GISELE EBLING ARTES

**Influência da reabilitação oral na qualidade de vida de pacientes com bulimia e
anorexia nervosa purgativa**

São Paulo
2016

GISELE EBLING ARTES

**Influência da reabilitação oral na qualidade de vida de pacientes com bulimia e
anorexia nervosa purgativa**

Versão Corrigida

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Diagnóstico Bucal) para obter o título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Andrea Lusvarghi Witzel

São Paulo

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Artes, Gisele Ebling.

Influência da reabilitação oral na qualidade de vida de pacientes com bulimia e anorexia nervosa purgativa / Gisele Ebling Artes; orientador Andrea Lusvarghi Witzel. -- São Paulo, 2016.

125 p. : fig., tab., graf.; 30 cm.

Tese (Doutorado) -- Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Diagnóstico Bucal). -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida

1. Transtornos alimentares. 2. Anorexia nervosa. 3. Bulimia nervosa. 4. Qualidade de vida. 5. Reabilitação bucal. I. Witzel, Andrea Lusvarghi. II. Título.

Artes GE. Influência da reabilitação oral na qualidade de vida de pacientes com bulimia e anorexia nervosa purgativa. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: / /2017

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____Julgamento: _____

Dedico esse trabalho aos meus pais, Maria Aparecida e Edson, que sempre acreditaram muito em mim, ensinaram-me a agir com respeito, simplicidade, honestidade e amor ao próximo. À minha mãe, em especial, pela exaustiva dedicação aos meus filhos.

Ao meu marido Alexandre e aos meus filhos Jorge e Neli, agradeço pela paciência e compreensão com minha ausência, durante essa longa jornada.

Quero dizer que essa conquista não foi só minha.

Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

Agradeço muito à minha orientadora, Profa. Dra. Andréa Lusvarghi Witzel, não só pela condução do trabalho, mas também pela amizade, paciência, conselhos e liberdade que sempre me deu e por acreditar em meu potencial, de uma forma que eu não imaginava ser capaz de corresponder. Espero poder sempre contar com o privilégio da sua amizade.

Ao Prof. Dr. Táki Athanássios Cordás, Coordenador do Programa de Transtornos Alimentares (AMBULIM) do IPQ-HCFMUSP, pela viabilização do trabalho, com a abertura de portas para o recrutamento dos pacientes.

Ao Prof. Dr. José Tadeu Tesseroli de Siqueira e ao Dr. Reynaldo Antequera da Divisão de Odontologia do Hospital das Clínicas, pelo apoio na execução do trabalho.

Agradeço à Profa. Dra. Luciana Corrêa pela ajuda na metodologia do trabalho, uma grande amiga que tem me auxiliado desde o mestrado, um exemplo de competência e humildade.

Agradeço ao Prof. Dr. Marcelo Munhóes Romano pois, não fosse por sua insistência e apoio, eu não teria ingressado na pós-graduação.

Agradeço à CAPES pelo apoio financeiro e à FOUSP, que além de proporcionar meu aprendizado, disponibilizou toda a estrutura para a realização desse trabalho.

A todos os pacientes, essenciais para a concretização desse longo trabalho, agradeço pela confiança, acima de tudo. Obrigada por dividirem suas histórias, suas angústias, seus medos e também suas alegrias.

Aos professores da Disciplina de Estomatologia Clínica: Prof. Dr. Dante Antônio Migliari, Prof. Dr. Celso Augusto Lemos Júnior, Prof. Dr. Norberto Nobuo Sugaya, Prof. Dr. Fábio de Abreu Alves, Profa. Dra. Camila de Barros Gallo pelos momentos de convivência acadêmica e social.

Às minhas colegas de pós-graduação Beatriz Cione Adriano de Jesus e Camilla Vieira Esteves, muito queridas que me ajudaram sempre que precisei.

À minha querida amiga Rosane Tronchin Gallo, pela parceria na equipe de trabalho e pela amizade, sempre tão importante para mim. Você é uma das pessoas mais iluminadas que eu conheci, à qual sou muito grata por estar ao meu lado nessa caminhada.

À Sabrina Pinho Muragaki, uma grande amiga, sempre muito divertida e companheira de todas as horas. Nunca vou me esquecer dos momentos que passamos juntas e espero que nossa amizade dure para sempre.

Agradeço às alunas de iniciação científica, Natali Shimabukuro e Andresa Ferreira Gonçalves, pelo apoio e pela parceria.

Ao técnico Laerte Zanon, sempre disposto a ajudar e um grande amigo, acima de tudo.

À minha querida tia Maria Elisa Capelato, pela disponibilidade em revisar a língua portuguesa em toda a tese.

Aos meus padrinhos Sandra Maria Puosso e Mauro Graciani de Carvalho, pelo companheirismo e apoio durante essa jornada, ajudando-me com meus filhos e na revisão dos gráficos e tabelas da tese.

À supervisora técnica da biblioteca, Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro, pela correção da tese.

Às demais pessoas que contribuíram direta ou indiretamente na elaboração deste trabalho e que, por ventura, eu tenha me esquecido de agradecer.

Cada um de vocês merece meu eterno agradecimento.

" Quando a alma está feliz, a prosperidade cresce,
a saúde melhora, as amizades aumentam,
enfim, o mundo fica de bem com você..."

Mahatma Ghandi

RESUMO

Artes GE. Influência da reabilitação oral na qualidade de vida de pacientes com bulimia e anorexia nervosa purgativa [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2016. Versão Corrigida.

A proposta deste estudo foi avaliar alguns parâmetros clínicos (sensibilidade dental, IMC, condição periodontal, índice de erosão e a qualidade de vida) de pacientes com bulimia e anorexia nervosa purgativa, antes e depois da reabilitação oral. Também houve a pretensão de auxiliar esses pacientes, através da devolução da função e da estética, na motivação para o controle do transtorno alimentar, avaliada por meio da classificação da gravidade da doença. A casuística foi composta por 30 pacientes, com idade acima de 18 anos, ambos os gêneros, sendo que 20 receberam tratamento de reabilitação oral e foram classificados como grupo A1, e 10 (grupo A2) não continuaram o tratamento. Os pacientes, inicialmente, responderam à ficha de anamnese e a dois questionários, um para mensurar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida (OHIP-14) e outro para avaliação apenas da qualidade de vida (WHOQOL-100). Foi avaliada presença de cáries, de erosão ácida, sensibilidade, condição periodontal e demais alterações da saúde bucal. Os pacientes do grupo A1 responderam novamente aos questionários após 30 dias do término do tratamento. Para análise dos dados foram utilizados os testes: t-Student, Wilcoxon, exato de Fisher e McNemar. As análises foram processadas no software estatístico IBM SPSS Statistics 20, e a significância estatística foi verificada para valores de $p < 0,05$ (5%). O transtorno alimentar que prevaleceu foi a bulimia nervosa (83,3%), o restante dos pacientes tinha o diagnóstico de anorexia nervosa purgativa. A média de idade dos pacientes foi de 30,67 anos, com média de idade de início do TA de 20,1 anos $\pm 5,1$ anos. A média do número de dentes cariados no grupo A2 foi bem maior do que o grupo A1, tendo pacientes com até 10 dentes cariados, mostrando que a condição de saúde bucal desses pacientes era pior. No grupo A1, antes do tratamento de reabilitação oral, 60 % dos pacientes necessitavam de raspagem e polimento, remoção de excesso de restaurações e orientação de higiene bucal, 35% apresentaram índice médio ou alto de erosão ácida, 80% relatavam sensibilidade e 95% praticavam a indução de vômitos após as

refeições. Após o tratamento de reabilitação oral, apenas 50% dos pacientes relatou sensibilidade e 35% parou de vomitar, sendo que a classificação de gravidade da doença melhorou para esse grupo. Já no grupo A2, considera-se quanto à classificação da doença, 30% leve, 10% grave e 50% extrema. Através dos dois instrumentos o grupo A1 apresentou melhora na qualidade de vida após o tratamento de reabilitação oral, com diferenças significantes quando comparado ao grupo A2 através do WHOQOL-100 nos domínios 1 ($p=0,009$), 2 ($p=0,013$), e 3 ($p=0,02$). O tratamento de reabilitação oral influenciou na melhora da sensibilidade dental, na diminuição da frequência de vômitos autoinduzidos e na melhora da qualidade de vida de pacientes com Anorexia nervosa purgativa e Bulimia nervosa.

Palavras-chave: Transtornos Alimentares. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. Qualidade de vida. Reabilitação Bucal.

ABSTRACT

Artes GE. Influence of oral rehabilitation on the quality of life of patients with Bulimia and Purgative Anorexia [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2016. Versão Corrigida.

The purpose of this study was to evaluate some clinical parameters (dental sensibility, BMI, periodontal condition, erosion index and quality of life) of patients with bulimia and purgative anorexia nervosa, before and after mouth rehabilitation. There was also the intention to help these patients, through the return of function and aesthetics, in the motivation for the control of eating disorder, evaluated through the classification of the severity of the disease. The sample consisted of 30 patients, aged over 18 years, both genders, 20 of whom received full mouth rehabilitation treatment and were classified as A1, and 10 (group A2) did not continue treatment. Patients initially responded to the anamnesis form and two questionnaires, one to measure the impact of oral health on OHIP-14 quality of life and another to assess WHOQOL-100 quality of life only. The presence of cavities, acid erosion, sensitivity, periodontal condition and other changes in oral health were evaluated. Patients in group A1 responded to the questionnaires again 30 days after the end of treatment. To analyze the data, the following tests were used: t-Student, Wilcoxon, Fisher exact and McNemar. The analyzes were processed in the statistical software SPSS Statistics 20, and the statistical significance was verified for values of $p < 0.05$ (5%). The prevailing eating disorder was bulimia nervosa (83.3%), the rest of the patients had a diagnosis of purgative anorexia nervosa. The mean age of the patients was 30.67 years, mean age at onset of TA was 20.1 years $\pm$ 5.1 years. The mean number of decayed teeth in the A2 group was much higher than the A1 group, with patients with up to 10 decayed teeth, showing that the oral health status of these patients was worse. In the A1 group, 60% of the patients required scaling and polishing, removal of excess restorations and orientation of oral hygiene, 35% presented medium or high acid erosion index, 80% reported sensitivity and 95% inducing vomiting after meals. After the mouth rehabilitation treatment, only 50% of the patients reported sensitivity and 35% stopped vomiting, and the severity rating of the disease improved for this group. In group A2, 30% are considered mild, 10% severe and 50% extreme,

regarding the classification of the disease. The A1 group presented improvement in the quality of life after mouth rehabilitation treatment, with significant differences when compared to the A2 group through the WHOQOL-100 in domains 1 ($p = 0.009$), 2 ($p = 0.013$), and 3 ($p = 0.02$). Mouth rehabilitation treatment may influence the improvement of dental sensitivity, the reduction of the frequency of self-induced vomiting and the improvement of the quality of life of patients with purgative anorexia and bulimia nervosa.

Key words: Eating Disorders. Anorexia Nervosa. Bulimia nervosa. Quality of life. Mouth Rehabilitation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 - Cortes seriados com gilete em braço de paciente com BN e TPD....	27
Figura 2.2 - Lesões ulcerativas causadas pela recorrência de vômitos autoinduzidos em paciente com bulimia nervosa	29
Figura 2.3 - Perda de brilho do esmalte dental, por perimólise, em paciente com anorexia nervosa purgativa.....	29
Figura 2.4 - Perda de estrutura dental causada pela erosão em paciente com BN. .	31
Figura 2.5 - Superfície palatina de incisivos com perimólise, em paciente com BN..	31
Figura 2.5 - Perda de estrutura dental por ácidos intrínsecos, em pacientes com BN	31
Figura 2.7 - Translucidez de esmalte e fraturas incisais, causado por perimólise	31
Figura 5.1 - Figura 5.1: Fluxograma da casuística	56
Figura 5.2 - Antes e 3 meses após tratamento de reabilitação oral em paciente com ANP	76
Figura 5.3 - Antes e 6 meses após tratamento de reabilitação oral em paciente com BN.....	76
Figura 5.4 - Antes e 6 meses após tratamento de reabilitação oral em paciente com BN.....	76
Figura 5.5 - Antes e 2 meses após tratamento de reabilitação oral em paciente com BN.....	76
Figura 5.6 - Antes e 8 meses após tratamento de reabilitação oral em paciente com BN.....	77

Figura 5.7 - Antes e 4 meses após tratamento de reabilitação oral em paciente com BN.....	77
Figura 5.8 - Antes e 1 mês após tratamento de reabilitação oral em paciente com ANP.	77
Figura 5.9 - Antes e 1 mês após tratamento de reabilitação oral em paciente com ANP	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 2.1 - Classificação da gravidade da BN, baseada na frequência dos comportamentos compensatórios inadequados	24
Quadro 4.1 - Categorização do IMC.....	44
Quadro 4.2 - Sete dimensões do impacto avaliadas pelo instrumento OHIP-14..	45
Quadro 4.3 - Divisão da boca em sextantes segundo PSR	50
Quadro 4.4 - Valores do índice PSR e tratamento sugerido para cada valor	51
Quadro 4.5 - Divisão dos sextantes de acordo com o BEWE	52
Quadro 4.6 - Níveis de risco e guia para manejo clínico	52
Quadro 5.1 - Questões WHOQOL-100 que tiveram suas categorias invertidas	70
Quadro 5.2 - Componentes dos indicadores – instrumento WHOQOL-100.....	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 4.1 - Tamanho de amostra para comparação de médias	43
Tabela 5.1 - Estatísticas Descritivas	57
Tabela 5.2 - Distribuição das variáveis segundo o tamanho da amostra	58
Tabela 5.3 - Distribuição das variáveis - Grupo A1 (N= 20)	59
Tabela 5.4 - Frequência de comportamento inadequado, grupo A1	61
Tabela 5.5 - Comparação IMC inicial e final do grupo A1	63
Tabela 5.6 - Sensibilidade antes e após tratamento do grupo A1	64
Tabela 5.7 - Estatísticas Descritivas para as questões do OHIP - 14	65
Tabela 5.8 - Estatísticas Descritivas para as questões do OHIP-14 - Grupo A1 (antes e depois do tratamento)	68
Tabela 5.9 - Teste de Wilcoxon ^(a) para comparar grupos pareados, questionário OHIP-14 (n =20).....	69
Tabela 5.10 -Estatísticas descritivas dos indicadores gerados a partir do questionário WHOQOL-100 (n=20)	72
Tabela 5.11 -Correlações de Pearson.....	73
Tabela 5.12 -Teste t pareado (1).....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP	American Academy of Periodontology
ADA	American Dental Association
AMBULIM	Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
AN	Anorexia Nervosa
ANP	Anorexia Nervosa Purgativa
ANR	Anorexia Nervosa Restritiva
APA	American Psychiatric Association
BEWE	Basic Erosive Wear Examination
BN	Bulimia Nervosa
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição
DTM	Disfunção Temporomandibular
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
IMC	Índice de Massa Corporal
OHIP-14	Oral Health Impact Profile
OMS	Organização Mundial da Saúde
PROATA	Programa de Atenção aos Transtornos Alimentares do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo
PSP	Periodontal Screening and Recording
SF-36	Short form Health Survey
TA	Transtornos Alimentares
TANE	Transtorno Alimentar não Especificado
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPD	Transtorno de Personalidade Borderline
UNESP	Universidade Estadual Paulista
WHOQOL	Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1	TRANSTORNOS ALIMENTARES	20
2.1.1	Anorexia nervosa	21
2.1.2	Bulimia nervosa	23
2.2	ALTERAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES COM AN E BN	27
2.3	REABILITAÇÃO ORAL	32
2.4	QUALIDADE DE VIDA E TRANSTORNOS ALIMENTARES	35
3	PROPOSIÇÃO	42
4	CASUÍSTICA-MATERIAL E MÉTODOS	43
4.1	CASUÍSTICA	43
4.2	MÉTODOS: AVALIAÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	44
4.2.1	Cálculo do índice de Massa Corporal	44
4.2.2	Aplicação dos questionários OHIP-14 e WHOQOL-100	45
4.2.3	Exame e tratamento periodontal	50
4.2.4	Índice de erosão	52
4.2.5	Planejamento e Tratamento restaurador	53
4.2.6	Análise Estatística	54
5	RESULTADOS	55
6	DISCUSSÃO	78
7	CONCLUSÕES	91
	REFERÊNCIAS	92
	ANEXOS	98

1 INTRODUÇÃO

A bulimia nervosa (BN) e a anorexia nervosa (AN) constituem os principais tipos de transtorno alimentar (TA), sendo classificadas como perturbações graves do comportamento alimentar, assemelhando-se quanto à acentuada distorção da imagem corporal, medo de engordar e desejo persistente de emagrecer. A BN é definida pela presença de episódios repetidos de ingestão massiva e compulsiva de grandes quantidades de alimentos, associados a um sentimento de culpa e perda de controle, seguidos de comportamentos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso. Já a AN caracteriza-se por perda de peso intensa e intencional acompanhada de dietas extremamente rígidas pela busca da magreza com autopercepção de uma imagem corporal grosseiramente distorcida. São citados dois subtipos de anorexia nervosa: a anorexia nervosa restritiva (ANR) e a anorexia nervosa purgativa (ANP) (Cordás, 2004).

A prevalência desses transtornos representa um problema de saúde pública mundial (Kessler et al., 2013) que deve ter sua relevância devidamente conhecida por todos os profissionais da área da saúde (Szupiany et al., 2015).

O cirurgião dentista, no entanto, pode ser o primeiro profissional a suspeitar do quadro de um desses distúrbios, já que são frequentes algumas alterações bucais nesses pacientes, principalmente quando há o comportamento de purgação (Traebert; Moreira, 2001). A alteração mais característica é a perda da estrutura dental causada pela erosão ácida, devido à alta frequência de vômito autoinduzido, extremamente comum em pacientes com BN e ANP (Dynesen et al., 2008; Schlueter et al., 2010; Romanos et al., 2012; Schlueter et al., 2012).

Estudos recentes relatam que os transtornos alimentares, como a AN e a BN estão muitas vezes associados à pior qualidade de vida dos pacientes (Mond et al., 2012; Jenkins et al., 2014; Winkler et al., 2014; Pohjolainen et al., 2016). A relação da gravidade do quadro com esse prejuízo, também está sendo relatada, mostrando que, quanto mais grave e avançado é o transtorno, pior a qualidade de vida dos indivíduos, com um impacto ainda maior, nos pacientes que apresentam o comportamento de purgação (Mond et al., 2005; Jenkins et al., 2011).

A condição da saúde bucal também pode ser um fator de grande interferência na qualidade de vida. Estudos afirmam que uma pior condição de saúde bucal pode estar diretamente relacionada à pior qualidade de vida (Cibirka et al., 1997; Moimaz

et al., 2016), que é afetada pela satisfação ou insatisfação do tratamento odontológico e da condição de saúde bucal. As preocupações dos pacientes estão principalmente relacionadas à função mastigatória, ao conforto e à estética. Pacientes com melhores condições de saúde bucal têm apresentado melhor qualidade de vida (Al-Omiri; Karasneh, 2010; Cibirka et al., 1997).

Também foram encontrados relatos que a melhora na qualidade de vida dos pacientes pode influenciar positivamente na remissão do transtorno alimentar (Ackard et al., 2014).

Os indivíduos com bulimia ou anorexia nervosa, têm uma grande preocupação com a aparência. A saúde bucal e a estética do sorriso são fundamentais nas relações interpessoais e podem influenciar positivamente na qualidade de vida. Pacientes com BN e ANP podem apresentar erosão excessiva dos dentes e consequente perda da dimensão vertical, hipersensibilidade dental, perda de função mastigatória e estética, que levam à necessidade de um tratamento odontológico. Sendo assim, é sugestivo que a reabilitação oral desses pacientes possa atuar como uma influência positiva na recuperação da autoconfiança, da autoestima e da qualidade de vida, auxiliando na remissão do transtorno e no controle da doença.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Transtornos Alimentares (TA) são caracterizados pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5) (Association, 2013) como distúrbios no comportamento alimentar, que têm como resultado a alteração do consumo ou da absorção do alimento, e que prejudicam a saúde física ou o desempenho psicossocial do indivíduo, de maneira expressiva. Segundo a Organização Mundial da Saúde, os TA são considerados doenças, onde os pacientes sofrem prejuízos psicológicos e sociais, com possível ocorrência de morbidade e mortalidade.

Solmi et al. (2014) em um estudo para avaliarem a prevalência dos transtornos alimentares numa população em geral, realizado com 1698 indivíduos acima de 16 anos de idade, em Londres, concluíram a partir de um total de 164 (10%) desses participantes com transtorno alimentar, a alta prevalência desses distúrbios.

A bulimia nervosa (BN) e a anorexia nervosa (AN), constituem os tipos principais de perturbações graves no comportamento alimentar, que acometem principalmente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino (Cordás, 2004).

Preti et al. (2009) apresentaram um estudo epidemiológico dos transtornos alimentares realizado em seis países da Europa, com 21.425 indivíduos acima de 18 anos, que a prevalência da AN e da BN foi de 0,48%, 0,51% respectivamente, afirmando também que as mulheres são até oito vezes mais acometidas por esses transtornos do que os homens.

A prevalência desses transtornos representa um problema de saúde pública mundial, que deve ter sua relevância devidamente reconhecida por todos os profissionais da área da saúde, como afirmou Kessler et al. (2013), em seu estudo, onde 24.124 indivíduos acima de 18 anos de idade, em 14 países de média e alta renda, foram entrevistados para avaliar a presença de transtornos alimentares de compulsão alimentar e bulimia nervosa. Obtiveram como resultados a prevalência da compulsão alimentar em 1,4% dessa população e de 0,8% de casos de BN, com maiores índices de comorbidades relacionadas aos indivíduos com BN. Também observaram que a idade média para início de BN é dos 15 aos 20 anos de idade. Puderam concluir que ambos os transtornos alimentares representam um problema

de saúde pública mundial e que as baixas taxas de tratamento destacam a importância de uma boa avaliação clínica, com o incremento de questões sobre problemas alimentares, mesmo quando essas não estiverem inclusas nas queixas apresentadas pelos pacientes.

2.1.1 Anorexia Nervosa

Segundo o DSM-5 há três aspectos a serem considerados no critério de diagnóstico da anorexia nervosa (AN). O aspecto mais marcante é a frequente restrição alimentar, com a finalidade de manter o peso abaixo do peso mínimo considerado normal. O segundo aspecto gira em torno do grande medo de engordar, com um comportamento persistente e intencional para não ganhar peso, mesmo que esteja com um peso significativamente baixo. O medo intenso de engordar geralmente não é aliviado com a perda de peso, segundo o DSM-5. Na verdade, essa preocupação pode aumentar mesmo quando o peso diminui, mas a maioria dos indivíduos não admite ou nem mesmo reconhece esse medo. O terceiro e último aspecto é a distorção na maneira pela qual o paciente vê a sua forma corporal, com perturbações na autopercepção de peso e forma, onde alguns indivíduos sentem um excesso de peso generalizado e outros percebem que são magros, mas ainda assim estão sempre preocupados com certas áreas do corpo, especialmente abdômen, nádegas e coxas, considerados sempre “gordos” (Association, 2013).

Também são citados no DSM-5 dois subtipos de anorexia nervosa: a anorexia nervosa restritiva (ANR) e a anorexia nervosa purgativa (ANP). Apesar de ambos poderem estar presentes num mesmo indivíduo ao longo do tempo, a descrição do subtipo acaba sendo utilizada para descrever os sinais e sintomas atuais. A ANR é caracterizada nos indivíduos que nos últimos três meses, não apresentaram recorrentes episódios de compulsão alimentar ou comportamento purgativo. Neste subtipo a perda de peso é realizada principalmente através de dieta, jejum e/ou exercícios em excesso. Já a ANP é caracterizada quando nos últimos três meses o indivíduo apresentou episódios recorrentes de compulsão alimentar ou o comportamento purgativo (vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas) (Association, 2013).

O nível de gravidade da AN em adultos é avaliado com o auxílio do Índice de Massa Corporal (IMC), um método simples para a avaliação do nível de gordura

individual, adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Através desse índice avalia-se o peso corporal ideal em quilogramas, baseado na altura do indivíduo, em metro elevado ao quadrado ($IMC = kg / m^2$).

Para os adultos, um IMC de $18,5 kg / m^2$ representa o limite inferior do peso normal do corpo. Portanto, a maioria dos adultos com um IMC maior ou igual a $18,5 kg / m^2$ não tem o peso corporal considerado baixo. Por outro lado, um IMC menor que $17,0 kg / m^2$ tem sido considerado pela OMS um indicador de magreza moderada ou grave (Association, 2013).

Anorexia nervosa geralmente começa durante a adolescência ou início da idade adulta (Kessler et al., 2013).

Os estudos destacam maior incidência de AN em mulheres e meninas do que em homens e rapazes, com proporções de sexo de aproximadamente 10:1 a 15:1 sendo que o início da doença é mais elevado em indivíduos de 15 a 20 anos de idade, em ambos os sexos (Keski-Rahkonen et al., 2007; Association, 2013; Zerwas et al., 2015). As estimativas da prevalência da AN entre as mulheres variam entre 0,6% e 2,2% (Keski-Rahkonen et al., 2007).

Esse distúrbio também pode estar associado à cultura e contexto onde a magreza é supervalorizada. Profissões e ocupações que incentivam a magreza, como no caso dos modelos, bailarinas, artistas, atletas e nutricionistas, estão também associadas a um risco aumentado para o desenvolvimento desse distúrbio, pois reforçam a demanda por um corpo muito magro (Sundgot Borgen, 1994).

Segundo Hoek (2006), todos os transtornos alimentares têm alta morbidade e riscos de mortalidade, no entanto, esses riscos são mais marcantes em pacientes com AN (Smink et al., 2012).

Uma meta análise de Arcelus et al. (2011) reuniu 143 artigos, dentre eles 36 estudos quantitativos que possuíam dados suficientes para a utilização. Os autores mostraram as taxas de mortalidade em pacientes com AN, BN e TANE (transtorno alimentar não especificado). Os estudos relataram resultados de 166.642 indivíduos com AN, 32.798 indivíduos com BN e 22.644 indivíduos com TANE, por ano. As taxas de mortalidade ponderada (isto é, mortes por 1000 pessoas por ano) foram de 5,1 para AN, 1,7 para BN e 3,3 para TANE. A idade e IMC baixos, o abuso de álcool, a história de hospitalização e o comportamento suicida, são fortes preditores de mortalidade, segundo esses autores. Eles afirmam que, de 20 a 30% das mortes de pessoas com AN, podem estar relacionadas ao suicídio ou serem causadas por

complicações somáticas relacionadas à doença. Nos relatos dos estudos, um entre 5 indivíduos com AN, morreu por haver cometido suicídio. Portanto, concluíram que a taxa de mortalidade de anorexia nervosa é muito mais elevada do que a de outros distúrbios psiquiátricos.

A AN pode muitas vezes estar associada à ansiedade, ao transtorno bipolar e à depressão (Solmi et al., 2014). Há também uma correlação da AN com limitações sociais. Enquanto alguns indivíduos permanecem ativos social e profissionalmente, outros demonstram o isolamento social significativo (Appolinário; Claudino, 2000), bem como a interrupção nos estudos e na carreira profissional (Association, 2013).

A autoestima dos indivíduos com anorexia nervosa é altamente dependente da sua percepção de forma e peso corporais e a baixa autoestima é um dos fatores de risco importante para o distúrbio (Ghaderi; Scott, 2001).

2.1.2 Bulimia Nervosa

A Bulimia Nervosa é definida pela presença de episódios recorrentes de ingestão massiva e compulsiva de grandes quantidades de alimentos, em um curto período de tempo, associados a um sentimento de culpa e perda de controle sobre o comportamento alimentar durante esses episódios, seguidos de recorrentes e inadequados comportamentos compensatórios, para evitar o ganho de peso, tais como autoindução de vômitos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; exercícios em excesso ou ainda, períodos de restrição alimentar severos (Cordás, 2004). Também são considerados critérios de diagnóstico: a frequência da compulsão alimentar e dos comportamentos compensatórios inadequados (pelo menos uma vez por semana durante 3 meses), a auto avaliação do indivíduo (influenciada indevidamente pela forma e peso corporais) e o fato da perturbação não ocorrer exclusivamente durante os episódios de anorexia nervosa, e sim em episódios isolados (Association, 2013).

Esse transtorno é considerado em remissão parcial quando alguns dos critérios de diagnóstico da doença estiverem insatisfatórios por um bom período de tempo e, em remissão completa quando nenhum dos critérios forem satisfatoriamente sustentados por um bom período de tempo (Association, 2013).

A classificação da gravidade desse transtorno está baseada na frequência dos comportamentos compensatórios inadequados (Quadro 2.1).

Quadro 2.1 - Classificação da gravidade da BN, baseada na frequência dos comportamentos compensatórios inadequados.

CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE	FREQUÊNCIA DE COMPORTAMENTO
Leve	1 a 3 por semana
Moderada	4 a 7 por semana
Grave	8 a 13 por semana
Extrema	14 ou mais por semana

Fonte: Association (2013).

Indivíduos com bulimia nervosa geralmente têm vergonha de seus problemas alimentares, tentam esconder os seus sintomas e a compulsão alimentar ocorre em sigilo, sempre que possível (Appolinario; Claudino, 2000).

Um episódio de compulsão alimentar é definido como: comer, em um período limitado de tempo, uma quantidade de comida maior do que a maioria das pessoas iria comer em circunstâncias semelhantes, acompanhado por um sentimento de perda de controle (Fairburn; Cooper, 1993).

Os antecedentes da compulsão alimentar geralmente são situações que geram sentimentos negativos, como frustração, tristeza, ansiedade, tédio e solidão (Appolinario; Claudino, 2000).

Muitos indivíduos com bulimia nervosa empregam diversos métodos para compensar a compulsão alimentar, conhecidos como comportamentos inadequados compensatórios para prevenir o ganho de peso, também referidos como comportamentos de purgação (Cordás, 2004). O vômito é o comportamento mais comum, sendo que seus efeitos imediatos incluem alívio do desconforto físico e redução do medo de ganhar peso. Indivíduos com bulimia nervosa podem usar uma variedade de métodos para induzir o vômito, incluindo o uso dos dedos ou instrumentos para estimular o reflexo do mesmo, mas geralmente se tornam habilidosos nessa indução e, eventualmente, são capazes de vomitar espontaneamente (Association, 2013). Outros comportamentos purgativos incluem o uso indevido de laxantes, diuréticos e enemas (Cordás, 2004).

Indivíduos com bulimia nervosa também podem fazer exercícios de forma excessiva, numa tentativa de evitar o ganho de peso (Appolinario; Claudino, 2000).

Normalmente indivíduos com BN estão dentro do peso normal ou alcançaram sobrepeso (IMC $> 18,5$ e < 30 em adultos), como consta no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

A prevalência de BN entre os jovens do sexo feminino é de 1 a 1,5% da população, sendo mais elevada entre os adultos jovens, desde a adolescência até o início da vida adulta. A BN é muito menos comum em homens do que em mulheres, com cerca de 10:1 mulheres para homens (Association, 2013).

Outros autores afirmam que a prevalência dos casos de BN é de aproximadamente 0,8%, na população em geral, entre homens e mulheres com 18 anos de idade e que o desenvolvimento e curso da BN geralmente começa na adolescência ou no início da idade adulta, sendo considerada mais comum, a idade média de início dos 15 a 20 anos de idade (Kessler et al., 2013).

Essa perturbação no comportamento alimentar persiste por vários anos em uma alta porcentagem das amostras clínicas e o curso pode ser crônico ou intermitente, com períodos de remissão, alternando com recorrências de compulsão alimentar (Association, 2013).

O risco para a mortalidade também foi avaliado para indivíduos com BN. A taxa bruta de mortalidade para a BN é cerca de 2% por década (Smink et al., 2012). Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o risco de suicídio é elevado e para essa avaliação devem estar inclusos a avaliação das ideias e comportamentos relacionados com o suicídio, bem como outros fatores de risco, incluindo um histórico de tentativas de suicídio (Association, 2013).

Indivíduos com bulimia nervosa colocam em sua autoavaliação, uma ênfase excessiva na forma do corpo ou no seu peso e esses fatores são extremamente importantes em sua autoestima (Association, 2013). A idealização de um corpo magro pode aumentar o risco de desenvolvimento das preocupações excessivas com o peso e levar a comportamentos alimentares anormais, que podem aumentar o risco para o desenvolvimento da BN (Nunes, 2001). Outros autores também mostraram que as preocupações com o peso, a baixa autoestima, os sintomas depressivos e o transtorno de ansiedade social estão associados ao risco aumentado para o desenvolvimento da BN (Fairburn et al., 1997).

Os indivíduos com esse transtorno podem assemelhar-se aos indivíduos com AN em seu medo de ganhar peso, em seu desejo de perder peso, e no nível de insatisfação com seus corpos (Association, 2013).

A ocorrência do diagnóstico de BN relacionado às questões culturais foi relatada com mais frequência em países industrializados, incluindo Estados Unidos, Canadá, Austrália, Japão, Nova Zelândia, África do Sul e muitos países europeus (Association, 2013). De fato, um maior grau de urbanização parece aumentar a chance de TA, principalmente em relação à BN (Van Son et al., 2006).

Isso poderia ser explicado pelo fato da urbanização estar ligada a uma exposição maior ao ideal de magreza veiculado pela mídia, além do maior acesso aos hábitos alimentares dos grandes centros urbanos, como os *fast foods*, bem como propiciar mudanças na rotina, como o sedentarismo, que poderia levar ao sobrepeso, também responsável pela insatisfação corporal das mulheres (Pinhas et al., 1999). O reforço social exercido pela família, pelos amigos e pela mídia em adolescentes e adultas jovens para se ter o corpo magro, foi relacionado ao início de sintomas bulímicos nessa população (Stice, 1998).

As comorbidades com transtornos mentais são comuns em indivíduos com BN (Kessler et al., 2013). Alguns deles enfrentam pelo menos algum outro transtorno mental e muitos apresentam múltiplas comorbidades. Há um aumento da frequência de sintomas depressivos (por exemplo, baixa autoestima) e distúrbios bipolares e depressivos (especialmente transtornos depressivos) em indivíduos com BN (Solmi et al., 2014).

Uma porcentagem substancial de indivíduos com BN também têm características de personalidade que satisfazem os critérios para um ou mais transtornos de personalidade, sendo que o mais frequentemente encontrado é o transtorno de personalidade borderline (TPD) (Rosa; Santos, 2011).

O DSM-5 (Association, 2013) caracteriza o transtorno de personalidade borderline como um padrão global de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, dos afetos e da autoimagem, que se inicia na idade adulta e incide em uma variedade de contextos. Uma das características do TPD, que também pode auxiliar em seu diagnóstico quando associado a BN, é a automutilação (Figura 2.1).

Alguns indivíduos afirmam que sua maior dor não é a física, mas a emocional e que machucar-se traz alívio às dores “de dentro”. “Eu me machuco por fora porque tento diminuir a dor que sinto por dentro. Parece que a dor de fora dói menos...” trecho de um desabafo de uma paciente com Bulimia nervosa e Borderline (Rosa; Santos, 2011).

Figura 2.1 - Cortes seriados com gilete em braço de paciente com BN e TPD

Fonte: Paciente da amostra fotografada pela autora.

2.2 ALTERAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES COM ANP E BN

O cirurgião dentista pode ser o primeiro profissional a suspeitar do quadro de BN, ou de ANP, já que são frequentes algumas alterações bucais relacionadas a esses distúrbios (Traebert; Moreira, 2001), incluindo uma série de sinais e sintomas que podem acometer: a mucosa oral (lesões ulcerativas) (Figura 2.2), atrofia da mucosa, lesões eritematosas e infecções oportunistas como a candidose; os dentes (erosão, sensibilidade e cárie dental); o periodonto (gingivite e periodontite) e as glândulas salivares (sialoadenose, hipossalivação e xerostomia) (Kavoura et al., 2005; Bartlett et al., 2008; Lo Russo et al., 2008; Johansson et al., 2012). Essas alterações são causadas por inúmeros fatores, incluindo má higiene bucal (Szupiany et al., 2015), alta ingestão de alimentos ácidos, açúcares e carboidratos (Milosevic et al., 1997) e pela redução do fluxo salivar, pH e capacidade tampão (Dynesen et al., 2008; Schlueter et al., 2012).

Assim, sugere-se que o cirurgião dentista pode desempenhar um papel fundamental no diagnóstico da ANP e BN mas, para isso, há a necessidade do profissional estar familiarizado com os sinais e sintomas das doenças e preparado para tratar e encaminhar os pacientes, que apresentem tais distúrbios, contribuindo para o tratamento do transtorno alimentar (Burke et al., 1996).

Uma pesquisa de revisão de Romanos et al. (2012), teve como objetivo principal avaliar a literatura pertinente e fornecer informações baseadas em evidências, sobre as manifestações oro faciais em pacientes com transtornos alimentares. Buscaram artigos publicados em inglês, na US National Library of

Medicine, que datavam de 1948 até março de 2012, utilizando os seguintes termos em várias combinações: anorexia nervosa, bulimia nervosa, distúrbios alimentares, dental e saúde bucal. Os autores concluíram que as manifestações mais comumente relacionadas aos transtornos alimentares foram: erosão dentária, alterações salivares, xerostomia, queimação na língua, inchaço da glândula parótida e DTM (disfunção temporomandibular), e que a associação da cárie dentária e doença periodontal em pacientes com transtornos alimentares permanecem discutíveis.

A DTM pode ser frequente nesses casos, principalmente porque o ato de vomitar pode ser prejudicial ao sistema estomatognático, tornando-se um fator predisponente, iniciante ou perpetuante da Disfunção Temporomandibular (Emodi-Perlman et al., 2008). Outros autores afirmam que a maioria dos pacientes com DTM (>50%) relata má qualidade do sono, a qual está clinicamente associada ao severo aumento da dor e do estresse psicológico (Yatani et al., 2002).

Muitos estudos relatam que a saúde bucal está comprometida em pacientes com transtornos alimentares, mas além dos problemas relacionados ao próprio transtorno, tem sido relatado que esses pacientes, quando submetidos a tratamentos dentários, apresentam maiores níveis de medo e ansiedade, quando comparados com pacientes sem TA (Sirin et al., 2011), o que poderia agravar ainda mais as condições de saúde bucal. Outro estudo que também relata essa impopularidade dos pacientes de TA em relação à equipe de saúde, é o estudo de Robinson (2000), que afirma que “grande parte dos pacientes com TA não cooperam com o tratamento, enganam a equipe, são ingratos e insatisfeitos”.

O vômito autoinduzido é extremamente comum em pacientes com BN e ANP, estando presente em até 95% dos casos, provavelmente pelo seu efeito de redução imediata da ansiedade (Casper, 1983). Porém, tal ação induz à acidificação da saliva (Lo Russo et al., 2008; Dynesen et al., 2008; Aframian et al., 2010) devido ao baixo pH do suco gástrico, culminando muitas vezes na erosão excessiva dos dentes (Schlueter et al., 2010; Schlueter et al., 2012) e na alteração da microbiota normal (Bretz et al., 1989).

A erosão dentária pode ser definida como a dissolução química dos tecidos minerais dos dentes, com perda de sua estrutura. Inicia-se com a perda de brilho do esmalte (Figura 2.3) e essa erosão proveniente da exposição dental a secreções gástricas, como no refluxo do conteúdo gástrico para a cavidade oral, é chamada de perimólise (Neville et al., 2009).

Alguns autores têm enfatizado que a correta interpretação da abrangência e localização das erosões dentárias pode desempenhar um papel muito importante no diagnóstico diferencial de pacientes com TA (Johansson et al., 2012).

Figura 2.2 - Lesões ulcerativas causadas pela recorrência de vômitos autoinduzidos em pacientes com bulimia nervosa

Fonte: Paciente da amostra fotografada pela autora.

Figura 2.3 - Perda de brilho do esmalte dental, por perimólise, em paciente com anorexia nervosa purgativa

Fonte: Paciente da amostra fotografada pela autora.

A perda de estrutura dental pela erosão ácida leva muitas vezes à sensibilidade dental (Kavoura et al., 2005; Bartlett et al., 2008; Lo Russo et al., 2008; Johansson et al., 2012), à perda da dimensão vertical e da função mastigatória e à interferências estéticas (Burke et al., 1996; Kavoura et al., 2005; Spreafico, 2010) principalmente quando a erosão já afetou as incisais dos dentes anteriores superiores, como na Figura 2.4.

Embora a saliva contenha bicarbonato e ajude na remineralização com significativa capacidade tampão, esse efeito pode ser subjugado pela hipossalivação ou pelo excesso de ácido (Neville et al., 2009). Nos pacientes com BN que purgam, pode-se encontrar essas duas situações, tanto a hipossalivação, que pode estar relacionada ao uso de antidepressivos (Hunter; Wilson, 1995; Blazer et al., 2008)

quanto ao excesso da presença do ácido, que consequentemente prejudica essa capacidade tampão da saliva, culminando na erosão ácida progressiva (Dynesen et al., 2008; Schlueter et al., 2012).

Alguns fatores podem influenciar na gravidade das erosões dentárias em pacientes com bulimia, como a duração e a frequência dos episódios de vômito, o hábito de higiene oral, a presença de hábitos parafuncionais (como o bruxismo) e o grau de diluição do ácido pelo conteúdo alimentar presente no estômago. Os locais mais afetados pela erosão causada pelo refluxo do ácido clorídrico são as superfícies palatina, oclusal e incisal dos dentes superiores e as superfícies oclusais e incisais dos dentes inferiores (Valena; Young, 2002) (Figuras 2.5 e 2.6). São regiões de maior contato direto com o ácido no momento do vômito e que não estão protegidas pela secreção serosa das glândulas parótida e submandibulares (Neville et al., 2009).

Pode haver um aumento na translucidez do esmalte relacionado à erosão, bem como fraturas incisais, como na Figura 2.7.

Já o clássico modelo de erosão dentária em dentes posteriores é constituído de uma lesão com depressão côncava central na dentina, cercada por margem elevada de esmalte. Quando há presença de restaurações, estas podem apresentar-se acima do nível da estrutura dental. Isso ocorre, pois, após uma porção de esmalte ter sido perdida, a dentina é destruída mais rapidamente do que o esmalte, resultando com frequência nesse formato côncavo (Neville et al., 2009).

Figura 2.4 - Perda de estrutura dental causada pela erosão em paciente com BN

Fonte: Paciente da amostra fotografada pela autora.

Figura 2.5 - Superfície palatina de incisivos com perimólise, em paciente com BN

Fonte: Paciente da amostra fotografada pela autora.

Figura 2.6 - Perda de estrutura dental por ácidos intrínsecos, em pacientes com BN

Fonte: Paciente da amostra fotografada pela autora.

Figura 2.7 - Translucidez de esmalte e fraturas incisais, causado por perimólise

Fonte: Paciente da amostra fotografada pela autora.

O consumo excessivo de alimentos altamente ácidos também pode causar erosão das superfícies dentais, como podemos observar nos episódios de compulsão alimentar em pacientes com bulimia nervosa e nos casos de consumo em excesso de frutas cítricas na dieta de pacientes com AN, cuja finalidade é manter uma dieta hipocalórica (Milosevic et al., 1997).

A diminuição do pH também propicia um ambiente mais favorável à sobrevivência de algumas bactérias cariogênicas, como os *Streptococcus mutans* (Bretz et al., 1989) deixando esses pacientes mais vulneráveis à doença cárie.

O fluxo salivar reduzido e a xerostomia também são comuns em pacientes com bulimia e anorexia nervosa, sendo causados principalmente pelo uso de antidepressivos, como já citado anteriormente (Hunter; Wilson, 1995; Blazer et al., 2008). De acordo com Neville et al. (2009) esses pacientes também podem apresentar uma desordem não inflamatória denominada sialoadenose, caracterizada pelo aumento das glândulas salivares, particularmente envolvendo as glândulas parótidas.

A incidência de sialoadenose em pacientes com TA foi estimada entre 10% e 66%, podendo ser uni ou bilateral (Mandel; Kaynar, 1992; Coleman et al., 1998) e é significativamente mais comum em pacientes com TA quando comparados à um grupo controle (Bozzato et al., 2008; Johansson et al., 2012).

O comprometimento das funções salivares pode resultar em uma drástica diminuição do seu efeito protetor, conduzindo à vulnerabilidade da mucosa bucal às infecções, bem como à alteração do paladar e sensação de ardência bucal (Blazer et al., 2008; Lo Russo et al., 2008). A redução do fluxo salivar promove uma diminuição da capacidade tampão da saliva dificultando o tamponamento do pH ácido presente logo após os vômitos desses pacientes. Essa relação foi confirmada pelo estudo de Schlueter et al. (2012), que comparou 14 pacientes com bulimia nervosa à um grupo controle, verificando que a capacidade tampão diretamente após o vômito mostrou-se menor em pacientes com bulimia.

2.3 REABILITAÇÃO ORAL

Burke et al. (1996) relataram que o atendimento ao paciente com AN ou BN em relação à saúde bucal deve envolver as urgências, a orientação do paciente, adequação de meio bucal, restaurações e manutenção. Dentre os cuidados de

urgência estão o alívio da dor e a melhora da estética. Como alívio da dor propõe-se a proteção da dentina indevidamente exposta com a utilização de cimentos de ionômero de vidro, vernizes fluoretados ou, se necessário, tratamento endodôntico. Os mesmos autores afirmam que é importante que o cirurgião dentista tenha a habilidade de abordar o assunto de forma que se obtenha a confiança do paciente, inquirindo sobre os hábitos alimentares e a possibilidade de existência de problemas gastrointestinais, ao invés de dirigir perguntas diretas acerca da anorexia e bulimia nervosas. Já sobre o tratamento restaurador, abordam que esse deve ser realizado como uma forma de auxiliar o tratamento psicológico, na tentativa de aumentar a autoestima do paciente, podendo variar desde uma simples restauração até reabilitações orais complexas em pacientes com perda de dimensão vertical, tendo sempre como objetivo, cobrir o tecido dentário exposto para evitar perdas ainda maiores de tecido dental.

Kavoura et al. (2005) publicaram um caso clínico de reabilitação oral de uma paciente de 19 anos com BN, na clínica de pós graduação da Faculdade de Odontologia de Atenas. A principal queixa da paciente foi o comprimento dos dentes anteriores superiores e a sensibilidade severa em todos os dentes. A frequência de vômitos era de duas vezes ao dia durante os últimos dois anos, e a erosão de todos os dentes superiores foi bem severa, causando perda de aproximadamente 4 mm na dimensão vertical. Foram confeccionados modelos de estudo e enceramento diagnóstico de todos os elementos que sofreram erosão. A dimensão vertical foi devolvida, alguns dentes receberam tratamento endodôntico e retentor intra radicular e todos os dentes superiores e os posteriores inferiores receberam coroas metalo cerâmicas, 1 mm abaixo da linha gengival. O objetivo do tratamento desta paciente foi a reabilitação funcional e estética, bem como a proteção contra danos adicionais, a qual foi acompanhada durante dois anos e desde que terminou a reabilitação não teve mais episódios de vômito ou qualquer sinal de recaída. Os autores concluíram, com base na sua revisão de literatura, que 1/3 dos pacientes com BN podem apresentar perda de estrutura nos dentes anteriores, o que dificultaria o diagnóstico para os médicos, salientando então, a importância da detecção desses distúrbios pelo cirurgião dentista, tendo em vista que o tratamento dentário possibilita a reabilitação oral funcional e estética desses pacientes.

Spreatico (2010) publicou um relato de caso da reabilitação de uma paciente de 28 anos de idade, que teve BN desde os 14 até os 26 anos, e que já apresentava

uma grande perda na dimensão vertical e a necessidade de reabilitação oral com coroas nos dentes anteriores superiores. Nos demais dentes havia a necessidade de restaurações diretas para reconstruir a anatomia perdida pela erosão ácida. O caso foi planejado com modelos de estudo e enceramento diagnóstico, que auxiliaram na confecção das restaurações definitivas. Toda a reabilitação foi conduzida utilizando resina composta. O autor afirma que o tratamento pode ser instaurado mesmo durante a doença, ao contrário de outros autores, que acreditam que, se a doença persistir, as erosões podem se espalhar para os limites cervicais das restaurações (Kavoura et al., 2005; Schwarz et al., 2011). A paciente foi acompanhada durante 9 meses e o autor não relata qualquer alteração visível nas restaurações, apenas conclui que há a necessidade de se investigar mais sobre esses tratamentos alternativos confiáveis e de longa duração, que satisfaçam os requisitos biológicos, estéticos e funcionais, para o tratamento de reabilitação oral desses jovens pacientes.

Burke et al. (2011) publicaram um trabalho onde discutiram a reabilitação oral com resina composta direta, em dentes que sofreram desgastes por erosão. Os autores frisam as vantagens desse material quando comparado aos tratamentos estéticos com porcelana (onde o desgaste dental e a agressão ao tecido pulpar são bem maiores) e a estética, que mesmo não sendo tão superior como no caso da porcelana, traz resultados bem próximos e satisfatórios para o paciente. Em outras palavras, a aparência dos dentes pode ser melhorada sem causar qualquer dano significativo ao dente, e a satisfação do paciente pode ser alcançada mesmo que a estética não esteja em conformidade com a perfeição. Além de usar a técnica minimamente invasiva, os custos são mínimos, quando comparados aos trabalhos indiretos em porcelana. Esse estudo foi ilustrado por 4 relatos de caso, todos com o objetivo de melhorar a estética e realizar um tratamento para proteger os dentes de um desgaste adicional. As erosões dos dentes foram motivadas em 2 pacientes, por refluxo gastro esofágico, em 1 paciente por excesso de consumo de bebidas ácidas e em 1 paciente pela autoindução do vômito, decorrente de seu quadro de BN. Foi realizado tratamento profilático com pedra pomes, o sistema adesivo e o material restaurador utilizado foi Scotchbond 1 (3M ESPE, St. Paul, MN, EUA) e Filtek Supreme XT (3M ESPE), respectivamente. Todos os pacientes foram reavaliados com intervalo de 6 meses a 5 anos e relataram melhora na sensibilidade e satisfação com a estética. Os autores concluíram que restaurações adesivas em

resina composta podem fornecer restaurações confiáveis para dentes que sofreram desgaste por erosão ácida, representando um meio eficaz de proteger os dentes de erosão adicional, enquanto melhora a estética para o paciente. A técnica minimamente invasiva para tratamento de dentes com erosão é recomendada por mais autores (Spreafico, 2010; Schwarz et al., 2011).

Szupiany et al. (2015) realizaram um estudo com 40 pacientes psiquiátricos em tratamento com AN ou BN, com o objetivo de determinar as necessidades de tratamento odontológico de pacientes com transtornos alimentares e a necessidade da colaboração interdisciplinar de psiquiatras, psicólogos e dentistas. Todos os pacientes foram cuidadosamente examinados e foi relatada a presença de má higiene oral em 45% dos pacientes, a recidiva de cárie em 87,5% e a cárie primária em 67,5%, a erosão de esmalte ou da dentina em 22,5% dos pacientes, além de infecções orais frequentes, tanto as causadas por fungos quanto por bactérias. Todos os pacientes necessitaram de tratamento odontológico e, muitas vezes, de tratamento imediato. Os autores também concluíram que o diagnóstico e o tratamento interdisciplinar, fornecem uma visão mais completa dos problemas do paciente, possibilitando uma recuperação total.

2.4 QUALIDADE DE VIDA E TRANSTORNOS ALIMENTARES

O grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu que “...qualidade de vida refere-se à percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação às suas expectativas, seus padrões e preocupações...” (WHOQOL, 1995). Esse mesmo grupo desenvolveu um instrumento para avaliação de qualidade de vida (WHOQOL-100), através de um projeto colaborativo multicêntrico e a versão em português foi desenvolvida por Fleck et al. (1999).

Mond et al. (2005) consideraram a importância e a necessidade de novos estudos para avaliar a qualidade de vida dos pacientes com TA, sobretudo que trabalhem com uma visão mais abrangente de qualidade de vida. O instrumento WHOQOL-100 oferece essa possibilidade, através de seus vários domínios e facetas (que serão abordados mais adiante) além da possibilidade de comparar os resultados com estudos internacionais, devido à sua metodologia transcultural (Fleck et al., 1999).

Estudos relatam que os TA, como a anorexia e a bulimia nervosa estão muitas vezes associados à pior qualidade de vida dos pacientes (Mond et al., 2012; Jenkins et al., 2014; Winkler et al., 2014).

Sanftner (2011) avaliou as variáveis de risco psicossociais para os transtornos alimentares em 380 alunos em nível universitário, sendo 266 mulheres e 114 homens, utilizando vários instrumentos para a avaliação, dentre eles o questionário da OMS que avalia a qualidade de vida (WHOQOL). Os resultados revelaram que as mulheres apresentaram níveis de variáveis de riscos psicossociais, significativamente mais elevados, associados à menor qualidade de vida e maiores riscos para o desenvolvimento de um transtorno alimentar, em comparação aos homens em nível universitário e à população em geral.

Um trabalho de revisão de literatura de 2011 constatou, após realizar um levantamento dos artigos relacionados à qualidade de vida em pacientes com transtornos alimentares, publicados em inglês entre 1980 e fevereiro de 2010, que a presença de um TA tem grande impacto na qualidade de vida dos pacientes, principalmente naqueles que apresentam o comportamento de purgação como na BN ou na ANP, onde são afetados particularmente os aspectos psicológicos da saúde, com maior prejuízo na qualidade de vida, quando comparados à ausência da purgação (Jenkins et al., 2011).

Outros estudos mostram que, quando esses pacientes têm sua qualidade de vida comparada aos que não apresentam transtornos, os prejuízos são maiores, no aspecto mental, para os pacientes com transtornos alimentares (Padierna et al., 2000; Latner et al., 2008). É bem clara a relação da gravidade do quadro com esse prejuízo, mostrando que, quanto mais grave e avançado é o transtorno, pior a qualidade de vida do paciente (Mond et al., 2005; Jenkins et al., 2011). Os resultados também sugerem que os prejuízos podem ser maiores em relação à questão emocional e social dos indivíduos do que propriamente físicos (Padierna et al., 2002).

Segundo de la Rie et al. (2005) em um estudo realizado com 304 pacientes, o apoio social de amigos, parceiros e parentes, bem como a capacidade de se comunicar e sentir-se cuidado, foi citado por 93% dos pacientes como um importante aspecto da qualidade de vida. Esse, assim como outros trabalhos (McHugh, 2007; Latner et al., 2008) demonstraram a relevância do aspecto social e o quanto o

componente mental pode interferir desfavoravelmente, acarretando em níveis mais baixos de qualidade de vida desses pacientes.

Uma meta análise de 2014, de Winkler et al., teve como objetivo revisar as publicações sobre a qualidade de vida dos pacientes com transtornos alimentares, para investigar diferenças entre os grupos de indivíduos com AN, BN, compulsão alimentar e transtorno alimentar não especificado (TANE). O Pubmed e Psychinfo foram utilizados na busca pelos artigos em inglês. Dentre as 102 citações identificadas, foram revisados 85 resumos, mas apenas 7 estudos, todos transversais datados de 2000 a 2012, foram inclusos na meta-análise. Estes estudos utilizaram o instrumento de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Short form Health Survey), que permite avaliar questões físicas (função física, limitações devido aos problemas físicos de saúde, dores no corpo e percepção de saúde em geral) e questões emocionais (vitalidade, interação social, limitações por problemas emocionais e saúde mental em geral). Para a avaliação das questões há uma escala de 0 a 100, onde maiores escores significam melhor qualidade de vida. A meta análise foi realizada em cada grupo diagnóstico e depois nos grupos, como um todo. Considerando os 7 estudos, foram avaliados 757 pacientes, sendo que 227 tinham AN, 216 BN, 166 TANE e 148 com transtorno de compulsão alimentar. Tendo em vista que apenas 4 desses 7 estudos separaram as questões emocionais das físicas, essa divisão dos dados não foi utilizada. Dentre os pacientes avaliados, 93,5% era do sexo feminino, com idade entre 20 e 44,9 anos, com IMC de 15,44 a 22,6kg/m² (para AN, BN e TANE). Em relação à função física e às dores no corpo, os resultados mostraram que os escores eram semelhantes aos de indivíduos sem transtorno. Em relação às limitações por problemas físicos e percepção da saúde em geral, os escores foram significativamente menores para os grupos com TA. Já em relação às questões emocionais, para os pacientes com TA todos os escores se mostraram significativamente menores, quando comparados à população em geral mas, dentre os diagnósticos não houve diferença significativa. A partir desses resultados os autores puderam concluir que a qualidade de vida em geral é severamente afetada em pacientes com transtornos alimentares, o que torna muito importante essa avaliação em conjunto com as intervenções clínicas dos mesmos e, também afirmam que, em casos de doenças crônicas, para as quais não há cura efetiva, deve-se enfatizar a melhora da qualidade de vida (Winkler et al., 2014).

Mond et al. (2005) realizaram um estudo para avaliar a qualidade de vida em pacientes com transtornos alimentares na Austrália. Utilizaram os instrumentos SF-12 e o questionário da OMS, WHOQOL na versão abreviada, em 40 indivíduos com BN, 15 com ANP, 19 com AN e 10 com compulsão alimentar, todos do sexo feminino. Dados de um grupo de 495 mulheres foram utilizados como controle. Também foram incluídos na análise a média de idade e o IMC. Os resultados mostraram que pacientes com TA apresentavam pior qualidade de vida quando comparados ao grupo controle e que os pacientes com BN tinham níveis elevados de comprometimento na saúde mental, porém comprometimento mínimo na saúde física, conforme medido pelo SF-12. No entanto, pacientes com AN apresentaram significativamente melhor qualidade de vida no domínio psicológico, do que outros grupos de pacientes que purgavam e, quanto ao domínio de relações sociais, as pontuações se assemelhavam aos indivíduos do grupo controle.

Outro estudo avaliou a deficiência na qualidade de vida em 159 mulheres com transtornos alimentares (30 com BN; 20 com compulsão alimentar; 109 com TANE), através dos mesmos instrumentos, SF-12 e WHOQOL- bref, que é composto por 26 questões, divididas em 4 domínios, que avaliam a saúde física, saúde ambiental, psicológica e as relações sociais. Essas pacientes foram comparadas a um grupo controle de 232 mulheres sem TA e os resultados mostraram que 28,9% das mulheres com TA apresentaram grave comprometimento na saúde mental e bem-estar emocional, enquanto das mulheres saudáveis, apenas 9,4% apresentaram esse comprometimento (Mond et al., 2012).

Ackard et al. (2014) afirmam que raramente a qualidade de vida é avaliada conjuntamente às taxas de remissão dos transtornos alimentares, por isso compararam a taxa de remissão dos TA (após tratamento psiquiátrico), com a melhora da qualidade de vida de 195 pacientes mulheres. Dentre essas, 94 tinham o diagnóstico de AN (81,9% AN e 18,1% ANP), 24 de BN, e 77 de TANE, todas do Instituto Melrose em St. Louis Park, Minnesota. As pacientes receberam tratamento psiquiátrico e foram acompanhadas durante 11 anos. Para a reavaliação foram enviados TCLE pelo correio, e após o retorno destes assinados, foram enviados os questionários da pesquisa. Como instrumentos de avaliação, foram utilizados quatro questionários, dois específicos para TA e dois para avaliar qualidade de vida dessas pacientes (EDE-Q; EDDS; SF-36 e EDQoL). A idade média delas no início do tratamento era de 19,9 anos e a idade média relatada do início do TA 14,9 anos. Os

resultados mostraram que, quando foram comparadas apenas pacientes com TA (com e sem remissão do transtorno), houve melhora na qualidade de vida das pacientes com remissão, nos domínios que abrangiam os componentes mental, psicológico, físico/cognitivo; financeiro e trabalho/estudo. Já as comparações feitas entre as pacientes com TA que apresentaram remissão do transtorno e um grupo controle (mulheres sem TA, que não estavam em dieta e nem se exercitavam com a finalidade de perder peso), mostraram maior qualidade de vida nos quatro domínios (psicológico, físico/cognitivo, financeiro e trabalho/estudo) para as pacientes com a remissão do TA. Os autores confirmaram que a melhora na qualidade de vida dessas pacientes estava intimamente ligada à remissão do transtorno alimentar.

Pohjola et al. (2016) realizaram um estudo com o objetivo de medir a mudança, ao longo prazo, na qualidade de vida de pacientes com transtornos alimentares. Avaliaram 54 pacientes com BN e 47 com AN, no início do tratamento psiquiátrico (na Unidade de Transtorno Alimentar especializada de Helsinque, na Finlândia), e aproximadamente 8 anos após o tratamento. Aplicaram o instrumento de avaliação auto aplicativo 15D (um questionário que contempla 15 domínios da vida dos indivíduos), pré e 8 anos após tratamento. Como resultados observaram, nos pacientes com AN, um comprometimento grave na qualidade de vida em geral, no início do estudo, com melhora significativa em sete domínios durante o acompanhamento à longo prazo e também nos valores de IMC, porém com qualidade de vida gravemente diminuída, quando comparada à um grupo controle de mulheres, da população em geral, sem TA. Em relação aos pacientes com BN, os resultados também mostraram menor qualidade de vida no início do estudo, quando comparados à população em geral. Houve um aumento estatisticamente significativo na melhora da pontuação média em nove dimensões do 15D durante o acompanhamento, porém sem alteração do IMC para esses pacientes. Assim como ocorreu com os pacientes de AN, os resultados durante o follow up mostraram melhora na qualidade de vida, sendo porém, severamente prejudicada em relação à população em geral. A partir desses resultados os autores concluíram que, à longo prazo, a qualidade de vida após o tratamento continua a melhorar, mas ainda é considerada pobre, porque os transtornos alimentares são condições muito graves, com longa duração e grande impacto na qualidade de vida, mesmo após a remissão dos sintomas.

A condição da saúde bucal pode ser um fator de grande interferência na qualidade de vida, como demonstram alguns trabalhos (Cibirka et al., 1997; Moimaz et al., 2016), em que uma pior condição bucal pode estar diretamente ligada à pior qualidade de vida, a qual é significativamente afetada pela quantidade de satisfação ou insatisfação com o tratamento odontológico e a condição de saúde bucal. As preocupações dos pacientes estão principalmente relacionadas à função mastigatória, ao conforto e à estética dental. Pacientes com melhores condições de saúde bucal, no entanto, também têm apresentado melhor qualidade de vida (Al-Omiri; Karasneh, 2010; Cibirka et al., 1997).

Um instrumento criado por Slade e Spencer (1994), chamado Oral Health Impact Profile (OHIP) foi desenvolvido para fornecer uma mensuração abrangente de disfunção, desconforto e incapacidade atribuída à condição bucal, proporcionando um perfil amplo do impacto das doenças bucais nas populações. Os autores o classificam como um instrumento confiável e válido para mensurar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida do indivíduo, que pode auxiliar nas pesquisas e também na prática clínica diária (Slade; Spencer, 1994).

Slade (1997) desenvolveu a versão abreviada OHIP com 14 itens, esta versão contém dois itens de cada uma das dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social. Escores altos representam maior impacto na qualidade de vida relacionada às condições bucais.

Um estudo transversal de Zucoloto et al. (2016), que avaliou o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de 1.007 pacientes da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista (UNESP) campus de Araraquara, teve como objetivo determinar a magnitude dos impactos de saúde bucal e das variáveis clínicas e demográficas na qualidade de vida. Da amostra avaliada 72,4% eram do sexo feminino, com idade média de 45,7 anos. O Oral Health Impact Profile (OHIP-14) e o Short Form Health Survey (SF-36) foram os instrumentos utilizados. As variáveis coletadas foram: sexo, idade, renda mensal, presença de dor e doença crônica. Os resultados mostraram que, para as variáveis demográficas e sintomas clínicos, apenas a idade, a presença de dor e de doenças crônicas tiveram impactos significativos ($p < 0,05$), sendo que 358 pacientes apresentavam algum tipo de dor (dente ou orofacial), 25,3% dos pacientes eram portadores de hipertensão arterial e 20,2% de diabetes mellitus. Também obtiveram como resultado um impacto negativo

significativo da saúde bucal sobre a qualidade de vida ($p < 0,05$). Os autores puderam concluir que, quanto maior o impacto sobre a saúde bucal, menor é a qualidade de vida e que as variáveis como a idade, a presença de dor e de doenças crônicas dos pacientes, também mostraram influências significativas na qualidade de vida desses indivíduos.

3 PROPOSIÇÃO

A proposta deste estudo foi avaliar alguns parâmetros clínicos (sensibilidade dentinária, IMC, condição periodontal, índice de erosão e a qualidade de vida) de pacientes com bulimia e anorexia nervosa purgativa, antes e depois da reabilitação oral. Outro objetivo foi auxiliar esses pacientes, através da devolução da função e da estética, na motivação para o controle do transtorno alimentar, avaliada por meio da classificação da gravidade da doença.

4 CASUÍSTICA-MATERIAL E MÉTODOS

4.1 CASUÍSTICA

A pesquisa foi realizada na Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FOUSP, sob o número de parecer 520.541 (Anexo A).

O recrutamento foi realizado em dois centros de tratamento para pacientes com transtorno alimentar, no Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (AMBULIM) e no Programa de Atenção aos Transtornos Alimentares (PROATA) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, e também através da veiculação de anúncio (Anexo B) em páginas da Internet, específicas para TA. Os critérios de inclusão foram: idade acima de 18 anos, ambos os gêneros, e diagnóstico médico prévio de TA (AN, ANP ou BN), para os pacientes que vieram pelo anúncio, atestado em receituário carimbado e assinado pelo médico psiquiatra. Aqueles que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C).

A Tabela 4.1 mostra os cálculos do tamanho da amostra para o estudo. Apesar da dificuldade em alcançar o número de pacientes preconizado pelo cálculo da amostra, o grupo inicial foi formado por 30 indivíduos ficando sensivelmente abaixo apenas para o instrumento OHIP-14, no nível de significância de 5%.

Tabela 4.1 - Tamanho de amostra para comparação de médias

	OHIP-14		WHO - Domínios		WHO - FACET25	
	opção 1	opção 2	opção 1	opção 2	opção 1	opção 2
DP	1,06	1,06	2,414	2,414	4,115	4,115
diferença a ser detectada	0,70	0,70	1,80	2,00	3,00	3,00
Nível de significância	5%	10%	5%	5%	5%	5%
Poder do teste	70%	70%	70%	65%	70%	65%
Teste de hipótese	bicaudal	bicaudal	bicaudal	bicaudal	bicaudal	bicaudal
n	28	22	22	20	23	21
Perda (estimativa)	20%	20%	20%	20%	20%	20%
n (tamanho da amostra)	34	26	26	24	28	25

Fonte: a autora. (Armitage P; Berry G, 1987).

4.2 MÉTODOS: AVALIAÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Os pacientes inicialmente responderam à ficha de anamnese (Anexo D) e a mais dois questionários, OHIP-14 (Anexo E) e WHOQOL-100 (Anexo F). Na mesma sessão foram obtidas as medidas de peso e altura de cada paciente para o IMC e questionada, dentre outros aspectos do TA, a frequência de vômito atual.

Foram avaliadas: presença de cáries, condição periodontal e higiene, sensibilidade, presença de erosão ácida e demais alterações. Foi realizada radiografia panorâmica para visualizar a condição geral e as regiões com necessidade de detalhamento foram submetidas a radiografias periapicais. Também foram realizadas fotografias intra e extra orais iniciais de todos os pacientes. Os 30 pacientes (grupo A) foram divididos em 2 grupos (A1 e A2), com a diferença que todos do grupo A1 passaram por tratamento de reabilitação oral completo, fotografias e moldagens finais e, após 30 dias do término de cada tratamento responderam novamente aos questionários OHIP-14 e WHOQOL-100.

4.2.1 Cálculo do índice de Massa Corporal

Cada paciente teve seu peso e altura aferidos com auxílio da balança antropométrica eletrônica 200 kg, referência W200-A da marca Welmy, localizada na sala de enfermagem da clínica odontológica. Os pacientes foram posicionados de costas para a balança, para aferição do peso, medida padrão utilizada nos centros de tratamento. O índice de massa corporal (IMC) de cada paciente foi calculado, dividindo-se o peso em quilos, pela altura em metros, elevado ao quadrado ($IMC = PESO/ALTURA^2$). A categorização do IMC (OMS) segue abaixo no quadro 4.1:

Quadro 4.1 - Categorização do IMC

IMC	Kg/m ²	escore
Magreza grave	<16	1
Magreza moderada	16 a <17	2
Magreza leve	17 a <18,5	3
Saudável	18,5 a <25	4
Sobrepeso	25 a <30	5
Obesidade grau I	30 a <35	6
Obesidade grau II	35 a <40	7
Obesidade grau III	≥ a 40	8

4.2.2 Aplicação dos questionários OHIP-14 e WHOQOL-100

Foram utilizados para avaliação da qualidade de vida dos pacientes, dois instrumentos validados no Brasil (OHIP-14) e WHOQOL-100, aplicados antes do início de cada reabilitação oral, e após o término de cada tratamento.

O questionário **OHIP-14** foi utilizado como instrumento de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal, sendo composto por 14 questões com as seguintes opções de respostas: nunca, raramente, às vezes, repetidamente e sempre. O instrumento contempla sete dimensões do impacto a ser medido, de acordo com o quadro abaixo: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, psicológica, social e deficiência (Quadro 4.2). Quanto maior o escore do instrumento, pior é a qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Quadro 4.2 - Sete dimensões do impacto avaliadas pelo instrumento OHIP-14

QUESTÕES	DIMENSÕES DO IMPACTO
1 e 2	limitação funcional
3 e 4	dor física
5 e 6	desconforto psicológico
7 e 8	incapacidade física
9 e 10	incapacidade psicológica
11 e 12	incapacidade social
13 e 14	desvantagem social

Já o **WHOQOL-100** foi utilizado para mensurar a percepção dos pacientes em relação à sua qualidade de vida em geral. Como o WHOQOL-100 é um instrumento de auto avaliação, ele é auto explicativo. Os pacientes foram deixados à vontade para preencherem sozinhos os questionários e quando não entenderam o significado de alguma pergunta, esta por sua vez foi relida pelo aplicador de forma lenta, com o cuidado de não utilizar sinônimos ou explicações em outras palavras, para evitar a modificação do sentido original da referida questão.

O instrumento é composto por 100 questões divididas em seis domínios (psicológico, físico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade). Cada domínio é constituído por facetas que são avaliadas por quatro questões. Assim, o Instrumento é composto por 24 facetas específicas descritas no quadro a seguir e uma 25^a faceta geral, que inclui questões de

avaliação global de qualidade de vida e saúde, que visam examinar a maneira em que o indivíduo avalia de uma forma global, sua qualidade de vida, saúde e bem estar. Abaixo estão descritos todos os domínios e facetas do WHOQOL-100.

DOMÍNIO I – DOMÍNIO FÍSICO

1.dor e desconforto: Esta faceta explora desagradáveis sensações físicas experimentadas pelo indivíduo e quão angustiantes são essas sensações e o quanto interferem na vida. Questões dentro da faceta incluem o controle que a pessoa tem sobre a dor e a facilidade com que o alívio da dor pode ser alcançado.

2. energia e fadiga: Esta faceta explora a energia, o entusiasmo e a resistência que uma pessoa tem para executar as tarefas diárias da vida, bem como outras atividades escolhidas como recreação.

3. sono e repouso: Esta faceta explora preocupações quanto ao sono e descanso, e o quanto os problemas nesta área afetam a qualidade de vida da pessoa. O foco da faceta é se o sono é perturbado ou não, por qualquer razão, pessoal ou relacionado ao ambiente.

DOMÍNIO II – DOMÍNIO PSICOLÓGICO

4. sentimentos positivos: Esta faceta examina o quanto uma pessoa experimenta sentimentos positivos de contentamento, equilíbrio, paz, felicidade, esperança, alegria e prazer nas coisas boas da vida.

5. pensar, aprender, memória e concentração: Esta faceta explora a visão de uma pessoa quanto ao seu pensamento, sua aprendizagem, memória, concentração e capacidade de tomar decisões, incorporando a velocidade e clareza do pensamento.

6. autoestima: Esta faceta examina como as pessoas se sentem sobre si mesmas. Isto pode variar de sentimento positivo à sensação extremamente negativa sobre si; como elas são capazes de conviver com outras pessoas; sua educação; avaliação da sua capacidade de mudar ou realizar nomeadamente tarefas ou comportamentos; suas relações familiares; e seu senso de dignidade e auto aceitação.

7. imagem corporal e aparência: Esta faceta examina a visão da pessoa em relação ao seu corpo, se este é visto de uma forma positiva ou negativa. O foco é

sobre a satisfação da pessoa com o modo pela qual ela se enxerga, isto é, seu auto conceito.

8. sentimentos negativos: Esta faceta explora as preocupações que a pessoa experimenta, seus sentimentos negativos, incluindo o desânimo, culpa, tristeza, choro, desespero, nervosismo, ansiedade e falta de prazer na vida.

DOMÍNIO III - NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA

9. mobilidade: Esta faceta examina a visão da pessoa em sua capacidade de ir de um lugar à outro, mover-se em casa, no local de trabalho, ou usar os serviços de transporte. O foco é sobre a capacidade geral da pessoa ir onde quer que deseje, sem a ajuda dos outros, independentemente dos meios utilizados para fazê-lo.

10. atividades da vida cotidiana: A faceta explora a capacidade da pessoa para realizar atividades habituais de rotina. Isto inclui auto cuidado e o cuidado com a propriedade. O foco é sobre a capacidade da pessoa para realizar suas atividades do dia a dia.

11. dependência de medicação ou de tratamentos: Esta faceta examina a dependência de uma pessoa com medicações e métodos alternativos (tais como acupuntura e fitoterápicos) para manter seu bem-estar físico e psicológico. Os medicamentos podem, em alguns casos, afetar a qualidade de vida de uma pessoa de uma forma negativa (por exemplo, pelos efeitos colaterais), enquanto em outros casos, podem melhorar a qualidade de vida (por exemplo, analgésicos).

12. capacidade de trabalho: Esta faceta examina a energia da pessoa para o trabalho. "Trabalho" é definido como qualquer uma das principais atividades em que a pessoa está envolvida, podendo incluir o trabalho remunerado ou não, o trabalho voluntário, o estudo em tempo integral, o cuidado com as crianças e as tarefas domésticas.

DOMÍNIO IV - RELAÇÕES SOCIAIS

13. relações pessoais: Esta faceta examina a medida em que as pessoas sentem a companhia, o amor e o apoio que eles desejam a partir das relações íntimas em sua vida. Esta faceta também aborda o compromisso e a experiência de cuidar de outras pessoas, inclui a capacidade e a oportunidade de amar, de ser amada e ter intimidade com as outras, emocional e fisicamente.

14. suporte (apoio) social: Esta faceta examina o quanto uma pessoa sente o compromisso, a aprovação e a disponibilidade da assistência da família e dos amigos. Perguntas exploram o quanto a família e os amigos compartilham das responsabilidades e trabalham juntos, para resolver problemas pessoais e familiares. O foco da faceta é sobre o quanto a pessoa sente que tem o apoio da família e dos amigos e até em que ponto pode depender deste apoio numa crise.

15. atividade sexual: Esta faceta diz respeito à vontade e o desejo de uma pessoa para o sexo, e na medida em que a pessoa é capaz de expressar e desfrutar de seu desejo sexual de forma adequada.

DOMÍNIO V - MEIO AMBIENTE

16. segurança física e proteção: Esta faceta examina a sensação de segurança e proteção contra danos físicos. Uma ameaça para a segurança pode surgir a partir de qualquer fonte, tal como de outras pessoas ou por opressão política, repercutindo diretamente na liberdade da pessoa.

17. ambiente no lar: Esta faceta examina o principal local onde a pessoa vive, dorme e mantém a maioria de seus bens, e da maneira com que isso impacta sobre sua vida. A qualidade da casa é avaliada com base no conforto e segurança.

18. recursos financeiros: A faceta explora a visão da pessoa sobre seus recursos financeiros e a extensão em que esses recursos atendem às suas necessidades, para um estilo de vida saudável e confortável. O foco é sobre o que a pessoa pode ou não pagar e o quanto isso pode afetar a sua qualidade de vida.

19. cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade: A faceta examina a visão da pessoa sobre a assistência social e à saúde, nas proximidades. "Perto" é o tempo que leva para obter ajuda. Questões incluem a forma como a pessoa vê a disponibilidade dos serviços, bem como a qualidade e integralidade dos cuidados que ela pode receber.

20. oportunidades de adquirir novas informações e habilidades: Esta faceta examina oportunidades e desejos de aprender novas habilidades, adquirir novos conhecimentos e sentir-se informada em contato com o que está acontecendo, através de programas de educação formal, aulas ou através de atividades recreativas, em grupos ou sozinha (por exemplo, leitura).

21. participação em, e oportunidades de recreação/lazer: Esta faceta explora a capacidade, oportunidade e inclinações do indivíduo de participar de

atividades de lazer, passatempos e relaxamento. As perguntas incluem todas as formas de passatempos, relaxamentos e recreações. Isto pode variar desde ver amigos, praticar esportes, leitura, assistir televisão ou passar o tempo com a família.

22. ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) Esta faceta examina a visão da pessoa em relação ao seu ambiente. Isto inclui o ruído, a poluição, o clima e a estética geral do ambiente e se esses fatores servem para melhorar ou piorar sua qualidade de vida.

23. transporte: Esta faceta examina a visão da pessoa sobre a disponibilidade dos serviços de transporte, incluindo qualquer modalidade de transporte (bicicleta, carro, ônibus). O foco é sobre a forma que o transporte disponível permite à pessoa executar suas tarefas diárias, bem como a liberdade de executar as atividades escolhidas.

DOMÍNIO VI - ASPECTOS ESPIRITUAIS/RELIGIÃO/ CRENÇAS PESSOAIS

24. espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais: Esta faceta examina as crenças pessoais da pessoa e como estas afetam a qualidade de vida. Para muitos povos, a religião, as crenças pessoais e a espiritualidade são fontes de conforto, bem-estar e segurança, ou seja, o sentido de propósito e força, no entanto, algumas pessoas sentem que a religião tem uma influência negativa em sua vida.

25a FACETA: AVALIAÇÃO GLOBAL DA QUALIDADE DE VIDA

Esta faceta inclui questões de avaliação global de qualidade de vida e saúde, que visam examinar a maneira que o indivíduo avalia de uma forma global, sua qualidade de vida, saúde e bem estar. As quatro questões são as seguintes:

- Como você avaliaria sua qualidade de vida?
- Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?
- Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?
- Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida?

As respostas das questões são dadas em uma escala do tipo Likert. As perguntas são respondidas através de quatro tipos de escalas (dependendo do conteúdo da pergunta): intensidade, capacidade, frequência e avaliação.

Os pacientes foram orientados a responder todas as questões de ambos os questionários, escolhendo dentre as alternativas a que lhe parecesse mais

apropriada, sendo que na segunda aplicação, após o término do tratamento, foi salientado para que tomassem como referência as duas últimas semanas para o questionário WHOQOL-100 e o último mês para o OHIP-14.

4.2.3 Exame e tratamento periodontal

Os pacientes foram avaliados, considerando-se os critérios do PSR (Periodontal Screening and Recording), utilizando-se de sonda periodontal (TRINITY tipo 621-WHO), recomendada pela ADA (American Dental Association) / AAP (American Academy of Periodontology) para este exame. Esta sonda apresenta uma esfera de 0,5 mm de diâmetro em sua extremidade e uma faixa colorida entre as medidas de 3,5 mm e 5,5 mm que permite a identificação de bolsas nessa faixa de profundidade. A boca foi dividida em seis sextantes, conforme quadro 4.3.

Quadro 4.3 - Divisão da boca em sextantes segundo PSR

1 (17-14)	2 (13-23)	3 (24-27)
6 (47-44)	5 (43-33)	4 (34-37)

As medições foram realizadas percorrendo-se o sulco gengival de todos os dentes com a sonda em uma posição paralela ao longo do eixo de cada dente, sendo o maior escore do sextante anotado, mas somente a superfície com maior escore de cada sextante foi contabilizada na soma final.

Foram realizados os tratamentos periodontais de acordo com o tratamento sugerido pela pontuação do próprio exame (Quadro 4.4).

O tratamento periodontal consistiu em prevenção, eliminação de placa, raspagem e alisamento supra e subgengival com instrumentos manuais e ultrassônicos, remoção de restaurações mal adaptadas e exodontia de dentes e raízes residuais que tinham essa indicação.

A orientação de higiene bucal, com instrução, treinamento e motivação foi abordada durante todo o tratamento.

Quadro 4.4 - Valores do índice PSR e tratamento sugerido para cada valor

CÓDIGO 0	Faixa colorida totalmente visível, sem sangramento à sondagem, ausência de cálculo e excessos de margens restauradoras.	Manter o paciente sob medidas preventivas
CÓDIGO 1	Faixa colorida totalmente visível, com sangramento à sondagem, ausência de cálculo e excessos de margens restauradoras.	Eliminação de placa pelo profissional e instrução de higiene oral
CÓDIGO 2	Faixa colorida totalmente visível, com sangramento à sondagem, presença de cálculo supra e/ou subgengival e/ou excessos de margens restauradoras.	Raspagem e polimento, remoção dos excessos de restaurações e instrução de higiene oral
CÓDIGO 3	Faixa colorida parcialmente visível, presença de bolsa de 3,5 a 5,5 mm.	Necessidade de exame periodontal complementar no sextante com periograma, radiografias.
CÓDIGO 4	Faixa colorida não visível, presença de bolsa periodontal acima de 5,5 mm.	Indica necessidade de tratamento periodontal especializado no sextante Necessidade de exame periodontal complementar no sextante, com periograma, radiografias.
CÓDIGO *	A inserção deste código significa a presença de outros problemas como envolvimento de furcas, mobilidade, perda de gengiva inserida e recessão gengival acima de 3,5 mm.	Indica necessidade de tratamento periodontal especializado e complexo no sextante

4.2.4 Índice de erosão

A avaliação da erosão dental foi realizada utilizando-se o índice Basic Erosive Wear Examination (BEWE), o qual permite avaliar as superfícies mais severamente afetadas dentro do sextante, divididos conforme o Quadro 4.5.

Quadro 4.5 - Divisão dos sextantes de acordo com o BEWE

1 (17-14)	2 (13-23)	3 (24-27)
4 (37-34)	5 (33-43)	6 (44-47)

Este índice é cumulativo e permite avaliar o real risco do paciente. Ele é composto por quatro escores que avaliam a severidade da perda de superfície dentária, na qual (0) é superfície sem perda dentária, (1) perda inicial de textura da superfície de esmalte, (2) perda de esmalte e dentina em menos de 50% da área de superfície e (3) perda de esmalte e dentina em mais de 50% da área de superfície.

A oroscopia foi realizada em todas as superfícies dentárias de cada sextante, mas somente a superfície com maior escore de cada sextante foi contabilizada na soma final. Os pacientes foram classificados e tratados de acordo com a conduta sugerida no quadro 4.6:

Quadro 4.6 - Níveis de risco e guia para manejo clínico

NÍVEL DE RISCO	ESCORE CUMULATIVO DOS SEXTANTES	CONDUTA
Nenhum	≤ 2	Observação. Repetir num intervalo de 3 anos
Baixo	Entre 3 e 8	Observação, mudança na dieta e mudanças de hábitos Repetir num intervalo de 2 anos
Médio	Entre 9 e 13	Higiene oral e mudança de dieta, identificar o agente causador e desenvolvimento de estratégias para diminuir a perda de estrutura dental. Deve ser realizada documentação das regiões afetadas, com fotos ou moldes. Considerar medidas de fluoretação. Repetir intervalo de 6 à 12 meses
Alto	≥ 14	Manter conduta do risco médio associada à possibilidade de restaurações nas áreas afetadas Repetir intervalo de 6 à 12 meses

4.2.5 Planejamento e Tratamento restaurador

Após a coleta e o estudo de todos os dados clínicos e radiográficos, foi montado um plano de tratamento individualizado, com planejamento do número aproximado de consultas. Os tratamentos foram iniciados pelas urgências, caso os pacientes a apresentassem, como exodontias (dentes e raízes residuais com indicação cirúrgica) e adequação do meio bucal (profilaxia com taça de borracha e pasta profilática herjos (Coltene), remoção de cáries e colocação de ionômero de vidro restaurador Vitremer (3M- Espe) nas cavidades).

Nos casos onde houve grande perda de estrutura dental pela perimólise foi necessária a obtenção de modelos de estudo e necessidade de enceramento diagnóstico dos elementos dentais, que foram montados em articulador para planejamento do caso.

Os pacientes receberam tratamento periodontal adequado (raspagem supra e subgingival e orientação de higiene bucal), tratamento para disfunção temporomandibular (DTM) quando necessário (com fisioterapia e/ou uso de placa estabilizadora oclusal), tratamento endodôntico quando necessário (em dentes com lesão periapical ou necessidade de tratamento protético com retentor intra radicular), clareamento dental (quando necessário, antes da reabilitação estética dos dentes anteriores) e restaurações diretas e indiretas em resina composta.

As restaurações seguiram a sequência: seleção da cor da resina composta, preparo e limpeza da cavidade, condicionamento ácido e aplicação do adesivo dentário, aplicação de matriz e cunha no caso das cavidades interproximais, inserção e fotopolimerização da resina composta, finalizando com acabamento e polimento da restauração.

No caso das restaurações indiretas, foi utilizado silicone de adição para a moldagem dos preparos, da marca DFL, futura AD, lote 14111853. Os moldes foram vazados em gesso especial, troquelizados e utilizados para a confecção das coroas em resina composta.

O material de escolha para a realização das restaurações diretas e indiretas foi o Restaurador Universal da marca 3M do Brasil Ltda (Filtek – Z350 XT), número de lote 746356, em cores variadas, escolhidas individualmente para cada paciente. O adesivo utilizado foi o Adper Single Bond 2 da mesma marca, número de lote

584179. Já o cimento adesivo utilizado para a cimentação foi o cimento dual Allcem, da marca FGM, número de lote 030215, na cor A2.

Após a reabilitação oral, cada paciente foi fotografado novamente e modelos das arcadas dentárias foram obtidos, para facilitar o acompanhamento clínico da condição de saúde bucal de todos eles.

Os dois questionários foram reaplicados, com o cuidado de aguardar pelo menos duas semanas após o fim da reabilitação oral para o WHOQOL-100 e um mês para a aplicação do OHIP-14.

4.2.6 Análise Estatística

Para as variáveis categóricas os dados foram apresentados por meio de tabelas de frequência onde podemos também encontrar a frequência relativa – número de casos em relação ao total da amostra de pacientes multiplicados por 100 – medida essa expressa em porcentagem.

Já as variáveis quantitativas foram resumidas por meio de estatísticas descritivas (média, desvio padrão, mínimo e máximo).

Depois dessa primeira exploração dos dados foram processadas análises onde foram utilizadas a técnica estatística adequada para testar a diferença de médias de variáveis quantitativas obtidas antes e depois do tratamento. As estatísticas utilizadas foram o teste t de Student para amostras pareadas ou o teste de Wilcoxon. A definição por um ou outro teste foi tomada quando da verificação da existência ou não de normalidade da distribuição da variável quantitativa de interesse. Na falta da normalidade dos dados, o teste não paramétrico de Wilcoxon substitui o t de Student para amostras pareadas.

O teste de McNemar foi utilizado para determinar se proporções pareadas são diferentes. Já o teste t de Student para amostras independentes também foi utilizado na comparação das médias entre os grupos A1 e A2, e o teste exato de Fisher para a comparação entre as proporções da sensibilidade antes e após o tratamento.

Outra análise pertinente foi a de correlação entre duas variáveis numéricas, obtidas por meio do teste de correlação de Pearson, para verificação da existência de relação entre as variáveis.

As análises foram processadas no software estatístico IBM SPSS Statistics 20, e a significância estatística foi verificada para valores de $p < 0,05$ (5%).

5 RESULTADOS

A casuística foi composta por pacientes recrutados em centros de tratamento para pacientes com transtorno alimentar (AMBULIM e PROATA) e por meio da veiculação de anúncio em páginas da Internet, de comunidades que tratam do tema de transtornos alimentares. Foram realizados contatos telefônicos com 151 pacientes, dentre homens e mulheres com AN e BN dos centros de tratamento, dos quais apenas 88 foram encontrados após 3 tentativas. Desse total de pacientes, apenas 74 foram agendados para triagem odontológica, pois alguns não demonstraram interesse, outros não estavam residindo mais em SP e alguns não tinham disponibilidade de horário. Muitos faltaram, mas apesar das faltas justificadas ou não, foram feitas até 3 tentativas de reagendamento (Figura 5.1).

Desses 74 pacientes, de 3 não se obteve mais contato, 9 desistiram de vir para triagem após a primeira ou segunda tentativa de agendamento, 37 não vieram nas três consultas agendadas e 25 pacientes vieram e aderiram ao tratamento. Os outros 5 pacientes que completaram a amostra, vieram pela divulgação do recrutamento em mídias sociais. Desse total de 30 pacientes que aderiram ao tratamento, 20 receberam o tratamento completo de reabilitação oral e, dos 10 restantes, 3 não responderam mais às ligações após a segunda consulta, 2 relataram desistência, 3 vieram para várias consultas, começaram o tratamento, mas desistiram após adequação do meio bucal, 1 estava na metade do tratamento e mudou de cidade e 1 ainda está em tratamento.

Portanto, para facilitar a análise, foi denominado o conjunto inicial de pacientes com TA, de **Grupo A (n=30)**, os indivíduos alvo de tratamento, de **Grupo A1 (n=20)** e de **Grupo A2 (n=10)** os 10 pacientes que não terminaram o tratamento.

Figura 5.1 - Fluxograma da casuística

Fonte: a autora.

As tabelas 5.1 e 5.2 fornecem as estatísticas descritivas e as distribuições das variáveis coletadas junto ao Grupo A de pacientes, sendo mostrados também os resultados para suas subdivisões: o grupo A1 que prosseguiu ao tratamento e o A2, de indivíduos que não passaram pelo tratamento.

Tabela 5.1 - Estatísticas Descritivas

Variáveis	Média	Desvio Padrão (DP)	Mínimo	Máximo
Amostra Inicial: A (n=30)				
Idade	30,67	6,16	18	43
Índice de Massa Corporal (IMC)	23,35	5,76	16,82	44,50
Núm. de dentes cariados	2,20	2,59	0	10
Tempo em anos que tem o TA	10,60	6,73	2	30
Idade de início do TA	20,1	5,1	12	38
A 1 (n=20)				
Idade	30,15	5,79	23	43
Índice de Massa Corporal (IMC)	22,49	4,51	16,82	32,91
Núm. de dentes cariados	1,20	1,28	0	4
Tempo em anos que tem o TA	10,50	7,05	2	30
A 2 (n=10)				
Idade	31,70	7,04	18	40
Índice de Massa Corporal (IMC)	25,05	7,68	19,14	44,50
Núm. de dentes cariados	4,20	3,39	0	10
Tempo em anos que tem o TA	10,80	6,41	2	21

Fonte: a autora.

A média de idade dos pacientes da amostra total é de 30,67 anos. O grupo A2 possui idade média um pouco mais elevada que a do Grupo A1, com maior amplitude de variação – 18 a 40 anos. Já a média de idade de início do TA para o grupo A(n=30) é de 20,1 anos (dp=5,1). As médias de tempo de TA registraram valores bem próximos em ambos os grupos (A1 e A2).

A média do número de dentes cariados no grupo A2 (4,2) foi bem maior do que o grupo A1 (1,2), tendo pacientes com até 10 dentes cariados, mostrando que a condição de saúde bucal desses pacientes é pior.

Do grupo A1 de pacientes, 10% (2/20) apresentaram quadro de sialoadenose da glândula parótida.

Tabela 5.2 - Distribuição das variáveis segundo o tamanho da amostra

Variáveis	Amostra Inicial: A (N=30)		A 1 (N=20)		A 2 (N=10)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Total	30	100,0	20	100,0	10	100,0
Transtorno Alimentar (TA)						
ANP	5	16,7	5	25,0	-	-
BN	25	83,3	15	75,0	10	100,0
Sexo						
Feminino	29	96,7	19	95,0	10	100,0
Masculino	1	3,3	1	5,0		
IMC - categoria						
Menor que 18,5	4	13,3	4	20,0	-	-
Entre 18,5 e 25	19	63,3	11	36,6	8	80,0
Maior que 25	7	23,3	5	25,0	2	20,0
PERIMÓLISE						
NÃO	1	3,3	1	5,0	-	-
SIM	29	96,7	19	95,0	10	100,0
Sensibilidade pré-tratamento						
NÃO	5	16,7	4	20,0	1	10,0
SIM	25	83,3	16	80,0	9	90,0
DTM						
0 Não	9	30,0	7	35,0	2	20,0
1 Sim	21	70,0	13	65,0	8	80,0
Frequência de comportamento antes						
Não provoca vômito	2	6,7	1	5,0	1	10,0
1 a 3 por semana	15	50,0	12	60,0	3	30,0
4 a 7 por semana	1	3,3	1	5,0	-	-
8 a 13 por semana	3	10,0	2	10,0	1	10,0
14 ou mais por semana	9	30,0	4	20,0	5	50,0

Fonte: a autora.

O TA que prevaleceu na totalidade da amostra foi a BN (83,3%), sendo que, no A2(n=10) todos foram classificados nessa categoria e no grupo A1(n=20), 75% apresentaram esse tipo de TA e 25% ANP. Os 30 indivíduos, quanto ao sexo, eram na grande maioria do sexo feminino. Apenas um dos pacientes (3,33%) era do sexo masculino. Perimólise mostrou-se presente em quase todos do A1 e todos do A2.

A tabela 5.3 fornece a distribuição das variáveis coletadas apenas para o grupo A1.

Tabela 5.3 - Distribuição das variáveis - Grupo A1 (N= 20)

Variáveis	N	%
Renda Mensal Aproximada		
1 a 2 salários mínimos	5	25,0
3 a 5 salários mínimos	9	45,0
5 a 10 salários mínimos	6	30,0
PSR		
Medidas preventivas	1	5,0
Eliminação de placa e OHB	1	5,0
RAPCR e OHB	12	60,0
Periograma , radiog e trat especializado	4	20,0
Periograma, radiog e trat complexo	2	10,0
ÍNDICE DE EROSÃO ÁCIDA (BEWE1) – categ		
nenhum (de 0 a 2)	4	20,0
baixo (de 3 a 8)	9	45,0
médio (de 9 a 13)	5	25,0
alto (14 ou mais)	2	10,0
FREQUÊNCIA DE COMPORTAMENTO PÓS		
Não provoca vômito	8	40,0
1 a 3 por semana	11	55,0
4 a 7 por semana	-	-
8 a 13 por semana	1	5,0
14 ou mais por semana	-	-
SENSIBILIDADE PÓS-TRATAMENTO		
NÃO	10	50,0
SIM	10	50,0

Fonte: a autora.

A renda mensal aproximada é de 3 a 10 salários mínimos para 75% dos indivíduos tratados.

Quanto aos PSR, 60 % dos pacientes necessitavam de raspagem e polimento, remoção de excesso de restaurações e orientação de higiene bucal.

No grupo A1, o número médio de dentes que receberam o tratamento restaurador foi de 7,55 (dp=6,29); sendo que variaram de 1 a 22 dentes nos indivíduos tratados.

Já o índice de erosão ácida (BEWE) apresentou média de 7,05 (dp=4,12) para esse grupo de indivíduos, com 35% dos pacientes apresentando índice de erosão ácida médio ou alto.

Apenas 1 paciente do grupo A1 não relatou episódios de vômito no último mês antes do início do tratamento (Tabela 5.2), portanto podemos dizer que 95% dos pacientes praticavam a indução de vômitos após as refeições, antes do tratamento de reabilitação oral (Gráfico 5.1).

Após o tratamento de reabilitação oral, 35% dos pacientes (7/20) não apresentam mais o comportamento de vômito. Porcentagem essa que, se somada à paciente que não vomitava no início do tratamento, resulta em 40% dos pacientes sem o comportamento compensatório inadequado de indução do vômito (Tabela 5.3; Gráfico 5.1).

Essa situação se manteve até a finalização desse trabalho com, no mínimo 6, até 18 meses de follow up, dependendo de quando foi finalizado o tratamento do paciente.

Gráfico 5.1 - Porcentagem de pacientes do Grupo A1(n=20) que provocavam vômito antes e após o tratamento de reabilitação oral

Fonte: a autora.

Para o grupo A1 a frequência de comportamento compensatório inadequado (caracterizado pelo vômito autoinduzido) antes do tratamento, era de 60% de 1 a 3 vezes por semana (Tabela 5.2 e 5.4; Gráfico 5.2), enquanto que, para o A2, 50% dos indivíduos indicaram ser de 14 ou mais vezes por semana (Tabela 5.2).

Em relação aos pacientes do grupo A1, que continuaram com esse comportamento após o tratamento de reabilitação oral, 55% deles apresentaram frequência de vômito de 1 a 3 vezes por semana (Tabela 5.4 Gráfico 5.2).

Tabela 5.4 - Frequência de comportamento inadequado, grupo A1

FREQUÊNCIA DE COMPORTAMENTO	Antes		Pós	
	N	%	n	%
Não provoca vômito	1	5,0	8	40,0
1 a 3 por semana	12	60,0	11	55,0
4 a 7 por semana	1	5,0		
8 a 13 por semana	2	10,0	1	5,0
14 ou mais por semana	4	20,0		
Total	20	100,0	20	100,0

Fonte: a autora.

Gráfico 5.2 - Frequência de comportamento inadequado antes e após o tratamento de reabilitação oral para o grupo A1

Fonte: a autora.

Pelo teste de McNemar rejeitou-se a hipótese de igualdade entre essas proporções, antes e depois, com nível de significância $p=0,016$.

À partir dos dados de frequência de vômitos pode-se inserir os pacientes na classificação da doença segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (Association, 2013). Portanto pode-se afirmar que, para o grupo A1 antes do tratamento de reabilitação oral, 60% (12/20) dos pacientes eram classificados com gravidade leve, 5% (1/20) moderada, 10% (2/20) grave e 20% (4/20) com gravidade extrema (Gráfico 5.3).

Gráfico 5.3 - Classificação dos pacientes do Grupo A1 (n=19) em relação à gravidade da doença antes do tratamento de reabilitação oral

Fonte: a autora.

Como 40% dos pacientes não provocam mais o vômito, a classificação em relação à gravidade da doença foi revista após o tratamento, com apenas 60% dos pacientes (12/20), e apenas 1 paciente apresentou classificação grave. (Gráfico 5.4)

Gráfico 5.4 - Classificação dos pacientes do Grupo A1 (n=12) em relação à gravidade da doença baseada após o tratamento de reabilitação oral

Fonte: a autora.

Já no grupo A2 (n=10), 30% são considerados na classificação leve, 10% grave e 50% podem ser classificados como extrema, quanto à classificação da doença. O

IMC médio do grupo A2 também é maior que o do grupo A1 (Tabela 5.1) e 75% dos indivíduos do grupo A1(n=20) apresentaram IMC menor ou igual a 25 kg/m² (Tabela 5.2), que representa as classificações de indivíduos com magreza moderada, magreza leve e saudáveis (Gráfico 5.5).

Gráfico 5.5 - Pacientes do grupo A1(n=20) em relação à categoria do Índice de Massa Corporal

Fonte: a autora.

Após a comparação do IMC inicial e final do grupo A1, a média entre as diferenças de IMC foi de -0,241. Apesar de indicar um aumento no valor do IMC essa diferença não foi significativa ao nível de 5% ($t = -0,518$; $p = 0,611$) (Tabela 5.5).

Tabela 5.5 - Comparação IMC inicial e final do grupo A1

Média	Leve moderada (n=14)	+ Grave extrema (n=6)	+ Total (n=20)
IMC - inicial	23,40	20,37	22,49
IMC - final	23,46	21,03	22,73
Diferença	-0,06	-0,66	-0,24 (p=0,611)

Fonte: a autora.

Apesar da pequena diferença entre o peso inicial e o final, entre os pacientes de doença considerada grave ou extrema o IMC aumentou 11 vezes mais do que entre os de doença leve ou moderada.

A sensibilidade antes do tratamento exibiu percentual igual ou superior a 80% em ambos os grupos, A1 e A2 (Tabela 5.2). No Grupo A1(n=20) apenas 20% dos pacientes não relatava sensibilidade dental antes do tratamento de reabilitação oral, passando para 50% após o tratamento (Tabela 5.3; Tabela 5.6; Gráfico 5.6).

Gráfico 5.6 - Porcentagem de pacientes do grupo A1 em relação à sensibilidade dental antes e após o tratamento de reabilitação oral

Fonte: a autora.

Tabela 5.6 - Sensibilidade antes e após tratamento do grupo A1

SENSIBILIDADE		Pós tratamento		Total
		NÃO	SIM	
Antes do tratamento	NÃO	4	0	4
		100,0%	0,0%	100,0%
	SIM	6	10	16
		37,5%	62,5%	80,0%
		10	10	20
		50,0%	50,0%	100,0%

Fonte: a autora. Teste exato de Fisher : $p=0,04$ (teste unilateral)

Outro teste que pode ser utilizado para testar a diferença dessas proporções pareadas é o teste de McNemar. Esse teste registrou nível de significância $p=0,031$, ou seja, rejeitou-se a hipótese de igualdade entre essas proporções.

A fim de avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos 30 indivíduos com TA foi aplicado o questionário **Oral Health Impact Profile (OHIP-14)**. Após o tratamento de reabilitação oral dos 20 indivíduos pertencentes ao grupo A1, esse instrumento foi reapresentado para averiguação de progressos quanto ao impacto na qualidade de vida dos mesmos, devido às melhorias na condição da saúde bucal. A tabela 5.7 contém as médias das perguntas para os grupos estudados, segundo o questionário OHIP-14.

Tabela 5.7 - Estatísticas Descritivas para as questões do OHIP – 14

Questões OHIP-14	Grupo A2		Grupo A1		Grupo A (N=30)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Q1.Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou dentes?	1,60	0,84	1,50	1,15	1,53	1,04
Q2.Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?	1,90	1,10	1,80	0,95	1,83	0,99
Q3.Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?	3,90	0,74	3,25	0,72	3,47	0,78
Q4.Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou dentes?	4,00	1,05	2,95	0,94	3,30	1,09
Q5.Você ficou preocupado por causa de problemas com sua boca ou dentes?	4,30	0,95	3,80	1,20	3,97	1,13
Q6.Você se sentiu estressado por causa de problemas com sua boca ou dentes?	3,80	1,32	3,20	1,06	3,40	1,16
Q7.Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua boca ou dentes?	2,80	1,69	1,95	1,00	2,23	1,30
Q8.Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua boca ou dentes?	2,80	1,48	1,65	0,93	2,03	1,25
Q9.Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com sua boca ou dentes?	3,20	1,48	2,05	1,15	2,43	1,36
Q10.Você sentiu-se envergonhado por causa de problemas com sua boca ou dentes?	3,80	1,14	3,00	1,38	3,27	1,34
Q11.Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas com sua boca ou dentes?	1,90	1,10	1,75	0,91	1,80	0,96
Q12.Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes?	2,20	1,23	1,60	0,88	1,80	1,03
Q13.Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?	2,90	1,10	2,45	1,23	2,60	1,19
Q14.Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes?	1,90	1,10	1,25	0,72	1,47	0,90

Fonte: a autora.

Esse questionário utiliza perguntas sobre a saúde da boca e dentes que afetam o dia-a-dia do paciente, de acordo com a frequência de quando ocorre, variando de 1 a 5, sendo que 1 indica a menor intensidade (nunca) e 5 (sempre) a maior. A partir das médias obtidas para os grupos de estudo foram gerados gráficos (Gráficos 5.7 a 5.10) para uma melhor visualização dos resultados obtidos por questões.

Gráfico 5.7 - Média de cada questão do questionário (OHIP-14) aplicado ao grupo A (n=30)

Gráfico 5.8 - Média de cada questão do questionário (OHIP-14) do grupo A2 (n=10)

Gráfico 5.9 - Média do questionário (OHIP-14) respondido pelo grupo A1 (n=20) antes do tratamento

Fonte: a autora.

Nota: estão indicadas no gráfico as questões que obtiveram valor igual ou acima da média do conjunto 1 a 5, ou seja, 2,5.

Gráfico 5.10 - Média de cada questão do questionário (OHIP-14) do grupo A1 (n=20) (depois do tratamento)

Fonte: a autora.

Nota: estão indicadas no gráfico as questões que obtiveram valor igual ou acima da média do conjunto 1 a 5, ou seja, 2,5.

Apenas a questão 5 obteve um valor acima de uma média esperada de 2,5 para o conjunto de dados. Essas questões apresentaram valores para as demais questões bem abaixo dos valores médios do Grupo A1 (Tabela 5.8).

Tabela 5.8 - Estatísticas Descritivas para as questões do OHIP – 14 – Grupo A1 (antes e depois do tratamento)

Questionário	n=20			
	ANTES		DEPOIS	
	Média	DP	Média	DP
Q1.Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou dentes?	1,50	1,147	1,20	0,523
Q2.Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?	1,80	0,951	1,40	0,754
Q3.Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?	3,25	0,716	2,25	1,070
Q4.Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou dentes?	2,95	0,945	2,35	1,268
Q5.Você ficou preocupado por causa de problemas com sua boca ou dentes?	3,80	1,196	2,65	0,988
Q6.Você se sentiu estressado por causa de problemas com sua boca ou dentes?	3,20	1,056	2,10	0,852
Q7.Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua boca ou dentes?	1,95	0,999	1,85	0,933
Q8.Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua boca ou dentes?	1,65	0,933	1,60	0,754
Q9.Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com sua boca ou dentes?	2,05	1,146	2,00	0,973
Q10.Você sentiu-se envergonhado por causa de problemas com sua boca ou dentes?	3,00	1,376	1,90	1,119
Q11.Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas com sua boca ou dentes?	1,75	0,910	1,40	0,754
Q12.Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes?	1,60	0,883	1,35	0,587
Q13.Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?	2,45	1,234	1,55	0,759
Q14.Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes?	1,25	0,716	1,20	0,616

Fonte: a autora.

Como os dados para essas questões são uma escala de 1 a 5, as quais guardam uma ordem entre si, o teste mais apropriado para medir a existência de diferença entre as médias, antes e depois do tratamento em um conjunto de mesmos indivíduos, é o teste de Wilcoxon (Tabela 5.9).

Tabela 5.9 - Teste de Wilcoxon ^(a) para comparar grupos pareados, questionário OHIP-14 (n =20)

G A1 (depois) - G A1 (antes)	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	
QD1 - QA1	-1,473 ^b	0,141	n.s.
QD2 - QA2	-1,994 ^b	0,046	*
QD3 - QA3	-3,345 ^b	0,001	***
QD4 - QA4	-2,089 ^b	0,037	*
QD5 - QA5	-2,708 ^b	0,007	***
QD6 - QA6	-3,246 ^b	0,001	***
QD7 - QA7	-0,486 ^b	0,627	n.s.
QD8 - QA8	-0,054 ^b	0,957	n.s.
QD9 - QA9	-0,322 ^b	0,748	n.s.
QD10 - QA10	-3,133 ^b	0,002	***
QD11 - QA11	-1,308 ^b	0,191	n.s.
QD12 - QA12	-1,518 ^b	0,129	n.s.
QD13 - QA13	-2,811 ^b	0,005	***
QD14 - QA14	-0,184 ^b	0,854	n.s.

Fonte: a autora.

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks

Nota: n.s.- não significante; * - significante ao nível de 5%; *** - significante ao nível de 1%.

Referência: Teste de Wilcoxon.

As questões que mostram ser estatisticamente diferentes são as de número 2, 3, 4, 5, 6, 10 e 13, sendo que esta última refere-se à qualidade de vida relacionada aos problemas na boca ou dentes (Tabela 5.8).

A fim de avaliar a qualidade de vida dos 30 indivíduos com TA foi aplicado o questionário de avaliação da qualidade de vida **WHOQOL-100**, da Organização Mundial da Saúde. Após o tratamento de reabilitação oral dos 20 indivíduos pertencentes ao grupo A1, esse instrumento foi reapresentado para averiguação de progressos quanto à qualidade de vida dos mesmos, devido às melhorias na condição da saúde bucal. A partir dele pretende-se trabalhar com indicadores definidos segundo, User Manual WHOQOL, 1998. Esses índices são uma combinação de um conjunto de questões. As questões listadas (Quadro 5.1) tiveram suas categorias invertidas, para que a escala ordenada possa sempre ser analisada da pior para a melhor classificação (mesmo sentido).

Quadro 5.1 - Questões WHOQOL-100 que tiveram suas categorias invertidas

F22	Quão facilmente você fica cansado(a)?
F24	O quanto você se sente incomodado(a) pelo cansaço?
F32	Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?
F34	O quanto algum problema com o sono lhe preocupa?
F72	Você se sente inibido(a) por sua aparência?
F73	Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem?
F102	Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia-a-dia?
F104	Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-a-dia?
F131	Quão sozinho você se sente em sua vida?
F154	Você se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?
F163	O quanto você se preocupa com sua segurança?
F182	Você tem dificuldades financeiras?
F184	O quanto você se preocupa com dinheiro?
F222	Quão preocupado(a) você está com o barulho na área que você vive?
F232	Em que medida você tem problemas com transporte?
F234	O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida?
F93	O quanto alguma dificuldade de locomoção lhe incomoda?
F94	Em que medida alguma dificuldade em mover-se afeta a sua vida no dia-a-dia?

Fonte: a autora.

Na escala original: 1 = nada; 2 = muito pouco; 3 = mais ou menos ; 4 = bastante; 5 = extremamente. Com a inversão, o 1 = 5.....5 = 1.

Os componentes de cada indicador estão listados no Quadro 5.2.

Quadro 5.2 - Componentes dos indicadores – instrumento WHOQOL-100

Indicador	Componentes WHO	Indicador	Componentes WHO
FACET1	F11, F12, F13, F14	FACET16	F161, F162, F163, F164
FACET2	F21, F22, F23, F24	FACET17	F171, F172, F173, F174
FACET3	F31, F32, F33, F34	FACET18	F181, F182, F183, F184
FACET4	F41, F42, F43, F44	FACET19	F191, F192, F193, F194
FACET5	F51, F52, F53, F54	FACET20	F201, F202, F203, F204
FACET6	F61, F62, F63, F64	FACET21	F211, F212, F213, F214
FACET7	F71, F72, F73, F74	FACET22	F221, F222, F223, F224
FACET8	F81, F82, F83, F84	FACET23	F231, F232, F233, F234
FACET9	F91, F92, F93, F94	FACET24	F241, F242, F243, F244
FACET10	F101, F102, F103, F104	FACET25	G1, G2, G3, G4
FACET11	F111, F112, F113, F114	DOM1	FACET1, FACET2, FACET3
FACET12	F121, F122, F123, F124	DOM2	FACET4, FACET5, FACET6, FACET7, FACET8
FACET13	F131, F132, F133, F134	DOM3	FACET9, FACET10, FACET11, FACET12
FACET14	F141, F142, F143, F144	DOM4	FACET13, FACET14, FACET15
FACET15	F151, F152, F153, F154	DOM5	FACET16, FACET17, FACET18, FACET19, FACET20, FACET21, FACET22, FACET23
		DOM6	FACET24

Fonte: a autora.

Com a construção desses índices, que resumem a grande quantidade de questões presentes no instrumento que foi aplicado aos pacientes, pode-se ter uma melhor visão da existência ou não de diferença entre o resultado obtido para esses indicadores antes e depois do tratamento.

O teste mais apropriado para medir a diferença entre as médias antes e depois do tratamento, em um conjunto de mesmos indivíduos, é o teste t pareado (Casella; Berger, 2001).

A tabela 5.10 apresenta as estatísticas descritivas para o grupo A1 antes e depois do tratamento

Tabela 5.10 - Estatísticas descritivas dos indicadores gerados a partir do WHOQOL-100 (n=20)

Indicadores – WHO	Antes				Depois			
	Média	DP	Mín	Máx	Média	DP	Mín	Máx
FACET1	12,87	3,01	8	20	11,47	3,66	5	19
FACET2	9,20	2,50	5	14	11,05	3,56	5	18
FACET3	10,20	4,51	5	18	12,65	4,56	4	20
FACET4	12,00	3,32	6	16	13,40	3,41	8	19
FACET5	10,95	3,76	5	16	12,50	3,75	6	19
FACET6	10,20	3,27	4	17	12,40	3,63	7	19
FACET7	9,00	3,73	4	16	11,30	4,27	5	20
FACET8	15,80	2,65	11	20	13,80	3,75	7	20
FACET9	15,20	3,52	7	20	16,60	3,63	10	20
FACET10	10,55	2,61	7	17	12,75	3,81	8	20
FACET11	13,60	5,66	4	20	13,15	5,55	4	20
FACET12	13,15	3,57	7	20	14,85	3,17	10	20
FACET13	13,60	3,30	7	20	14,55	2,93	9	18
FACET14	13,70	3,10	8	19	13,65	3,08	7	19
FACET15 ^a	11,76	4,07	6	20	13,06	3,80	7	20
FACET16	10,80	2,48	7	15	11,20	3,02	5	16
FACET17	13,75	3,89	5	19	13,00	3,93	6	20
FACET18	11,10	3,24	6	18	10,70	2,96	7	18
FACET19	13,25	3,24	8	20	13,05	3,85	5	19
FACET20	14,10	3,42	6	19	15,35	3,76	7	20
FACET21	10,70	3,40	5	16	12,35	3,59	5	19
FACET22	11,45	3,62	5	17	12,25	3,61	6	19
FACET23	13,05	4,45	5	20	12,65	3,18	8	19
FACET24	13,85	4,44	4	20	13,45	3,73	6	20
FACET25	10,65	2,43	7	16	12,45	4,01	7	19
Domínio 1 (Físico)	10,18	2,48	5,7	15,2	12,08	3,37	5,8	18,9
Domínio 2 (Psicológico)	10,07	2,52	6,0	14,0	11,96	3,02	7,4	18,2
Domínio 3 (Nível de independência)	12,33	3,07	7,3	18,5	13,76	2,93	10,0	19,8
Domínio 4 (Relações sociais)	13,06	3,10	8,0	18,0	13,76	2,71	9,0	18,3
Domínio 5 (Meio-ambiente)	12,28	2,52	8,6	16,1	12,57	2,51	8,3	16,4
Domínio 6 (Espiritualidade/religião/crenças pessoais)	13,85	4,44	4,0	20,0	13,45	3,73	6,0	20,0

Fonte: a autora.

Nota: ^a para o indicador FACET15, n válido = 17 e n válido = 18 depois.

Como as correlações entre os domínios calculados foram significantes ($p < 1\%$) (Tabela 5.11), o cálculo de um indicador sintético, geral (ou resumo), que leve em consideração todos esses domínios, não é indicado.

Tabela 5.11 - Correlações de Pearson

Indicadores – pares antes e depois	N	Correlação (1)	Sig.	Nível de significância
FACET25 & FACET25F	20	,260	,268	n.s.
Domínio 1A & Domínio 1D	20	,761	,000	***
Domínio 2A & Domínio 2D	20	,619	,004	***
Domínio 3A & Domínio 3D	20	,764	,000	***
Domínio 4A & Domínio 4D	20	,624	,003	***
Domínio 5A & Domínio 5D	20	,791	,000	***
Domínio 6A & Domínio 6D	20	,623	,003	***

Fonte: a autora.

Nota: (1) Correlação de Pearson (Vieira S, 2011).

Na comparação do Indicador FACET25 obtido antes e depois do tratamento, não se rejeitou a hipótese de igualdade das médias desses indicadores. Assim como para os indicadores Domínio 4, 5 e 6. Já para os Indicadores Domínio 1, 2 e 3, foi rejeitada a hipótese de igualdade de médias, entre a aplicação do questionário antes e depois do tratamento ($p < 1\%$) (Tabela 5.12).

Tabela 5.12 - Teste t pareado (1)

Diferenças dos Indicadores (depois-antes)	Diferenças					t	g.l.	Sig. (2-tailed)	Sig.
	Média	DP	Erro padrão da média	IC(95%)					
				Inferior	Superior				
FACET25F - FACET25	1,80	4,112	0,919	-0,124	3,724	1,958	19	,065	n.s.
Domínio 1 D - Domínio 1 A	1,90	2,193	0,490	0,874	2,926	3,875	19	,001	***
Domínio 2 D - Domínio 2 A	1,89	2,459	0,550	0,739	3,041	3,437	19	,003	***
Domínio 3 D - Domínio 3 A	1,44	2,065	0,462	0,471	2,404	3,114	19	,006	***
Domínio 4 D - Domínio 4 A	0,70	2,544	0,569	-0,490	1,890	1,231	19	,233	n.s.
Domínio 5 D - Domínio 5 A	0,29	1,622	0,363	-0,466	1,053	0,810	19	,428	n.s.
Domínio 6 D - Domínio 6 A	-0,40	3,604	0,806	-2,087	1,287	-0,496	19	,625	n.s.

Fonte: a autora. Processado pelo pacote estatístico SPSS versão 20 (Vieira S, 2011).

Na comparação entre as médias do grupo A1 (antes do tratamento) e grupo A2 para as variáveis do questionário WHOQOL-100, o domínio 6 foi o que apresentou as maiores médias, em ambos os grupos. Nos demais domínios, foram encontradas médias mais elevadas no grupo A1 em relação ao grupo A2, porém sem diferença significativa entre as médias (Gráfico 5.11).

Gráfico 5.11 - Comparação entre as médias (GA1 Antes; GA2) para as variáveis do WHOQOL

Fonte: a autora.

Gráfico 5.12 - Comparação entre as médias (GA1 depois; GA2) para as variáveis do WHOQOL

Fonte: a autora.

Já na comparação entre os grupos A1 (depois do tratamento) e A2 (Gráfico 5.12), verificou-se ainda no domínio 6 as maiores médias para o grupo A2. Mas pode-se dizer que foram encontradas diferenças significantes entre os grupos nos domínios 1 ($p=0,009$), 2 ($p=0,013$), e 3 ($p=0,02$), com o grupo A1 apresentando melhor qualidade de vida que o grupo A2 nesses 3 domínios.

A seguir estão ilustradas algumas fotos de antes e depois do tratamento de reabilitação oral de alguns dos pacientes do presente estudo, com diagnóstico de ANP e BN (Figuras 5.2 a 5.9)

Figura 5.2 - Antes e 3 meses após tratamento de reabilitação oral em paciente com ANP

Fonte: a autora.

Figura 5.3 - Antes e 6 meses após tratamento de reabilitação oral em paciente com BN

Fonte: a autora.

Figura 5.4 - Antes e 6 meses após tratamento de reabilitação oral em paciente com BN

Fonte: a autora.

Figura 5.5 - Antes e 2 meses após tratamento de reabilitação oral em paciente com BN

Fonte: a autora.

Figura 5.6 - Antes e 8 meses após tratamento de reabilitação oral em paciente com BN

Fonte: a autora.

Figura 5.7 - Antes e 4 meses após tratamento de reabilitação oral em paciente com BN

Fonte: a autora.

Figura 5.8 - Antes e 1 mês após tratamento de reabilitação oral em paciente com ANP

Fonte: a autora.

Figura 5.9 - Antes e 1 mês após tratamento de reabilitação oral em paciente com ANP

Fonte: a autora.

6 DISCUSSÃO

O transtorno alimentar que prevaleceu na totalidade da amostra foi a BN (83,3%), sendo que, no A2 (n=10) todos foram classificados nessa categoria e no grupo A1 (n=20) 75% apresentaram esse tipo de TA e 25% ANP.

A tentativa de agendamento dos pacientes foi tanto de pacientes com BN quanto com AN, independente se restritiva ou não, mesmo porque essa informação não estava disponível. Acredita-se que a maior adesão ao tratamento ocorreu em pacientes que purgavam, pela iminente preocupação e necessidade de tratamento odontológico, já que é descrito que pacientes que provocam o vômito podem apresentar várias alterações na cavidade oral, como erosão dentária, alterações salivares, xerostomia, queimação na língua, inchaço da glândula parótida e DTM (Traebert; Moreira, 2001; Kavoura et al., 2005; Bartlett et al., 2008; Lo Russo et al., 2008; Johansson et al., 2012; Romanos et al. 2012).

Os 30 indivíduos que participaram da amostra, eram na grande maioria, do sexo feminino. Apenas um dos pacientes (3,33%) era do sexo masculino. Essa relação de muitas mulheres para poucos homens também é descrita por outros autores, Preti et al. (2009) afirmaram que as mulheres são até oito vezes mais acometidas por esses transtornos, do que os homens. Outros autores também destacam maior incidência de AN em mulheres e meninas, do que nos homens e rapazes, com proporções de sexo de aproximadamente 10:1 a 15:1 (Keski-Rahkonen et al., 2007; Association, 2013; Zerwas et al., 2015) e de BN com cerca de 10:1 mulheres para homens (Association, 2013). A amostra apresentou maior diferença, quando comparada aos outros estudos, talvez pelo seu tamanho reduzido.

A média de idade dos pacientes da amostra total foi de 30,67 anos e a média de idade de início do TA foi de 20,1 anos (dp=5,1), o que é compatível com a média de idade de 15 aos 20 anos de idade, em ambos os sexos descrita na literatura para o início do desenvolvimento de BN ou AN (Cordás, 2004; Keski-Rahkonen et al., 2007; Kessler et al., 2013; Zerwas et al., 2015), inclusive segundo o DSM-5 (Association, 2013). Ackard et al. (2014) relataram idade média de início do TA ligeiramente menor, isto é 14,9 anos.

Nem todos os pacientes triados deram continuidade ou terminaram o tratamento odontológico, por isso foram separados em grupo A1 e grupo A2. Se

esses dois grupos forem comparados, será verificado que o grupo A2 (n=10) composto pelos pacientes que não terminaram o tratamento, com 90% de desistência, apresentava média do número de dentes cariados (4,2) bem maior do que o grupo A1 (1,2), tendo pacientes com até 10 dentes cariados, mostrando que a condição de saúde bucal desses pacientes era pior. Szupiany et al. (2015) relataram recidiva de cárie em 87,5% e cárie primária em 67,5% dos pacientes com AN e BN avaliados no estudo.

Ainda pode-se comparar a frequência do comportamento inadequado (caracterizado pelos episódios de vômito autoinduzido) entre os grupos, que para o grupo A1 a frequência antes do tratamento era de 60% dos pacientes autoinduzindo vômitos de 1 a 3 vezes por semana, enquanto que para o A2, 50% dos indivíduos indicaram ser de 14 ou mais por semana. Com esses resultados pode-se também concluir que as condições do grupo A2 eram piores do que as do grupo A1.

A partir dos dados de frequência de vômitos pode-se inserir os pacientes na classificação da doença segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (Association, 2013). Portanto pode-se afirmar que para o grupo A1 (n=20) 60% (12/20) dos pacientes eram classificados por gravidade leve, 5% (1/20) moderada, 10% (2/20) grave e 20% (4/20) classificados com gravidade extrema. E para o grupo A2 (n=10), onde 30% são considerados na classificação leve, 10% grave e 50% podem ser classificados como extrema, quanto à classificação da doença.

Assim, em relação à condição de saúde bucal e ao grau de classificação do transtorno, pode-se dizer que o grupo A2 apresenta piores condições do que o grupo A1. Em relação às outras variáveis (sensibilidade antes do tratamento, tempo de TA e perimólise), os dois grupos não mostraram diferenças estatisticamente significantes.

Talvez a explicação pelo absenteísmo e desistência dos pacientes do grupo A2, esteja ligada à gravidade da doença, já que a literatura afirma que, quanto pior o grau do TA, pior a qualidade de vida do indivíduo (Mond et al., 2005; Jenkins et al., 2011), o que poderia influenciar negativamente em qualquer alteração na rotina desses pacientes. A pior condição da saúde bucal desse grupo de pacientes também pode estar diretamente relacionada à pior qualidade de vida, como pôde se observar e como afirmam alguns autores (Cibirka et al., 1997; Moimaz et al., 2016).

É relatado que pacientes com TA, quando submetidos a tratamentos dentários, apresentam maiores níveis de medo e ansiedade, quando comparados com pacientes da população geral (Sirin et al., 2011), o que poderia agravar ainda mais as condições de saúde bucal e explicar, muitas vezes, o absenteísmo. Outro estudo, que relata essa impopularidade dos pacientes de TA em relação à equipe de saúde, é o de Robinson (2000), que afirma que “os pacientes com TA, em grande parte, não cooperam com o tratamento, enganam a equipe, são ingratos e insatisfeitos”.

Também pode-se comparar a frequência do comportamento inadequado (autoindução de vômito) e gravidade da doença entre os pacientes do grupo A1, antes e depois do tratamento de reabilitação oral. Antes do tratamento, 95% dos pacientes deste grupo provocavam o vômito (60% leve; 5% moderada, 10% grave e 20% extrema), e após o término do tratamento 35% dos pacientes pararam de vomitar, o que se manteve até o fim do presente trabalho, com tempo de follow up de 6 a 18 meses. Dos pacientes que ainda relataram vomitar, 50% apresenta frequência de vômito de 1 à 3 vezes por semana. A partir desses dados a classificação de gravidade da doença pode ser revista após o tratamento de reabilitação oral, agora com apenas com 60% dos pacientes (12/20), onde 91,6% são classificados na gravidade leve e apenas um (8,3%) numa pior classificação, que passou da classificação extrema para grave.

A mesma porcentagem de pacientes que provoca o vômito (95% antes do tratamento) é confirmada por outro autor (Casper, 1983), que afirmou que o vômito autoinduzido é extremamente comum em pacientes com BN e ANP, estando presente em até 95% dos casos, provavelmente pelo seu efeito de redução imediata da ansiedade.

E de acordo com a classificação da doença, é possível verificar que houve uma significativa melhora no grupo A1 em geral, e pode-se inclusive dizer que houve remissão do Transtorno. Autores afirmam que o transtorno é considerado em remissão parcial quando alguns dos critérios de diagnóstico da doença estiverem insatisfatórios por um bom período de tempo e em remissão completa, quando nenhum dos critérios forem satisfatoriamente sustentados por um bom período de tempo (Association, 2013). Outros autores, que compararam a taxa de remissão dos TA após tratamento psiquiátrico, com a melhora da qualidade de vida, afirmam que não basta falar em remissão apoiado apenas nos critérios de remissão, é importante

avaliar a qualidade de vida em conjunto com esses fatores para falar em regressão (Ackard et al., 2014), como será abordado mais adiante.

O Índice de Massa Corporal (IMC) é considerado um método simples para a avaliação do nível de gordura individual e é adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Através desse índice avalia-se o peso corporal ideal em quilogramas, baseado na altura do indivíduo, em metro elevado ao quadrado ($IMC = kg / m^2$). Quanto à categoria do IMC, 75% dos indivíduos do grupo A1 (n=20) apresentaram IMC menor ou igual a $25 kg/m^2$, sendo 5% (1/20) com magreza moderada, 15% (3/20) com magreza leve, 55% (11/20) saudáveis, 15% (3/20) apresentavam sobrepeso e 10% (2/10) estavam com obesidade grau I. Segundo a OMS, o índice de massa corporal de 16 a $< 17 kg/m^2$ representa magreza moderada, de 17 a $< 18,5 kg/m^2$ magreza leve, e de $18,5 kg/m^2$ a $25 kg/m^2$ os indivíduos são considerados saudáveis. Todos os pacientes que apresentaram magreza moderada ou leve foram diagnosticados com ANP. Apenas um deles, que também tem ANP apresentou IMC um pouco acima do limite entre magreza leve e saudável, com IMC de $18,82 kg/m^2$. Segundo o DSM-5 (Association, 2013), o nível de gravidade da AN em adultos é avaliado com o auxílio do IMC, podendo-se afirmar que os pacientes da amostra, que têm o diagnóstico de ANP, são classificados com magreza moderada, leve ou saudável. Já os pacientes com BN apresentaram IMC com variação de $19,14 kg/m^2$ a $32,41 kg/m^2$, que vai da classificação saudável (10 pacientes) à obesidade grau I (2 pacientes). Os resultados estão compatíveis com a descrição do DSM-5, onde os autores afirmam que pacientes com BN estão dentro do peso normal ou alcançaram sobrepeso (Association, 2013).

Já a meta análise de 2014 de Winkler et al., mostrou índices de massa corporal de $15,44$ a $22,6 kg/m^2$, o que indica que havia na amostra indivíduos com maior gravidade em relação à AN e pacientes com BN apenas dentro do índice de massa corporal saudável.

Como os dados de IMC finais também foram coletados após o tratamento de reabilitação oral para o grupo A1 (n=20), há como comparar com os valores iniciais e verificar que não houve diferença significativa nas médias, nem em relação aos pacientes que pararam de vomitar. Talvez isso possa ser explicado pela remissão do transtorno, que além da redução no comportamento de purgação por vômito, também pode ter sido acompanhada da redução na compulsão alimentar, o que explicaria o fato desses pacientes não ganharem peso mesmo parando de vomitar.

Pohjolainen et al. (2016) verificaram que, após tratamento psiquiátrico e consequente melhora na qualidade de vida de pacientes com AN e BN, houve um aumento significativo no IMC dos pacientes com AN, porém não houve alteração nesse mesmo índice para os pacientes com BN.

A sensibilidade antes do tratamento exibiu percentual igual ou superior a 80% em ambos os grupos, A1 e A2. No Grupo A1(n=20) apenas 20% dos pacientes não relatava sensibilidade dental antes do tratamento de reabilitação oral. A presença de sensibilidade em pacientes que provocam o vômito confirma-se também em outros estudos (Kavoura et al., 2005; Bartlett et al., 2008; Lo Russo et al., 2008; Johansson et al., 2012), em que se relaciona o alto índice de perimólise desses pacientes (96,7%) da amostra total. O índice de erosão ácida (BEWE) mostrou média de 7,05 (dp=4,12) para esse grupo de indivíduos, sendo 35% dos pacientes com índice de erosão ácida médio ou alto.

Os dados de sensibilidade após o tratamento foram coletados nos pacientes do grupo A1, mostrando que a porcentagem caiu de 80% de pacientes com sensibilidade para 50%. O teste utilizado para comparar a diferença dessas proporções foi o teste de McNemar, que registrou nível de significância $p=0,031$, ou seja, a hipótese de igualdade entre essas proporções foi rejeitada.

Isso pode ter ocorrido tanto pela proteção da estrutura dentária exposta, tal como vemos em outros estudos (Burke et al., 1996; Kavoura et al., 2005; Spreafico, 2010; Burke et al., 2011) bem como pela diminuição da frequência de vômito desses pacientes.

No grupo A1, o número médio de dentes que receberam o tratamento restaurador foi de 7,55 (dp=6,29); variando de 1 a 22 dentes nos indivíduos tratados, 11 dos quais tinham mais que 6 dentes para tratar, 9 deles com fraturas ou erosão em anteriores. Alguns autores afirmaram que 1/3 dos pacientes com BN pode apresentar perda perceptível de estrutura nos dentes anteriores (Kavoura et al., 2005).

Quanto ao PSR, 60 % dos pacientes necessitavam de raspagem e polimento, remoção do excesso de restaurações e orientação de higiene bucal. A presença de placa e cálculo é grande em pacientes com AN e BN, como mostrou o estudo de Szupiany et al. (2015), que relatou a presença de má higiene oral em 45% dos pacientes com AN e BN examinados, o que também foi observado no presente estudo.

Do grupo A1 de pacientes, 10% (2/20) apresentaram quadro de sialoadenose da glândula parótida, desordem não inflamatória das glândulas salivares (Neville et al., 2009). Essa desordem também foi relatada no estudo de Romanos et al. (2012). A incidência de sialoadenose em pacientes com TA também foi estimada entre 10% e 66% em outros estudos (Mandel; Kaynar, 1992; Coleman et al., 1998), podendo ser uni ou bilateral e é significativamente mais comum em pacientes com TA, quando comparados à um grupo controle (Bozzato et al., 2008; Johansson et al., 2012).

Em relação aos questionários aplicados para mensurar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida (OHIP-14) dos pacientes, foram encontradas diferenças estatísticas entre os que foram aplicados antes e depois do tratamento de reabilitação oral no grupo A1 (n=20).

As questões 3 (Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?), 4 (Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou dentes?), 5 (Você ficou preocupado por causa de problemas com sua boca ou dentes?), 6 (Você se sentiu estressado por causa de problemas com sua boca ou dentes?) e 10 (Você sentiu-se envergonhado por causa de problemas com sua boca ou dentes?) ficaram acima da média no questionário inicial, refletindo que essas questões eram as de maior impacto negativo na qualidade de vida desses pacientes. Essas questões estão envolvidas nas dimensões do impacto que abrangem 3 e 4 (dor física), 5 e 6 (desconforto psicológico), 10 (incapacidade psicológica).

A justificativa para os piores resultados relacionados à dor física, gira em torno da alta porcentagem de pacientes com: sensibilidade, necessidade de tratamento periodontal e restaurador, necessidade de exodontias e tratamento endodôntico (em alguns casos). Já em relação ao desconforto psicológico, a justificativa mais plausível seria a relação com a frequência de vômitos, questão que preocupa os pacientes em relação à saúde bucal. A maioria deles tem conhecimento que o ácido pode “estragar” os dentes, sendo que muitos relatam terem lido em sites e comunidades que abordam assuntos sobre TA. Portanto, mesmo não tendo conhecimento real de todas as alterações que podem ocorrer (Burke et al., 1996; Milosevic et al., 1997; Traebert; Moreira, 2001; Kavoura et al., 2005; Bartlett et al., 2008; Dynesen et al., 2008; Lo Russo et al., 2008; Johansson et al., 2012; Romanos et al., 2012; Schlueter et al., 2012; Szupiany et al., 2015) os pacientes relatam que a indução do vômito os preocupa em relação à saúde bucal. A incapacidade

psicológica, abordada pela questão de número 10 (Você sentiu-se envergonhado por causa de problemas com sua boca ou dentes?) remete ao padrão de beleza que a maioria desses pacientes procura. Muitos acabam apresentando deterioração dos dentes anteriores pela perimólise (Burke et al., 1996; Milosevic et al., 1997; Valena; Young, 2002; Kavoura et al., 2005; Spreafico, 2010) com perda consequente da estética, o que pode influenciar na baixa autoestima do paciente e em sua qualidade de vida, como será descrito através dos resultados do Instrumento WHOQOL-100 mais adiante.

Outros autores também utilizaram o instrumento OHIP-14 (Zucoloto et al., 2016) para avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de 1.007 pacientes, com o objetivo de determinar a magnitude dos impactos de saúde bucal na qualidade de vida. Esses autores obtiveram como resultado um impacto negativo significativo da saúde bucal sobre a qualidade de vida ($p < 0,05$). Os autores puderam concluir, assim como no presente estudo, que quanto maior o impacto sobre a saúde bucal, pior é a qualidade de vida e que as variáveis como a idade, a presença de dor e de doenças crônicas dos pacientes também mostraram influências significativas na qualidade de vida desses indivíduos.

Após o tratamento de reabilitação oral, o instrumento foi reaplicado, e quase todas as questões ficaram abaixo da média no questionário final, menos a questão 5, que obteve um valor acima da média esperada de 2,5 para o conjunto de dados. As questões que mostram ser estatisticamente diferentes são as de número 2, 3, 4, 5, 6, 10 e 13.

A questão de número 2 (Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?), refletiu a melhora na limitação funcional, através da reabilitação oral em conjunto com a diminuição da frequência de vômito e consequente melhora na condição salivar, que envolve melhora no pH, fluxo e capacidade tampão (Dynesen et al., 2008; Schlueter et al., 2012).

Já as questões de número 3 (Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?) e 4 (Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou dentes?), são questões que abrangem a condição física do indivíduo, e estão dentro da dimensão de impacto da dor física. Essa diferença significativa encontrada nas respostas finais reflete a melhora da saúde bucal após o tratamento, com a melhora na sensibilidade, o recobrimento dos elementos com

erosão, o tratamento endodôntico realizado nos elementos com necessidade de tratamento, minimizando as dores dos pacientes.

A questão 5 (Você ficou preocupado por causa de problemas com sua boca ou dentes?), que abrange o desconforto psicológico dos pacientes, apresentou diferenças significativas no questionário final, mas foi a única questão que ainda se manteve acima da média. Isso pode ser explicado por dois aspectos: todos os pacientes receberam orientação de higiene e foram tratados de acordo com o que a literatura preconiza para pacientes com TA (Burke et al., 1996; Szupiany et al., 2015), portanto a preocupação com a saúde bucal ainda prevalece, tanto para os pacientes que diminuíram a frequência de vômito ou pararam de vomitar, que estão cientes da importância da manutenção da saúde bucal, quanto para os pacientes que ainda vomitam (60% do grupo) pela preocupação eminente em relação aos danos que esse hábito ainda pode causar, como afirmam também outros autores (Kavoura et al., 2005; Bartlett et al., 2008; Dynesen et al., 2008; Lo Russo et al., 2008; Aframian et al., 2010; Schlueter et al., 2010; Johansson et al., 2012; Romanos et al., 2012; Schlueter et al., 2012; Szupiany et al., 2015).

Já as questões 6 (Você se sentiu estressado por causa de problemas com sua boca ou dentes?), 10 (Você sentiu-se envergonhado por causa de problemas com sua boca ou dentes?) e 13 (Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?) tratam da parte emocional do paciente e da qualidade de vida em si, abrangendo três dimensões distintas do impacto: desconforto psicológico, incapacidade psicológica e desvantagem social, respectivamente. Esses resultados podem mostrar que a melhora física (através da melhora na saúde bucal) afeta diretamente esses quesitos, influenciando positivamente na qualidade de vida desses indivíduos, com a melhora na função e na estética, tal como nos estudos de reabilitação oral de alguns autores (Burke et al., 1996; Kavoura et al., 2005; Spreafico, 2010; Burke et al., 2011).

Outros autores confirmam que a melhora na saúde bucal melhora a qualidade de vida dos indivíduos tratados e que as preocupações dos pacientes estão principalmente relacionadas à função mastigatória, ao conforto e a estética dental (Al-Omiri; Karasneh, 2010; Cibirka et al., 1997). Em contrapartida uma pior condição bucal pode estar diretamente ligada à pior qualidade de vida, que é significativamente afetada pela quantidade de satisfação ou insatisfação com o tratamento odontológico e a condição de saúde bucal (Cibirka et al., 1997; Moimaz

et al., 2016). Esse impacto negativo da pior condição bucal sobre a qualidade de vida foi demonstrado também no presente estudo nos resultados da avaliação do instrumento OHIP-14 aplicado ao grupo A2 (n=10), grupo esse que apresentou piores condições de saúde bucal e o maior número de questões (3,4,5,6,7,8,9,10,e,13) com resultados acima da média, que representam um maior impacto também sobre a qualidade de vida desses pacientes, quando comparados ao grupo A1.

Já em relação ao questionário WHOQOL-100 foram obtidas diferenças significativas entre os questionários aplicados ao grupo A1 antes e após o tratamento de reabilitação oral, para os Indicadores Domínio I, II e III, (domínios: físico, psicológico e nível de independência, respectivamente), onde foi rejeitada a hipótese de igualdade de médias ($p < 1\%$). Entretanto, para a comparação do indicador FACETA25 (avaliação global da Qualidade de vida e saúde) e dos indicadores Domínio IV, V e VI (Relações sociais, meio ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais, respectivamente) antes e depois do tratamento, não foi rejeitada a hipótese de igualdade das médias.

É conhecido na literatura que os TA, como AN e BN estão muitas vezes associados à pior qualidade de vida dos pacientes (Mond et al., 2005; Mond et al., 2012; Jenkins et al., 2014), e muitos autores mostram que os maiores prejuízos desses pacientes estão relacionados aos aspectos mentais, emocionais e psicológicos (Padierna et al., 2000; Padierna et al., 2002; McHugh, 2007; Latner et al., 2008; Jenkins et al., 2011; Mond et al., 2012; Winkler et al., 2014). Porém, poucos trabalhos comparam a qualidade de vida antes e após tratamento (Ackard et al., 2014; Pohjolainen et al., 2016), nesses casos, tratamento psiquiátrico. Não foi encontrado na literatura nenhum trabalho que comparasse a qualidade de vida antes e após a reabilitação oral de pacientes com TA, portanto, a discussão do presente estudo tomará como base o que a literatura oferece.

Os domínios que foram alvos de melhora nos pacientes do grupo A1, serão agora discriminados e relacionados com as variáveis clínicas desses indivíduos.

O domínio I, classificado como domínio físico, abrange a faceta que avalia a dor e o desconforto físico, e pode ter apresentado melhora pela diminuição da sensibilidade após o tratamento desse grupo, assim como pela solução das urgências e tratamento restaurador. Outra faceta que reflete a melhora após o tratamento de reabilitação oral é a que diz respeito ao sono e repouso, também

dentro do domínio I. Autores afirmam que a maioria dos pacientes com DTM (>50%) relata má qualidade de sono, que está associada clinicamente ao severo aumento de dor e estresse psicológico (Yatani et al., 2002). A DTM pode ser frequente nesses casos, principalmente pelo fato de que o ato de vomitar, por ser prejudicial ao sistema estomatognático, torna-se um fator predisponente, iniciante ou perpetuante da Disfunção Temporomandibular (Emodi-Perlman et al., 2008).

Outro domínio que apresentou melhora foi o domínio II (domínio psicológico), o qual abrange facetas de sentimentos positivos, autoestima e imagem corporal/aparência, que podem ter sofrido influência direta do tratamento de reabilitação oral. Os pacientes que receberam tratamento experimentaram sentimentos positivos de contentamento, felicidade e alegria com a devolução da função e principalmente da estética, como foi verificado após o término de cada tratamento, o que pode ter refletido diretamente na autoestima e na aparência desses indivíduos. Indivíduos com BN colocam na sua auto avaliação uma ênfase excessiva na forma do corpo ou no seu peso e esses fatores são extremamente importantes para a sua autoestima (Association, 2013), assim como para os indivíduos com anorexia nervosa (Ghaderi; Scott, 2001). É descrito que a autoestima está relacionada ao corpo e ao peso, mas não se pode negar que o sorriso é extremamente importante na aparência de uma pessoa, e que provavelmente tem um grande peso na autoestima. É por isso que essa significativa melhora na qualidade de vida influenciada pelo domínio II deve estar estritamente relacionada à reabilitação estética desses pacientes.

O último domínio que mostrou melhora na qualidade de vida nos pacientes do grupo A1, foi o domínio III, que mede o nível de independência dos indivíduos, através das facetas que medem desde a mobilidade, até a capacidade de trabalho.

Para a realização do tratamento odontológico os pacientes, obrigatoriamente, precisaram deslocar-se até a clínica odontológica da faculdade, onde foram realizados todos os procedimentos. Em uma rotina quase sempre semanal, muitos pacientes deslocavam-se de outras zonas da cidade, utilizando transporte público e enfrentando situações que muitas vezes eram diferentes da sua rotina, de sua zona de conforto. No grupo A2 algumas das desistências do tratamento deram-se simplesmente por esse motivo. Outros fatores que podem ter influenciado nesse domínio são: a melhora na autoestima, na autoconfiança, e na diminuição da dor, que podem influenciar na faceta “capacidade de trabalho”, que examina a energia da

pessoa para qualquer uma das principais atividades em que está envolvida, podendo incluir o trabalho remunerado ou não, o trabalho voluntário, o estudo em tempo integral, o cuidado com as crianças e as tarefas domésticas.

Segundo de la Rie et al. (2005) em um estudo realizado com 304 pacientes, (156 com TA e 148 sem TA) o apoio social de amigos, parceiros e parentes, bem como a capacidade de se comunicar e sentir-se cuidado, foi citado por 93% dos pacientes como um aspecto importante da qualidade de vida. Isso pode ter se refletido na melhora da qualidade de vida do grupo A1, já que todos os pacientes foram cuidadosamente recebidos, atendidos e tratados com todo respeito e atenção. O benefício dessa atenção e cuidado foi citado por alguns pacientes durante os atendimentos.

Alguns autores afirmam que o impacto na qualidade de vida é ainda maior nos pacientes que apresentam o comportamento de purgação como na BN ou na ANP, (Mond et al., 2005; Jenkins et al., 2011) Esse mesmo impacto foi verificado no presente estudo, onde o Grupo A2, que apresentava piores condições de saúde bucal, maior frequência de vômito e pior classificação quanto à gravidade da doença (50% extrema) também apresentaram maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida, através do instrumento OHIP-14.

Já na comparação com as médias do grupo A1 (antes do tratamento) para as variáveis do questionário WHOQOL-100, apenas no domínio 6 o grupo A2 apresentou as maiores médias. Mesmo que não tenha sido mostrada diferença significativa, em todos os demais domínios as médias foram mais elevadas para grupo A1, mostrando que nessa comparação, o grupo A2 (pacientes com maior gravidade da doença) apresentou médias que indicam uma pior qualidade de vida em todos os demais domínios. É bem clara a relação da gravidade do quadro com esse prejuízo, mostrando que quanto mais grave e avançado é o transtorno, pior a qualidade de vida do paciente (Mond et al., 2005; Jenkins et al., 2011). Já a comparação com esse mesmo grupo, porém após o tratamento de reabilitação oral, mostrou diferenças significantes nos domínios 1 ($p=0,009$), 2 ($p=0,013$), e 3 ($p=0,02$), representadas pela melhora na qualidade de vida do grupo A1.

Uma diferença já discutida, mas que convém entrar neste contexto é a melhora em relação à classificação da doença e consequente remissão do transtorno. Autores que compararam a taxa de remissão dos TA após tratamento psiquiátrico, com a melhora da qualidade de vida, de 195 pacientes mulheres, dentre elas 94 com

AN e 24 com BN, confirmam que a melhora na qualidade de vida dessas pacientes está relacionada à remissão do transtorno alimentar. Eles salientam a importância de avaliar a qualidade de vida em conjunto com os critérios de remissão (Ackard et al., 2014).

Os outros domínios que não mostraram diferenças após o tratamento foram os domínios IV, V, VI e a faceta 25. As facetas do domínio IV abordam as relações sociais, influenciadas pelo apoio e companhia da família e amigos. Vários estudos mostram que esse é um domínio bem afetado nesses pacientes, com grande impacto negativo na qualidade de vida (de la Rie et al., 2005; McHugh, 2007; Latner et al., 2008) demonstrando a relevância do aspecto social e quanto o componente mental pode interferir desfavoravelmente, acarretando níveis mais baixos de qualidade de vida desses pacientes.

O domínio V abrange a segurança, os recursos financeiros, a assistência à saúde, a poluição, inclusive sonora, o trânsito, o acesso ao transporte, dentre outras facetas que incluem o acesso dos indivíduos aos serviços disponíveis na região em que moram. É de conhecimento geral que muitos desses serviços são deficientes na cidade de São Paulo, onde foi realizado o presente estudo.

Já a faceta 25 que é composta por quatro questões visando examinar a maneira pela qual o indivíduo avalia de forma global sua qualidade de vida, saúde e bem estar, não mostrou diferença estatística na melhora na qualidade de vida. Uma meta análise de 2014 afirma que pacientes com TA têm um grande prejuízo na qualidade de vida quando comparados à pacientes sem transtorno, e que a percepção da saúde e da qualidade de vida, em geral, é severamente afetada em pacientes com esses distúrbios. Também afirmam que, em casos de doenças crônicas nas quais não há cura efetiva, deve-se enfatizar a melhora na qualidade de vida desses pacientes (Winkler et al., 2014).

O número de sujeitos da pesquisa respeitou os valores indicados no cálculo amostral quanto aos questionários de qualidade de vida para o início do tratamento, mas o número de pacientes que concluíram o tratamento foi menor, diminuindo discretamente o poder do teste estatístico para o questionário aplicado após o tratamento.

Após esse estudo, a pretensão baseia-se no acompanhamento dos pacientes ao longo prazo e na manutenção dos tratamentos, com um follow up de alguns anos para reavaliar a qualidade de vida. Alguns autores realizaram um estudo com o

objetivo de medir a mudança ao longo prazo na qualidade de vida de pacientes com AN e BN e concluíram que a mesma continua a melhorar, após o tratamento psiquiátrico, mas ainda é considerada pobre e que os transtornos alimentares são condições muito graves, com longa duração e grande impacto na qualidade de vida, mesmo após a remissão dos sintomas (Pohjolainen et al., 2016).

7 CONCLUSÕES

Pacientes que receberam tratamento de reabilitação oral apresentaram melhora na sensibilidade dental, diminuição da frequência de vômito, melhora na classificação quanto à gravidade da doença e melhora na qualidade de vida. O IMC não apresentou alteração estatisticamente significativa.

Os pacientes que não concluíram o tratamento reabilitador apresentaram na avaliação inicial um maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida, piores condições de saúde bucal e maior gravidade, quanto à classificação do transtorno alimentar em relação aos pacientes que concluíram o tratamento.

REFERÊNCIAS¹

- Ackard DM, Richter SA, Egan AM, Cronemeyer CL. What does remission tell us about women with eating disorders? Investigating applications of various remission definitions and their associations with quality of life. *J Psychosom Res.* 2014 Jan;76(1):12-8. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.10.002.
- Aframian DJ, Ofir M, Benoliel R. Comparison of oral mucosal pH values in bulimia nervosa, GERD, BMS patients and healthy population. *Oral Dis.* 2010 Nov;16(8):807-11. doi: 10.1111/j.1601-0825.2010.01692.x.
- Al-Omiri MK, Karasneh J. Relationship between oral health-related quality of life, satisfaction, and personality in patients with prosthetic rehabilitations. *J Prosthodont.* 2010 Jan;19(1):2-9. doi: 10.1111/j.1532-849X.2009.00518.x.
- Appolinário JC, Claudino AM. Transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(Supl II):28-31.
- Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with Anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry.* 2011 Jul;68(7):724–31. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.74.
- Armitage P, Berry G. Statistical methods in medical research. 2nd ed. England. Year Book Medical Publishers:1987.
- Association, American Psychiatric. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Washington, DC: APA, 2013.338-50.
- Bartlett D, Ganss C, Lussi A. Basic Erosive Wear Examination (BEWE): a new scoring system for scientific and clinical needs. *Clin Oral Investig.* 2008 Mar;12 Suppl 1:S65-8. doi: 10.1007/s00784-007-0181-5.
- Blazer T, Latzer Y, Nagler RM. Salivary and gustatory alterations among bulimia nervosa patients. *Eur J Clin nutr.* 2008 Jul;62(7):916-22.
- Bozzato A, Burger P, Zenk J, Uter W, Iro H. Salivary gland biometry in female patients with eating disorders. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2008 Sep;265(9):1095-102. doi: 10.1007/s00405-008-0598-8.
- Bretz WA, Krahn DD, Drewnowsk AP, Loesche WJ. Salivary levels of putative cariogenic organisms in patients with eating disorders. *Oral Microbiol Immunol.* 1989 Dec;4(4):230-2.
- Burke FJT, Bell TJ, Ismail N, Hartley P. Bulimia: implications for the practicing dentist. *Brit Dent J.* 1996 Jun;180(11):421-6.

¹ De acordo com o estilo Vancouver

Burke FJT, Kelleher MGD, Wilson N, Bishop K. Introducing the Concept of Pragmatic Esthetics, with Special Reference to the Treatment of ToothWear. *J Esth Rest Dent* 2011;23(5):277–293. doi 10.1111/j.1708-8240.2011.00462.x.

Casella G, Berger RL. *Statistical inference*. local de publicação cidade Thomson Learning. 2nd ed. England; 2001.

Casper RC. On the emergence of bulimia nervosa as a syndrome: a historical view. *Int J Eat Disord*. 1983 Mar;2(3):3-16.

Cibirka RM, Razzoog M, Lang BR. Critical evaluation of patient responses to dental implant therapy. *J Prosthet Dent*. 1997 Dec;78(6):574-81.

Coleman H, Altini M, Nayler S, Richards A. Sialadenosis: a presenting sign in bulimia. *Head Neck*. 1998 Dec;20(8):758-62.

Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev Psiqu Clin*. 2004;(4):154-7.

de la Rie SM, Noordenbos G, van Furth EF. Quality of life and eating disorders. *Qual Life Res*. 2005 Aug;14(6):1511-22.

Dynesen AW, Bardow A, Petersson B, Nielsen LR, Nauntofte B. Salivary changes and dental erosion in bulimia nervosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2008 Nov;106(5):696-707. doi: 10.1016/j.tripleo.2008.07.003.

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, *J Orafac Pain*. 2008 Summer;22(3):201-8.

Fairburn CG, Cooper Z. *The eating disorder examination. Binge eating: nature, assessment, and treatment*. 12th ed. New York: Guilford Press; 1993.

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100) *Rev Bras Psiquiatr*, 1999 Jan/Mar;21(1):19-28.

Ghaderi A, Scott B. Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2001 Aug;104(2):122-30.

Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2006 Jul;19(4):389–94.

Hunter KD, Wilson WS. The effects of antidepressant drugs on salivary flow and content of sodium and potassium ions in human parotid saliva. *Arch Oral Biol*. 1995 Nov;40(11):983-9.

Jenkins PE, Hoste RR, Meyer C, Blissett JM. Eating disorders and quality of life: a review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2011 Feb;31(1):113-21. doi: 10.1016/j.cpr.2010.08.003.

Jenkins PE, Hoste RR, Doyle AC, Eddy K, Crosby RD, Hill L, Powers P, Mitchell JE, Le Grange D. Health-related quality of life among adolescents with eating disorders. *J Psychosom Res*. 2014 Jan;76(1):1-5. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.11.006.

Johansson AK, Norring C, Unell L, Johansson A. Eating disorders and oral health: a matched case-control study. *Eur J Oral Sci*. 2012 Feb;120(1):61-8. doi: 10.1111/j.1600-0722.2011.00922.x.

Kavoura V, Kourtis SG, Zoidis P, Andritsakis DP, Doukoudakis A. Full-mouth rehabilitation of a patient with bulimia nervosa. A case report. *Quintessence Int*. 2005;36:501-10.

Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry*. 2007 Aug;164(8):1259-65.

Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Benjet C, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Graaf R, Maria Haro J, Kovess-Masfety V, O'Neill S, Posada-Villa J, Sasu C, Scott K, Viana MC, Xavier M. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 2013 May 1;73(9):904-14. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.11.020.

Latner JD, Vallance JK, Buckett G. Health-related quality of life in women with eating disorders: association with subjective and objective binge eating. *J Clin Psychol Med Settings*. 2008 Jun;15(2):148-53. doi:10.1007/s10880-008-9111-1.

Lo Russo L, Campisi G, Di Fede O, Di Liberto C, Panzarella V, Lo Muzio L. Oral manifestations of eating disorders: a critical review. *Oral Dis*. 2008 Sep;14(6):479-84. doi: 10.1111/j.1601-0825.2007.01422.x.

Mandel L, Kaynar A. Bulimia and parotid swelling: a review and case report. *J Oral Maxillofac Surg*. 1992 Oct;50(10):1122-5.

McHugh MD. Readiness for change and short-term outcomes of female adolescents in residential treatment for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2007 Nov;40(7):602-12.

Milosevic A, Brodie DA, Slade PD. Dental erosion, oral hygiene, and nutrition in eating disorders. *Int J Eat Disord*. 1997 Mar;21(2):195-9.

Moimaz SA, Rocha NB, Garbin AJ, Garbin CA, Saliba O. Influence of oral health on quality of life in pregnant women. *Acta Odont Latinoam*. 2016 Sep;29(2):186-93.

Mond J, Hay J, Rodgers B, Owen C, Beumont PJ. Assessing quality of life in eating disorder patients. *Qual Life Res.* 2005 Feb;14(1):171-8.

Mond J, Hay J, Rodgers B, Owen C. Quality of life impairment in a community sample of women with eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry.* 2012 Jun;46(6):561-8. doi: 10.1177/0004867411433967.

Neville BW, Damm DD, Allem CM, Bouquot JR. *Patologia oral e maxilofacial.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

Nunes MA, Olinto MT, Barros FC, Camey S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23(1):21-7.

Padierna A, Quintana JM, Arostegui I, Gonzalez N, Horcajo MJ. The health-related quality of life in eating disorders. *Qual Life Res.* 2000;9(6):667-74.

Padierna A, Quintana JM, Arostegui I, Gonzalez N, Horcajo MJ. Changes in health related quality of life among patients treated for eating disorders. *Qual Life Res.* 2002 Sep;11(6):545-52.

Pohjolainen V, Koponen S, Rasanen P, Roine RP, Sintonen H, Karlsson H. Long-term health-related quality of life in eating disorders. *Qual Life Res.* 2016 Sep;25(9):2341-6. doi: 10.1007/s11136-016-1250-5.

Preti A, Girolamo G, Vilagut G, Alonso J, Graaf R, Bruffaerts R, Demyttenaere K, Pinto-Meza A, Haro JM, Morosini P. The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH Project. *J Psychiat Res.* 2009 Sep;43(14):1125-32. doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.04.003.

Robinson PH. Review article: recognition and treatment of eating disorders in primary and secondary care. *Aliment Pharmacol Ther.* 2000 Apr;14(4):367-77.

Romanos GE, Javed F, Romanos EB, Williams RC. Oro-facial manifestations in patients with eating disorders. *Appetite.* 2012 Oct;59(2):499-504. doi: 10.1016/j.appet.2012.06.016.

Rosa BP, Santos MA. Comorbidade entre bulimia e transtorno de personalidade borderline: implicações para o tratamento. *Rev Latinoam. Psicopat.* 2011 Jun;14(2):268-282.

Sanftner JL. Quality of life in relation to psychosocial risk variables for eating disorders in women and men. *Eat Behav.* 2011 Apr;12(2):136-42. doi: 10.1016/j.eatbeh.2011.01.003.

Schlueter N, Hardt M, Klimek J, Ganss C. Influence of the digestive enzymes trypsin and pepsin in vitro on the progression of erosion in dentine. *Arch Oral Biol.* 2010 Apr;55(4):294-9. doi: 10.1016/j.archoralbio.2010.02.003.

Schlueter N, Glatzki J, Klimek J, Ganss C. Erosive-abrasive tissue loss in dentine under simulated bulimic conditions. *Arch Oral Biol.* 2012 Sep;57(9):1176-82. doi: 10.1016/j.archoralbio.2012.04.001.

Schwarz S, Kreuter A, Rammelsberg P. Efficient prosthodontic treatment in a young patient with long-standing bulimia nervosa: A clinical report. *J Prosthet Dent.* 2011 Jul;106(1):6-11. doi: 10.1016/S0022-3913(11)60086-3.

Sirin Y, Yucel B, Firat D, Husseinova S. Assessment of dental fear and anxiety levels in eating disorder patients undergoing minor oral surgery. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011 Aug;69(8):2078-85. doi: 10.1016/j.joms.2010.12.050.

Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1994 Mar;11(1):3-11.

Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Commun Dent Oral Epidemiol.* 1997 Aug;25(4):284-90.

Smink FR, Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep.* 2012 May;14(4):406–14. doi: 10.1007/s11920-012-0282-y.

Solmi F, Hatch SL, Hotopf M, Treasure J, Micali N. Prevalence and correlates of disordered eating in a general population sample: the South East London Community Health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014 Aug;49(8):1335–46. doi: 10.1007/s00127-015-1146-7.

Spreafico RC. Composite resin rehabilitation of eroded dentition in a bulimic patient: a case report. *Eur J Esthe Dent.* 2010;5(1):28-48.

Stice E. Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin-ideal predict onset of bulimic symptoms. *Behav Res Ther.* 1998 Oct;36(10):931-44.

Sundgot Borgen J. Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Med Sci Sports Exerc* 1994;26(4):414-9.

Szupiany T, Pytko-Polończyk J, Rutkowski K. Dental needs of psychiatric patient with eating disorders. *Psychiatr Pol.* 2015;49(5):945-54. doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/35269.

Traebert J, Moreira EAM. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. *Pesqui Odontol Bras.* 2001 out-dez;15(4):359-63.

Valena V, Young WG. Dental erosion patterns from intrinsic acid regurgitation and vomiting. *Austr Dent J.* 2002 Jun;47(2):106-15.

Van Son GE, Hoeken DV, Bartelds IM, Van Furth EF, Hoek HW. Urbanisation and the incidence of eating disorders. *Br J Psychiatry.* 2006 Nov;189(6):562-3.

Vieira S. Introdução a bioestatística. 4 ed. Rio de Janeiro. Elsevier. 2011.

Winkler LA, Christiansen E, Lichtenstein MB, Hansen NB, Bilenberg N, Støving RK. Quality of life in eating disorders: A meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2014 Sep;30;219(1):1-9. doi: 10.1016/j.psychres.2014.05.002.

WHOQOL: The World Health Organization of life assessment: position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995 Nov;41(10):1403-9.

WHOQOL Group. Programme on mental health. Division of Mental Health and Prevention of substance abuse World Health Organization. English only Distr.: General; 1998 WHO/MNH/MHP/98.4.

Yatani H, Studts J, Cordova M, Carlson CR, Okeson JP. Comparison of sleep quality and clinical and psychologic characteristics in patients with temporomandibular disorders. *J Orofac Pain.* 2002;16(3):221-8.

Zerwas S, Larsen JT, Petersen L, Thornton LM, Mortensen PB, Bulik CM. The incidence of eating disorders in a Danish register study: associations with suicide risk and mortality. *J Psychiatr Res.* 2015 Jun;65:16–22. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.03.003.

Zucoloto ML, Maroco J, Campos JA. Impact of oral health on health-related quality of life: a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2016 May 12;16(1):55. doi: 10.1186/s12903-016-0211-2.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Alterações bucais em pacientes com Bulimia e Anorexia nervosa: um estudo clínico sobre cárie, erosão dental e candidíase.

Pesquisador: ANDREA LUSVARGHI WITZEL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 24289713.8.0000.0075

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO CIENT E TEC ODONTOLOGIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 520.541

Data da Relatoria: 04/02/2014

Apresentação do Projeto:

As alterações bucais nos pacientes com transtornos alimentares (TA) são bastante estudadas na literatura, porém poucos artigos abrangem a relação entre as alterações salivares e a candidíase bucal, e entre a prevalência e localização de cáries com as áreas de maior erosão dental em pacientes com transtornos alimentares de bulimia e anorexia nervosa. O presente estudo visa avaliar a influência das variações salivares de pH, fluxo, capacidade tampão e amilase na incidência de *Candida spp* em pacientes com estes distúrbios alimentares, bem como analisar se a presença e localização de cáries, pode estar relacionadas às áreas com maior índice de erosão nos pacientes com TA. A casuística será composta por 30 pacientes consecutivos, acima de 14 anos de idade, de ambos os sexos, que apresentem o diagnóstico de bulimia ou anorexia nervosa e procurem a Faculdade de Odontologia d Universidade de São Paulo para tratamento odontológico.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a influência das variações de pH, fluxo, capacidade tampão e amilase salivar na prevalência de candidíase em pacientes com bulimia e anorexia nervosa. Analisar se a presença e localização de cáries podem estar relacionadas às áreas com maior índice de erosão em pacientes com bulimia e anorexia nervosa. Avaliar se há alguma alteração de pH e de melhora geral da saúde bucal desses pacientes após a adequação do meio bucal.

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 520.541

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: Leve desconforto durante a coleta da saliva pelo fato de o paciente ter que permanecer sentado durante 5 minutos cuspidando na proveta. A remoção da cárie ou exposição pulpar poderão ser dolorosas e para isso será instituída anestesia odontológica.

BENEFÍCIOS: Os pacientes que participarem da pesquisa serão examinados clinicamente, orientados quanto à higiene bucal e submetidos à adequação do meio bucal, com remoção dos focos de cárie e consequentemente diminuição da sensibilidade dentária quando houver. Também receberão tratamento adequado quando for diagnosticado quadro de candidíase. Os pacientes terão seu tratamento odontológico concluído pela equipe da pesquisa quanto às necessidades nas seguintes especialidades: estomatologia, periodontia, dentística e endodontia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Transtornos alimentares estão cada vez mais presentes na sociedade atual, a pesquisa das intercorrências bucais é uma área importante para ser estudada adequadamente para que medidas preventivas e corretivas possam ser aplicadas no momento correto minimizando os efeitos na cavidade oral.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está adequado.

As pendências com relação a coleta de saliva foram corretamente solucionadas "Após os resultados das análises, toda a saliva que foi coletada será devidamente descartada".

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais semestrais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as 5 pendências relatadas foram adequadamente solucionadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-000

UF: SP Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br

ANEXO B - Texto disponibilizado na internet para recrutamento

A Disciplina de Diagnóstico Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) do campus São Paulo recruta homens e mulheres acima de 18 anos com diagnóstico médico prévio de bulimia e/ou anorexia nervosa para triagem e possível participação em projeto de pesquisa. Há 30 (trinta) vagas disponíveis. O objetivo será avaliar a saúde bucal através da análise da quantidade e qualidade da saliva, presença de cáries, erosão ácida e candidose bucal. O estudo irá oferecer tratamento para sensibilidade dental, candidose bucal e remoção de cáries. As consultas irão acontecer na Clínica de Especialidades da FOUSP e os interessados deverão enviar um email para projetofousp@gmail.com para maiores informações e agendamento para triagem.

ANEXO C – Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do projeto: Alterações bucais em pacientes com Bulimia e Anorexia nervosa: um estudo clínico sobre cárie, erosão dentária e candidíase.

Pesquisadores: Profa. Dra. Andréa Lusvarghi Witzel; Gisele Ebling Artes; Fernando Henrique Martins e Natali Shimabukuro.

Local em que será realizado o estudo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, na clínica de Especialidades, situada na Av. Professor Lineu Prestes, 2227; Cidade Universitária, São Paulo – SP.

Convite: Você está sendo convidado (a) a participar voluntariamente desse estudo após assinar este formulário com seu consentimento livre e esclarecido, você poderá desistir a qualquer momento sem nenhuma penalidade ou custo.

Objetivos do estudo: Esse estudo está sendo realizado para conhecermos melhor a sua saúde bucal. Gostaríamos de saber se a quantidade e a qualidade da sua saliva tem alguma relação com um fungo que geralmente está presente na nossa boca e pode causar uma doença chamada candidíase.

Também é interessante verificarmos se você tem cáries, e se elas podem estar relacionadas com as áreas de maior sensibilidade e que já sofreram por um possível desgaste (erosão ácida). Veremos se a sua saliva será modificada e se sua saúde bucal melhorará após removermos as cáries e tratarmos a candidíase.

Procedimentos: Examinaremos a sua boca, para ver se tem cáries e desgaste (erosão ácida) nos dentes e avaliar sua saúde bucal em geral. Preencheremos algumas fichas com os dados coletados. O pesquisador irá passar um “cotonete” bem de leve dentro da sua boca, na bochecha, que será levado ao laboratório para avaliar a presença do fungo que causa a candidíase. Depois será pedido a você que colete um pouco de sua saliva, cuspidando em um potinho. Sua saliva vai ser enviada para análises no laboratório. Se você tiver a doença candidíase iremos prescrever um remédio para tratamento. Faremos uma limpeza nos seus dentes com ultrassom e uma taça de borracha. Após isso, você passará por um tratamento onde as cáries serão removidas e restauradas provisoriamente. Se houver necessidade anestesiaremos para que não haja dor. Depois de terminado o tratamento, coletaremos sua saliva novamente e faremos novo exame para ver se você ainda tem o fungo na boca. Após os resultados das análises, toda a saliva que foi coletada será devidamente descartada. Depois você receberá o tratamento odontológico para as gengivas, restaurações e tratamento de canal. Não serão feitas próteses (coroa, dentadura ou prótese removível) e nem implantes.

Riscos e desconfortos:

Cuspir no pote de coleta da saliva durante 5 minutos pode ser desconfortável.

Em alguns casos, durante ou após a remoção da cárie, pode haver sensibilidade local ou até mesmo pelo tamanho da cárie chegar a expor o nervo do dente. Se isso ocorrer você receberá anestesia odontológica, poderá ser medicado com analgésicos e terá o canal (nervo) do seu dente tratado.

Tempo de tratamento: O tempo de tratamento será de acordo com a sua condição bucal. Normalmente em três ou quatro sessões de duas horas conseguimos terminar a remoção das cáries. Caso haja necessidade de mais sessões, você será devidamente informado e todas as consultas serão agendadas previamente. Para a conclusão do tratamento odontológico o tempo será individualizado de acordo com o que você precisar tratar.

Benefícios: Participando do estudo, você será beneficiado pelo tratamento odontológico da candidíase, gengivas, cáries ou canais que precisem ser tratados.

Ainda estará nos ajudando a contribuir com a pesquisa em saúde bucal relacionada aos pacientes que tem o diagnóstico de anorexia e bulimia nervosa. A evolução da pesquisa nessa área pode melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Custos: Não haverá custo algum ao voluntário.

Garantia de sigilo: As informações fornecidas serão confidenciais e de conhecimento apenas do pesquisador responsável. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, tendo sua identidade preservada até o final da pesquisa.

Direito de desistir: Você pode deixar de participar deste estudo a qualquer momento, sem acarretar qualquer tipo de prejuízo.

Contato dos pesquisadores para esclarecimentos de dúvidas ou assistência de urgência:

Profa. Dra. Andréa Witzel (11) 3091-7901, email: gandrea@usp.br; Gisele Artes (11)7881-1301, email: gisele_ebling@yahoo.com.br. Clínica de Especialidades da FOUSP (Clínica Verde), às segundas e quartas-feiras das 9:00 às 11:00 horas, situada na Av. Professor Lineu Prestes, número 2227, na Cidade Universitária, São Paulo – SP.

Conselho de Ética em Pesquisa (CEP)

Se houver dúvida sobre a ética da pesquisa, você pode entrar em contato diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia no mesmo endereço acima, ou ainda pelo telefone: 30917960 ou e-mail: cepfo@usp.br.

Após receber uma cópia deste termo e estar muito bem informado, com todas as minhas dúvidas esclarecidas pelos pesquisadores, concordo em participar de forma voluntária desta pesquisa.

NOME: _____ IDADE: _____

RG: _____ CELULAR: _____

ENDEREÇO: _____

São Paulo, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do voluntário

Andréa Lusvarghi Witzel (Pesquisadora Responsável)
CRO 62173

Gisele Ebling Artes (Pós-graduanda)
CRO 95186

ANEXO D – Ficha de Anamnese

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FOUSP

Departamento de Estomatologia – Projeto de Pesquisa 2014
Ficha clínica – Identificação e Anamnese
Profa. Dra. Andréa Witzel

Data: __/__/__

NUSP

Rubrica

Nome:		RG ou CPF:	
Data de nascimento: __/__/__	Sexo: ☐ M ☐ F	Etnia: ☐ Branco ☐ Negro ☐ Pardo ☐ Amarelo ☐ Índio	
Endereço:		Complemento:	
Bairro:	Cidade:	CEP:	
Telefone 1:	Telefone 2:	Celular:	
E-mail:			
Questionário de saúde			
Já tem ou teve alguma das doenças abaixo citadas?			
1- Doença do coração? Qual?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
2- Pressão alta/Hipertensão	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
3- Pressão baixa	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
4- Derrame/Isquemia	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
5- Alergia	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
6- Asma/Bronquite	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
7- Artrite/Reumatismo	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
8- Desordens estomacais	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
9- Desordens da tireoide	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
10- Gastrite/Ulcera gástrica	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
11- Refluxo Gastresofágico	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
12- Doenças no fígado? Qual?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
13- Doenças nos rins? Qual?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
14- Diabetes	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
15- Anemia	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
16- Sinusite	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
17- Epilepsia/Convulsões	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
18- Glaucoma	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
19- Herpes	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
20- Tuberculose	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
21- Hepatite	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
22- Câncer	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
23- Transplante de órgãos	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
24- Doença autoimune	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
25- Febre Reumática/Reumatismo no sangue	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
26- Doenças sexualmente transmissíveis	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
27- Portador do vírus HIV?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
28- Osteoporose	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
29- Já foi submetido à radioterapia ou quimioterapia?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
30- Está tomando algum medicamento?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
Quais?			

31-	Já esteve hospitalizado?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
Qual motivo?				
32-	Já foi submetido à transfusão de sangue? Ano:	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
33-	Tem ficado doente com frequência?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
34-	Tem problemas para coagulação?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
35-	Tem alergia a algum medicamento ou produto?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
Qual(is)?				
36-	Já tomou anestesia odontológica?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
37-	Tem ou teve problemas quando toma anestesia no dentista?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
38-	Já teve convulsões?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
39-	Usa drogas?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
40-	Está ou pode estar grávida?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
Queixa Principal / Motivação				
História médica (*doenças autoimunes)				
41-	Tem Transtorno Alimentar?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
42-	Seu Transtorno Alimentar foi diagnosticado por um profissional?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
Quando?				
43-	Qual é o transtorno alimentar?	☐ Bulimia	☐ Anorexia Nervosa	
44-	Está em tratamento?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
45-	O que você busca com o seu tratamento? Que resultados já obteve?			

46-	Tem outro diagnóstico psiquiátrico?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
47-	História familiar e social			
48-	Dorme bem?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
49-	Acorda descansado?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
50-	Acorda durante a noite?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
51-	Como você se descreve emocionalmente?			
52-	Aperta ou range os dentes em momentos de tensão?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
53-	Já teve algum destes hábitos?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
	Se positivo, Quando?			
54-	Qual creme dental utiliza?			
55-	Que tipo de escova utiliza?			
	☐ Extra - Macia	☐ Macia	☐ Média	☐ Dura
	☐ Interdental	☐ Não sei		
56-	Quantas vezes escova os dentes por dia?	☐ 1	☐ 2	☐ 3
		☐ 4		
57-	Usa fio dental?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
58-	Usa enxaguatório bucal?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
	Qual?			
59-	Usa palito de dente?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
60-	Você tem dores nos dentes?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
	Quando?	☐ Comer	☐ Falar	☐ Deglutir
	Piora ou ocorre com:			
	☐ Frio	☐ Quente	☐ Doces	☐ Ao mastigar
	☐ Espontânea	☐ Outros		
61-	Dos itens abaixo quais você ingere com frequência?			
	☐ Doces, Chocolates	☐ Frutas e sucos cítricos	☐ Refrigerantes	☐ Bebidas alcoólicas
62-	Tem dores de cabeça ou na face?	☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
	Se positivo, qual região?			
	☐ Têmporas	☐ Lateral do rosto	☐ Nuca	☐ Fronte
	☐ Outras			

63- Quando essas dores começaram?								
64- Como é sua dor?						☐ Pulsátil	☐ Profunda	☐ Pontada
65- A dor piora ao comer, falar ou deglutir?						☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não
66- Assinale abaixo os hábitos presentes:								
☐ Morder Bochechas		☐ Morder lábios		☐ Morder língua				
☐ Mascar chicletes		☐ Morder lápis		☐ Outros:				
67- Com que frequência você, em média, faz as seguintes refeições?								
	Todos os dias	5 dias / sem.	3 dias por sem.	1 dia por sem.	Nunca			
Café da manhã	1	2	3	4	5			
Almoço	1	2	3	4	5			
Jantar	1	2	3	4	5			
Lanche entre as refeições	1	2	3	4	5			
68- Quais estratégias você usa para auxiliar na sua perda de peso?								
	Nunca	De vez em quando	1 x por sem.	2 a 3 x por sem.	Diariamente	2 a 3 x por dia	5 ou + x/dia	
Tomar comprimidos	0	2	3	4	5	6	7	
Tomar diuréticos	0	2	3	4	5	6	7	
Tomar Laxantes	0	2	3	4	5	6	7	
Vômitos	0	2	3	4	5	6	7	
69- Quantos copos de água ingere?					☐ até 4	☐ de 5 a 10	☐ + de 10	
70- Você provoca vômito após comer?					☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não	
71- No caso da estratégia do vômito, quanto tempo após a ingestão do alimento?								
☐ Imediatamente		☐ Até 15 minutos		☐ de 15 a 30 minutos				
☐ de 30 a 1 hora		☐ mais de 1 Hora		☐ Outros:				
72- Escova os dentes imediatamente após vomitar?					☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não	
73- Há quanto tempo esse hábito ocorre?								
74- Caso você não seja selecionado, você tem interesse em ser chamado para outras pesquisas?					☐ Sim	☐ Não sei	☐ Não	

Declaração de conformidade e autorização para diagnóstico

Eu, _____, RG _____ declaro que respondi corretamente as questões acima sobre meu estado de saúde, não omitindo nenhuma informação.

Por este instrumento de AUTORIZAÇÃO, dou pleno consentimento à **Faculdade de Odontologia** da Universidade de São Paulo, por intermédio de seus professores, estagiários, monitores e alunos devidamente autorizados, a realizar diagnóstico, planejamento e tratamento em minha pessoa, tendo sido esclarecido quanto ao propósito e a finalidade.

Tenho pleno conhecimento que a clínica a que me submeto tem como principal objetivo a pesquisa clínica, havendo, portanto, concordância de minha parte com toda a orientação que deverá ser seguida e que foi, previamente, informada.

Concordo com a programação de atendimento informada pela entidade, declaro, ainda, que as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, históricos de laboratório, e quaisquer outras informações relacionadas ao diagnóstico e planejamento, podem ser utilizadas pela **Faculdade de Odontologia** da Universidade de São Paulo, para fins de ensino e de divulgação em jornais e/ou revistas científicas do Brasil e do exterior, respeitando os princípios éticos e legais vigentes.

São Paulo ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente

Ass. Pesquisador Responsável

Ass. Docente Responsável

PALPAÇÃO

Musculatura extra oral:

Legenda:

1. Temporal (anterior, médio e posterior)
2. Masseter superficial
3. Masseter profundo

Articulação:

4. Posterior à cápsula

○	Azul: região da dor relatada pelo paciente.
"X"	Vermelho: dor à palpação
(X)	Vermelho: desconforto à palpação.
⊗	Vermelho: dor dramática à palpação.
→	Verde: dor referida.

ODONTOGRAMA

CA – CÁRIE ÁGUDA

CC – CÁRIE CRÔNICA

LNC – LESÃO NÃO CARIOSA (MARCAR APENAS EROSÃO)

- Extração indicada: Vermelho (dente todo)
- Cárie: Vermelho
- Restauração adequada: Verde
- Restauração inadequada: Vermelho

- Endodontia satisfatória: Verde
- Endodontia insatisfatória: Vermelho
- Lesão não cariosa erosiva: Azul
- Dente ausente e outras: Preto

Dente/Região	Avaliação clínica	Avaliação radiográfica
Exames complementares (vitalidade pulpar, patológico e laboratorial)		

Teeth Wear Index

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
																C V O/I P
																C V O/I L
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

Legenda:

Pontuação	Superfícies	Critério
0	V / L / O / I	Não há perda de esmalte característica
	C	Não há perda de contorno
0,5	V / L / O / I	Não há perda de esmalte, mas há perda de brilho
	C	Não há perda de contorno
1	V / L / O / I	Perda de esmalte característica
	C	Mínima perda de contorno
2	V / L / O	Perda de esmalte com exposição de dentina em menos de um terço da superfície
	I	Perda de esmalte com mínima exposição de dentina
	C	Lesão com menos de 1 mm de profundidade
3	V / L / O	Perda de esmalte com exposição da dentina maior que um terço da superfície
	I	Perda de esmalte e substancial perda de dentina, mas sem exposição pulpar ou de dentina secundária
	C	Lesão de 1 a 2 mm de profundidade
4	V / L / O	Completa perda de esmalte ou exposição pulpar / dentina secundária
	I	Exposição pulpar ou de dentina secundária
	C	Lesão com mais de 2 mm de profundidade ou exposição pulpar / dentina secundária

ANEXO E – OHIP-14

QUESTIONÁRIO PARA MENSURAR O IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA**Oral Health Impact Profile (OHIP-14)**

Abaixo serão feitas perguntas sobre como a saúde de sua boca e dentes afetam o seu dia-a-dia. Responda cada uma das questões de acordo com a frequência com que elas interferem na sua vida, ou seja, nunca, raramente, às vezes, constantemente ou sempre, em relação ao último mês. Para cada questão só deve ser dada uma única resposta. Não se preocupe, pois nenhuma resposta é mais certa do que a outra. Responda aquilo que você realmente pensa.

PERGUNTAS	NUNCA	RARAMEN	ÀS VEZES	CONSTANT	SEMPRE
1.Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
2.Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
3.Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?					
4.Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
5.Você ficou preocupado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
6.Você se sentiu estressado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
7.Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
8.Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
9.Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
10.Você sentiu-se envergonhado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
11.Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
12.Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
13.Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
14.Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes?					

ANEXO F – WHOQOL-100

WHOQOL-100

Versão em português
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

Coordenação do Grupo WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre- RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **às duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

<i>Quanto você se preocupa com sua saúde?</i>				
nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você se preocupou com sua saúde nas últimas duas semanas. Portanto, você deve fazer um círculo no número 4 se você se preocupou "bastante" com sua saúde, ou fazer um círculo no número 1 se você não se preocupou "nada" com sua saúde. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha, e faça um círculo no número que lhe parece a melhor resposta.

Muito obrigado por sua ajuda.

As questões seguintes são sobre *o quanto* você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas. Por exemplo, sentimentos positivos tais como *felicidade* ou *satisfação*. Se você sentiu estas coisas "*extremamente*", coloque um círculo no número abaixo de "*extremamente*". Se você não sentiu nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*extremamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem às **duas últimas semanas**.

F1.2 Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.3 Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.4 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.2 Quão facilmente você fica cansado(a)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.4 O quanto você se sente incomodado(a) pelo cansaço?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.2 Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.4 O quanto algum problema com o sono lhe preocupa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.1 O quanto você aproveita a vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.3 Quão otimista você se sente em relação ao futuro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.4 O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F5.3 O quanto você consegue se concentrar?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.1 O quanto você se valoriza?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.2 Quanta confiança você tem em si mesmo?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.2 Você se sente inibido(a) por sua aparência?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.3 Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.2 Quão preocupado(a) você se sente?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.3 Quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.4 O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.2 Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.4 Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.2 Quanto você precisa de medicação para levar a sua vida do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.3 Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.4 Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F13.1 Quão sozinho você se sente em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.2 Quão satisfeitas estão as suas necessidades sexuais?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.4 Você se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.1 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.2 Você acha que vive em um ambiente seguro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.3 O quanto você se preocupa com sua segurança?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.1 Quão confortável é o lugar onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.4 O quanto você gosta de onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.2 Você tem dificuldades financeiras?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.4 O quanto você se preocupa com dinheiro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F19.1 Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F21.3 O quanto você aproveita o seu tempo livre?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.1 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.2 Quão preocupado(a) você está com o barulho na área que você vive?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.2 Em que medida você tem problemas com transporte?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.4 O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre *quão completamente* você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas. Por exemplo, atividades diárias tais como lavar-se, vestir-se e comer. Se você foi capaz de fazer estas atividades *completamente*, coloque um círculo no número abaixo de "*completamente*". Se você não foi capaz de fazer nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você deseja indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*completamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem às **duas últimas semanas**.

F2.1 Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F7.1 Você é capaz de aceitar a sua aparência física?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F10.1 Em que medida você é capaz de desempenhar suas atividades diárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F11.1 Quão dependente você é de medicação?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.1 Você consegue dos outros o apoio que necessita?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.2 Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F17.2 Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F18.1 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.1 Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.2 Em que medida você tem oportunidades de adquirir informações que considera necessárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.1 Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.2 Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F23.1 Em que medida você tem meios de transporte adequados?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre o quão *satisfeito(a), feliz ou bem* você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, na sua vida familiar ou a respeito da energia (disposição) que você tem. Indique quão satisfeito(a) ou não satisfeito(a) você está em relação a cada aspecto de sua vida e coloque um círculo no número que melhor represente como você se sente sobre isto. As questões se referem às **duas últimas semanas**.

G2 Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G3 Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G4 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F2.3 Quão satisfeito(a) você está com a energia (disposição) que você tem?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F3.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.2 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de aprender novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de tomar decisões?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.3 Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.4 Quão satisfeito(a) você está com suas capacidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F7.4 Quão satisfeito(a) você está com a aparência de seu corpo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F10.3 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.3 Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F15.3 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.3 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de sua família?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.4 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de dar apoio aos outros?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F16.4 Quão satisfeito(a) você está com com a sua segurança física (assaltos, incêndios, etc.)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F17.3 Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F18.3 Quão satisfeito(a) você está com sua situação financeira?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.4 Quão satisfeito(a) você está com os serviços de assistência social?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.3 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.4 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de obter novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F21.4 Quão satisfeito(a) você está com a maneira de usar o seu tempo livre?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu ambiente físico (poluição, clima, barulho, atrativos)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.4 Quão satisfeito(a) você está com o clima do lugar em que vive?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F23.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.2 Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?

Muito infeliz	infeliz	nem feliz nem infeliz	feliz	muito feliz
1	2	3	4	5

G1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F15.1 Como você avaliaria sua vida sexual?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F3.1 Como você avaliaria o seu sono?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F5.1 Como você avaliaria sua memória?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F19.2 Como você avaliaria a qualidade dos serviços de assistência social disponíveis para você?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a " *com que frequência*" você sentiu ou experimentou certas coisas, por exemplo, o apoio de sua família ou amigos ou você teve experiências negativas, tais como um sentimento de insegurança. Se, nas duas últimas semanas, você não teve estas experiências de nenhuma forma, circule o número abaixo da resposta "nunca". Se você sentiu estas coisas, determine com que frequência você os experimentou e faça um círculo no número apropriado. Então, por exemplo, se você sentiu dor o tempo todo nas últimas duas semanas, circule o número abaixo de "sempre". As questões referem-se às **duas últimas semanas**.

F1.1 Com que frequência você sente dor (física)?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F4.2 Em geral, você se sente contente?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F8.1 Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

As questões seguintes se referem a qualquer "*trabalho*" que você faça. *Trabalho* aqui significa qualquer atividade principal que você faça. Pode incluir trabalho voluntário, estudo em tempo integral, cuidar da casa, cuidar das crianças, trabalho pago ou não. Portanto, *trabalho*, na forma que está sendo usada aqui, quer dizer as atividades que você acha que tomam a maior parte do seu tempo e energia. As questões referem-se às **últimas duas semanas**.

F12.1 Você é capaz de trabalhar?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.2 Você se sente capaz de fazer as suas tarefas?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F12.3 Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre "*quão bem você é capaz de se locomover*" referindo-se às duas últimas semanas. Isto em relação à sua habilidade física de mover o seu corpo, permitindo que você faça as coisas que gostaria de fazer, bem como as coisas que necessite fazer.

F9.1 Quão bem você é capaz de se locomover?

muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F9.3 O quanto alguma dificuldade de locomoção lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.4 Em que medida alguma dificuldade em mover-se afeta a sua vida no dia-a-dia?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.2 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de se locomover?

Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se às suas *crenças pessoais*, e o quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Uma vez mais, elas referem-se **às duas últimas semanas**.

F24.1 Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.2 Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.3 Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.4 Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5