

**FACULDADE DE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

ALINE SOARES DAMASCENO FERNANDES

**SAÚDE BUCAL DE PACIENTES QUE SE
SUBMETERAM À GASTROPLASTIA**

**PATOS DE MINAS
2013**

ALINE SOARES DAMASCENO FERNANDES

**SAÚDE BUCAL DE PACIENTES QUE SE
SUBMETERAM À GASTROPLASTIA**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia

Orientador: Prof. Mayra Maria Coury de França

**PATOS DE MINAS
2013**

616.31-083 FERNANDES, Aline Soares Damasceno

F363s Saúde bucal de pacientes que se submeteram
à gastroplastia/Aline Soares Damasceno
Fernandes - Orientadora: Profª.Ms. Mayra Maria
Coury de França. Patos de Minas: [s.n.], 2013.
21p.

Artigo de Graduação – Faculdade Patos de

Minas - FPM

Curso de Bacharel em Odontologia

1.Gastroplastia 2.Saúde bucal 3.Odontologia

I.Aline Soares Damasceno Fernandes II.Título

SAÚDE BUCAL DE PACIENTES QUE SE SUBMETRAM À GASTROPLASTIA

Aline Soares Damasceno Fernandes*

Profª Ms. Mayra Maria Coury de França**

RESUMO

A obesidade vem atingindo patamares bastante elevados, configurando-se verdadeira epidemia mundial e grave problema para a saúde pública. Dentre os tratamentos propostos no combate à obesidade mórbida, a cirurgia bariátrica é um dos métodos mais utilizados atualmente. No entanto, pacientes submetidos à cirurgia bariátrica frequentemente apresentam transtornos alimentares, que repercutem diretamente na cavidade bucal provocando alterações como a xerostomia, bruxismo, deficiência vitamínica ou nutricional, aumento de cárie, dentes com fraturas e descalcificação, erosão causadas pelo refluxo gástrico, além de alcoolismo e distúrbios alimentares como anorexia e bulimia. O presente estudo tem por objetivo demonstrar como esses problemas ocorrem, bem como salientar a importância da interferência preventiva e curativa do odontólogo e do médico responsável pela realização do procedimento cirúrgico na saúde bucal de pacientes gastroplastizados. O método de pesquisa utilizado no desenvolvimento deste trabalho é o bibliográfico, teórico e dedutivo. A pesquisa desenvolveu-se por meio de consultas a artigos científicos veiculados em revistas e sites devido à escassez de material que aborde o assunto.

Palavras-chave: Gastroplastia. Saúde bucal. Odontologia.

* Graduada em Odontologia 2013 pela Faculdade Patos de Minas Patos de Minas alinedamascenof@gmail.com

** Mestre em Diagnóstico em Estomatologia pela Universidade Federal de Uberlândia Professora de Radiologia, Estomatologia e Clínica de Triagem na Faculdade Patos de Minas mayra_fpm@hotmail.com

ABSTRACT

Obesity is increasing, becoming a global epidemic and a public big health problem. One option for morbid obesity treatment, bariatric surgery, today is the most common elective surgical procedure. However, bariatric surgery patients often increases eating disorders, that repercuss directly on the oral health, producing changes like xerostomia, bruxism, shortages of some vitamins, dental caries increased, fractured tooth and decalcify, erosion in patients with gastroesophageal reflux, alcoholism, anorexia and bulimia. This research and its purpose is to demonstrate how all these problems occur as well as highlighting the relevant of the dentist intervention preventive and curative of dentist and doctor responsible for the surgery in the oral health of bariatric surgery patients. The research method used in this work's development is bibliographic, theoretical and deductive. The research was developed through consultation with the scientific articles conveyed in magazines and websites due to material shortages to address the issue.

Keywords: Gastroplasty. Oral health. Dentistry.

1 INTRODUÇÃO

A obesidade configura-se como um sério problema para a saúde pública no Brasil e no mundo. Dentre os tratamentos propostos no combate à obesidade mórbida, a cirurgia bariátrica é um dos procedimentos mais utilizados presentemente.

No entanto, pacientes submetidos à cirurgia bariátrica frequentemente apresentam transtornos alimentares, que repercutem diretamente na cavidade bucal provocando alterações como a xerostomia, bruxismo, deficiência vitamínica ou nutricional, aumento de cárie, dentes com fraturas e descalcificação, erosão causadas pelo refluxo gástrico, além de alcoolismo e distúrbios alimentares como anorexia e bulimia.

Diante dessas possíveis alterações, é de suma importância que o odontólogo do paciente submetido à gastroplastia atue preventiva e curativamente, de forma a se evitar maiores complicações na saúde bucal deste.

Com este estudo pretende-se demonstrar como esses problemas ocorrem e salientar a importância de o odontólogo e o médico responsável pela realização do procedimento cirúrgico trabalharem em conjunto, orientando o paciente quanto aos cuidados e tratamentos necessários da saúde bucal a fim de se evitar complicações futuras, que podem levar, inclusive, à perda do elemento dentário.

Visando a contextualizar o leitor, o trabalho perpassa pelos temas obesidade e tratamento cirúrgico, técnicas cirúrgicas de gastroplastia, finalizando, então, com as principais alterações na saúde bucal de pacientes pós-cirurgia bariátrica.

Por se tratar de um assunto recente, não se desenvolveram, ainda, muitas pesquisas sobre ele, o que dificultou bastante o desenvolvimento do trabalho, fundamentando-se, basicamente, em artigos científicos publicados na internet.

2 OBESIDADE E TRATAMENTO CIRÚRGICO

2.1 Definições

Caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, a obesidade é um fator de risco à saúde, com graves consequências para o sistema cardiovascular e metabólico. Sua causa é de origem multifatorial que envolve fatores genéticos, comportamentais, sociais, psicológicos, endócrinos e metabólicos⁽¹⁾.

A obesidade é uma doença crônica e vem aumentando consideravelmente na população brasileira. É considerada um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade⁽²⁾.

O sobrepeso advém de fatores sociais e econômicos e do fácil acesso a comidas industrializadas e *fast food*. A população brasileira, devido ao crescimento do país, vem acumulando tarefas diárias não dispondo de tempo suficiente para refeições adequadas e balanceadas, optando, dessa forma, por comida fácil.

O excesso de peso atinge tanto a população masculina quanto a feminina, sendo que a proporção de mulheres com sobrepeso é maior que a de homens ⁽³⁾.

Atualmente uma grande preocupação mundial é com as crianças e adolescentes que estão cada dia mais obesos, principalmente devido ao sedentarismo, ocasionado pelas novas tecnologias – tabletes, videogame, computadores, celulares – que os tiram das atividades físicas necessárias para seu desenvolvimento físico, mental e social como também pelo fácil acesso a doces, salgadinhos, refrigerantes, dentre outros.

A hereditariedade é outro fator importante. É frequente observar que o paciente com obesidade mórbida tem um ou mais membros da sua família com o mesmo problema.

O termo obesidade mórbida foi introduzido na medicina para indicar pessoas com grande excesso de peso. Toda pessoa com o índice de massa corpórea (IMC) acima de 40 é considerada obesa mórbida ⁽⁴⁾.

O cálculo de massa corpórea é realizado pela seguinte fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso (em quilograma)}}{\text{Altura}^2 \text{ (em metros)}}$$

Ex.: Uma pessoa com peso de 135 kg e altura de 1,71m, tem um IMC de:

$$\text{IMC} = \frac{135}{1,71^2} = \frac{135}{2,92} = 46,23$$

O diagnóstico da obesidade e a sua intensidade podem ser estabelecidos conforme a tabela 1, dependendo do IMC ⁽⁴⁾:

Tabela 1: Diagnostico da obesidade de acordo com IMC

Classificação	Índice de Massa Corpórea (IMC)
Baixo peso (magra)	< 18,5
Normal	18,5 - 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidade Leve	30,0 – 34,9
Obesidade Moderada	35,0 – 39,9
Obesidade Mórbida	>40,0

Fonte: 4

Na maioria dos casos de obesidade mórbida faz-se necessária a gastroplastia, uma vez que tratamentos por meio de dietas hipocalóricas e de atividades físicas são pouco eficazes⁽⁵⁾.

2.2 Gastroplastia

Gastroplastia ou cirurgia bariátrica, cirurgia da obesidade, redução do estômago é um procedimento de redução do volume da bolsa gástrica. É, literalmente, a plástica do estômago, culminando com o aumento da saciedade com menor ingestão de alimentos e calorias.

Um dos principais objetivos da gastroplastia é o emagrecimento. A maioria dos pacientes elimina de 50% a 80% do excesso de peso, havendo uma grande perda no primeiro mês, sendo depois gradativa, de modo que cerca de um ano a um ano e meio o paciente atinge seu menor peso ⁽⁶⁾.

Sua importância é evidente nos pacientes obesos mórbidos. Entretanto, a avaliação desses pacientes no pré e pós-operatório deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar, composta por endocrinologistas, nutricionistas, cardiologistas, pneumologistas, psiquiatras, psicólogos e cirurgiões, pois, além da perda de peso, provoca modificações permanentes na vida do paciente, com importantes resultados na qualidade de vida, interferindo na autoestima, na redução da ansiedade, no controle e combate à depressão, dentre outros ⁽⁵⁾.

A gastroplastia traz importantes benefícios para o indivíduo, alterando seu estilo de vida, uma vez que o pós gastroplastizado melhora sua condição física devido à perda de peso, e psíquica, pelo aumento da autoestima, favorecendo a sociabilidade já que antes ele se excluía do convívio coletivo ⁽⁷⁾.

Cabe salientar que o envolvimento do paciente é de fundamental importância para o sucesso da operação, uma vez que é necessária a mudança de hábitos alimentares – ingestão de alimentos em menor quantidade e valor calórico, bem como a prática frequente de atividades físicas pelo resto da vida ⁽⁶⁾.

Para realização da cirurgia bariátrica faz-se necessário que o paciente apresente alguns requisitos, como índice de massa corporal (IMC) acima de 35 e complicações do quadro clínico, a saber: hipertensão arterial, diabetes mellitus, apneia do sono, doenças das articulações, doenças cardiovasculares, alterações de colesterol e triglicerídeos ⁽⁶⁾.

Além disso, a ausência de dependência de drogas ilícitas, de alcoolismo e de doenças psíquicas ou mentais graves ou moderadas são de fundamental importância para a realização desse procedimento cirúrgico, pois, nesses casos, exigem-se cuidados especiais ⁽⁶⁾.

A idade mínima para realizar o procedimento cirúrgico cai de 18 para 16 anos nos casos de obesidade mórbida (IMC acima de 40) e em casos de jovens com IMC acima de 35, em que haja risco de saúde para o paciente, após análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício⁽⁶⁾.

O indivíduo deverá ter passado por outras tentativas de redução de peso pelos métodos convencionais (dieta e atividade física), e ter condições psicológicas para seguir a dieta imposta após cirurgia ⁽⁶⁾.

2.3 Condições psicológicas do candidato e do paciente submetido à cirurgia bariátrica

A avaliação psicológica no pré e pós-operatório dos candidatos e submetidos à gastroplastia é uma rotina. Ela não deve, entretanto, restringir-se a transtornos mentais atuais ou pré-existentes. As pessoas com excesso de peso apresentam um sofrimento psicológico decorrente do preconceito social em relação à obesidade mórbida ⁽⁷⁾.

No período pós-operatório esses pacientes devem ser avaliados regularmente por um psiquiatra ou psicólogo, pois, em muitos casos, o emagrecimento brusco acarreta quadros psiquiátricos, tais como depressão, ansiedade, alcoolismo, e gastos excessivos (roupas, sapatos), pois o seu prazer não está mais na alimentação e sim em coisas que aumentam a sua autoestima ⁽⁸⁾.

Assim, o acompanhamento psicológico é aconselhável em todas as fases do processo.

3 TÉCNICAS CIRÚRGICAS

3.1 Riscos e complicações da gastroplastia

A gastroplastia, como toda intervenção cirúrgica, possui riscos e complicações, por isso deve-se proceder à escolha de médicos cirurgiões competentes e capacitados para a realização da cirurgia bem como de um hospital qualificado para tal

procedimento. Tomados os cuidados necessários a taxa de mortalidade e complicações é baixa. ⁽²⁾

Faz-se necessário ressaltar que os pacientes pós gastroplastizados deverão ter bom acompanhamento médico e nutricional, a fim de se minimizarem algumas complicações tardias, tais como: anemia crônica, deficiência de cálcio que pode provocar osteoporose, cálculos nos rins e vesicular, queda de cabelo, unhas quebradiças e uma síndrome conhecida como Dumping (complicação bariátrica, na qual o alimento ingerido passa rapidamente pelo estômago, caindo no intestino delgado com grande parte dele ainda não digerido, cujas manifestações clínicas mais frequentes são palpitações, suor frio, palidez, escurecimento das vistas, sensação de desmaio e diarreia).⁽²⁾

3.2 Tipos de cirurgias do estômago

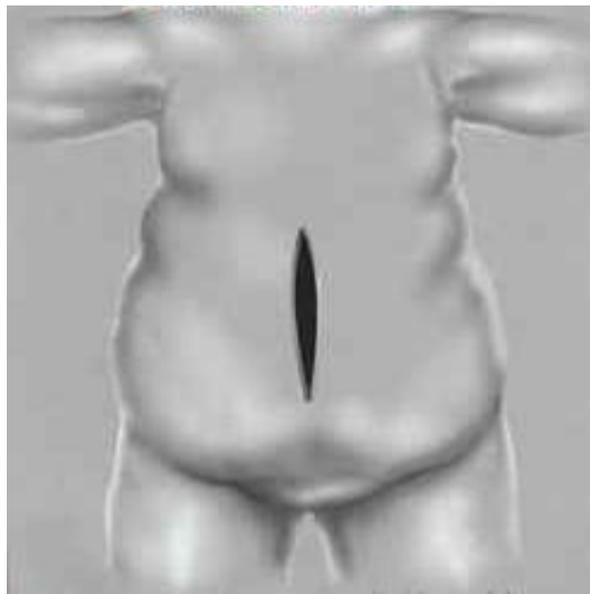
A escolha da técnica cirúrgica deve ser individual e avaliada junto com o médico. As técnicas utilizadas nas operações para tratamento da obesidade mórbida são a aberta (incisão ou corte) e a laparoscópica (videocirurgia ou furinhos).

Figura 1: Laparoscópica (videocirurgia ou furinhos).



Fonte: (9)

Figura 2: Técnica Cirúrgica Aberta



Fonte: (11)

Normalmente a cirurgia feita pelo método convencional - aberta, requer um tempo de internação maior, sendo a recuperação mais lenta, ao contrário da cirurgia por vídeo - laparoscopia, que implica um tempo menor de internação e recuperação pós operatório mais rápido. Estes procedimentos cirúrgicos possuem a capacidade de reduzir o estômago e ou o comprimento do intestino, cujo objetivo é o de limitar a ingestão de alimentos e sua absorção. ^(2,6)

3.3 Procedimentos cirúrgicos

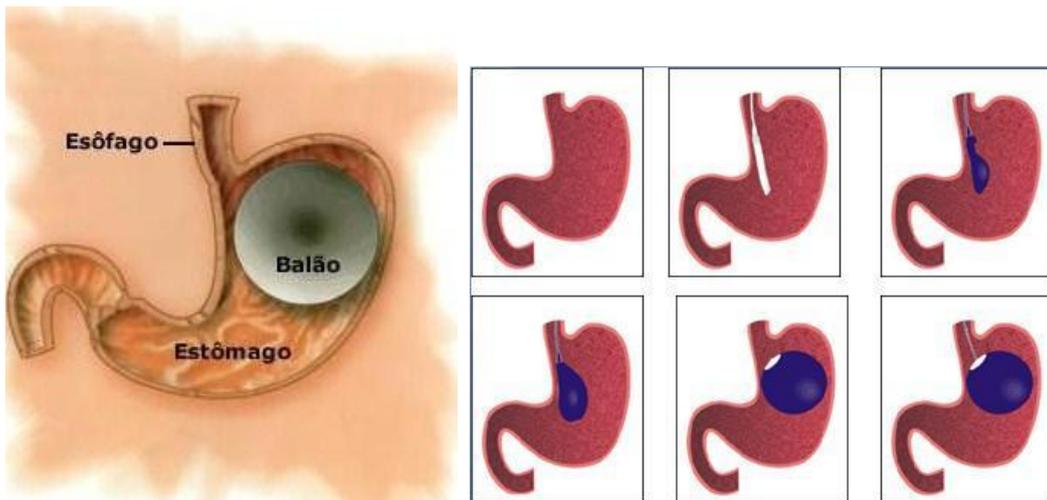
Existem vários procedimentos cirúrgicos, podendo ser divididos em três grupos. ^(2,6,11)

3.3.1 Cirurgia Restritiva: reduz o tamanho do reservatório gástrico, limitando a quantidade de alimentos ingeridos. Nesse caso, mesmo que o paciente queira, não conseguirá ingerir uma porção maior de alimento de uma única vez, e a sensação de saciedade será maior. São exemplos de operações restritivas a Banda Gástrica, a Gastroplastia Vertical e o Balão Intragástrico.

O procedimento denominado balão intragástrico baseia-se na introdução de um balão inflável de silicone dentro do estômago por via endoscópica. Logo após a sua introdução, o balão é inflado com cerca de 500 ml de líquido, com a finalidade de diminuir a capacidade do estômago, provocando, assim, sensação de saciedade mais rapidamente.

Trata-se de um procedimento simples, realizado ambulatoriamente, não necessitando, portanto, de internação. A perda de peso é moderada e temporária. A retirada do balão deve acontecer no máximo em seis meses para se evitarem complicações. ^(2,6,11)

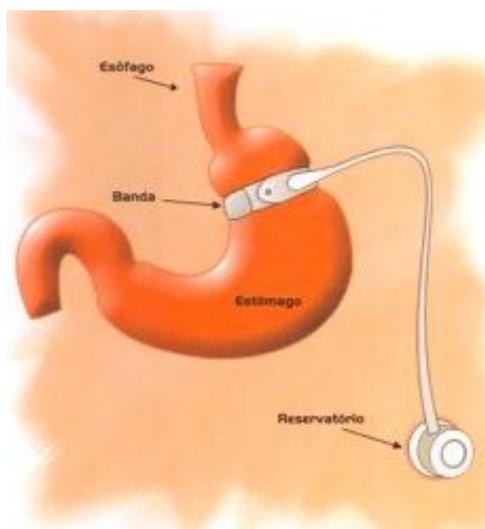
Figura 3: Balão Intragástrico



Fonte: (10)

O chamado de banda gástrica consiste na colocação de uma prótese de silicone em forma de banda ou fita em volta da parte proximal (de cima) do estômago, de modo a causar um estreitamento no estômago e criar um reservatório de pequena capacidade, cerca de 30 ml. A ingestão de alimentos preenche rapidamente este reservatório e faz com que o paciente sintá-se satisfeito e pare de se alimentar. O grau de estreitamento do estômago pode ser ajustável no pós-operatório com a injeção de líquido no reservatório da banda localizado abaixo da pele do paciente. Assim a capacidade pode ser regulada, conforme a quantidade de alimentos que o paciente seja capaz de ingerir. ^(2,6,11)

Figura 4: Banda Gástrica



Fonte: (9)

Já a gastroplastia vertical é um processo cirúrgico de isolamento de parte do estômago, grampeando-o em forma de tubo que vai do esôfago até o duodeno, reduzindo o estômago em até 80% do seu tamanho. O novo estômago fica com 150 a 250 ml e com a forma parecida com a de um tubo gástrico. A pessoa passa, então a ingerir pequena quantidade de alimentos, correspondente à nova dimensão do estômago ajustado pela cirurgia. ^(2,6,11)

3.2 Cirurgia Disabsortiva: exclui parte do intestino por onde passam os alimentos, diminuindo a sua absorção. A parte não absorvida será eliminada nas fezes. Esta técnica foi muito utilizada no passado, mas as graves complicações pós-operatórias fizeram com que esta técnica seja utilizada, atualmente, em casos raros. ^(2,6,11)

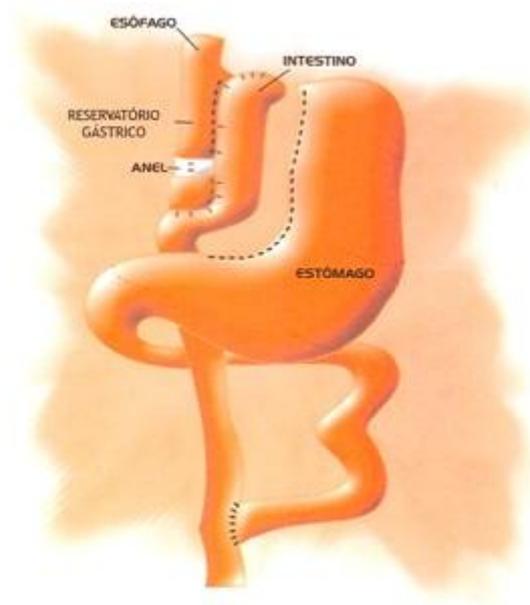
3.3 Cirurgia Mista: técnica que combina a redução do tamanho do estômago com o comprimento do intestino, ocorrendo, assim, diminuição da quantidade de alimentos ingeridos e da absorção pelo organismo. Este procedimento está sendo o mais utilizado atualmente, sendo a operação de Capella, a operação de Wittgrove, a operação de Fobi, a operação de Scorpinaro e a operação de Desvio Duodenal exemplos desse procedimento. ^(2,6,11)

As técnicas de gastroplastia com derivação intestinal - Operação de Capella, Operação de Fobi e Operação de Wittgrove, diferem em apenas alguns detalhes.

Estas operações consistem em fazer um novo reservatório gástrico (estômago) pequeno, cerca de 30 ml, e costurar este reservatório com o intestino mais baixo, cerca de 1 metro mais curto. O restante do estômago e parte do intestino que foi desviado não são retirados do organismo, ficam apenas excluídos de passagem de alimentos. Desta forma, a quantidade de alimento ingerido e sua absorção é menor. Alguns cirurgiões preferem acrescentar um anel no final do reservatório gástrico para reduzir a passagem dos alimentos para o intestino.^(2,6,11)

A principal vantagem é a perda de peso adequada e duradoura na maioria dos pacientes. Por ser um procedimento mais complexo, podem ocorrer várias complicações no pós-operatório imediato, como infecção, hérnia e fístula (extravasamento do conteúdo do estômago ou intestino para a cavidade do abdômen ou para a pele). As complicações tardias ocorrem em poucos pacientes. A maioria dos pacientes pós-gastroplastizados tem uma excelente qualidade de vida nos primeiros meses da operação.^(2,6)

Figura 5: Gastroplastia com derivação intestinal



Fonte: (9)

4 ALTERAÇÕES NA SAÚDE BUCAL DE PACIENTES GASTROPLASTIZADOS

A mudança do perfil alimentar no que concerne à qualidade e quantidade de alimentos ingeridos, bem como a forma de consumo destes alimentos – mastigação, frequência, a deficiência de vitaminas e o refluxo gastroesofágico, torna necessário um acompanhamento especializado após a cirurgia bariátrica.⁽¹⁷⁾

Pacientes submetidos a cirurgia bariátrica apresentam aumento significativo de cáries, xerostomia ou boca seca, descalcificação dos dentes e bruxismo, além de anorexia e bulimia. As patologias orais podem ser decorrentes da alteração do pH salivar, que diminui a capacidade tampão da saliva, propiciando a maior proliferação de organismos patogênicos na cavidade oral, assim como o refluxo gastroesofágico e vômitos frequentes causam erosão dental, uma vez que a secreção gástrica é bastante ácida.⁽¹⁷⁾

Há também redução da secreção gástrica e salivar, além da redução da absorção de cálcio, uma vez que a Fobi-Capella altera o trajeto da comida, que resulta, ainda, na desmineralização dos dentes.

4.1 Cárie e Xerostomia

Os pacientes pós gastroplastizados sofrem com a falta de vitamina A e D, que pode resultar na retenção da secreção salivar. A saliva desempenha importantes funções – umidifica tecidos da cavidade bucal, lubrifica os alimentos auxiliando a formação do bolo alimentar, uma vez que essa está vinculada principalmente a ação da enzima amilase salivar – e sua deglutição, facilita a fonética e previne danos do tecido causados por agentes mecânicos e por microorganismos nocivos, dentre outros. Pacientes que sofrem de hipossalivação ou xerostomia, tem uma série de prejuízos, portanto, na deglutição, fonação e função digestiva.⁽¹²⁾

O baixo fluxo salivar não executa a função protetora ideal, prejudicando a limpeza mecânica de resíduos alimentares e carboidratos, proveniente dos alimentos.

Figura 7: Xerostomia



Fonte: 14

A diminuição da secreção salivar reduz ainda o efeito tampão e neutralizador, que provoca a remineralização das lesões iniciais do esmalte dentário, auxiliando a instalação da doença cárie.⁽¹²⁾

A cárie é uma doença caracterizada pela progressiva destruição dos tecidos dentais (esmalte, dentina ou cimento) causada pela ação das bactérias. A desmineralização desses tecidos dentais é causada por ácidos, produzidos pela fermentação bacteriana dos carboidratos da dieta, geralmente a sacarose. A baixa do pH ocasiona dissolução do esmalte e transporte do cálcio para o meio ambiente bucal.

Figura 8: Cárie



Fonte: (14)

O papel do cirurgião dentista é, portanto, orientar os pacientes gastroplastizados acerca de procedimentos preventivos tais como a higiene bucal e a ingestão de água e de alternativas para estimular o fluxo salivar, como, gomas de mascar sem açúcar, e utilização de saliva artificial para minimizar os efeitos da hipossalivação.

4.2. Traumas dentários

Um quadro comum, observável em pacientes gastroplastizados é a perda de esmalte/dentina causada pelos acontecimentos de vômitos frequentes após a ingestão de comida em excesso ou, até mesmo, pela mastigação insuficiente - como a capacidade do estômago é reduzida, é importante que o alimento seja bem triturado para evitar a sua sobrecarga. ⁽¹³⁾

Pacientes que apresentam refluxo gastroesofágico podem apresentar maior índice de erosões dentárias, aftas, ardência bucal, gosto azedo na boca e maior sensibilidade dentária.

Figura 9: Erosão



Fonte: 14

A perda de esmalte e dentina ocorrida com maior frequência nas faces palatinas, linguais e vestibulares, provoca exposição pulpar, hipersensibilidade dentinária, diastemas, perda da dimensão vertical, bordas incisais finas e fraturadas, proeminência das restaurações, comprometimento estético.⁽¹²⁾

A regurgitação leva ao hábito de escovação dos dentes, o que é feito com frequência e de forma incorreta provoca perda de esmalte. A ação do ácido aliada ao desgaste aparente gerado pelo atrito da escova aumenta a lesão, com o passar do tempo.⁽¹²⁾

Figura 10: Descalcificação Dentária



Fonte: (14)

O dentista deve orientar os pacientes quanto ao uso de soluções fluoretadas após os episódios de vômito para que haja reforço no processo de remineralização do esmalte e quanto a escovação correta.

Outro trauma dentário presente em pacientes gastroplastizados é o bruxismo que se caracteriza pelo ranger ou apertar dos dentes durante o sono, cuja pressão pode provocar desgaste e amolecimento dos dentes. Nos casos mais graves, podem ocorrer também problemas ósseos, na gengiva e na articulação da mandíbula (ATM).

(12)

Figura 11: Bruxismo



Fonte: (14)

4.3 Anorexia e bulimia

Apesar dos casos de anorexia e de bulimia nervosa pós-cirurgia bariátrica serem ainda raros, o risco do desenvolvimento de um transtorno alimentar deve ser lembrado nessa situação.

Pouco é divulgado sobre os efeitos que esses distúrbios podem causar à saúde bucal, como o aumento do número de cáries e traumas dentários.

No caso da anorexia, a pessoa distorce a própria imagem, tem a impressão de estar sempre acima do peso ideal, predispondo-se a diminuir o peso sem orientação médica, com ginástica em excesso e pouca ingestão de alimentos, privando o organismo dos nutrientes que necessita, podendo assim desenvolver osteoporose. O enfraquecimento dos ossos maxilares que suportam os dentes, pode culminar com a perda do elemento dentário. ⁽¹³⁾

Figura 12: Anorexia



Fonte: (16)

Já na bulimia a pessoa come de forma excessiva, muitas vezes compulsivamente e depois, com o dedo ou com o cabo da escova de dente, provoca vômito para se eliminar o que foi ingerido.

Figura 13: Bulimia



Fonte: (15)

Os ácidos estomacais durante o vômito passam pela boca e podem desgastar o esmalte do dente, causando cáries, descoloração e até a perda do elemento dental. Como os dentes ficam amarelados o cirurgião dentista pode ser o primeiro a notar sinais clínicos deste distúrbio alimentar.

5 CONCLUSÃO

Não resta dúvida de que os níveis mundiais de obesidade são alarmantes e isso tem levado os sistemas públicos de saúde a conceberem esse tema sob um novo paradigma. Atualmente a gastroplastia figura como o tratamento mais indicado para a obesidade mórbida, sendo reduzida, inclusive, a idade em que o paciente pode ser submetido a esse tipo de procedimento, antes era maior idade 18 anos para 16 anos de idade.

Devido à complexidade dessa intervenção cirúrgica, concernente a questões fisiológicas e psicológicas, deve-se dispensar um cuidado especial ao paciente pré e pós-cirurgia, fazendo-se necessário o acompanhamento sistemático por uma equipe multiprofissional, a fim de se minimizarem e ou evitarem possíveis efeitos colaterais.

Dentre esses efeitos, figuram algumas alterações na saúde bucal do paciente, o que justifica a importância de o odontólogo integrar essa equipe, desempenhando, entre outros, o papel de orientar o paciente sobre a correta higiene bucal, ingestão de água e alternativas para estimular o fluxo salivar, tratamento de distúrbios relacionados a bruxismo, por exemplo, de modo a inibirem complicações na saúde bucal do gastroplastizado.

De suma importância, portanto, é que o cirurgião dentista atue, especialmente, de forma preventiva.]

REFERÊNCIAS

- 1 -Fandiño J, Benchimol A.K, Coutinho, Appolinário J.C- Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico cirúrgicos e psiquiátricos- R. Psiquiatr.RS,26(1):47-51, jan./abr.2004
- 2- Portal São Francisco [homepage da internet] Redução de Estômago [acesso em 11 abr. de 2013] Disponível em: <http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/reducao-de-estomago/reducao-de-estomagoreducao-de-estomago-5.php>
- 3- Portal da Saúde [homepage na internet] Quase metade da população brasileira está acima do peso [acesso em 11 abr. 2013] Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4718/162/quase-metade-da-populacao-brasileira-esta-acima-do-peso.html>
- 4- Gastroplastia. Cartilha elaborado pelo Time Cirúrgico do Hospital Vila da Serra. Disponível em: <http://www.hospitalviladaserra.com.br>
- 5- Segal^a A., Fandiño- Indicações e contra-indicações para a realização da cirurgia bariátrica- Rev Bra Psiquiatr 2002;24(Supl III):68-72

6- Orientação para Pacientes com Obesidade Mórbida. Manual elaborado pelo Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva.

7-Hintze L.J.,Bevilaqua C.A., Pimentel E.B., Júnior N.N.,Cirurgia Bariátrica no Brasil- Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 20(3-4):87-98, maio/ago., 2011.

8-Leal C.W., Baldin N., O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida; Rev.Psiquiatr RS. 2007;29(3):324-327.

9-Instituto de Medicina e Cirurgia [homepage da internet] Gastroenterologia [acesso em 15 maio. de 2013] Disponível em: http://www.institutodemedicinaecirurgia.com/especialidades/gastro/obesidade_morbida.html

10- Mulher online [homepage da internet] Balão Intragástrico - Benefícios [acesso em 15 maio. de 2013] Disponível em: <http://www.mulheronline.net/balao-intragastico/>

11- Portal São Francisco [homepage da internet] Redução de Estômago [acesso em 15 maio. de 2013] Disponível em: <http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/reducao-de-estomago/reducao-de-estomago-2.php>

12- Gonçalves E.M., Souza D.M.G., Teixeira E.C., Carvalho R.A.R., Lima D.L.F., Júnior L.G.M; Condição da Saúde Bucal de Pacientes Gastroplastizados; R.Periodontia – 20(4): 56-60.

13- Cannabrava V.P, Assis V.H., Anaguizawa W.H., et al. Consequências sistêmicas da Cirurgia Bariátrica e suas repercussões na Saúde Bucal ; ABCD Arq Bras Cir Dig 2012;25(3):173-177.

14- Ident [homepage na internet] Cirurgia bariátrica e suas consequências na cavidade oral [acesso em 03 jun. 2013] Disponível em: <http://www.ident.com.br/brunosoares/artigo/4237-cirurgia-bariatrica-e-suas-consequencias-na-cavidade-oral>

15- Clinica Dentale [homepage na internet] A saúde bucal pode ser afetada por distúrbios alimentares [acesso em 03 jun. 2013] Disponível em: <http://www.clinicadentale.com.br/pages/novidades/page:23>

16- Clinica Sancos [homepage na internet] Anorexia, ou paixão da moda para exaustão [acesso em 03 jun. 2013] Disponível em: <http://totul.md/ru/expertitem/2097.html>

AGRADECIMENTOS

“Sonho parece verdade quando a gente esquece de acordar”.

Hoje, vivo uma realidade que parece um sonho, mas foi preciso muito esforço, determinação, paciência, perseverança, ousadia e maleabilidade para chegar até aqui, e nada disso eu conseguiria sozinha. Minha terna gratidão a todos aqueles que colaboraram para que este sonho pudesse ser concretizado.

Grata a Deus pelo dom da vida, pelo seu amor infinito, sem Ele nada sou.

Agradeço aos meus pais, Fábio e Mônica, pela oportunidade e incentivo e pela preocupação para que eu estivesse sempre andando pelo caminho correto.

Ao meu esposo, Gabriel, melhor amigo e companheiro de todas as horas, pelo carinho, compreensão, por ter me ajudado a chegar até aqui, e sempre me apoiar em minhas decisões, meu eterno amor.

Aos meus irmãos, Diogo e Natália, por todo amor e carinho.

À titia, Gisele, e Marlucci, que sempre estiveram presentes, me encorajando e fazendo acreditar a cada dia no meu profissionalismo e me ajudando a fazer este trabalho de conclusão de curso. À Vovó Mercedes pelo carinho e atenção.

Ao Dr. Rodrigo Vinhal por despertar em mim o interesse por uma profissão tão bela, e ao Dr. Antônio Augusto de Melo por me apoiar, incentivar a cada dia, meu muito obrigada, sem vocês não estaria aqui hoje.

À professora, Mayra Maria Coury de França, que, com muita paciência e atenção, dedicou parte de seu valioso tempo para me orientar em cada passo deste trabalho.

Aos professores, Luiz Fernando, Cizelene do Carmo Faleiros Veloso Guedes, Taís Alves dos Reis, Gilmar Antoniassi Junior, Fernando Nascimento, Débora Andrécio, Daniella Cristina Borges, Leonardo Biscaro Pereira, Franciele Mendes, Marcos Bilharino, Lia Dietrich, Nayara Lima e todos os demais, pela contribuição na minha vida acadêmica e por tanta influência na minha futura vida profissional.

Aos meus colegas de classe, em especial à Hany, por tudo o que fizemos juntas, minha dupla que estará sempre em minha memória. À Deborah Lima, Caroline Azevedo, Victor Mota, Rafael Rodrigues, Vanessa Cristina, Marcélia Gontijo quem aprendi a amar e construir laços. Obrigada por todos os momentos em que fomos estudiosos, brincalhões, músicos e cúmplices. Porque em vocês encontrei verdadeiros irmãos. Obrigada pela paciência, pelo sorriso, pelo abraço, pela mão que sempre se estendia quando eu precisava. Esta caminhada não seria a mesma sem vocês.

A minha amiga, Cilene, por todo apoio e cumplicidade. Porque mesmo quando distante, estava presente em minha vida.

Obrigada a todos que, mesmo não estando citados aqui, tanto contribuíram para a conclusão desta etapa e para a Aline que sou hoje.

Data de entrega do artigo: 30/09/2013