

Declaração de Integridade

Eu, **Maria Teresa Araújo Lima**, estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado: **"Bulimia: Alterações na cavidade oral e saúde oral"**.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio.

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciados ou redigidos com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

A aluna,

MARIA TERESA ARAÚJO LIMA

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Orientador: Professor Leonel Sousa

Declaração de Aceitação do Orientador

Eu, José Leonel Fontoura Correia de Sousa, com a categoria profissional de Assistente Convidado, do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado "Bulimia: Alterações na cavidade oral e saúde oral", da aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Maria Teresa Araújo Lima, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 12 de Junho de 2018

O Orientador,

José Leonel Fontoura

Agradecimentos

Obrigada,

Ao meu orientador e professor Leonel Sousa, por toda a dedicação, paciência, disponibilidade e toda a partilha de conhecimento, na realização deste trabalho.

À minha mãe, pelos abraços mais reconfortantes, os momentos mais cúmplices e as palavras de carinho sempre tão certeiras.

Ao meu pai, paizão, como lhe costumo chamar, pelos gestos mais meigos, pela cumplicidade e paciência e sobretudo pela companhia em todas as horas de estudo.

A eles devo-lhes tudo e sem dúvida, foram o meu porto de abrigo ao longo destes 5 anos.

À minha família, em especial aos meus avós maternos, pelo carinho, apoio e preocupação que sempre demonstraram e por acreditarem sempre em mim, por vezes mais do que eu própria.

À minha madrinha, pelos melhores conselhos e por ser uma pedra basilar na minha educação, devo-lhe muito.

À minha prima Mariana, que será sempre uma referência para mim.

Às minhas queridas amigas, fiéis companheiras de todas as horas, Marta e Patrícia, assim como o meu amigo Filipe.

Aos meus amigos da faculdade, que me acompanharam e ajudaram em todos os momentos, agradeço-lhes pelo companheirismo, convivência e experiências que juntos partilhámos nestes cinco anos.

A todos os professores que, transmitindo todo o conhecimento possível, me permitiram crescer, obrigada por tudo.

“A universalidade dos conhecimentos é necessária para se ser superior em qualquer parte.”

Madame de Stael

Índice Geral

Capítulo I- “Bulimia: Alterações na cavidade oral e saúde oral”

1. Introdução	1
2. Objetivos	3
3. Materiais e Métodos	4
4. Desenvolvimento	
Critérios diagnósticos para a Bulimia Nervosa	5
Prevalência da Bulimia Nervosa	5
Principais alterações na cavidade oral e saúde oral	
-Taxa de fluxo salivar reduzida	6
-Erosão dentária	7
-Prevenção da erosão dentária	11
-Bruxismo	12
-Ampliação da parótida	12
-Cárie dentária	14
-Doença Periodontal	15
-Lesões nos tecidos moles	15
-Microbiologia	16
Gestão Odontológica	17
Fatores que condicionam o tratamento restaurador em pacientes bulímicos	18
Tratamentos propostos	19
5. Discussão	20
6. Conclusão	21
7.Referências Bibliográficas	22

Capítulo II – Relatório das Atividades Práticas das Unidades Curriculares de Estágio

1. Estágio de Clínica Geral Dentária	1
2. Estágio de Clínica Hospitalar	1
3. Estágio em Saúde Oral e Comunitária	2

Índice de Figuras

Figura 1- Sinal de Russel.

Figura 2- Desmineralizações nas superfícies vestibulares dos dentes de um paciente com distúrbios alimentares.

Figura 3(A e B)- Desmineralizações por alterações alimentares, onde se observa o início da erosão nos incisivos laterais.

Figura 4 A- Erosão generalizada nas superfícies vestibulares dos dentes.

Figura 4B –Incisivo superior esquerdo com erosão do esmalte desmineralizado e dentina mole visível.

Figura 5- Aumento da parótida bilateral.

Figura 6- Hematoma palatino.

Índice de Tabelas

Tabela 1- Manifestações clínicas da xerostomia

Lista de Abreviaturas

TA-Transtorno alimentar

AN-Anorexia Nervosa

BN-Bulimia Nervosa

TCA-Transtorno de Compulsão Alimentar

OMS- Organização Mundial de Saúde

CPOD- dentes cariados, perdidos e obturados

HC- Hidratos de carbono

S.Mutans- Streptococcus Mutans

S.Sobrinus- Streptococcus Sobrinus

Resumo

Introdução: O padrão estético de beleza imposto pela sociedade contemporânea tem sido o responsável pelo aumento do número de casos de bulimia nervosa.

A bulimia nervosa é um distúrbio de comportamento caracterizada pela ingestão compulsiva de grande quantidade de alimentos, alternando-se com ações dirigidas a evitar o ganho de peso, como por exemplo, o vômito autoinduzido. Esta doença acarreta danos fisiológicos que, se não erradicados precocemente, podem tornar-se irreversíveis. De entre esses danos, destacam-se aqueles relacionados com a saúde oral, como: erosão dentária, aumento das lesões de cárie, tumefação das glândulas salivares (nomeadamente a glândula parótida), taxa de fluxo salivar reduzida, hipersensibilidade dentária, e lesões nos tecidos moles.

O médico dentista, a partir do conhecimento dos sinais e sintomas desta doença, é potencialmente um dos primeiros profissionais de saúde a diagnosticá-la, podendo oferecer um tratamento adequado das sequelas na cavidade oral, provocadas pela bulimia nervosa.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é contribuir para a familiarização do médico-dentista com os primeiros sinais e sintomas desta doença de ordem comportamental.

Material e métodos: Para a realização da presente revisão narrativa realizou-se uma pesquisa de artigos na base de dados Pubmed e Scielo, utilizando os termos "bulimia nervosa", "distúrbios alimentares", "saúde oral" e "adolescentes". Obteve-se assim um total de 84 artigos, dos quais 41 relevantes para a estruturação deste trabalho.

Conclusão: O papel do médico dentista é indispensável para estes pacientes. Com uma equipa multidisciplinar de várias áreas da saúde, incluindo a medicina dentária, é possível não só auxiliar estes pacientes, bem como tratá-los e trazer-lhes melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Bulimia nervosa, distúrbios alimentares, saúde oral e adolescentes.

Abstract

Introduction: The aesthetic pattern of beauty imposed by contemporary society has been responsible for the increase in the number of cases of bulimia nervosa.

Bulimia nervosa is a behavioral disorder characterized by the compulsive ingestion of large amounts of food alternating with actions directed to avoiding weight gain, such as self-induced vomiting. This disease causes physiological damage which, if not eradicated early, may become irreversible. Among these damages, we highlight those related to oral health, such as: dental erosion, increased lesions of caries, swelling of the salivary glands (mainly parotid gland), reduced flow rate, dental hypersensitivity and soft tissue injuries.

The dentist, through to the knowledge of the signs and symptoms of this disease, is potentially one of the first professionals of health being able to diagnose the disease and offer an appropriate oral treatment and guidance to lead with the problem.

Objective: The objective of this study is to contribute to the familiarization of the dentist with the first signs and symptoms of this behavioral disorder.

Material and methods: In order to carry out the present narrative review, a search of articles in the PubMed and Scielo database was done using the terms "bulimia nervosa", "eating disorders", "oral health" and "adolescents" . A total of 84 articles were obtained, of which 41 were relevant for the structuring of this work.

Conclusion: The role of the dentist is indispensable for these patients. With a multidisciplinary team of various health areas, including dental medicine, it is possible not only to assist these patients, as well as treat them and bring to them better quality of life.

Key words: Bulimia nervosa, eating disorders, oral health and adolescents.

Capítulo I - "Bulimia: Alterações na cavidade oral e saúde oral"

1. Introdução

Os transtornos alimentares (TA) são um grupo de transtornos mentais potencialmente fatais, que afetam o relacionamento de um paciente com os alimentos e o seu corpo. Isso manifesta-se através de hábitos alimentares caóticos e desordenados. ¹ Os três principais tipos de TA são: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Transtorno de compulsão alimentar (TCA). A anorexia define-se como uma aversão à comida, devido a causas psicológicas com perda de apetite, que levam a uma perda de peso severa. ² As principais características da anorexia são: evitar a comida, peso baixo (15-30% abaixo do peso normal, ou valor considerado saudável); uma imagem corporal distorcida, preocupação com calorias, medo de ganhar peso; vômitos e exercício excessivo; amenorreia e perda de interesse sexual (nas mulheres)². O transtorno de compulsão alimentar periódico é um distúrbio alimentar, caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, que resultam numa ingestão exagerada e descontrolada de alimentos, seguida de sentimentos de culpa e auto reprovação. ³ Neste distúrbio alguns comportamentos são comuns: comer muito depressa, comer grandes porções de comida sem estar com fome, sentir-se cheio, sentir repulsa de si próprio, depressão ou sentimentos de culpa. ¹ Na compulsão alimentar, não são usados meios compensatórios extremos, contrariamente ao que acontece na anorexia e na bulimia. ³ Os portadores de compulsão alimentar normalmente apresentam índice de massa corporal superior aos portadores de bulimia; a história clínica dos bulímicos relata a existência de dietas e perda de peso, enquanto na compulsão alimentar não; os pacientes com BN apresentam maior nível de restrição alimentar. ³

Em busca do padrão estético de beleza corporal exigido pela sociedade contemporânea, que associa magreza e beleza à juventude, a bulimia apresenta-se como uma resposta à busca frenética pelo corpo perfeito, em detrimento dos transtornos fisiológicos e psicológicos, causados por esta doença que afeta principalmente mulheres jovens, estando estas mais expostas a pressões socioculturais para serem magras⁴ (proporção F:M de 10:1).

A Bulimia é uma expressão de origem grega que significa "fome de boi" ^{4,5} é uma síndrome caracterizada por uma ingestão compulsiva e rápida de grande quantidade de alimentos, com pouco ou nenhum prazer, alternando-se com comportamentos dirigidos a evitar o

ganho de peso, como por exemplo, vomitar, usar excessivamente laxantes e diuréticos e submeter-se a períodos de restrição alimentar severa ou prática de exercício físico intenso. Tais comportamentos devem-se ao medo mórbido de engordar ^{4,6,7,8,9}, associado a fatores biológicos, psicológicos e familiares que também têm um peso importante. Existem dois tipos de bulimia: o tipo purgativo, onde o indivíduo vomita por autoindução e utiliza laxantes e diuréticos; e o tipo sem purgação, em que o indivíduo realiza uma compensação pelos episódios bulímicos cometidos, jejuando e fazendo exercício físico excessivo. ¹⁰

Os pacientes do tipo purgativo apresentam com frequência calos na parte posterior da mão e dedos, devido á sua introdução na boca para induzir o vômito, denominando-se Sinal de Russell. ^{2,10,11} (Figura 1)

Em geral, os bulímicos podem ter uma variação de cerca de 10% em relação ao peso ideal, ou podem estar com excesso de peso, sendo menos facilmente identificável pela sua aparência externa. ¹¹

O perfil epidemiológico desses pacientes revela baixa autoestima, depressão, sentimento de culpa, insegurança, vergonha e ansiedade. ^{4,6} Como tal, são pessoas que tendem ao isolamento social e negatividade, provenientes do estado depressivo. Sabe-se que os episódios bulímicos provocam ansiedade e alterações de personalidade. ¹²

O tratamento de transtornos alimentares como a BN exige uma abordagem multidisciplinar, em que a farmacoterapia é adjuvante de abordagens psicológicas e nutricionais. ^{2,4}

Entre os inúmeros danos causados, destacam-se neste estudo, as manifestações orais caracterizadas pela perimólise, aumento dos índices de cáries, aumento das glândulas salivares, sobretudo da parótida, alterações na quantidade e qualidade da saliva, queilite / mucosite, bruxismo e alterações ortodônticas. ^{2,4,11} O termo perimólise é usado para descrever a distribuição da erosão nas superfícies dentárias, causada pelo vômito, refluxo e regurgitação. ⁴

Essas manifestações bucais são causadas por uma higiene oral deficiente, falta de vitaminas, ingestão crónica de hidratos de carbono (HC), pela compulsão alimentar, pouca salivacão (xerostomia), ansiedade e também pela acidificação da saliva causada pelos vômitos, devido ao pH ácido do suco gástrico desses pacientes que regurgitam pelo menos duas vezes por semana durante três meses. ^{4,13}

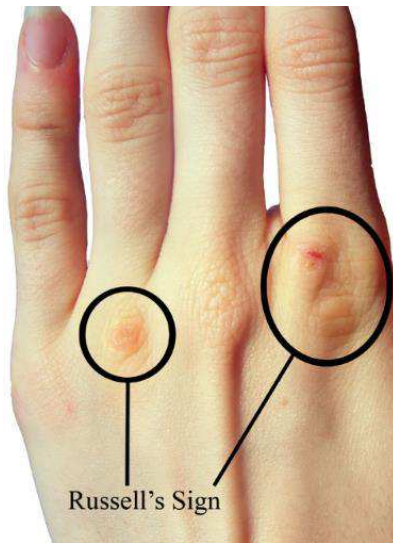


Figura 1- Calos na parte de trás da mão (sinal de Russell).²

2. Objetivos

Com esta revisão narrativa pretende-se descrever a contribuição do médico dentista e das suas possibilidades de atuação na prevenção e diagnóstico da bulimia, a partir do conhecimento dos sinais e sintomas desta doença comportamental, uma vez que devido às manifestações orais, ele é, potencialmente, um dos primeiros profissionais de saúde a identificar a doença e oferecer um tratamento odontológico adequado, possibilitando assistência adequada, juntamente com outros profissionais de saúde como médicos, psicólogos e nutricionistas.

3. Materiais e Métodos

Para a realização da presente revisão narrativa realizou-se uma pesquisa de artigos na base de dados Pubmed e Scielo, utilizando os termos “bulimia nervosa”, “distúrbios alimentares”, “saúde oral” e “adolescentes”.

Critérios de inclusão:

- Artigos publicados em português, inglês, espanhol e brasileiro
- Estudos em humanos
- Artigos cujo título, palavras-chave e resumo estivessem relacionados com o tema e com os objetivos do presente trabalho

Critérios de exclusão:

- Artigos publicados em outras línguas
- Artigos de revisão de meta-análise e/ou sistemática
- Artigos cujo título, palavras-chave e resumo não estivessem relacionados com o tema, nem com os objetivos do presente trabalho

Nestas bases de dados obteve-se um resultado de 84 artigos. Foram seguidamente analisados, com base no título e resumo, excluindo aqueles que fossem do tipo revisões sistemáticas e/ou de meta-análise e aqueles que não fossem conclusivos ou não estivessem de acordo com os objetivos deste trabalho, tendo-se obtido assim um resultado de 41 artigos.

Foram ainda adicionados 3 artigos relevantes para o tema através de uma busca manual, após serem detetados nas referências bibliográficas dos artigos selecionados.

Obteve-se assim um total de 41 relevantes para a estruturação deste trabalho.

Recorreu-se ainda ao apoio de livros para a sustentação deste trabalho.

4. Desenvolvimento

Crítérios Diagnósticos para Bulimia Nervosa

1. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar caracteriza-se por:

1.1. Comer num período de tempo determinado, uma quantidade de alimento que é definitivamente maior que o que a maioria dos indivíduos comeria num período de tempo similar em circunstâncias semelhantes.

1.2. Uma sensação de falta de controlo sobre comer durante o episódio (por ex. um sentimento de que não pode parar de comer ou controlar, o quê ou quanto está a comer)

2. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes, para evitar ganho de peso, como vômito auto induzido; mau uso de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum ou exercício excessivo.

3. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos uma vez por semana por 3 meses

4. A auto avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo.

A Prevalência De Bulimia Nervosa

De acordo com a OMS, numa amostra de 21.124 pessoas em 14 países diferentes, as estimativas médias de prevalência vitalícia da bulimia nervosa são de 1%.¹⁴ A incidência de novos casos de bulimia nervosa é relatada como sendo pelo menos 12 por 100.000 indivíduos por ano.¹⁴

A idade média de início da bulimia, na pesquisa de saúde mental da OMS foi de 20,6 anos¹⁴. Há evidências muito fortes para uma disparidade entre o número de pacientes do sexo masculino com distúrbios e o número de pacientes do sexo feminino, com o primeiro a ser muito menor^{4,6,14}. A incidência de distúrbios alimentares, excetuando-se a obesidade, aumenta com a melhoria da condição socioeconómica¹⁴.

A bulimia é o transtorno alimentar mais comum atualmente tratado por psicólogos e psiquiatras. A duração média destas doenças é de até 6 anos^{2,8} e a morte é uma consequência rara e apresenta um melhor prognóstico do que a anorexia⁸.

As primeiras manifestações clínicas da bulimia surgem normalmente, seis meses após o aparecimento da doença e, em grande parte das situações, a cavidade oral é o local em que se revelam primeiro. No entanto, o aparecimento, a ocorrência e a gravidade destes sinais clínicos dependem do tipo e da duração do transtorno.³

As manifestações orais da bulimia que merecem mais destaque são: erosão dentária, aumento do índice de cárie, secreções salivares reduzidas que levam a xerostomia, ampliação da parótida e lesões nos tecidos moles.^{2,4,6}

As escolhas de muitos bulímicos, quer sejam purgativos ou não purgativos, também têm efeito na saúde oral. A compulsão alimentar geralmente envolve alimentos altamente açucarados que podem aumentar o número de cáries.^{2,4,8} Além disso, muitos desportistas bulímicos bebem bebidas ácidas durante a atividade física o que pode agravar a erosão dentária.

Uma vez que a bulimia pode ter efeitos de grande alcance na cavidade oral, tal facto coloca os profissionais de saúde numa posição privilegiada para detetar primariamente a bulimia^{15,16} e, portanto, torna crucial adicionar a bulimia e os seus sinais orais ao currículo do médico dentista¹⁷.

Principais alterações na cavidade oral e saúde oral

Taxa de fluxo salivar reduzido

A saliva desempenha um papel essencial na manutenção da saúde oral e do epitélio gastrointestinal. Proporciona uma lavagem físico-mecânica da cavidade oral, facilitando uma melhor movimentação da língua e dos demais músculos. A saliva atua ainda na proteção da mucosa oral, controla a flora bucal, estabelece e mantém o pH do meio, e age contra o processo da cárie dentária.⁴

O fluxo salivar reduzido pode resultar num desequilíbrio oral clinicamente significativo. Um fluxo salivar não estimulado reduzido e xerostomia foram descritos em pacientes com bulimia que vomitam frequentemente,^{7,9} Existem várias explicações para isso, além de vômitos, mau uso de diuréticos e laxantes, desidratação devido a exercício físico excessivo e xerostomia causada por medicamentos como antidepressivos^{18,19,20,21}.

A farmacoterapia é de grande valor no tratamento da bulimia, tanto na redução dos sintomas compulsivos/purgativos, como no tratamento das comorbidades associadas, sendo os antidepressivos as drogas de primeira escolha em termos de aceitabilidade, tolerabilidade e redução de sintomas^{4,20}. Dado que estes fármacos podem causar xerostomia, é importante que os dentistas descubram o histórico de medicação do paciente antes de o tratar, a fim de estarem atentos às potenciais razões por trás de certos problemas dentários, tais como cáries e erosão.

Na Tabela 1 são observáveis as manifestações clínicas da xerostomia.

Tabela 1- Manifestações clínicas da xerostomia (adaptada de Feio, M., Sapeta, P., 2005) ²⁰

	Manifestações clínicas da xerostomia
Orais de caráter funcional	Dificuldade em mastigar, deglutir, falar ou alterações do paladar.
Orais de caráter orgânico	Acumulação de placa bacteriana, cáries e doenças periodontais.
Problemas da mucosa	Atrofia, fissuras e úlceras dos tecidos moles; a mucosa está seca, eritematosa e dolorosa, com sensação de ardor na língua.
Predisposição a infecções	A diminuição das funções antimicrobianas produz uma alteração do pH, diminuição das imunoglobulinas, lisozima e outras enzimas que favorecem infecções, especialmente por candida albicans.
Halitose	A diminuição da saliva e das suas funções lubrificantes e solventes determinam a retenção dos alimentos. A ação de alguns medicamentos e a destruição das mucosas provocam o mau hálito.

Um indivíduo com menores taxas de fluxo salivar está menos protegido contra a desmineralização do esmalte dentário, proporcionando o crescimento de microrganismos produtores de ácidos, como o *Streptococcus Mutans*, *Lactobacilos* e *Candida Spp.* ⁹, assim como, estará menos protegido contra a erosão dentária, do que alguém com taxas de fluxo mais elevadas. Isto deve-se, em parte, ao efeito neutralizante da saliva, mas também à contribuição da saliva para a formação da película adquirida, que atua como uma barreira de difusão contra a erosão ácida.

Erosão dentária

Na bulimia, o paciente consome deliberadamente alimentos de forma excessiva e depois opta por meios compensatórios para eliminar o peso. Os pacientes estimulam o refluxo da garganta com o dedo ou instrumentos (escova de dentes, talheres, entre outros) provocando a regurgitação.

A erosão dentária é a manifestação oral mais comum e mais dramática da regurgitação crônica, típica dos distúrbios alimentares.⁹ Erosão dentária caracteriza-se pela perda de estrutura dentária de tecido mineralizado, através de um processo patológico e crônico onde ocorre o ataque químico da superfície do dente por ácido e/ou quelantes sem o envolvimento de bactérias. A presença de ácido dará origem a erosão, levando à desmineralização da matriz inorgânica do dente.^{2, 22, 23} (Figura 2 (a e b))

Os ácidos podem ser de origem extrínseca e/ou intrínseca. Os ácidos extrínsecos são essencialmente aqueles da dieta, como sumos de frutas e bebidas, enquanto os ácidos intrínsecos incluem aqueles do refluxo gastro esofágico e vômitos voluntários, como visto na bulimia nervosa.²²

A erosão divide-se de acordo com o grau de severidade em : superficial (classe I) atinge apenas a superfície do esmalte; localizada (classe II)-atinge menos de 1/3 da dentina; extensa (classe III)- destruição de mais de 1/3 da dentina.²²



(2A)



(2B)

Figura 2A e B-Vista direita (a) e esquerda (b) das desmineralizações presentes nas superfícies vestibulares de um paciente com distúrbios alimentares²

Crê-se que demora cerca de 2 anos até que seja clinicamente aparente.⁹ A erosão dentária afeta não só as superfícies palatinas mas também as vestibulares (figura 3 A e B) e foi, durante algum tempo denominada de perimólise.



(3A)



(3B)

Figura 3 A e B-superfície palatina dos incisivos centrais superiores de uma criança de 8 anos que apresentava desmineralizações por alterações alimentares (B) vista vestibular em que se pode observar o início da erosão nos incisivos laterais. ²

A erosão dentária é um achado oral frequente entre bulímicos ⁷. O ácido gástrico, que tem um ph médio de 2,9, afeta severamente superfícies dentárias ²⁴, pois está muito abaixo do ph crítico de 5,5, considerado necessário para dissolver o esmalte dentário ^{25,26}. Independentemente da duração do vômito autoinduzido, lesões, quer sejam de esmalte ou de dentina, foram encontradas predominantemente em superfícies palatinas de bulímicos, seguidas de superfícies oclusais e superfícies vestibulares.²¹ Em pacientes que tenham baixo fluxo salivar, comprometendo a proteção exercida pela saliva, os ácidos vão permanecer durante mais tempo na cavidade oral, nomeadamente, no dorso da língua, razão pela qual as faces palatinas dos dentes anteriores são as mais afetadas pela erosão dentária. Já os dentes antero inferiores são raramente atingidos por serem constantemente banhados por saliva e protegidos pela língua.

A distribuição da erosão é ligeiramente diferente se apenas analisarmos as lesões na dentina. Lesões graves aparecem mais frequentemente nas superfícies oclusais da parte inferior de primeiros molares, seguidos por superfícies palatinas de incisivos.²⁷

A característica clínica mais comum da lesão por erosão é a perda de brilho do esmalte. A superfície apresenta-se lisa em forma de "U". A lesão mostra-se larga e sem ângulos nítidos. Quando atinge a dentina, provoca sensibilidade ao frio, calor e pressão osmótica. Quando atinge dentes restaurados, as restaurações tornam-se proeminentes, devido à

destruição extensa dos tecidos duros que rodeiam a restauração, projetando esta, acima da nova superfície dentária.



Fig.4 A



Fig.4 B

Fig.4A- Paciente muito jovem com erosão generalizada nas superfícies vestibulares dos dentes.²

Fig.4B- Detalhe do incisivo superior esquerdo em que se aprecia a erosão do esmalte desmineralizado e a dentina mole visível na superfície vestibular.²

Devido à perda de estrutura dentária, o paciente pode apresentar bordas incisais finas ou fraturadas, diastemas e pseudomordida aberta, podendo também ocorrer perda de dimensão vertical devido ao desgaste das superfícies oclusais dos dentes posteriores.⁴ (ver figura 3b)

A duração do vômito auto induzido, foi diretamente correlacionada com o número e severidade das lesões presentes nas superfícies palatinas dos dentes da frente e dos segmentos laterais.²⁷

O principal fator que leva à erosão entre bulímicos é o vômito frequente, mas o efeito extrínseco do ácido devido às escolhas alimentares também tem impacto na erosão dentária. É provável que o desgaste das superfícies dentárias esteja ligado ao consumo frequente de bebidas carbonatadas.²⁷

Apesar da maioria dos estudos analisados demonstrar uma ligação clara entre bulimia e erosão dentária, nem todos os bulímicos demonstraram esse padrão.²

A erosão dentária provocada pelos distúrbios alimentares distingue-se da erosão provocada pela doença do refluxo gastroesofágico e da erosão provocada pelo alcoolismo crónico, pelo desgaste excessivo das faces palatinas dos dentes antero-superiores.²⁸

Prevenção da Erosão Dentária

A utilização de colutórios e dentífricos com fluor é apontada como método preventivo da erosão, uma vez que o fluor aumenta a resistência do esmalte à dissolução provocada pelos ácidos. Após o contacto com os ácidos pode bochechar-se com bicarbonato de sódio, consumir produtos como leite e queijo com o objetivo de neutralizar os ácidos.²⁹

No caso de a erosão ter a dieta como causa principal, deve-se diminuir o consumo de alimentos ácidos. A ingestão de bebidas ácidas deve ser feita de forma rápida e de preferência com o auxílio de uma palhinha.²⁹

A escovagem dentária deve ser evitada, após o contacto da boca com ácidos, para evitar uma maior perda de tecido dentário, uma vez que, devido ao efeito mecânico da escovagem, em que o esmalte se encontra desorganizado, este pode ser facilmente removido pela abrasão. O paciente deve ser aconselhado a utilizar escovas macias e dentífricos fluoretados não abrasivos. A pacientes com baixo fluxo salivar, pode ser indicado o uso de saliva artificial.³⁰

Os doentes com uma perda de estrutura severa têm comumente sensibilidade dentária. Neste caso, e dependendo da severidade das lesões, poderão ser utilizadas aplicações tópicas de flúor semanais, utilização de vernizes fluoretados, de agentes dessensibilizantes e tratamentos reabilitadores.³⁰

Os materiais restauradores mais indicados para serem utilizados são a resina composta ou o ionómero de vidro, facetas de porcelana, onlays nos dentes posteriores, ou ainda, em casos de perdas severas, colocação de coroas totais. As restaurações de compósito são preferíveis às de ionómero de vidro, uma vez que o compósito não é solúvel em ácido. Quando a vitalidade pulpar for comprometida, deve-se realizar o tratamento endodôntico antes do tratamento restaurador.³¹

A reabilitação após erosão dentária tem como função restabelecer a forma, a função e a estética, proporcionando conforto ao paciente e facilitando a higiene oral, evitando o aparecimento de novas lesões.³⁰

É necessário que o tratamento desta patologia seja multidisciplinar. Pacientes diagnosticados com distúrbios alimentares há mais tempo apresentam mais frequentemente erosão.³¹ Numa fase inicial é preciso aliviar os sintomas e controlar a progressão da doença, através da eliminação de fatores etiológicos, recorrendo a procedimentos restauradores e tratando desordens sistêmicas que pesam na evolução da lesão.³²

Bruxismo

É uma atividade parafuncional do sistema mastigatório, na qual, o paciente comprime e range os dentes. Tem etiologia multifatorial, sendo o stress um dos fatores aos quais mais se associa.³³

Como distúrbio psicossomático, a bulimia gera um quadro de ansiedade, sendo um fator iniciador ou perturbador do bruxismo.⁴

O tratamento do bruxismo passa pelo alívio de sinais e sintomas e a terapia mais usada é a utilização de goteiras oclusais.

Perante pacientes bulímicos, o bruxismo associado aos atos de regurgitação, pode vir a agravar bastante a erosão dentária a que estes pacientes estão sujeitos.

Ampliação da Parótida

O ser humano possui três pares de glândulas salivares principais, sendo elas: glândula parótida, submandibular e sublingual. Possui também glândulas salivares menores. A sua função é a de secreção salivar.³⁴

A produção diária de saliva é de cerca de 1,5L, sendo que cerca de 90% é produzida pelas glândulas parótidas.³⁴

A hipertrofia das glândulas salivares caracteriza-se pelo inchaço das mesmas. Pode estar associado a alterações metabólicas, alterações endócrinas, ou desnutrição.³⁵

O inchaço é mais comum em pacientes bulímicos, uma vez que pode ser causado pelo vômito. Afeta principalmente a glândula parótida, quer seja uni ou bilateralmente. Pode também afetar as glândulas submandibulares, embora seja mais raro.¹²

Numa fase inicial do distúrbio alimentar, a hipertrofia da glândula pode ser intermitente. No entanto, com o passar do tempo, o aumento torna-se mais persistente, observando-se uma deformidade facial no paciente, com aspeto quadrado e alargamento da região mandibular. Esta alteração na aparência pode piorar o estado psicológico geral do doente.

³⁶

O grau de inchaço é diretamente proporcional à frequência de vômito. As glândulas afetadas costumam apresentar-se moles á palpação e com frequência dolorosas.^{2,9}

A hipertrofia é atribuída a uma grande ingestão de hidratos de carbono e regurgitação de ácido gástrico, levando a uma alcalose metabólica e má nutrição.¹² Nos vômitos recorrentes ocorre também uma estimulação das glândulas.³⁶

O único tratamento para esta patologia é a supressão dos vômitos, e a recomendação de bons hábitos alimentares.

É importante notar que, mesmo que o vômito esteja presente, as glândulas parótidas podem não estar aumentadas. Portanto, mesmo em casos em que não haja alargamento da parótida, o paciente pode ter bulimia.³⁶

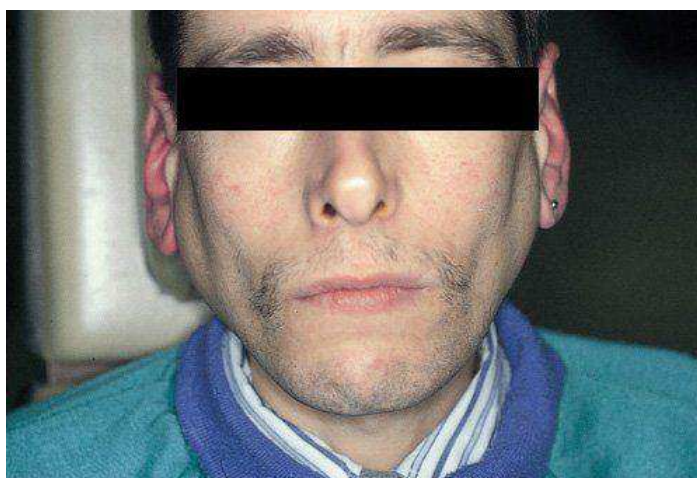


Figura 5- Aumento da parótida bilateral ¹¹

Cárie Dentária

A cárie dentária é uma patologia infecciosa e transmissível. É uma consequência da colonização da superfície do esmalte por microrganismos (dando-se especial relevância ao S.Mutans) que metabolizam HC fermentáveis e produzem ácidos.³⁷ Esta acidez causada pela presença de açúcar vai dar origem á dissolução do fosfato de cálcio das camadas superficiais de esmalte, libertando-o para o meio oral. Se essa perda de fosfato de cálcio atingir um determinado grau, irá formar-se uma cavidade no dente, podendo em estados mais avançados, levar á destruição de toda a coroa.³⁷ É uma doença multifatorial dependente de vários fatores como, o hospedeiro, a dieta, a duração do contacto dos HC com o dente, os microrganismos e a higiene do paciente.³⁸

A relação entre bulimia nervosa e a cárie não está bem definida.

O vômito pode afetar diretamente o risco de cárie, assim como, o fluxo salivar reduzido. Além disso, as escolhas alimentares feitas por bulímicos durante uma compulsão, maioritariamente baseadas em HC, aumentam o risco de cárie.

Durante os períodos de compulsão, os bulímicos comem alimentos que negam a si mesmos em circunstâncias normais. Isto tende a envolver alimentos de alta energia e açucarados.⁵ Os HC dietéticos são necessários para o processo cariioso ocorrer. Assim, uma compulsão, muitas vezes consistindo numa dieta com alto teor de açúcar, é provável que forneça microrganismos cariogénicos como uma fonte de nutrição³⁷, e assim, estimulará o processo cariogénico.

Nos estudos analisados, nem todos os bulímicos têm maior CPOD do que os grupos controlo. Embora possa haver uma série de explicações para isso, incluindo: melhor higiene oral do que os grupos de controlo; S.Mutans são incapazes de se metabolizar em valores de pH inferiores a 4,2 e, devido ao menor pH oral como resultado de vômitos, os bulímicos podem demonstrar menor incidência de cárie. Além disso, alimentos ricos em gordura comidos durante os períodos de compulsão podem ser protetores contra a cárie.^{2,4,31}

Há muitos estudos, no entanto, que contradizem esta descoberta e mostram que a maioria dos bulímicos exibem níveis de cáries mais altos.^{2,7,8} Além da explicação de maior acesso a HC fermentáveis durante os períodos de compulsão, isso pode ser explicado pela descoberta

que *S.Mutans* pode-se adaptar e, assim, ainda permanecer ativo a um pH tão baixo quanto 3,14, desafiando os resultados anteriores.

O vômito pode aumentar direta e indiretamente o risco de cárie. Indiretamente porque provoca uma taxa de fluxo salivar reduzida, e diretamente devido a níveis mais altos de *S.Mutans*.

Contudo, o facto de alguns estudos não encontrarem uma diferença significativa no CPOD entre bulímicos e grupos de controle significa que essa conclusão, precisa de ser tratada com cautela e pesquisas futuras são necessárias, com foco específico em pacientes bulímicos para isolar os efeitos dos vômitos.

O consumo pontual de HC fermentáveis é menos "cariogénico" do que a sua distribuição ao longo de todo o dia.

Doença Periodontal

A doença periodontal inflamatória associada à microflora comensal do biofilme é a doença bacteriana que mais afeta a humanidade. Esta divide-se em: gengivite e periodontite.³⁹

Os pacientes com distúrbios alimentares estão mais predispostos à periodontite, devido à má higiene oral, persistente inflamação das gengivas e constante irritação do periodonto com o ácido do vômito. No entanto, existe uma controvérsia relativamente à prevalência da doença periodontal, uma vez que o pico de incidência deste distúrbio é na adolescência e em adultos jovens, enquanto que a doença periodontal ocorre maioritariamente em fases da vida mais tardias.⁴⁰

Lesões nos tecidos moles

As lesões nos tecidos moles podem ocorrer muito antes da perda de esmalte, perda essa que pode tornar-se evidente passados alguns anos.

Nos tecidos moles, as lesões mais frequentemente observadas são: queilite actínica, candidíase, glossite e lesões mucosas eritematosas.³⁶

Nestes casos, normalmente os pacientes têm redução da produção de saliva, afetando os tecidos periodontais e a mucosa oral. O facto de alguns pacientes descuidarem a higiene oral também poderá afetar os tecidos moles.

Num estudo de Black-Brito et al. (2012) verificou-se que 74,6% dos pacientes com distúrbios alimentares apresentavam resultados positivos no teste de presença de *Candida*. O vômito reduz o pH intra-oral o que sugere um ambiente mais ácido, favorecendo a colonização por parte das espécies de *Candida*. A candidíase oral também está relacionada com as deficiências nutricionais de zinco, vitamina K e outras vitaminas hidrossolúveis, assim como, com a disfunção salivar.

Em pacientes que sofram de transtornos alimentares pode aparecer a queilite actínica, que se caracteriza por uma atrofia da mucosa. Resulta da desidratação e debilidade do sistema imunológico, provocada por carência nutricional. Normalmente localiza-se no lábio e apresenta uma cor avermelhada, com aspeto erosivo e presença de sangramento.³⁶

Os ácidos gástricos, provenientes da regurgitação em pacientes com distúrbios alimentares, podem causar irritação na mucosa, apresentando esta uma tonalidade avermelhada.³⁶

A mucosite surge por alterações na quantidade, qualidade e capacidade tampão da saliva que provocam irritação crónica das mucosas.

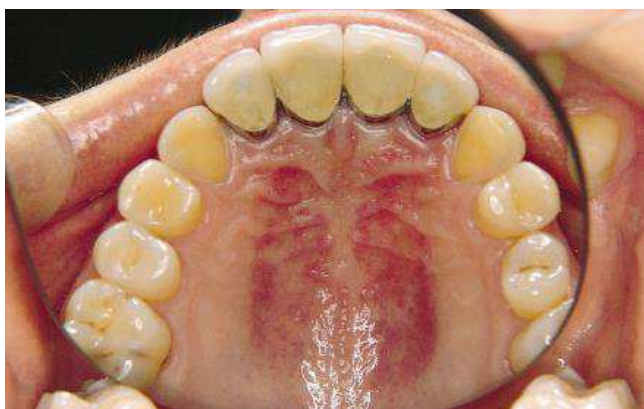


Figura 6- hematoma palatino, numa mulher bulímica de 30 anos, não preocupava a paciente. Observa-se baixa atividade de cárie.²

Microbiologia

Poucos estudos analisaram a flora microbiana oral em indivíduos com transtornos alimentares. Um pH intraoral repetidamente baixo, poderá manifestar-se como uma mudança na flora normal para um tipo mais ácido, devido ao vômito autoinduzido.

As contagens de *S. Mutans* e *Lactobacillus* não foram diferentes entre anoréticos, bulímicos e grupos controle, embora os autores não indiquem se avaliaram a placa ou a saliva. Os níveis de *S. Sobrinus* foram significativamente maiores em bulímicos. Um estudo de seguimento com fluoxetina e placebo relatou uma diminuição na contagem salivar de *S. Sobrinus* durante 16 semanas em bulímicos que tomam antidepressivos. Os níveis salivares desses organismos podiam atuar como um marcador de adesão do paciente à terapia anti bulímica. ¹¹

Gestão odontológica

O atendimento odontológico exigido pelo indivíduo com transtorno alimentar é talvez mais específico do que para outros pacientes, mas não necessariamente especializado.

Na anamnese, é importante que o médico-dentista tenha a habilidade de abordar o assunto para que se obtenha a confiança do paciente, inquirindo sobre os hábitos alimentares e a possibilidade de existência de problemas gastrointestinais, ao invés de dirigir as perguntas diretamente acerca da anorexia ou bulimia nervosa. Esta postura pode levar a resultados positivos do ponto de vista do tratamento do transtorno alimentar, pois possibilita a melhora da sua autoestima por meio do tratamento dentário ao longo do tempo, evitando a deterioração dos dentes. ²

O momento da intervenção restauradora para os dentes com erosão é controverso. A cárie e a doença periodontal devem ser intervencionadas como de costume, mas será que o dentista deve esperar que o vômito seja controlado antes de restaurar as superfícies gastas? Não existe uma contraindicação definitiva para restaurar superfícies erosionadas, além da contínua dissolução da superfície dentária em torno da restauração, caso o vômito continue. Ao fornecer tratamento e restaurar os bordos incisais a estrutura do dente pode ser controlada com moldes de estudo e fotografias e o paciente provavelmente ganhará confiança no médico dentista. O paciente pode então estar mais á vontade e discutir a sua alimentação descontrolada/compulsão. A motivação para reduzir a frequência do vômito auto induzido é, portanto, mais provável, uma vez que o dentista pode relacionar abertamente o progresso da erosão dentária com o vômito. Alívio da dor, redução da sensibilidade e a aparência melhorada são outros fatores que motivarão o paciente.

O dentista pode fazer várias recomendações ao bulímico.²

Conscientizar sobre fontes de ácidos na dieta, assim:

- Reduzir a ingestão de bebidas ácidas, bebidas alternativas (as bebidas com baixas calorias são geralmente consumidas, mas ainda possuem potencial erosivo);
- Reduzir o consumo de fruta fresca especialmente fruta ácida
- Reduzir o consumo de álcool de várias formas, por exemplo, vinho branco, misturas, cidra, ...

Métodos pós-vômito para aumentar o pH do meio oral:

- Após vômito auto induzido mascar chicletes, enxaguar a boca com água ou leite;
- Enxaguar com mistura antiácida;
- Escovar os dentes gentilmente com uma escova macia e com uma pequena quantidade de pasta de dentes não abrasiva ou bicarbonato após o vômito autoinduzido pode ser seguro.

Verificar se alguma medicação não provoca xerostomia ou náuseas.

Para hipofunção salivar / boca seca:

- Prescrever saliva artificial neutra.
- Ingerir líquidos (água).

Fatores que condicionam o tratamento restaurador em pacientes bulímicos

Há quatro fatores principais que condicionam a realização de um tratamento restaurador em pacientes que sofrem de bulimia, sendo estes: aceitação e conscientização do paciente relativamente á bulimia nervosa; compromisso com um tratamento psiquiátrico

ou psicológico, com o objetivo de parar com os atos de regurgitação; desejo do paciente em realizar o tratamento; e haver uma melhoria da higiene oral do paciente.

Tratamentos propostos

O plano de tratamento dependerá de vários parâmetros.

O manejo do paciente anoréxico/bulímico em relação à saúde bucal deve envolver cuidados emergenciais, educação do paciente, cuidado pré-restaurador (ou adequação de meio), restaurações e manutenção. De entre os cuidados emergenciais, encontra-se a procura pelo alívio da dor e melhoria da estética. Como alívio da dor, propõe-se a proteção da dentina indevidamente exposta com a utilização de compósito, vernizes fluoretados ou, se necessário, tratamento endodôntico.²

O tratamento restaurador deve ser realizado como uma forma de auxiliar o tratamento psicológico, na tentativa de aumentar a autoestima do paciente.² Tal tratamento pode variar desde uma simples restauração até reabilitações bucais complexas em pacientes com perda de dimensão vertical. O tratamento deve ter como objetivo cobrir tecido dentinário exposto para evitar perdas ainda maiores de tecido dentário. As restaurações de compósito não são solúveis em ácido, e são preferíveis às restaurações de cimento de ionômero de vidro.^{2,31} A natureza conservadora das restaurações à base de adesivos dentinários facilitam a restauração de dentes de pacientes bulímicos.^{2,31}

Se houver uma extensa perda de substância dentária, deve-se optar por uma reabilitação oral completa com restaurações complexas. Apesar da vontade de melhorar a estética e de ser bastante cooperativo com as medidas preventivas prescritas, o paciente normalmente continua com o seu hábito de vômito auto induzido. Isto aumenta o risco de insucesso das restaurações pelo facto de as estruturas dentárias de suporte permanecerem num ambiente extremamente ácido. Assim, também restaurações provisórias tendem a sofrer erosão muito facilmente se tal hábito permanecer.

Técnicas que requeiram mínima intervenção são mais apropriadas, pois tais pacientes podem sofrer mais com a má aparência oral proveniente da perda de substância dentária. A utilização de coroas de cerâmica pura, cimentadas sobre a dentina remanescente, com material adesivo é uma boa alternativa nestes casos.^{2,11,31}

5. Discussão

A bulimia é um distúrbio comportamental que se caracteriza por períodos de compulsão alimentar, seguidos de atitudes compensatórias, de maneira a evitar o ganho de peso, como por exemplo o vômito autoinduzido, períodos de restrição alimentar e/ou prática de exercício físico intenso.

É uma doença que afeta maioritariamente as mulheres e ocorre muitas vezes após a anorexia, ou mesmo em simultâneo com esta.

O perfil epidemiológico dos pacientes bulímicos revela baixa autoestima, insegurança, depressão, culpa e sentimento de vergonha.^{4,6} O tratamento de transtornos alimentares como a bulimia geralmente exige uma abordagem multidisciplinar em que a farmacoterapia é adjuvante de abordagens psicológicas e alimentares.

Os antidepressivos apresentam efeitos colaterais importantes, nos pacientes bulímicos, como a xerostomia. A sensação de boca seca pode ser explicada, em grande parte, pela diminuição da produção salivar, decorrente da ação anticolinérgica observada nestes grupos farmacológicos.⁴¹ A diminuição do fluxo salivar pode trazer como consequência inúmeras alterações referentes à saúde bucal, como as cáries, as doenças periodontais, infeções, disfagia e halitose.⁴¹

Os alimentos escolhidos pelos bulímicos são muitas vezes ricos em HC, que associados à xerostomia, favorecem ainda mais a presença significativa de cárie. A atividade de cárie parece ser similar em toda a população, no entanto, em pacientes bulímicos com lesões de cárie ativas, a velocidade na qual as novas lesões se desenvolvem dificulta o tratamento.

A prática de regurgitação é mantida em segredo, sendo o diagnóstico feito anos após o início da doença, muitas vezes, apenas diante de um quadro de hospitalização.⁴ A irritação constante provocada pelo vômito causa aumento assintomático das parótidas, aumento das papilas linguais, xerostomia, irritação da mucosa oral e queilite.⁴

O ato de regurgitar provoca problemas dentários como a erosão intrínseca/ perimólise (resulta da ação do ácido gástrico que entra em contacto com os dentes causando a desmineralização e dissolução do esmalte). Nem todos os bulímicos apresentam erosão

dentária, sendo que os fatores associados com a ocorrência e a severidade são, a duração da doença, a frequência de vômito e a quantidade de saliva.

As principais características clínicas em indivíduos que apresentam erosão dentária são: perda de brilho normal dos dentes, exposição de dentina nas superfícies vestibulares e palatina/lingual, sensibilidade persistente, mais desgaste no arco superior do que no inferior, concavidade dentária, perda da vitalidade pulpar devido ao desgaste e incisivos encurtados relativamente à largura. ⁴

A ansiedade presente nos pacientes bulímicos geralmente está associada ao bruxismo. O bruxismo, hábito de ranger os dentes, é a principal causa de desgaste por abrasão.

6. Conclusão

A bulimia nervosa é um transtorno alimentar que tem vindo a aumentar nos últimos anos. Afeta principalmente adolescentes e jovens adultos do género feminino. Uma vez que a adolescência é uma faixa etária de mudança e descoberta do corpo, é importante que o médico dentista esteja principalmente atento a estes pacientes, uma vez que têm mais predisposição para estes distúrbios.

Este distúrbio alimentar pode desencadear manifestações na cavidade oral, destacando-se: erosão dentária, aumento do número de cáries, hipersensibilidade dentinária, hipertrofia das glândulas salivares, xerostomia, bruxismo e lesões nos tecidos moles.

Portanto, durante o atendimento médico dentário, o profissional de saúde deve ser capaz de identificar essas manifestações, associá-las à doença em questão, e por intermédio de uma abordagem multidisciplinar, estimular a procura de assistência profissional especializada, contribuindo assim para a redução das consequências desse transtorno.

7. Referências bibliográficas

- 1-Amaral, C; Dias, R; Ferreira, M; Parizi, A; Oliveira, A. (2011) Relationship between eating disorders and changes in oral health. *Archives of Oral Research*, 7(2):205-215
- 2-Barbería E, Cardoso C, Maroto M, Villalon G (2007) Relevancia del diagnóstico odontopediátrico en las lesiones orales de los trastornos alimenticios: anorexia y bulimia. *JADA*. Vol. 2 Núm. 5.
- 3-Amoras, D. et al. (2010). Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal. *Revista de Odontologia UNESP, Araraquara*, pp. 241-245
- 4-Ara D, Popoff V, Thyrsa T, Santa-rosa A, Freire AC, Biondi F. Bulimia : manifestações bucais e atenção odontológica *Bulimia : oral manifestations and dental care*. 2010;381–5.
- 5-Organização Mundial da Saúde. Classificação dos transtornos mentais e de comportamento do CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.190-2.
- 6-TRAEBERT, J.; MOREIRA, E. A. M. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. *Pesqui Odontol Bras*, v. 15, n. 4, p. 359-363, out./dez. 2001.
- 7-Burkhart N, Roberts M, Alexander M, Dodds A. Communicating effectively with patients suspected of having bulimia nervosa. *JADA* 2005;136:1130-7.
- 8- Young W. Tooth wear: diet analysis and advice. *International Dental Journal* 2005;55:68-72.
- 9-Moor R. Eating disorder-induced dental complications: a case report. *Journal of Oral Rehabilitation* 2004;31:725-32.
- 10- Farah, M. et al. (2015). Uma discussão sobre as práticas de anorexia e bulimia como estéticas de existência. *Ahead of print*, São Paulo.
- 11- Milosevic, A. (1999). Tooth surface loss: Eating disorders and the dentist. *British Dental Journal*. 186. 109-113. 10.1038/sj.bdj.4800036.
- 12- Navarro, V. et al., (2011). Desordens Alimentares: aspectos de interesse na odontologia. *Revista Gaucha Odontológica*, Porto Alegre, pp. 15-18.
- 13- Szupiany, T., Pytko-Polonczyk, J., Rutkowski, K.: Dental needs of psychiatric patient with eating disorders. *Psychiatr. Pol.* 2015; p 945–954.
- 14-Kessler R C, Berglund P A, Chiu W T et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry* 2013; 73: 904–914.
- 15- Hague A L. Eating disorders – screening in the dental office. *J Am Dent Assoc* 2010; 141: 675–678.

- 16-Fonteinini P, Kamposiora P, Papavisiliou G. A multidisciplinary approach to the functional and esthetic rehabilitation of a patient with bulimia nervosa: A clinical report. *Int J Dent Oral Sci* 2015; 2: 53–58.
- 17- DeBate R D, Tedesco L A, Kerschbaum W E. Knowledge of oral and physical manifestations of anorexia and bulimia nervosa among dentists and dental hygienists. *J Dent Educ* 2005; 69: 346–354.
- 18-Mulic A, Tveit A B, Songe D, Sivertsen H, Skaare A B. Dental erosive wear and salivary flow rate in physically active young adults. *BMC Oral Health* 2012; 12: DOI: 10.1186/1472-6831-12-8.
- 19-Perotto, J. et al. (2007) Prevalência da xerostomia relacionada á medicação nos pacientes atendidos na área de odontologia da UNIVILLE. *Revista Sul Brasileira de Odontologia*, pp. 17-22.
- 20-Feio, M., Sapeta, P. (2005) Xerostomia em cuidados paliativos. *Ata Médica Portuguesa*, pp. 459-466
- 21-Health NCC for M. Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of eating disorders. *NICE Guidelines* 2009; 32: 809–819.
- 22-Yan-Fang R. Dental erosion: Etiology, diagnosis and prevention. *Regist Dent Hyg* Publication date: April 2011.
- 23-Catalan, A. et al., (2010). Erosão dental e suas implicações sobre a saúde bucal. *RFO*, pp. 83-86.
- 24-Bartlett D W, Coward P Y. Comparison of the erosive potential of gastric juice and a carbonated drink in vitro. *J Oral Rehabil* 2001; 28: 1045–1047.
- 25-Barron R P. Dental erosion in gastroesophageal reflux disease. *J Can Dent Assoc* 2003; 69: 1–6.
- 26-Dawes C. What is the critical pH and why does a tooth dissolve in acid? *J Can Dent Assoc* 2003; 69: 722–724.
- 27- Uhlen M M, Tveit A B, Stenhagen K R, Mulic A. Self-induced vomiting and dental erosion- a clinical study. *BMC Oral Health* 2014; 14: 92.
- 28-Valena V, Young WG. Dental erosion patterns from intrinsic acid regurgitation and vomiting. *Aust Dent J.* 2002;47(2):106–15.
- 29-Hayashi, M. et al. (2007). Restoration of erosion associated with gastroesophageal reflux caused by anorexia nervosa using ceramic laminate veneers: a case report. *Operative Dentistry*, pp. 306-310.
- 30- Vasconcelos, F. et al. (2010). Erosão dental: diagnostico, prevenção e tratamento no âmbito da saúde bucal. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, pp. 59-64.
- 31- Correa, M. et al. (2012). Salivary parameters and teeth erosions in pacientes with gastroesophageal reflux disease. *Arquivos de Gastroenterologia*, pp. 214-218.

- 32-Ximenes, R. et al. (2004). O impacto de transtornos alimentares na saúde bucal de adolescentes aos 14 anos. *Revista Ibero-Americana de Odontopediatria e Odontologia do bebê*, pp. 543-550.
- 33-Gonçalves, L. et al. (2010) Relação entre bruxismo, fatores oclusais hábitos bucais. *Dental Press Journal of Orthodontics*, pp.97-104.
- 34-Beale, T., Madani, G.(2006) Anatomy of the salivary glands. *Seminars in Ultrasounds, CT an MRI*, pp.436-439.
- 35-Scully, C., Everson, J. (2004) Sialosis and Necrotizing sialometoplasia in bulimia: a case report. *International Journal of Maxilofacio al Cirgury*, pp. 808-810.
- 36-Toledo, B. et al (2014) O papel do cirurgião-dentista nas desordens alimentares. *Revista Investigação*, pp. 48-51.
- 37-Narvai, P. (2000) Cárie dentária e fluor: uma relação do século XX. *Ciências e Saúde Coletivas*, São Paulo, pp.381-392.
- 38- Lima, J. (2007) Cárie dentária: um novo conceito. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, Maringá, pp.119-130.
- 39- Frydrych AM, Davies GR, McDermott BM, AM F, GR D, BM M. Eating disorders and oral health: a review of the literature. *Aust Dent J* [Internet]. 2005;50(1):6–15; quiz 56. Available from: <http://pe.uisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-15881300sq>
- 40- El Achkar VNR, Back-Brito GN, Koga-Ito CY. Saúde bucal de pacientes com transtornos alimentares: o marcante papel do cirurgião-dentista. *Rev Odontol da Univ Cid São Paulo*. 2012;24(1):51–6.
- 41-Cabrera MAS, Mesas AE, Rossato LA, Andrade SM. Fluxo salivar e uso de drogas psicoativas em idosos. *Rev Assoc Med Bras*. 2007;53(2):178-81.

CAPÍTULO II - RELATÓRIO DAS ACTIVIDADES PRÁTICAS DAS UNIDADES CURRICULARES DE ESTÁGIO

As três unidades curriculares de estágio do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde têm como objetivo a preparação do aluno, mediante uma constante aquisição de conhecimentos teóricos e a sua aplicação na prática clínica com a colaboração e supervisão por parte dos docentes. Este abrange três componentes: Estágio em Clínica Geral Dentária, Estágio Hospitalar em Serviços de Estomatologia e Medicina Dentária em Unidades Hospitalares e Estágio em Saúde Oral Comunitária, que decorreram entre Setembro de 2017 e Junho de 2018.

1. Estágio em Clínica Geral Dentária

O Estágio em Clínica Geral Dentária encontra-se sobre a regência da Prof.^a Doutora Filomena Salazar, tendo a supervisão do Mestre Luís Santos, do Mestre João Batista e da Dra. Sónia Machado. Este decorreu na Unidade Clínica Universitária – Unidade Clínica Nova Saúde em Gandra, durante um período semanal de cinco horas (quarta-feira das 19h-24h), entre 13 de Setembro de 2017 e 13 de Junho de 2018. Este estágio, com um total de 180 horas, aumentou a minha confiança e autonomia como medica dentista, visto tratar-se de um aprendizagem que engloba todas as áreas da Medicina Dentária, assemelhando-se bastante a realidade que nos espera no futuro. Este estágio permitiu-me assim realizar os procedimentos clínicos apresentados na tabela 1.

Tabela 1- Atos clínicos realizados no estágio em clínica geral dentária.

Ato clínico	Operador	Assistente	Total
Restauração	11	3	14
Endodontias	4	1	5
Exodontias	1	2	3
Destartarização	8	3	11
Outros	2	0	2
Total	26	9	35

2. Estágio Hospitalar em Serviços de Estomatologia e Medicina Dentária em Unidades Hospitalares

O Estágio Hospitalar, regido pelo Doutor Fernando Figueira, supervisionado pelo Mestre Rui Bezerra, decorreu no Hospital Padre Américo em Penafiel num período semanal de três horas e meia (quinta-feira das 9h-12h30), entre 14 de Setembro de 2017 e 14 de Junho de 2018. Um total de 120 horas de constante aprendizagem, interação com pacientes com características especiais (hipocoagulados, patologias neurodegenerativas, cognitivas e psicológicas na maioria das vezes sob medicações diárias exigentes) permitiram-me realizar os atos clínicos discriminados na tabela 2. Adicionalmente, este estágio proporcionou o desenvolvimento de uma maior destreza e rapidez na execução dos procedimentos clínicos, pois o número de pacientes era elevado.

Tabela 2- Atos clínicos realizados durante o estágio em clínica hospitalar.

Ato clínico	Operador	Assistente	Total
Restaurações	25	11	36
Endodontias	5	5	10
Exodontias	54	26	80
Destartarizações	17	7	34
Triagem	8	4	12
Outros	3	2	5
Outros	112	55	177

3. Estágio em Saúde Oral Comunitária

O Estágio em Saúde Oral Comunitária, com um total de 120 horas, foi supervisionado pelo Professor Doutor Paulo Rompante. Este ocorreu durante um período semanal de três horas e meia (quarta-feira das 9h-12h30), entre 13 de Setembro de 2016 e 13 de Junho de 2018. Numa primeira fase, foi delineado no IUUCS um plano de atividades para os diferentes grupos que o Programa Nacional para a Promoção de Saúde Oral da Direção Geral de Saúde abrange. Posteriormente, este decorreu na Escola Básica do Barreiro (Agrupamento de Alfena), onde através de atividades e jogos didáticos foi possível implementar o Programa Nacional para a Promoção de Saúde Oral da Direção Geral de Saúde. Foram recolhidos todos os dados relativos aos indicadores de saúde oral da Organização Mundial de Saúde com a metodologia WHO 2013. Este estágio permitiu a interação com a população de diferentes faixas etárias, promovendo assim a motivação e manutenção da saúde oral.

4. Considerações Finais

Os distintos estágios realizados durante este ano letivo representaram uma mais valia, tanto a nível pessoal como a nível profissional, pois tive a oportunidade de consolidar e aplicar de uma forma prática os conhecimentos até então adquiridos. A possibilidade de experienciar diversas vivências, distintos ambientes bem como interagir com diferentes faixas etárias e estratos sociais, tão representativos do mundo dos dias de hoje, permitiu-me desenvolver a capacidade de adaptação às diferentes situações apresentadas ajudando-me a estabelecer uma melhor relação médico dentista – paciente.

Desta forma, esta experiência aumentou a minha rapidez de raciocínio, confiança e autonomia para o exercício profissional, algo que é indispensável para alcançar o sucesso no futuro.