

Relatório de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Bulimia e Alterações na Cavidade Oral

Laura Margarida Ribeiro Pacheco

Orientador: Prof. Doutor José Júlio Pacheco

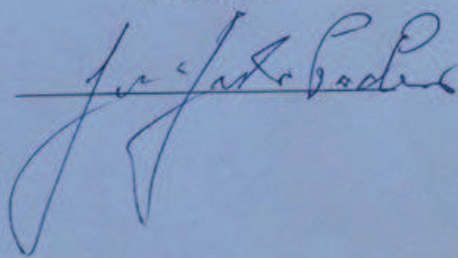
ACEITAÇÃO DO ORIENTADOR

DECLARAÇÃO

Eu, **José Júlio Pacheco**, com a categoria profissional de **Professor Associado** do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado **Bulimia e Alterações na Cavidade Oral**, do Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, **Laura Margarida Ribeiro Pacheco**, 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, 20/12/2016

O Orientador

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'José Júlio Pacheco', is written over a horizontal line. The signature is stylized and cursive.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por toda a dedicação, empenho e apoio incondicional que fizeram com que fosse possível terminar mais uma etapa da minha vida acadêmica. A eles devo-lhes tudo.

À minha irmã, por toda a motivação e incentivo mesmo nas alturas mais difíceis tanto dentro do contexto das aulas como fora.

A todos os professores e à Instituição, por permitirem adquirir os conhecimentos fundamentais para a minha formação acadêmica.

Ao meu orientador, Prof. Doutor José Júlio Pacheco, os meus mais sinceros agradecimentos por ter aceite orientar-me neste trabalho, e por toda a dedicação e paciência.

À Tânia Neto, por ser incansável no que toca a motivação nos momentos mais desesperantes.

A todos os amigos e colegas, por todos os bons momentos que tornaram estes últimos cinco anos inesquecíveis.

“Preparar o futuro significa fundamentar o presente.”
Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

Introdução: A Bulimia Nervosa é um tipo de distúrbio alimentar caracterizado por comportamentos inadequados para evitar o aumento de peso. É uma das patologias mais prevalentes na nossa sociedade e a sua incidência tem vindo a aumentar nos últimos anos. Existe uma pressão tanto social como cultural a justificar o aumento da sua prevalência que tem subido significativamente em mulheres.

Objetivos: Verificar as principais alterações na cavidade oral causadas pela bulimia e o papel do médico dentista na doença.

Metodologia: Foram selecionados 22 artigos, nas bases de dados ScienceDirect, PubMed e EbscoHost. Foram utilizados artigos publicados entre os anos 1999 e 2015 com relevância para a temática do trabalho.

Discussão: Estudos realizados têm vindo a fornecer muitas informações acerca do tema de distúrbios alimentares e manifestações na cavidade oral. Destaca-se as suas repercussões na cavidade: erosão dentária, hipersensibilidade dentária, cárie dentária, xerostomia, alterações periodontais, hipertrofia da glândula parótida, sialose, bruxismo e abrasão. O dentista deve ser capaz de identificar tais eventos, auxiliar no diagnóstico e participar no tratamento de pacientes multidisciplinarmente.

Considerações finais: São necessários mais estudos para que seja possível perceber a verdadeira influência da Bulimia Nervosa no desenvolvimento e progressão das manifestações na cavidade oral.

Palavras-Chave

- "bulimia"; "manifestações orais"; "distúrbio alimentar"; "erosão dentária"; "saúde oral"; "cáries dentárias".

ABSTRACT

Introduction: Bulimia Nervosa is a type of eating disorder characterized by inappropriate behavior to prevent weight gain. It is one of the most prevalent pathologies in our society and its incidence has been increasing in recent years. There is so much social pressure and cultural justifying the increase in its prevalence has increased significantly in women.

Objectives: To determine the main changes in the oral cavity caused by bulimia and check the role of the dentist in the disease.

Methodology: Were selected 22 articles in ScienceDirect databases, PubMed and EBSCOhost. Articles used were published between 1999 and 2015 because of its relevance to the theme.

Discussion: Studies have been providing a lot of information about eating disorders theme and manifestations in the oral cavity. Noteworthy is its impact in the cavity: dental erosion, dental hypersensitivity, dental caries, xerostomia, periodontal changes, hypertrophy of the parotid gland, sialosis, bruxism and abrasion. Since the first manifestations of bulimia may appear in the oral cavity, the dentist must be able to identify such events, engage in the diagnosis and treatment of patients multidisciplinary.

Final considerations: Further studies are needed to be able to realize the true influence of Bulimia Nervosa in the development and progression of manifestations in the oral cavity.

Key Words

- "bulimia"; "oral manifestations"; "eating disorder"; "dental erosion"; "oral health"; "dental caries".

ÍNDICE

Aceitação do Orientador	I
Agradecimentos	II
Resumo	III
<i>Abstract</i>	IV
Índice	V
Capítulo I – Bulimia e Alterações na Cavidade Oral	1
1. Introdução	1
2. Objetivos	3
3. Metodologia	4
4. Discussão	5
4.1. Alterações na Cavidade Oral	5
4.2. Papel do Médico Dentista	8
5. Considerações Finais	10
6. Referências Bibliográficas	11
Capítulo II - Relatório das Atividades Práticas de Estágio Supervisionado	14
1. Introdução	14
2. Relatório de Atividades por Unidade Curricular	14
2.1. Estágio em Clínica Geral Dentária	14
2.2. Estágio Hospitalar	15
2.3. Estágio em Saúde Oral Comunitária	16
2.4. Estágio Voluntário	17
3. Considerações Finais das Atividades de Estágio	18

CAPÍTULO I- BULIMIA E ALTERAÇÕES NA CAVIDADE ORAL

1. Introdução

Os distúrbios alimentares são doenças do foro psiquiátrico caracterizadas por alterações na alimentação e que são acompanhadas de complicações graves para a saúde dos doentes e podem até causar a morte.^{1,2}

Neste Relatório Final de Estágio é abordado um tipo de transtorno alimentar - a Bulimia Nervosa (BN). A palavra "bulimia" deriva do termo grego "*bous*" (boi) e "*limos*" (fome) que significa "fome de boi".

Sabe-se que a sua etiologia é multifatorial e que depende de vários fatores como os psiquiátricos, psicológicos, neuro-químicos, ambientais, socioculturais e também genéticos.^{1,3,4, 5, 6}

É característica fundamental da BN a vergonha do próprio corpo mesmo quando o peso é normal e acaba por afetar os pensamentos e comportamentos do doente³ e pode culminar com complicações severas.^{3,7}

Com a pressão do quotidiano a promover a magreza, a imagem do corpo cada vez mais se verifica distorcida, levando a um aumento de distúrbios alimentares como a BN que não ocorre só em mulheres mas também homens, incluindo os de meia-idade.⁸

A BN é caracterizada por comportamentos inadequados para evitar o aumento de peso que tentam compensar um padrão de hiperfagia (*Binge Eating*) como a regurgitação provocada ou vômito auto-induzido, períodos de jejum, dietas exageradas, uso de laxantes e excesso de exercício físico.⁹

Atualmente, a BN é uma das patologias mais prevalentes na nossa sociedade e a sua incidência tem vindo a aumentar nos últimos anos. A sociedade associa, cada vez mais, a beleza e perfeição à magreza e existe uma pressão tanto social como cultural a justificar o aumento da sua prevalência. Estes doentes apresentam baixa auto-estima e insegurança em relação ao próprio corpo e depressão.^{1,10,11}

As mulheres podem ser afetadas até vinte vezes mais que os homens sendo que afeta mais mulheres caucasianas.^{1,12} A taxa de morbidade e mortalidade apresenta-se elevada para doentes com distúrbios alimentares como a BN.¹³

Atletas, bailarinos e modelos são dos grupos de maior risco. Porém é preciso ter em consideração o facto de muitos doentes não admitirem que apresentam a patologia

ou evitam o seu tratamento por não considerarem a patologia tão severa como deveras é.¹²

A BN tem repercussões na cavidade oral tais como: a erosão dentária, a hipersensibilidade dentária, a cárie dentária, a xerostomia, as alterações periodontais, a hipertrofia da glândula parótida a sialose, o bruxismo e a abrasão, sensação de ardência da cavidade oral, lesões no palato mole, queilite e candidíase oral.²

Estas manifestações podem ser causadas por uma deficiente higiene da cavidade oral, ingestão excessiva de hidratos de carbono e pelo próprio vômito que devido ao pH ácido danifica as estruturas dentárias.⁶

O médico dentista pode desempenhar um papel importante na prevenção e diagnóstico da doença, sendo importante que esteja atento aos sinais associados a esta condição, pois são, na maioria dos casos, os primeiros profissionais a contactar com estes doentes.^{1, 2, 14}

O profissional de saúde deve analisar o estado da cavidade oral e perioral, estar atento aos sinais e sintomas e recolher toda a história clínica do doente. Para isso é essencial que haja confiança entre ambos para que, no caso de suspeita da existência de um distúrbio alimentar o médico dentista seja capaz de o informar acerca da doença e as suas repercussões.^{5, 6, 15, 16} As primeiras manifestações desta patologia podem aparecer na cavidade oral, sendo necessário ao dentista identificar tais eventos, e, como mencionado anteriormente, auxiliar no diagnóstico e promover o tratamento dos pacientes multidisciplinarmente. Deste modo será possível estabelecer um bom prognóstico e consequente recuperação.^{1, 12}

Confirma-se que um diagnóstico precoce da doença e uma intervenção adequada são importantes para prevenir ou pelo menos tentar reduzir algumas das complicações orais. O profissional de saúde oral deve incentivar os doentes para o acompanhamento dentário adequado.^{1, 2, 6, 9, 10, 12, 17}

Apesar de existirem alguns estudos acerca das manifestações orais associadas a distúrbios alimentares, são ainda necessários mais estudos de modo a evitar/diminuir algumas contradições, para já, existentes, nomeadamente relativas à prevalência, reversibilidade e os estadios de agudização.⁹

2. Objetivos

Os objetivos deste trabalho são abordar, através de uma revisão bibliográfica narrativa, as principais alterações na cavidade oral causadas pela Bulimia Nervosa e verificar o papel do médico dentista na orientação dos cuidados de higiene oral em pacientes com esta doença assim como a sua importância na contribuição para a prevenção e diagnóstico deste distúrbio alimentar e no diagnóstico e tratamento das manifestações orais decorrentes.

3. Metodologia

No âmbito deste tema cuja finalidade é fazer uma revisão narrativa da literatura, foi efectuada uma pesquisa bibliográfica tendo sido seleccionados 22 artigos considerados os mais relevantes para esta temática, nas bases de dados ScienceDirect, PubMed e EbscoHost e com recurso às palavras-chave: "bulimia"; "oral manifestations"; "eating disorder"; "dental erosion"; "oral health"; "dental caries".

Foram excluídos os artigos que se desviavam do tema, os que tivessem data de publicação inferior a 1999, os cujo título não apresentasse a palavra-chave na íntegra, os não disponíveis em texto integral ou a falta de resposta dos autores ao pedido para a cedência dos artigos.

4. DISCUSSÃO

4.1. Alterações na Cavidade Oral

São várias as manifestações orais presentes nos pacientes com BN, sendo muitas vezes difícil estabelecer uma relação causal entre as duas situações.

Burkhart (2011)⁸ analisou uma paciente com historial de distúrbios alimentares portadora de reabilitação oral com facetas. Estas encontravam-se fraturadas e algumas deslocadas devido à dissolução das mesmas causadas pelos elevados níveis ácidos consequentes dos hábitos bulímicos.

Johansson *et al.* (2012)⁹ realizaram os seus estudos em indivíduos que apresentavam distúrbios alimentares. Responderam a um questionário e foram examinados clinicamente. Verificou-se que os pacientes com BN sofriam de uma saúde oral mais debilitada e que a erosão dentária era a manifestação mais comum.

Bonilla *et al.* (2001)¹⁰ avaliaram uma paciente de 29 anos que sofria de BN e apresentava um padrão generalizado de erosão de esmalte. No exame extra-oral verificaram um aumento da glândula parótida. Notaram também a mucosa oral seca e irritada com queilite, grande deterioração do esmalte e da dentina (perimólise). Verificaram que ela apresentava sensibilidade ao ar frio devido à erosão do esmalte. As manifestações dentárias mais recorrentes em indivíduos com distúrbios alimentares são para estes autores, a erosão do esmalte e as cáries. Neste artigo também são referidas outras alterações orais como sangramento gengival, inflamação da orofaringe e a xerostomia.

Ohrn *et al.* (1999)¹¹ estudaram diversas alterações orais numa amostra de 81 indivíduos (79 mulheres e 2 homens) entre os 17 e 47 anos com distúrbios alimentares diagnosticados e em tratamento. Usaram um grupo de controlo como termo de comparação que consistia em 48 mulheres e 4 homens saudáveis entre os 19 e 41 anos. Ao iniciar este trabalho foi pedido a todos os voluntários para indicar hábitos purgativos passados e presentes, duração e frequência dos mesmos, e se higienizavam os dentes depois de vomitar. Foi também pedido os hábitos dietéticos dos participantes. Tiraram diversas radiografias e fotografias a cores intra-orais, fizeram modelos maxilares e

mandibulares e analisaram as cáries dentárias, a erosão e o fluxo salivar. Dos 81 indivíduos com distúrbios, 7 apresentavam uma combinação de Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, e 46 apenas BN. Obtiveram resultados que afirmam que a prevalência de cáries é maior nos pacientes com distúrbios alimentares e que a erosão está presente também em quase todos os indivíduos deste grupo, sendo que 77 apresentavam erosão no esmalte e 45 erosão na dentina. A análise da saliva não apresentou diferenças significativas. No entanto, pessoas com erosão apresentavam um menor fluxo salivar sendo que, todavia, um maior fluxo deveria conduzir a um aumento do risco de erosão. A frequência das cáries parece depender da higiene oral e não pode ser diretamente ligada ao distúrbio alimentar. Foi realçado que os resultados podem variar comparativamente com outros países, uma vez que, na Suécia os habitantes têm bastante conhecimento dos cuidados a ter na higiene oral nomeadamente o facto de não se higienizar os dentes imediatamente a seguir ao vómito já que, parece que logo após o vómito, a escovagem pode causar erosão dentária ou agravar a pré-existente.

No estudo de Back-Brito *et al.* (2012)¹³ avaliou-se a microflora na cavidade oral em pacientes com BN e um grupo de controlo. Avaliaram a presença de diferentes estirpes do fungo *Candida*. Analisaram as amostras e verificaram que os grupos de pacientes com BN apresentavam maior prevalência de *Candida spp.*, com manifestação de candidíase oral.

Uhlen *et al.* (2014)¹⁴ avaliaram indivíduos com BN com o objetivo de verificar se estes apresentavam ou não maior risco de erosão dentária na Noruega. Os pacientes estavam em tratamento clínico, e um profissional registou as lesões de erosão usando um método denominado VEAE (Visual Erosion Dental Examination). Dos 72 pacientes, 66 apresentaram episódios de vómito auto induzido frequente. Desses 66, 63 eram mulheres e 3 homens cuja idade média rondava os 27.7 anos de idade e cujo tempo médio de duração da prática de vómito era de 10.6 anos (sendo que este hábito variava entre os 3 e os 32 anos). Foram encontradas, em 46 indivíduos, lesões de erosão dentária sendo que 19 eram apenas do esmalte e 27 do esmalte e da dentina. 41.6% das lesões de erosão foram encontradas nas superfícies palatinas e linguais; 36.6% nas superfícies oclusais e 21.8% nas superfícies vestibulares. As lesões de dentina estavam mais presentes nos primeiros molares inferiores e as lesões de esmalte mais frequentes nos incisivos centrais superiores. Os indivíduos que tinham o hábito de vomitar há mais tempo, apresentavam

mais lesões de erosão (48.6%) e 71.7% das lesões estendiam-se até à dentina. Contudo, em 30.3% de doentes que vomitaram durante 32 anos, não se identificaram lesões de erosão, o que pode ser explicado pelas diferenças na susceptibilidade individual. Portanto, verificaram que a erosão dentária normalmente afeta indivíduos que induzem o vômito frequentemente e que é mais comum nas regiões palatinas e linguais do que em vestibular.

No artigo de Emodi-Perlman *et al.* (2008)¹⁸, os autores compararam a prevalência de sinais e sintomas entre jovens mulheres que sofriam de distúrbios alimentares e mulheres saudáveis, avaliando a frequência do vômito. Foi realizado um questionário a 79 mulheres hospitalizadas devido a distúrbios alimentares, das quais 43 vomitavam e 36 não. Analisaram estatisticamente os resultados que demonstraram que este grupo de mulheres com distúrbios alimentares apresentava maior prevalência de erosões dentárias e atrição (bruxismo) em relação ao grupo de controlo. Concluíram que as mulheres com distúrbios alimentares apresentavam maior destruição de tecidos dentários do que mulheres saudáveis.

4.2 Papel do Médico Dentista

Vários estudos tentam demonstrar a importância do médico dentista na orientação dos cuidados de higiene oral em pacientes com bulimia assim como a sua importância na contribuição para a prevenção e diagnóstico deste distúrbio alimentar e no diagnóstico e tratamento das manifestações orais daí decorrentes.

Segundo Traebert *et al.* (2001)⁶, os transtornos bulímicos com uma componente obsessivo-compulsiva apresentados por alguns doentes devem ser tidos em conta pois muitos destes pacientes têm uma tendência para uma excessiva higiene oral podendo aplicar forças de escovagem exageradas sobre os dentes. Assim, e ainda segundo os mesmos autores, o médico dentista deve alertar convenientemente o doente para as consequências deste mau hábito de escovagem, especialmente quando executado imediatamente após o vômito. Diversos autores afirmam que o médico dentista deve aconselhar os doentes para que, imediatamente após o vômito, procedam a bochechos com soluções neutralizadoras de ácidos tais como: bicarbonato de sódio, água e hidróxido de magnésio, para desta forma compensar o pH ácido proveniente do estômago.^{6, 12, 16}

Santos *et al.* (2015)¹⁹ defendem que é necessária educação para o cuidado dentário em pacientes com BN. Os dentistas são os únicos profissionais de saúde que examinam regularmente doentes com esta patologia devendo estar atentos para identificar este tipo de pacientes, encaminhando-os para tratamento psicológico e recomendando práticas preventivas. Concordando com estes autores, Popoff *et al.* (2010)¹⁵ referem que o médico dentista terá que possuir conhecimento dos sinais e sintomas e que será necessário conduzir multidisciplinarmente os pacientes a uma assistência profissional adequada, tendo o cuidado de não fazer perguntas diretas, uma vez que uma postura adequada perante pacientes bulímicos conduz a resultados positivos, melhorando a autoestima e evitando a deterioração dos dentes por meio de tratamento dentário.

O objetivo do estudo de DeBate *et al.* (2005)²⁰ foi determinar o conhecimento de dentistas e higienistas acerca das manifestações de distúrbios alimentares, como a BN. Foi realizado um estudo na Universidade de Michigan com 576 profissionais de saúde oral (dentistas e higienistas). Verificaram que uma percentagem maior de higienistas em relação aos dentistas identificou corretamente as manifestações orais dos distúrbios

alimentares. Os profissionais de saúde são os primeiros a identificar os sintomas orais dos diversos distúrbios alimentares e a assegurar o tratamento.

Jenny *et al.* (2014)²¹ recolheram uma amostra de 292 mulheres com BN que estavam a receber tratamentos clínicos adequados. As mulheres responderam a um inquérito online de 45 perguntas relacionadas com os cuidados orais após o vômito. A amostra teria de ter idade igual ou superior a 18 anos e apenas 201 completaram todo o inquérito (sendo que as perguntas eram opcionais). Verificaram que 32.5% escovavam os dentes imediatamente após o vômito (o que não deveria acontecer). Apesar de 92.4% das participantes saberem que sofrem de BN, apenas 29.2% confirmaram ao médico dentista a sua presença. Concluíram, neste artigo, que apesar das participantes com BN se preocuparem bastante com a saúde oral, eram também o grupo que apresentava mais problemas deste foro e menos de um terço considerou os profissionais como a maior fonte de ajuda na informação da saúde oral.

Para Antunes *et al.* (2007)²², o médico dentista deve preocupar-se quando o doente apresenta quadros crónicos de erosão dentária em que a dentina pode estar exposta. Deve propor a proteção da mesma com utilização de cimentos de ionómero de vidro, vernizes fluoretados, restaurações com resinas compostas, sendo, por vezes, necessária a realização de tratamento endodôntico. Salientam também que o aconselhamento dietético é uma mais-valia em pacientes com BN, pois é evitada a ingestão de bebidas e alimentos ácidos de modo a controlar e diminuir o processo de erosão dentária.

5. Considerações Finais

Esta revisão bibliográfica não permite tirar conclusões esclarecedoras, pelo que foi elaborado um conjunto de considerações finais orientadoras, sendo que muito mais estudos devem ser realizados para que seja possível perceber a verdadeira influência da Bulimia Nervosa no desenvolvimento e progressão das manifestações na cavidade oral.

A Bulimia Nervosa parece desencadear diversas alterações na cavidade oral podendo acometer tanto os tecidos duros como os tecidos moles e em que o seu diagnóstico precoce pode conduzir a um prognóstico favorável dessas manifestações.

A erosão dentária parece ser a alteração mais prevalente na cavidade oral em pacientes bulímicos, sendo que o vômito auto induzido e sua higienização imediata contribuem para a sua patogenia, pelo que a escovagem imediatamente após o vômito deve ser evitada, parecendo contudo existir diferenças na susceptibilidade individual devido à erosão dentária nos doentes que induzem o vômito.

Outras manifestações orais tais como a hipersensibilidade dentária, cárie dentária, xerostomia, alterações periodontais, hipertrofia da glândula parótida, sialose, bruxismo, abrasão, podem também estar presentes, não sendo ainda possível estabelecer relação direta entre estas alterações orais e a Bulimia Nervosa.

Assim sendo, o médico dentista deve ter mais conhecimentos semiológicos da Bulimia Nervosa e alertar estes doentes para a necessidade de controlos regulares de saúde oral, devendo informar acerca das consequências para a cavidade oral que advêm eventualmente da doença e juntamente com outros profissionais de saúde como os médicos de família, os nutricionistas, os psicólogos e os psiquiatras contribuir para o restabelecimento da saúde geral e oral do indivíduo.

6. Referencias Bibliográficas

1. Jugale PV, Pramila M, Murthy AK, Rangath S. "Oral manifestations of suspected eating disorders among women of 20-25 years in Bangalore city, Índia". *Journal Health Population Nutrition*. 2014 Mar; 32(1): 46-50.
2. Frydrych AM, Davies GR. "Eating disorders and oral health: A review of the literature". *Australian Dental Journal*. 2005 Mar; 50(1): 6-15.
3. Kavitha P, Vivek P, Hegde A. "Eating disorders and their implications on oral health- role of dentists". *The journal of Pediatric dentistry*. 2011; 36 (2): 155-160.
4. Tseng M, Fang D, Lee M. "Taiwan comparative validity of chinese versions of the bulimic inventory test Edinburg and eating attitudes test for DSM-IV eating disorders among high school dance and nondance students in Taiwan". *International Journal of eating Disorders*. 2014; 47: 105-111.
5. Misra N, Mehra A, Misra Mehra J. "Oral manifestations of eating disorders". *Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology*. 2010 Oct/Dec; 22(4): S19-22.
6. Traebert J, Moreira EAM. "Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência". *Pesquisa Odontologica Brasil*. 2001 Out/Dez; 15(4): 359-363.
7. Hague A. "Eating disorders screening in dental office". *American Dental Association*. 2010; 141: 675-678.
8. Burkhart N. "Bulimia: decreasing the damage to enamel". *RHD Oral Exams*. 2011: 86-88.
9. Johansson AK, Norring C, Unell L, Johansson A. "Eating disorders and oral health: a matched case-control study". *European Journal Oral Sciences*. 2012 Feb; 120(1): 61-68.
10. Bonilla ED, Luna O. "Oral rehabilitation of a bulimic patient: a case report". *Quintessence International*. 2001; 32(6): 469-475.
11. Ohrn R, Enzel K, Angmar-Månsson B. "Oral status of 81 subjects with eating disorders". *European Journal Oral Sciences*. 1999 Mar; 107(3): 157-163.

12. Aranha ACC, Eduardo CP, Cordás TA. "Eating disorders part I: psychiatric diagnosis and dental implications". *The Journal Contemporary Dental Practise*. 2008 Sep; 9(6): 73-81.
13. Back-Brito GN, Mota AJ, Bernardes LÂS, Takamune SS, Prado EGB, Cordás TA, Balducci I, Nobrega F, Koga-Ito CY. "Effects of eating disorders on oral fungal diversity". *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology*. 2012 Apr; 113(4): 512-517.
14. Uhlen MM, Tveit AB, Stenhagen K, Mulic A. "Self-induced vomiting and dental erosion - a clinical study". *BioMed Central Oral Health*. 2014; 14: 1-7.
15. Popoff DAV, Santos-Rosa TTA, Paula CF, Biondi CMF, Domingos MA, Oliveira SA. "Bulimia: manifestações bucais e atenção odontológica". *Revista Gaúcha Odontologia*. 2010 Jul/Set; 58(3): 381-385.
16. Guedes CC, Bussadori SK, Mutarelli PS. "Estudo das alterações bucais que auxiliam no diagnóstico da bulimia nervosa do tipo purgativo: revisão de literatura". *Revista Pediatria Moderna*. 2007 Nov/Dez; 43(6): 303-308.
17. Amoras DR, Messias DCF, Ribeiro RPP, Tussi CP, Serra MC. "Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal". *Revista Odontologia UNESP*. 2010 Jul/Ago; 39(4): 241-245.
18. 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.
19. Santos F, Cardoso I, Alves D, Mendonça S. "Anorexia nervosa e bulimia nervosa: alterações bucais e importância do cirurgião-dentista na abordagem multidisciplinar". *Revista de Odontologia Universitária da Cidade de São Paulo*. 2015 Jan/Abr; 27 (1): 33-42
20. DeBate RD, Tedesco LA, Kerschbaum WE. "Knowledge of oral and physical manifestations of anorexia and bulimia nervosa among dentists and dental hygienists". *Journal of Dental Education*. 2005 Mar 1; 69(3): 346-354.
21. Jenny H, Sheehan D, Fisher Sheehan, Mitchell K. "Oral care behavior after purging in a sample of women with bulimia nervosa". *Journal of American Dental Association*. 2014; 145(4):352-354

22. Antunes K, Amaral C, Balbinot C. "Anorexia e bulimia nervosa: complicações bucais e o papel do cirurgião-dentista frente a transtornos alimentares". *Disciplinarium Scientia*. 2007; 8(1): 159-167

CAPÍTULO II - RELATÓRIO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO

1. Introdução

O Estágio em Medicina Dentária é uma componente essencial para a formação académica do aluno, uma vez que permite o contato direto com os pacientes, onde o aluno aumenta a sua experiência e os seus conhecimentos na área da Medicina Dentária. O Estágio permite ao aluno uma prática clínica acompanhada e supervisionada.

É constituído por três componentes distintas: Estágio em Clínica Geral Dentária, Estágio Hospitalar e Estágio em Saúde Oral Comunitária. A combinação destas áreas permite experienciar diferentes ambientes e situações com as quais nos podemos deparar na nossa vida profissional, sendo por isso uma mais-valia para a formação.

A descrição dos atos efetuados nestas componentes está exposta neste capítulo.

O Estágio em Medicina Dentária é um período essencial para o discente, uma vez que visa aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso através de um exercício prático. Este Estágio tem como objetivo desenvolver, no aluno, as competências clínicas essenciais para obtenção de um correto diagnóstico e plano de tratamento.

2. RELATÓRIO DE ATIVIDADE POR UNIDADE CURRICULAR

2.1. Estágio em Clínica Geral Dentária:

O Estágio em Clínica Geral Dentária, cuja regente é a Professora Doutora Filomena Salazar, decorreu na Unidade Clínica Nova Saúde – Gandra, num período de 5 horas semanais: Quinta-Feira das 19h-24h (entre 17 de Setembro de 2015 e 16 de Junho de 2016), num total de 180 horas, onde a descrição dos atos clínicos encontra-se na tabela 1. A supervisão foi assegurada pela Professora Doutora Filomena Salazar e pela Professora Doutora Cristina Coelho. Este estágio proporcionou maior autonomia, maior integração no ambiente clínico, assim como a aquisição de competências ao nível do diagnóstico e elaboração de um correto plano de tratamento.

Tabela 1. Descrição dos atos clínicos como operador e assistente no Estágio Geral em Medicina Dentária

Ato Clínico	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	16	13	29
Exodontia	5	6	11
Endodontia	7	6	13
Destartarização	4	7	11
Triagem	4	4	8
Total	36	36	82

2.2 Estágio Hospitalar

O Estágio Hospitalar, cujo regente é o Dr. Fernando Figueira, decorreu no Hospital Padre Américo (Penafiel), teve início a 19 de Setembro de 2015 e término a 13 de Junho de 2016, com carga horária total de 180 horas e supervisionado pelo Mestre Rui Bezerra, Mestre Alexandra Fernandes e pela Mestre Paula Malheiro, em que descrição dos atos clínicos encontra-se descrita na tabela 2. Esta componente do Estágio fornece a possibilidade de efetuar tratamentos em pacientes com características especiais, nomeadamente hipocoagulados, com patologias psicológicas e cognitivas, o que traduz num aumento das competências por parte do aluno para agir de forma correta nestes casos especiais.

Tabela 2. Descrição dos atos clínicos como operador e assistente no Estágio Hospitalar

Ato Clínico	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	59	6	65
Exodontia	89	4	93
Endodontia	13	1	14
Destartarização	14	1	15
Triagem	1	1	2
Total	176	13	189

2.3 Estágio em Saúde Oral Comunitária

O Estágio em Saúde Oral Comunitária, sob a regência do Professor Doutor Paulo Rompante, decorreu entre 27 de Fevereiro de 2015 e 25 de Maio de 2016, num total de 120 horas. Numa primeira fase, decorreu nas instalações do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS), onde foram preparados todos os elementos necessários para, posteriormente, numa segunda fase, efetuar os trabalhos no Centro Escolar de Gandra (Paredes), Escola Básica de Sampaio (Ermesinde). O objetivo deste Estágio, com base no Programa Nacional de Promoção e Saúde Oral, consistiu na motivação de crianças do jardim de infância e do 1ºciclo para o desenvolvimento de hábitos de higiene oral diários, assim como estimular a importância de uma alimentação saudável, utilizando ferramentas adequadas para desenvolver uma maior interesse por parte das crianças. Também foram recolhidas informações sobre o Índice CPO e outras informações importantes. A descrição das atividades encontra-se na tabela 3.

Tabela 3. Descrição das atividades elaboradas durante o Estágio em Saúde Oral Comunitária

Data	Instituição	Turmas	Plano de Atividades
27 Jan	JInf – Sampaio Ermesinde 1º Ciclo CE Gandra (Paredes)	T1 e T2 T1, T6, T7, T8, T9	Apresentação do cronograma
03 Fev	1º Ciclo CE Gandra (Paredes)	T1, T6, T7, T8, T9	A
17 Fev	1ºCiclo – CE Gandra (Paredes)	T4	A+C
24 Fev	1ºCiclo – CE Gandra (Paredes)	T1	A+C
2 Mar	1ºCiclo – CE Gandra	T3	A+C

(Paredes)			
09 Mar	1º Ciclo – CE Gandra	T7	A+C
(Paredes)			
16 Mar	1º Ciclo – CE Gandra	T10	A+C
(Paredes)			
06 Abr	JInf- Sampaio Ermesinde	Sala 1	B+D
13 Abr	JInf – Sampaio Ermesinde	Sala 2	B+D
20 Abr	JInf – Sampaio Ermesinde	Sala 1,2	B+D
TOTAL			234 alunos

Legenda:

A: Entrega de um livro de pintar (crianças dos 3-5 anos); Realização do Jogo “Quem quer ser milionário” (1º Ciclo)

B: Recolha de dados

C: Acompanhamento da Escovagem Dentária e Avaliação

2.4 Estágio Complementar Voluntário

De forma a complementar a minha formação, durante o período de Verão do ano 2015 tomei a liberdade de despende de algum tempo para trabalhar na Clínica Nova Saúde – Gandra. Este estágio foi realizado entre o dia 27 de Julho e o dia 14 de Agosto perfazendo uma carga horária de 40 horas. A descrição das atividades encontra-se na tabela 4.

Tabela 4. Descrição dos atos clínicos como operador e assistente no Estágio Complementar Voluntário

Ato Clínico	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	6	4	10
Exodontia	1	3	4

Endodontia	2	1	3
Destartarização	3	2	5
Triagem	1	1	2
Total	13	11	24

3. Considerações Finais das Atividades de Estágio

Em suma, o conjunto dos vários Estágios é de extremo valor e importância pois são fundamentais para a aprendizagem, aperfeiçoamento e evolução das capacidades adquiridas ao longo destes anos de estudo, sendo sem dúvida uma mais-valia e excelente preparação para o futuro profissional.