

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

ANDREYNA AUZENI MARQUES DE ALMEIDA CAVALCANTE

**A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DE ATENDIMENTO AO PACIENTE
GASTROPLASTIZADO**

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2021

ANDREYNA AUZENI MARQUES DE ALMEIDA CAVALCANTE

**A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DE ATENDIMENTO AO PACIENTE
GASTROPLASTIZADO**

Projeto de trabalho de conclusão de curso apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso 1 do curso de Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, como pré-requisito para aprovação na disciplina.

Orientador(a): Professora Doutora Thayla Hellen Nunes Gouveia da Costa

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2021

ANDREYNA AUZENI MARQUES DE ALMEIDA CAVALCANTE

**A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DE ATENDIMENTO AO PACIENTE
GASTROPLASTIZADO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão
Sampaio, como pré-requisito para obtenção do grau
de Bacharel.

Aprovado em 10/12/2021.

BANCA EXAMINADORA

**PROFESSOR (A) DOUTOR (A) THAYLA HELLEN NUNES GOUVEIA DA COSTA
ORIENTADOR (A)**

**PROFESSOR (A) MESTRE (A) FERNANDO GONÇALVES RODRIGUES
MEMBRO EFETIVO**

**PROFESSOR (A) DOUTOR (A) DIALA ARETHA SOUSA FEITOSA
MEMBRO EFETIVO**

ANDREYNA AUZENI MARQUES DE ALMEIDA CAVALCANTE

**A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DE ATENDIMENTO AO PACIENTTE
GASTROPLASTIZADO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão
Sampaio, como pré-requisito para obtenção do grau
de Bacharel.

Orientador(a): Professora Doutora Thayla Hellen
Nunes Gouveia da Costa

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.(a) Orientador – nome completo com titulação

Prof.(a) Examinador 1 – Nome completo com titulação

Prof.(a) Examinador 2– Nome completo com titulação

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha avó materna Auzeni Marques de Almeida (in memoriam), não a conheci, mas sei que me olha e guarda com zelo, espero que sinta orgulho.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado o dom da vida e nunca me deixado só, por me amparar e me dá forças para não desistir nunca.

A meus pais por sempre me apoiarem em todas as minhas decisões, que me deram o suporte necessário e o impulso que eu precisei para chegar mais longe, tudo é por vocês.

A meu irmão por ser um dos motivos pelo qual eu luto, por ser meu alicerce e me fazer ser melhor do que sou.

A minha avó paterna Maria Lúcia, e ao meu avô materno Manoel José que tanto se esforçaram para que eu pudesse chegar onde estou, obrigada por segurarem a minha mão até aqui.

A meus tios Terezinha Marques e Celson George por todo apoio que me deram ao longo desses anos, vocês foram essenciais nessa caminhada.

Ao Prof. Dr. João Paulo Lima por ter iniciado esse projeto e por todos os aprendizados, você me impulsionou e acreditou em mim.

À Profa. Dra. Thayla Hellen Nunes Gouveia da Costa por ter confiado em mim e dado continuidade a esse projeto, apenas agradecer por tudo que fez, pelos ensinamentos e paciência, foi de suma importância.

A minha dupla de TCC Paula Lisandra, que segurou a barra comigo, que passou noites em claro e me suportou quando eu estava insuportável, atravessamos a linha de chegada juntas e me orgulho disso.

A minhas meninas Erika Heloyza e Beatriz Nogueira por compartilharem essa jornada comigo, por caminharem ao meu lado e não soltarem minha mão, vocês me fizeram amadurecer e cresceram junto comigo, obrigada pelo amor, companheirismo e lealdade de sempre.

A minha dupla Kéven Filipe que sempre esteve comigo, me apoiou e cuidou de mim quando precisei, você foi essencial na minha vida e me ajudou a chegar onde estou, serei eternamente grata por tudo.

A minhas primas Joyce Layanne e Amanda Cavalcante por ajudarem na minha adaptação a nova vida, por me acolherem e amarem, por cuidarem de mim e tentarem me proteger, não foi fácil, houve brigas, mas vocês me orientaram para o caminho certo, amo vocês.

A meus queridos amigos Caio Braga, Samuel Lopes, Richard Medeiros, Matheus Araripe, Isabel Cristina, Nicole Gonçalves, Jeferson Alves, Ilana Tavares, Laura Costa, Rogério Macêdo, Ana Carolina, Larissa Sampaio, Gilnei Filho, Bruna Letícia, Elayne Ketelem, Glênio Canário e todos aqueles que não citei, obrigada por tornarem a caminhada mais leve, estarão sempre em meu coração, amo todos vocês.

A meu grande amigo Alexandre Rodrigues por ter aguentado minhas noites de crise, por todas as ligações, por secar minhas lágrimas e dizer que daria tudo certo, você me deu forças quando achei que não aguentava mais, obrigada por tanto, devo muita coisa a você.

A meus amigos Wagner Diniz e Saulo Leandro por terem abraçado esse projeto comigo, pelos artigos e as noites de pizza e açaí, vocês dividiram o peso do fardo que carregava, deixaram minha rotina menos tensa e me fizeram sentir capaz, obrigada por caminharem até aqui comigo.

A dupla dinâmica que chegou no finalzinho, mas que ocuparam um lugarzinho no meu coração, meus aprendizes Mateus Ricardo e Pedro Augusto, vocês me dão uma confiança que ninguém dá, obrigada por tudo.

A meus amigos Magno Machado, Cefras José, Maria Beatriz, Robson Luan, Anna Taysa, Hellen Marques, Ewerton Marques, Guilhermy Cavalcante, Sthefany Marques, Hayssa Cavalcante, Fernanda Cavalcante, Ana Beatriz, Enzo Blade, Júlio César, Jesloedna, Ismael José e todos aqueles que não citei aqui, obrigada por toda a força que me deram, por acreditarem em mim, por evoluírem comigo e chegar até aqui de mãos dadas, amo vocês.

E por fim agradeço a mim, por não desistir, por seguir firme mesmo quando tudo parecia dar errado, por ir tão longe, nada foi fácil, mas me orgulho por ter chegado aqui, então, obrigada Andreyana Cavalcante por não ter aberto mão de si mesma, por ter se amparado e não perdido a fé, por ter segurado a barra, por sempre aguentar um pouco mais, você foi incrível, nosso sonho está realizado!

RESUMO

A obesidade como doença mórbida vem alastrando-se cada vez mais, principalmente em indivíduos do sexo feminino, na faixa etária de 25 a 34 anos de acordo com a Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), chegando a atingir 18,7% da população brasileira (cerca de 35,6 milhões de habitantes, segundo o IBGE). Em contrapartida, o número de cirurgias bariátricas cresce diretamente proporcional a esse valor, chegando a atingir uma marca de 427,4 mil cirurgias bariátricas realizadas na última década. Tal procedimento acarreta inúmeras modificações no organismo, essas por sua vez não ficam restritas a área do estômago e intestino, havendo diversas alterações bucais nesses pacientes, tais como descamação, dor, vermelhidão, hipossalivação, halitose, entre outras. O estudo em questão, objetiva mostrar a importância do cirurgião dentista em uma equipe multiprofissional de atenção e cuidados ao paciente obeso e gastroplastizado, a partir de uma pesquisa literária retrospectiva no período investigativo de 2010 a 2021. Esta revisão da literatura foi realizada a partir de busca nas bases de dados eletrônicas: Scielo, Pubmed, periódicos Capes, além da literatura pertinente como livros e editoriais utilizando os descritores “odontologia”, “obesidade”, “saúde bucal” cadastrados no MeSH, combinados entre si pelo operador booleano AND. Os critérios de inclusão dos estudos foram: estar no idioma português ou inglês, texto completo e publicados no período de 2010 a 2021, estudos transversais, observacionais, coorte e relatos de casos clínicos, resultando em 12 artigos. Apesar da escassez na literatura a respeito da importância do cirurgião dentista na equipe multiprofissional de atenção e cuidados ao paciente obeso e gastroplastizado, sugere-se que ele é um profissional indispensável, devido as várias alterações na cavidade oral que esses pacientes apresentam, tanto no pré, quanto no pós-operatório, o que agrava os riscos a saúde e a recuperação destes.

Palavras-chave: Gastroplastia. Obesidade. Odontologia. Saúde bucal.

ABSTRACT

Obesity as a morbid disease has been spreading more and more, mainly in females, aged between 25 and 34 years old, according to the Chronic Disease Surveillance by Telephone Survey (VIGITEL), reaching 18.7% of the Brazilian population (about 35.6 million inhabitants, according to the IBGE). On the other hand, the number of bariatric surgeries grows directly proportional to this value, reaching a milestone of 427,400 bariatric surgeries performed in the last decade. This procedure entails numerous changes in the body, which in turn are not restricted to the stomach and intestine, with several oral changes in these patients, such as desquamation, pain, redness, hyposalivation, halitosis, among others. The study in question aims to show the importance of the dentist in a multidisciplinary care and care team for obese and gastroplastized patients, based on retrospective literary research in the investigative period from 2010 to 2021. The literature review was performed with a search in electronic databases: Scielo, Pubmed, Portal de Periódicos Capes (CAPES Periodical Portal) and Virtual Health Library, in the investigative period from 2010 to 2021. Using correspondents of the descriptors dentistry, obesity, oral health, combined with each other by the Boolean AND operator. The inclusion criteria for the studies were: to be in Portuguese or English, full text, and published from 2010 to 2021. Cross-sectional, observational, cohort studies, and clinical case reports, resulting in 12 articles. Despite the scarcity in the literature regarding the importance of the dentistry in the multidisciplinary care and care team for obese and gastroplastized patients, it is suggested that he is an indispensable professional, due to the various changes in the oral cavity that these patients have, both before and after surgery, which aggravates the risks to health and their recovery.

Keyword: Gastroplasty. Obesity. Dentistry. Oral health.

LISTA DE SIGLAS

AINES	Anti-inflamatórios não esteroides
CB	Cirurgia bariátrica
DP	Doença periodontal
DRGE	Doença de refluxo gastresofágico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da saúde
P.p.	Pontos percentuais
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 METODOLOGIA.....	11
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
3.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	12
3.2 ALTERAÇÕES NA CAVIDADE ORAL.....	13
3.3 PROTOCOLOS CLÍNICOS E FARMACOLÓGICOS.....	15
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica, estigmatizante e de difícil tratamento, cuja propagação vem aumentando no Brasil em proporções exponenciais nas últimas décadas. É definida como um estado em que há uma quantidade maior do que o esperado de gordura corpórea em relação à massa magra para o indivíduo, variando de acordo com o gênero, a idade e a altura. O diagnóstico da obesidade é antropométrico e é obtido a partir do cálculo de índice de massa corporal (IMC), a partir de onde caracteriza-se como obesidade quando o índice atinge ou supera os 30 kg/m² para adulto (FIORAVANTI, 2017).

O número de brasileiros considerados obesos aumentou 3,2 pontos percentuais (p.p.) na última década, chegando a atingir 18,7% da população brasileira (algo em torno de 35,6 milhões de indivíduos - IBGE, 2010), sendo mais atingidos os indivíduos do gênero feminino, na faixa etária de 25 a 34 anos, segundo a Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), ligado ao Ministério da Saúde (MS). O método base e mais indicado para o tratamento da obesidade é a mudança de hábitos, dieta e inclusão de exercícios físicos na rotina, quando esse método não funciona, entra em ação medicações que diminuem o apetite e a compulsão alimentar, como por exemplo o Orlistat e a Sibutramina, em último caso, a cirurgia bariátrica. Apesar de esse número não ter aumentado drasticamente, o número de cirurgias bariátricas quase dobrou nesse período. No ano de 2011 foram realizadas 34,6 mil cirurgias desse tipo em âmbito público e privado, já em 2018 foram registrados 63,9 mil procedimentos, totalizando 424,7 mil cirurgias bariátricas realizadas no país na década de 2010 (IESS, 2019).

Os estudos da doença tentam estimar os custos totais para o sistema de saúde (público e/ou privado), para a sociedade e para o indivíduo, uma vez que esta doença está ligada a outros fatores, como por exemplo: doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão. Os custos são divididos em três tipos, que são: custos indiretos (perda de produtividade), custos intangíveis (qualidade de vida) e custos diretos (médicos e não médicos). Estima-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) gasta aproximadamente R \$3,6 bilhões por ano com tratamento dessa doença, sendo R \$2,4 bilhões com tratamento hospitalar e R \$1,2 bilhão com o tratamento ambulatorial (BAHIA, 2014).

A compreensão do comportamento da obesidade no Brasil é essencial para que sejam traçadas prioridades e estratégias de ação em saúde pública direcionadas para controle e prevenção da doença, uma vez que é uma doença multifatorial relacionada com, por exemplo, a mudança na alimentação referente a crescente incorporação pela população denominada

como “dieta moderna” ou “dieta ocidental”, rica em gorduras, açúcares e alimentos refinados, fatores genéticos e metabólicos, aspectos socioculturais e simbólicos, fatores psíquicos e sedentarismo (WANDERLEY, 2010).

A relação da obesidade com a saúde bucal pode corresponder às doenças orais, como cárie, doença periodontal, ao impacto causado na capacidade mastigatória, devido a troca no consumo de alimento ricos em nutrientes por alimentos com altos níveis de gordura saturada e açúcar, o que contribui para o crescimento de bactérias cariogênicas e favorecem o risco de lesões, tendo a etiologia microbiana agravada, devido à negligência com a higiene oral (BRIANEZZ, 2013).

As alterações pós-cirúrgicas não ficam restritas ao estômago e/ou intestino, e causam inúmeros efeitos colaterais na cavidade oral. Devido a baixa ingestão de líquido pacientes gastroplastizados sofrem desidratação, que causam xerostomia e hipossalivação, a saliva torna-se mais pastosa, o que impede que haja a devida umidificação nas mucosas e dentes, tornando-os mais susceptíveis aos danos provocados pelas bactérias, atritos e ressecamento. Ardência, descamação das mucosas, afta, erosão dentária, halitose, hipersensibilidade são algumas das alterações que esses pacientes enfrentam (MOURAGREC, 2012).

A gastroplastia é um procedimento de alta complexidade e que envolve uma equipe multiprofissional para garantir a qualidade de vida do paciente gastroplastizado, antes, durante e após a cirurgia. A equipe é composta por: médico cirurgião, médico clínico geral, endocrinologista, intensivista e cardiologista, psicólogo (a) e nutricionista; sendo adicionados no pós-cirúrgico outros profissionais, como fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador físico e frequentemente cirurgião plástico. Em uma visão mais ampla, pode-se notar que o cirurgião-dentista é imprescindível no contexto da qualidade do tratamento de pacientes obesos e gastroplastizados, em função dos desgastes e riscos provocados pela doença, o que melhora a eficiência mastigatória, fonética, funcional e estética, e pelas inúmeras alterações na cavidade bucal presentes nos períodos pré e pós-operatórios.

O presente estudo objetiva apresentar a importância da inclusão do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional de atenção e cuidado do paciente obeso e gastroplastizado. Além de identificar aspectos epidemiológicos e alterações na cavidade oral, identificar protocolos clínicos e farmacológicos, orientações quando possíveis e cuidados clínicos de saúde bucal nesses pacientes, tanto no pré, quanto no pós-operatório da cirurgia de gastroplastia.

2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um estudo retrospectivo, do tipo revisão de literatura narrativa acerca da importância do CD na equipe multiprofissional de atenção e cuidado ao paciente gastroplastizado. Realizou-se uma busca nas bases de dados Scielo, Pubmed, periódicos Capes e google acadêmico, além da literatura pertinente como livros e editoriais utilizando correspondentes em inglês e português dos descritores “odontologia”, “obesidade”, “saúde bucal” cadastrados no MeSH, combinados entre si pelo operador booleano AND. Adicionou-se o filtro de restrição dos últimos 10 anos, chegou-se a um número de 163 artigos, que após a leitura crítica de títulos e resumos, selecionou-se um total de 25 artigos, em conjunto com a literatura pertinente como livros, manuais e cartilhas. Porém ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão, chegou-se a um total de 12 artigos. Foram tidos como critérios de inclusão estudos transversais, observacionais, coorte e ainda relatos de casos clínicos, todos os artigos selecionados apresentaram textos completos. Foram excluídos deste estudo artigos publicados antes de 2010, estudos laboratoriais, *in vitro*, *in situ*, resumos e/ou textos incompletos

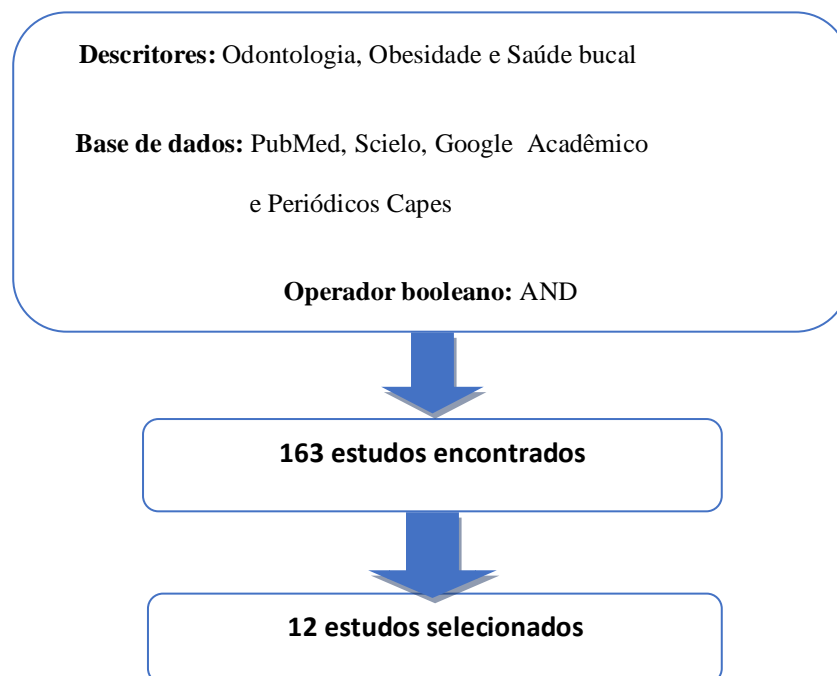


Figura 1: Esquema metodológico utilizado.

Fonte: Autor próprio, 2021

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

A obesidade é considerada uma doença integrante do grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) do MS. CATÁLOGO DA OBESIDADE CID (E.66). A medida útil para avaliar excesso de gordura corporal é o índice de massa corporal (IMC), sendo classificado como pessoa obesa qualquer indivíduo adulto que apresenta um IMC superior ou igual a 30 kg/m², não sendo levado em consideração gênero ou idade. De acordo com os dados de um dos primeiros inquéritos nacionais dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (1989), cerca de 32% dos adultos brasileiros apresentam algum grau de excesso de peso. Destes, 8% (6,8 milhões) dos indivíduos apresentaram obesidade, com predomínio entre mulheres (70%). Atualmente, os últimos dados mostram que o índice atinge 18,7% da população brasileira (algo em torno de 35,6 milhões de indivíduos - IBGE, 2010) (PINHEIRO, 2004).

Um dos reflexos do aumento da obesidade no país é a crescente busca por tratamentos que auxiliam na redução de peso. Neste cenário, o número de cirurgias bariátricas alavancou no país na última década, passando de 34,6 mil cirurgias desse tipo em âmbito público e privado no ano de 2011, para 63,9 mil procedimentos no ano de 2018, totalizando 424,7 mil cirurgias bariátricas realizadas no país. Em 2019 foram realizadas mais de 68 mil cirurgias bariátricas, que representam 0,5% da população portadora de obesidade grave, que atinge cerca de 13,6 milhões de pessoas que têm indicação de tal procedimento. Em âmbito público foram realizadas 12.568 cirurgias bariátricas neste período, um crescimento de 10,2%, se comparado ao ano de 2018 (BATTISTELLI, 2018).

Os estudos da obesidade tentam estimar os custos totais para o sistema de saúde (público e/ou privado), para a sociedade e para o indivíduo, uma vez que esta doença está ligada a outros fatores, como por exemplo doenças cardiovasculares, diabetes e hipertensão. Os custos são divididos em três tipos, que são: custos indiretos (perda de produtividade), custos intangíveis (qualidade de vida) e custos diretos (médicos e não médicos). Estima-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) gasta aproximadamente R\$ 3,6 bilhões por ano com tratamento dessa doença, sendo R\$ 2,4 bilhões com tratamento hospitalar e R\$ 1,2 bilhão com o tratamento ambulatorial. Sichieri e colaboradores demonstraram que cerca de 3% a 5% de todas as internações no Brasil foram decorrentes de doenças ligadas diretamente à obesidade. Além disso, o número de dias de trabalho perdidos em função da obesidade e doenças relacionadas foi de 3,9 a 10,6 dias/ano, causando queda de produtividade. Ao total, estima-se que os custos totais foram equivalentes a 0,09% do PIB nacional de 2010 (BAHIA, 2014).

Alguns estudos comprovam que pessoas sobrepeso e obesas apresentam um maior índice de cárie na boca, tendo em vista que essa é uma doença ligada a dieta. A obesidade aumenta o risco de doenças sistêmicas e alterações no meio bucal e na saliva, o que pode influenciar no aumento na incidência de cárie, doenças periodontais, candidíase e outras infecções. Foi realizada uma análise no fluxo salivar de obesos mórbidos, encontrando a média de 0,83mL/min, sendo considerado baixa (entre 0,7 a 1,0mL/min). Foi detectada hipossalivação em 46,7% dos indivíduos e apenas 28,9% apresentaram fluxo salivar normal (YAMASHITA, 2017).

3.2 ALTERAÇÕES NA CAVIDADE ORAL

A relação da obesidade com a saúde bucal pode corresponder às doenças orais, como cárie, doença periodontal, ao impacto causado na capacidade mastigatória, devido a troca no consumo de alimentos ricos em nutrientes por alimentos com altos níveis de gordura saturada e açúcar. A chamada “dieta ocidental” ou “dieta moderna” tornou-se mais presente na última década devido a migração para áreas urbanas e a globalização, o crescimento acelerado de grandes metrópoles é um fator contribuinte, a alta ingestão de *fast food*, que priorizam alimentos industrializados e de rápido preparo com baixo valor nutricional e altos índices de açúcares e gordura, o que contribui para o crescimento de bactérias cariogênicas e favorecem o risco de lesões, tendo a etiologia microbiana agravada, devido a negligência com a higiene oral (BRIANEZZI, 2013).

A cirurgia bariátrica para tratamento da obesidade mórbida resulta em uma melhora nos desfechos de perda de peso e no controle de comorbidades que geralmente estão associadas a obesidade, como hipertensão arterial, apneia do sono, osteoartrite, entre outras. Todavia, há impactos negativos da gastroplastia, como por exemplo as deficiências nutricionais, má absorção de vitaminas lipossolúveis e minerais, síndrome de *dumping* (náuseas vômitos, rubor, dor epigástrica, e etc.), transtornos alimentares, como anorexia e bulimia, compulsão alimentar, fatores diretamente ligados às alterações na cavidade oral. A literatura relaciona a cirurgia bariátrica a diversos problemas na saúde bucal. A baixa ingestão de líquidos no pós-cirúrgico é um dos fatores que causam hipossalivação e xerostomia, podendo ocasionar em descamação da mucosa, halitose e aftas. Também são relatados doenças periodontais, perda óssea alveolar como consequência da deficiência na absorção de cálcio, o que leva a osteoporose, além de um aumento significativo de erosões dentárias, incidência de cárie e sensibilidade dentária, devido o refluxo (PORCELLI, 2019).

A doença periodontal é caracterizada como uma doença crônica, de origem infecciosa, que afeta os tecidos que rodeiam e suportam os dentes e seu principal agente etiológico é a presença de biofilme bacteriano. A obesidade, por ser uma enfermidade caracterizada por um acúmulo excessivo de gordura corporal, parece estar intimamente relacionada ao desenvolvimento das doenças periodontais. Recentes estudos sugerem uma associação entre a obesidade e o sistema imune, enquanto que a primeira prejudica a ação efetiva do sistema imune corporal, esse fator é de suma importância quando se procura entender a ligação entre sobrepeso e doença periodontal. Essa relação é representada não somente por fatores biológicos, como também por fatores psicossociais e comportamentais. Foi constatado quando estudado as causas biológicas da relação entre DP e obesidade que o metabolismo celular e tecidual de indivíduos obesos é alterado a nível sistêmico, de forma a levar a uma mudança no desenvolvimento da doença periodontal, algumas citocinas produzidas por células adiposas e macrófagos, encontrados no processo inflamatório, são de grande relevância no desenvolvimento da periodontite (SAPORITI, 2014).

A saliva é composta por uma série de substâncias antimicrobianas, e sua principal função, através da sua composição, é contribuir para o equilíbrio do processo DES-RE (desmineralização e remineralização), além de ajudar na remoção de resíduos alimentares e bactérias. Alguns estudos têm mostrado que indivíduos obesos apresentam redução do fluxo salivar, que pode prejudicar a proteção fisiológica que a saliva exerce sobre dentes e mucosas, o que favorece o surgimento de lesões cáries, o que promove a prevenção e o tratamento da obesidade para manter a saúde geral e bucal de indivíduos com tal comorbidade, uma vez que a cárie dentária possui determinantes de risco comum, que exige uma abordagem multidisciplinar por todos os profissionais de saúde (SALES-PERES, 2016).

Após a cirurgia bariátrica notou-se alguns efeitos secundários no pós-operatório, como alterações no paladar, vômito DRGE (doença de refluxo gastroesofágico), etc., o que se pode aumentar o risco à cárie, ao desgaste dentário, alguns tipos de câncer e defeitos de cicatrização após tratamento periodontal ou exodontias em decorrência das deficiências nutricionais. O desgaste dentário foi avaliado em pacientes obesos, antes e após a CB, utilizando-se o índice de desgaste dentário, sendo analisado segundo sua severidade (em esmalte ou dentina). Relatou-se que a severidade ao desgaste aumentou com o tempo após a CB, sendo significativa entre os estágios pré-operatório, 03 a 06 meses de cirurgia. Este aumento poderia estar diretamente relacionado à presença crônica de vômitos, relatadas pelos indivíduos, de pelo menos uma vez por semana após a CB (SALES-PERES, 2016).

3.3 PROTOCOLOS CLÍNICOS E FARMACOLÓGICOS

A literatura científica odontológica ainda é escassa com relação a protocolos clínicos e farmacológicos de atendimento odontológico a pacientes gastroplastizados. Identificou-se na literatura pertinente dados farmacológicos ligados a antiinflamatórios e anestésicos apenas. No entanto, torna-se de grande valia para o cirurgião-dentista dados relativos às administrações farmacológicas antibióticos, antifúngicos, sedativos inalatórios e ansiolíticos, além de agentes de controle químicos, como o flúor e clorexidina.

Após a cirurgia bariátrica, a capacidade gástrica diminui, ocorrendo uma redução da superfície intestinal. Com isso, há uma interferência na absorção de nutrientes e de certos medicamentos, podendo haver um prejuízo em função das alterações fisiológicas do sistema digestório e mudanças metabólicas. O risco de sangramento gastrointestinal torna-se mais agravante com o uso de medicações como ibuprofeno e outros antiinflamatórios não esteróides (AINES) (ANDRADE, 2020).

Devido às diversas alterações em pacientes gastroplastizado, é preciso ter cautela na escolha de anestésicos locais e medicações no âmbito do consultório odontológico, sendo preferível a utilização de lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000, ou articaína 4% com epinefrina 1:100.000. Em caso de cirurgias bucais que limitam a função mastigatória (como por exemplo a remoção do 3º molar), deve-se haver um consenso com a equipe médica para checar a necessidade de adequação de dieta pré e pós-operatória. Quanto às formas farmacêuticas, sempre optar por medicações líquidas, solução oral em “gotas”, elixir, ou soluções injetáveis via intramuscular, pois não necessitam da barreira gastrointestinal para serem absorvidas para a corrente sanguínea. Abrir cápsulas de medicação e triturar comprimidos também estão dentre as práticas exercidas por esses pacientes, uma vez que a redução do estômago impacta no processo de desintegração e formas de liberação prolongada, o pH gástrico tende a tornar-se mais alcalino, o que causa a absorção de medicamentos solúveis em meio ácido e na desintegração de medicamentos de liberação entérica. Múltiplos fatores contribuem para a integração do cirurgião-dentista à equipe multiprofissional de atendimento a pacientes gastroplastizados, tendo em vista uma série de cuidados adicionais com a saúde bucal que os mesmos devem tomar (ANDRADE, 2020)

Como medidas preventivas à ocorrência e/ou agravamento do desgaste, recomenda-se a diminuição da ingestão de bebidas ácidas, detecção precoce e tratamento do refluxo gastroesofágico, evitar a escovação dentária após a ocorrência de refluxo ou consumo de bebidas ácidas, uso de plaquinhas para a proteção daqueles pacientes que possuem refluxo associado a alguma alteração de ordem dentária onde exista uma exposição dentinária

presente para uso noturno afim de evitar o efeito aditivo entre os processos de erosão e abrasão dentária, bem como o uso de dentifrícios contendo dessensibilizantes (SALES-PERES, 2016).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da escassez na literatura a respeito da importância do cirurgião dentista na equipe multiprofissional de atenção e cuidados ao paciente obeso e gastroplastizado, sugere-se que ele é um profissional indispensável, devido as várias alterações na cavidade oral que esses pacientes apresentam, tanto no pré, quanto no pós operatório, o que agrava os riscos a saúde e a recuperação destes. O cirurgião dentista é de suma importância por tratar e reabilitar esses pacientes, devolvendo função mastigatória, estética e tratando lesões de efeito colateral, além do trabalho preventivo.

Foi encontrado no levantamento epidemiológico que 18,7% da população brasileira (algo em torno de 35,6 milhões de indivíduos - IBGE, 2010) é obesa, sendo predominante o sexo feminino (70%), na faixa etária de 25 a 34 anos. Apresentando como principais alterações na cavidade oral no pré cirúrgico cárie, doença periodontal, e impacto causado na capacidade mastigatória, e no pós operatório, podemos citar halitose, xerostomia, descamação da mucosa, aftas, erosões dentárias, hipersensibilidade, cáries, doenças periodontais e perda óssea alveolar. Na literatura não foi encontrado nenhum protocolo específico de atendimento a esse pacientes, apenas protocolos isolados de cada alteração, como por exemplo o tratamento da hipossalivação, intervenção clínica para cárie etc.

Ainda que a participação do cirurgião-dentista não esteja listada na portaria do Conselho Federal de Medicina, que é exigida por este órgão no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, este profissional tem grande valia e se mostra cada vez mais importante no tratamento e recuperação de pacientes gastroplastizados.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE,E.D. Cuidados no atendimento de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **Revista implantnewsperio**. Fev 2020.
- BAHIA,L.R.;ARAUJO,D.V.; Impacto econômico da obesidade no Brasil. **Revista hupe** ,Rio de janeiro, v.13, n. 1, p. 13-17. Mar. 2014
- BATTISTELLI, C. Numero de cirurgias bariátricas no brasil aumenta 46,7% . **Revista Sociedade brasileira de cirurgia bariátrica e metabólica** . Jul.2018
- BRIANEZZI,L.F.F.;ALAHJ,L.P.;PRESTES,L.A.;ANDREATTA,L.M.;VASCONCELOS,L,R.M.;MARSICANO,J.A.M.;SALES-PRES,A.;SALES-PERES,S.H.C. **Impacto da obesidade na saúde bucal**: revisão de literatura. Bauru, v.18. Ago. 2013.
- FIORAVANTI,S.F.L.;ANDRADE,L,V.;BARROS,E.C.B.; **Fatores sociais e psicológicos na obesidade e o método terapêutico cognitivo-comportamental**. Artigo de revisão .Rio de Janeiro, v.1, n. 1. Dez. 2017.
- GONÇALVES, E. M.;GOMES E SOUSA, D.M.; TEIXEIRA, E.C.; CARVALHO, R.A.R; LIMA, D.L.F ; JUNIOR, L.G.M. Condição de saúde bucal de pacientes gastroplastizados. **Revista Periodontia**, Fortaleza, v. 20, n. 4, p. 56-60. Dez. 2010.
- LEMES, J . Saude bucal em pacientes gastroplastizado . **Revista eu amo odonto** .Abr. 2021
- MOURAGREC,P.G.;ASSIS,V.H.;CANNABRAVA,V.P.;VIEIRA,V.M.;SIQUEIRA,T.L.D.; ANAGUIZAWA,W.H.;SALES-PERES,S.H.C.**Consequências sistêmicas da cirurgia bariátrica e suas repercussões na saúde bucal**. Artigo de revisão .Bauru, p. 173-177. Mar. 2012
- NILSON,E.A.F.;ANDRADE,R.C.S.;BRITO,D.A.;OLIVEIRA,M.L. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no sistema único de saúde .**Revista panam salud publica** , v.43 ,p.1-4. 2019
- PINHEIRO,A.R.O.;FREITAS,S.F.T.;CORSO,A.C.T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade.**Revista nutrição**. Campinas, v.17. Out. 2003.
- PORCELLI. Promoção de saúde bucal em pacientes com obesidade mórbida após gastroplastia: ensaio clínico randomizado. São Paulo, v.32, p.1-13 . Mar. 2019.
- SALES-PERES,S.H.C.**Obesidade e saúde bucal** :riscos e desafios . 1.ed.maringa:dental press,2016. P.79-259 .
- SAPORITI,J.M.;VERA,B.S.B.;ARRUDA.;B.S.;CALDEIRA,V.S.;PEREIRA,L.G.A.;NASCI MENTO,G.G. **Obesidade e saúde bucal: impacto da obesidade sobre condições bucais**. Artigo de revisão .Passo Fundo, v.19, n. 3, p.368-374. Dez. 2014