

Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Pacientes com bulimia:
quais as principais manifestações orais?
Papel do médico dentista

Autor:

Daniela Cristina Barbosa da Rocha

Orientadora:

Maria João Calheiros-Lobo

2018

Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Pacientes com bulimia:
quais as principais manifestações orais?
Papel do médico dentista

Daniela Cristina Barbosa da Rocha

2018

DECLARAÇÃO

Eu, Daniela Cristina Barbosa da Rocha, 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: “Pacientes com bulimia: quais as principais manifestações orais?”.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

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

Gandra, julho de 2018

O aluno,

Daniela Cristina Barbosa da Rocha

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Orientador: Maria João Calheiros-Lobo

ACEITAÇÃO DO ORIENTADOR

Eu, Maria João Calheiros-Lobo, com a categoria profissional de Professora Auxiliar Equiparada Convidada do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado “Pacientes com bulimia: quais as principais manifestações orais?”, da aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária Daniela Cristina Barbosa da Rocha, declaro que sou de parecer favorável que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes à obtenção de Grau de Mestre.

Gandra, julho de 2018

O Orientador:

Maria João Calheiros Lobo

Agradecimentos

Antes de mais é altura de agradecer às pessoas que me ajudaram a tornar esta tese possível.

Desde já quero agradecer à Doutora Maria João Calheiros-Lobo, pela disponibilidade demonstrada desde o início em ajudar-me neste relatório final de estágio. Apreciei imenso o trabalho que desenvolvemos conjuntamente e se pudesse ter sido eu a escolher uma orientadora sem dúvida que seria a mesma! Um muito obrigada do fundo do coração!

Quero também agradecer aos meus pais que são as pessoas que sempre estiveram presentes quando eu mais precisei. Da parte de ambos houve sempre uma palavra de amizade e por muito que o cansaço me afetasse nunca deixaram de saber que eu um dia iria conseguir atingir todos os meus objetivos na vida.

Pretendo deixar uma palavra amistosa também ao meu irmão André. Agradecer por ele compreender que não posso ser uma irmã tão presente como gostaria, pois além de querer concretizar este meu sonho, pretendo também proporcionar-lhe um futuro melhor.

Ao meu namorado João que teve a paciência comigo que eu própria não teria. Um obrigada do tamanho do mundo. Sem ele isto não seria possível, pois mostrou-me todos os dias que o impossível realmente é só uma palavra e não passa disso.

Quero agradecer também às minhas amigas Maria Carolina, Diana e à minha binómia, Helena, que durante o ano letivo revelaram toda a compreensão do mundo para me ajudarem em tudo aquilo que eu precisei na elaboração deste trabalho. Seria mais complicado se não tivesse o apoio destas pessoas.

Deixo também uma palavra de apreço ao meu querido amigo Gianluca. Uma pessoa muito sábia que me ensinou o verdadeiro sentido das palavras humildade e coragem. Um grande obrigada por tudo e que pessoas como ele nunca acabem.

Um especial agradecimento para a minha Alícia. Neste último ano que passou ajudou-me a superar todas as barreiras, a ir mais além e a nunca desistir. Obrigada pela cumplicidade, amizade e força que sempre me deu.

Tenho de referenciar ainda que agradeço às minhas colegas de trabalho porque todos os fins de semana me ajudaram a que eu pudesse concretizar este sonho. Se não trabalhasse, não estaria a realizar este relatório final de estágio agora.

Não posso deixar de agradecer de igual modo a todos os meus professores, pois foram eles que me ensinaram tudo aquilo que eu sei e me motivaram diariamente a aprender mais e a informar-me mais sobre todas as matérias lecionadas.

Por último e o agradecimento mais importante de todos vai para as minhas estrelas que me guiaram durante tudo este percurso. Ao meu avô João e ao meu avô António, o maior e mais sincero obrigada. Este trabalho é mais vosso do que meu, tal como este curso é mais vosso do que meu. Estejam vocês onde estiverem eu sei que sou o vosso maior orgulho, assim como vocês são o meu.

Espero um dia conseguir retribuir o carinho, amor e amizade que cada pessoa teve para comigo. Meus queridos avôs, que apesar de não estarem aqui, este relatório final de estágio que reflete todo o meu trabalho e esforço ao longo destes 5 anos é dedicado a vocês!

Resumo

A bulimia é uma desordem alimentar cada vez mais comum entre os jovens. Ela acontece quando estes pensam que o seu corpo para ser bonito e para corresponder aos padrões da sociedade atual deve ser um corpo com magreza extrema.

Um indivíduo com bulimia passa longos períodos de tempo a fazer uma restrição severa alimentar, seguindo-se depois um período de ingestão do máximo de comida possível para saciar a sua fome, que se torna incontrolável. No final de o fazer, por sentimento de culpa, irá induzir o vômito. A bulimia é por isso um ciclo de três etapas: dieta, compulsão e purgação.

Esta última fase do ciclo é a que deixa manifestações severas na cavidade oral, sendo que as principais são a probabilidade elevada de aparecimento de lesão de cárie, a xerostomia, o bruxismo, a hipersensibilidade dentinária, a erosão dentária, as alterações na ATM e o alargamento da glândula parótida. Se estas lesões forem diagnosticadas precocemente podem ser reversíveis, embora em casos mais severos e diagnosticados mais tardiamente possam levar à perda de peças dentárias.

A bulimia tem os seus primeiros sinais clínicos na cavidade oral, daí ser importante o médico dentista conhecê-los para conseguir diagnosticar a doença. Além disso, é necessário proceder a uma boa anamnese e a um bom exame intra e extra-oral.

Muitas vezes o papel do médico dentista é fulcral no diagnóstico da bulimia, pois ao serem detetadas precocemente as manifestações orais relacionadas com esta desordem alimentar, pode encaminhar-se o paciente, dando-lhe a ajuda que ele necessita nesta fase inicial da doença.

Palavras-chave: bulimia, manifestações orais, diagnóstico, desordens alimentar

Abstract

Bulimia is an increasingly common eating disorder among young people. It happens when they think that their body to be beautiful and to match the standards of the current society has to be a body with extreme thinness.

An individual with bulimia spends long periods of time making a severe food restriction, followed by a period in which they will ingest as much food as possible to quench their hunger, which became unmanageable. After doing so, out of guilt, he will induce the vomiting. Bulimia is therefore a three-step cycle: diet, compulsion and purging.

This last phase of the cycle is the one that leaves severe manifestations in the oral cavity, being the main ones the high probability of onset of caries lesion, xerostomia, bruxism, dentin hypersensitivity, dental erosion, TMJ changes and enlargement of the parotid gland. If these lesions are early diagnosed, they may be reversible, but in more severe cases or late diagnosed, they may lead to the loss of dental pieces.

Bulimia has its first clinical signs in the oral cavity, so it is important that the dental clinician can recognize them in order to diagnose this disease. In addition, it is necessary to carry out a good anamnesis and a good intra- and extra-oral examination.

Often the role of the dental clinician is central to the diagnosis of bulimia, because when oral manifestations related to this eating disorder are detected early, the patient can be referred and given the help needed at this early stage of the disease.

Key Words: bulimia, oral manifestations, diagnosis, eating disorders.

ÍNDICE GERAL

Capítulo I.....	1
Introdução.....	1
Objetivos.....	3
Materiais e Métodos.....	3
Desenvolvimento.....	4
1 - Bulimia nervosa – o que é?.....	4
2 - Manifestações orais em pacientes com bulimia nervosa.....	6
2.1 - Erosão dentária.....	6
2.2 - Cárie Dentária.....	9
2.3 - Alterações salivares.....	10
2.4 - Alargamento da parótida.....	12
2.5 - Alterações da ATM.....	13
2.6 - Lesão dos tecidos moles e duros.....	14
2.7 - Alteração da microbiologia da cavidade oral.....	15
2.8 – Bruxismo.....	16
3 – Cuidado oral após o vômito autoinduzido e percepção do paciente em relação ao médico dentista.....	16
4 - Conhecimento do médico dentista acerca das principais características orais da bulimia nervosa e o seu papel a diagnosticar este transtorno alimentar.....	17
5 - Protocolo de atuação na clínica.....	21
Conclusão.....	24
Bibliografia.....	26
Capítulo II.....	31

1 – Relatório dos estágios.....	31
1.1 – Estágio em Clínica Geral Dentária.....	31
1.2 – Estágio Hospitalar.....	32
1.3 – Estágio em Saúde Oral e Comunitária.....	32
2 – Conclusão.....	33

Capítulo I

Introdução

Os distúrbios alimentares afetam uma grande quantidade de indivíduos em todo o mundo, sendo que a bulimia nervosa é um desses grandes distúrbios alimentares. O diagnóstico precoce é fundamental para a prevenção e para o sucesso futuro do tratamento.^{1,2}

Todos os distúrbios alimentares apresentam um desafio para os pesquisadores e clínicos devido às suas consequências fatais. Afetam sobretudo mulheres caucasianas no mundo ocidental. Nesta cultura inserem-se os países desenvolvidos e conseqüentemente há mais pressão social para a manutenção de uma imagem esbelta e magra.³

O estado da saúde oral tem um efeito sobre a saúde geral de todas as pessoas. Além disso, está fortemente envolvido com a autoestima, a aceitação social do paciente e a qualidade de vida.^{4,5}

A bulimia nervosa é caracterizada por comportamentos de compulsão alimentar e purgativa. O doente com este tipo de distúrbio consome grande quantidade de alimentos num período de tempo relativamente curto e depois sente a necessidade de os retirar novamente do corpo, induzindo o vômito.²

Desta forma, quem possui esta doença tem padrões de comportamentos alimentares perturbados, controles patológicos do peso corporal e distúrbios na percepção da forma do corpo. Devido a este fator, os pacientes bulímicos têm mais propensão a cuidar meticulosamente dos dentes e dos tecidos gengivais.⁶

A causa da bulimia é desconhecida, contudo, admite-se que os fatores genéticos, culturais e/ou psiquiátricos possam desempenhar um papel na sua etiologia.²

Muitos dos aspetos físicos e psicológicos podem ser detetados tanto por médicos, como por médicos dentistas. Os sinais clínicos de bulimia nervosa são claramente identificados durante um exame dentário, de forma rápida e não invasiva. Há claras evidências de que os primeiros sinais de que um paciente sofre de bulimia nervosa podem ser encontrados na boca, após 6 meses do início do comportamento.^{1,3}

Há diversos sintomas na cavidade oral que possivelmente indicam que o paciente sofre deste transtorno, sendo os mais evidentes no caso da bulimia nervosa, o aumento da parótida, xerostomia, erosão dentária, doença periodontal, inflamação gengival, cárie dentária e hipertrofia das outras glândulas salivares.^{1,2,3,7,8,9,10}

Os vários estudos realizados relativamente a este assunto definem que algumas das complicações orais existentes são permanentes, tais como a erosão e a cárie dentária, enquanto que outras refletem a expressão e a intensidade da doença, nomeadamente o alargamento da parótida e a xerostomia.¹¹

As lesões dentárias nos pacientes bulímicos foram demonstradas como estando associadas ao comportamento de vômito e à gravidade da bulimia. Parecem ser uma consequência da regurgitação crónica e repetida do conteúdo gástrico, o que produz uma diminuição crítica do pH oral, promovendo a desmineralização dentária.¹²

Um transtorno alimentar como é o caso da bulimia necessita de uma equipa multidisciplinar de médicos para o sucesso do tratamento, sendo a equipa constituída por: médico, psicólogo, psiquiatra, nutricionista e médico dentista.¹² Geralmente é necessária a combinação de psicoterapia, tratamento terapêutico e hospitalizações.³

O médico dentista não possui um protocolo de atuação em caso de suspeita de bulimia nervosa, o que leva muitas vezes a não proceder a uma abordagem acerca do assunto junto do paciente. Há ainda muitos médicos dentistas que não têm o conhecimento necessário dos sinais e sintomas da bulimia nervosa na cavidade oral. É necessário elaborar um protocolo de atuação e formar devidamente os profissionais de saúde dentária para este tipo de situações, tornando mais ativo e mais eficaz o papel dos mesmos na prevenção da bulimia nervosa.^{13,14}

O tratamento dentário num paciente com bulimia nervosa irá promover uma melhor saúde oral, a recuperação da função mastigatória e a recuperação das características estéticas da dentição.³

Johnson *et al.* (2017)¹⁵ referem claramente que indivíduos com bulimia nervosa raramente são submetidos a tratamentos orais adequados, desenvolvendo assim condições orais irreversíveis que poderiam ter sido evitadas com cuidados precoces e consistentes.

Objetivos

Com esta revisão narrativa pretendo aprender quais as principais manifestações orais num paciente com bulimia e saber diagnosticar precocemente as mesmas. Pretendo também adquirir conhecimentos que me permitam identificar pacientes com bulimia nervosa através do exame intra e extraoral, acontecendo isto numa fase ainda precoce para conseguir promover o apoio necessário para restabelecer uma boa saúde oral e mental.

Outros dos objetivos a que me propus foi tentar entender qual o conhecimento e envolvimento atual que o médico dentista tem neste tipo de desordem alimentar.

Materiais e Métodos

Para a realização deste trabalho efetuou-se uma revisão da literatura onde se estudou a informação obtida através da pesquisa de artigos científicos pesquisando maioritariamente na base de dados da PubMed e do Google Académico. Foi também realizada uma pesquisa complementar apenas para melhor interpretação dos artigos científicos através de livros disponíveis na biblioteca Professor Doutor Fernando Oliveira Torres sediada na CESPU.

Na pesquisa dos artigos foi colocado um limite temporal aos mesmos existentes entre 1999 e 2018. Os artigos encontrados são de língua portuguesa, inglesa, espanhola e alemã. Os artigos teriam de abordar os temas da bulimia nervosa, das suas manifestações orais e do papel do médico dentista neste distúrbio alimentar.

A seleção dos artigos foi sistematizada através de uma tabela apresentada seguidamente.

Motor de pesquisa	Palavras utilizadas	Artigos encontrados	Artigos selecionados
Google académico	Eating disorders	88800	20
	Oral manifestations		
Google académico	Bulimia	4920	5
	Dental erosion		
Google académico	Bulimia	10400	5
	Salivary changes		
PubMed	Bulimia	9710	6

PubMed	Bulimia Diagnosis Dentists	22	6
PubMed	Bulimia Oral manifestations	39	9
PubMed	Bulimia Dental erosion	170	6

Tabela 1 – Resultados da pesquisa de artigos científicos.

Desenvolvimento

1 - Bulimia nervosa – o que é?

A bulimia nervosa é caracterizada por repetidos episódios de incontroladas ingestões alimentares (compulsão alimentar), definidos como consumo acelerado de grandes quantidades de alimentos num curto período de tempo, acompanhado de comportamentos compensatórios, como vômitos, uso de laxantes, drogas diuréticas e/ou outros medicamentos, bem como de atividade desportiva em jejum ou exagerada.^{2,3,16,17}

O diagnóstico desta desordem alimentar é feito por norma quando há grande compulsão alimentar na ausência de aumento de peso ou quando há evidências de indução do vômito ou do uso regular de laxante. Acompanha-se também de comportamentos obsessivos, compulsivos e antissociais.^{18,19}

Uma das características mais visíveis num paciente bulímico é o sinal de Russel, sendo definido como calos na região dorsal da mão devido ao trauma provocado pelos incisivos superiores nessa região, durante a auto indução dos vômitos.^{18,20}

Esta desordem alimentar revela o melhor prognóstico de entre todas, pois cerca de 50% dos pacientes bulímicos conseguem recuperar-se. Dentro destes, apenas 25% conservam hábitos alimentares pouco normais após recuperação total.²¹

Por norma, esta doença demonstra uma etiologia multifatorial, podendo ser desencadeada por sentimentos de raiva, ansiedade ou depressão. Há assim um sentimento de culpa acentuado após a compulsão alimentar, tendo assim o vômito induzido um efeito calmante para estes doentes.²²

Este distúrbio alimentar é mais comum nos países ocidentais devido a pressões culturais para se ter um “corpo ideal”, onde predomina a influência dos meios de comunicação social de massa e da globalização.^{23,24}

A bulimia nervosa é um dos distúrbios alimentares que está dividido em tipo restritivo ou purgativo. Em diversos estudos verificou-se que o tipo purgativo é aquele mais usualmente verificado nestes pacientes bulímicos.⁶ No tipo restritivo, durante o episódio da doença, a pessoa usa comportamentos compensatórios inapropriados, como por exemplo, exercício intenso e/ou jejum. No tipo purgativo, também são utilizados outros comportamentos inadequados, mas são os mais usuais, como a indução frequente de vômitos, juntamente com o uso de laxantes e/ou diuréticos.²⁵

Os pacientes bulímicos são descritos como pacientes com um peso normal e avessos ao aumento de peso. Exageram no consumo de alimentos e vomitam-nos de seguida. É difícil reconhecer um paciente com bulimia nervosa, pois por norma não apresentam sinais nem sintomas da doença e, como já referido, têm habitualmente um peso normal, demorando mais tempo a ser detetados.^{2,6,21,26,27}

É importante destacar que para uma pessoa ser considerada bulímica, a compulsão alimentar seguida da purgação deve ocorrer pelo menos duas vezes por semana durante três meses consecutivos.²

A Associação Americana de Psiquiatria referiu recentemente que a prevalência de bulimia nervosa é muito mais acentuada entre adolescentes do sexo feminino e mulheres jovens do que em homens, sendo aproximadamente de 1 a 3%.^{2,3,8} Por norma, populações específicas como atletas, dançarinos ou modelos apresentam um maior risco para desenvolver este transtorno alimentar.²

Lourenço *et al.* (2018)⁶ concluíram que as pessoas com este tipo de transtorno alimentar têm tendência em apresentar maiores complicações orais e um estado de saúde oral pior em relação a indivíduos saudáveis.

Os doentes bulímicos com purgação de vômito, regra geral, possuem sinais na cavidade oral característicos, sendo os principais a erosão dentária, a cárie dentária e a secreção salivar reduzida associada à xerostomia.⁸ De entre estes sintomas, aqueles que não podem ser revertidos são a cárie dentária e a erosão.²⁴

As escolhas alimentares destes pacientes também influenciam a cavidade oral, pois quando estão na fase de compulsão alimentar ingerem alimentos altamente açucarados que podem levar à cárie dentária.⁸

2 – Manifestações orais em paciente com bulimia nervosa

2.1 - Erosão dentária

A erosão do esmalte é a manifestação oral mais comum consequente à regurgitação crónica típica da bulimia nervosa. A erosão acontece através de um processo químico e mecânico causado principalmente pela regurgitação de conteúdo gástrico, destrutivo e que afeta os tecidos dentários duros na cavidade oral.² Por norma, afeta as superfícies palatinas dos dentes maxilares que se apresentam com um aspeto liso e brilhante, sendo dos primeiros sinais orais patológicos deste transtorno alimentar.^{2,6,28,29}

Esta erosão específica do esmalte, proveniente da regurgitação crónica do vómito induzido, resulta da ação química de ácidos gástricos e da fricção mecânica induzida por movimentos linguais.^{29,30}

A erosão dentária é assim caracterizada pela perda progressiva e irreversível de estrutura dentária mineralizada, induzida por um processo químico (ataque ácido) não bacteriano.^{6,8,24,27,31}

Os ácidos que levam a esta erosão podem ter duas origens diferentes: extrínseca ou intrínseca, respetivamente - os que provêm por norma da dieta, como sumos de frutas e ou bebidas carbonatas, e por outro lado, dos vómitos voluntários e crónicos observados em pacientes bulímicos ou também dos distúrbios de regurgitação.^{8,19,27,31}

A erosão específica observada em pacientes bulímicos denomina-se de perimólise.^{8,27,31}

É notada pela perda do esmalte com margens arredondadas e pela perda dos contornos em dentes não restaurados. Nas faces incisais dos dentes anteriores assume especial relevo, demarcando bem o seu desgaste.³²

Contrariando a referência acima, Panico *et al.* (2018)¹², no seu estudo com pacientes bulímicos não encontraram esta lesão na maioria da sua amostra. A explicação avançada seria que os pacientes do grupo de estudo fossem mais preocupados com a higiene oral.¹² Já Szupiany *et al.* (2015)⁴ no seu estudo corroboram o facto da erosão ser uma das manifestações mais

associadas a este tipo de transtorno alimentar, tendo sido observada em 22,5% dos pacientes observados.⁴

Ximenes *et al.* (2010)³³, também encontrou uma forte associação entre a erosão dentária e a bulimia nervosa, concluindo que é uma das alterações mais frequentemente observadas.

Uhlen *et al.* (2014)³⁴ publicaram no seu estudo, que de entre a sua amostra de pacientes bulímicos que induzem o vômito, 69.7% possuíam erosão dentária. Os autores acreditam que o outro terço de pacientes que não apresenta esta erosão pode ser por diferenças individuais, como por exemplo, fatores salivares, fluxo salivar ou a composição do esmalte. Eles sugerem que estes fatores podem ser tão importantes como a frequência e a exposição ao ácido gástrico.³⁴

É de realçar ainda que a erosão se divide em concordância com a severidade que apresenta: superficial (apenas afeta a superfície do esmalte), localizada (atinge menos de 1/3 da dentina) e extensa (atinge mais de 1/3 da dentina).³⁵

Rosten *et al.* (2017)⁸ referenciam na sua revisão, um estudo no qual pacientes bulímicos que autoinduzem o vômito são 5,5 vezes mais propensos a sofrerem de erosão dentária do que indivíduos controlo saudáveis.⁸

As lesões progressivas da erosão associadas à bulimia são côncavas planas ou rasas, normalmente na junção esmalte-cimento. Com o avanço da desordem alimentar há mudanças na morfologia dentária original, com ranhuras nas superfícies oclusais/incisais.⁶

Em termos de distribuição, o padrão característico da erosão dentária observa-se nas superfícies palatinas dos dentes maxilares e nas superfícies oclusais dos dentes mandibulares, pelo facto de serem as mais afetadas, pois o vômito, ao ser responsável pelo ataque ácido e consequente desmineralização dentária, afeta sobretudo as superfícies não protegidas pela língua e tecidos moles.^{6,8,27,18}

O médico dentista ao ver uma erosão dentária deve fazer um diagnóstico diferencial para concluir se ela provém de vômito autoinduzido devido à bulimia nervosa ou se provem de outras causas.² Como tal, até existem certas lesões erosivas iniciais em pacientes com bulimia nervosa que são difíceis de distinguir relativamente a lesões provocadas pelo elevado consumo de bebidas ácidas.¹⁷ Os vômitos frequentes causam um ambiente oral ácido que resultam em danos na superfície do dente por erosão do esmalte e da dentina.³

Um dos métodos utilizados pelos médicos dentistas para diferenciar a origem da erosão dentária pode ser a obtenção da história alimentar do paciente durante uma semana. Através deste procedimento, consegue-se inferir se a erosão deriva apenas da alimentação ou da combinação da alimentação com a indução do vômito.¹⁸

Em casos bastantes graves, esta erosão associada à bulimia pode causar diminuição do comprimento da coroa clínica do dente, o que leva conseqüentemente à diminuição da dimensão vertical.^{2,36} A erosão extensa pode também prejudicar abruptamente a morfologia dos dentes, afetando negativamente a estética e a função dentária.²⁷ Muitas vezes, nos incisivos leva também à fratura das arestas de corte e a sobre-erupção.^{36,37}

A erosão dentária quase sempre é seguida por dor e hipersensibilidade. Esta dor por norma é curta e aguda e advém da conseqüente exposição extensa da dentina, levando à abertura dos túbulos dentinários, que respondem a estímulos térmicos, químicos, táteis ou osmóticos.^{2,6,36}

A gravidade da erosão irá depender de vários fatores, sendo eles a frequência da indução do vômito, quantas vezes ao dia o vômito é induzido, o grau de higiene oral e o grau da diluição do ácido.^{2,31,38} Todavia, alguns autores concluíram que para eles é mais importante o número de episódios de autoindução do vômito, pois descreveram que a partir de 1100 episódios de vômito, é que a dissolução química do tecido dentário, na forma de erosão, é mais provável.¹³

Uhlen *et al.* (2014)³⁴ concluíram que a duração da bulimia nervosa, onde há indução do vômito diariamente, tem uma influência significativa no grau de gravidade das lesões pois no seu estudo pacientes com este tipo de doença há mais de 10 anos apresentavam mais erosões e lesões mais severas com dentina exposta.

É possível saber-se se a prática de indução do vômito foi interrompida ou não através da diferenciação de lesões ativas e inativas. As lesões ativas, por norma, são suaves e não sensíveis a estímulos quentes nem frios. São bastante visíveis no esmalte seco, mas ainda difíceis de detetar na dentina. As lesões inativas observam-se quando há cessação da indução do vômito e a dentina exposta apresenta-se manchada e brilhante.^{2,39}

Por norma, pacientes com bulimia nervosa consomem dietas de baixa acidez exibindo inicialmente erosão dentária nas superfícies palatinas e oclusais dos dentes da maxila. No entanto, contrariamente, se as bebidas ácidas são consumidas em grande quantidade, as lesões erosivas passam a localizar-se tanto nas superfícies palatinas como nas superfícies vestibulares.²

Segundo Schlueter *et al.* (2012)⁴⁰ é possível que certas enzimas digestivas atuem no desenvolvimento do processo erosivo. As principais enzimas são a pepsina e a tripsina. Isto leva a uma erosão mais acentuada e até à remoção de estruturas da superfície orgânica. Estes novos desenvolvimentos levam a que se desenvolvam novas estratégias terapêuticas para pacientes com bulimia nervosa que possuem erosão de origem endógena.⁴⁰

Alguns pacientes com este tipo de transtorno alimentar têm consciência de que a escovagem dentária após o vômito induzido constitui um fator prejudicial para a erosão, devido ao sinergismo do efeito erosivo com o efeito mecânico da escova. A dentina descalcificada fica mais propensa à abrasão. Contudo, fatores do hospedeiro, como por exemplo, diferenças nas taxas de fluxo salivar, podem afetar a suscetibilidade do indivíduo à erosão dentária.^{8,20,31,36,37,39}

A maioria das vezes assume-se automaticamente que pacientes com bulimia nervosa que induzem o vômito têm um risco muito mais elevado de erosão dentária. Contudo há ainda pouca informação para prevenir e tratar adequadamente este tipo de patologia.³⁴

2.2 - Cárie dentária

A cárie dentária é um problema por norma afeto a pessoas cuja dieta é rica em alimentos cariogênicos, têm má higiene oral ou possuem distúrbios alimentares severos.²

Esta patologia é resultado de uma ação bacteriana. Os microrganismos da placa bacteriana produzem ácidos orgânicos que por sua vez originam a desmineralização do esmalte e da dentina resultando numa cavitação de locais específicos na superfície do dente.⁴¹

Szupiany *et al.* (2015)⁴ observaram no seu estudo com pacientes bulímicos que 67,5% da sua amostra possuía cáries primárias, enquanto 87,5% da sua amostra apresentava cáries secundárias. Estes dados vieram reforçar resultados semelhantes de outros estudos.⁴

Os pacientes com bulimia nervosa têm mais tendência a possuir cáries dentárias, devido à ingestão elevada de calorias várias vezes ao dia, seguida de indução do vômito. A higiene oral do paciente, a desnutrição, a predisposição genética e a ingestão de alguns medicamentos (que diminuem o fluxo salivar) também influencia o aparecimento de lesões cáries.^{2,30}

Contudo, noutros estudos concluiu-se que pacientes com bulimia nervosa têm uma excelente higiene oral, mas que apesar disso o risco de cárie mantém-se elevado devido à indução do vômito que leva à erosão e conseqüentemente ao aumento da acidez oral.²²

Como já referido anteriormente, uma compulsão alimentar por parte destes pacientes bulímicos com frequência elevada, acompanhada por uma dieta com elevado teor de açúcar, faz com que no ambiente oral haja maior prevalência de micróbios cariogénicos facilitando o desenvolvimento do processo cariioso.^{8,16,39}

Em muitos estudos, encontra-se uma grande associação das lesões cariosas à existência de *Streptococcus Mutans* com contagens muito superiores destes patógenos se comparados a pacientes sem cáries. Isso deve-se principalmente à capacidade destes microrganismos se adaptarem a diferentes condições de pH, estando ativos mesmo a pH mais baixo. Nos pacientes bulímicos o pH torna-se mais baixo, pois a cavidade oral inunda-se frequentemente de ácido. Já em 1999, Ohrn *et al.*⁴², fizeram um estudo que revela estes resultados.

Outro fator que pode levar ao aparecimento de cáries nestes pacientes pode ser a terapia farmacológica que lhes é aplicada. Os pacientes com bulimia nervosa necessitam de ser controlados com diversos fármacos psicotrópicos que podem aumentar a propensão para lesões cariosas através dos seus componentes e quando a higiene oral é descartada.³⁹

As cáries dentárias associadas à bulimia nervosa são um assunto ainda controverso dada a sua origem multifatorial. Deve sempre interrogar-se o paciente de maneira a saber qual o tipo de dieta pratica, como é o seu comportamento em relação ao vômito induzido, e ainda, deve fazer-se uma análise dos fatores salivares.¹⁷

2.3 - Alterações salivares

A presença de alterações patológicas na estrutura dos dentes de pacientes bulímicos indica a perda de propriedades salivares protetoras, como fluxo salivar, pH baixo e variações de concentração de iões tampão.¹³ Por norma as alterações salivares resultam de uma diminuição do fluxo salivar em bulímicos, o que leva diretamente à xerostomia.²³

A saliva desempenha um papel essencial na manutenção da saúde oral e o fluxo salivar reduzido pode resultar num desequilíbrio oral clinicamente significativo. Uma taxa de fluxo salivar reduzida é um sintoma comum de bulimia.⁸

A taxa de fluxo salivar reduzida pode trazer várias implicações negativas para a cavidade oral. Isto pode ser explicado porque a saliva mantém e protege a mucosa oral e protege os dentes graças à sua composição química, levando a um efeito tampão contendo iões necessários para a

remineralização dos dentes. Além disto, tem propriedades antifúngicas, antibacterianas e antivirais necessárias para manter o equilíbrio da microbiota oral.²⁵

Paszynska *et al.* (2015)¹³ obtiveram resultados positivos que confirmam as posições de outros autores, de que existem distúrbios sialoquímicos em pacientes bulímicos, manifestando-se através do baixo ph. Analisaram-se os componentes tampão da saliva concluindo-se que foram significativamente menores em pacientes com bulimia após estimulação química da secreção salivar. Os motivos para este problema podem ser explicados pela existência de uma disfunção na parótida, pelo uso de antidepressivos ou pela combinação dos dois fatores.^{2,6,13}

A produção baixa de saliva em pacientes com este distúrbio alimentar leva a uma deficiência de diversos fatores que mantêm um ph seguro e neutro na cavidade oral. Um dos exemplos são os iões de bicarbonato, sendo os mesmos responsáveis pela capacidade-tampão da saliva. O facto destes iões se encontrarem em número reduzido, pode levar à erosão dentária, pois aumenta o risco de desmineralização.^{6,13}

Paszynska *et al.* (2015)¹³ verificaram uma relação entre o aumento da secreção salivar e o aumento da concentração total de iões inorgânicos mas diminuição de iões fosfato, levando a um processo menos acentuado de formação de ácidos. Esta relação só não foi verificada em pacientes bulímicos, o que sugere uma redução da secreção das glândulas salivares e uma capacidade tampão insuficiente.¹³

Vários estudos também sugerem que desequilíbrios salivares podem estar associados aos medicamentos antidepressivos que estes pacientes bulímicos tomam.^{2,8,13,43} Qualquer falha na transmissão neural ou aumento da noradrenalina poderá induzir uma redução na produção salivar. Analisando os resultados das pesquisas existentes, ao serem comparados pacientes bulímicos medicados com antidepressivos tricíclicos, tetracíclicos e inibidores seletivos da reabsorção da serotonina, deduziu-se que o último grupo de medicamentos prejudica em menor extensão a secreção salivar.¹³

A xerostomia nestes pacientes pode provocar danos na mucosa de revestimento, chegando mesmo a levar à inflamação da mesma, porque esta fica desidratada, atrofiada, pálida e translúcida. Na língua as papilas podem atrofiar, podendo ocorrer inflamação ou até perda total do epitélio (desnudação).²³

Blazer *et al.* (2008)⁴⁴ concluíram na sua pesquisa que 77% da sua amostra de pacientes com bulimia nervosa apresentavam xerostomia. Sendo que segundo as suas descobertas esta patologia acontece devido à mudança na composição da saliva, não sendo acompanhado por uma diminuição real do fluxo salivar.^{38,44}

Para enfatizar ainda mais a pesquisa do autor anterior, Dynesen *et al.* (2008)³⁸ concluíram no seu estudo que 60% da amostra do grupo de pacientes bulímicos tiveram a sensação de boca seca. Após exames, concluiu-se que essa sensação se tratava de xerostomia.³⁸

A alteração do fluxo salivar pode também levar a um problema chamado hipogeusia, em que o paciente fica com uma percepção deficiente do sabor dos alimentos. A sensibilidade ao mau gosto, em particular aos estímulos de cloreto de sacarose, ácido clorídrico ou cloreto de sódio tem sido associada à deficiência de detectar vestígios de metais, em particular do zinco.¹⁷

2.4 - Alargamento da glândula parótida

A glândula parótida tem tendência a aumentar de volume em pacientes bulímicos, estando isto sobretudo relacionado com a duração e a severidade do comportamento de vômito autoinduzido. O aumento de volume torna-se mais persistente à medida que o transtorno alimentar se agrava. Os pacientes bulímicos 10 a 50% possuem este aumento de volume, unilateral ou bilateralmente.^{2,17,36}

Apesar disto, ao exame intraoral o ducto está patente e sem inflamação. A histologia é que revela um aumento no tamanho acinar, número de grânulos secretores e infiltração gordurosa com fibrose não inflamatória.^{2,17} Atribuiu-se esta alteração de tamanho a uma sialoadenose, que é um aumento não inflamatório das glândulas, levando conseqüentemente a uma deficiência funcional, que pode ser ou não acompanhada de dor.^{30,35}

A sialoadenose deve ser diagnosticada sobretudo através da tomografia computadorizada e confirmada pela histopatologia.¹⁷

Normalmente, o início do aumento das glândulas parótidas é precedido por um episódio de purga compulsiva 2 a 6 dias antes. Se estiver no estágio inicial é intermitente e reversível.¹⁷

Embora esta patologia esteja associada ao vômito, a sua causa exata não está totalmente esclarecida. Porém, sabe-se que um dos efeitos do aumento de volume desta glândula é a diminuição do fluxo salivar. Mesmo que este alargamento já não se verifique, o comportamento

de vômito autoinduzido ainda pode estar presente.^{8,17} Sabe-se que abstinência do vômito autoinduzido provavelmente leva à normalização do tamanho da parótida.²⁸

Contudo Lifante-Oliva *et al.* (2008)⁴⁵ afirmaram que esta alteração da glândula parótida pode persistir algum tempo após a bulimia ter sido revertida ou pode ainda desaparecer espontaneamente.

Schlienger *et al.* (2006)⁴⁶ no seu estudo concluíram que esta patologia é de difícil diagnóstico, pois os pacientes bulímicos têm tendência a ocultar a indução dos vômitos. Observando-se anomalias dentárias julga-se ser mais fácil de detetar. Este tipo de sinal, apenas é descrito em pacientes bulímicos que pratiquem a indução do vômito.⁴⁶

Contudo, Panico *et al.* (2018)¹² no seu estudo não encontraram nenhuma evidência do alargamento da parótida no seu grupo de estudo de pacientes bulímicos. Uma explicação possível será que as lesões mucosas que o autor observou se verificam em estados muito iniciais da bulimia. Isto pode contrastar com o caso do aumento da glândula parótida que acontece, por norma, em estágios mais tardios.¹²

Não obstante isto, Dynesen *et al.* (2008)³⁸ no seu estudo concluíram que 25% da sua amostra de pacientes com bulimia nervosa eram afetados pelo aumento da glândula parótida, associando este facto nesta amostra aos episódios de compulsão alimentar seguida de vômitos induzidos.³⁸

Não há tratamento específico para esta patologia, sendo apenas necessário transmitir ao paciente a importância em cessar os vômitos e de melhorar os seus hábitos alimentares.³⁶

2.5 - Alterações da ATM

“Distúrbios temporomandibulares”, são os termos usados para identificar uma disfunção que afeta os músculos da mastigação, a ATM e outras estruturas associadas. A dor é o sintoma mais comum nestes distúrbios, sendo a maioria das vezes espontânea e agravada durante a mastigação ou até mesmo durante a fonação. Fatores emocionais ou psicológicos com regularidade acompanham ou agravam este problema.³

Os pacientes com bulimia nervosa tendem a ficar com este tipo de distúrbios, sendo o principal fator desencadeante a indução do vômito.

A pressão mecânica que é exercida por um bulímico para a indução do vômito (podendo ser utilizados os dedos, pentes, pinos, ganchos do cabelo) causa possíveis danos semelhantes aos sustentados durante as intubações endotraqueais para uma anestesia geral. Isto significa que pode haver deslocamentos ou subluxações do côndilo causados por extrema e não convencional abertura da boca.^{3,27}

Emodi-Perlman *et al.* (2008)³ relatam a prevalência de hábitos orais e a sua associação com sinais e sintomas de disfunção temporomandibular. Este estudo refere também que atividade de vômito afeta os músculos mastigatórios e os tendões levando ao desenvolvimento de sintomas miofasciais.³ A indução do vômito por norma é um microtrauma (aplicação repetida de pequenas forças), sendo o mesmo uma possível causa de disfunção temporomandibular.^{3,27}

2.6 - Lesão dos tecidos moles e duros

As lesões nos tecidos moles podem ser das mais frequentemente observadas em indivíduos bulímicos. Sobretudo o traumatismo do palato mole é universalmente conhecido nestes pacientes que induzem o vômito.²

O trauma provocado no palato mole pode derivar da rápida ingestão de comida e forçada regurgitação ou ainda pelo uso de objetos para induzir o vômito.^{2,12,17} Um dos objetos preferencialmente utilizados pelos bulímicos são as colheres que além do trauma que provoca no palato mole, normalmente, lacera o terço posterior da língua.¹⁷

De facto, surgirão lesões hemorrágicas derivadas disto mesmo, como por exemplo, petéquias, equimoses e hematomas.^{2,12} Quando este último ponto é verificado, as mãos do paciente também apresentam sinais físicos adicionais.²

Há também uma possibilidade do palato mole ser agredido pelo ácido durante o vômito. Quando isto acontece observamos lesões do epitélio nesta zona.³⁰

Panico *et al.* (2018)¹² descreveram o eritema labial no seu estudo como sendo uma lesão mucosa relacionada com o vômito autoinduzido, podendo derivar de causas mecânicas (mordida) ou causas químicas (regurgitação gástrica). Este sinal foi pouco descoberto em estudos anteriores, apesar de que no seu estudo 50% dos indivíduos bulímicos o apresentaram e o seu significado clínico ainda ser pouco conhecido. Em geral é visível na borda vermelha dos lábios, onde converge com a mucosa.¹²

Outra lesão mucosa associada à bulimia nervosa, no estudo de Panico *et al.* (2018)¹², foi a *Morsicatio buccarum* resultante da fricção ou fricção crónica contra a superfície mucosa oral.

No estudo realizado por Panico *et al.* (2018)¹² concluiu-se que as lesões da mucosa descritas e observadas no seu estudo precisam de menos tempo para serem clinicamente observáveis. Assim sendo, quanto mais cedo são descobertas mais cedo se consegue intervir em relação ao distúrbio alimentar.¹²

A úlcera da mucosa oral, é também uma patologia que estará presente nas mucosas de pacientes bulímicos. Há uma degeneração progressiva do epitélio de revestimento das mucosas resultante de traumas ou medicamentos. Os traumas são provocados pela indução do vômito recorrendo a diversos objetos e até mesmo aos próprios dedos.³⁶

Uma outra patologia que podemos observar nos tecidos moles é a queilite angular. A quelite basicamente aparece em pacientes com bulimia nervosa devido ao trauma provocado pelo vômito induzido. Pode identificar-se através de secura, vermelhidão ou fissuras labiais. É considerada uma manifestação de infeção crónica, sendo principalmente provocado pelo fungo *Candida albicans*. Esta patologia está altamente associada à disfunção salivar.^{17,25}

2.7 - Alteração da microbiologia da cavidade oral

Há diversos estudos que comprovam a ocorrência de infeções fúngicas em pacientes com diferentes distúrbios alimentares, sobretudo em pacientes bulímicos. As bactérias acidófilas como *Streptococcus mutans*, *Lactobacillus spp.* ou *Streptococcus sobrinus* têm evidência científica de serem marcadores de pacientes com vômitos frequentes.⁴

Em relação aos *Streptococcus sobrinus* eles podem ser um indicador de vômito frequente se detetados em níveis elevados na saliva. Esta bactéria acidófila é muito dependente da ligação mediada pela sacarose à película sobre a superfície do dente, sendo que a sacarose favorece assim a colonização desta espécie. Os pacientes bulímicos quando têm episódios de consumo compulsivo alimentar, ingerem alimentos com alto teor de sacarose. Esta bactéria também pode ser altamente ativa em ambientes ácidos que refletem a atividade emética atual.²⁴

Foi realizado um estudo onde observaram ao exame microbiológico a presença de bacilos, sobretudo *Actinomyces spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Bacteroides spp.* e *Enterobacter*, na cavidade oral, microorganismos que são normalmente característicos das partes inferiores do trato

gastrointestinal. Isto indicou que estas alterações microbiológicas provêm de pacientes que induzem o vômito. Através da análise dos resultados deste estudo, concluiu-se ainda que estes pacientes têm mais tendência a sofrer infecções fúngicas, sendo elas causadas por *Candida spp.*⁴

Back-Brito *et al.* (2012)⁴⁷ concluíram também no seu trabalho em indivíduos com transtornos alimentares foi encontrada uma percentagem de 74,6% superior para as espécies de *Candida*, comparando com o grupo controle. Este resultado vem reforçar os dados obtidos em estudos anteriores sobre o mesmo assunto. No seu estudo, a explicação que encontra para este facto é que o vômito promove a diminuição do pH, tornando a cavidade oral mais ácida, favorecendo assim a colonização por esta espécie de fungo.⁴⁷

2.8 - Bruxismo

Os pacientes que sofrem de bulimia nervosa por norma sofrem de insónias, tensão e sofrimento grave e são tratados com antidepressivos. Todos estes fatores combinados podem levar ao bruxismo.³

O bruxismo em pacientes bulímicos ocorre essencialmente durante a noite de forma inconsciente e espontânea. Pode causar ao paciente dor e sensibilidade muscular que por sua vez refletem distúrbios na ATM.^{35,36}

3 – Cuidado oral após o vômito autoinduzido e percepção do paciente em relação ao médico dentista

A maioria dos pacientes bulímicos sente-se pouco à vontade para se relacionar com os médicos dentistas e para falarem com eles relativamente ao seu comportamento. Muitos nem querem admitir este mesmo comportamento.

Conviser *et al.* (2014)⁴⁸ na sua amostra de pacientes com transtornos alimentares, descobriram que 83,6% dos pacientes bulímicos, após a indução de vômitos, passavam a boca por água e que 32,5% escovavam os dentes após a purga. Isto está completamente errado.⁴⁸

Após o vômito induzido não se deve enxaguar com água, pois esta reduz as características protetoras da saliva. Deve recomendar-se o enxaguamento com uma solução de bicarbonato de sódio para neutralizar os efeitos do ácido do estômago.⁴⁹

A maioria dos estudos refere que os pacientes bulímicos não devem escovar os dentes após este acontecimento, devendo esperar pelo menos 40 minutos, pois a superfície que já se encontra desmineralizada, fica mais suscetível à abrasão.^{41,49}

Esta falta de informação ocorre habitualmente, não só por falta de à-vontade por parte dos médicos dentistas em comunicarem com pacientes bulímicos, mas também o contrário pode acontecer. Conviser *et al.* (2014)⁴⁸ chegaram à conclusão que os pacientes bulímicos não falam com os seus médicos dentistas devido principalmente ao constrangimento (81,1%) e preferem a Internet para pesquisar sobre eventuais dúvidas que tenham.⁴⁸

Os pacientes com bulimia nervosa evitam ainda mais outros profissionais de saúde do que os médicos dentistas, pois entendem que o médico de família pode reconhecer mais facilmente os sinais e sintomas do problema que possuem. Esta rejeição está relacionada com a culpa que sentem e a vergonha que têm em admitir o problema.¹¹

4 - Conhecimento do médico dentista acerca das principais características orais da bulimia nervosa e o seu papel a diagnosticar este distúrbio alimentar

O profissional de saúde oral tende a ser dos primeiros a reconhecer a bulimia nervosa como já referido anteriormente. Para além disto podem atuar de uma forma muito positiva nestes pacientes restaurando a sua dentição, levando a melhorias psicossociais e auto-confiança.⁵⁰ Cerca de 25% dos pacientes com bulimia nervosa são diagnosticados pela primeira vez em ambiente de consultório dentário.⁴⁹

Os médicos dentistas têm ainda uma capacidade reduzida para identificar os sinais e sintomas orais da bulimia nervosa. Não há um protocolo definido de como o fazer nem de como agir perante o paciente, nem mesmo de como abordá-lo acerca destes assuntos de cariz sensível. Não há também um protocolo de como entrar em contacto com o médico de família.^{1,14}

DiGiacchino *et al.* (2000)¹⁰ na sua avaliação acreditam ainda que o médico dentista não percebe a gravidade desta desordem alimentar, daí não atuar com a brevidade e o empenho necessários.

Contudo, o médico dentista está na posição ideal para a identificação precoce da bulimia nervosa e para o início da intervenção, fazendo o tratamento oral específico e o encaminhamento

para os cuidados adequados.^{1,9,14,16,23,37} Apesar disto, há pouca informação conveniente e acessível aos médicos dentistas em relação ao reconhecimento, triagem e monitorização desta doença.^{1,23}

Além do médico dentista ter a melhor perspetiva para identificação precoce deste transtorno alimentar, está também numa posição privilegiada para aconselhar estes pacientes a limitar a ingestão de alimentos e bebidas ácidas e aconselhá-los sobre a higiene oral adequada após o vômito, como por exemplo, não enxaguar a boca com água, mascar pastilha elástica e evitar escovar os dentes imediatamente após o episódio. Estes cuidados ajudam a limitar os efeitos orais prejudiciais que a bulimia tendencialmente causa.⁸

A Associação Americana de Odontopediatria chega mesmo a referir que o encaminhamento dos pacientes com este tipo de transtorno alimentar deve ser feito quando as necessidades de tratamento estão além da nossa prática clínica e haja necessidade de uma abordagem multidisciplinar. A avaliação dentária de qualquer paciente adolescente deve incluir atenção para os principais sinais orais da bulimia nervosa.⁵¹ Além disto, nestes casos é necessário comunicar este problema também aos pais, visto estarmos a lidar com menores que dependem também das decisões dos seus pais ou dos seus tutores legais.¹⁸

O profissional dentário chega mesmo admitir que não se sente suficientemente informado para conversar com o paciente sobre o assunto, embora sinta que esta patologia esteja no âmbito da sua prática clínica e seja uma obrigação ética.^{1,14} Sendo também verdade que devido a isto, muitos médicos dentistas não estão envolvidos nos comportamentos de prevenção secundária (atividades que permitem a deteção precoce de distúrbios alimentares e inclui as ações que podem modificar a gravidade ou extensão do problema) como seria de esperar.¹⁴

Para reforçar este facto, Johansson *et al.* (2015)⁵² referem no seu estudo que a amostra de médicos dentistas tinha uma experiência clínica muito limitada a gerir desordens alimentares, nomeadamente a bulimia nervosa, referindo que necessitavam de mais educação e formação para alcançarem melhor nível de conhecimento.

O médico dentista, para conseguir uma comunicação efetiva com o paciente com este distúrbio alimentar deve ter uma conversa confidencial, recorrendo ao idioma e terminologia adequados, evitando fazer juízos de valor. Deve tentar observar as expressões corporais do paciente, mostrando ele próprio calma e solidariedade.³⁰ A referência direta à condição ou o uso

de vocabulário como “distúrbios alimentares” ou “bulimia” podem desencadear uma reação adversa por parte do paciente dado que a maioria nega este tipo de transtorno.²³

DeBate *et al.* (2006)¹⁴ realizaram um estudo transversal com 350 médicos dentistas do sexo feminino e masculino onde conclui que apenas 42,3% da população em estudo avaliou os seus pacientes com suspeitas de distúrbios alimentares. Inferiu ainda que apenas 46,3% dos médicos dentistas que participaram no inquérito forneceram indicações específicas para a higiene oral diária em pacientes onde havia suspeita de transtorno alimentar. Só 19% destes médicos dentistas comunicaram ao médico de família as suspeitas acerca de um possível transtorno alimentar. Esta pesquisa apenas veio reforçar os resultados anteriormente obtidos em estudos semelhantes.¹⁴

Lumbau *et al.* (2015)⁵³ chegaram à conclusão no seu estudo que apenas 26,7% da sua população (médicos dentistas) conseguiu diagnosticar distúrbios alimentares como a bulimia após exame intra e extraoral e que a maioria não consegue distinguir uma erosão com fatores intrínsecos de uma erosão com fatores extrínsecos.⁵³

DeBate *et al.* (2005)⁵⁴ reforçam ainda mais num seu estudo que a maioria dos médicos dentistas têm um baixo conhecimento acerca das manifestações orais da bulimia. Contudo, 92,3% dos Médicos Dentistas participantes conseguiram identificar corretamente a erosão dentária como sendo a manifestação mais prevalente nestes pacientes.⁵⁴

Existem ainda muitas barreiras que não colocam o médico dentista à vontade para abordar este assunto. Estas barreiras são de contingência pessoal e profissional.¹⁴ Sobretudo profissionalmente, pois há falhas de comunicação entre outros profissionais de saúde e o médico dentista pois desconhecem a importância da inclusão do mesmo na recuperação de um paciente bulímico.⁹

Durante a formação nas Faculdades de Medicina Dentária, o treino que é fornecido aos alunos nestas áreas difíceis e complexas não é integrado de forma uniforme e adequada. Posteriormente, este aspeto terá repercussões na vida futura enquanto médico dentista, pois como demonstra o estudo acima mencionado, quando já profissionais não estarão atentos nem motivados para estes problemas.¹⁴

Reforçando ainda mais a informação acima referida, DeBate *et al.* (2006)¹⁴ no seu estudo chegaram à conclusão que havia probabilidade de aumentar a prevenção secundária por parte dos

médicos dentistas, definindo estruturas políticas e práticas, que sustentam os comportamentos dos clínicos.¹⁴

No estudo mencionado anteriormente, os médicos dentistas que fizeram parte da amostra voltam a realçar que não têm conhecimento sobre as manifestações orais ou físicas dos transtornos alimentares e que a comunicação com os pacientes é um tópico sensível.¹⁴ Lumbau *et al.* (2015)⁵³ no seu trabalho realçam que 95% dos médicos dentistas participantes querem melhorar o seu conhecimentos sobre assunto.

Frimenko *et al.* (2017)⁹, concluíram que a sua amostra, alunos de Medicina Dentária, se sentia confortável para avaliar os sinais e sintomas orais da bulimia nervosa. No entanto, referia não se sentir preparada para conversar com esses pacientes devido à sua instabilidade mental. Como já mencionado, isto vai de encontro aos achados de outros autores.⁹

Apesar de ter havido evolução, é necessário realizar pesquisas adicionais para sabermos quais são as abordagens utilizadas para o reconhecimento da bulimia nervosa na prática da medicina dentária.¹

O papel do médico dentista tem de ser mais ativo e mais marcado em relação a todos os distúrbios alimentares, incluindo a bulimia nervosa. Daí que com os diferentes estudos realizados acerca deste assunto se espere aumentar a compreensão sobre como elaborar um protocolo a seguir nestes casos.^{8,9,10,14} DiGioacchino *et al.*¹⁰, já em 2000, referiram que deveria ser elaborado um plano de estudos sobre este assunto, adequado e adaptado ao cuidado total do doente. Apesar disso, a maioria dos médicos dentistas não estão envolvidos devidamente com a bulimia nervosa, segundo o resultado da pesquisa elaborada pela autora.¹⁰

Já existe alguma instrução didática acerca deste tema. Todavia, DeBate *et al.* (2007)⁵ concluíram que a instrução existente não era suficiente para o médico dentista potenciar e desenvolver os seus conhecimentos no que concerne ao assunto nem de como fazer um atendimento integral e completo a um paciente com bulimia nervosa.

Anos depois, num outro estudo, DeBate *et al.* (2017)⁵⁵ explicaram um modelo possível a seguir para os médicos dentistas identificarem e tratarem pacientes bulímicos. Este modelo foi aplicado em clinicas universitárias e houve melhoria no impacto a curto prazo. Isto enalteceu a satisfação com o programa desenvolvido e a vontade de o melhorar.⁵⁵

Johansson *et al.* (2012)¹¹ concluíram efetivamente que um maior conhecimento sobre todos os tipos de distúrbios alimentares relacionando os seus efeitos com a saúde oral, aumentará a intervenção dos médicos dentistas, levando a uma deteção muito precoce deste tipo de doença que na maioria dos casos acaba por ser mortal.¹¹

DeBate *et al.* (2005)⁵⁴ alertam para o facto de que é necessário aumentar os estudos e pesquisas que relacionam os métodos mais eficazes para aumentar o conhecimento dos médicos dentistas e a eficácia destes em relação à prevenção secundária.

5 – Protocolo de atuação na clínica

Os pacientes com bulimia nervosa são pacientes difíceis de tratar e de comunicar durante a consulta.³⁹

O médico dentista na tentativa de melhor comunicar com um paciente bulímico deve seleccionar o momento apropriado para abordar o assunto, gerir e entender a linguagem corporal e subentender qual a relação que o paciente tem com o seu corpo.^{37,56}

A parte mais difícil em todo este processo é a de como abordar o assunto perante suspeitas em pacientes com este tipo de patologias. Numa primeira consulta deve sobretudo assumir-se uma posição objetiva e reportar ao paciente, por exemplo, que observamos diversas erosões atípicas nos seus dentes. Deve ter-se uma conversa ativa com o paciente colocando todas as etiologias como hipótese provável. Numa fase inicial não se deve mencionar diretamente o termo “bulimia nervosa”.³⁹

O médico dentista, a partir do momento em que a doença é um ponto aceite pelo paciente, deve mostrar-lhe a importância de fazer sessões profiláticas para principalmente analisar a progressão das erosões. É crucial fazer radiografias, fotografias intraorais e modelos de estudo para observação direta e plausível da progressão das lesões induzidas pela erosão.^{39,49}

Diversos autores defendem que o tratamento dentário definitivo nestes pacientes deve ser retardado. Inicialmente devem tratar-se as patologias que se acompanham de sintomatologia dolorosa, nomeadamente superfícies dentinárias expostas, e as que comprometem a estética. A explicação para isto baseia-se na máxima de que o tratamento dentário só terá sucesso quando for cessado o hábito de vômito autoinduzido. Por exemplo, para a intervenção restauradora, a

maioria dos médicos dentistas chegou ao consenso de que o vômito deve ser cessado bastante antes de se iniciar o tratamento.^{16,18,23,37,39,50}

O importante numa reabilitação oral de um paciente bulímico é o médico dentista estar bastante ciente de que a recaída é comum e as restaurações dentárias mais complexas podem falhar com uma nova recorrência de vômitos que se tornam crônicos.¹⁸

Na generalidade, um terço dos pacientes bulímicos possuem uma recaída nos 4 anos seguintes ao seu tratamento. Logo, as técnicas de reabilitação devem ser muito bem estudadas e ponderadas. Isto porque se há uma recaída, sobretudo a parte restauradora irá ser bastante afetada, levando a uma diminuição da função mastigatória e a uma diminuição da integração social relativamente à imagem corporal. Sendo estes pacientes de risco, deveria haver um protocolo definido para o seu tratamento.⁵⁰

Devido à taxa de recidiva da doença ser tão elevada como referido, alguns autores recomendam uma intervenção altamente invasiva, colocando-se coroas metalo-cerâmicas em todos os dentes erodidos. Contudo, isto requer a excessiva perda de substância dentária dura e saudável, podendo levar ao risco de ser necessário intervir com tratamento endodôntico.³⁹

Todavia este tratamento inicial, principalmente das zonas estéticas, levando a reforçar o compromisso do paciente com a sua recuperação, fazendo com se sintam melhor com a sua imagem e melhor significativamente do seu transtorno alimentar por aumento da auto-estima.^{16,37} Esta ideia foi também descrita por de Moor¹⁶, num estudo de caso clínico.

No consultório, os materiais de restauração mais indicados são os cimentos de ionómero de vidro, pois não se diluem com tanta facilidade quando entram em contacto com o ácido resultante do vômito. As restaurações a ionómero de vidro resinoso têm um elevado grau de insucesso pois a estrutura dentária de suporte mantém-se em ambiente muito ácido, pois é raro o paciente cessar totalmente o vômito.³¹

Quando se observam lesões de erosão dentária ainda ativas deve proteger-se imediatamente os tecidos duros do dente para evitar uma maior deterioração. Deve incidir-se sobretudo de maneira a que haja redução dos fatores etiológicos.²⁵

Nas lesões de erosão dentária em pacientes bulímicos as opções de tratamento irão diferenciar-se consoante a extensão do dano da estrutura dentária, devendo ser analisada a

estrutura remanescente existente e a oclusão. É essencial preservar o esmalte quando se procede à preparação completa de uma coroa de um dente com esta patologia, pois a interligação com o esmalte e a restauração é mais duradoura do que a interligação com a dentina.^{24,27}

Derchi *et al.* (2015)²⁹ na sua pesquisa concluíram que o tratamento das lesões de erosão dentária tem que estar diretamente relacionado com a extensão deste tipo de lesão. Neste relatório clínico elaborado concluiu-se que se a erosão for limitada pode ser tratada através de restaurações em resina composta direta em dentes posteriores e restaurações em resina composta indireta em dentes anteriores. Acha-se que tal se deve ao facto de os compósitos atuais serem melhores do ponto de vista mecânico e estético, e também considerados um tratamento económico e rápido.²⁹

Ao restaurar as superfícies palatinas dos dentes maxilares, um tipo de erosão muito frequente em pacientes bulímicos, devemos restabelecer a guia incisal nestes mesmos procedimentos, pois a altura incisal está reduzida, havendo tendência para uma orientação anterior da guia e uma perda da dimensão vertical.²⁷

Para ajudar a minimizar a progressão da erosão do esmalte, utiliza-se essencialmente vernizes de flúor. Estes bloqueiam os túbulos dentinários através da formação de uma barreira de fluoreto de cálcio. Outra alternativa passa por usar-se um sistema adesivo, mas sem grandes esperanças de sucesso, pois ainda são necessários mais estudos para comprovar a sua eficácia.⁵⁷

Nos últimos tempos desenvolveu-se uma técnica recorrendo aos lasers. O laser mais apropriado para este tipo de situação é o laser de alta potência, dado que consegue formar uma camada resistente ao ácido gástrico, produzindo uma camada que recobre totalmente os túbulos dentinários.⁵⁷

Contudo, podemos associar aplicação de vernizes de flúor ao laser de alta potência. Utilizando os dois combinados, diminuámos a permeabilidade ao ácido e conseguimos que na dentina a profundidade de penetração do flúor seja muito maior, conseguindo-se prevenir assim uma possível desmineralização futura.⁵⁷

Além de toda a terapia necessária para restaurar os dentes, a terapia preventiva tem ainda um papel de extrema relevância. O médico dentista deve orientar bem estes pacientes, sobretudo sobre o tipo de dieta que devem praticar e sobre o tipo de produtos a usar na higiene oral, aconselhando maioritariamente produtos com flúor, xilitol, escova dos dentes macia e pastas não

abrasivas. As pastas dentífricas dessensibilizantes devem também ser recomendadas em caso de grande sensibilidade dentária provocada pela excessiva erosão ou cárie.^{18,37,39}

É recomendado também por médicos dentistas a este tipo de pacientes, o enxaguamento sobretudo com soluções neutras de fluoreto de sódio a 0,05%. Verificou-se que o uso desta substância reduziu a erosão em cerca de 30%, juntamente com os restantes cuidados já mencionados.²⁵

Em pacientes bulímicos com perfis salivares alterados e xerostomia, deve indicar-se administração de agentes terapêuticos como antioxidantes, anti-inflamatórios e substitutos da saliva.⁴⁴

Relativamente ao alargamento da parótida, não há um tratamento específico a seguir. Pode receitar-se um anti-inflamatório ao paciente, nomeadamente ibuprofeno e também recomendar ao paciente que aplique calor sobre as glândulas inflamadas. Se este procedimento, juntamente com a cessação da indução do vômito não resultar, será necessário recomendar medicação sistêmica, como é o caso da pilocarpina (5mg, 3 vezes por dia).²⁸

Balshi *et al.* (2015)⁵⁰ realizaram uma reabilitação estética num paciente bulímico severo com perda dentária, colocando uma prótese sobre implantes com carga imediata. Nesta reabilitação concluiu que a remodelação óssea deste paciente seguiu padrões normais. A osseointegração aconteceu 3 meses após a colocação do implante. A explicação para isto pode ser que a remodelação óssea é uma função do peso corporal em oposição à desnutrição.⁵⁰

O objetivo primordial da consulta de Medicina Dentária num paciente bulímico é sobretudo preservar os dentes remanescentes e prevenir a perda progressiva do tecido duro dentário.³⁹

Conclusão

Pode concluir-se, com base nesta pesquisa:

1 - A bulimia nervosa é uma doença cada vez mais frequente no mundo, predominando no género feminino que considera ser-se magro uma condição para se ter um corpo perfeito.

2 - Mantém-se como um dos transtornos alimentares com menor taxa de mortalidade e melhor probabilidade de cura.

3 - Os médicos dentistas devem estar atentos às diversas manifestações da bulimia nervosa na cavidade oral, e devem saber reconhecê-las. A de maior impacto é a erosão dentária, que se denomina especificamente de perimólise.

4 - O médico dentista pode ser o primeiro profissional de saúde a identificar este tipo de distúrbio alimentar. Todavia, a necessidade de implementar mais formação nesta área, é premente, sendo essencial incluir quer nas Faculdades de Medicina Dentária, quer no ensino pós-graduado este tipo de assuntos.

5 - A instabilidade psicológica destes pacientes é o principal desafio para o médico dentista.

6 - O sucesso do tratamento de um paciente bulímico depende de uma equipa multidisciplinar, onde se deve incluir um médico dentista.

7 - A maioria das lesões orais são irreversíveis, pelo que devem ser tratadas com a maior brevidade possível.

8 - A bulimia nervosa pode ter um percurso longo silencioso, podendo acontecer muitas vezes dentro do nosso grupo familiar ou de amigos, pelo que a informação ao público em geral também deverá ser ponderada.

Bibliografia

1. Askounes S, Williams K. Eating Disorders within the Dental Practice: A Literature Review. *Global Journal of Medical Research*. 2016;16(3):Version 1.0
2. Aranha A, Eduardo C, Cordás T. Eating disorders. Part I: Psychiatric diagnosis and dental implications. *The journal of contemporary dental practice*. 2008;9(6):73-81.
3. Emodi-Perlman A, Yoffe T, Rosenberg N, Eli I, Alter Z, Winocur E. Prevalence of psychologic, dental, and temporomandibular signs and symptoms among chronic eating disorders patients: a comparative control study. *Journal of orofacial pain*. 2008;22(3):201-208.
4. Szupiany T, Pytko-Polonczyk J, Rutkowski K. Dental needs of psychiatric patient with eating disorders. *Psychiatr Pol*. 2015;49(5):945-954.
5. DeBate R, Shuman D, Tedesco L. Eating disorders in the oral health curriculum. *Journal of dental education*. 2007;71(5):655-663.
6. Lourenco M, Azevedo A, Brandao I, Gomes P. Orofacial manifestations in outpatients with anorexia nervosa and bulimia nervosa focusing on the vomiting behavior. *Clinical oral investigations*. 2018;22(5):1915-1922.
7. Tolkachjov S, Bruce A. Oral manifestations of nutritional disorders. *Clinics in dermatology*. 2017;35(5):441-452.
8. Rosten A, Newton T. The impact of bulimia nervosa on oral health: A review of the literature. *British dental journal*. 2017;223(7):533-539.
9. Frimenko K, Murdoch-Kinch C, Inglehart M. Educating Dental Students About Eating Disorders: Perceptions and Practice of Interprofessional Care. *Journal of dental education*. 2017;81(11):1327-1337.
10. DiGiacchino R, Keenan M, Sargent R. Assessment of dental practitioners in the secondary and tertiary prevention of eating disorders. *Eating behaviors*. 2000;1(1):79-91.
11. Johansson A, Norring C, Unell L, Johansson A. Eating disorders and oral health: a matched case-control study. *European journal of oral sciences*. 2012;120(1):61-68.
12. Panico R, Piemonte E, Lazos J, Gilligan G, Zampini A, Lanfranchi H. Oral mucosal lesions in Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and EDNOS. *Journal of psychiatric research*. 2018;96:178-182.
13. Paszynska E, Slopian A, Weglarz M, Linden R. Parotid salivary parameters in bulimic patients - a controlled clinical trial. *Psychiatr Pol*. 2015;49(4):709-720.

14. Debate R, Tedesco L. Increasing dentists' capacity for secondary prevention of eating disorders: identification of training, network, and professional contingencies. *Journal of dental education*. 2006;70(10):1066-1075.
15. Johnson L, Boyd L, Rainchuso L, Rothman A, Mayer B. Eating disorder professionals' perceptions of oral health knowledge. *International journal of dental hygiene*. 2017;15(3):164-171.
16. de Moor R. Eating disorder-induced dental complications: a case report. *Journal of oral rehabilitation*. 2004;31(7):725-732.
17. Frydrych AM, Davies GR, McDermott BM. Eating disorders and oral health: a review of the literature. *Australian dental journal*. 2005;50(1):6-15; quiz 56.
18. Little J. Eating disorders: dental implications. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*. 2002;93(2):138-143.
19. Jugale P, Pramila M, Murthy A, Rangath S. Oral manifestations of suspected eating disorders among women of 20-25 years in Bangalore City, India. *J Health Popul Nutr*. 2014;32(1):46-50.
20. Schlosser B, Pirigyi M, Mirowski G. Oral manifestations of hematologic and nutritional diseases. *Otolaryngologic clinics of North America*. 2011;44(1):183-203, vii.
21. Walsh J, Wheat M, Freund K. Detection, evaluation, and treatment of eating disorders the role of the primary care physician. *J Gen Intern Med*. 2000;15(8):577-590.
22. Wetmore A. Recognize the Oral Signs of Eating Disorders. *Dimensions of Dental Hygiene*. 2012;10 (5)(64):67-69.
23. Bhargava S, Motwanib M, Patnib V. Oral implications of eating disorders: a review. *Arch OrofacSci*. 2013;8(1):1-8.
24. Bretz W. Oral profiles of bulimic women: Diagnosis and management. What is the evidence? *The journal of evidence-based dental practice*. 2002;2(4):267-272.
25. Nachón García M, Hernández Parra T, Félix López G, Gracia C. Manifestaciones Bucales en Pacientes Anoréxicos y Bulímicos de Tipo Compulsivo Purgativo. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana* 2003;3(2):17-28.
26. Oakley T, Dey I, Discombe S, Fitzpatrick L, Paul S. Recognition and management of eating disorders in children and young people. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*. 2017;32(9):52-63.
27. AlShahrani M, Haralur S, Alqarni M. Restorative Rehabilitation of a Patient with Dental Erosion. *Case reports in dentistry*. 2017;2017(9517486):1-7.

28. Brown C, Mehler P. Medical complications of self-induced vomiting. *Eating disorders*. 2013;21(4):287-294.
29. Derchi G, Vano M, Peñarrocha D, Barone A, Covani U. Minimally invasive prosthetic procedures in the rehabilitation. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*. 2015;7(1):e170-174.
30. Lo Russo L, Campisi G, Di Fede O, Di Liberto C, Panzarella V, Lo Muzio L. Oral manifestations of eating disorders: a critical review. *Oral diseases*. 2008;14(6):479-484.
31. Ferreira R, Sant'Ana A, Rezende ML, Greggi S, Zangrando M, Damante C. Transtornos alimentares e suas repercussões orais: uma revisão crítica e atual da literatura/Eating disorders and their oral effects: a critical and current review of the literature. *Innov Implant J, Biomater Esthet*. 2014; 9(2/3):47-51.
32. Imfeld C, Imfeld T. [Reflux disease and eating disorders--a case for teamwork]. *Therapeutische Umschau Revue therapeutique*. 2008;65(2):97-102.
33. Ximenes R, Couto G, Sougey E. Eating disorders in adolescents and their repercussions in oral health. *Int J Eat Disord*. 2010;43(1):59-64.
34. Uhlen M, Tveit A, Refsholt Stenhagen K, Mulic A. Self-induced vomiting and dental erosion – a clinical study. *BMC Oral Health*. 2014;14(1):92.
35. Popoff D, Santa-Rosa T, Paula A, Biondi C, Domingos M, Oliveira S. Bulimia: manifestações bucais e atenção odontológica. *RGORevista Gaúcha de Odontologia (Online)*. 2010;58:381-385.
36. Guimarães dos Santos F, Guimarães Cardoso I, Alves D, Souza de Mendonça S. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: Alterações bucais e importância do cirurgião-dentista na abordagem multiprofissional/Nervous anorexia and nervous bulimia: Oral alterations and dentist's role on the multidisciplinary approach. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo*. 2015;27(1):33-42.
37. Athanasiadou E, Kakoura F, Dermata A, Dabarakis N. Adults with Dental Erosion - Could This Be a Clinical Sign of Anorexia or Bulimia Nervosa; How is a Patient with Eating Disorders Approached. *Balkan Journal of Dental Medicine*. 2015;19(2):65-70.
38. Dynesen A, Bardow A, Petersson B, Nielsen L, Nauntofte B. Salivary changes and dental erosion in bulimia nervosa. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*. 2008;106(5):696-707.

39. Imfeld C, Imfeld T. [Eating disorders (II)--dental aspects]. *Schweizer Monatsschrift fur Zahnmedizin = Revue mensuelle suisse d'odonto-stomatologie = Rivista mensile svizzera di odontologia e stomatologia*. 2005;115(12):1163-1171.
40. Schlueter N, Glatzki J, Klimek J, Ganss C. Erosive-abrasive tissue loss in dentine under simulated bulimic conditions. *Archives of oral biology*. 2012;57(9):1176-1182.
41. Kisely S. No Mental Health without Oral Health. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2016;61(5):277-282.
42. Ohrn R, Enzell K, Angmar-Mansson B. Oral status of 81 subjects with eating disorders. *European journal of oral sciences*. 1999;107(3):157-163.
43. Yagi T, Ueda H, Amitani H, Asakawa A, Miyawaki S, Inui A. The role of ghrelin, salivary secretions, and dental care in eating disorders. *Nutrients*. 2012;4(8):967-989.
44. Blazer T, Latzer Y, Nagler R. Salivary and gustatory alterations among bulimia nervosa patients. *European journal of clinical nutrition*. 2008;62(7):916-922.
45. Lifante-Oliva C, Lopez-Jornet P, Camacho-Alonso F, Esteve-Salinas J. Study of oral changes in patients with eating disorders. *International journal of dental hygiene*. 2008;6(2):119-122.
46. Schlienger J, Luca F, Vinzio S. [Pseudo-Sjogren's syndrome and bulimia]. *La Revue de medecine interne*. 2006;27(9):717-718.
47. Back-Brito G, Mota A, Souza Bernardes L, et al. Effects of eating disorders on oral fungal diversity. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology*. 2012;113(4):512-517.
48. Conviser J, Fisher S, Mitchell K. Oral care behavior after purging in a sample of women with bulimia nervosa. *Journal of the American Dental Association (1939)*. 2014;145(4):352-354.
49. Glasgow K, Farinaccia R, Anastasopoulos R. Eating Disorders. *CDHO Factsheet* 2016:1-4.
50. Balshi T, Wolfinger G, Alfano S, Croce J, Balshi S. Oral rehabilitation and psychosocial evaluation of a patient with bulimia nervosa following Teeth in a Day(R) immediate loading protocol. *Compendium of continuing education in dentistry (Jamesburg, NJ : 1995)*. 2015;36(4):e5-e11.
51. American, Academy, of Pediatric, Dentistry. Guideline on Adolescent Oral Health Care. *Clinical Practice Guidelines* 2015 / 2016;37(6):151-158.

52. Johansson A, Johansson A, Nohlert E, Norring C, Astrom A, Tegelberg A. Eating disorders - knowledge, attitudes, management and clinical experience of Norwegian dentists. *BMC Oral Health*. 2015;15(1):124.
53. Lumbau A, Spano G, Meloni S, Sanna F, Lugliè P. Eating Disorders: Assessment of Knowledge on a Dentist's Sample *Int J Child Health Nutr*. 2015;4(1):50-53.
54. DeBate R, Tedesco L, Kerschbaum W. Knowledge of oral and physical manifestations of anorexia and bulimia nervosa among dentists and dental hygienists. *Journal of dental education*. 2005;69(3):346-354.
55. DeBate R, Bleck J, Raven J, Severson H. Using Intervention Mapping to Develop an Oral Health e-Curriculum for Secondary Prevention of Eating Disorders. *Journal of dental education*. 2017;81(6):716-725.
56. Amaral C, Dias R, Ferreira M, Parizi A, de Oliveira A. Relationship between eating disorders and changes in oral health. *Arch Oral Res*. 2011;7(2):205-215.
57. Souza-Gabriel A, Turssi C, Colucci V, Tenuta L, Serra M, Corona S. In situ study of the anticariogenic potential of fluoride varnish combined with CO2 laser on enamel. *Archives of oral biology*. 2015;60(6):804-810.

Capítulo II

1 - Relatório de estágios

A componente do estágio no curso de Mestrado Integrado de Medicina Dentária é um período supervisionado em que podemos abranger mais amplamente os nossos conhecimentos que nos prepara da melhor maneira possível para exercermos a nossa profissão no futuro. O estágio é dividido em três componentes essenciais sendo elas: Estágio em Clínica Geral Dentária (ECGD), Estágio Hospitalar (ECH) e Estágio em Saúde Oral e Comunitária (ESOC).

1.1 – Estágio em Clínica Geral Dentária

O Estágio em Clínica Geral Dentária decorreu na Unidade Clínica Nova Saúde - Gandra num período de 5 horas semanais, às terças-feiras das 19 horas até às 24 horas durante o ano letivo 2017/2018, tendo início no dia 12 de setembro de 2017 e término no dia 12 de junho de 2018, perfazendo um total de 180 horas anuais. Este estágio foi supervisionado pela Mestre Paula Malheiro e pelo Mestre João Baptista.

Os atos que realizei durante este período estão colocados na tabela 2 que se segue, sendo que alguns destes atos aqui incluídos foram realizados também em estágio voluntário nos dias 10/04/2017, 11/05/2017, 21/08/2017, 22/08/2017, 23/08/2017, 24/08/2017 e 25/08/2017.

Atos Clínicos	Operador	Assistente	Total
Triagem e Ortopantomografia	7	7	14
Dentisterias	6	8	14
Exodontias	6	8	14
Endodontias	4	2	6
Destartarizações	4	3	7
Outros	1	2	3

Tabela 2 – Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente durante o ECGD.

1.2 – Estágio Hospitalar

O estágio hospitalar foi realizado no serviço de Medicina Dentária do Hospital Padre Américo de Penafiel, num período de 3,5 horas semanais, às sextas-feiras das 9 horas até às 12 horas e 30 minutos, durante o ano letivo 2017/2018, tendo início no dia 15/09/2018 e término no dia 15/06/2018. Perfez assim um total anual de 120 horas. Foi supervisionado pela Mestre Paula Malheiro e pelo Mestre Rui Bezerra.

Os atos clínicos elaborados durante este longo período estão referenciados na tabela 3, que passo a referenciar.

Atos Clínicos	Operador	Assistente	Total
Consulta simples	1	0	1
Dentisterias	28	32	60
Exodontias	37	38	75
Endodontias	4	6	10
Destartarizações	10	15	25

Tabela 3 – Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente durante o ECH.

1.3 – Estágio em Saúde Oral e Comunitária

O estágio em saúde oral e comunitária foi realizado nas instalações do instituto, assim como em escolas do 1º ciclo e infantários, sediadas no concelho de Valongo. Tinha a duração de 3,5 horas semanais, às segundas-feiras das 9 horas até às 12 horas e 30 minutos, durante o ano letivo 2017/2018 tendo início no dia 11/09/2017 e término no dia 11/06/2018. Perfez assim um total anual de 120 horas. O estágio foi supervisionado pelo Professor Doutor Paulo Rompante.

Na primeira parte do estágio foram realizados diversos trabalhos de incentivo e forma de comunicação com diversas faixas etárias e diferentes classes de pacientes. Nos pacientes da faixa etária 0-5 e dos 6-7 anos foi realizado um teatro elucidativo às técnicas de escovagem. Nos pacientes da faixa etária compreendida entre os 8-9 anos foi implementado um jogo interativo e educativo relativamente à higiene oral e foi elaborado um panfleto para entregar com formas adequadas de se realizar a escovagem dentária. No grupo de pacientes pertencentes à classe dos

adolescentes foi elaborado um vídeo com imagens chocantes do que uma má higiene oral pode provocar na cavidade oral. No grupo de pacientes correspondente às grávidas foi realizado um pequeno teatro onde foi simulada uma consulta de Medicina Dentária de uma mulher grávida, dando-se todas as indicações e conselho que ela necessita de saber. No grupo de pacientes correspondente aos adultos sêniores foi elaborado também um teatro elucidativo relativamente às boas práticas orais, importância do uso de prótese dentária e da higienização das mucosas. No grupo alvo correspondente aos pacientes com HIV/SIDA foi efetuado um vídeo com as implicações orais causadas pela doença. Tudo isto foi pensado e elaborado de acordo com as normas do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.

Na segunda parte deste estágio foi realizado o levantamento de dados epidemiológicos e a sua interpretação na Escola Básica Mirante dos Sonhos recorrendo a inquéritos fornecidos pela OMS. Foram realizadas as atividades de incentivo das crianças à higiene oral propostas anteriormente.

2- Conclusão

A realização destes estágios acrescentou novos conhecimentos positivos, melhorou a minha relação com os pacientes e a minha capacidade de trabalhar em equipa, visto que fui desafiada a lidar com todo o tipo de pessoas e situações, foi possível para mim evoluir enquanto pessoa e enquanto profissional de saúde oral.

Estes estágios permitiram-me também ter uma melhor noção da realidade que se vive em Portugal relativamente à higiene oral que muitas vezes não lhe é dada importância devida. Apesar da maioria das pessoas referenciar os problemas económicos como fator para não se deslocarem ao médico dentista, concluo que o principal problema é não incluírem a higiene oral como parte integrante da higiene diária.