharmacotherapy and bariatric surgery. **J Popul Ther Clin Pharmacol**, v. 26, n. 2, p. e1-e4, 2019.

FARIA, B. V.; LEITE, L.S. Qualidade de vida, um processo avaliativo pós-cirúrgico Meta: Avaliação Rio de Janeiro, **Meta**: Avaliação, Rio de Janeiro, v. 4, n. 10, p. 78-90, 2012.

FONTANILLE, I. *et al*. Bariatric surgery and periodontal status: A systematic review with meta-analysis. **Surg Obes Relat Dis**, v. 14, n. 10, p. 1618–1631, 2018.

FORATORI JUNIOR, G. A. *et al*. Presence of Serum Ferritin before and after Bariatric Surgery: Analysis in Dentate and Edentulous Patients. **PLoS One**, v. 11, n. 10, e0164084, 2016.

FORHAN, M. *et al*. The experience of participation in everyday occupations for adults with obesity. Canadian J Occup Ther., v. 77, n. 4, p. 210-218, 2010.

FORHAN, M.; GILL, S. Contribuições transfronteiriças para pesquisas e intervenções sobre obesidade: uma revisão das contribuições da terapia ocupacional canadense e americana. **Ter Ocup Cuid Saúde**, v. 27, n. 2, p. 129-141, 2013.

GARDNER, R. M.; BROWN, D. L. Body image assessment: a review of figural drawing scales. **Person Ind Differ**, v. 48, n. 2, p. 107-111, 2010.

GODLEWSKI, A. E. *et al*. Effect of dental status on changes in mastication in patients with obesity following bariatric surgery. **PloS One**, v. 6, n. 7, p. e22324, 2011.

GOMES, G. M. B. **Cirurgia bariátrica**: mudanças no padrão alimentar e na qualidade de vida. 2007. 98fl. Dissertação (Mestrado em Nutrição) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

GRACIA, J. A. *et al*. A cirurgia dos resultados da obesidade depende da técnica realizada: resultado a longo prazo. **Obes Surg**, v. 19, n. 4, 432-438, 2009.

GRIAUZDE, D. H. *et al*. Understanding the psychosocial impact of weight loss following bariatric surgery: a qualitative study. **BMC Obes**, v. 5, n. 38, 2018.

GRÖNBECK LINDÉN, I. *et al*. Development of an instrument to assess oral hygiene ability in older adults: The oral hygiene ability instrument. **Gerodontol**, v. 37, p. 19-27, 2020.

HACHEM, A.; BRENNAN, L. Quality of Life Outcomes of Bariatric Surgery: A Systematic Review. **Obes Surg**, v. 26, n. 2, p. 395-409, 2016.

HADY, H. R. et al. Different surgical approaches in laparoscopic sleeve gastrectomy and their influence on metabolic syndrome. **Medicine**, Baltimore, v. 97, n. 4, 2018.

HAGUE, A. L.; BAECHLE, M. Advanced caries in a patient with a history of bariatric surgery. **J Dent Hyg**, Spring, v. 82, n. 2, p. 22, 2008.

HARACZ, K. *et al*. Occupational therapy and obesity: An integrative literature review. **Austr Occup ther J**, v. 60, n. 5, p. 356-365, 2013.

JAGIELSKI, A. C. *et al*. The association between adiposity, mental wellbeing and quality of life in extreme obesity. **PloS One**, v. 9, n. 3, e92859, 2014.

JORGE, A. O. C. **Microbiologia e Imunologia Oral**. 1. ed. Rio de Janeiro/RJ: Elsevier, 2012.

KARLSSON, L. *et al*. Perceived oral health in patients after bariatric surgery using oral health-related quality of life measures. **Clin Exp Dental Res**, v. 4, n. 6, p. 230-240, 2018.

KARMALI, S. *et al*. Weight recidivism postbariatric surgery: A systematic review. **Obes Surg**, v. 23, n. 11, p. 1922-1933, 2013.

KELLEHER, M. G. D.; BOMFIM, D. I.; AUSTIN, R. S. Biologically based restorative management of tooth wear. **Intern J Dent**, v. 2012, 2012.

KIELHOFNER, G.; BURKE, J. P. Modelo da ocupação humana parte 1. **Rev Ter Ocup**, USP, v. 1, n.1, p. 54-67,1990.

KIM, Y. H. *et al*. Oral health behaviors and metabolic syndrome: the 2008-2010 Korean National Health and Nutrition Examination Survey. **Clin Oral Invest**, v. 18, n. 5, p. 1517-1524, jun. 2014.

KOLOTKIN, R. L. *et al*. Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. **Obes. Res**., v. 9, n. 2, p. 102-111, 2001.

KOPELMAN, P. G. Obesity as a medical problem. **Nature**, v. 404, n. 6778, p. 635-643, 2000.

KUBIK, J. F. *et al*. The Impact of Bariatric Surgery on Psychological Health. **J Obes**, v. 2013, n. 5, p. 1-5, 2013.

LEE, A. *et al*. SWAIN Review Article Tooth wear and wear investigations in dentistry. **J Oral Rehabil**, Faculty of Dentistry, University, v. 39, n. 3, p. 217-225, 2012.

LUGER, M. *et al*. Vitamin D3 Loading Is Superior to Conventional Supplementation After Weight Loss Surgery in Vitamin D-Deficient Morbidly Obese Patients: a Double-Blind Randomized Placebo-Controlled Trial. **Obes Surg**, v. 27, n. 5, p. 1196-1207, 2017.

LUSSI, A. Erosive tooth wear – a multifactorial condition of growing concern and increasing knowledge. **Monogr Oral Sci**, v. 20, p. 1-8, 2006.

LUSSI, A. *et al*. Dental erosion - An overview with emphasis on chemical and histopathological aspects. **Caries Res**, v. 45, supl. 1, p. 2-12, 2011.

MACEDO, I. A. B.; COSTA, S. S. Saúde bucal e sua influência na qualidade de vida do trabalhador: uma revisão de artigos publicados a partir do ano de 1990. **Rev Bras Med Trab**, v. 13, n.1, p. 2-12, 2015.

MARCELINO, L. F.; PATRÍCIO, Z. M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Cienc Saude Colet**, v. 16, n. 12, p. 4767-4776, 2011.

MARSICANO, J. A. *et al*. Interfaces between bariatric surgery and oral health. A longitudinal survey. **Acta Cir Bras**, v. 26, p. 79-83, 2011.

MARTINELLI, S. A. A importância de atividades de lazer na Terapia Ocupacional. **Cad Ter Ocup**, UFSCar, v. 19, n. 1, p. 111-118, 2011.

MELLO, Z. R.; WORRELL, F. C. The Past, the Present, and the Future: A Conceptual Model of Time Perspective in Adolescence. In: STOLARSKI M., FIEULAINE, N.; VAN BEEK, W. **Time Perspective Theory; Review, Research and Application**. Bron/FR: Springer, 2015. p. 115.

MENDES, G. A.; VARGAS, G. P. Qualidade De Vida Após Gastrectomia Vertical Avaliada Pelo Questionário Baros. **ABCD, Arq Bras Cir Dig**., v. 30, n. 1, p. 14-17, 2017.

MENDES, J. M. R; LEWGOY, A. M. B; SILVEIRA, E. C. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Rev Ciênc Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 24-32, 2008.

MINGRONE, G. *et al*. Bariatric Surgery versus Conventional Medical Therapy for Type 2 Diabetes. **New Engl J Medicine**, v. 366, n. 17, p. 1577-1585, 2012.

MORAES, J. M. *et al*. Quality of life before and after bariatric surgery Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, Brasil. Universidade Federal de Ciências da Saúde, Porto Alegre, RS, **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 2, p.157-164, 2014.

MORAIS, V. L. *et al*. A vida cotidiana na obesidade mórbida: um espaço para Assistência em Terapia Ocupacional, **Rev Diag Trat**, v. 7, n. 4, p. 18-21, 2002.

MORENO, J. L. **O psicodrama**. São Paulo/SP: Cultrix, 1975.

MOURA-GREC, P. G. *et al*. Impact of bariatric surgery on oral health conditions: 6-months cohort study. **Int Dent J**, v. 64, n. 3, p. 144-149, 2014.

NASCIMENTO, D. A. C.; BEZERRA, S. M. M. S.; ANGELIM, S. M. E. Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Est Psicol**, v. 18, n. 2, p. 193-201, 2013.

NOSSUM, R.; JOHANSEN, A. E.; KJEKEN, I. Occupational problems and barriers reported by individuals with obesity. **Scand J OccupTher**, v. 25, n. 2, p. 136-144, 2018.

OAKLEY, F. *et al*. The role checklist: development and empirical assessment of reliability. **Occup Ther J Res**, v. 6, n. 2, p. 157-170, 1986.

OLIVEIRA, E. S. **Enfrentamento da obesidade com base em ações multidisciplinares.** 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Fundação Oswaldo Cruz de Mato Grosso do Sul, 2019.

OLIVEIRA, G. L. L. *et al*. Identificação e análise da deficiência de micronutrientes pós-cirurgia bariátrica e suas possíveis consequências imediatas e a longo prazo na manutenção do paciente bariátrico. XV **SEMINÁRIO** Estudantil de Produção Acadêmica, UNIFACS, v. 15, 2016.

PALMER, C. A. Dental caries and obesity in children: different problems, related causes. **Quintessence Int,** v. 36, n. 6, p. 457-61, 2005.

PASSERI, C. R. *et al*. Função mastigatória de obesos candidatos à cirurgia bariátrica oriundos de classes socioeconômicas distintas. **ABCD, Arq Bras Cir Dig**, São Paulo , v. 29, supl. 1, p. 53-58, 2016.

PERES, K. G. *et al*. Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes. **Rev Saude Públ**, v. 47, supl. 3, p. 19-28, 2013.

PERES, S. H. C. S. *et al*. Periodontal status and pathogenic bacteria after gastric bypass: a cohort study. **J Clin Periodontol**, v. 42, n. 6, p. 530-536, 2015.

PERES, M. A. *et al*. Oral health 1 Oral diseases: a global public health challenge. **Lancet**, v. 394, p. 249-260, 2019.

PERES, S. H. C. S.; PERES, M. C. S. Obesidade e Síndrome Metabólica. cap.1. In: PERES, S. H. C. S. **Obesidade e Saúde Bucal riscos e desafios**. Maringá/PR: Dental Press, 2016.

PETERSEN, P. E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the Programme. **Commun Dent Oral Epidemiol**, v. 3, supl. 1, p. 3-24, 2003.

PIZZI, M. A. Obesity, Health and Quality of Life: A Conversation to Further the Vision in Occupational Therapy. **J Occup Ther In Health Care**, v. 27, n. 2, 2013.

PORCELLI, I. C. S. *et al*. Oral health promotion in patients com morbid obesity after gastroplasty: a randomimized clinical trial ABCD. **ABCD**, **Arq Bras Cir Dig**., v. 32, v. 2, e1437, 2019.

PORTUGAL. **Portugal – Alimentação Saudável em números – 2015**. Direção Geral da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Lisboa, 2016.

PUBLIC HEALTH ENGLAND (PHE). **Delivering better oral health**: an evidence-based toolkit for prevention. 3. ed. London: Department of Health, 2017.

QUILES-CESTARI, L. M. **Os papéis ocupacionais de mulheres com aneroxia nervosa**. 2011. 104fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

RAFFORT, J. *et al*. Fasting circulating glicentin increases after bariatric surgery. **Obes Surg**, v. 27, n. 6, p. 1581-1588, 2017.

RIBEIRO, G. A. N. A. *et al*. Body perception and bariatric surgery: the ideal and the possible. **ABCD, Arq Bras Cir Dig**, v. 26, n. 2, p. 124-128, 2013.

RITCHIE, C. S. Obesity and periodontal disease. **Periodontol 2000**, v. 44, p. 154-163, 2007.

ROSA, L. B. *et al*. Odontogeriatria – a saúde bucal terceira idade. **RFO**, v. 13, n. 2, p. 82-86, 2008.

SANTOS, T. R.; PADILHA, G. V. H.; NUNES, M. N.; Nutrição e atividades físicas para pacientes obesos e síndrome metabólica. In: CAPPINI, L. Z. (org.). **Nutrição e Metabolismo em Cirurgia Metabólica e Bariátrica.** 1. ed. Rio de Janeiro/RJ: Rubio, 2015.

SCHAUER, P. R. *et al*. Bariatric Surgery Versus Intensive Medical Therapy in Obese Patients with Diabetes. **Survey Anest**, v. 57, n. 1, p. 23–24, 2013.

SCHERER, P. T. **O Peso que não é Medido pela Balança**: as repercussões dobesidade no cotidiano dos sujeitos. 2012. 110fl. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SEID, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos, **Cad Saude Públ**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SEGAL, A.; FRANQUES, A. R. M. **Atuação Multidisciplinar na Cirurgia Bariátrica a visão da Coesas**. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabolismo. São Paulo: Micro Editorial, 2012.

SILVA, M. E.; MAGALHÃES, C. S.; FERREIRA, E. F. Dental loss and prosthetic replacement expectation: qualitative study. **Cienc Saude Colet**, v. 15, n. 3, p. 813-20, 2010.

SILVA, T. G. P. **A influência dos papéis ocupacionais na qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia T com esquizofrenia**. 2011. 116fl. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Ribeirão Preto, 2011.

SILVA, A. E. R. *et al*. Obesity and dental cares: systematic review **Rev Saude Públ**, v. 47, n. 4, p. 799-812, 2013.

SILVA, V. T. B. L. *et al*. Terapia Ocupacional e pessoas com sobrepeso e obesidade: Conhecimentos e partilhas. **Cad Ter Ocup**, UFSCar, São Carlos, v. 23, n. 1, p. 211-219, 2015.

SILVA, C. D. A. *et al*. Perfil clínico de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. **Rev Bras Obes Nutr Emagr**, São Paulo, v. 11. n. 64. p. 211-216, 2017.

SINZATO, E. Avaliação da qualidade de vida do obeso. **Estudos**, Goiânia, v. 34, n. 1/2, p. 35-51, jan./fev. 2007.

SOARES, K. K. D. *et al*. Avaliação do desempenho físico e funcional respiratório em portadores de obesidade. **Fisioter Mov**., v. 24, n. 4, p. 697-704, 2011.

SOBRAL, M. *et al*. Influência da dieta ácida no desenvolvimento de erosão dental. **Pesq Odontol Bras**, v. 14, n. 4, p. 406-410, out./dez. 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). **Classificação do estado nutricional em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC)**. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). **A cirurgia bariátrica.** 2017. Disponível em: <http://www.sbcb.org.br /cbariatrica.asp?menu=1>. Acesso em: 03 out. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). **Número de cirurgias bariátricas no Brasil aumenta 46,7%.** 2018. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-aumenta-467/>. Acesso em: 03 out. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). C**irurgia bariátrica cresce 84,73% entre 2011 e 2018.** 2019. Disponível em: < https://www.sbcbm.org.br/cirurgia-bariatrica-cresce-8473-entre-2011-e2018/#:~:text= Em%202016%20foram%2062.227%20cirurgias,2011%2C%2034.629%20procedimentos%20foram%20realizados.>. Acesso em: 03 nov. 2019.

SPEAR, B. A. *et al*. Recommendations for treatment of child and adolescent overweight and obesity. **Pediatrics**, v. 120, Supl. 4, S254–S288, 2007.

TEDESCO, S.; FERRARI, S. M. L. Acesso à teoria da técnica Trilhas Associativas. **Rev Centro Est Terap Ocup**., v. 5, n. 5, p. 32-36, 2000.

TOLEDO, C. C. *et al*. Qualidade de vida no pós-operatória tardio de pacientes submetidos à Cirurgia Bariatrica. **Rev APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 202, abr./jun. 2013.

TONATTO-FILHO, Antoninho José et al . Bariatric surgery in Brazilian public health system: the good, the bas and the ugly, or a long may to go. Yellow sign!, **ABCD, Arq Bras Cir Dig**, São Paulo, v. 32, n. 4, e1470, 2019 .

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). **O Sistema Único de Saúde numa perspectiva histórica e no contexto das políticas públicas**. UNA-SUS, 2015. Disponível em: < https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/ 33309/modresource/content/1/Unidade%203/top1_1.html >. Acesso em: 27 jul. 2020.

UNFERA, B.; SALIBAB, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Rev Saude Públ**, v. 34, n. 2, p. 190-195, 2000.

VAN'T SPIJKER, A. *et al*. Prevalence of tooth wear in adults. **Int J Prosthodont**, v. 22, n. 1, p. 35-42, 2009.

VASCONCELOS, P.O. **Qualidade de Vida em pessoas submetidas à cirurgia Bariátrica em momentos Pré e Pós-Cirúrgico**. 2006. 159fl. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2006.

WANDERLEY G. J. P. *et al*. Rotinas da Equipe Multidisciplinar no pré-operatório. cap. 4. In: BURGOS, M. G. (Coord.). **Nutrição em cirurgia bariátrica**. Rio de Janeiro/RJ: Rubio Ltda, 2011. 249f.

WARHOLM, C.; ØIEN, A. M.; RÅHEIM, M. The ambivalence of losing weight after bariatric surgery. **Int J Qual Stud Health Well-being**, v. 9, n. 10, p. 22876, 2014.

WORLD HEATH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and overweight**. Fact sheet, Updated June, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre /factsheets/fs311/en/>. Acesso em: 05 nov. 2019.

WORLD HEATH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and overweight.** 2018. Disponível em: < https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 03 out. 2019.

ANEXOS

ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP

HOSPITAL AMARAL CARVALHO / FUNDAÇÃO DR. AMARAL CARVALHO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto da Cirurgia Bariátrica nas Atividades Diárias e na Higiene Bucal de Indivíduos Obesos Mórbidos: Papéis Ocupacionais

Pesquisador: Marcia Maria Shirley Boletti Pengo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 94002518.7.0000.5434

Instituição Proponente: FUNDACAO DOUTOR AMARAL CARVALHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.806.841

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de Pesquisa "Impacto da Cirurgia Bariátrica nas atividades diárias e na Higiene Bucal de Indivíduos Obesos Mórbidos: Papéis Ocupacionais" no Programa de Pós Graduação, Mestrado em Ortodontia e Odontologia em Saúde e Odontologia em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Bauru - USP.

Pesquisador Responsável: Marcia Maria Shirley Boletti Pengo

Orientadora: Profa. Dora. Silvia Helena de Carvalho Sales Peres - FOB/USP Bauru.

Submetido em: 18/07/2018

Instituição Proponente: FUNDACAO DOUTOR AMARAL CARVALHO

Situação da Versão do Projeto: Em relatoria

Localização atual da Versão do Projeto: Hospital Amaral Carvalho / Fundação Dr. Amaral Carvalho

Patrocinador Principal:Financiamento Próprio

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo: entender como se organizam os papéis ocupacionais desses sujeitos no pré e pós-cirurgia e possíveis relações com o cuidado pessoal e em especial a higiene bucal.

Endereço: Rua das Palmeiras, 89
Bairro: VILA ASSIS **CEP:** 17.210-120
UF: SP **Município:** JAU
Telefone: (14)3602-1194 **Fax:** (14)3602-1207 **E-mail:** cep.aurea@amaralcarvalho.org.br

A população a ser estudada será do serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital Amaral Carvalho de Jahu, composta de
todos os casos de internação para cirurgia no período de agosto/2018 a fevereiro /2019, e que possuírem idades entre 20 e 60 anos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Justificativa: Mesmo quando a cirurgia bariátrica é bem sucedida e o paciente elimina peso, muitas vezes ele apresenta dificuldade em compreender sua nova realidade de vida e fragmentada sua concepção de como agir e codificar diante das dificuldades. Tais fatos podem prejudicar a continuidade da sua história e levar o paciente a deixar de interagir no processo e também abandonar suas afazeres, tais como cuidados pessoais e principalmente a higiene bucal.
Assim sendo, vale ressaltar a importância de se estudar a variável tempo pós-cirurgia para se compreender a
melhora gradual na retomada da vida.

Considerando a importância para o paciente de que, além de sobreviver à cirurgia, conseguir se tornar produtivo,
com uma saúde bucal adequada para ter uma vida saudável, deve-se, então, pensar que a assistência em Terapia Ocupacional pode corroborar
para o resgate das capacidades e habilidades perdidas com o ganho de peso ou não desenvolvidas ao longo da vida, na aquisição de uma postura
ativa, criativa e independente, para ampliação das relações sociais e para a possibilidade de vivenciar outras satisfações além da comida.

Riscos: nenhum

Benefícios: Cuidado das atividades da vida diária; higiene bucal; importância do conhecimento.

Desfecho Primário:
Os testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk serão aplicados para verificar a distribuição normal da amostra. Na sequência serão adotados os
testes estatísticos de acordo com os dados encontrados, se forem paramétricos ou não

paramétricos. As análises serão conduzidas utilizando-se o
programa Statística 10.0 para Windows, adotando-se para todos os testes um nível de significância de 5% ($p<0,05$).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Este trabalho será realizado nas dependências do HAC com pacientes da Clínica de Cirurgia Bariátrica.

A metodologia desenvolvida será quantitativa; os dados serão coletados pela aplicação da Occupational Tasks Identification List, "Lista de Identificação de Papéis
Ocupacionais" na versão brasileira, um questionário de identificação pessoal sociodemográfico, bem como a presença ou não de problemas
relacionados com as atividades diárias, sendo uma delas de auto cuidado que contêm a higiene pessoal, em especial para esse estudo a higiene
bucal , detectados a partir das informações coletadas através da aplicação do questionário Avaliação das Atividades da Vida Diária na Saúde Bucal
e pela Escala Analógica Visual

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
A pesquisa apresentou devidamente os termos:

1. Autorização do Chefe de Serviço;
2. Ofício de Encaminhamento ao CEP;
3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
4. Termo de Confidencialidade;
5. Questionário Sociodemográfico;
6. Lista de identificação de papéis ocupacionais;
7. Questionário da Saúde Bucal (Adaptado de Unfer e Saliba, 2000);
8. Escala Analógica Visual para Satisfação;
9. CV da Pesquisadora e da Orientadora;
10. Folha de Rosto.

Nota: a Folha de Rosto anexada não corresponde ao Projeto em Questão.

Endereço: Rua das Palmeiras, 89
Bairro: VILA ASSIS **CEP:** 17.210-120
UF: SP **Município:** JAU
Telefone: (14)3602-1194 **Fax:** (14)3602-1207 **E-mail:** cep.aurea@amaralcarvalho.org.br

HOSPITAL AMARAL CARVALHO / FUNDAÇÃO DR. AMARAL CARVALHO

Continuação do Parecer: 2.806.841

Recomendações:

Anexar o Folha de Rosto pertinente ao Projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em vista do exposto e não encontrando entraves éticos, indico ao CEP a aprovação do projeto em questão.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acompanha o parecer do relator.

Informamos que nenhum dos pesquisadores envolvidos no estudo participou da votação.

Aproveito para recordar-lhe do compromisso de enviar Relatórios Semestrais referentes à evolução do estudo e Relatório Final contendo os resultados da pesquisa.

Qualquer alteração/emenda o projeto deverá passar novamente por apreciação deste Comitê de Ética em Pesquisa.

Não autorizamos divulgação dos dados e/ou publicação sem antes passar para análise deste CEP o Relatório Final de encerramento do estudo contendo os resultados da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1175599.pdf	18/07/2018 10:41:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	18/07/2018 10:38:50	GABRIEL ALMEIDA FERRACINI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	18/07/2018 10:37:33	GABRIEL ALMEIDA FERRACINI	Aceito
Outros	termo_relatoriofinal.pdf	17/07/2018 12:02:35	GABRIEL ALMEIDA FERRACINI	Aceito
Outros	termos_confidencialidade.pdf	17/07/2018	GABRIEL ALMEIDA	Aceito

Endereço: Rua das Palmeiras, 89
Bairro: VILA ASSIS **CEP:** 17.210-120
UF: SP **Município:** JAU
Telefone: (14)3602-1194 **Fax:** (14)3602-1207 **E-mail:** cep.aurea@amaralcarvalho.org.br

HOSPITAL AMARAL CARVALHO / FUNDAÇÃO DR. AMARAL CARVALHO

Continuação do Parecer: 2.806.841

Outros	termos_confidencialidade.pdf	12:02:24	FERRACINI	Aceito
Outros	onus_financeiro.pdf	17/07/2018 12:00:07	GABRIEL ALMEIDA FERRACINI	Aceito
Outros	oficios_encaminhamento.pdf	17/07/2018 11:59:56	GABRIEL ALMEIDA FERRACINI	Aceito
Outros	cv_silvia.pdf	17/07/2018 11:59:28	GABRIEL ALMEIDA FERRACINI	Aceito
Outros	cv_marcia.pdf	17/07/2018 11:59:03	GABRIEL ALMEIDA FERRACINI	Aceito
Outros	autorizacao_dracristina.pdf	17/07/2018 11:58:52	GABRIEL ALMEIDA FERRACINI	Aceito
Outros	autorizacao_chefservico.pdf	17/07/2018 11:58:41	GABRIEL ALMEIDA FERRACINI	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	17/07/2018 11:54:46	GABRIEL ALMEIDA FERRACINI	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

JAU, 08 de Agosto de 2018

Assinado por:
Osvaldo Contador Junior
(Coordenador)

Endereço: Rua das Palmeiras, 89
Bairro: VILA ASSIS **CEP:** 17.210-120
UF: SP **Município:** JAU
Telefone: (14)3602-1194 **Fax:** (14)3602-1207 **E-mail:** cep.aurea@amaralcarvalho.org.br

ANEXO B - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

Comitê de Ética em Pesquisa – Hospital Amaral Carvalho de Jahu
Coordenador: Osvaldo Contador Junior
Rua Das Palmeiras, 89 – Vila Assis – CEP. 17210-120 – Jahu/SP
Fone: (14) 3602-1194

Eu, MÁRCIA MARIA SHIRLEY BOLETTI PENGO, Terapeuta Ocupacional, estou desenvolvendo um trabalho de pesquisa com o tema "Impacto da Cirurgia Bariátrica nas Atividades Diárias e na Higiene Bucal de Indivíduos Obesos Mórbidos: Papéis Ocupacionais", sob a orientação da Prof.ª Dr.ª Sílvia Helena de Camargo Sales Peres, e gostaria de convidar você para participar desse trabalho.
Este estudo pretende compreender os papéis ocupacionais que desenvolvemos ao longo de nossa vida, como por exemplo, ser pai, mãe, trabalhador, estudante, ter amigos, entre outros. Tenho como objetivo verificar se existe alguma mudança nos papéis e na higiene bucal dos pacientes antes e após a cirurgia bariátrica e, se houve, quais foram essas mudanças.
A partir deste estudo, você poderá contribuir para maior compreensão sobre o desempenho dos papéis ocupacionais e na higiene bucal de pessoas com obesidade mórbida e contribuir para uma nova possibilidade de tratamento para os portadores.
Para isso você deve estar ciente de que:
1- Sua participação é voluntária e sua recusa não implicará prejuízo em seu tratamento.
2- Todo material coletado na pesquisa só será utilizado para fins didáticos e em eventos de trabalhos científicos, sem identificação do paciente, assim como as informações fornecidas a esta pesquisa.
3- Caso aceite participar, serão realizados questionários de acordo com a necessidade deste estudo, cujo procedimento é simples, rápido e dispensa qualquer conhecimento especial.
4- Não existe nenhum risco previsto ou eventual à sua saúde em participar deste estudo e nenhum gasto para você.
5- Você é livre para desistir desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo no seu tratamento.

Tendo recebido essas informações, eu, _____

_____,

RG _____, CPF _____,

declaro que, depois de orientado pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente estudo.

Jahu, _____ de _____ de _____

_____

Paciente

_____

Pesquisadora

Márcia Maria Shirley Boletti Pengo

Rua São Luiz, 548 - Jardim São Francisco – Jahu - CEP 17.209-200

Telefones (14) 3032-1229 ou 99735-8389

_____

Orientadora

Prof.ª Dr.ª Silvia Helena de Carvalho Sales Peres

FOB - Telefone (14) 3235-8000

É importante ressaltar que o paciente não será pago e não terá gasto algum ao consentir em participar da pesquisa, bem como o Hospital Amaral Carvalho de Jahu que está isento de qualquer responsabilidade na realização deste estudo. Informações de nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento do estudo, para contato em caso de dúvidas:

- Márcia Maria Shirley Boletti Pengo Hospital Amaral Carvalho – Jaú - SP, situado na Rua: Dona Silvéria, 150, Chácara Braz Miraglia. CEP: 17210-070. Telefone: (14) 3602-1200 e
- Silvia Helena de Carvalho Sales Peres, Faculdade de Odontologia de Bauru – USP, Bauru – SP, situada à Alameda Octávio Pinheiro Brisolla n° 9-75 CEP: 17012-901. Telefone: (14) 3235-8000.

Em caso de dúvida sobre o processo ético de aprovação e acompanhamento desta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospital Amaral Carvalho, Osvaldo Contador Junior, através do telefone (14) 3602-1194, ramal 1552, ou pelo endereço Rua das Palmeiras, 89 – Vila Assis CEP 17210-120, Jahu – SP. Caso tenha interesse, você poderá ter acesso aos resultados finais da pesquisa. Através deste documento você declara conhecer a Resolução Ética CNS 466/12. Você receberá uma cópia deste documento (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) assinado pelo pesquisador principal.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o(a) Sr.(a) _____

portador(a da cédula de identidade _____,

após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido(a) e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

Por fim, como pesquisador responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV.3 e IV.4, este último se pertinente, item IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012.

Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.
Obrigada pela sua colaboração!

Jahu - SP, _____ de _____ de 20__.

_____ _____

Assinatura do Sujeito da Pesquisa Márcia Maria Shirley Boletti Pengo

ANEXO C - Questionário Sociodemográfico

FICHA DE INDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome _____

Endereço _____ Nº _____ CEP _____

Bairro _____

Município _____ Estado _____

Naturalidade _____ Nacionalidade _____

Telefones: Residência ( ) _____ Celular ( )_____

Recado ( ) _____ Trabalho ( ) _____

Estado Civil _____ Idade _____ D/N_____

Gênero _____ Cor _____

Profissão _____

Condição atual de trabalho _____

Local de Trabalho _____

Endereço _____

Bairro _____ CEP _____

Filiação: Pai _____

Mãe _____

Situação Econômica da Família

Renda:

( ) 1 salário ( ) 2 a 3 salários

( ) 3 a 4 salários ( ) 5 ou mais

Recebe ajuda financeira de:

( ) governo ( ) entidade assistencial ( ) família

( ) município ( ) igreja

( ) outros _____

Número de pessoas que moram na casa _____

Moradia ( ) própria ( ) alugada ( ) cedida ( ) financiada

Grau de escolaridade:

( ) Analfabeto

( ) Ensino Fundamental incompleto ( ) Ensino Fundamental completo

( ) Ensino Médio incompleto ( ) Ensino Médio completo

( ) Ensino Superior incompleto ( ) Ensino Superior completo

Condições de Saúde

( ) Diabetes ( ) Hipertensão Arterial

( ) Hipotireoidismo ( ) Cardiopatias

( ) Neoplasia ( ) Doenças reumáticas

( ) Outros _____

Medicamentos_____

Como você realiza suas AVD'S (higiene bucal)

( ) Independente: ( ) Dependente:

( )Independente Completa ( ) Dependente Moderado

( ) Independente Modificada ( ) Supervisão/ reparação

ANEXO D – Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais

Validado: Cordeiro, 2005

Nome: _____ Idade: ___

Data da cirurgia: ____/____/____ RGP: _____ AT_____

Cirurgia_____ Peso _____ Altura_____ IMC_____

PARTE 1 - Ao lado de cada papel, indique, marcando a coluna correspondente, se você desempenhou o papel no passado, se desempenha no presente e se planeja desempenhá-lo no futuro.

Você pode marcar mais de uma coluna para cada papel. Por exemplo: se você foi voluntário no passado, não é voluntário no presente, mas planeja isso no futuro, deve marcar as colunas "passado" e "futuro".

PAPEL	PASSADO	PRESENTE	FUTURO
ESTUDANTE: Frequência à escola em tempo parcial ou integral.			
TRABALHADOR: Emprego remunerado em tempo parcial ou integral.			
VOLUNTÁRIO: Prestação de serviço gratuito**, pelo menos uma vez por semana,** em hospital, escola, comunidade, campanha política etc.			
CUIDADOR: Responsabilidade, **pelo menos uma vez por semana,** por prestar cuidados a uma pessoa, como uma criança, cônjuge parente ou amigo.			
PRESTADOR DE SERVIÇO DOMÉSTICO: Responsabilidade, **pelo menos uma vez por semana,** por cuidar da casa através de serviços como limpeza, cozinha, jardinagem etc.			
AMIGO:			

Emprego de tempo ou realização de alguma coisa, **pelo menos uma vez por semana,** com algum amigo.			
MEMBRO FAMILIAR: Emprego de tempo ou realização de alguma coisa, **pelo menos uma vez por semana,** com algum membro da família, tal como filho, cônjuge, pais ou parentes.			
RELIGIOSO: Envolvimento, **pelo menos uma vez por semana**, em grupos ou atividades ligadas à sua religião (excluindo-se o culto religioso).			
PARTICIPANTE DE PASSATEMPO/AMADOR: Envolvimento, **pelo menos uma vez por semana**, em atividades de passatempo ou como amador, tais como costura, toque de instrumento musical, marcenaria, prática de esportes, teatro, participação em clube ou time etc.			
PARTICIPANTE EM ORGANIZAÇOES: Envolvimento, **pelo menos uma vez por semana**, em organizações, tais como Rotary ou Lions Club, Vigilantes do Peso etc.			
OUTROS: Um papel não listado que você tenha desempenhado, desempenha no momento e/ou planeja desempenhar no futuro. Escreva o papel na linha acima e marque a(s) coluna(s) correspondente(s).			

- **ANEXO E** - Questionário da Saúde Bucal

(Adaptado de Unfer e Saliba, 2000)

Nome: _____ Idade: ___

Data da cirurgia: ___/___/___ RGP: _____AT_____

Dentição: _____

1- Você possui informações de como a cárie ocorre?

( ) sim ( ) não

2- Você tem informações de como realizar a escovação dos dentes?

( ) sim ( ) não

3- Como você vem fazendo sua higiene bucal?

Por dia: 1x ( ) 2x ( ) 3x ( ) 4x ( )

Qual horário? ( ) manhã ( ) após almoço

( ) após jantar ( ) antes de dormir

( ) não possuo horário fixo

4- Você usa algum produto para a higienização dos dentes? Você pode escolher mais de uma alternativa.

( ) fio dental ( ) palito

( ) escova dental ( ) creme dental

( ) raspador de língua( ) enxaguatório. Qual?_____

5- Quantos dentes você tem na boca?

( )_____ ( ) não sei

6- Os dentes devem ser mantidos durante a vida toda?

( ) sim ( ) não

( ) outros _____ ( ) não sei

7- De quem você acha que depende a saúde bucal?

( ) de mim ( ) da família

( ) do dentista ( ) outros _____

8- Você tem alguma dificuldade funcional para realizar sua higiene bucal?

( ) sim ( ) não

9- Você acha que a saúde bucal pode interferir antes e depois da cirurgia bariátrica?

( ) sim ( ) não ( ) não sei

10- Qual foi a última vez que foi ao dentista antes de iniciar o tratamento para a cirurgia bariátrica?

( ) 1 ano ( ) 2 anos

( ) mais de 3 anos ( ) não me lembro

ANEXO F – Escala Analógica Visual De Satisfação

(Awad et al.,2003)

A Escala Analógica Visual para Satisfação (EAV) será aplicada para se obter informações do conhecimento que o paciente tem de sua saúde bucal e da importância na mastigação dos alimentos antes e após a cirurgia bariátrica. Trata-se de uma escala numérica de 0 a 10, onde o paciente fará a autoavaliação de sua condição bucal.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Classificação da escala de 0 a 10:

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito

Nome: _____ Idade: ___

Data da cirurgia: ___/___/___ RGP: _____AT_____

1) Como você qualifica sua mastigação de maneira geral? ( )

2) Como você avalia sua mastigação para estes tipos de alimentos:

a) normal / sólida ( ) b) consistência pastosa ( )

c) consistência liquida ( ) d) consistência seca ( )

3) Como você classifica sua higiene bucal? ( )

4) Como você classifica sua saúde bucal? ( )

5) Como você avalia seu conhecimento da necessidade de retorno ao dentista após a cirurgia bariátrica? ( )

ANEXO G

SAÚDE BUCAL É TÃO IMPORTANTE QUANTO A CIRURGIA

Este folheto visa orientar os pacientes obesos que serão submetidos à cirurgia bariátrica para que saibam, de uma forma simplificada e objetiva a importância da saúde bucal.

Acompanham ilustrações seguindo apenas de orientações de fácil compreensão.

Estas informações não substitui o tratamento Odontológico.

IMPORTANTE VISITAR O CIRURGIÃO DENTISTA A CADA SEIS MESES

DENTES SAUDÁVEIS MELHORAM:

·A estética
·O sorriso
·A fala
·As relações sociais
Uma dentição saudável ajuda na inserção no mercado de trabalho

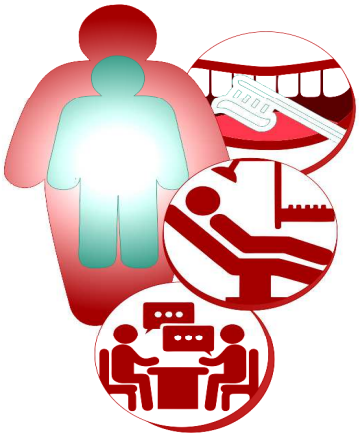
PROCURAR UM DENTISTA .
ONDE?

·Faculdade de Odontologia
·Serviços Públicos Odontológicos
·Clinicas Ondontológicas Particulares

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

Mestrado Saúde Coletiva 2020

Atenção Primária dos pacientes candidatos à cirurgia bariátrica: Terapia Ocupacional e Odontologia.



Marcia Maria Shirley Boletti Pengo
Marcelo Salmazo Castro
Silvia Helena de Carvalho Sales Peres

Terapia Ocupacional e a Odontologia na saúde bucal com pacientes candidatos à cirurgia bariátrica

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA E SAÚDE BUCAL

ESCOVAÇÃO DOS DENTES:

1 Escovar os dentes sempre após as refeições
2 Usar sempre fio dental antes da escovação
3 Usar creme dental com flúor
4 Usar escova macia e trocar cada três meses
5 Escove os dentes com movimentos curtos e suaves
6 Dentes superiores escove de cima para baixo
7 Dentes inferiores de baixo para cima
8 Escovar a lingua
9 Finalizar a escovação com enxágue bucal com flúor sem álcool
10 Escovar os dentes ANTES DE DORMIR.

IMPORTANTE:

·Evitar mau hálito
·Evitar doenças causadas pela má higiene bucal
·Evitar moradas de bactérias
·Dentes saudáveis facilita a mastigação

A ARCADA DENTÁRIA É COMPOSTA POR 32 DENTES

·Molares e pré molares trituram os alimentos
·Caninos rasgam
·Incisivo mordem e cortam

PARA QUÊ?

·Facilitar a digestão
·Melhorar as condições clínica do corpo

E EVITAR

·Problemas no pós-operatório quando o estômago tiver menor
·Maiores complicações como vômitos, mal estar, dumping

ORGANIZE MELHOR SEU TEMPO

PARA QUÊ?

·Preparar seus alimentos
·Comer alimentos mais saudáveis, coloridos e ricos em vitaminas

OBSERVAÇÃO

·A falta de planejamento levará você a comer alimentos errados e ricos em carboidratos
·Refrigerantes e doces são ricos em açúcar e prejudicam os dentes
·Reserve sempre um horário para suas refeições

PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

·A falta de nutrientes – vitaminas e sais minerais – se reflete na cavidade bucal
·Refluxo gastroesofágico traz acidez do suco gástrico levando a problemas bucais – cárie e doenças periodontais
·Pessoas obesas têm mais problemas na saúde bucal

ATENÇÃO

SENSAÇÃO DE BOCA SECA.

CAUSADA POR ALGUNS MEDICAMENTOS:

·Antidepressivos
·Analgésicos
·Diuréticos
·Anti-hipertensivos

IMPORTÂNCIA DA SALIVA NA BOCA

·Diminui danos no esmalte dos dentes causado pelos ácidos presentes nos alimentos
·Facilita a digestão dos alimentos

OBSERVAÇÃO

·Beber bastante água
·Fazer uso de chicletes sem açúcar
·Procurar o cirurgião dentista