CRISTINA LIMA LEITE CARVALHAES

Avaliação da saúde bucal e impacto na qualidade de vida em pacientes com transtornos mentais atendidos no CAPS/Butantã

São Paulo

2014

CRISTINA LIMA LEITE CARVALHAES

Avaliação da saúde bucal e impacto na qualidade de vida em pacientes com transtornos mentais atendidos no CAPS/Butantã

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Área de Concentração: Patologia e Estomatologia Básica e Aplicada

Orientadora: Profa. Dra. Nathalie Pepe Medeiros de Rezende

São Paulo

2014

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

Carvalhaes, Cristina Lima Leite.

Avaliação da saúde bucal e impacto na qualidade de vida em pacientes com transtornos mentais atendidos no CAPS/Butantã / Cristina Lima Leite Carvalhaes ; orientador Nathalie Pepe Medeiros de Rezende. -- São Paulo, 2014.

93p. : fig., tab., graf.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) -- Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Área de Concentração: Patologia e Estomatologia Básica e Aplicada. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão original

1. Transtornos mentais. 2. Tratamento odontológico. 3. Saúde bucal - Impacto. I. Rezende, Nathalie Pepe Medeiros de. II. Título.

Carvalhaes CLL. Avaliação da saúde bucal e impacto na qualidade de vida em pacientes com transtornos mentais atendidos no CAPS/Butantã. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em odontologia.

Aprovado em: / /2014

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Aos meus pais **Antônio Leite Carvalhaes Júnior** e **Rita Angélica Lima Leite Carvalhaes**, por me darem força e estarem sempre ao meu lado. Amo vocês.

Ao meu namorado, **André Monteiro**, há 10 anos sempre caminhando ao meu lado, me apoiando em todos os momentos, você me faz uma pessoa melhor a cada dia.
Amo você.

Aos meus queridos **pacientes especiais**, que deram luz a “minha odontologia”, que mudaram meu jeito de olhar o mundo e as pessoas, que me ensinam todos os dias como ser dentista e “ser humana” ao mesmo tempo, sem vocês minha vida profissional não seria tão prazerosa e tão dedicada.

AGRADECIMENTOS

De um modo especial à minha orientadora **Profa. Dra. Nathalie Pepe Medeiros de Rezende**, pela confiança quando me escolheu para ser sua orientada, sem você nada disto teria acontecido. Quaisquer agradecimentos seriam insuficientes para exprimir toda minha gratidão e admiração por você.

As professoras do CAPE, **Profa. Dra. Marina Helena Cury Gallottini**, **Profa. Dra. Karem Lopez Ortega** e ao **Prof. Dr. Paulo Sérgio da Silva Santos**, por todos os ensinamentos e incentivos nos estudos, vocês são brilhantes no que fazem e exemplos para a minha profissão.

A minha grande amiga de pós-graduação **Maria Carolina Nunes Vilela**. Com você a trajetória foi mais leve e mais alegre.

Aos meus queridos amigos do **CAPE**: Frederico B. Medeiros, Karin Sá Fernandes, Karen Tieme, Daniela Assis, Maria Carolina Mussi, Ana Claudia Luiz, Fabiana Martins, Ester P. Costa, Marcus Amaral, Maria Luiza Wanatabe, Talita Castro e Katia Neves Lourenzem, agradeço por toda ajuda, amizade e pela convivência maravilhosa.

Aos meus colegas da patologia: Ana Maria Hoyos, Daniella Moraes Antunes, Bruno Tavares, Nelise Alexandre Lascane, Douglas Magno, Luis Eduardo Pagotto, Flávia Cristina Rosin, Gabriela Sanches e Lília Alves Rocha agradeço pela convivência harmoniosa.

Aos professores da patologia, em especial: **Prof. Dr. Décio Pinto**, **Suzana Orsini M. De Souza** e **Marília Martins** pelos ensinamentos e dedicação.

À **Profa. Dra. Adriana Lira Ortega**, um exemplo que tenho em minha carreira.

À **Zilda e Néia** por sempre me ajudarem durante esses anos. Agradeço toda a paciência e dedicação com os alunos da pós-graduação.

Aos funcionários do CAPE: **Bel, Leninha, Jeanne, Cris, Andressa, Sandra** e em especial a **Gil** que nunca mediu esforços para me ajudar.

Ao CAPS/Butantã, pela atenção, pela equipe maravilhosa e por toda a dedicação com os pacientes, vocês fazem toda a diferença neste mundo.

Aos pacientes do CAPS/Butantã, pela confiança em ajudar a realizar esta pesquisa.

“Foi o tempo que dedicaste a tua rosa que fez tua rosa tão importante”

O Pequeno Príncipe

RESUMO

Carvalhaes CLL. Avaliação da saúde bucal e impacto na qualidade de vida em pacientes com transtornos mentais atendidos no CAPS/Butantã [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2014. Versão Original.

Estudos epidemiológicos mostram que a incidência de transtornos mentais e comportamentais tem aumentando nos últimos anos e estas condições são acompanhadas de uma gama de doenças bucais que estão relacionadas à medicação utilizada e ao grau de instrução, condições financeiras, idade, estado de saúde geral e acesso ao atendimento odontológico dos pacientes. Entretanto, são escassos estudos que abordam a epidemiologia da saúde bucal e o impacto dela na qualidade de vida destes pacientes. Este estudo teve o objetivo de avaliar as condições bucais dos pacientes com transtornos mentais e comportamentais atendidos no Centro de Atendimento Psicossocial do Butantã (CAPS/Butantã) e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Foram coletados dados demográficos, queixa principal, história médica [evolução da doença psiquiátrica, presença de comorbidades (hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares, diabetes, distúrbios hepáticos, distúrbios hematológicos, distúrbios renais, distúrbios gastrointestinais e distúrbios respiratórios), medicações em uso], hábitos (álcool, fumo e drogas ilícitas), e história odontológica. No exame físico intraoral foram avaliados os índices de CPOD, índice gengival (IG) e índice comunitário periodontal (ICP) e a presença de lesões em mucosa. Como exame complementar, foi avaliado o fluxo salivar. Por fim o impacto da saúde oral na qualidade de vida foi medido através de questionário internacionalmente padronizado, o Oral Health Impact Profile (OHIP-14). Foram avaliados 50 pacientes, sendo 28 do sexo feminino e 22 do sexo masculino, com idades entre 22 e 74 anos e mediana de 45 anos. A maioria (66%) apresentava baixa escolaridade e os diagnósticos mais encontrados foram, respectivamente: esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, transtornos do humor afetivos e transtornos da personalidade do comportamento do adulto. Com relação às comorbidades, 34% apresentavam hipertensão arterial sistêmica (HAS), 26% Diabetes Mellitus (DM) e 18% doença cardiovascular. A maioria usava mais de dois medicamentos psicotrópicos associados. Com relação à

queixa principal do paciente, 68% relataram boca seca, 66% relataram sangramento gengival durante a escovação, 56% relataram bruxismo e 50% relataram dor de origem dentária. O CPOD variou de 1 a 30, com média de 16,3 e mediana de 17, sendo que 64% dos pacientes apresentaram CPOD considerado alto pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Com relação ao ICP, 70,5% apresentaram alguma necessidade de tratamento periodontal, sendo que 56,8% necessitavam de profilaxia e/ou raspagem supragengival e 43,2% necessitavam raspagem subgengival. O IG mostrou que 48% dos pacientes apresentavam gengivite moderada, 34% gengivite severa e 18% gengivite leve. Com relação ao fluxo salivar, observamos que estava diminuído em 46% dos pacientes e normal em 54% deles. O OHIP-14 mostrou que a saúde bucal possui médio impacto sobre a qualidade de vida de 40% dos pacientes, forte impacto para 28% dos pacientes, e fraco impacto para 32% dos pacientes. Conclui-se que estes pacientes apresentam uma condição bucal insatisfatória, que impacta negativamente na qualidade de vida, mostrando a importância de ações em saúde bucal, tanto preventivas quanto curativas, para esta população vulnerável.

Palavras-chave: Distúrbios psiquiátricos. Tratamento odontológico. Saúde Bucal.

ABSTRACT

Carvalhaes CLL. Avaliação da saúde bucal e impacto na qualidade de vida em pacientes com transtornos mentais atendidos no CAPS/Butantã [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2014. Versão Original.

Epidemiological studies show that the incidence of mental and behavioral disorders has been increasing in recent years and these conditions are followed by a range of oral diseases that are related to medications used and the level of education, financial condition, age, general health status and access dental care of patients. However, there are few studies on the epidemiology of oral health and the impact on the quality of life of these patients. This study aimed to evaluate the oral conditions of patients with mental and behavioral disorders treated at the Center of Psychosocial Care of Butantã (CAPS/Butantã) and the impact of oral health on quality of life. Demographics, main complaint, medical history [evolution of psychiatric illness, comorbidities (hypertension, cardiovascular disease, diabetes, liver disorders, blood disorders, kidney disorders, gastrointestinal disorders and respiratory disorders), current medications], habits (alcohol, tobacco and illicit drugs) and dental history were collected. In intraoral physical examination, were evaluated the DMFT Index, the Gingival Index (GI), the Community Periodontal Index (CPI) and the presence of mucosal lesions. As a complementary test, we evaluated the salivary flow. Finally the impact of oral health on quality of life was measured using an internationally standardized questionnaire, the Oral Health Impact Profile (OHIP-14). A total of 50 patients were evaluated (28 females and 22 males), with ages between 22 and 74 years old and a median of 45 years old. The majority (66%) had a low level of education and the most frequent diagnoses were, respectively: schizophrenia, schizotypal and delusional disorders, mood affective disorders and disorders of adult personality and behavior. Regarding comorbidities, 34% had systemic hypertension (SH), 26% had diabetes mellitus (DM) and 18% had cardiovascular disease. Most of the patients took more than two psychotropic medications in association. Regarding the patient's main complaint, 68% reported dry mouth, 66% reported bleeding gums

during brushing, 56% reported bruxism and 50% reported pain of dental origin. The DMFT ranged from 1 to 30, with a mean of 16.3 and a median of 17, and 64% of the patients had a high DMFT according to the World Health Organization (WHO) standards. With respect to CPI, 70.5% showed some need for periodontal treatment, 56.8% need prophylaxis and/or supragingival scaling and 43.2% required subgingival scaling. The GI showed that 48% of patients had moderate gingivitis, 34% had severe and 18% had mild gingivitis. With respect to salivary flow, we found that it was decreased in 46% of patients and normal in 54% of them. The OHIP-14 questionnaire showed that oral health has an average impact on quality of life for 40% of patients, a strong impact for 28%, and low impact for 32% of the patients. We conclude that these patients have a poor oral condition, which impacts negatively on their quality of life, showing the importance of oral health practices, both preventive and curative, for this vulnerable population.

Keywords: Mental disorders. Dental treatment. Oral Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 - Evolução histórica da saúde mental no Brasil.....	21
Figura 2.2 - Leitos psiquiátricos SUS por ano	21
Figura 2.3 - Residências Terapêuticas por ano	22
Figura 2.4 - Centros de Atenção Psicossocial por ano.....	23
Figura 2.5 - Esquema de atenção à saúde mental no SUS.....	24
Figura 2.6 -Cobertura por município dos Centros de Atenção Psicossocial por ano	26
Figura 5.1 - Distribuição dos pacientes segundo a década de vida (n=50).....	48
Figura 5.2 -Distribuição dos pacientes analisados segundo o grau de escolaridade	49
Figura 5.3 - Presença de comorbidades nos pacientes analisados (n=50).....	50
Figura 5.4 - Queixa principal do paciente, com relação à boca (n=50)	55
Figura 5.5 - Distribuição dos pacientes segundo o grau de CPOD apresentado	56
Figura 5.6 - Distribuição dos pacientes analisados segundo o maior escore apresentado no ICP (n=44)	57

Figura 5.7 - Tipo de tratamento periodontal requerido pelos pacientes analisados (n=44)	57
Figura 5.8 - Classificação da gengivite segundo o Índice gengival apresentado pelos pacientes analisados (n= 44).....	58
Figura 5.9 - Distribuição dos pacientes analisados segundo o fluxo salivar (n= 50) .	59
Figura 5.10 - Percepção do paciente com relação à dimensão avaliada do impacto da saúde oral na qualidade de vida.....	60
Figura 5.11 - Distribuição dos pacientes segundo o do impacto da saúde oral na qualidade de vida (n =50)	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 - Série histórica de Centros de Atenção Psicossocial por ano e tipo	25
Tabela 2.2 - Classificação das principais doenças mentais e comportamentais segundo o CID-10.....	27
Tabela 2.3 - Efeitos colaterais bucais de medicamentos psicotrópicos de acordo com a bula	42
Tabela 5.1 - Distribuição dos pacientes de acordo com o CID.....	50
Tabela 5.2 - Combinação de fármacos usados para o tratamento de pacientes diagnosticados com Esquizofrenia (n=37).....	52
Tabela 5.3 - Combinação de fármacos usados para o tratamento de pacientes diagnosticados com transtorno do humor afetivo e da personalidade e comportamento do adulto (n=13)	53
Tabela 5.4 - Quantidade de pacientes segundo a classe e medicamento utilizado para tratamento da doença psiquiátrica	54
Tabela 5.5 - Queixa principal do paciente, com relação à boca	55
Tabelas 5.6 - Variáveis correlacionadas, e o grau de correlação encontrado.....	61

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

APA	Associação de Psiquiatria Americana
AP	Antipsicóticos
APG	Antipsicóticos de Primeira Geração
APS	Antipsicóticos de Segunda Geração
CAPE	Centro de Atendimento a Pacientes Especiais
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CAPSad	Centro de Atendimento Psicossocial Álcool Drogas
CD	Cirurgião-dentista
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Estatística Internacional
CPO-D	Índice de dentes cariados perdidos e obturados
DCV	Doença cardiovascular
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DM	Diabetes Mellitus
DP	Doença Periodontal
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICP	Índice comunitário periodontal
IG	Índice gengival
MS	Ministério da Saúde
mg/dl	Miligramas por decilitro
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OHIP-14	<i>Oral Health Impact Profile 14</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
RTS	Residências Terapêuticas
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TM	Transtornos Mentais
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS	22
2.2 CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL	23
2.3 CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS	27
2.3.1 Esquizofrenia	28
2.3.2 Transtornos do humor	30
2.3.3 Transtorno da personalidade e do comportamento do adulto	30
2.3.4 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	31
2.3.5 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com estresse e transtornos sematoformes	31
2.4 TERAPIA MEDICAMENTOSA	32
2.4.1 Ansiolíticos	32
2.4.2 Antidepressivos	32
2.4.3 Antipsicóticos	33
2.5 ODONTOLOGIA E PACIENTES PSIQUIÁTRICOS	34
2.5.1 Interações medicamentosas	40
3 PROPOSIÇÃO	43
4 MATERIAL E MÉTODOS	44
4.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA	46
5 RESULTADOS	48
5.1 DADOS DEMOGRÁFICOS	48
5.2 HISTÓRIA MÉDICA	49
5.3 MEDICAÇÃO EM USO	51
5.4 EXAME FÍSICO INTRAORAL	56
5.5 ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP-14)	59
5.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	61
6 DISCUSSÃO	62
7 CONCLUSÕES	69
REFERÊNCIAS	70
ANEXOS	77

1 INTRODUÇÃO

Diversos estudos epidemiológicos mostram a existência de milhões de pessoas em todo o mundo com algum tipo de doença mental ou comportamental, sendo que esse número aumenta a cada dia (Maragno et al., 2006).

Segundo Patel e Gamboa (2012), a doença mental afeta diversos aspectos sociais do indivíduo levando à diminuição das atividades físicas, nutrição inadequada, expondo os pacientes aos efeitos colaterais dos medicamentos, resultando em um grupo de pessoas com baixa qualidade de vida e com condição de saúde precária quando comparada com a população geral.

Estes pacientes apresentam, além da doença mental, algumas comorbidades, que acabam por agravar o prognóstico de ambos os problemas, tanto na piora do quadro clínico quanto na aderência inadequada aos tratamentos propostos (Maragno et al., 2006).

De mesmo modo, as alterações bucais agravam o quadro clínico. A saúde bucal faz parte integral da saúde geral, e afeta diversos aspectos como: pessoal, social e psicológico (Haas et al., 2009; Morales-Chavez et al., 2014). As doenças bucais podem ser relacionadas a diversos fatores nestes pacientes, como o grau de instrução, condições financeiras, idade, estado de saúde geral, efeitos colaterais das medicações psiquiátricas, e acesso ao atendimento odontológico (Haas et al., 2009), fazendo com que este grupo se enquadre em uma categoria de risco aumentado para o desenvolvimento de doenças bucais.

No Brasil, o número de investigações epidemiológicas na área de saúde mental e das manifestações bucais, assim como do impacto delas na qualidade de vida são escassos (Morales-Chavez et al., 2014).

Dados sobre a saúde bucal e sobre as necessidades odontológicas de pacientes com transtornos mentais são essenciais para desenvolver guias de tratamento odontológico e também para desenvolver estratégias compensatórias para promover e prevenir a saúde bucal dessa população vulnerável (Amelli et al., 2010; Morgan et al., 2012).

Frente a carência de estudos científicos com esta população, este trabalho teve o objetivo avaliar as condições bucais dos pacientes com transtornos mentais e comportamentais e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida destes pacientes.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Pacientes com necessidades especiais constituem uma população heterogênea e que manifesta uma grande variedade de deficiências físicas, neurológicas e mentais (Scully; Kumar, 2003). Segundo levantamento da Organização Mundial da Saúde (OMS), existem cerca de 600 milhões de pessoas com deficiência grave no mundo, ou seja, uma a cada dez pessoas. No Brasil, segundo o Censo 2010 do IBGE, há mais de 45,6 milhões de brasileiros que declaram ter alguma deficiência. O número representa 23,9% da população do país (IBGE, 2010). A deficiência visual (desde cegueira à necessidade de lentes corretivas) acomete 35,7 milhões de pessoas; a deficiência motora acomete 13,2 milhões; a deficiência auditiva 2,1 milhões; e a deficiência mental 2,6 milhões de brasileiros. Estima-se que somente 2% dessas pessoas tenham suas necessidades em saúde bucal plenamente atendidas (Santos; Sabbagh-Haddad; 2003). Sabe-se que cada grupo de pacientes especiais irá apresentar características diversas de suas necessidades de assistência, de acordo com sua incapacidade, limitação ou doença de base. Eles estão sujeitos também a quadros infecciosos e problemas gerais, inclusive as doenças bucais mais comuns (Santos; Sabbagh-Haddad; 2003).

Para fins de tratamentos odontológicos, o Ministério da Saúde (MS) utiliza o seguinte conceito de pacientes especiais:

Todo usuário que apresenta uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento, etc. Esse conceito é amplo e abrange, entre os diversos casos que requerem atenção diferenciada, as pessoas com deficiência visual, auditiva, física ou múltipla (conforme definidas nos Decretos 3296/99 e 5296/04) que eventualmente precisam ser submetidas à atenção odontológica especial (Brasil, 2004).

O número de pacientes com transtornos psiquiátricos está aumentando cada vez mais, sobretudo entre a população idosa. As doenças mentais representam cerca de 10% do total das doenças globais e o índice chegará a 15% em 2020 (Morales-Chávez et al., 2014).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica e as demandas da Reforma Sanitária, iniciadas na década de 1970, além da Constituição de 1988, culminaram na integração da saúde mental ao cuidado primário, possibilitando que esses pacientes tivessem maior acesso e rapidez aos serviços existentes, com melhoria das possibilidades de um diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento apropriado, diminuindo os tratamentos desnecessários ou inapropriados (Prebianchi; Falleiros; 2011; Bandeira et al., 2007).

Em meados dos anos 1980 o movimento sanitarista no país cresceu, e ganhou representatividade através dos profissionais da saúde, usuários, políticos e lideranças populares, na luta pela reestruturação do sistema de saúde. O marco deste movimento ocorreu em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, garantindo como dever do Estado direito à saúde para todo cidadão. (Cadernos RH Saúde; 2006).

Com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, em 1990, o modelo de atendimento curativo da população passou a um modelo integralista, tendo como objetivo as práticas em saúde sociais. Assim, a saúde mental pode ser organizada nos preceitos de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (Nagaoka et al., 2011; Carvalho; Araújo; 2004).

Em 1992, os movimentos sociais conseguiram aprovar em vários Estados brasileiros as primeiras leis que determinaram a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. A partir deste período, a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, associado a todas as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, começou a ganhar mais espaço e contornos definidos. Passou a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial), NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), hospitais-dia, e as principais normas para a fiscalização dos hospitais psiquiátricos (Bandeira et al., 2007; Brasil, 2012).

Na figura 2.1 observa-se a evolução histórica da saúde mental no país e na figura 2.2 observamos exatamente a queda dos leitos psiquiátricos após o início da substituição deles pelos CAPS, NAPS e Residências Terapêuticas (RT).

Figura 2.1 –Evolução histórica da saúde mental no Brasil

Figura 2.2 - Leitos psiquiátricos SUS por ano (Brasil, 2002 – jul/2012) - *gráfico “Saúde Mental Em Dados – Ministério da Saúde” (2012) modificado

2.1 RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

A desinstitucionalização e a efetiva reintegração dos pacientes com doença mental na comunidade levou os pacientes que estavam internados em hospitais psiquiátricos a serem acolhidos pelas Residências Terapêuticas (RTs) (Santos; Silveira, 2009). As RTs são espaços para responder às necessidades de moradias destes pacientes (Brasil, 2012).

O número de usuários pode variar de 1 ao no máximo 8 pessoas, que deverão contar sempre com uma equipe de caráter interdisciplinar. Os gerenciadores das RTs são responsáveis por encaminhar os usuários para tratamento clínico no CAPS mais perto da sua região, para a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou até mesmo internações em hospitais gerais.

Figura 2.3 - Residências Terapêuticas por ano (Brasil, 2002 – 2011) - *gráfico “Saúde Mental Em Dados – Ministério da Saúde” (2012) modificado

Ou seja, o gerenciador de uma RT está apenas no início de um longo processo de reabilitação e busca de inclusão social dos usuários (Brasil, 2012). A figura 2.3 mostra a ascensão das RTs no país nos últimos anos. No Brasil, o número das RTs apresenta tendência de crescimento, uma vez que existe uma parcela de doentes mentais sem cuidadores e sem residências, podendo encontrar nas RTs apoio, moradia e tratamento (Brasil, 2004).

2.2 CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL

Com o advento da Reforma Psiquiátrica e a redução drástica dos leitos manicomiais, o Estado passou a ter um grande problema em suas mãos: dar conta do contingente populacional que estava encarcerado e controlado à base de psicotrópicos (Rosa; Vilhena, 2012).

Foi então que surgiu o primeiro CAPS, em 1987, na cidade de São Paulo, que inicialmente esteve atrelado a dúvidas e problemas de adequação. Em 1992, funcionavam apenas 108 CAPS no Brasil. Em 2001, quando foi aprovada a lei 10.216/01, que redirecionava a assistência em saúde mental para os serviços de base comunitária (como o CAPS), e foram aprovados financiamentos específicos para os serviços em saúde mental, houve um aumento considerável do número de CAPS, que chegou a 295 (Rosa; Vilhena, 2012; Lucchese et al., 2009). Na figura 2.4 observa-se o aumento do número de CAPS no Brasil de 1998 até a última informação divulgada pelo MS, em 2012.

Figura 2.4 - Centros de Atenção Psicossocial por ano (Brasil, 2002 – jun/2012) - *gráfico “Saúde Mental Em Dados – Ministério da Saúde” (2012) modificado

Portanto, o CAPS, herdeiro da Reforma Psiquiátrica, tem a função de prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos. Ele promove a inserção dos pacientes através de ações intersociais; regula a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na

sua área de atuação e dá suporte e atenção à saúde mental na rede básica. É função do CAPS ainda organizar toda a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais no município, organizando para qual Programa de Saúde da Família (PSF), RTs, Hospital Geral ou UBS eles devem ser encaminhados. De uma forma geral, o CAPS foi pensado para ser o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. A figura 2.5 ilustra o modelo de atenção à saúde mental baseado nos CAPS (Brasil, 2012).

Figura 2.5 – Esquema de atenção à saúde mental no SUS - Ministério da Saúde, 2004

Os CAPS podem ser do tipo I, II ou III, álcool e drogas (CAPSad) e infanto-juvenil (CAPSi). Para a sua implantação deve-se primeiro observar o critério populacional, cujos parâmetros são definidos da seguinte forma (Brasil, 2012):

- ✓ CAPS I – Municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes
- ✓ CAPS II – Municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes
- ✓ CAPS III– Municípios acima de 200.000 habitantes

O CAPS II, cenário desta pesquisa, foi o segundo equipamento com maior crescimento no país. Observa-se na tabela 2.1 o aumento do número de CAPS de 2006 até 2012, em levantamento feito pelo MS.

Tabela 2.1– Série histórica de Centros de Atenção Psicossocial por ano e tipo (Brasil, 2006 – jun/2012) - *tabela “Saúde Mental Em Dados” (Brasil, 2012b) modificada

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total
2006	437	322	38	75	138		1.010
2007	526	346	39	84	160		1.155
2008	618	382	39	101	186		1.326
2009	686	400	46	112	223		1.467
2010	761	418	55	128	258		1.620
2011	822	431	63	149	272	5	1.742
2012	848	438	66	158	281	12	1.803

Na figura 2.6, uma representação do território brasileiro dividido pelos limites municipais, observa-se a expansão da cobertura dos CAPS de 2002 a 2012. Cada município recebeu uma cor: a escala mostra que quanto mais escuro, melhor a cobertura deste tipo de equipamento público.

Figura 2.6 – Cobertura por município dos Centros de Atenção Psicossocial por ano (Brasil, 2002 – jun/2012) - *mapa “Saúde Mental Em Dados – Ministério da Saúde” (2012) modificado

Portanto, os CAPS são considerados equipamentos estratégicos na composição e na articulação da rede de atenção à Saúde Mental. Constitui-se como um serviço de base territorial, sendo pautado pela responsabilização e pela demanda ao atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e desempenham um papel extremamente importante e fundamental nesta rede, transcendendo os limites da assistência e abrangendo as ações de inclusão social (Lucchese et al., 2009; Brasil, 2012).

2.3 CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Pacientes psiquiátricos apresentam uma categorização e diferenciação das doenças mentais. A OMS organizou a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, conhecida como CID, atualmente na décima revisão, com capítulos exclusivos para distúrbios mentais e comportamentais (Organização mundial da Saúde, 2007). A Associação de Psiquiatria Americana (APA) criou o Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais, o DSM, atualmente na quinta edição, lançada em 2013, em que estabelece diretrizes diagnósticas sob a forma de critérios operacionais de inclusão e exclusão para a classificação das doenças mentais, numa abordagem descritiva dos sintomas dentro de uma avaliação multiaxial (Busnello et al., 1999).

O CID-10 apresenta, no capítulo V, sua classificação dos transtornos mentais (TM) e comportamentais (F00-F99) (Organização Mundial da Saúde, 2007; Busnello et al, 1999).

A classificação dos principais transtornos mentais e comportamentais do catálogo podem ser representadas na tabela 2.2.

Tabela 2.2 - Classificação das principais doenças mentais e comportamentais segundo o CID-10

Classificação	Transtornos mentais e comportamentais
F00-F09	TM orgânicos, inclusive os sintomáticos
F10-F19	TM e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes
F30-F39	Transtornos do humor [afetivos]
F40-F48	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes
F50-F59	Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos
F60-F69	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto
F70-F79	Retardo mental
F80-F89	Transtornos do desenvolvimento psicológico
F90-F98	Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou adolescência
F99	TM não especificado

O DSM é um padrão de classificação utilizado por psiquiatras do mundo inteiro. Destina-se a ser aplicado em uma ampla variedade de contextos e é muito utilizado em pesquisas e classificações mais abrangentes das doenças, avaliando fatores biológicos, psicodinâmicos, cognitivos, comportamentais, interpessoais e familiares. O DSM V é a edição atual e foi projetado para uso em ambientes clínicos (hospitalar, ambulatorial, consultório e cuidados primários) e em toda a população (Valesco-Ortega et al., 2013).

O DSM pode ser usado por todos os profissionais da saúde e tem grande importância no levantamento epidemiológico em saúde pública. Ele é composto por três componentes principais: a classificação diagnóstica, os conjuntos de critérios de diagnóstico e o texto descritivo da doença (Valesco-Ortega et al., 2013).

2.3.1 Esquizofrenia

Dentro da classificação F20-F29 do CID-10, existem três transtornos psiquiátricos mais acometidos, conhecidos como a esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (Friedlander et al., 2002; Oliveira et al., 2012).

A esquizofrenia é conhecida como uma das doenças psiquiátricas mais desafiadoras. Pode ser definida como uma síndrome complexa que compreende manifestações psicopatológicas variadas de pensamentos, percepções, emoções, movimentos e comportamentos (Oliveira et al., 2012; Miyamoto et al., 2014).

Apresenta uma prevalência de 0,5% em pessoas acima dos 55 anos de idade. Estima-se que 85% dos adultos com esquizofrenia apresentam sinais da doença antes dos 45 anos de idade, a maioria na segunda e terceira década de vida (Friedlander et al., 2002). Estudos longitudinais mostraram que metade dos pacientes com esquizofrenia apresentam durante sua vida sintomas leves e até uma remissão da doença. Aproximadamente um terço dos pacientes apresenta sintomas moderados e 15% apresentam sintomas graves durante toda sua vida (Friedlander; Marder, 2002). No Brasil, estima-se cerca de 75.000 novos casos deste transtorno por ano, o que representa 50 casos para cada 100.000 habitantes (Kaplan et al., 2002).

As limitações que os esquizofrênicos podem apresentar variam na intensidade da deterioração de processos mentais, fazendo com que o indivíduo apresente alguns sintomas característicos da esquizofrenia, conhecidos como sintomas positivos e sintomas negativos (Friedlander et al., 2002).

Os sintomas positivos são aqueles em que ocorrem comportamentos adicionais nos momentos de crises psiquiátricas, como delírios, alucinações, alterações na fala e comportamento (transtornos do movimento, catatonia, entre outros). Acredita-se que essas manifestações conhecidas como positivas apresentam relação direta com o íntimo de cada indivíduo, suas experiências de vida e com as relações estabelecidas ao seu redor (Friedlander et al., 2002).

Os sintomas negativos são aqueles em que ocorre perda de função, com uma diminuição da atividade motora e psíquica, bem como das manifestações emocionais. Esses sintomas podem ocorrer devido a causas secundárias da doença, como privação ambiental, quadros depressivos, efeitos colaterais de drogas e ansiedade (Friedlander et al., 2002; Janardhanan, 2011).

A maior dificuldade de tratamento da esquizofrenia compreende exatamente os sintomas negativos e na recorrência dos sintomas positivos. Esses dois tipos de sintomas são responsáveis pelas consequências pessoais de convívio, refletidas na dificuldade de vida afetiva social, financeira, familiar, sentimento de menos valia e sentimento de não ser compreendido pelos amigos e familiares (Friedlander; Marder, 2002).

A esquizofrenia pode ser classificada segundo o CID-10 em: Paranoide, Hebefrênica, Catatônica, Indiferenciada, Depressão Pós-Esquizofrenia, Residual e Simples (Silva, 2006; Organização Mundial da Saúde, 2007).

O transtorno esquizotípico é caracterizado por um comportamento excêntrico e alterações de pensamentos que se assemelham àquelas da esquizofrenia. Podem apresentar afeto frio ou inapropriado; comportamento estranho e excêntrico; tendência ao retraimento social; ideias paranoides; e ideias pseudodelirantes. O início da doença é muito difícil de ser diagnosticado, e sua evolução corresponde, em geral, àquela de um transtorno de personalidade (Silva, 2006).

Já os transtornos delirantes, também encontrados na classificação F20-29 do CID-10, podem ser classificados em uma categoria única ou essencialmente pela presença de ideias delirantes persistentes e que não podem ser classificados com

esquizofrenia, afetivos ou transtornos orgânicos (Organização Mundial da Saúde, 2007).

2.3.2 Transtornos do humor

São considerados transtornos do humor quando a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, como depressão (com ou sem ansiedade) ou euforia. A alteração do humor é acompanhada de uma modificação do nível global de atividade, e a maioria dos outros sintomas é secundária a estas alterações do humor e da atividade. A maior parte destas alterações tende a ser recorrente e a ocorrência de episódios individuais pode estar relacionada com situações ou fatos estressantes (Campos et al., 2010; Safer, 2010).

Os transtornos mais comuns são: episódio maníaco, transtorno afetivo bipolar, episódios depressivos e transtorno depressivo recorrente (Campos et al., 2010; Safer, 2010).

2.3.3 Transtorno de personalidade e comportamento do adulto

Este grupo compreende diversos estados e tipos de comportamento clinicamente significativos que tendem a persistir e são a expressão característica da maneira de viver do indivíduo e de seu modo de estabelecer relações consigo próprio e com os outros. Estes estados podem aparecer durante o desenvolvimento individual sob a influência conjunta de fatores constitucionais e sociais, enquanto outros podem ser adquiridos durante sua vida (Thoma et al., 2013). Os transtornos específicos da personalidade (personalidade paranoica, personalidade esquizoide, dissocial, com instabilidade emocional, histriônica, entre outras), os transtornos mistos e outros transtornos da personalidade, e as modificações duradouras da personalidade representam modalidades de comportamento profundamente enraizadas e duradouras, que se manifestam sob a forma de reações inflexíveis a situações pessoais e sociais de natureza muito variada (Thoma et al., 2013).

Representam desvios extremos ou significativos das percepções, dos pensamentos e sensações. Esses comportamentos muitas vezes estão associados a sofrimento subjetivo e a comprometimento de intensidade variável do desempenho social (Thoma et al., 2013).

2.3.4 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos

Este agrupamento compreende uma série de transtornos mentais, todos reunidos em uma etiologia comum: doença ou lesão cerebral ou outro comprometimento que leva a uma disfunção cerebral (Organização Mundial da Saúde, 2007; Regier et al., 1998).

Estão incluídos nessa classificação: demência na doença de Alzheimer, demência vascular, demência em outras doenças (doença de Pick, pelo vírus HIV, Parkinson e outras), demência não especificada, síndrome amnésica causada pelo álcool, delírio não induzido pelo álcool, transtornos mentais devido a lesão e disfunção cerebral e a doença física e transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado (Organização Mundial da Saúde, 2007; Regier et al., 1998).

2.3.5 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com estresse e transtornos somatoformes

São transtornos que se iniciam com uma ansiedade e que levam a situações nitidamente que não apresentam nenhum perigo real. Essas situações são evitadas e até podem ser suportadas, porém, com medo. Incluem os transtornos fóbico-ansiosos, outros transtornos ansiosos, transtorno obsessivo-compulsivo, reação ao estresse e transtornos de adaptação, sintomas dissociativos (perda parcial ou total das lembranças) e outros transtornos neuróticos (Organização Mundial da Saúde, 2007).

2.4 TERAPIA MEDICAMENTOS

2.4.1 Ansiolíticos

As drogas ansiolíticas, muito utilizadas em psiquiatria, apresentam a capacidade de acalmar, sedar ou promover sonolência. Estes efeitos são diretamente relacionados com a dosagem (Friedlander et al., 2002). Em adição aos efeitos desejáveis, podem apresentar depressão cardiorrespiratória e seu uso contínuo pode aumentar a tolerância e dependência, sendo que sua descontinuação abrupta pode causar síndrome de abstinência (Friedlander et al., 2002). Além disso, pode ocorrer efeito paradoxal em alguns pacientes, com uma excitação maior do que o efeito de sedativo. Este mecanismo não está muito bem explicado pela literatura, mas sabe-se que crianças e idosos apresentam mais estes efeitos paradoxais (Friedlander et al., 2002; Goff, Baldessarini, 1993).

2.4.2 Antidepressivos

A depressão é uma das alterações psiquiátricas mais comuns, atinge 12% dos homens e 20% das mulheres em alguma fase da vida (Moreno et al., 1999; Jardim, 2011). A taxa de suicídio é muito alta entre esses pacientes, portanto, uma terapia efetiva é de extrema importância (Jardim, 2011). São utilizados alguns medicamentos no tratamento dos sintomas depressivos, como os inibidores de monoamina oxidase (IMAO), que inibem a ação das enzimas de monoamina oxidase e elevam os níveis de norepinefrina e serotonina, sendo muito utilizados no tratamento de depressão (Moreno et al., 1999). Uma das maiores desvantagens deste medicamento é sua interação com alimentos fermentados (como queijos e vinhos) e diversos medicamentos (Moreno et al., 1999). Os antidepressivos tricíclicos, denominados assim por conta da sua estrutura química com três anéis átomos, também são muito utilizados em tratamento de depressão, pois bloqueiam os transportadores membranares dos neurônios pré-sinápticos que recolhem

monoaminas neurotransmissoras do exterior (da sinapse) e, portanto, maximizam a duração dos neurônios pós-sinápticos ao permitir que atuem na biofase durante mais tempo. A maioria dos tricíclicos bloqueia os transportes de noradrenalina, dopamina e serotonina. Causam efeitos indesejáveis como xerostomia, constipação, visão turva, taquicardia, palpitações, fraqueza, aumento do apetite, fadiga e hipotensão ortostática. Em alguns antidepressivos mais modernos, como os inibidores da receptação de serotonina (ISRS), tais efeitos são mais brandos (Moreno et al., 1999).

O quadro 1 mostra os principais medicamentos e respectiva classificação com relação ao tipo farmacológico do antidepressivo (Chioca et al., 2010).

TRICÍCLICOS	IMAOs	ISRS
Amitriptilina	Moclobenida	Fluoxetina
Clomipramina	Harmalina	Sertralina
Doxepina		Venlafaxina
Imipramina		Citalopram
Nortriptilina		Escitalopram
Trimipramina		

Quadro 1- Classificação dos antidepressivos

2.4.3 Antipsicóticos

Os medicamentos antipsicóticos são amplamente utilizados em pacientes diagnosticados com desordens psiquiátricas (Rukat et al., 2014). Um número grande de pacientes com esquizofrenia, psicoses não especificadas, transtornos bipolares, entre outros utilizam antipsicóticos rotineiramente para diminuir as crises (Rukat et al., 2014). Os antipsicóticos podem ser divididos em primeira (APG) e segunda

geração (APS) (Rukat et al., 2014). Os APS têm a vantagem de causarem menos efeitos colaterais extrapiramidais, tais como parkinsonismo, distonias, acatisia e discinisia tardia, e maior efeito nos sintomas negativos da esquizofrenia (Rukat et al., 2014). Os medicamentos antipsicóticos mais utilizados são a Risperidona, Olanzapina e Haloperidol (Lindner et al., 2009). Atualmente no Brasil, o SUS disponibiliza os antipsicóticos de segunda geração apenas para pacientes refratários ao tratamento com os de primeira geração e registrados no “Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional” (Lindner, 2009; Anderson et al., 2014).

2.5 ODONTOLOGIA E PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

Pacientes com alterações psiquiátricas representam um crescimento de grandes proporções na nossa sociedade e problemas bucais nestes pacientes são mais comuns do que no restante da população, uma vez que apresentam uma higiene oral deficiente, ausência de tratamento odontológico efetivo e utilizam medicações que afetam a saliva e a mucosa oral (Morales-Chavez et al., 2014). Por este motivo, o risco de doenças buco dentais é alto e assim se torna necessário um programa preventivo e educativo para estes pacientes, com uma equipe multidisciplinar para educar e motivar quanto a sua saúde geral e bucal (Velasco-Ortega et al., 2013; Morales-Chavez et al., 2014).

Um estudo feito por Velasco-Ortega et al. (2013) avaliou 100 pacientes, dos quais 50 eram psiquiátricos institucionalizados e classificados pelo DSM-IV (grupo de estudo) e 50 não psiquiátricos (grupo controle). Neste trabalho, o índice de dentes Cariados, Perdidos, Obturados (CPOD), e necessidade de tratamento odontológico foi avaliado e mostrou-se maior no grupo de estudo do que no grupo controle, chegando-se a conclusão que mesmo os pacientes psiquiátricos institucionalizados apresentam uma condição bucal pior que a população geral.

Em outro estudo, Jovanovic et al. (2010) incluíram 186 pacientes psiquiátricos e 186 pacientes sem doenças psiquiátricas. O exame odontológico foi feito a fim de identificar CPOD, Índice Comunitário Periodontal (ICP) e Índice de Placa (IP). Os resultados foram evidentes como nos outros estudos: pacientes com distúrbios psiquiátricos apresentaram um alto índice de cáries, de doença periodontal e índice

de placa quando comparado com o grupo controle, reforçando a necessidade de um intenso programa preventivo em saúde bucal para esta população mais vulnerável.

Um estudo feito por Dickerson et al. (2003) avaliou uma amostra de 200 pacientes com esquizofrenia e desordens afetivas fazendo tratamento psiquiátrico em dois centros em Baltimore, nos Estados Unidos. Os autores mostraram que estes pacientes apresentam uma condição bucal pior por consequência dos medicamentos, dieta e dificuldades financeiras em pagar tratamentos odontológicos.

Bertaud-Gounot et al. (2013) avaliaram 161 pacientes psiquiátricos em um hospital na França, sendo 37% esquizofrênicos, 21% com alterações do humor e o restante apresentando outras doenças psiquiátricas. 37,9% dos pacientes faziam uso de sedativos e 31,7% de antidepressivos. Desta amostra, 89 pacientes apresentavam diminuição do fluxo salivar e 58 pacientes fluxo acima de 0,3 (g/min). Com isso, os autores concluíram que o alto índice de cáries e doença periodontal estão voltados à diminuição do fluxo salivar decorrente das medicações utilizadas e da condição psicológica abalada.

Também, Velasco-Ortega et al. (2013), afirmam que quando os pacientes apresentam essa diminuição do fluxo salivar, buscam o alívio dessa sintomatologia com balas e chicletes açucarados, adicionando mais um fator de risco no desenvolvimento de cáries. Os autores ainda completam que muitos indivíduos apresentam dificuldades em colaborar com o tratamento odontológico, sendo indicado o tratamento dentário com anestesia geral ou sedação

Diversos fatores podem contribuir com o aumento do risco de doenças bucais nestes pacientes, como alteração cognitiva, limitações comportamentais, baixa escolaridade, deficiência física, baixa motivação e medicações que afetam de forma direta a fisiologia das glândulas salivares e/ou da mucosa oral, causando xerostomia ou sialorreia (Amelli et al., 2010; Morgan et al., 2012; Bertaud-Gounot et al., 2013).

Atualmente sabe-se que, apesar de alguns antidepressivos e ansiolíticos causarem hipossalivação, eles não alteram as glândulas salivares propriamente ditas. Portanto, a salivação não estimulada está reduzida, mas uma secreção normal pode ser observada após uma estimulação gustatória (Morales-Chavez et al., 2014). A recuperação da salivação normal ocorre logo após a cessão da medicação. A ausência de saliva não estimulada gera consequências como a secura de boca, sede e desconforto bucal noturno. O aumento de doenças, como a candidíase,

doença periodontal e cáries também são observadas nestes pacientes (Morales-Chavez et al., 2014).

A cárie em pacientes com hipossalivação se apresenta de uma forma distinta. Enquanto pacientes com salivagem normal apresentam mais cáries oclusais e interproximais, os pacientes com hipossalivação apresentam mais cáries nas regiões cervicais, incisais e cúspides. Acredita-se que este fato ocorra pela diminuição da limpeza mecânica destas regiões pela ausência de saliva e pela diminuição da capacidade tampão (Peeters et al., 1998).

A sensação de ardor bucal é bastante comum nestes pacientes e não deve ser confundida com a síndrome da boca ardente. Esta sensação ocorre pela redução da saliva não estimulada (Peeters et al., 1998).

Frente a um quadro de hipossalivação severa, cabe ao cirurgião-dentista (CD) entrar em contato com o médico responsável, para entre outras coisas, propor a troca da medicação em uso, embora em alguns casos esta troca não seja possível, pois às vezes o custo-benefício de o paciente apresentar uma descompensação da doença psíquica não vale o benefício. Segundo Peeters et al. (1998) os pacientes e responsáveis devem ser informados dos riscos odontológicos frente a um quadro de hipossalivação e estar conscientes de que uma higiene deficiente levará à piora do quadro. Segundo estes mesmos autores, alguns itens auxiliam na redução de doenças bucais em pacientes utilizando antidepressivos e ansiolíticos que promovam hipossalivação, sendo eles:

- ✓ Higiene oral cuidadosa e com acompanhamento de um CD ou técnico em saúde bucal;
- ✓ Avaliação da possibilidade de troca da medicação no caso de hipossalivação;
- ✓ Ingestão de vitamina C para auxiliar no aumento de salivagem (pastilhas não ácidas);
- ✓ Não utilizar enxaguantes bucais;
- ✓ Utilização de saliva artificial;
- ✓ Aplicação de verniz de flúor em consultório odontológico a fim de diminuir o risco de cárie.

Portanto, a prevenção dos efeitos secundários da hipossalivação deve ser avaliada nestes pacientes durante todo o tratamento com medicamentos que podem

causá-la, uma vez que alguns pacientes acabam utilizando-os por longos períodos de tempo (Peeters et al., 1998).

A sialorreia também pode estar presente em pacientes usuários de antidepressivos ou ansiolíticos (Peeters et al., 1998). Em estudo feito por Morales-Chavez et al. (2014), com 65 pacientes psiquiátricos, os autores observaram que 38,4% dos pacientes apresentaram sialorreia e somente 9,2% hipossalivação.

Friedlander e Marder (2002) relataram em uma revisão bibliográfica os efeitos dos medicamentos psicotrópicos na mucosa bucal e mostraram que os antidepressivos podem causar disgeusia, xerostomia e estomatites; os ansiolíticos, como os benzodiazepínicos, podem causar xerostomia ou sialorreia; estabilizadores de humor como o carbolítium causam xerostomia e disgeusia; e os medicamentos para convulsão como a carbamazepina causam xerostomia e glossite.

A risperidona, ansiolítico, muito utilizado para esquizofrenia, distúrbios do comportamento, transtorno do humor e até mesmo para pacientes com disfunção renal, pode causar sialorreia como efeito secundário (Morales-Chavez et al., 2014). A sialorreia pode acarretar na descamação dos lábios, queilite angular, dermatite no mento, disgeusia, e principalmente um impacto social negativo (Morales-Chavez et al., 2014).

Frente as condições bucais que os pacientes psiquiátricos podem apresentar, o tipo de moradia (hospital psiquiátrico, CAPS, casas de apoio, moradores de rua) e o suporte familiar para a realização de higiene bucal, podem interferir na sua condição bucal (Morgan et al., 2012; Bershadsky; Kane, 2010). Segundo Bershadsky; Kane (2010), em um estudo feito através de 15.352 prontuários dos pacientes, onde foram avaliadas as opções de residência dos pacientes (casa de família, casa de repouso, residência própria e institucionalizados) e a rotina de cuidados em higiene bucal, pode-se observar que indivíduos com maiores problemas intelectuais recebem menos cuidados em higiene oral. Indivíduos que moram em residência própria ou em casa de família recebem menos cuidados em higiene oral do que aqueles em instituições ou casas de repouso, no qual muitas vezes existem equipes preparadas e preocupadas com a saúde bucal do indivíduo.

Para Velasco-Ortega et al. (2013), os profissionais que trabalham em hospitais psiquiátricos apresentam mais conhecimentos sobre a doença, habilidades e motivação para desenvolver higiene oral nestes pacientes. Klinge (1979) avaliou 10 homens com esquizofrenia com idades de 26 a 47 anos, selecionados por

apresentarem delírios constantes. Os pacientes foram avaliados duas vezes, uma antes de um programa de educação em saúde bucal e outra após o programa de saúde bucal. Os pacientes foram avaliados duas vezes ao dia, num total de 15 observações, sendo que ao final do período, a lista de problemas de saúde bucal tinha sofrido mudanças. No início da pesquisa, alguns diziam ser incapazes de escovar os dentes todos os dias, outros sem ajuda não conseguiam escovar e alguns julgavam que não era necessário a escovação. Na segunda avaliação feita após a motivação, relatavam a importância da saúde bucal, ficando demonstrado, dessa forma, que a motivação constante promove mudanças comportamentais positivas nestes pacientes.

O bruxismo é considerado um fator de risco para desordens temporomandibulares e é uma alteração frequentemente relatada em pacientes psiquiátricos (Manfredini et al., 2004; Winocur et al., 2007). Segundo Winocur et al. (2007), pacientes psiquiátricos apresentam maiores alterações em articulação temporomandibular, causadas pelas medicações psiquiátricas e, segundo os autores, apresentam o limiar a dor muito alto comparado a população geral. Em sua pesquisa com 77 indivíduos diagnosticados com doença psiquiátrica e em tratamento em dois hospitais em Israel e 50 pacientes saudáveis (grupo controle), chegou a conclusão que 46,8% dos pacientes do grupo de estudo apresentaram atrição anormal pelo bruxismo e 20% do grupo controle apresentaram esta atrição anormal. Comentam que a causa do bruxismo em pacientes psiquiátricos não pôde ser concluída neste trabalho, uma vez que os pacientes podem apresentar esta manifestação pelas medicações, pela condição psíquica ou antes mesmo do diagnóstico da doença.

Manfredini et al. (2004) relataram que alguns fatores podem desencadear o bruxismo, como: alterações no comportamento cognitivo, estresse, ansiedade, alterações do humor e alterações psiquiátricas. Também relatam que o bruxismo pode ocorrer em distúrbios do sistema dopamina, presente por exemplo em pacientes com transtorno bipolar (Manfredini et al., 2004).

As lesões estomatológicas também são manifestações bucais bastante comuns nestes pacientes. Em uma pesquisa feita por Haas et al. (2009), foram avaliados 200 pacientes em atendimento ambulatorial no CAPS II de Blumenau (SC), sem distinção de gênero ou idade, no qual 29,5% eram esquizofrênicos, 27% depressivos, 15,5% com transtorno afetivo bipolar, 10,5% com depressão grave, 5%

com psicose não orgânica não especificada e 12,5% com outras doenças mentais. Neste estudo, 57 pacientes apresentaram lesões estomatológicas e 143 estavam livres de enfermidades bucais. Dentro das condições estomatológicas encontradas estavam: leucoplasia, candidíase, ceratose friccional, nevo pigmentado, hiperplasia fibrosa inflamatória, ulcerações, fístulas, tatuagem por amálgama, mucocoele, petéquias e estomatite nicotínica. Neste estudo, também relatam que a utilização rotineira de psicoativos não só provocam redução do fluxo salivar, mas também afetam a coordenação motora, dificultando a higienização bucal. Concluem que o CD deve estar atento também às lesões bucais nestes pacientes para encaminhamento ao serviço especializado para tratamento e um melhor prognóstico.

Outro fator importante é a qualidade de vida com relação à condição bucal. Em um trabalho feito por Patel e Gamboa (2012) em um centro psiquiátrico de Londres, Inglaterra, 120 pacientes psiquiátricos foram avaliados com relação à saúde bucal e qualidade de vida, com o Oral Health Impact Profile (OHIP-14). Nesta pesquisa, 64% apresentavam idade entre 45 e 54 anos, 78% eram fumantes e 2,2% eram ex-fumantes. O acesso a tratamentos odontológicos mostrou-se baixo – a maioria ficou mais de cinco anos sem acesso a tratamentos odontológicos. O OHIP-14 médio destes pacientes foi de 25,4%, com o escore mínimo zero e máximo 32, com uma mediana de 23. A dor física foi a questão com maior impacto, sendo que 79,8% responderam dor ou desconforto nos últimos anos. O impacto mais baixo foi na questão social, onde a irritação e dificuldade em atividades diárias foram respondidas somente por 9%. Ao todo 53,9% relataram que a qualidade de vida era afetada pela condição bucal.

No âmbito da odontologia, a qualidade de vida está diretamente relacionada ao nível de dor do indivíduo, capacidade mastigatória e o impacto psicológico da sua condição bucal (Patel; Gamboa, 2012). A saúde bucal é um aspecto importante na qualidade de vida, pois afeta diretamente o conforto, aparência e aceitação social e em muitos doentes mentais está relacionada a uma baixa autoestima.

Vale ressaltar que a escassez de dentistas especializados em atender pacientes portadores de necessidades especiais também pode influenciar na condição bucal destes pacientes, que muitas vezes ficam desamparados pela falta de treinamento de profissionais da área em atendimentos básicos como as UBS (Ahmed, 2013; Petel; Gamboa, 2012).

Outro aspecto que deve ser relacionado às condições bucais destes pacientes é a presença de outras doenças, especialmente condições médicas gerais, tais como as doenças endócrino-metabólicas e cardiovasculares, que por si só já são causas de significativa morbidade. Os pacientes com transtornos mentais mais graves são negligenciados em termos de assistência médica geral, embora estes apresentem taxas elevadas de outras doenças (Gomes, 2012). O comparecimento às consultas, e toda adesão ao tratamento, são em geral muito baixos e as doenças clínicas acabam não sendo detectadas ou diagnosticadas em estágios iniciais. Segundo Harris e Barraclough (1998), todos os pacientes com transtornos mentais apresentam risco aumentado de morte prematura. Outro estudo feito por McIntyre et al. (2007) concluiu que pacientes esquizofrênicos e bipolares apresentam um espectro grande de doenças como diabetes, síndrome metabólica, doenças coronarianas e doença pulmonar.

2.5.1 Interações medicamentosas

Uma das preocupações quando se trata de pacientes usuários crônicos de ansiolíticos durante o tratamento odontológico é com relação a tolerância e dependência das medicações (Goff, Baldessarini, 1993). Estes pacientes podem apresentar maiores chances de depressão do sistema cardiorrespiratório na anestesia geral ou sedação consciente (Souza et al., 2013; Goff, Baldessarini, 1993). Em caso de sedação em consultório com o óxido nitroso, é de grande importância saber os possíveis efeitos que estas drogas possam causar e entrar em contato com o médico para diminuir os possíveis riscos (Becker, 2008).

Outra interação medicamentosa com os benzodiazepínicos é a associação com macrolídeos, como a eritromicina, pois estes medicamentos competem pelas enzimas CYP3A4, aumentando o nível sérico dos ansiolíticos e o tempo de meia vida deles (Broderick et al., 2014; Becker, 2008).

Pacientes em uso de antidepressivos tricíclicos podem apresentar efeitos colaterais no sistema cardiovascular, como o aumento da pressão arterial e arritmias cardíacas, em casos de altas doses de injeção intravascular de adrenalina, noradrenalina ou fenilefrina (Malamed, 2005; Chioca et al., 2010). Segundo Chioca

et al. (2010), a prilocaína com felipressina não apresenta efeitos cardiovasculares, portanto, o uso deste anestésico seria a escolha mais segura para usuários de antidepressivos tricíclicos. Anestésicos com noradrenalina ou levonordefrina como vasoconstritores associados devem ser evitados nestes pacientes.

Ainda de acordo com Chioca et al. (2010), o uso de fenilefrina é contraindicado em pacientes que utilizam medicamentos IMAO, porém, alguns artigos estudados pelos autores mostram que as interações cardiovasculares entre IMAO e vasoconstritores de uso odontológico não ocorrem. Portanto, a literatura ainda é muito controversa com relação ao uso de IMAO e vasoconstritores.

Alguns pacientes usam os inibidores seletivos da captação da serotonina (ISRS) para tratamento de síndromes depressivas, transtornos da personalidade e ansiedade (Chioca et al. 2010). Como efeitos colaterais podem apresentar: sedação, confusão, perda da coordenação motora, náuseas, falta de apetite, xerostomia, entre outros. Para pacientes que utilizam estas medicações, os vasoconstritores não potencializam os efeitos colaterais, como no caso dos antidepressivos tricíclicos. Porém, os ISRS podem prejudicar o metabolismo da lidocaína e aumentar o risco de sua toxicidade, devendo esta ser utilizada nestes pacientes na menor dosagem possível.

A tabela 2.3 exhibe algumas medicações utilizadas em pacientes psiquiátricos, e os efeitos colaterais relacionados à cavidade bucal, como a presença de bruxismo, xerostomia e sialorreia, de acordo com a bula de cada uma destas medicações.

Tabela 2.3 – Efeitos colaterais bucais de medicamentos psicotrópicos de acordo com a bula

Medicação	Bruxismo	Xerostomia	Sialorreia
Clonazepam		✓	
Haloperidol		✓	✓
Risperidona			✓
Ácido Valpróico		✓	
Carbonato de Lítio		✓	
Cloridrato de Biperideno		✓	✓
Carbamazepina		✓	
Cloridrato de Prometazina		✓	
Fluoxetina	✓	✓	
Sertralina	✓	✓	
Diazepam		✓	
Neuleptil		✓	
Flurazepam		✓	✓

3 PROPOSIÇÃO

O objetivo deste trabalho foi o de avaliar as condições bucais dos pacientes com transtornos mentais e comportamentais atendidos no Centro de Atendimento Psicossocial do Butantã (CAPS/Butantã) e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida destes pacientes.

4 MATERIAL E MÉTODOS

O projeto deste estudo foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura da cidade de São Paulo, sob parecer de número 228/11 (Anexo A), sendo que todos os participantes leram, concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Anexo B).

Foram avaliados 50 pacientes com transtornos mentais e comportamentais atendidos no Centro de Atendimento Psicossocial do Butantã (CAPS/Butantã), e que se encaixavam nos critérios de inclusão, a saber: concordância e assinatura do TCLE, serem maiores de idade e estarem em tratamento da doença mental no CAPS Butantã.

Foram excluídos os pacientes com comprometimento intelectual.

Para a realização deste estudo foi desenvolvida uma ficha específica para a coleta de dados dos pacientes (Anexo C).

Durante a anamnese foram colhidos dados demográficos (sexo, idade, nacionalidade, naturalidade e escolaridade), dados da história médica, como diagnóstico da doença mental, evolução da doença psiquiátrica, presença de comorbidades como hipertensão arterial sistêmica (HAS), doenças cardiovasculares, diabetes, distúrbios hepáticos, distúrbios hematológicos, distúrbios renais, distúrbios gastrointestinais e distúrbios respiratórios; medicações em uso, hábitos (álcool, fumo e drogas ilícitas), e dados da história odontológica (última visita ao dentista, frequência de retorno ao dentista, negativa de tratamento odontológico, complicações durante atendimentos anteriores). As perguntas foram feitas aos participantes do estudo, e as respostas foram confirmadas com dados do prontuário médico do CAPS Butantã. Uma série de perguntas com relação à saúde oral foi feita aos pacientes, como: qual a queixa principal com relação à boca, se apresentavam dor de dente, sangramento gengival durante a escovação, mobilidade dentária, bruxismo diurno ou noturno, alguma lesão em mucosa oral, sensação de sialorreia ou sensação de boca seca.

O exame físico intraoral foi realizado em local com luz artificial, utilizando-se espelho intraoral, explorador dental, gaze e sonda milimetrada. Foi avaliada a presença, e sintomatologia associada a lesões em mucosa oral, o índice de CPOD

(Klein; Palmer, 1937), índice comunitário periodontal (ICP) (Organização da Saúde, 1999) e o índice gengival (IG) (Løe e Silness, 1963). A presença ou ausência de cálculo em qualquer quantidade foi registrada.

O índice de CPOD foi obtido na primeira consulta, levando em consideração a metodologia da OMS, sendo que o valor correspondente, para cada indivíduo, é a soma do número de dentes cariados, perdidos, obturados dividido pelo número do total de dentes no arco.

O ICP (OMS, 1999) foi realizado nos sextantes definidos pelos dentes 17-14, 13-23, 24-27, 37-34, 33-43 e 44-47. Em cada sextante, foram analisados os seguintes dentes índices: 17, 16, 27, 26, 37, 36, 31, 11, 47 e 46, tendo sido considerada a pior notação do sextante. Os escores dados a cada dente foram:

- 0= hígido
- 1= sangramento a sondagem
- 2= cálculo (em qualquer quantidade)
- 3= bolsa de 4 a 5 mm
- 4= bolsa de 6mm ou mais
- X= sextante excluído por ter menos que dois dentes presentes

As condições gengivais foram avaliadas através do índice gengival (IG) de Løe e Silness (1963), onde cada sextante bucal recebeu um escore através da avaliação dos seguintes dentes índices: 16, 12, 24, 36, 32 e 44. Cada face dentária (vestibular, lingual, mesial e distal) recebeu um escore de 0 a 3 conforme consta a seguir:

- 0 - Ausência de inflamação
- 1-Inflamação leve (mudança de cor e textura)
- 2-Inflamação moderada (avermelhada, com edema e sangramento á sondagem)
- 3-Inflamação severa (vermelha, com sangramento espontâneo e ulceração).

O índice final foi dado pela somatória de escores dividido pelo número de dentes avaliados.

Todos os pacientes com lesões cariosas, doença periodontal, necessidade de extração dentária ou qualquer lesão oral, foram encaminhados e tiveram tratamento odontológico realizado pela pesquisadora e pela Dra. Kátia Neves Lourenzem, no Centro de Atendimento a Pacientes Especiais da FOU SP (CAPE-FOUSP).

Como exame complementar, foi realizada a coleta de saliva para avaliação do fluxo salivar de acordo com o protocolo definido por Navazesh et al. (2008). A coleta de saliva foi realizada após a avaliação intraoral. Para a coleta de saliva não estimulada, o paciente foi orientado a cuspir a cada 1 minuto, por 11 minutos. A primeira saliva foi descartada. O fluxo salivar foi calculado de acordo com a quantidade de mililitros de saliva por minuto, sendo que o fluxo salivar menor que 0,1 ml/min foi considerado hipossalivação, fluxo salivar de 0,1 a 0,2 ml/min foi considerado fluxo salivar diminuído e fluxo salivar $>0,2$ ml/min foi considerado fluxo salivar normal.

Por fim, foi realizada a avaliação do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida por meio do questionário OHIP-14 (Slade, 1997) validado na língua portuguesa por Oliveira e Nadanovsky (2005). Este questionário tem o objetivo de avaliar as dimensões do impacto da saúde bucal na qualidade de vida, avaliando fatores como a limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade psicológica, incapacidade física e incapacidade social (Anexo D). Dentro de cada um desses itens há perguntas que devem ser respondidas de acordo com a escala de respostas, sendo: 0= nunca, 1= dificilmente, 2= às vezes, 3= quase sempre, 4= sempre, sendo que cada resposta é multiplicada por um peso correspondente. O impacto negativo das condições de saúde bucal sobre a qualidade de vida é considerado fraco se o paciente apresenta índice entre 0 e 9, médio se apresenta índice entre 10 e 18 e forte se apresenta índice entre 19 e 28.

Todos os dados coletados foram inseridos em uma base de dados própria, construída através de uma planilha Excel (®Microsoft).

4.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para realização da análise estatística foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson, também chamado de "coeficiente de correlação produto-momento" ou

" ρ de Pearson", com a finalidade de medir o grau da correlação entre duas variáveis. Este coeficiente, normalmente representado por ρ , assume valores entre -1 e 1, indicando a direção da correlação. Se positivo, uma variável cresce conforme a outra também cresce; se negativo, significa que uma variável cresce enquanto a outra diminui. $\rho \leq 0,3$ (positivo ou negativo), aponta uma correlação fraca, em que as duas variáveis não dependem linearmente uma da outra. Para ρ com valores de $0,3 > \rho < 0,7$, indicam correlação moderada, e $\rho \geq 0,7$ aponta uma forte correlação entre as variáveis.

As variáveis correlacionadas foram sialorreia x fluxo salivar, boca seca x fluxo salivar, mobilidade dental x ICP, sangramento x IG, IG x fluxo salivar, OHIP-14 x CPOD, OHIP-14 x ICP, OHIP-14 x boca seca e ansiolíticos x bruxismo.

5 RESULTADOS

Os anexos E, F, G e H exibem os dados coletados para cada um dos pacientes analisados, exibindo sempre o mesmo ID para o mesmo paciente.

5.1 DADOS DEMOGRÁFICOS

Dos 50 pacientes analisados, 28 (56%) eram do sexo feminino e 22 (44%) eram do sexo masculino, com idades entre 22 e 74 anos com mediana de 45 anos. A figura 5.1 exhibe a distribuição dos pacientes analisados segundo a década de vida.

Figura 5.1 - Distribuição dos pacientes segundo a década de vida (n=50)

Todos os participantes do estudo eram brasileiros, sendo a maior parte nascidos no Estado de São Paulo (82%). Quanto à escolaridade, a maioria dos pacientes exibia baixo grau de escolaridade, sendo que 66% dos pacientes apresentavam no máximo 1º grau completo e apenas 6% concluíram o ensino superior. A figura 5.2 mostra a distribuição dos pacientes analisados segundo o grau de escolaridade.

Figura 5.2 - Distribuição dos pacientes analisados segundo o grau de escolaridade

5.2 HISTÓRIA MÉDICA

Quanto ao diagnóstico, a maioria dos pacientes apresentava esquizofrenia (74%), sendo 56% esquizofrenia paranoide, 4% esquizofrenia hebefrênica, 2% esquizofrenia residual, 4% transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo, 6% transtorno esquizoafetivo não especificado e 2% esquizofrenia não especificada. O segundo grupo de diagnósticos mais frequente foi o de transtornos do humor afetivos (22%), que incluiu pacientes com transtorno afetivo bipolar (16%) e episódio depressivo (6%). E 4% dos pacientes se encaixavam na classificação de pacientes com transtornos da personalidade do comportamento adulto, exemplificado por pacientes com transtorno de personalidade com instabilidade emocional (4%). A tabela 5.1 mostra a distribuição dos pacientes segundo o diagnóstico de acordo com o CID.

Tabela 5.1 - Distribuição dos pacientes segundo o diagnóstico de acordo com o CID

CID-10	Descrição	N	%
F20-F29	ESQUIZOFRENIA, TRANSTORNOS ESQUIZOTÍPICOS E TRANSTORNOS DELIRANTES	37	74%
F20.0	Esquizofrenia paranoide	28	56%
F20.1	Esquizofrenia hebefrênica	2	4%
F20.5	Esquizofrenia residual	1	2%
F20.9	Esquizofrenia não especificada	2	4%
F25.1	Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo	3	6%
F25.9	Transtorno esquizoafetivo não especificado	1	2%
F30-F39	TRANSTORNOS DO HUMOR AFETIVOS	11	22%
F31.0	Transtorno afetivo bipolar	8	16%
F32.1	Episódio depressivo	3	6%
F60-F69	TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE DO COMPORTAMENTO ADULTO	2	4%
F60.3	Transtorno de personalidade com instabilidade emocional	2	4%

Em relação as comorbidades, 34% apresentavam hipertensão arterial sistêmica, 18% apresentavam doença cardiovascular, 26% diabetes mellitus, 6% distúrbios hepáticos, 10% distúrbios hematológicos, 10% distúrbios renais, 30% distúrbios gastrointestinais e 14% distúrbios respiratórios (figura 5.3).

Figura 5.3 – Presença de comorbidades nos pacientes analisados (n=50)

5.3 MEDICAÇÃO EM USO

A medicação utilizada pelos pacientes mostrou-se bastante variável, sendo que ao todo 12 medicações diferentes foram relatadas como utilizadas pelos pacientes, sendo estas medicações antiepiléticas, estabilizadores de humor, antipsicóticos, ansiolíticos, antiparkinsonianos, antidepressivos e antialérgicos. Em todos os casos, os pacientes faziam uso de combinações destas medicações. A quantidade de medicações utilizadas por cada paciente variou de 2 a 5 medicações. A tabela 5.2 exibe as combinações de fármacos utilizadas para pacientes com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes e a tabela 5.3 mostra as medicações utilizadas pelos pacientes com transtorno do humor afetivo e de transtornos de personalidade do comportamento do adulto.

Tabela 5.2 - Combinação de fármacos usados para o tratamento de pacientes diagnosticados com Esquizofrenia (n = 37)

Combinação de fármacos em pacientes com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	N
1 antipsicótico + 1 antiepiléptico	2
2 antipsicóticos + 1 antiepiléptico	3
1 antipsicótico + 2 antiepilépticos	2
2 antipsicóticos + 2 antiepilépticos	3
1 antipsicótico + 1 antiparkinsoniano	1
1 antipsicótico + 2 antiepilépticos + 1 ansiolítico	1
1 antipsicótico + 1 antiepiléptico+ 1 antiparkinsoniano	1
1 antipsicótico + 1 antiepiléptico + 1 antidepressivo	1
1 antipsicótico + 1 antiepiléptico + 1 antidepressivo+ 1 estabilizador de humor	1
1 antipsicótico + 1 antiepiléptico +1 antialérgico	1
2 antipsicóticos + 1 antiepiléptico +1 antialérgico	1
2 antipsicóticos + 1 antiepiléptico +1 antialérgico + 1 ansiolítico	1
1 antipsicótico + 1 antiepiléptico+ 1 antiparkinsoniano +1 antialérgico	1
1 antipsicótico + 1 antiepiléptico + 1 estabilizador de humor	1
2 antipsicóticos + 1 antiepiléptico+ 1 antiparkinsoniano	2
1 antipsicótico + 1 ansiolítico + 1 antiparkinsoniano + 1 antidepressivo	1
2 antipsicóticos + 1 antiparkinsoniano + 1 antidepressivo	1
1 antipsicótico + 1 antidepressivo + 1 antialérgico	1
1 antipsicótico + 2 antiepilépticos + 1 estabilizador de humor +1 ansiolítico	1
2 antipsicóticos + 1 antiepiléptico + 1 antiparkinsoniano +1 antialérgico	1
1 antipsicótico + 1 antiepiléptico + 1 antiparkinsoniano+ 1 antidepressivo	1
1 antipsicótico + 1 antiepiléptico + 1 antiparkinsoniano + 1 ansiolítico	1
2 antipsicóticos + 1 antiepiléptico +1 antidepressivo	1
2 antiepilépticos+1 antialérgico	1
3 antiepilépticos+1 antialérgico	1
2 antiepilépticos+1 antidepressivo	1
2 antiepilépticos + 1 antiparkinsoniano	1
1 antiepiléptico+2 antidepressivos	1
3 antiepilépticos+1 estabilizador de humor	1
1 estabilizador de humor + 2 antidepressivos	1

Tabela 5.3 – Combinação de fármacos usados para o tratamento de pacientes diagnosticados com transtorno do humor afetivo e da personalidade e comportamento do adulto (n = 13)

Combinação de fármacos em pacientes com transtorno do humor afetivo e da personalidade e comportamento do adulto	N
2 antiepiléticos+ 1 antialérgico +estabilizador do humor	1
1 estabilizador do humor+ 1 ansiolítico	1
2 antialérgicos+ 1 antipsicótico + 1 antiepilético	1
3 antiepiléticos	1
1 antipsicótico + 1 antiepilético + 1 ansiolítico	1
1 antipsicótico+ 3 ansiolíticos	1
2 antiepiléticos + 1 estabilizador do humor+ 1 ansiolítico	1
1 antipsicótico + 1 antiepilético + 1 estabilizador do humor + 1 antiparkinsoniano + 1 ansiolítico	1
1 estabilizador de humor+ 1 antipsicótico + 1 ansiolítico	1
1 antipsicótico+ 1 antiepiléticos +1 antialérgico	1
2 antiepiléticos +1 antialérgico+ 1 antipsicótico + 2 ansiolítico	1
2 antiepiléticos + 1 ansiolítico	1
2 antiepiléticos + 1 estabilizador do humor + 1 antipsicótico	1

O antipsicótico prescrito com maior frequência foi o Haloperidol (para 54% dos pacientes que faziam uso de algum antipsicótico), seguido pela Risperidona (50%). A tabela 5.4 mostra os medicamentos utilizados pelos pacientes assim como a classe a que pertencem.

Tabela 5.4 - Quantidade de pacientes segundo a classe e medicamento utilizado para tratamento da doença psiquiátrica

Medicamento	N	%	Indicação
Clonazepam	30	60	Antiepiléptico
Ácido valpróico	23	46	Antiepiléptico
Carbamazepina	10	20	Antiepiléptico
Haloperidol	27	54	Antipsicótico
Risperidona	25	50	Antipsicótico
Carbonato de lítio	12	24	Estabilizador de Humor
Cloridrato de Biperideno	12	24	Antiparkinsoniano
Cloridrato de Prometazina	15	30	Antialérgico
Fluoxetina	9	18	Antidepressivo
Sertralina	8	16	Antidepressivo
Diazepam	7	14	Ansiolítico
Neuleptil	3	6	Ansiolítico
Flurazepam	2	4	Ansiolítico

Com relação aos hábitos, 46% eram fumantes e 2% ex-fumantes; 6% relataram ingerir bebida alcoólica rotineiramente, 16% se consideravam ex-alcoólatras, ter tido problemas com álcool no passado; 4% eram usuários de drogas ilícitas e 20% se declararam ex-usuários de drogas ilícitas.

Os dados da história odontológica colhidos durante a anamnese não foram significativos. Os pacientes não souberam precisar a data da última visita ao dentista, a frequência de retorno e não relataram negativas de atendimento odontológico em razão do distúrbio psiquiátrico apresentado.

Com relação à queixa principal do paciente, com relação à boca, 68% dos pacientes relataram boca seca, 66% dos pacientes relataram sangramento gengival durante a escovação, 56% relataram a presença de bruxismo e 50% relataram dor de origem dentária (tabela 5.5 e figura 5.4).

Tabela 5.5- Queixa principal do paciente, com relação à boca

Queixa Principal Bucal	N	%
Boca seca	34	68%
Sangramento gengival	33	66%
Bruxismo (diurno ou noturno)	28	56%
Dor de dente	25	50%
Mobilidade dentária	12	24%
Sialorreia	6	12%
Lesão em mucosa	4	8%

Figura 5.4 - Queixa principal do paciente, com relação à boca (n=50)

Com relação à presença de bruxismo, 56% dos pacientes relatavam realizar este hábito, sendo que destes pacientes, apenas 4% tomavam ansiolíticos como a sertralina ou fluoxetina como medicamentos de uso contínuo e que trazem em sua bula o bruxismo como efeito colateral.

5.4 EXAME FÍSICO INTRAORAL

Ao exame físico intraoral, observamos lesões em mucosa em apenas 4 pacientes. Sendo que estes quatro pacientes haviam relatado a presença destas lesões como suas queixas principais bucais. As hipóteses clínicas de diagnóstico para estas lesões foram de leucoplasia em borda lateral de língua em 3 casos e de fibroma em borda lateral de língua em um caso, sendo este último biopsiado e diagnóstico confirmado com exame anatomopatológico. Os casos de leucoplasia não tiveram seu diagnóstico confirmado, pois os pacientes não compareceram às consultas de retorno.

O CPOD encontrado variou de 1 a 30, com média de 16,3, e mediana de 17. A figura 5.5 exibe o CPOD total de cada um dos 50 participantes do estudo e classifica cada paciente de acordo com a faixa de CPOD (muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, FDI, 1982). A grande maioria dos pacientes (32 pacientes/64%) apresentou o CPOD alto ou muito alto. A razão pela qual o CPOD apresentava-se alto ou muito alto era por cárie ou perda dentária na maior parte dos casos.

Figura 5.5 – Distribuição dos pacientes segundo o grau de CPOD apresentado

A figura 5.6 exibe a distribuição dos pacientes segundo o ICP apresentado.

Esses dados são baseados em 44 pacientes, uma vez que seis deles exibiram os seis sextantes com notação X, considerando o sextante inválido. Já a figura 5.7 mostra a necessidade de tratamento periodontal para estes pacientes.

Figura 5.6 – Distribuição dos pacientes analisados segundo o maior escore no ICP (n=44)

Figura 5.7 – Tipo de tratamento periodontal requerido pelos pacientes analisados (n=44)

De acordo com o Índice Gengival apresentado, os pacientes analisados foram classificados em exibindo gengivite leve ($0 < IG < 1$), gengivite moderada ($1 \leq IG < 2$) e gengivite severa ($2 \leq IG \leq 3$). Ao todo, 9 (18%) dos pacientes exibiram gengivite leve, 18 (48%) exibiram gengivite moderada e 17 (34%) gengivite severa. A figura 5.8 mostra a classificação da gengivite segundo o Índice gengival apresentado pelos pacientes analisados.

Figura 5.8 – Classificação da gengivite segundo o Índice gengival apresentado pelos pacientes analisados (n= 44)

Os pacientes foram também avaliados com relação ao fluxo salivar e classificados como apresentado: hipossalivação (fluxo $< 0,1$ ml/min), fluxo salivar diminuído ($0,1-0,2$ ml/min) e fluxo salivar normal ($> 0,2$ ml/min). O fluxo salivar avaliado variou de $0,1$ ml/min a $8,0$ ml/min, com média de $1,5$ ml/min e mediana de $0,3$ ml/min. Nenhum paciente apresentou hipossalivação, 23 pacientes (46%) apresentaram fluxo salivar diminuído e 27 (54%) pacientes apresentaram fluxo normal. A figura 5.9 mostra distribuição dos pacientes analisados segundo o fluxo salivar.

Figura 5.9 – Distribuição dos pacientes analisados segundo o fluxo salivar (n= 50)

5.5 ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP-14)

Os dados referentes ao Oral Health Impact Profile (OHIP-14), estão exibidos na figura 5.10, em porcentagem para cada dimensão analisada. Vale ressaltar, que embora os pacientes tivessem recebido uma escala contendo a variação possível de respostas (nunca, dificilmente, às vezes, quase sempre e sempre), quase todos os pacientes respondiam apenas com os extremos das respostas, sem conseguir graduar a real dimensão da alteração.

Dimensão	Nunca	Difícilmente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Limitação Funcional					
Problema de pronúncia	54%	2%	4%	0%	40%
Mudança no paladar	62%	2%	4%	2%	30%
Dor Física					
Dor na boca	8%	0%	10%	4%	78%
Desconforto para comer	32%	0%	4%	0%	64%
Desconforto Psicológico					
Preocupação	16%	0%	4%	2%	78%
Estresse	40%	0%	8%	6%	46%
Incapacidade Física					
Alimentação prejudicada	48%	0%	4%	8%	40%
Refeição interrompida	50%	4%	4%	4%	38%
Incapacidade Psicológica					
Dificuldade para descansar	76%	4%	2%	4%	14%
Vergonha	24%	0%	4%	6%	66%
Incapacidade Social					
Irritação	44%	0%	10%	6%	40%
Dificuldade em atividades diárias	78%	2%	6%	2%	12%
Deficiência					
Piora na vida em geral	40%	2%	4%	4%	50%
Capacidade de trabalho reduzida	86%	0%	8%	2%	4%

Figura 5.10 – Percepção do paciente com relação à dimensão avaliada do impacto da saúde oral na qualidade de vida

Já a figura 5.11 mostra o impacto da saúde oral na qualidade de vida, após a compilação dos dados e pesos de cada pergunta contida no questionário do Oral Health Impact Profile (OHIP-14).

Figura 5.11– Distribuição dos pacientes segundo o do impacto da saúde oral na qualidade de vida (n =50)

5.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi realizada análise estatística através do coeficiente de correlação produto-momento (ρ de Pearson), entre algumas variáveis. A tabela 5.6 mostra as variáveis correlacionadas, o ρ encontrado e o grau de correlação encontrado.

Tabela 5.6- Variáveis correlacionadas, e o grau de correlação encontrado

VARIÁVEL	ρ	GRAU DE CORRELAÇÃO
Sialorreia x fluxo salivar:	0,8	FORTE
Boca seca x fluxo salivar	-0,7	FORTE
Mobilidade dental x ICP:	0,5	MODERADO
Sangramento x IG	0,3	FRACO
IG x fluxo salivar:	0,3	FRACO
OHIP-14 x CPOD:	0,3	FRACO
OHIP-14 x ICP:	-0,2	FRACO
OHIP-14 X boca seca	0,1	FRACO
Ansiolítico x bruxismo	-0,4	MODERADO

6 DISCUSSÃO

Após a reforma psiquiátrica, surgiu no Brasil o modelo assistencial, dando-se destaque ao modelo denominado de Atenção Psicossocial, que vem avançando no ideário e nas práticas municipais, estaduais e federais de forma lenta, mas aparentemente determinado a mudar a história destes pacientes, sendo contra o modelo manicomial, médico-centrado e medicalizador, voltado para o paciente integralmente na sua doença tanto quanto na sociedade em que vive. Certamente, estes pacientes chegam aos consultórios odontológicos e o dentista deve estar apto a atendê-los, reconhecendo suas alterações psiquiátricas a fim de realizar um planejamento seguro e eficiente, tratá-los, e prever o impacto sistêmico das intervenções bucais assim como antecipar as possíveis complicações durante e após as consultas odontológicas.

As publicações científicas sobre as manifestações bucais relacionadas com a psiquiatria nos mostram muito pouco sobre a condição bucal destes pacientes e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida deles. As publicações são variadas e com um grupo grande de doenças psiquiátricas, e muitas vezes abrangendo mais algumas doenças como a esquizofrenia e a bipolaridade. Poucos são os trabalhos que avaliam uma população psiquiátrica brasileira. Com isso, o presente trabalho teve o objetivo de mostrar as principais alterações bucais que estes pacientes podem apresentar, assim como o impacto da saúde bucal na qualidade de vida.

O presente estudo avaliou uma população de 50 pacientes com transtornos mentais do Centro de Atendimento Psicossocial CAPS-Butantã. Previamente a avaliação odontológica, todos os pacientes tiveram seus prontuários analisados. Observamos que a maioria dos pacientes dava entrada no CAPS com um diagnóstico que posteriormente era modificado pelo médico psiquiatra responsável, baseado em uma avaliação de toda a equipe, tornando o tratamento mais específico para determinado transtorno mental.

Os dados mostram que os pacientes atendidos no CAPS Butantã são em sua maioria do gênero feminino, entre 22 e 74 anos, sendo que neste trabalho observamos uma mediana de 45 anos. Segundo Andrade (1999), o fato de indivíduos entre 25 e 59 anos serem mais vulneráveis tem grande impacto na

economia, pois estes constituem a maior parte da população economicamente ativa do país.

A literatura é bastante controversa quando tenta estabelecer uma relação entre sexo e distúrbio psiquiátrico. Bandeira et al. (2007) observaram maior incidência de transtornos psiquiátricos em homens, enquanto Andreoli et al. (2004) observaram em mulheres e Jair e Leitão (2000) e Nagaoka et al. (2011) não observaram diferenças na incidência de distúrbios psiquiátricos segundo o sexo. Em nossa pesquisa, 56% dos pacientes eram do sexo feminino. Esta maior incidência em mulheres pode estar relacionada ao fato do CAPS Butantã não admitir pacientes com transtornos do uso ou abuso de álcool e drogas, transtorno estes que afeta mais homens do que mulheres (Junqueira, 2009).

Com relação a baixa escolaridade apresentada no nosso estudo, onde a maioria apresentava primeiro grau incompleto, está de acordo com os estudos que encontraram a predominância de pacientes psiquiátricos com apenas o ensino básico (Junqueira, 2009; Tucci et al., 2001). Este cenário poderia indicar que a gravidade dos sintomas psiquiátricos, associado à complexidade da doença mental, também acarreta um impacto negativo no desenvolvimento escolar. Sabe-se que os transtornos mentais graves e persistentes, principalmente em crises, provocam dificuldades de concentração e frequência nas aulas, a ponto de interrompê-las ainda no ensino fundamental (Junqueira, 2009).

Os diagnósticos mais frequentemente encontrados no CAPS Butantã, foram a esquizofrenia, transtornos esquizotípicos, transtornos delirantes, transtornos do humor afetivo e da personalidade e são os mesmos observados por Haas et al. (2009) em seu estudo no CAPS.

Harris e Barraclough (1998), Gomes (2012) e McIntyre et al. (2007), relatam que os pacientes com esquizofrenia e transtornos bipolares apresentam uma prevalência de um largo espectro de doenças como diabetes, doenças coronarianas, pulmonares e síndrome metabólica. De mesmo modo, pudemos observar que 34% dos pacientes apresentavam hipertensão arterial sistêmica, 26% diabetes mellitus, 30% alterações gastrointestinais, 18% alterações cardíacas, 14% alterações respiratórias, 10% alterações hematológicas e 6% alterações hepáticas. Esse quadro reforça a necessidade tanto de uma abordagem mais ampla e integral do indivíduo quanto o desenvolvimento de estratégias mais eficazes na prevenção e no tratamento destas comorbidades, uma vez que associadas ao estado psíquico do

paciente, pode levar à uma piora do quadro. Ressaltamos a importância de serviços odontológicos com dentistas especialistas em odontologia para pacientes com necessidades especiais para o atendimento desses pacientes, uma vez que todas estas alterações sistêmicas também devem ser consideradas no planejamento odontológico e corretamente manejadas.

No exame físico intraoral, a manifestação bucal mais comumente encontrada foi a xerostomia, relatada por 34% dos pacientes, sendo que o quadro era constante e relacionado pelos pacientes ao uso de medicamentos. Após a coleta de saliva observamos que 54% dos pacientes apresentavam fluxo salivar normal e 46% fluxo salivar reduzido. A alta incidência de xerostomia esta relacionada ao uso de diversos medicamentos, isso pode ser constatado ao observarmos as medicações em uso pelos pacientes. Como a maioria dos pacientes fazia uso de associações de diversos medicamentos, sendo pelo menos um relacionado na própria bula como possível causador de xerostomia. Na correlação feita entre a queixa do paciente de boca seca e o fluxo salivar, pudemos observar um impacto alto, mostrando que os pacientes, mesmo com distúrbios psiquiátricos variados, tinham uma percepção real desta alteração salivar. Todos os pacientes receberam orientação de beber água e escovar os dentes após todas as refeições. Saliva artificial foi prescrita e muitos pacientes foram referidos ao médico do CAPS para poder avaliar os medicamentos e possível troca. Já a sialorreia, foi uma condição pouco relatada, porém, quando feita a correlação obtivemos um impacto alto, mostrando que realmente os pacientes conseguiram correlacionar o sintoma com a alteração salivar de fato existente. Estes pacientes declaravam que a sialorreia era um fator impactante no convívio social, e foram referidos também ao médico responsável para um possível troca de medicação.

A segunda alteração mais relatada pelos pacientes foi o sangramento gengival, relatado durante a escovação e/ou quando usavam fio dental. Já o bruxismo foi relatado por 28% dos pacientes. Apesar de o bruxismo em pacientes psiquiátricos ter sido descrito por Winocure et al. (2007), mais estudos sobre bruxismo e pacientes com transtornos mentais devem ser realizados, para esclarecer se estes pacientes apresentam o bruxismo como efeito colateral da medicação (como os antipsicóticos), pela doença psíquica ou se já apresentavam antes mesmo da doença se manifestar.

A média do CPOD dos pacientes na pesquisa foi de 16,3, semelhante a encontrada no último relatório de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (Brasil, 2010),

(16,7), entretanto um valor considerado muito alto pela OMS. O desenvolvimento de ações em saúde bucal requer o conhecimento da situação epidemiológica dos diferentes grupos populacionais e o índice de CPOD é o ponto básico de referência para o diagnóstico das condições dentais dos mesmos.

Alguns fatores podem ser desencadeadores de um alto índice do CPOD, como: a xerostomia, baixa autoestima, problemas psicossociais, baixa escolaridade, falta de acesso ao CD capacitado em atender estes pacientes, dificuldade em comunicação, baixa renda, dificuldade de locomoção, medicações com açúcar e alta ingestão de carboidratos. O que pudemos perceber é que a maior parte destes pacientes apresentam todos estes fatores desencadeadores, porém, o que mais ficou evidente para nós foi a falta de um CD dentro do CAPS/Butantã, uma vez que há acesso do paciente a todos os profissionais de saúde, como médicos, assistentes sociais, psicólogas, fonoaudiólogas, enfermeiros, farmacêuticos, psicopedagogas, mas não ao CD. Outro fator observado foi a ausência de encaminhamentos do psiquiatra para o dentista das UBS. A ausência deste profissional dentro de um ambiente que tem o objetivo de reabilitar para a sociedade este paciente é muito importante, sendo que um paciente nunca estará totalmente reabilitado com uma condição bucal precária ou dores. Como somente um paciente apresentou o CPOD muito baixo, mostra a importância de um acompanhamento diário de um CD desenvolvendo atividades de saúde pública neste CAPS.

No trabalho feito por Klinge (1979), mostrou que um trabalho constante sobre saúde bucal para pacientes com esquizofrenia, resultou em pacientes motivados, com discernimento sobre sua saúde bucal e com melhora no quadro de escovações diárias. Portanto, ressalta-se mais uma vez a importância de um programa de motivação em escovação e hábitos alimentares para modificar este alto índice de CPOD.

Quando avaliamos o índice comunitário periodontal, observamos que a maior parte dos pacientes necessita de orientação de higiene, controle de placa bacteriana e raspagem e alisamento coronário. Com score 3 e 4, 43,2% dos pacientes necessitando também dos mesmos tratamentos, além de raspagem subgengival e muitas vezes exodontias. Com relação ao índice gengival, 44% apresentaram gengivite leve, 30% gengivite moderada e 26% gengivite severa. Outro fator importante a ser considerado é que 46% dos pacientes eram fumantes, contribuindo também para um quadro de gengivite/periodontite. Estes achados estão de acordo

com a literatura, na qual mostram que pacientes com transtornos mentais apresentam maiores índices de doença periodontal do que outros pacientes (Jovanovic et al., 2010). Os altos índices de doença periodontal e gengivite evidenciam mais uma vez a importância da educação em saúde bucal e a instalação de programas preventivos.

O OHIP 14 foi desenvolvido para revelar as associações de fatores clínicos e sociodemográficos observados pela utilização do instrumento com 14 questões. Este é o instrumento mais utilizado para avaliar o impacto adverso provocado por condições bucais no bem-estar e na qualidade de vida dos indivíduos. A qualidade de vida relacionada com a saúde bucal esta bem estabelecida nas pesquisas de serviços de saúde, economia da saúde e epidemiologia. Serve como marcador da necessidade de serviços, um guia para o estabelecimento de prioridades e indicador de efetividades das intervenções. O OHIP pode ser entendido por refletir eficientemente as experiências subjetivas associadas à saúde bucal e à percepção da experiência de saúde e doença e outros sintomas.

O impacto da saúde bucal nos pacientes foi muito relevante nesta pesquisa, na qual percebemos que 32% apresentaram o impacto fraco, 40% médio e 28% impacto forte. Inicialmente achamos que em decorrência da percepção destes pacientes o impacto na saúde bucal seria fraco, mas a pesquisa mostrou que mesmo diante da condição psicológica que o paciente apresentava, 68% dos pacientes apresentou-se com impacto médio e forte, mostrando que a maioria tinha uma percepção da sua condição bucal que influenciava na sua qualidade de vida.

Durante a coleta de dados do OHIP14, percebemos que a maioria dos pacientes acabava respondendo sempre e nunca na maioria das respostas. Somente alguns apresentavam uma percepção do dificilmente, às vezes e quase sempre. As respostas com o maior impacto foram relatadas nas respostas onde o paciente apresentava sempre como resposta: 78% dores na boca; 78% preocupação com a condição bucal; 66% vergonha dos dentes; 64% apresentavam desconforto para comer; 50% relatavam piora na vida de um modo geral. Já as respostas com o menor impacto foram relatadas nas respostas onde o paciente apresentava nunca como resposta: 86% nunca tiveram a capacidade de trabalho reduzida (uma vez que a maioria era aposentado por invalidez); 78% nunca apresentaram dificuldade nas atividades diárias; 76% nunca tiveram dificuldade para descansar e 50% nunca tiveram que interromper uma refeição.

Vale ressaltar também que estes pacientes apresentavam uma condição psíquica diferente, abalada e controlada a base de medicamentos, o que muitas vezes pode levar a uma interpretação das perguntas de forma inadequada.

Um OHIP-14 com impactos altos pode ser extremamente útil para o planejamento dos serviços odontológicos, priorizando o atendimento das pessoas com alta prevalência destes impactos. Portanto, a solução para a alta prevalência de impactos dos problemas associados a saúde bucal, relacionada com a qualidade de vida, esta certamente ligada ao acesso odontológico abrangente da população, incluindo tratamentos especializados, mais uma vez, mostrando a importância de um acompanhamento de um CD para estes pacientes dentro do CAPS.

Os agravos de saúde bucal nestes pacientes com transtornos mentais apresentam grande impacto significativo no indivíduo e na comunidade, na sua interação e percepção da qualidade de vida, e essa alta prevalência pode ser evitada, prevenida e controlada pela ação conjunta da comunidade, profissionais da saúde e indivíduos. Um programa de saúde bucal deve ser estabelecido para estes pacientes, assim como um acompanhamento de um CD capacitado dentro do CAPS, podendo atender estes pacientes em seu meio, aumentar o acesso ao tratamento, conhecer os familiares, educadores e profissionais que cercam estes pacientes, assim, esse programa acabará atingindo estes pacientes e levando a eles uma percepção da necessidade de uma boa saúde bucal para uma boa saúde mental.

O CAPS com toda teoria e base formada na atenção psicossocial não consegue ser autossuficiente no tratamento dos pacientes mentais, sendo necessário que os diversos níveis de atenção à saúde formem uma rede precisa, que responda as demandas da saúde mental. Este trabalho mostrou a problemática em saúde bucal que estes pacientes enfrentam, alto índice de CPOD, IG e ICP e um impacto alto na qualidade de vida com relação a saúde bucal, portanto, a inclusão de um CD dentro do CAPS, pode levar a uma melhora na qualidade de vida, dando maiores chances em sua recuperação mental, aumentando sua autoestima, devolvendo saúde e bem estar a estes pacientes. Todo cuidado com a saúde mental, depende diretamente do bem estar deles, e o impacto da qualidade de vida com relação a saúde bucal destes pacientes é muito alto, mostrando esta importância para o seu processo de reabilitação. A saúde mental resulta da união das ações, promoções, prevenção e cura referentes à melhora, manutenção e

restauração da saúde mental de uma população. Portanto, o atendimento destes pacientes tanto no CAPS quanto em UBS devem ser realizados por profissionais qualificados, com indicação de tratamento individualizado e em programas de atenção à saúde bucal.

7 CONCLUSÕES

Nossos resultados nos permitiram concluir que:

- Os pacientes psiquiátricos analisados possuem condição bucal insatisfatória, caracterizada principalmente por alto índice de CPOD e presença de alterações periodontais.
- As condições bucais ruins impactam negativamente na qualidade de vida destes pacientes.
- Faz-se necessário a realização de ações em saúde bucal, tanto preventivas, quanto curativas para esta vulnerável população.
- O CD se mostra fundamental na equipe multiprofissional para acompanhamento e estruturação de um programa em saúde bucal voltado a ampliar a qualidade de vida da população que sofre de transtornos mentais e comportamentais.

REFERÊNCIAS¹

Ahmed KE. The psychology of tooth wear. *Spec Care Dentist*. 2013 Jan-Feb;33(1):28-34.

Anderson PM, Pinault D, O'Brien TJ, Jones NC. Chronic administration of antipsychotics attenuates ongoing and ketamine-induced increases in cortical γ oscillations. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2014 Jun 25:1-10.

Andrade LHSG. Epidemiologia psiquiátrica. Novos desafios para o século XXI. *Rev USP*. 1999; 43:84-9.

Andreoli SB, Ronchetti SS, Miranda ALP, Bezerra CRM, Magalhães CCPB, Martin D, Pinto RMF. Utilization of community mental health services in the city of Santos, São Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(3):836-844, mai-jun, 2004.

Amelli SR, Mendonça MC, Diniz MG, Andrade FBM, Melo JF, Ferreira SR, Silva PV. Oral health and perceptions regarding dental care in patients with mental disorders living in therapeutic residences. *Ciênc Saúde Col*. 2010 15(1):1795-800.

Bandeira M, Freitas LC, Carvalho Filho JGT. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de saúde família. *J Bras Psiquiatr*. 2007 56(1):41-7.

Becker DE. Psychotropic drugs: implications for dental practice. *Anesth Prog*. 2008 Fall;55(3):89-99.

Bershadsky J, Kane RL. Place of residence affects routine dental care in the intellectually and developmentally disabled adult population on Medicaid. *Health Serv Res*. 2010 Oct;45(5 Pt 1):1376-89.

Bertaud-Gounot V, Kovess-Masfety V, Perrus C, Trohel G, Richard F. Oral health status and treatment needs among psychiatric inpatients in Rennes, France: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2013 Sep 21;13:227.study. *BMC Psychiatry* 2013; 1(13): 1-9.

Brasil, IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.[citado 10 set 2010].Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 11, ano VII. Informativo eletrônico. Brasília: Outubro 2012a [citado em 10 fev 2012]. Disponível em:<http://censo2010.ibge.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual CAPS- Saúde Mental no SUS. Brasília 2012b.

Broderick D, Clarke M, Stassen L. Midazolam and drug-drug interactions in dental conscious sedation. J Ir Dent Assoc. 2014 Feb-Mar;60(1):38-43.

Busnello EDA, Tannous L, Gigante L, Ballester D, Hidalgo MP, Silva V, Jurena M, Dalmolin A e Baldisserotto G. Diagnostic reliability of mental disorders of the International Classification of Diseases- primary care. Rev. Saúde Pública 1999 33(5):487-94.

Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde 2006 Mar;3(1).

Campos RN, Campos JAO e Sanches M. Historical evolution of mood disorders and personality disorders concepts: difficulties in the differential diagnostic. Rev PsiqClín 2010; 37(4):162-6.

Carvalho EM, Araujo RBC. The oral health of mental and behaviour disturbance patients. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2004; 4(1):55-5.

Chioca LR, Segura RCF, Andreatini R, Losso EM. Antidepressants and local anesthetics: drug interactions of interest to dentistry. Rev Sul-Bras Odontol. 2010 Oct-Dec; 7(4):466-3.

Dickerson FB, McNary SW, Brown CH, Kreyenbuhl J, Goldberg RW, Dixon LB. Somatic healthcare utilization among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. Med Care. 2003 Apr;41(4):560-7.

Friedlander AH, Marder SR. The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia. J Am Dent Assoc. 2002a May;133(5):603-10.

Friedlander AH, Friedlander IK, Marder SR. Bipolar I disorder: psychopathology, medical management and dental implications. J Am Dent Assoc. 2002b Sep;133(9):1209-17.

Gomes FA. Aspectos clínicos e epidemiológicos associados às comorbidades clínicas em pacientes com transtorno bipolar, 2012. [dissertação]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina.

Goff DC, Baldessarini RJ. Drug interactions with antipsychotic agents. J Clin Psychopharmacol 1993; 13(1):57-67.

Haas N, Alves MU, Rocha VCF. O desafio do diagnóstico oral em pacientes especiais. RFO, São Paulo 2009; 14(3):211-15.

Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. Br J Psychiatry. 1998 Jul;173:11-53.

Jair MJ, Leitão RJ. A epidemiologia da esquizofrenia. Rev Bras Psiquiatr 2000 22(1):15-27.

Janardhanan T, Cohen CI, Kim S, Rizvi BF. Dental care and associated factors among older adults with schizophrenia. J Am Dent Assoc. 2011 Jan;142(1):57-65.

Jardim S. Depression and work: braking the social bond. Rev Bras Saúde Ocup 2011;36(123):84-92.

Jovanovic S, Milovanovic SD, Gajic I, Mandic J, Latas M, Jankovic L. Oral health status of psychiatric in-patients in Serbia and implications for their dental care. Croat Med J. 2010 Oct;51(5):443-50.

Junqueira SAE. Perfil sócio-demográfico e clínico de pacientes psiquiátricos tratados em hospital dia. 2009 [dissertação] Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ USP.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de Psiquiatria: ciências comportamentais, psiquiatria clínica. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002;1169-70.

Klein H, Palmer CE. Dental caries in the American indian children. Publ Heth Bul 1937;239.

Klinge V. Facilitating oral hygiene in patients with chronic schizophrenia. J Am Dent Assoc. 1979 Oct;99(4):644-5.

Lindner LM, Marasciulo AC, Farias MR, Grohs GEM. Economic evaluation of antipsychotic drugs for schizophrenia treatment within the Brazilian Healthcare system. Rev Súde Pública 2009; 43(1):62-9.

Löe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy prevalence and severity. Acta Odontol Scand. 1963 Dec;21:533-51.

Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME e Marcon SR. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro 2009 Set; 25(9):2033-2.

Malamed SF. Manual de anestesia local. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.

Manfredini D, Landi N, Romagnoli M, Bosco M. Psychic and occlusal factors in bruxers. Aust Dent J. 2004 Jun;49(2):84-9.

Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em população atendida pelo Programa de Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pub 2006;22(8):1639-8.

McIntyre RS, Soczynska JK, Beyer JL, Woldeyohannes HO, Law CW, Miranda A, Konarski JZ, Kennedy SH. Medical comorbidity in bipolar disorder: re-prioritizing unmet needs. Curr Opin Psychiatry. 2007 Jul;20(4):406-16.

Measuring salivary flow: challenges and opportunities. J Am Dent Assoc. 2008
Organização Mundial da Saúde: Divisão de Saúde Mental. Protocolo para teste de campo da CID-10 versão para cuidados primários (CID-10 CP) Genebra; 1993.

Ministério da Saúde. Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (Saúde Bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social). Brasília, Agosto 2004.

Miyamoto S, Jarskog LF, Fleischhacker WW. New therapeutic approaches for treatment-resistant schizophrenia: A look to the future. *J Psychiatr Res*. 2014 Jul 8. pii: S0022-3956(14)198-8.

Morales-Chávez MC, Rueda-Delgado YM, Peña-Orozco DA. Prevalence of bucco-dental pathologies in patients with psychiatric disorders. *J Clin Exp Dent*. 2014 Feb 1;6(1):e7-e11.

Moreno RA, Moreno DH, Soares MBM. Psicofarmacologia de antidepressivos. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21:24-40.

Morgan JP, Minihan PM, Stark PC, Finkelman MD, Yantsides KE, Park A, Nobles CJ, Tao W, Must A. The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. *J Am Dent Assoc*. 2012 Aug;143(8):838-46.

Nagaoka AP, Furegato ARF, Santos JLF. Psychosocial care center users and their experience of living with a mental illness. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(4):912-17.

Navazesh M, Kumar SK; University of Southern California School of Dentistry. Measuring salivary flow: challenges and opportunities. *J Am Dent Assoc*. 2008 May;139 Suppl:35S-40.

Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005 Aug;33(4):307-14.

Oliveira RM, Facina PCBR e Siqueira Júnior AC. The reality of living with schizophrenia. *Rev Bras Enferm, Brasília* 2012; 65(2):309-6.

Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a saúde- CID10. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 10 ed. São Paulo: Editora Universidade São Paulo; 2007.

Patel R, Gamboa A. Prevalence of oral diseases and oral-health-related quality of life in people with severe mental illness undertaking community-based psychiatric care. *Br Dent J*. 2012 Nov;213(9):E16.

Peeters FPML, Devries MW, Vissink A. Risks for oral health with the use of antidepressants. *General Hospital Psychiatry* 1998; 20:150-154.

Prebianchi HB, Falleiros GG. Doença mental: Representações de usuários e de profissionais da saúde. *Psicologia em estudo*, Maringá 2011; 16(1):33-1.

Regier DA, Kaelber CT, Rae DS, Farmer ME, Knauper B, Kessler RC, Norquist GS. Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. Implications for research and policy. *Arch Gen Psychiatry*. 1998 Feb;55(2):109-15.

Rosa CM, Vilhena J. Do manicômio ao CAPS, da contenção impiedosa à responsabilização. *Barbaroi*, Santa Cruz do Sul 2012 Jul/Dez; 37:54-6. [citado 12 abr. 2014]. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/2498/2361>.

Rukat A, Musisi S, Ströhle A, Mundt AP. Prescription patterns of psychotropic medications for the treatment of psychotic disorders in the largest mental health institutions of Uganda. *J Clin Psychopharmacol*. 2014 Oct;34(5):571-6.

Safer DJ. Mood swing and mood stabilizer: how specific are these terms? *Bipolar Disord* 2010; 12 (1):685-690.

Santos HPO, Silveira MFA. Health-care practices performed at assisted living facilities: pursuing the paths back to society. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(4):788-5.

Santos MT, Sabbagh-Haddad A. Abordagem do paciente com necessidades especiais para o tratamento odontológico ambulatorial. São Paulo: Artes Médicas; 2003. 2;295-1.

Scully C, Kumar N. Dentistry for those requiring special care. *Prim Dent Care*. 2003 Jan;10(1):17-22.

Silva RCB. Esquizofrenia: Uma revisão. Rev Psic USP 2006; 17(4) 263-5.

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

Souza ARL, Opaleye ES, Noto AR. Contexto e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. Ciênc Saúde Col. 2013;18(4):1131-40.

Thoma P, Friedmann C, Suchan B. Empathy and social problem solving in alcohol dependence, mood disorders and selected personality disorders. Neurosci Biobehav Rev. 2013 Mar;37(3):448-70.

Tucci AM, Correa FK, Dalben I. Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distímia e depressão dupla. Rev Bras de Psiquiatr. 2001;23(2):79-7.

Velasco-Ortega E, Segura-Egea JJ, Córdoba-Arenas S, Jiménez-Guerra A, Monsalve-Guil L, López-López J. A comparison of the dental status and treatment needs of older adults with and without chronic mental illness in Sevilla, Spain. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2013 Jan 1;18(1):e71-5.

Winocur E, Hermesh H, Littner D, Shiloh R, Peleg L, Eli I. Signs of bruxism and temporomandibular disorders among psychiatric patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2007 Jan;103(1):60-3.

ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

São Paulo, 19 de Julho de 2011.
PARECER Nº 228/11 – CEP/SMS
CAAE: 0053.0.017.162-11

Ilma. Sra.
Marina Helena Cury Gallottini de Magalhães

Projeto de Pesquisa: "Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde Odontológica em Interface com Saúde Mental"

Pesquisador Responsável: Marina Helena Cury Gallottini de Magalhães

Instituição: Faculdade de Odontologia da USP – Centro de Atendimento a Pacientes Especiais

Local onde os dados serão coletados: CAPS Adulto Butantã

Patrocinador: FAPESP

I - Sumário Geral do Protocolo
Objetivos:

1. Aplicar programa de ensino continuado a dentistas da rede pública e do CAPE-USP em relação às características gerais e odontológicas dos pacientes com doença psicótica;
2. Traçar fluxograma de encaminhamento e tratamento odontológico de acordo com o diagnóstico psíquico e com a complexidade da doença mental;
3. Estabelecer rígido protocolo preventivo para cárie e doença periodontal a ser implementado na CAPS e reforçado nas UBS e CEOs.
4. Estabelecer protocolo curativo de atendimento odontológico ambulatorial que inclua a sedação profunda, o que diminui o ônus ao sistema de saúde e agiliza o atendimento.

Referência sucinta aos critérios de seleção: Participarão da pesquisa os pacientes avaliados no CAPES Butantã, que passarão por uma avaliação odontológica geral. Monitores/pesquisadores de anestesiologia e psicanálise em diálogo com os profissionais dos equipamentos de saúde, auxiliarão os monitores da área odontológica para programar a conduta do ato odontológico para cada paciente. O protocolo odontológico convencional será modificado para pacientes nos quais sejam observadas dificuldades para se submeterem ao protocolo odontológico convencional, a partir de categorias estabelecidas na literatura.

Critério de inclusão: pacientes que não colaborarem com o atendimento ambulatorial sob anestesia local, serão encaminhados para sedação ambulatorial profunda no CAPE da FOU SP.

II – Considerações
Apresentação do Protocolo

- A Folha de Rosto está corretamente preenchida.
 - O currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa.
 - O orçamento detalhado está adequado.
 - O cronograma da pesquisa está adequado.
 - O tratamento dos dados obtidos está adequado.
- Há pertinência e valor científico no estudo proposto, tanto da perspectiva do usuário quanto da perspectiva do sistema de saúde.

Avaliação dos riscos e benefícios

- A metodologia é adequada aos objetivos da perspectiva da avaliação odontológica.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0053.0.017.162-11

- A metodologia impõe condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa, devidamente justificada no TCLE. São previstos meios/procedimentos para atenuar/contornar o risco, no sentido de salvaguarda do sujeito de pesquisa no que se refere à anestesia geral.
- Há grupos mais vulneráveis envolvidos, denominados pela autora de "deficientes psíquicos".
- Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa estão garantidos.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

- É conciso e objetivo.
- Está redigido na forma de convite à participação no estudo.
- A linguagem é adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos de pesquisa.
- Há descrição suficiente dos procedimentos.
- Há identificação dos riscos e desconfortos esperados.
- Há explicitação das garantias referidas no item IV. 1 da Res.CNS 196/96.
- Permite uma decisão consciente do sujeito da pesquisa.
- Permite a saída do sujeito de pesquisa da experimentação, sem prejuízo de seus cuidados.

III - Situação do Protocolo: Aprovado

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da Unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

O sujeito de pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular nº 003/2011 da CONEP/CNS.

Amaury Zatorre Amaral
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

ANEXO B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DISCIPLINA DE PATOLOGIA BUCAL E CENTRO DE ATENDIMENTO A
PACIENTES ESPECIAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Cristina Lima Leite Carvalhaes, aluna do curso de Mestrado em Patologia e Estomatologia Básica e Aplicada e estagiária do Centro de Atendimento a Pacientes Especiais da FOU SP (CAPE – FOU SP), orientada da Profa. Dra. Nathalie Pepe Medeiros de Rezende, estou realizando uma pesquisa intitulada “Manifestações bucais em pacientes com transtornos mentais”, que será realizada no Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS).

O objetivo desta pesquisa é identificar manifestações bucais em pacientes com transtornos mentais assim como sua relação com a qualidade de vida. Acreditamos que com esta pesquisa poderemos identificar melhor as manifestações bucais relacionadas a estes pacientes e planejar um tratamento odontológico com mais informações,, mais seguro e aumentando a qualidade de vida para estes pacientes.

A pesquisa consta de três partes. Na primeira parte será realizado um questionário a fim de obter dados e informações sobre a saúde geral e bucal do paciente. Na segunda parte será realizado um exame intraoral (olharemos a boca e os dentes com o auxílio de um espelho e explorador), verificaremos o grau de inflamação da gengiva com uma sonda periodontal (semelhante à um palito de metal milimetrado) e a condição da mucosa bucal. A terceira parte será feita uma coleta de saliva, onde o paciente não deverá deglutir durante o período da coleta. Será necessário jejum uma hora antes. Durante um minuto, o paciente deverá acumular saliva na boca, e em seguida, deverá expelir em uma proveta graduada. Este procedimento será executado cinco vezes.

Os riscos previstos a esta pesquisa são os mesmos de um exame dentário de rotina, e de exames rápidos de glicemia e hemoglobina glicada, não sendo, portanto, específico da pesquisa. A pesquisa não possui nenhum custo, tem duração de aproximadamente 45

minutos e será realizada no mesmo dia em que o paciente estiver no CAPS realizando seu tratamento odontológico de rotina.

A participação na pesquisa é voluntária e caso o paciente não queira participar da pesquisa não terá seu tratamento odontológico de rotina prejudicado. Se o paciente quiser participar da pesquisa poderá desistir de fazer parte do estudo a qualquer momento, também sem prejuízo de seu tratamento odontológico de rotina.

A pesquisadora se compromete a manter o sigilo da identidade do paciente e estará a disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir, através do e-mail: cllcarvalhaes@usp.br ou 19-92091887

Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia (Av. Lineu Prestes, 2227, 005508-000 São Paulo).

☐ Sim, quero fazer parte da pesquisa, estou assinando o termo de consentimento e recebendo uma cópia do mesmo.

☐ Não, não quero fazer parte da pesquisa.

São Paulo, de de 20 .

Paciente:

Responsável:

RG:

Endereço:

Telefone de contato:

Pesquisadora responsável:

ANEXO C- Ficha Clínica

Questionário de Saúde

Prontuário CAPS ou CAPE: _____ Data: ____/____/____

Nome: _____

Telefone: () _____ Nacionalidade: _____

Naturalidade: _____ Profissão: _____ Escolaridade: _____

Idade: _____ Gênero: Masc Fem

CID 10: _____ DSMIV: _____

Data do diagnóstico do transtorno mental: ____/____/____

Medicações em uso e tempo delas: _____

O paciente tem história de algumas das doenças listadas abaixo?

Hipertensão Sim ☐ Não ☐ Não Sabe ☐

Diabetes Sim ☐ Não ☐ Não Sabe ☐

Sopro Cardíaco Sim ☐ Não☐ Não Sabe☐

Prolapso Válvula Mitral Sim ☐ Não ☐ Não Sabe ☐

Angina ou dor no peito Sim ☐ Não ☐ Não Sabe ☐

Infarto do miocárdio recente Sim ☐ Não☐ Não Sabe☐

Hepatite Sim ☐ Não ☐ Não Sabe ☐

Anemia	Sim ☐	Não ☐	Não Sabe ☐
Insuficiência renal	Sim ☐	Não ☐	Não Sabe ☐
Alergia a medicamentos	Sim ☐	Não ☐	Não Sabe ☐
Gastrite	Sim ☐	Não ☐	Não Sabe ☐
outras _____			

Tabaco/Álcool/Drogas

Tem história passada de uso de álcool () Bebe atualmente ()

Paciente é fumante? Sim () Não ()

Se sim, fuma quantos cigarros por dia? Há quanto tempo?

Uso de drogas? () presente () passado

Queixas bucais:

- Queixa principal: _____

- Tem a sensação que esta salivando mais do que o normal ? ()sim ()não

-Tem a sensação que a boca esta mais seca que o normal? () sim ()não

-Dentes amolecidos? ()sim ()não

- Percebe sangramento quando escova os dentes? ()sim ()não

- Tem dor nos dentes? ()sim ()não Localização: _____

Apresentou infecções em boca nos últimos anos? Sim ☐ Não ☐

Quais infecções: _____

Apresenta aftas com frequência ou ulcerações bucais? Sim ☐ Não ☐

Já foi diagnosticado alguma vez com herpes simples? Sim ☐ Não ☐

Qual a última visita ao dentista? _____

Com qual frequência vai ao dentista? _____

Já sofreu algum tipo de preconceito ao tentar tratamento odontológico? ()sim ()não

Já foi negado algum atendimento odontológico pela falta de treinamento do profissional? ()sim
()não

Bruxismo: () Sim () Não

Exame Físico Intraoral: Data: ____/____/____

REGIÃO	LESÃO	SINTOMATOLOGIA
LÁBIO SUPERIOR		
LÁBIO INFERIOR		
MUCOSA JUGAL		
ASSOALHO BUCAL		
PALATO MOLE		
PALATO DURO		
LÍNGUA

Índice CPO-D ou ceo

Cariados:

Perdidos:

Obturados

ÍNDICE COMUNITÁRIO PERIODONTAL (ICP) (Pinto, 2000):

✓ *ÍNDICE GENGIVAL – IG (Löe& Silness, 1963):*

	16	12	24	36	32	44
Mesial						
Vestibular						
Distal						
Lingual						

✓ *PRESENÇA DE CÁLCULO:* ☐ sim ☐ não

✓ *FLUXO SALIVAR:* _____

✓ *BRUXISMO:* ☐ sim ☐ não

ANEXO D- Avaliação do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida por meio do questionário Oral Health Impact Profile (OHIP-14)

Dimensões da qualidade de vida, perguntas e pesos para respostas.

Dimensão	Perguntas	Peso
Limitação funcional	Você teve problema em pronunciar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	0,51
	Você sentiu mudança no sabor dos alimentos por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	0,49
Dor física	Você teve dores na sua boca?	0,34
	Você teve desconforto para comer por causa de problemas nos seus dentes, boca ou dentaduras?	0,66
Desconforto psicológico	Você ficou preocupado por causa de problemas nos seus dentes, boca ou dentaduras?	0,45
	Você se sentiu estressado por causa de problemas nos seus dentes, boca ou dentadura?	0,55
Incapacidade física	A sua alimentação foi prejudicada por causa de problemas nos seus dentes, boca ou dentaduras?	0,52
	Você teve que interromper uma refeição por causa de problemas nos seus dentes, boca ou dentaduras?	0,48
Incapacidade psicológica	Você teve dificuldade para descansar por causa de problemas nos seus dentes, boca ou dentaduras?	0,60
	Você se sentiu um pouco envergonhado por causa de problemas nos seus dentes, boca ou dentaduras?	0,40
Incapacidade social	Você ficou um pouco irritado por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	0,62
	Você tem dificuldades para fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	0,38
Deficiência	Você sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	0,59
	Você teve sua capacidade de trabalho reduzida por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	0,41

Fonte: Slade (1997) e Oliveira e Nadanovsky (2005).

A escala de respostas (0 = nunca, 1 = dificilmente, 2 = às vezes, 3 = quase sempre, 4 = sempre) foi multiplicada pelo peso correspondente, sendo o impacto negativo das condições de saúde bucal sobre a qualidade de vida considerado fraco com índice entre 0 e 9, médio entre 10 e 18, forte entre 19 e 28.

ANEXO E- Dados demográficos, história médica e hábitos dos pacientes analisados

ID	UF	Escola- ridade	Idade	Sexo	Diagnóstico (CID10)	Comorbidades								Hábitos		
						Cardio.	HAS	DM	Hepá tica	Hemato.	Renal	Gastro.	Respir.	Fumo	Álcool	Drogas ilícitas
1	SP	1º G. (I)	37	M	F20.1	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
2	AL	1º G. (I)	63	F	F25.1	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N
3	SP	1º G. (C)	47	F	F20.0	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S (*)	N
4	SP	1º G. (I)	28	F	F31.0	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N
5	SP	1º G. (C)	60	F	F31.0	N	S	N	N	N	N	N	N	S	N	N
6	SP	1º G. (I)	44	M	F20.0	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S (*)	N
7	PB	1º G. (I)	22	M	F20.0	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S (*)	N
8	SP	2º G. (C)	38	M	F20.0	S	S	S	N	N	N	N	N	S (*)	S (*)	S (*)
9	SP	2º G. (I)	32	F	F20.9	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S (*)	N
10	SP	2º G. (C)	40	M	F20.9	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S (*)	S (*)
11	SP	1º G. (I)	46	F	F31.0	N	S	S	N	N	N	N	S	S	S (*)	N
12	SP	1º G. (I)	48	F	F20.0	N	S	N	N	N	S	S	S	S	N	N
13	SP	1º G. (C)	65	F	F20.5	N	N	S	N	N	N	N	N	S	N	N
14	SP	1º G. (I)	23	M	F20.0	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
15	SP	1º G. (C)	26	F	F20.0	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
16	BA	1º G. (C)	47	F	F25.9	S	S	N	N	N	N	S	N	S	S (*)	S
17	SP	2º G. (C)	37	F	F32.1	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
18	SP	1º G. (I)	44	M	F20.0	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
19	SP	1º G. (C)	37	F	F20.1	N	N	S	N	N	N	S	N	S	N	N
20	PR	1º G. (I)	58	F	F32.1	N	S	N	N	N	N	S	S	S	N	N
21	SP	1º G. (I)	37	M	F31.0	N	S	S	S	S	N	S	N	S	N	S (*)
22	SP	1º G. (C)	40	F	F31.0	N	N	N	N	N	S	S	S	S	N	N
23	SP	1º G. (I)	28	M	F20.0	N	N	N	N	S	S	S	S	N	N	N
24	PE	1º G. (I)	58	F	F20.0	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	N
25	BA	1º G. (I)	53	M	F25.1	N	S	N	N	N	N	S	S	N	S	N

Dados demográficos, história médica e hábitos dos pacientes analisados

ID	UF	Escola- ridade	Idade	Sexo	Diagnóstico (CID10)	Comorbidades							Hábitos			
						Cardio.	HAS	DM	Hepá tica	Hemato.	Renal	Gastro.	Respir.	Fumo	Álcool	Drogas ilícitas
26	SP	2º G. (C)	33	F	F60.3	N	N	S	N	N	N	S	N	S	N	S (*)
27	SP	2º G. (C)	25	M	F20.0	N	N	N	S	N	N	S	N	N	N	N
28	SP	1º G. (C)	60	M	F20.0	N	N	N	N	N	S	S	N	N	N	N
29	SP	2º G. (C)	49	F	F20.0	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N
30	SP	2º G. (C)	49	F	F20.0	N	S	S	N	N	N	S	N	N	N	N
31	SP	1º G. (I)	63	M	F20.0	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N
32	SP	3º G. (C)	50	F	F31.0	S	S	N	N	N	N	N	N	S	S	N
33	SP	1º G. (I)	46	M	F20.0	N	S	N	N	S	N	N	N	N	N	S (*)
34	SP	2º G. (C)	45	F	F20.0	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
35	SP	3º G. (C)	47	F	F20.0	S	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N
36	SP	1º G. (I)	54	M	F20.0	N	S	S	N	N	N	N	N	S	N	N
37	SP	1º G. (I)	50	M	F20.0	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
38	BA	1º G. (C)	63	M	F20.0	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N
39	SP	3º G. (C)	62	F	F20.0	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N
40	SP	2º G. (C)	29	F	F60.3	N	N	N	N	N	S	N	N	S	N	N
41	SP	2º G. (C)	31	M	F20.0	N	N	N	N	N	N	S	N	S	N	N
42	PI	2º G. (I)	45	M	F20.0	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S
43	PE	2º G. (C)	37	F	F25.1	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N
44	SP	1º G. (I)	29	F	F20.0	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S (*)
45	SP	1º G. (I)	74	F	F20.0	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N
46	SP	2º G. (C)	40	M	F31.0	N	N	N	S	S	N	N	N	N	N	S (*)
47	SP	1º G. (I)	32	M	F20.0	S	S	S	N	N	N	N	N	S	N	S (*)
48	PE	1º G. (I)	36	M	F31.0	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S (*)
49	SP	1º G. (I)	58	F	F20.0	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N
50	SP	1º G. (C)	35	F	F32.1	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S (*)

Legenda: (C): Escolaridade completa

(I): Escolaridade incompleta

S (*): Sim no passado

ANEXO F- Medicação em uso

ID	Clonazepam	Ácido valpróico	Prometazina	Carbolitium	Risperidona	Halo-peridol	Carbamazepina	Diazepam	Neuleptil	Biperideno	Fluoxetina	Flurazepam	Sertralina
1	✓					✓				✓			
2	✓	✓											
3				✓	✓		✓						
4	✓	✓		✓		✓							
5	✓	✓										✓	
6		✓				✓				✓			
7	✓		✓		✓								
8	✓	✓								✓			
9	✓				✓	✓							
10	✓					✓					✓		
11	✓	✓	✓		✓			✓					✓
12						✓							✓
13				✓							✓		✓
14	✓										✓		✓
15	✓					✓							
16	✓	✓			✓	✓							
17				✓	✓								✓
18	✓	✓			✓	✓							
19	✓	✓					✓						
20	✓			✓	✓					✓			
21	✓	✓		✓									
22					✓	✓		✓				✓	✓
23	✓		✓		✓	✓		✓					
24					✓	✓	✓			✓			
25					✓			✓		✓	✓		

ANEXO G - Saúde oral segundo a percepção do paciente

ID	Dor dental	Sangramento gengival	Mobilidade dental	Sialorreia	Boca seca	Bruxismo
1		✓				✓
2	✓	✓	✓	✓		✓
3		✓	✓			✓
4		✓			✓	✓
5						
6	✓				✓	✓
7	✓	✓		✓		✓
8	✓				✓	
9		✓				✓
10	✓	✓			✓	
11	✓	✓	✓		✓	
12	✓	✓			✓	✓
13		✓	✓		✓	✓
14	✓	✓				
15	✓				✓	✓
16					✓	
17	✓	✓		✓		
18		✓			✓	✓
19					✓	✓
20		✓			✓	✓
21	✓	✓	✓		✓	✓
22	✓				✓	
23		✓			✓	
24					✓	
25					✓	

Saúde oral segundo a percepção do paciente

ID	Dor dental	Sangramento gengival	Mobilidade dental	Sialorreia	Boca seca	Bruxismo
26	✓	✓			✓	✓
27	✓				✓	✓
28	✓	✓			✓	✓
29		✓			✓	✓
30		✓			✓	
31						
32	✓	✓	✓		✓	
33	✓				✓	
34	✓	✓	✓			✓
35	✓		✓			
36		✓	✓		✓	
37	✓	✓	✓	✓		
38				✓		
39	✓		✓		✓	✓
40		✓			✓	✓
41		✓			✓	✓
42		✓			✓	✓
43		✓			✓	✓
44		✓			✓	
45		✓		✓		✓
46					✓	✓
47	✓	✓				✓
48	✓	✓				
49	✓	✓	✓		✓	✓
50	✓				✓	

ANEXO H - Dados do exame físico

ID	Lesão em mucosa	CPOD	ICP	IG	Fluxo salivar	OHIP-14
1	N	17	1	0,0	0,1	10,49
2	N	22	4	3,0	8,0	11,80
3	N	25	4	2,0	0,1	10,00
4	N	4	3	2,6	0,1	12,36
5	N	28	X	0,0	2,0	15,72
6	N	12	1	0,6	0,1	8,74
7	N	9	2	1,0	8,0	1,36
8	N	17	4	1,6	0,1	9,92
9	N	7	3	2,2	3,0	2,48
10	N	12	2	1,6	1,0	14,12
11	N	23	3	2,0	0,1	23,04
12	N	26	X	0,0	0,1	15,32
13	N	4	4	2,6	0,1	6,04
14	N	2	2	1,5	5,0	3,84
15	N	5	2	0,6	2,0	25,52
16	N	28	X	0,0	0,1	14,08
17	N	8	3	1,0	5,0	19,29
18	S	14	2	2,2	2,0	20,40
19	N	24	2	1,0	1,0	21,66
20	N	19	1	0,8	0,5	19,33
21	S	17	4	2,0	2,0	21,00
22	S	13	2	1,4	0,5	21,42
23	S	20	3	2,5	0,3	9,44
24	N	6	2	0,3	0,1	12,08
25	N	11	2	1,0	0,1	16,80

ID	Lesão em mucosa	CPOD	ICP	IG	Fluxo salivar	OHIP-14
26	N	17	3	2,2	0,3	10,44
27	N	8	2	0,2	0,5	5,20
28	N	24	3	1,0	0,1	24,20
29	N	24	1	0,6	0,5	4,76
30	N	12	1	0,0	0,1	14,04
31	N	28	X	0,0	0,5	18,48
32	N	17	2	2,0	0,3	14,00
33	N	14	2	1,2	0,1	16,75
34	N	15	4	1,0	0,1	11,64
35	N	22	3	1,8	6,0	12,72
36	N	30	4	3,6	0,1	8,00
37	N	19	3	2,3	5,0	20,16
38	N	26	X	3,0	5,0	17,34
39	N	23	2	1,0	0,1	19,72
40	N	1	2	0,3	0,1	8,88
41	N	8	3	1,8	2,0	5,49
42	N	2	2	1,5	0,3	11,27
43	N	12	3	1,6	0,1	7,88
44	N	7	3	1,3	0,1	6,87
45	N	25	X	1,0	6,0	22,44
46	N	19	2	0,6	0,1	5,94
47	N	25	4	3,0	4,0	8,76
48	N	23	3	2,2	4,0	12,10
49	N	22	2	1,0	0,2	19,12
50	N	19	2	2,0	0,1	23,66