SAMANTA PEREIRA DE SOUZA

**Avaliação da saúde bucal, dores orofaciais, disfunções
mandibulares e saliva em pacientes com diagnóstico de
transtornos alimentares**

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de: Neurologia

Orientador: Prof. Dr. José Tadeu
Tesseroli de Siqueira

São Paulo
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Souza, Samanta Pereira de

Avaliação da saúde bucal, dores orofaciais, disfunções mandibulares e saliva em
pacientes com diagnóstico de transtornos alimentares / Samanta Pereira de Souza --
São Paulo, 2016.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Neurologia.

Orientador: José Tadeu Tesseroli de Siqueira.

Descritores: 1.Transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos 2.Anorexia
nervosa 3.Bulimia nervosa 4.Saúde bucal 5.Dor facial 6.Articulação
temporomandibular 7.Saliva

USP/FM/DBD-206/16

Dedico este trabalho aos meus queridos pais, Sanderlei e Maria, e às minhas queridas irmãs, Natasha e Cristiane, por fazerem parte desta conquista.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me dar forças e por iluminar meus caminhos.

Aos meus pais, Sanderlei e Maria, e às minhas irmãs, Natasha e Cristiane, por serem meu exemplo de vida, de dedicação e de superação, e por estarem sempre ao meu lado, incondicionalmente. Obrigada por nunca desistirem de mim e por vibrarem com cada singela conquista.

À minha querida bisavó Teresa (*in memoriam*), que me mostrou a maravilha dos pequenos detalhes da vida e que tanto se orgulhava de mim. Tenho muitas saudades.

À Dra. Eliane de Fátima G.B. Prado (*in memoriam*), grande amiga, que me mostrou, a cada dia, como vencer os desafios e como amar cada momento da vida, independentemente qual seja. Muito obrigada pelos ensinamentos, pelo apoio em todos os momentos e por permitir o início deste estudo, tenho certeza de que a senhora se orgulha ao ver até onde chegamos.

Ao Dr. José Tadeu Tessorli de Siqueira, grande mestre, professor, cirurgião-dentista e amigo, por me proporcionar a chance de continuar meu sonho com este trabalho, por todos os ensinamentos ao longo desses anos, por acreditar em mim, e por toda a paciência e dedicação com este trabalho. Muito obrigada!

Ao Dr. Reynaldo Antequera, pelo carinho e pelo ombro amigo ao longo desses anos, obrigada por todos os ensinamentos da Odontologia da Psiquiatria, por todos os conselhos e por todo o apoio. Obrigada por sempre torcer pelo meu sucesso e por ficar feliz com minhas conquistas!

A Dra. Rita de Cássia D'Ottaviano Napole, amiga querida, por torcer sempre por mim, por vibrar com minhas conquistas, por ouvir meus problemas e por me ajudar sempre. Pelas risadas, pelos conselhos e pelos bons momentos. Obrigada por tudo!

Ao Dr. Luiz A Russo, por todas as conversas e risadas, e por todos os ensinamentos ao longo desses anos no IPq.

Ao Dr. Táki A. Cordás, por tornar esse sonho possível permitindo acesso ao AMBULIM e pelo auxílio constante a meu projeto. Ao Dr. Eduardo W. Aratangy, pela simpatia, por me proporcionar a experiência do ambulatório e pelo auxílio imensurável a meu projeto, muito obrigada! À Dra. Ana Clara Flores e ao Dr. Daniel Martinez, por permitirem minha presença nas consultas, pelo companheirismo, pelas risadas e pelos bons momentos, muito obrigada! A todos os profissionais do AMBULIM, por acreditarem nesse projeto e por me apoiarem sempre, sem vocês esse estudo não teria sido possível, muito obrigada!

A todas os pacientes do AMBULIM, pela atenção concedida e por acreditarem na importância desta pesquisa.

À Dra. Silvia Siqueira e aos integrantes do Laboratório de Biologia Oral, Prof^a. Alyne Simões, Prof. José Nicolau, Prof. Victor Arana, Prof. Fernando Nogueira, Douglas Nasedal, e aos pós-graduandos Cinthya, Flávia e Luana, por tornarem possível este trabalho!

À minha querida amiga, Clarissa A. Noronha, pela amizade ao longo desses vinte e poucos anos, por ser meu porto seguro nos momentos difíceis, pelos conselhos “a la humanas” e pelos palpites sempre coerentes na minha tese. Obrigada por estar sempre ao meu lado!

Aos meus queridos amigos Reinaldo Santarelli, Bruna Varotto, Bárbara Aires, Juliana Neves e Maria Eugenia Cezere por todos nossos bons momentos e por estarem sempre torcendo pelas minhas conquistas!

À Thaís Figueira, por toda a paciência e pelo auxílio nas questões burocráticas da pós-graduação.

À CAPES e ao Departamento de Neurologia da FMUSP, pelo apoio financeiro.

***“Quando eu me olho no espelho, só sei que não me vejo
como os outros me veem”.***

Andy Warhol

***“Plotino, o filósofo do nosso tempo, parecia se envergonhar
de ter um corpo”.***

Porfírio, Vida de Plotino, I. 1

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver). Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	3
2 OBJETIVOS.....	7
2.1 Objetivo geral	7
2.2 Objetivos específicos.....	7
3 REVISÃO DA LITERATURA	11
3.1 Transtornos alimentares.....	11
3.1.1 Histórico	11
3.1.2 Epidemiologia.....	12
3.1.3 Etiologia e patogênese	13
3.1.4 Critérios diagnósticos	14
3.1.4.1 <i>Anorexia nervosa</i>	15
3.1.4.2 <i>Bulimia nervosa</i>	16
3.1.4.3 <i>Transtornos alimentares sem outra especificação</i>	16
3.1.5 Diagnósticos diferenciais.....	17
3.1.6 Morbidades psiquiátricas associadas.....	18
3.1.7 Manifestação clínica	19
3.1.8 Risco e prognóstico	21
3.1.9 Tratamento	22
3.2 Transtornos alimentares e a odontologia	23
3.3 Dor orofacial	24
3.4 Disfunção temporomandibular	26
3.5 Glândulas salivares e saliva.....	29
3.6 Lesões cervicais não cariosas (LCNC).....	34
4 RESULTADOS.....	39
4.1 Sujeitos	39

4.2 Critérios de inclusão	39
4.3 Critérios de exclusão	39
4.4 Instrumentos de avaliação	40
4.5 Tipo de estudo	44
4.6 Local de estudo	44
4.7 Aspectos éticos	44
4.8 Análise estatística	45
5 RESULTADOS.....	49
5.1 Características sociodemográficas da amostra	49
5.2 Características clínicas da amostra	50
5.3 Características nutricionais da amostra	54
5.4 Características da amostra em relação aos cuidados com a saúde bucal	56
5.5 Características da amostra em relação à percepção da condição bucal	57
5.6 Características da amostra em relação à condição bucal.....	59
5.7 Características da amostra em relação à presença de sinais e sintomas relacionados à dor orofacial e a disfunções temporomandibulares com base no questionário RDC/TMD	63
5.8 Características da amostra em relação a alguns parâmetros salivares	67
5.9 Comparação entre os grupos em relação a alguns parâmetros	69
5.9.1 Características da amostra comparando-se o grupo A (restritivo) com os grupos B e C (com presença de autoindução de vômitos)	69
5.9.2 Características da amostra em relação à presença de dor miofascial	70
5.9.3 Características da amostra em relação à presença de LCNC.....	76
6 DISCUSSÃO	81
6.1 Características sociodemográficas e clínicas	81
6.2 Características nutricionais	84
6.3 Características da saúde bucal	84
6.4 Disfunções temporomandibulares e dores orofaciais em pacientes TA.....	86
6.5 Lesões cervicais não cariosas (LCNC).....	89
6.6 Saliva	90
6.7 Sugestão de protocolo para abordagem odontológica a pacientes com transtornos alimentares	93

7 CONCLUSÕES	97
8 ANEXOS	101
8.1 Anexo A – Ficha clínica odontológica; Índice CPOD; Índice de Higiene Oral; Índice Gengival.....	101
8.2 Anexo B – Ficha EDOF-HC	104
8.3 Anexo C – Versão em português do RDC/TMD	106
8.4 Anexo D – Questionário sobre Xerostomia.....	116
9 REFERENCIAS.....	119
10 APÊNDICES	
10.1 APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
10.2 APÊNDICE B – Parecer do Comitê de Ética	

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AN	Anorexia Nervosa
ANP	Anorexia Nervosa Purgativa
ANR	Anorexia Nervosa Restritiva
APA	Associação Americana de Psiquiatria
ATM	Articulação Temporomandibular
BN	Bulimia Nervosa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CPOD	Índice de dentes cariados, perdidos e obturados
DOF	Dor Orofacial
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DTM	Disfunção Temporomandibular
EDOF-HC	Equipe de Dor Orofacial do HCFMUSP
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
IPQ	Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP
IRSR	Inibidores Seletivos da Recapitação da Serotonina
LCNC	Lesões Cervicais não Cariosas
OR	<i>odds ratio</i>
pH	Potencial hidrogeniônico
RDC / TMD	<i>Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TA	Transtorno Alimentar
TANE	Transtornos Alimentares não Especificados
TCAP	Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica
TSOE	Transtornos Alimentares Sem Outra Especificação
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Representação da interação das principais causas etiológicas e alterações intra-articulares (Oliveira, 2002).....	28
Figura 2	Diagrama ilustrativo do sistema de ductos de uma glândula salivar (Nanci, 2008).	30
Figura 3	Mecanismo de secreção salivar por meio de um esquema representando a unidade secretora terminal (Campos, 2013; Nanci, 2013).....	31
Figura 4	Glândulas salivares maiores (Fehrenbach e Herring, 2007; Bath-Balogh e Fehrenbach, 2012).	34
Figura 5	Coroa, raiz e tecidos associados de um dente unirradicular e de um dente multirradicular (Bath-Balogh e Fehrenbach, 2012).....	35
Figura 6	Paciente do grupo C (vista extraoral): Presença de LCNC, cárie, má-oclusão e ausência dentária.....	61
Figura 7	Paciente do grupo C (vista intraoral): Presença de perimólise, “ilhas de amálgama”, erosão em dentes posteriores e ausências dentárias.	62
Figura 8	Paciente do grupo B (vista intraoral): Presença de perimólise, “ilhas de amálgama”, e erosão em dentes posteriores.....	62
Figura 9	Paciente do grupo A: Evidenciação de placa bacteriana para obtenção do índice de higiene oral.	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas dos grupos (n=64).	49
Tabela 2	Distribuição dos pacientes em relação ao tempo da doença em anos (n=42).	50
Tabela 3	Distribuição dos pacientes em relação ao IMC* (n=64).	50
Tabela 4	Comparação entre os grupos em relação ao IMC* (n=64).	51
Tabela 5	Uso atual de medicações para controle do peso (n=42)	51
Tabela 6	Morbidades associadas (n=42).	51
Tabela 7	Uso atual de psicofármacos (n=42).	52
Tabela 8	Número de internações hospitalares devido ao quadro do transtorno alimentar (n=42).	53
Tabela 9	Comparação dos grupos em relação ao total de meses em internações hospitalares.	53
Tabela 10	– Características dos grupos em relação aos hábitos (n=42).	54
Tabela 11	Número máximo de induções de vômitos ao dia (n=64).	54
Tabela 12	Distribuição dos grupos em relação à ingestão de bebidas e alimentos ácidos* (n=64).	55
Tabela 13	Características dos grupos em relação aos cuidados com a saúde bucal (n=64).	56
Tabela 14	Queixas espontâneas em relação à saúde bucal obtidas durante a anamnese (n=64).	57
Tabela 15	Principais características dos grupos em relação ao Questionário sobre Xerostomia (n=54).	58
Tabela 16	Índice CPOD dos grupos (n=64).	59
Tabela 17	Comparação entre os grupos em relação ao índice CPOD.	59
Tabela 18	Condição periodontal dos grupos (n=62)*.	60
Tabela 19	Sinais e sintomas orofaciais detectados durante a avaliação dos grupos (n=64).	61

Tabela 20	Índice de higiene oral dos grupos (n=61*).....	63
Tabela 21	Distribuição dos grupos em relação à questão número três do questionário RDC/TMD (n=64).....	64
Tabela 22	Distribuição dos grupos em relação à questão número três (Eixo I) do questionário RDC/TMD (n=42).	64
Tabela 23	Distribuição dos grupos em relação ao diagnóstico de dor orofacial e às disfunções temporomandibulares (Eixo I) do questionário RDC/TMD (n=59)*.	65
Tabela 24	Classificação dos grupos em relação ao diagnóstico de depressão e sintomas físicos (Eixo II) pelo questionário RDC/TMD (n=60)*.	66
Tabela 25	Classificação dos grupos em relação ao diagnóstico de depressão e a sintomas físicos (Eixo II) pelo questionário RDC/TMD (n=38)*.	66
Tabela 26	Classificação dos grupos em relação ao grau de dor crônica quanto à incapacidade e intensidade por meio do questionário (Eixo II) RDC/TMD (n=39*).	67
Tabela 27	Caracterização da saliva não estimulada e estimulada em relação ao volume, ao fluxo, ao pH e à capacidade tampão (n=59)*.	68
Tabela 28	Caracterização da saliva não estimulada em relação a alguns parâmetros salivares.	68
Tabela 29	Caracterização da saliva estimulada em relação a alguns parâmetros salivares.	69
Tabela 30	Comparação entre os grupos A (restritivo) com os grupos B, C e D (com autoindução de vômitos) em relação à questão número três do questionário RDC/TMD (n=42).....	70
Tabela 31	Comparação entre os grupos com e sem dor miofascial em relação às características sociodemográficas (n=37).	70
Tabela 32	Comparação entre os grupos com e sem dor miofascial em relação às características clínicas (n=37).	71
Tabela 33	Comparação entre os grupos com e sem dor miofascial em relação à presença de LCNC* (n=37).	72
Tabela 34	Comparação entre os grupos com e sem dor miofascial em relação às queixas espontâneas quanto à saúde bucal obtidas durante a anamnese (n=38).	72

Tabela 35	Fator de risco (<i>odds ratio</i>) para o desenvolvimento de dor miofascial em relação à queixa espontânea de ausência dentária.	73
Tabela 36	Comparação entre os grupos com e sem dor miofascial em relação ao Questionário sobre Xerostomia (n=38).	73
Tabela 37	Comparação entre os grupos com e sem dor miofascial em relação ao índice CPOD (n=37).	74
Tabela 38	Comparação entre os grupos com e sem dor miofascial em relação à presença de LCNC* (n=36).	74
Tabela 39	Comparação entre os grupos com e sem dor miofascial em relação ao índice de higiene oral (n=35).	74
Tabela 40	Comparação entre os grupos com e sem dor miofascial em relação a alguns parâmetros salivares da saliva não estimulada (n=38).	75
Tabela 41	Comparação entre os grupos com e sem dor miofascial em relação a alguns parâmetros salivares da saliva estimulada (n=38).	75
Tabela 42	Comparação entre os grupos com e sem LCNC* em relação às características sociodemográficas (n=40).	76
Tabela 43	Comparação entre os grupos com e sem LCNC* em relação às características clínicas e aos hábitos (n=40).	77
Tabela 44	Comparação entre os grupos com e sem LCNC* em relação ao Questionário sobre Xerostomia (n=42).	77
Tabela 45	Comparação entre os grupos com e sem LCNC* em relação aos cuidados com a saúde bucal (n=40).	78

RESUMO

Souza SP. *Avaliação da saúde bucal, dores orofaciais, disfunções mandibulares e saliva em pacientes com diagnóstico de transtornos alimentares* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

INTRODUÇÃO: A Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN) destacam-se como os principais Transtornos Alimentares (TA). A presença de dor orofacial e de disfunção temporomandibular poderia desenvolver quadros de dores crônicas da face, podendo interferir no estado emocional, além de dificultar a ingesta alimentar - comprometendo ainda mais o estado nutricional desses pacientes. **MÉTODOS:** Foram avaliados 64 pacientes distribuídos nos grupos: Grupo A (AN Restritiva): 07; Grupo B (AN Purgativa): 19; Grupo C (BN): 16; Grupo D (Grupo-controle): 22 pacientes. A avaliação foi realizada por meio da avaliação pela ficha clínica odontológica, questionário de xerostomia, índice de higiene oral, aplicação do Protocolo de Pesquisa para Dor Orofacial (Ficha EDOF-HC e questionário RDC/TMD - Versão em Português) e avaliação de diversos parâmetros salivares (fluxo salivar, pH, capacidade tampão, amilase, peroxidase, ácido siálico, proteína total, eletrólitos), da saliva estimulada e não estimulada, no Laboratório de Biologia Oral da Faculdade de Odontologia da USP. **RESULTADOS:** Pacientes com TA apresentaram diferenças significativas quanto ao CPOD ($p=0,000$) em relação ao grupo-controle, principalmente comparando-se os grupos purgativos com o controle ($p<0,05$). Queixas como “sangramento gengival” ($p=0,043$) e sinais como erosão e perimólise ($p<0,001$) e sensação de boca seca ($p=0,000$) foram mais prevalentes em pacientes com TA. A queixa de “ardor bucal” ($p=0,005$) foi relatada somente entre os pacientes que praticavam a autoindução de vômitos. A condição periodontal ($p=0,02$), e o índice de higiene oral ($p<0,001$) mostraram-se mais satisfatórios nos indivíduos do grupo-controle. As queixas de dor na face foram mais prevalentes em pacientes com TA ($p=0,004$) em relação ao controle, porém, sem diferenças entre os grupos restritivos e purgativos ($p=0,442$). Os transtornos musculares ($p=0,010$) e alterações articulares patológicas ($p=0,051$) estão entre as principais alterações encontradas com a aplicação do questionário RDC/TMD. A higiene oral, os parâmetros salivares e o CPOD não têm relação com a presença de dor miofascial. As LCNC são mais prevalentes nos grupos A, B e C em relação ao grupo D ($p=0,03$). O fluxo salivar mostrou-se reduzido nos pacientes dos grupos A, B e C em relação ao grupo-controle, tanto na saliva não estimulada ($p=0,000$) quanto na estimulada ($p=0,001$). Em relação ao pH, não houve diferenças significativas na saliva não estimulada ($p=0,374$) e na estimulada ($p=0,121$). Os valores da capacidade tampão também foram diferentes na saliva não estimulada ($p=0,002$) e estimulada ($p=0,000$), sendo os valores superiores no grupo-controle. Na saliva não estimulada, a amilase estava aumentada no grupo C ($p=0,000$), o ácido siálico estava aumentado no grupo D

($p=0,000$) e o Na estava reduzido no grupo D ($p=0,05$). Na saliva estimulada, a amilase e o ácido siálico também estavam aumentados no grupo C ($p=0,008$ e $p=0,006$, respectivamente), porém, o Na estava aumentado no grupo D ($p=0,010$). **CONCLUSÕES:** Pacientes com TA apresentam condição bucal (dentária e periodontal) pior em relação a indivíduos saudáveis, maior prevalência de sinais de erosão, de perimólise e de LCNC, bem como, maior número de queixas de sensação de boca seca, ardor bucal e de sangramento gengival, e pior índice de higiene oral e maior prevalência de queixas de dor orofacial em relação aos indivíduos saudáveis. O fluxo salivar é reduzido e há alterações na capacidade tampão, amilase, ácido siálico e sódio presentes na saliva. A queixa de “ausência dentária” é mais prevalente em pacientes com TA e com dor orofacial. A autoindução de vômitos, o índice CPOD e os parâmetros salivares não têm relação com a presença de dor miofascial.

Descritores: transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos; anorexia nervosa; bulimia nervosa; saúde bucal; dor facial; articulação temporomandibular; saliva.

.

ABSTRACT

Souza SP. *Evaluation of oral health, orofacial pain, mandibular dysfunction and saliva in patients with eating disorders* [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2016.

BACKGROUND: Anorexia Nervosa (AN) and Bulimia Nervosa (BN) stand out as the main eating disorders (ED). The presence of orofacial pain and temporomandibular dysfunction could develop frameworks of chronic pain of the face, which may interfere with emotional state, and hinder food intake - further compromising the nutritional status of these patients. **METHODS:** We evaluated 64 patients divided into two groups: Group A (AN Restrictive): 07; Group B (AN Purgative): 19; Group C (BN): 16; Group D (control group): 22 patients. The evaluation was conducted by evaluating the dental clinic record, xerostomia questionnaire, oral hygiene index, applying the research protocol for Orofacial Pain (EDOF-HC form and questionnaire RDC / TMD - Portuguese version) and evaluation of several salivary parameters (salivary flow, pH, buffering capacity, amylase, peroxidase, sialic acid, total protein, electrolytes), of the stimulated saliva and unstimulated in the Oral Biology Laboratory (School of Dentistry – USP) . **RESULTS:** Patients with ED showed significant differences in DMFT ($p = 0.000$) compared to the control group, especially comparing the purgative groups with the control ($p < 0.05$). Complaints such as "gingival bleeding" ($p = 0.043$) and signs such as erosion and perimólise ($p < 0.001$) and dry mouth ($p = 0.000$) were more prevalent in patients with ED. The complaint of "burning mouth" ($p = 0.005$) was reported only in patients who practiced self-inflicted vomiting. Periodontal status ($p = 0.02$) and the oral hygiene index ($p < 0.001$) were more satisfactory in the control group of individuals. Complaints of pain in the face were more prevalent in patients with ED ($p = 0.004$) compared to control, however, no differences between the restrictive and purgative groups ($p = 0.442$). Muscle disorders ($p = 0.010$) and pathological articular changes ($p = 0.051$) are among the major changes found with the application of the RDC / TMD questionnaire. The oral hygiene, salivary parameters and the DMF is not related to the presence of myofascial pain. The LCNC are more prevalent in groups A, B and C compared to group D, ($p = 0.03$). Salivary flow was shown to be reduced in patients in groups A, B and C in the control group, both in unstimulated saliva ($p = 0.000$) and the stimulated ($p = 0.001$). Regarding pH, no significant differences in the unstimulated saliva ($p = 0.374$) and stimulated ($p = 0.121$). The values of buffer capacity were also different in unstimulated saliva ($p = 0.002$) and stimulated ($p = 0.000$), with higher values in the control group. In unstimulated saliva amylase was increased in group C ($p = 0.000$), sialic acid was increased in D group ($p = 0.000$) and was reduced in the D group ($p = 0.05$). The stimulated saliva amylase and sialic acid were also increased in group C ($p = 0.008$ and $p = 0.006$, respectively), however, it was increased in group D ($p = 0.010$). **CONCLUSIONS:** Patients with ED present oral health (dental and periodontal) worse compared to healthy subjects, higher

prevalence of signs of erosion of perimólise and LCNC as well as higher number of dry mouth complaints, oral burning and bleeding gingival, and worse index of oral hygiene and greater prevalence of orofacial pain complaints compared to healthy individuals. Salivary flow is reduced and there are changes in buffering capacity, amylase, sialic acid and sodium present in saliva. The complaint of "dental absence" is more prevalent in patients with ED and orofacial pain. The self-induction of vomiting, the DMFT index and salivary parameters unrelated to the presence of myofascial pain.

Descriptors: eating disorders and food intake; anorexia nervosa; nervous bulimia; oral health; facial pain; ear-jaw articulation; saliva.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN) destacam-se como os principais Transtornos Alimentares (TA). A AN é caracterizada pela perda de peso intencional por meio de dietas extremamente rígidas em busca da magreza (Cordás, 2004), cujo resultado varia da recuperação espontânea a um curso oscilante até a morte (Kaplan e Sadock, 2007). A perda de peso pode ocorrer por meio de dietas restritas apenas (anorexia nervosa restritiva), ou por meio da associação de dietas com métodos purgativos (anorexia nervosa purgativa), como a autoindução de vômitos e o uso de medicamentos (Cordás, 2004).

A BN, por sua vez, caracteriza-se por grande ingestão de alimentos acompanhada de sensação de perda de controle e de métodos compensatórios inadequados para o controle do peso, tais como autoindução de vômitos, uso de medicamentos (diuréticos, inibidores de apetite, laxantes), dietas e exercícios físicos (Cordás, 2004). Os transtornos alimentares sem outra especificação (TASOE) compreendem síndromes parciais ou quadros atípicos de AN e BN, transtornos de compulsão alimentar periódica (TCAP), episódios de hiperfagia, vômitos associados a outros transtornos psicológicos e transtornos alimentares não especificados (TANE) (Nunes *et al.*, 2006).

Na década de 1990, estudos epidemiológicos demonstravam taxas de prevalência de AN e BN em torno de 0,5 e 1%, respectivamente (Nunes *et al.*, 2006). A patogênese dos TA é considerada de origem multifatorial, envolvendo fatores psicológicos, biológicos e socioculturais (Kaplan e Sadock, 2007; Yager e Powers, 2010). A subnutrição produz modificações endócrinas e metabólicas, e altera as funções corporais, promovendo alterações hematológicas, esqueléticas, neuropsiquiátricas, gastrointestinais, dermatológicas, metabólicas e odontológicas (Kaplan e Sadock, 2007).

A alimentação e o bem-estar físico e geral são fatores essenciais para um melhor prognóstico no tratamento de pacientes com transtornos alimentares. Desse modo, o reconhecimento das manifestações bucais presentes em

portadores de TA é fundamental, porque esses sinais e sintomas podem informar sobre a progressão da doença, e, paralelamente, sobre estado de saúde geral do paciente, sendo de grande importância, haja vista que os cirurgiões-dentistas podem ser um dos primeiros profissionais da saúde a terem contato com este grupo de pacientes (Lo Russo *et al.*, 2008). Sabe-se, também, que a condição bucal pode ser extremamente afetada pelo comportamento do paciente e pelas alterações fisiológicas que afetam a região orofacial: desde o desequilíbrio salivar, em vários parâmetros, até a agressão ao sistema musculoesquelético mandibular, que pode ocorrer durante a indução dos vômitos. Este conjunto de anormalidades pode também afetar o aparelho mastigatório, mecanicamente, o que pode contribuir para sobrecarga musculoesquelética e agressão não só à mucosa bucal, mas também aos músculos mastigatórios e à própria articulação temporomandibular (ATM). Por sua vez, tanto a presença de dor orofacial como de disfunção temporomandibular poderia contribuir, também, para desenvolver quadros de dores crônicas da face e cefaleias secundárias, podendo interferir no estado emocional, além de dificultar a ingestão alimentar, comprometendo, ainda mais, o estado nutricional desses pacientes.

Por sua vez, a saliva é responsável pela homeostase do trato gastrointestinal superior e indispensável para a fase inicial da nutrição, bem como para a preservação desses tecidos. Dor orofacial, disfunções temporomandibulares e doenças dos dentes como a cárie e a doença periodontal têm alta frequência na população em geral e podem estar presentes nestes pacientes, já que esses apresentam condições diversas que podem atuar como fatores de risco para doenças buco-dentais e do aparelho mastigatório. Como os dados da literatura são escassos e controversos, este estudo, tendo por base outro estudo-piloto que o precedeu, justifica-se, pois, a partir, dele será possível estabelecer um protocolo de atendimento odontológico para esse grupo de pacientes, além de identificar o transtorno alimentar como fator de risco potencial para o desenvolvimento da disfunção temporomandibular e da dor orofacial.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Este estudo teve como objetivo principal caracterizar a condição bucal e musculoesquelética mandibular de pacientes com transtornos alimentares.

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar a prevalência de queixas de dor orofacial;
- Avalizar a prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular na amostra;
- Avaliar diversos parâmetros salivares nesses pacientes;
- Avaliar se a autoindução de vômitos pode interferir na prevalência de lesões buco-dentais e de dor orofacial, e disfunções temporomandibulares, além dos parâmetros salivares;
- Sugerir um protocolo para atendimento odontológico desses pacientes.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Transtornos alimentares

3.1.1 Histórico

O termo anorexia deriva do grego *orexis* (apetite) e do prefixo *an* (ausência de, privação). Porém, esse termo não é o mais adequado, pois se considera que há uma luta ativa contra a fome no início do desenvolvimento do quadro (Nunes *et al.*, 2006).

O termo bulimia provém da união dos termos gregos *boul* (boi) ou *bou* (grande quantidade) com *limos* (fome), ou seja, uma fome muito intensa ou suficiente para devorar um boi (Cordás, 2004).

Um grande número de descrições do século XIII relatam casos de mulheres que faziam o jejum como uma forma de se aproximar espiritualmente de Deus; eram as chamadas “santas anoréxicas”. Assim como nas anoréxicas de hoje, o jejum era acompanhado de rigidez no comportamento, perfeccionismo, insatisfação consigo própria e distorções cognitivas (Cordás, 2004).

Vários povos da Antiguidade incentivavam o jejum voluntário como prática religiosa e viam na abstinência alimentar uma forma de purificação (Weinberg e Cordás, 2006), levando ao questionamento se a anorexia nervosa é realmente uma doença nova, consequência das pressões sociais da atualidade, ou se é uma forma mais profunda de autoexpressão adotada por indivíduos de outras culturas e épocas (Nunes *et al.*, 2006).

A partir de 1960, o número crescente de pacientes com anorexia nervosa e as tentativas de distinguir diferentes tipos de pacientes com o quadro contribuíram para o reconhecimento da doença como síndrome psiquiátrica específica (Cordás e Claudino, 2002). A AN foi o primeiro transtorno alimentar a ser adequadamente classificado e ter critérios operacionais reconhecidos já na década de 1970 (Cordás, 2004).

A BN, por sua vez, foi descrita como síndrome relacionada à AN apenas na década de 1970, com a descrição de Gerald Russell em 1979 (Nunes *et al.*, 2006; Yager e Powers, 2010), considerando que a BN seria uma sequela da AN apresentada anteriormente por essas pacientes (Cordás, 2004).

3.1.2 Epidemiologia

Na AN, a perda de peso pode ocorrer por meio de dietas restritas apenas (anorexia nervosa restritiva – ANR), ou por meio da associação de dietas com métodos purgativos (anorexia nervosa purgativa – ANP), como a autoindução de vômitos e uso de medicamentos (Cordás, 2004). A BN, por sua vez, caracteriza-se por grande ingestão de alimentos acompanhada de sensação de perda de controle (episódios bulímicos) e de métodos compensatórios inadequados para o controle do peso, tais como autoindução de vômitos, uso de medicamentos (diuréticos, inibidores de apetite, laxantes), dietas e exercícios físicos (Cordás, 2004).

Estudos epidemiológicos demonstram que há dificuldades em se diagnosticar corretamente os TA devido à recusa do paciente a procurar ajuda profissional, por não admitir que esteja doente ou por achar que conseguirá se tratar sozinho. Isso leva à subestimação da incidência e prevalência desses transtornos, pois somente os casos mais graves procuram um tratamento (Borges *et al.*, 2006). Além disso, os resultados dos estudos epidemiológicos são bastante distintos, pois dependem do tipo de delineamento utilizado e no acesso à prevalência de TA (Nunes *et al.*, 2006).

Na década de 1990, estudos epidemiológicos demonstravam taxas de prevalência de AN e BN em torno de 0,5 e 1%, respectivamente (Nunes *et al.*, 2006).

De acordo com o DSM-IV, a taxa de ocorrência em homens é um décimo da de mulheres. Episódios ocasionais de BN, tais como episódios isolados de compulsão alimentar e purgação, foram relatados em até 40% das mulheres universitárias (Kaplan e Sadock, 2007).

No Brasil, a área dos TA também tem tido destaque crescente, derrubando mais um dos antigos preconceitos acerca da inexistência de tais quadros em países em desenvolvimento, com o surgimento e o crescimento de grupos dedicados ao atendimento e à pesquisa de pacientes com TA (Appolinario e Claudino, 2000).

3.1.3 Etiologia e patogênese

A patogênese da AN e da BN é considerada de origem multifatorial, envolvendo fatores psicológicos, biológicos e socioculturais (Appolinário e Claudino, 2000; Kaplan e Sadock, 2007; Yager e Powers, 2010).

Na cultura ocidental, a supervalorização do corpo feminino e a idealização da magreza reforçam os aspectos psicopatológicos centrais da AN e da BN. A pressão social em relação ao corpo esbelto, exposto pela mídia, pode criar um ambiente psicológico favorável ao desenvolvimento desse quadro, quando a pessoa apresenta outros fatores de risco ou vulnerabilidades, tais como baixa autoestima, traço obsessivo-compulsivo, perfeccionismo, entre outros (Nunes *et al.*, 2006).

Estudos sobre o assunto mostram que é significativa a dificuldade em estabelecer com precisão quais aspectos são culturais e quais são associados a uma característica mórbida invariável que definiriam o quadro clínico da AN (Weinberg *et al.*, 2005).

O comportamento de dieta exerce um papel na patogênese dos TA, porém, nem todos os indivíduos que fazem dieta desenvolvem um transtorno alimentar (Nunes *et al.*, 2006).

A noção da imagem corporal é um fenômeno perceptual, porém o julgamento que o indivíduo faz daquilo que ele percebe deriva de fatores cognitivos, atitudinais e afetivos (Timermam *et al.*, 2010).

Experiências frequentemente associadas ao desenvolvimento dos TA incluem abuso sexual, trauma e recebimento constante de comentários depreciativos na infância (Nunes *et al.*, 2006).

Transtornos do humor, transtornos de ansiedade e obsessivos-compulsivos na infância, a baixa autoestima, a insatisfação com o próprio corpo e a obesidade infantil são considerados fatores importantes na etiologia dos TA. Os pacientes com ANR apresentam com mais frequência traços de perfeccionismo, ansiedade, obsessão e introversão, enquanto os indivíduos com BN apresentam características de personalidade como impulsividade e instabilidade emocional (Nunes *et al.*, 2006).

A herança genética também está incluída como fator etiológico, sendo que o resultado do acúmulo de vários genes de pequeno efeito e sua interação com fatores ambientais adversos aumentariam o risco da doença naquelas pessoas que carregam a carga genética e ambiental (Nunes *et al.*, 2006).

Não há constatação familiar específica para AN, mas alguma evidência indica que tais pacientes têm relações próximas, mas perturbadas com seus pais (Kaplan e Sadock, 2007).

Em algumas jovens anoréxicas, pode-se caracterizar um comportamento imitativo, influenciado e reforçado socialmente, como o provam tanto as seguidoras das santas jejuadoras de antigamente, como as de hoje, que tomam as *top models* como ideal de magreza. Ainda que as primeiras almejassem a comunhão eterna com Deus, enquanto que as últimas se contentem com a glória efêmera das passarelas (Weinberg *et al.*, 2005), sendo esse um dos motivos pelos quais pesquisadores e especialistas em TA têm salientado a importância em clarificar esses aspectos a segmentos da sociedade para que essa esteja envolvida em ações preventivas (Moya *et al.*, 2007).

3.1.4 Critérios diagnósticos

Os critérios diagnósticos vigentes estão presentes nos principais sistemas classificatórios: O DSM-IV-TR (APA, 2000) e o CID-10 (OMS, 1993).

Critérios diagnósticos para anorexia nervosa e bulimia nervosa segundo o CID-10 (Adaptado de Nunes *et al.*, 2006).

3.1.4.1 Anorexia nervosa

- A. O peso corporal é mantido em, pelo menos, 15% abaixo do esperado (tanto perdido quanto nunca alcançado) ou o índice de massa corporal de Quetelet (peso/altura²), em 17,5 ou menos. Pacientes pré-púberes podem apresentar falhas em alcançar o ganho de peso esperado durante o período de crescimento.
- B. A perda de peso é autoinduzida por abstenção de “alimentos que engordam” e um ou mais do que se segue: vômitos autoinduzidos (purgação autoinduzida,) exercícios excessivos, uso de anorexígenos e/ou diuréticos.
- C. Há uma distorção da imagem corporal na forma de uma psicopatologia específica por meio da qual um pavor de engordar persiste como uma ideia intrusiva e supervalorizada, e o paciente impõe um limiar de peso a si próprio.
- D. Um transtorno endócrino generalizado pode causar aumento nos níveis de cortisol e alterações no metabolismo periférico do hormônio tireoidiano e da insulina, além da possibilidade de haver amenorreia em mulheres, e perda de interesse e potências sexuais em homens.
- E. Se o início é anterior à puberdade, a sequência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida.

Os critérios tiveram pequenas mudanças com a nova versão do DSM em 2013 (DSM-V), segundo a *American Psychiatry Association* (2013):

- A palavra “recusa” não está mais incluída nas condições de manter o peso, desde que implica na intenção do paciente;
- O critério de ausência de três ciclos menstruais foi excluído pois não poderia ser aplicado em homens, em mulheres que fazem uso de anticoncepcional ou mulheres em fase pré-menstrual ou na menopausa.

3.1.4.2 *Bulimia nervosa*

- A. Há uma preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível por comida; o paciente sucumbe a episódios de hiperfagia nos quais grandes quantidades de alimentos são consumidas em curtos períodos de tempo.
- B. O paciente tenta neutralizar os efeitos de “engordar” dos alimentos por meio de um ou mais do que se segue: vômitos autoinduzidos, (purgações) abuso de laxantes, períodos alternados de inanição, uso de drogas como anorexígenos, preparados tireoidianos ou diuréticos. Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, eles podem escolher negligenciar seu tratamento insulínico.
- C. A psicopatologia consiste de um pavor mórbido de engordar, e o paciente coloca para si mesmo um limiar de peso nitidamente definido, bem abaixo de seu peso pré-mórbido que constitui o peso ótimo ou saudável na opinião do médico. Há, frequentemente, mas não sempre, uma história de um episódio prévio de anorexia nervosa, o intervalo entre os dois transtornos variando de poucos meses a vários anos. Esse episódio prévio pode ter sido completamente expressado ou ter assumido uma forma “disfarçada” menor, com uma perda de peso moderada e/ou uma fase transitória de amenorreia.

Segundo o DSM-V (APA, 2013), a frequência da compulsão e o comportamento compensatório tiveram sua frequência reduzida a apenas uma vez na semana, pelo menos.

3.1.4.3 *Transtornos alimentares sem outra especificação*

- 1. AN atípica – um ou mais aspectos-chave da AN estão ausentes ou tem todos, mas em grau mais leve.
- 2. BN atípica – um ou mais aspectos-chave da BN podem estar ausentes.

3. Hiperfagia associada a outros transtornos psicológicos (levando à obesidade).
4. Pica em adultos e perda de apetite de origem psicogênica.
5. Vômitos associados a outros transtornos psicológicos que podem levar à obesidade.
6. Transtornos-alimentares não especificados.

No DSM-V (APA, 2013), foi criada a categoria de compulsão alimentar (episódios de ingestão alimentar excessiva associada ao sentimento de culpa) como tentativa de diminuir os casos de TANE.

A autoindução de vômitos (purgação) é o principal método compensatório e ocorre em cerca de 90% dos casos de BN, provocando um alívio imediato do desconforto físico causado pela hiperalimentação e, principalmente, auxilia na redução do medo do ganho de peso. A frequência dessas purgações pode variar de um até 10 ou mais episódios por dia (Appolinário, 2000), e sua prática aliada ao uso crônico de laxantes e de diuréticos pode levar a sérias complicações hídricas e gastrointestinais (Zhao e Encinosa, 2011).

Alguns instrumentos são utilizados como auxílio para o diagnóstico dos TA, entre eles, a Sessão de Transtornos Alimentares do *Development and Well-Being Assessment* (DAWBA), composta de questionários, entrevistas e técnicas de avaliação, com o objetivo de gerar diagnósticos baseados no DSM-IV e CID-10 de anorexia, bulimia nervosa e as respectivas síndromes parciais, apresentando boas propriedades psicométricas para o uso em estudos clínicos e epidemiológicos (Moya *et al.*, 2005).

3.1.5 Diagnósticos diferenciais

A AN e BN são distúrbios psiquiátricos da conduta alimentar, sendo necessária para o diagnóstico a exclusão de causas orgânicas que podem simular os quadros clínicos de transtornos alimentares (Borges *et al.*, 2006).

Os diagnósticos diferenciais da AN são os transtornos do humor, de conversão e esquizofrenia, que estão entre aqueles que podem manifestar

perda de peso e compulsão alimentar ou purgação; e distúrbios físicos: diabetes mellitus, distúrbios da tireoide, doenças pépticas, doença de Addison, colite, doença inflamatória intestinal, distúrbios da motilidade intestinal e tumores cerebrais (Yager e Powers, 2010).

Em relação à BN, devem ser excluídos transtornos neurológicos, psiquiátricos e síndromes, que interferem na regulação do apetite e nos comportamentos alimentares, assim como transtornos intestinais e condições hormonais relacionadas à subnutrição e ao hipometabolismo (Yager e Powers, 2010).

3.1.6 Morbidades psiquiátricas associadas

Os pacientes com TA podem apresentar outras morbidades psiquiátricas associadas. Os sintomas depressivos são extremamente frequentes nos indivíduos com TA, podendo a prevalência chegar a 98% em portadores de AN (Nunes *et al.*, 2006). Abbate-Daga *et al.* (2011) relataram a presença de sintomas depressivos em 48,7% das pacientes com transtornos alimentares, sendo que 19,5% da amostra apresentava o diagnóstico de depressão. A AN está associada à depressão em 65% dos casos, a fobia social em 34% e a transtorno obsessivo-compulsivo em 26% (Kaplan e Sadock, 2007). Cerca de 50% dos pacientes com AN desenvolvem BN, e entre os pacientes com BN, em torno de 30% apresentam história de AN, e outros 30% apresentam história de obesidade (Nunes *et al.*, 2006).

Os transtornos de humor em geral, principalmente a depressão, podem atingir de 64% a 96% das pacientes com AN e de 50% a 90% das pacientes com BN (Godart *et al.*, 200; Godart *et al.*, 2002). Outros transtornos relacionados aos TA são os quadros fóbicos, ansiosos e transtornos obsessivo-compulsivos (Kaye *et al.*, 2004).

Há alguns relatos na literatura, desde 1979, a respeito de pacientes com AN e retardo mental, levando a consideráveis prejuízos clínicos, psiquiátricos, psicológicos, comportamentais e sociais. Porém, a falta de critérios

diagnósticos próprios validados dificulta a criação de diretrizes para o tratamento desses pacientes (Kachani e Cordás, 2011).

Em alguns centros de atendimento, 50% dos pacientes apresentam sintomas combinados de ambos os transtornos ou síndromes parciais de uma ou várias categorias diagnósticas, como os episódios de compulsão alimentar, por exemplo (Nunes *et al.*, 2006), além de serem comuns os furtos compulsivos, em geral, de balas e laxantes, e, ocasionalmente, de roupas e outros itens (Kaplan e Sadock, 2007).

3.1.7 Manifestação clínica

A subnutrição produz modificações endócrinas e metabólicas, e altera as funções corporais, promovendo alterações hematológicas, esqueléticas, neuropsiquiátricas, dentárias, gastrointestinais, dermatológicas e metabólicas (Kaplan e Sadock, 2007). O IMC pode variar entre os diagnósticos. Admite-se que, para o gênero feminino, valores do IMC entre 19 e 24 são normais; valores menores que 19 representam baixo peso/desnutrição; acima de 24 tem-se sobrepeso e valores maiores que 30 determinam obesidade (Assunção *et al.*, 2002). Segundo o CID 10, um dos critérios para o diagnóstico de anorexia nervosa é o IMC igual ou menor que 17,5 (Nunes *et al.*, 2006). No entanto, as pacientes com BN apresentam peso normal ou discretamente acima do normal, e isso foi constatado no estudo conduzido por Assunção *et al.* (2002) com as pacientes matriculadas no AMBULIM, sendo que o IMC médio das pacientes com BN foi de 22,7 e das pacientes com AN foi de 17,2.

No início do transtorno, o paciente necessita introduzir dedos ou objetos na garganta para induzir o vômito, causando ulcerações no dorso da mão (sinal de Russell). Com a evolução do transtorno, o paciente consegue vomitar sem necessitar mais da estimulação mecânica (Appolinário, 2000).

Outros mecanismos utilizados são: o uso inadequado de medicamentos do tipo laxativo, de diuréticos, de hormônios tireoidianos, de agentes anorexígenos e de enemas. Jejuns prolongados e exercícios físicos exagerados são também formas de controle do peso, mas, geralmente, geram

menos complicações clínicas que as práticas anteriormente citadas (Appolinário, 2000).

À medida que a perda de peso se aprofunda, sinais físicos como hipotermia (de até 35°C), edema de membros inferiores, hipotensão, lanugo (aparência dos pelos semelhantes aos neonatais), bradicardia e amenorreia se manifestam, havendo várias modificações metabólicas. Pode haver comprometimento da diurese e alcalose hipocalcemia devido às induções de vômitos ou ao abuso de purgantes e diuréticos. Estão presentes, também, alterações eletrocardiográficas que podem ser resultado, também, da perda de potássio e levar à morte. A dilatação gástrica é uma complicação rara da AN (Kaplan e Sadock, 2007).

A subnutrição produz modificações endócrinas e metabólicas, e perturba as funções corporais. É incerto se uma doença endócrina é causada pelo transtorno alimentar ou se outros fatores também contribuem (Kaplan e Sadock, 2007).

Segundo Kaplan e Sadock (2007), as complicações médicas de transtornos de alimentação estão divididas em:

a. Relacionadas à perda de peso

Caquexia: perda de adiposidade e massa muscular, redução do metabolismo da tireoide, intolerância ao frio e dificuldade de manter a temperatura corporal central;

Cardíacas: perda de músculo cardíaco, coração pequeno, arritmias, bradicardia, taquicardia ventricular e morte súbita;

Digestivo-gastrointestinais: prolongamento do esvaziamento gástrico, empachamento, obstipação, dor abdominal;

Reprodutivas: amenorreia, níveis baixos de hormônio luteinizante (LH) e hormônio folículo-estimulante (FSH);

Dermatológicas: lanugo, edema;

Hematológica: leucopenia;

Neuropsiquiátrica: sensação anormal do paladar (deficiência de zinco), depressão apática, perturbação cognitiva leve;

Esquelética: osteoporose.

b. Relacionadas à purgação e ao abuso de laxantes

Metabólicas: anormalidades dos eletrólitos, em especial, hipocalcemia, alcalose hipoclorêmica, hipomagnesemia;

Digestivo-gastrointestinais: inflamação e aumento das glândulas salivares e do pâncreas, com aumento da amilase no soro; erosão esofágica e gástrica; disfunção intestinal com dilatação hastral;

Dentárias: erosão do esmalte dentário, particularmente nos dentes da frente, com cáries correspondentes;

Neuropsiquiátricas: convulsões (relacionadas a mudanças de fluidos e a desequilíbrios eletrolíticos), neuropatias leves, fadiga e fraqueza, transtorno cognitivo leve.

3.1.8 Risco e prognóstico

Os indivíduos que participam de atividades que exigem uma grande atenção ao peso e à aparência, tais como balé, ginástica e modelos, apresentam maior risco para a anorexia nervosa. Outros grupos são também suscetíveis, incluindo mulheres com doenças crônicas e transtornos do humor, em especial, a depressão; as mulheres com profissões que requerem altos padrões de conquista; e homens homossexuais (Yager e Powers, 2010).

Um estudo recente verificou que o tipo restritivo pareceu menos propenso à recuperação do que o tipo compulsão periódica/purgativo. A resposta a curto prazo dos pacientes em quase todos os programas de tratamento hospitalar é boa. No entanto, o prognóstico em geral não é bom, com taxa de mortalidade na faixa de 5 a 18% dos pacientes com anorexia nervosa, e cerca de metade dos pacientes com esta doença terá sintomas de bulimia de forma eventual, em geral, dentro do primeiro ano após o início do tratamento (Kaplan e Sadock, 2007).

Estudos de evolução de 10 anos nos Estados Unidos têm demonstrado que cerca de um quarto dos pacientes se recupera completamente e outra metade tem melhora marcante, com funcionamento bastante satisfatório. O outro quarto inclui uma taxa de mortalidade geral de 7%, além de pacientes

com uma condição crônica e peso abaixo do normal. Estudos ingleses e suecos de evolução de 20 a 30 anos mostram uma taxa de mortalidade de 18% (Kaplan e Sadock, 2007).

Alguns fatores são preditivos de uma evolução desfavorável, como peso muito baixo no início do tratamento, aparecimento tardio da doença, demora em procurar ajuda médica, presença de práticas purgativas, relações familiares comprometidas e outras morbidades psiquiátricas associadas (Borges *et al.*, 2006).

3.1.9 Tratamento

Segundo a Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2000), a principal meta do tratamento da AN é o ganho de peso até o Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 19. Em relação à BN, o objetivo principal do tratamento é a regularização do padrão alimentar com suspensão de práticas purgativas e restritivas (APA, 2000; Salzano e Cordás, 2004).

O tratamento exige uma equipe multidisciplinar em que psiquiatra, endocrinologista, ginecologista, pediatra, psicólogo, nutricionista, equipe de enfermagem e outros profissionais podem ser necessários (Cordás, 2001). Muitos programas utilizam os atendimentos grupais por razões econômicas, propiciando apoio mútuo, além de diminuir a sensação de vergonha e impotência diante da doença (Salzano e Cordás, 2003).

A suposta raridade desses transtornos e a ausência de tratamento farmacológico têm afastado os investimentos das instituições de saúde e das indústrias farmacêuticas em geral (Cordás, 2001).

Para a maioria de pacientes com BN, um tratamento não farmacológico é considerado o primeiro passo. Os medicamentos antidepressivos estão indicados quando a abordagem psicoterápica não tiver a evolução esperada. O uso de antidepressivos, como os tricíclicos e os inibidores seletivos de recaptura da serotonina (ISRS), tem auxiliado no tratamento da bulimia nervosa com a redução da frequência de episódios bulímicos e vômitos, além de atuar

em sintomas ansiosos e depressivos presentes (APA, 2000; Salzano e Cordás, 2003).

Ainda não há um tratamento farmacológico considerado eficaz para o tratamento da anorexia nervosa. Entretanto, a ação de antidepressivos na prevenção de recaídas e de antipsicóticos no ganho de peso pode sinalizar como deverão ser as pesquisas no futuro. O uso recente do topiramato acrescentou novas esperanças para o tratamento dos quadros de AN e BN (Salzano e Cordás, 2003), sendo indicado para o tratamento profilático da migrânea (Krymchantowski *et al.*, 2004), assim como a gabapentina para a cefaleia (Peres, 2008). Estudos indicam que a fluoxetina pode ser um aliado na manutenção do peso pós-internação (Appolinário e Claudino, 2000).

Alguns pacientes têm quadros mais graves que exigem uma permanência de 24 horas por dia, em regime de internação hospitalar, em casos de autoagressividade (Salzano e Cordás, 2003), peso corporal abaixo de 75% do mínimo ideal, perda rápida do peso ou quando a monitorização constante das condições clínicas do paciente é essencial (Appolinário e Claudino, 2000).

O tratamento ambulatorial é indicado quando há um suporte social adequado ao paciente e este não está perdendo peso rapidamente ou com instabilidade clínica e metabólica (Appolinário e Claudino, 2000).

O hospital-dia é uma modalidade de tratamento relativamente nova que tem como objetivo melhorar a transição do regime de internação para o lar, acelerando o retorno à sociedade e prevenindo recaídas, e vem obtendo bons resultados (Salzano e Cordás, 2003).

A psicoterapia em suas diversas modalidades (cognitivo-comportamental, interpessoal e a terapia de família) ainda é um dos pilares centrais do tratamento (Appolinário e Claudino, 2000).

3.2 Transtornos alimentares e a odontologia

As manifestações bucais desses transtornos decorrentes da prática de métodos purgativos (vômitos autoinduzidos) são a presença de mucosite, queilite, alterações nas glândulas salivares (Sivolella *et al.*, 2000; Ximenes *et*

al., 2010), lábios secos, ardência em língua, edema em glândulas parótidas (Romanos *et al.*, 2012) erosão dentária, maior prevalência de gengivite, recessão gengival, perimólise (Touyz *et al.*, 1993; Rytömaa *et al.*, 1998; Sivoilella *et al.*, 2000; Lifante-Oliva *et al.*, 2008; Ximenes *et al.*, 2010; Johansson *et al.*, 2012), baixo pH salivar (Howat, 1990; Sivoilella *et al.*, 2000; Ximenes *et al.*, 2010) e fluxo salivar menor (LeGoff *et al.*, 1988; Rytömaa *et al.*, 1998) e DTM (Johansson *et al.*, 2010). Esses sinais e sintomas podem ser agravados pela deficiência nutricional, distúrbios metabólicos, higiene oral deficiente e fármacos que causem xerostomia. Tais alterações causam desconforto, dor e prejuízos na estética e na qualidade de vida (Lo Russo *et al.*, 2008).

Johansson *et al.* (2009) realizaram um estudo na Suécia por meio de questionários no qual a maioria dos dentistas afirmou que teve contato com poucos pacientes com TA em seus consultórios, sendo que 86% relataram que sentem necessidade de mais treinamento para poderem realizar o tratamento odontológico nestes pacientes, tendo em vista a pouca experiência e pouco conhecimento sobre essas doenças.

3.3 Dor orofacial

Muitas foram as tentativas de se definir a dor. A palavra se origina do Grego *algos* e do Latim *dolor*, que originou os termos *dolore*, em Italiano, *doleur*, em Francês, e *dor*, em Português (Pagura, 2009). Segundo a International Association for the Study of Pain (IASP), a dor é definida como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável que resulta em dano real ou potencial dos tecidos, ou é descrita em tais termos” (Merskey e Bogduk, 1994). A partir deste conceito, percebe-se que a dor é uma experiência cuja percepção é individual e multidimensional no cérebro da pessoa que dela sofre (Siqueira e Teixeira, 2012).

A dor é uma condição muito prevalente na população e exerce um impacto significativo na qualidade de vida do indivíduo e na sociedade causando, inclusive, grande impacto econômico (Alves Neto *et al.*, 2009). É, também, considerada como sendo o sintoma mais relevante e comum de

alguma doença. No entanto, descobriu-se que a dor crônica pode ser a própria doença ou assemelhar-se a uma doença (Merskey e Bogduk, 1994).

A análise de estudos epidemiológicos sobre dor em determinadas populações ou grupos auxilia na elaboração de programas de cuidados que se destinam à prevenção e ao tratamento da dor e de seus pacientes (Siqueira e Teixeira, 2012).

A dor pode ser classificada quanto à duração em aguda (dura menos de um mês), em subaguda (de um a seis meses) e crônica (duração de mais de seis meses). Além disso, a dor crônica também é caracterizada como a que persiste mesmo após a resolução da lesão que a causou (Siqueira e Teixeira, 2012). A dor aguda é de ocorrência quase universal. Constitui sintoma que, primariamente, alerta os indivíduos para a necessidade de assistência médica (Teixeira e Pimenta, 1994). Dentre as dores agudas, destaca-se a dor de dente (Alves Neto *et al.*, 2009).

A IASP desenvolveu uma taxonômica de dor crônica, dividida em cinco itens principais de acordo com a região acometida, o sistema envolvido, a característica temporal da dor, a intensidade da dor relatada pelo paciente e a etiologia da dor. Outros itens foram adicionados para diversas síndromes, gerando a seguinte classificação: síndromes álgicas generalizadas e localizadas; dor craniofacial de origem musculoesquelética; lesões do ouvido, nariz e cavidade bucal; cefaleias primárias; dor de origem psicológica da cabeça e da face; dor decorrente de disfunção musculoesquelética das regiões suboccipitais e cervical; dor visceral do pescoço; dor de origem neurológica no pescoço, no ombro e na extremidade superior; lesão do plexo braquial; dor nos braços, no ombro e na cabeça (Merskey e Bogduk, 1994).

Dor orofacial é toda a dor associada à pele, a ossos, a dentes, a vasos sanguíneos, a glândulas ou a músculos da cabeça e/ou pescoço, podendo estar associada a doenças reumáticas, cervicalgias e cefaleias primárias (Leeuw, 2010).

As dores orofaciais podem atingir até 12% da população geral, com percentual semelhante ao da dor torácica e pouco menor do que a das lombalgias (41%), cefaleias (26%) e dores abdominais (17%) (Von Korff *et al.*, 1988). Estudos americanos mostram que 22% da população americana referiu

algum tipo de dor orofacial nos seis meses que antecederam a pesquisa (Lipton *et al.*, 1993), enquanto que, no Brasil, a dor de dente é a queixa mais comum (38%) (Siqueira e Teixeira, 2012).

3.4 Disfunção temporomandibular

No Brasil, popularizou-se a expressão Disfunção Temporomandibular (DTM) como tradução para “*Temporomandibular Disorders*” que, segundo a American Academy of Orofacial Pain (AAOP)³⁸, é o termo que engloba um grupo amplo de problemas clínicos musculoesqueléticos envolvendo a musculatura mastigatória, a articulação temporomandibular (ATM), os ossos circundantes e componentes de tecidos moles, de forma individualizada ou podendo haver as combinações destas estruturas.

Como expressa no Brasil, a DTM assemelha-se, como antigamente se pensava, a uma síndrome, entretanto, como diz a AAOP, ela compõe um conjunto de afecções e doenças, cerca de 30, que precisam ser diferenciadas para que seja feito o diagnóstico diferencial, de modo que é importante distinguir a DTM secundária das doenças daquela que ainda é considerada idiopática ou funcional, como também ocorre em outras doenças de dor crônica, como a fibromialgia⁷.

A articulação temporomandibular (ATM) está localizada inferiormente ao arco zigomático e anteriormente à orelha externa, sendo o local em que a parte superior do crânio se articula com a mandíbula (Bath-Balogh e Fehrenbach, 2012). Define-se DTM (disfunção temporomandibular) como um conjunto de distúrbios que englobam os músculos mastigatórios, a ATM e demais estruturas associadas. Os sintomas que os pacientes mais relatam são: dores na face, ATM e/ou músculos mastigatórios, dores de cabeça e na orelha, zumbido, vertigem, sensibilidade à palpação, ruídos articulares e limitação ou incoordenação de movimentos mandibulares (Leeuw, 2010).

O bruxismo é uma atividade parafuncional, diurna ou noturna, caracterizada por movimentos não funcionais da mandíbula, quando se apertam, raspam ou rangem os dentes de forma contínua ou esporádica,

podendo resultar em sérios danos ao sistema estomatognático e em desequilíbrio fisiopatológico deste sistema, desencadeando sinais e sintomas de DTM por acometer músculos, dentes, periodonto e ATM (Oliveira e Nakae, 2002). A prevalência de bruxismo na população geral ainda permanece um assunto controverso.

A literatura apresenta valores que variam de 5 a 90%, porém, as diferenças metodológicas empregadas nos estudos, as amostras heterogêneas e diferentes definições de bruxismo levam a resultados conflitantes (Solberg *et al.*, 1979; Oliveira e Nakae, 2002).

A síndrome dolorosa miofascial é um efeito excitatório central caracterizado pela presença de pontos de gatinho que causam dor referida, decorrente de alterações periféricas musculares e que causam sintomas num sítio diferente do local de origem da dor (Travell e Simons, 1983).

O desarranjo interno da ATM é definido como o relacionamento anormal do disco articular com o côndilo, a fossa e a eminência articular. Normalmente, o côndilo se encontra em posição retrusiva e o disco articular se posiciona sobre ele e o acompanha durante todos os movimentos excursivos de protrusão e de lateralidade. A etiologia do deslocamento de disco com e sem redução ainda é inconclusiva, porém, há evidências de que o trauma e a hiperatividade muscular decorrente do bruxismo e do apertamento dentário possam interferir no bom relacionamento do disco com as superfícies articulares (Katzberg, 1999; Oliveira, 2002). As alterações degenerativas (osteoartrose e osteoartrite) ocorrem quando a remodelação articular não mantém equilíbrio entre forma e função, e as superfícies articulares são expostas à sobrecarga. A osteoartrite é acompanhada de inflamação. Quando não há inflamação, não há dor, mas, se presente, o paciente queixa-se de dor surda ou do tipo queimação. A capsulite e a sinuvite são condições inflamatórias primárias decorrentes de trauma, irritação ou infecção que apresentam dor e limitação secundária dos movimentos estando, frequentemente, associadas a outras desordens temporomandibulares (Oliveira, 2002).

Figura 1 - Representação da interação das principais causas etiológicas e alterações intra-articulares (Oliveira, 2002).

Estudos mostram que a dor orofacial foi referida por 22% da população americana nos seis meses que antecederam a pesquisa, sendo que 12% da amostra apresentavam dor odontogênica e 5,3% apresentavam DTM (Lipton *et al.*, 1993). Outros estudos estimam que 40% a 74% da população apresentam, pelo menos, um sinal de DTM e 33%, pelo menos, um sintoma (Leeuw, 2010). No Brasil, 38% da população geral refere dor de dente. Porém, os estudos epidemiológicos brasileiros sobre dor crônica ainda são escassos (Teixeira *et al.*, 2012).

Segundo Manfredini *et al.* (2003), diversos estudos provam a existência de uma associação entre DTM, ansiedade, depressão e stress, já estudo conduzido por Barros *et al.* (2009) mostra, claramente, o impacto negativo que a DOF causa na qualidade de vida dos indivíduos com DTM.

Há uma maior prevalência de bruxismo e DTM em pacientes psiquiátricos (Winocur *et al.*, 2007), e estudos sugerem que as DTM parecem ser prevalentes nos pacientes com transtornos alimentares (Goldberg *et al.*, 2006;

Romanos *et al.*, 2012), principalmente quando comparados aos indivíduos de grupos-controle (Romanos *et al.*, 2012) e quando há a indução de purgações (Johansson *et al.*, 2010). A presença de DTM pode prejudicar a capacidade de ingestão de alimentos (Haketa *et al.*, 2006). Além disso, Akhter *et al.* (2004) sugerem em seu estudo que a prevalência dessas disfunções em adolescentes pode estar relacionada com o consumo prolongado de alimentos de difícil mastigação.

As mulheres apresentam maior prevalência de dor que os homens com idades similares (Sternback, 1986; Von Korff *et al.*, 1988).

Mulheres com TA sofrem de maior sensibilidade à palpação muscular, maior estresse emocional e maior destruição dos tecidos duros (erosão dentária e sensibilidade dentinária) em relação a mulheres saudáveis (Emodi-Perlman., 2008), além disso, a presença de fatores como depressão em mulheres portadoras de TA está intimamente relacionada com a presença de dores moderadas a graves (Coughlin *et al.*, 2008).

3.5 Glândulas salivares e saliva

As glândulas salivares são órgãos exócrinos responsáveis pela produção da saliva. São constituídas por duas regiões anatômica e funcionalmente distintas (acinar e ductal) e estão divididas em glândulas salivares maiores e menores, sendo que as glândulas maiores encontram-se aos pares (parótidas, submandibulares e sublinguais) e são responsáveis por 90% da produção da saliva não estimulada. A glândula salivar parótida possui uma pequena parte que pode ser palpada na região da bochecha e na região zigomática, estando disposta de forma irregular desde o arco zigomático até a margem posterior da mandíbula (Bath-Balogh e Fehrenbach, 2012). As glândulas salivares menores e acessórias produzem os 10% restantes da saliva (Humphrey e Williamson, 2001) e estão localizadas em lábios, palato e mucosa jugal (Mese e Matsuo, 2007). Com ductos curtos, secretam mucoproteínas importantes na formação da película adquirida (Leite, 2006). As glândulas salivares são compostas por unidades morfofuncionais denominadas adenômeros, que são constituídos por

uma unidade secretora terminal e por um sistema de ductos, sustentados por um tecido conjuntivo. As unidades secretoras (ácinos) são compostas por células serosas, mucosas e mioepiteliais, que variam de tamanho, forma e número. As células mucosas secretam maior teor de glicoproteínas devido ao conteúdo menos enzimático, enquanto que as células serosas são especializadas na síntese, no armazenamento e na secreção de proteínas (Leite, 2006).

Figura 2 - Diagrama ilustrativo do sistema de ductos de uma glândula salivar (Nanci, 2008).

A saliva é, inicialmente, formada na região acinar, e sofre modificações ao passar pela região ductal, resultado da absorção de sódio (Na^+) e cloro (Cl^-), e secreção de potássio (K^+) e bicarbonato (HCO_3^-), sendo os principais componentes inorgânicos da saliva (Nicolau, 2008; Katchburian e Arana-Chavez, 2012). O nervo auriculotemporal é responsável pela inervação

parassimpática da glândula parótida, enquanto que, nas glândulas submandibulares e sublinguais, a inervação parassimpática ocorre pela corda do tímpano. A inervação simpática, por sua vez, ocorre através da camada adventícia dos vasos sanguíneos (Bradley, 1981). Dessa forma, o sistema nervoso autônomo controla a secreção da saliva por meio da liberação de neurotransmissores por terminações nervosas simpáticas e parassimpáticas, que interagem com receptores específicos da membrana plasmática. A acetilcolina é o principal neurotransmissor parassimpático e colinérgico que estimula as glândulas salivares ao se ligar ao receptor muscarínico, ativando, assim, a via sinalizadora do Ca^{2+} /calmodulina por meio da proteína Gq, que ativa a fosfolipase C (PLC) e, por hidrólise, leva à secreção de água, eletrólitos e pequena quantidade de proteína. A norepinefrina, por sua vez, é um neurotransmissor simpático que ativa os receptores adrenérgicos e, por meio da interação de diversas proteínas, leva à excreção da saliva rica em muco e em enzimas (Nicolau, 2008; Campos; Nanci, 2013).

Figura 3 - Mecanismo de secreção salivar por meio de um esquema representando a unidade secretora terminal (Campos, 2013; Nanci, 2013).

A saliva é o primeiro meio biológico a entrar em contato com materiais externos, como bebidas e alimentos. Entre suas funções, destacam-se: hidratação e lubrificação das mucosas, limpeza oral constante por meio do fluxo salivar, manutenção do pH salivar próximo à neutralidade (capacidade tampão), solubilidade de alimentos, ação antimicrobiana e antioxidante, manutenção da integridade dental; formação do bolo alimentar e facilitação da fala, mastigação, paladar e deglutição. Essas funções ocorrem devido à ação dos componentes salivares, como eletrólitos (cálcio, fosfatos, sódio, magnésio, potássio e bicarbonato), proteínas, enzimas (amilase, lisozima, catalase, peroxidase, lactoferrina, cistatina, proteína rica em prolina, defensina, anidrase carbônica, mucina, histatina, lipase, lactato desidrogenase, superóxido dismutase, etc.), imunoglobulinas (IgA, IgG e IgM), produtos nitrogenados e compostos orgânicos (glicose, aminoácidos, ureia, ácido úrico, moléculas lipídicas, etc.), entre outros componentes. Os componentes inorgânicos da saliva também atuam nos processos de remineralização e maturação pós-eruptiva dos dentes, por meio da manutenção das concentrações de cálcio e fosfato. Além disso, o início do processo de digestão e a formação da película adquirida ocorrem com a ação dos componentes orgânicos salivares (Humphrey e Williamson, 2001; Nicolau, 2008; Nicolau, 2012).

Alguns parâmetros salivares têm sido estudados como indicativos de atividades glandulares, como, por exemplo, a peroxidase em glândula submandibular e a amilase em glândula parótida (Leite, 2006).

A ação da peroxidase ocorre em secreções exócrinas, como saliva, lágrimas e leite. Na saliva, a peroxidase é secretada, principalmente, pelas glândulas submandibulares. Na presença de H_2O_2 , a peroxidase oxida o SCN^- (tiocianato), derivado da dieta e do tabaco, em $HOSCN/OSCN^-$ (ácido hipotiocianoso/hipotiocianato), ocorrendo a ação antimicrobiana e diminuindo a toxicidade celular com a catalisação da degradação do peróxido de hidrogênio. O espectro antimicrobiano do sistema peroxidase abrange gram positivo e negativo, potencial antiviral e antifúngico (Ihalin *et al.*, 2006; Leite, 2006; Simões, 2008).

A α -amilase é a enzima mais abundante na saliva e é secretada, principalmente, pelas glândulas parótidas. Além de estar presente no *clearance* salivar, graças a sua afinidade com diversas espécies de streptococcus, representa 25% das proteínas salivares totais, sendo responsável pela digestão de carboidratos pela hidrólise do amido e possui afinidade por hidroxiapatita, conferindo-lhe participação na formação da película adquirida do esmalte e na colonização bacteriana (Leite, 2006; Mese e Matsuo, 2007; Oppenheim *et al.*, 2007; Simões, 2008). As proteínas restantes são outras proteínas séricas, glicoproteínas, imunoglobulinas, enzimas e substâncias conhecidas como fator de crescimento nervoso e endorfinas (Mese e Matsuo, 2007).

O volume de fluido salivar secretado pelo homem oscila entre $\frac{3}{4}$ e 1 litro por dia ou $\frac{1}{5}$ do volume plasmático total (Bradley, 1981). A estimulação parassimpática aumenta o fluxo salivar (Bradley, 1981) e proporciona uma saliva com baixo teor proteico e rica em água (Nicolau, 2008), já a estimulação simpática é responsável pela diminuição do fluxo salivar (Bradley, 1981), e produção de saliva viscosa e rica em glicoproteínas (Nicolau, 2008).

Quando o fluxo salivar é diminuído, funções vitais, como a fala, mastigação e deglutição, podem estar comprometidas. Além disso, a cavidade bucal torna-se desprotegida, favorecendo o aparecimento de úlceras.

A sensação subjetiva de boca seca é denominada xerostomia, resultante da redução do fluxo salivar (Amerogen *et al.*, 2003), podendo ser avaliada por meio de testes salivares, sialometria e questionários. Estes métodos podem constatar se há alteração do fluxo ou composição salivar que justificam a queixa. Essas alterações salivares podem ser causadas por doenças sistêmicas, abuso de drogas, radiação em cabeça e pescoço, estresse emocional e uso crônico de várias medicações (Ghezzi e Ship, 2003). O estudo de Da Silva *et al.* (2011) mostra que a presença de DOF pode afetar a função salivar desses pacientes. As queixas mais comuns das alterações salivares são desconforto e sensação de queimação bucal, maior ocorrência de lesões de cárie e de infecções oportunistas e alterações gengivais, causando dificuldade de mastigação e de deglutição (Thomson, 2005).

Alguns autores não constataram diferenças significativas nos parâmetros salivares pacientes com transtornos alimentares com e sem indução de vômitos (Milosevic e Slade, 1989; Touyz *et al.*, 1993) e em relação a pacientes saudáveis (Milosevic e Dawson, 1996).

Figura 4 - Glândulas salivares maiores (Fehrenbach e Herring, 2007; Bath-Balogh e Fehrenbach, 2012).

3.6 Lesões cervicais não cariosas (LCNC)

Existem dois tipos de lesões que podem afetar a região cervical dos dentes, causando perda irreversível de sua estrutura: as infecciosas (cárie dentária) e as não infecciosas ou lesões cervicais não cariosas (LCNC), constituídas pela abrasão, erosão e abfração (Kliemann, 2012). Essas lesões cervicais estão relacionadas à sensibilidade dentinária, mas o diagnóstico da LCNC é difícil devido à ocorrência de uma interação de fatores e é frequente a ausência de fator etiológico principal no momento do exame.

A erosão dental é definida como a dissolução química do tecido duro. Em 1939, Holst e Lange criaram o termo “perimólise”, que é um tipo de erosão na qual ocorre a desmineralização irreversível nas faces palatinas e linguais dos dentes causada pelo ácido gástrico decorrente dos vômitos crônicos, deixando

o dente mais suscetível às lesões de cárie e à sensibilidade dentinária (Milosevic, 1999; Kim *et al.*, 2005).

O consumo de bebidas carbonatadas, sucos cítricos, bebidas alcoólicas, alimentos dietéticos e problemas gástricos, refluxos esofágicos e esofagites contribuem cada vez mais para um aumento da acidez bucal e queda prolongada da capacidade tampão do pH bucal (Edwards *et al.*, 1999; Watson *et al.*, 2000), favorecendo o aparecimento da erosão dental e da perimólise (Romanos *et al.*, 2012). Em pacientes com propensão à erosão cervical, o risco de aumento da lesão é elevado se houver escovação imediatamente após a ingestão de agentes erosivos (Davis e Winter, 1980). Frydrych *et al.* (2005) sugerem a divisão dos grupos de pacientes com transtornos alimentares restritivos e purgativos para se ter real porcentagem da erosão e comparação de resultados. A severidade da erosão bucal em pacientes com TA está relacionada a diversos aspectos, tais como: duração e incidência diária da purgação, frequência de higiene oral (principalmente após o episódio de vômito) e tempo necessário para normalização do pH oral (Milosevic, 1999; Kavitha *et al.*, 2011).

Figura 5 - Coroa, raiz e tecidos associados de um dente unirradicular e de um dente multirradicular (Bath-Balogh e Fehrenbach, 2012).

Embora seja fisiológica, a retração gengival (recessão) é aumentada devido aos fatores abrasivos, aos ácidos, à placa bacteriana, às inserções musculares e do freio lingual, à posição dos dentes na arcada e ao traumatismo oclusal (Löe *et al.*, 1992; Toffenetti *et al.*, 1998; Lindhe, 1999). O dente sofre diversas ações mecânicas durante a mastigação. Consequentemente, a região cervical recebe seus efeitos. No bruxismo, os dentes flexionam-se, e há alternâncias entre tração, e compressão em cada região do dente, resultando em fadiga e rompimento estrutural. As forças de tração são mais nocivas ao esmalte e à dentina. A perda dentária também ocorre devido às trocas iônicas que ocorrem ao redor do dente durante estas forças (Siqueira e Teixeira, 2012).

O traumatismo oclusal leva à desestruturação do esmalte (abfração), podendo causar a ruptura do ligamento periodontal, e, consequentemente, a migração gengival e exposição radicular, causando, também, a sensibilidade próxima à região da junção amelocementária (Siqueira e Teixeira, 2012).

É pouco provável que os processos destrutivos cervicais sejam causados por fenômenos isolados. O traumatismo, associado à escovação incorreta, uso de escovas duras e dentifrícios abrasivos, ingestão de alimentos com alto potencial de dissolução e doenças como a BN e hipertireoidismo propiciam perda de tecido mineralizado dentário. Atualmente, pouco se sabe sobre a interação dos fatores envolvidos e sobre como se deve agir para evitar o início do desenvolvimento das lesões cervicais não cariosas (Siqueira e Teixeira, 2012).

Para alguns autores, a associação entre cárie e doença periodontal (Milosevic e Slade, 1989; Little, 2002; Romanos *et al.*, 2012), a sensibilidade dentária e a higiene oral (Little, 2002) com transtornos alimentares permanece discutível.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Sujeitos

Foram avaliados 64 pacientes distribuídos em quatro grupos de pacientes de acordo com o diagnóstico médico:

- **Grupo A** (Anorexia Nervosa Restritiva): 07 pacientes;
- **Grupo B** (Anorexia Nervosa Purgativa): 19 pacientes;
- **Grupo C** (Bulimia Nervosa): 16 pacientes;
- **Grupo D** (Grupo-controle): 22 pacientes.

O Grupo D foi composto por indivíduos sem diagnóstico de transtornos psiquiátricos, e com características sociais e idades similares aos Grupos A, B e C. Os Grupos B e C, que foram constituídos por pacientes que praticam a purgação, foram divididos em subgrupos de acordo com o número de vômitos autoinduzidos ao dia para avaliação dos resultados.

4.2 Critérios de inclusão

Foram incluídos no projeto pacientes de ambos os sexos que estavam em tratamento no Programa de Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria com idade igual ou maior de 18 anos.

4.3 Critérios de exclusão

Pacientes que já estavam em tratamento das dores orofaciais e de disfunção temporomandibular ou que apresentavam processos tumorais ou infecciosos dos maxilares.

4.4 Instrumentos de avaliação

Todos os pacientes foram avaliados pela pesquisadora executante por meio do exame clínico convencional, realizado em cadeira odontológica e utilizando foco de luz e instrumentais da rotina odontológica (espelho, cureta e explorador) com base nos seguintes instrumentos:

- *Ficha clínica odontológica* (Anexo A): Contempla os dados sociodemográficos, história médica, odontológica e alimentar.
- *Índice CPOD* (OMS, 1986) (Anexo A): Avalia a quantidade de dentes cariados, perdidos e obturados (restaurados). Na elaboração do índice, todas as faces foram consideradas e, no resultado final, utilizou-se a que esteve em pior situação. Os terceiros molares não foram contabilizados.
- *Índice de Higiene Oral* (O'Leary TJ, 1967; Ainamo e Bay, 1975) (Anexo A). Calculado a partir do número de superfícies coradas após o uso de evidenciador de placa Eviplac[®] (Fucsina básica 2%, sacarina sódica, lactose, ciclamato de sódio e expedientes), multiplicado por 100 e dividido pelo número total de superfícies dos dentes.
- *Índice gengival* (Silness e Løe, 1964) (Anexo A): Avalia as alterações da forma e contorno dos tecidos periodontais.
- *Protocolo de Pesquisa para Dor Orofacial:*
 - a. *Ficha EDOF-HC* (Anexo B): Instrumento utilizado para o diagnóstico de dor orofacial, que inclui a queixa principal do paciente e as principais características de dor (localização, duração, qualidade, intensidade EVA, fatores de alívio e de piora), morbidades associadas, dor generalizada, cefaleia e história médica, sendo específica para DTM e DOF (Siqueira, 2001; Siqueira *et al.*, 2004). Para tal, serão realizadas perguntas ao paciente abordando queixas e/ou sinais e sintomas referente à dor orofacial, exame intra e extraoral e palpação dos músculos da mastigação e do pescoço e da ATM para avaliação da presença ou não de dor.

b. Versão em Português do questionário RDC/TMD: Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (Kosminsky *et al.*, 2004) (Anexo C). Os dados obtidos pelo eixo I possibilitaram avaliar os diagnósticos relacionados ao aparelho mastigatório e os do eixo II, os aspectos funcionais e emocionais relacionados com a dor crônica.

- *Radiografia panorâmica:* Para avaliação da condição óssea e dentária, como parte da rotina da avaliação odontológica com o objetivo de excluir da pesquisa processos invasivos ou infecciosos.
- *Questionário sobre Xerostomia:* Avalia as queixas do paciente em relação à sensação de boca e à presença de xerostomia por meio de perguntas (Korn *et al.*, 2002) (Anexo D).
- *Análise bioquímica do complexo salivar:* Para a análise do complexo salivar, seguiu-se o protocolo de pesquisa do Centro de Pesquisa em Biologia Oral – Departamento de Biomateriais e Biologia Oral da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP). Para coleta de saliva, foram utilizados proveta graduada, gaze, gelo picado, funil, Parafilm® e cronômetro. A coleta foi realizada pela manhã, para minimizar os efeitos do ritmo circadiano, e os sujeitos foram orientados a não se alimentar, mascar chicletes ou balas, fumar ou beber água nas duas horas que antecederam o teste. Foram coletadas as salivas não estimuladas e estimuladas, com o paciente sentado na cadeira odontológica, em uma posição relaxada. Pediu-se para bochechar por 30 segundos cerca de 15 ml de água destilada e cuspir, e, durante trinta segundos antes de se iniciar a coleta, o paciente deglutiou toda a secreção estimulada durante esse período. A saliva não estimulada foi coletada por 10 minutos, com o paciente inclinando levemente a cabeça para deixar o conteúdo salivar escorrer para a proveta graduada pelo funil. A saliva estimulada foi coletada por 5 minutos, da mesma maneira citada anteriormente, porém foi dado ao paciente um pedaço de Parafilm® que foi mastigado para estimular a secreção salivar. Foram medidos os

valores de volume, fluxo, pH e capacidade tampão, e o restante dos conteúdos salivares foram armazenados em freezer -80° para posterior análise bioquímica em laboratório.

a. Volume

É o conteúdo total secretado pelo paciente, medido na proveta graduada.

b. Fluxo

Foi determinado pela relação entre volume de saliva coletado e o tempo da coleta, sendo expresso em mililitros por minuto (ml/min).

c. pH

Mede-se o pH da saliva utilizando-se o pHômetro.

d. Capacidade Tampão

Pipeta-se 1ml da saliva para o tubo de ensaio, mede-se o pH inicial e acrescenta-se 0,2 ml de ácido clorídrico 0,01N. Agita-se o tubo e mede-se o pH após cada adição de ácido, até atingir o pH 4,0. As leituras são projetadas em um gráfico considerando, na ordenada, os pHs e, na abscissa, a quantidade em ml do ácido clorídrico, dessa forma, quanto maior o volume do ácido clorídrico utilizado, maior será a resistência à cárie no indivíduo.

e. Determinação da concentração total de proteínas

A concentração de proteínas no conteúdo salivar foi determinada pelo método de Lowry (Lowry *et al.*, 1951). Em meio alcalino, o cobre da solução de sulfato de cobre reage com a proteína da saliva formando um complexo (reação de Piotrowsky ou biureto). A cor azul é obtida com a redução do reativo de folin-ciocalteus pelo aminoácido fenólico formado a partir desse complexo. O teor destes aminoácidos são comparados com a referência da curva padrão formada a partir da solução de albumina bovina 0,5 mg/ml e, dessa forma, pode se calcular o teor de proteína da solução enzimática. As leituras de absorbância foram feitas a 660 nm em espectrofotômetro Beckman DU-800 e os resultados foram expressos em mg/ml.

f. *Determinação da concentração de ácido siálico*

Utiliza-se como padrão o ácido N-Acetil-neuramínico (NANA), sendo o conteúdo do ácido siálico determinado pela combinação modificada dos métodos de Aminoff (1961) e de Skoza e Mohos (1976). Para determinação da concentração do ácido siálico total, hidrolisamos 140 µl e acrescentamos 70 µl de ácido periódico 25mM, incubando as amostras por 30 minutos a 37°C. São adicionados 70 µl de solução de arsenito de sódio a 2%, 140 µl de ácido tiobarbitúrico 0,1M pH 9,0, mantendo-se as amostras em água fervente por 7,5 minutos. Após esta etapa, são acrescentados 560 µl de dimetilsulfóxido e a leitura da absorbância é feita a 549 nm em espectrofotômetro. O ácido siálico ligado foi determinado subtraindo o valor livre do total.

g. *Determinação da atividade enzimática da amilase*

A atividade enzimática da amilase foi determinada pelo método descrito por Fisher e Stein (1961), utilizando-se como padrão uma curva de solução de maltoso 1mg/ml. As amostras de salivam foram incubadas em solução de amido 1% em tampão Fosfato ph 7,0 (fosfato de potássio 20Mm e cloreto de sódio 0,7 mM) por cinco minutos a 37°. Interrompia-se a reação com 0,4 ml de solução de ácido dinitrossalicílico, e, em seguida, mantinham-se os tubos em água fervente por cinco minutos. Após o esfriamento, as leituras das absorbâncias foram feitas a 530 nm e os resultados expressos em mg de maltose/mg de proteína.

h. *Determinação da atividade enzimática da peroxidase*

A atividade enzimática da peroxidase foi determinada pelo método de Chandra *et al.* (1977) e Anderson (1986), no qual, a partir da curva padrão feita com lactoperoxidase 1mg/ml com diluição 1:100, a peroxidase é determinada pela alteração de absorbância a 460nm em uma leitura de 5 minutos pelo espectrofotômetro de uma mistura de amostras de saliva, o-dianisidina 10mM, H₂O₂ 2,1mM e tampão fosfato 10mM. Os resultados são expressos em µg de lactoperoxidase/mg de proteína.

i. *Determinação da composição iônica*

Por meio de espectrofotômetro, são medidas as concentrações de íons sódio, potássio, fosfato e cálcio. Os padrões de tais elementos são preparados a partir de solução de sal espectrograficamente puro em ácido nítrico. As amostras são preparadas utilizando 0,5 ml de saliva e 0,5 ml de ácido nítrico a 10%. Depois, o volume é diluído 1:10 e os resultados são expressos em mmol/L.

4.5 Tipo de estudo

Este foi um estudo do tipo transversal.

4.6 Local de estudo

A avaliação clínica dos pacientes foi realizada no ambulatório da Equipe Odontológica do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e a análise do complexo salivar foi realizada no Laboratório de Biologia Oral e Biomateriais da Faculdade de Odontologia da USP.

4.7 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sob o Parecer de número 435.656. Os sujeitos incluídos na pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este termo foi elaborado conforme o preconizado na Resolução 196/96 relativa às Diretrizes Éticas e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (Conselho Nacional da Saúde, 1996), contendo informações sobre o objetivo e as finalidades da pesquisa, direito de recusar a participar sem sofrer

nenhum tipo de dano e a autorização para a realização da avaliação odontológica e para a coleta da saliva.

4.8 Análise estatística

Os dados foram armazenados e avaliados utilizando o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 18 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA).

As variáveis classificatórias foram apresentadas descritivamente em tabelas de contingência contendo frequências absolutas (n) e relativas (%). A associação entre estas variáveis e a variável grupo (A, B, C, D e E) foram avaliadas com o teste da razão de verossimilhança. As variáveis com distribuição normal foram apresentadas com médias e desvio padrão. Foram avaliadas com análise de variância (ANOVA) com um fator de classificação. Para as variáveis que não apresentaram distribuição normal, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis. Quando significativo, utilizou-se o teste de Dunn para discriminar as diferenças entre as classes (Rosner, 1994). As variáveis que apresentaram valor de $p < 0,10$ foram incluídas no modelo de regressão logística múltipla para avaliar os fatores preditores de dor miofascial e LCNC. Os valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Características sociodemográficas da amostra

A idade média foi de 37 ± 17 anos para o Grupo A, 33 ± 15 para o Grupo B, 33 ± 17 para o Grupo C, e 26 ± 8 para o Grupo D, não havendo diferença significativa entre eles ($p=0,062$). Não há diferenças quanto ao gênero ($p=0,300$) e ao estado civil ($p=0,272$). Os grupos diferem de forma estatística quanto à escolaridade ($p=0,007$) e em relação ao uso de auxílio-doença do governo (INSS) por licença médica (0,009) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos grupos (n=64).

Características sociodemográficas	Grupo A (n=7)	Grupo B (n=19)	Grupo C (n=16)	Grupo D (n=22)	P
Idade (anos)	37 (20-47)	33 (25-40)	33 (24-41)	26 (22-30)	0,062*
Sexo					
Feminino	7 (100%)	17 (89,5%)	13 (81,3%)	17 (77,3%)	0,300**
Masculino	0 (0%)	2 (10,5%)	3 (18,8%)	5 (22,7%)	
Estado civil					
Casado	0 (0%)	3 (15,8%)	5 (31,3%)	3 (13,6%)	0,272**
Solteiro	7 (100%)	14 (73,7%)	9 (56,3%)	18 (81,8%)	
Divorciado	0 (0%)	2 (10,5%)	2 (12,5%)	1 (4,5%)	
Escolaridade					
1º grau completo	0 (0%)	1 (5,3%)	1 (6,3%)	0 (0%)	0,007**
2º grau completo	4 (57,1%)	9 (47,4%)	4 (25%)	3 (13,6%)	
2º grau incompleto	0 (0%)	0 (0%)	2 (12,5%)	0 (0%)	
3º grau completo	0 (0%)	3 (15,8%)	6 (37,5%)	9 (40,9%)	
3º grau incompleto	3 (42,9%)	5 (26,3%)	1 (6,3%)	6 (27,3%)	
Pós-graduação completa	0 (0%)	1 (5,3%)	2 (12,5%)	4 (18,2,5%)	0,009**
INSS	2 (28,6%)	5 (26,3%)	5 (31,3%)	0 (0%)	

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; Grupo D – Controle; *Teste de Kruskal-Wallis; **Teste da razão de verossimilhança.

5.2 Características clínicas da amostra

Os pacientes foram distribuídos na Tabela 2 quanto ao tempo da doença em anos. Os grupos A e B apresentam maior porcentagem de pacientes com mais de 20 anos da doença, enquanto que, no grupo C, a maioria dos pacientes apresenta a doença de 15 a 20 anos ($p < 0,001$).

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes em relação ao tempo da doença em anos (n=42).

Tempo da doença	Grupo A (n=7)	Grupo B (n=19)	Grupo C (n=16)	P*
Menos de 1 ano	1 (14,3%)	0 (0%)	0 (0%)	<0,001
De 3 a 5 anos	2 (28,6%)	2 (10,5%)	3 (18,8%)	
De 5 a 8 anos	0 (0%)	2 (10,5%)	1 (6,3%)	
De 8 a10 anos	1 (14,3%)	2 (10,5%)	1 (6,3%)	
De 10 a15 anos	0 (0%)	4 (21,1%)	2 (12,5%)	
De 15 a 20 anos	0 (0%)	2 (10,5%)	6 (37,5%)	
Mais de 20 anos	3 (42,9%)	7 (36,8%)	3 (18,8%)	
Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; *Teste da razão de verossimilhança.				

A Tabela 3 mostra que há diferenças significativas ($p = 0,001$) no Índice de Massa Corpórea (IMC) entre os grupos, sendo a menor média prevalente entre os indivíduos dos grupos A e B, e a maior média entre os indivíduos do grupo C. O Grupo D apresenta valores dentro da normalidade, segundo a OMS.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes em relação ao IMC* (n=64).

IMC	Grupo A (n=7)	Grupo B (n=19)	Grupo C (n=16)	Grupo D (n=22)	P**
IMC	18 (15-24)	18 (16-19)	30 (23-32)	22 (21-24)	0,001
Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; Grupo D – Controle; *Índice de Massa Corpórea; **Teste da razão de verossimilhança.					

Na Tabela 4, é possível verificar as diferenças significativas no Índice de Massa Corpórea (IMC) entre os grupos B e C.

Tabela 4 - Comparação entre os grupos em relação ao IMC* (n=64).

IMC	Grupo A X Grupo B	Grupo B X Grupo C	Grupo B X Grupo D	Grupo A X Grupo C	Grupo A X Grupo D	Grupo C X Grupo D
IMC	>0,05**	<0,05**	>0,05**	>0,05**	>0,05**	>0,05**

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; Grupo D – Controle; *Índice de Massa Corpórea; **Teste de Dunn.

Quanto à automedicação para controle do peso, com exceção dos pacientes do grupo A, os demais relataram uso de diuréticos e laxantes (Tabela 5).

Tabela 5 - Uso atual de medicações para controle do peso (n=42)

Medicações para controle do peso	Grupo A (n=7)	Grupo B (n=19)	Grupo C (n=16)	P*
Laxante	0 (0%)	4 (21,1%)	3 (18,8%)	0,241
Diurético	0 (0%)	4 (21,1%)	1 (6,3%)	0,163
Anorexígeno	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; *Teste da razão de verossimilhança.

A Tabela 6 mostra as morbidades associadas aos transtornos alimentares em cada grupo.

Tabela 6 - Morbidades associadas (n=42).

Psicofármacos	Grupo A (n=7)	Grupo B (n=19)	Grupo C (n=16)	P*
Depressão	5 (71,4%)	4 (28,6%)	4 (25%)	0,088
TOC**	1 (16,7%)	2 (14,3%)	0 (0%)	0,152
Dependência Química	0 (0%)	1 (12,5%)	3 (25%)	0,512
Transtorno de Personalidade (<i>Borderline</i>)	0 (0%)	3 (21,4%)	3 (20%)	0,637
Dependência de benzodiazepínicos	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	0,351
Hipotireoidismo	1 (33,3%)	1 (9,1%)	2 (40%)	0,316

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; *Teste da razão de verossimilhança; **Transtorno Obsessivo Compulsivo.

A Tabela 7 mostra os psicofármacos utilizados pelos pacientes da amostra. Houve diferença estatística ($p=0,003$) somente em relação ao uso de quetiapina, que foi maior entre os pacientes do Grupo B.

Tabela 7 - Uso atual de psicofármacos (n=42).

Psicofármacos	Grupo A (n=7)	Grupo B (n=19)	Grupo C (n=16)	P*
Fluoextina	1 (16,7%)	4 (23,5%)	6 (40%)	0,454
Aripiprazol	0 (0%)	1 (6,7%)	0 (0%)	0,644
Venlafaxina	1 (33,3%)	4 (26,7%)	1 (20%)	0,913
Rivotril	0 (0%)	1 (6,7%)	0 (0%)	0,644
Paroxetina	2 (28,6%)	5 (33,3%)	1 (6,3%)	0,125
Quetiapina	2 (28,6%)	7 (46,7%)	0 (0%)	0,003
Lamotrigina	0 (0%)	2 (13,3%)	1 (6,7%)	0,613
Zolpidem	0 (0%)	4 (25%)	3 (20%)	0,457
Mirtazapina	1 (14,3%)	2 (12,5%)	1 (6,7%)	0,808
Prometazina	0 (0%)	1 (6,3%)	1 (6,7%)	0,657
Clonazepam	1 (14,3%)	4 (25%)	1 (6,7%)	0,356
Olanzapina	2 (28,6%)	1 (6,3%)	2 (13,3%)	0,376
Diazepam	0 (0%)	1 (6,3%)	0 (0%)	0,413
Sertralina	2 (28,6%)	3 (18,8%)	4 (26,7%)	0,824
Topiramato	1 (14,3%)	4 (23,5%)	4 (26,7%)	0,800
Nortriptilina	0 (0%)	1 (6,3%)	0 (0%)	0,795
Clomipramina	0 (0%)	2 (12,5%)	0 (0%)	0,164
Risperidona	0 (0%)	3 (17,6%)	0 (0%)	0,070
Lorazepam	0 (0%)	1 (10%)	0 (0%)	0,704
Neoleptil	0 (0%)	2 (10,5%)	0 (0%)	0,479
Alprazolam	0 (0%)	1 (6,3%)	0 (0%)	0,795
Clorpromazina	0 (0%)	0 (0%)	1 (8,3%)	0,742
Carbamazepina	0 (0%)	0 (0%)	1 (25%)	0,465

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; *Teste da razão de verossimilhança.

Em relação às internações hospitalares em decorrência de complicações do quadro clínico e/ou tentativas de suicídio, a Tabela 8 mostra que a maioria dos pacientes já sofreu de 1 a 20 internações hospitalares, sendo que o número de internações foi significativamente maior entre os pacientes do Grupo A ($p=0,008$).

Tabela 8 – Número de internações hospitalares devido ao quadro do transtorno alimentar (n=42).

Internações hospitalares	Grupo A (n=7)	Grupo B (n=19)	Grupo C (n=16)	P*
Já foi internado	7 (100%)	16 (84,2%)	8 (50%)	0,008
Número de internações				
0	0 (0%)	3 (15,8%)	8 (50%)	0,096
1	1 (14,3%)	4 (21,1%)	3 (18,8%)	
2	2 (28,6%)	6 (31,6%)	2 (12,5%)	
3	2 (28,6%)	2 (10,5%)	0 (0%)	
4	0 (0%)	1 (5,3%)	0 (0%)	
5	1 (14,3%)	0 (0%)	1 (6,3%)	
6	0 (0%)	2 (10,5%)	1 (6,3%)	
7	1 (14,3%)	1 (5,3%)	0 (0%)	
20	0 (0%)	0 (0%)	1 (6,3%)	

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; *Teste da razão de verossimilhança.

Na Tabela 9, observa-se a diferença entre os grupos em relação à permanência em internações hospitalares em meses, sendo significativa entre os grupos B e C, e entre os grupos A e C.

Tabela 9 – Comparação dos grupos em relação ao total de meses em internações hospitalares.

Internações hospitalares	Grupo A X Grupo B	Grupo B X Grupo C	Grupo B X Grupo D	Grupo A X Grupo C	Grupo A X Grupo D	Grupo C X Grupo D
Total de meses em internações hospitalares	>0,05**	<0,05**	-	<0,05**	-	-

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; Grupo D – Controle; **Teste de Dunn.

Em relação aos hábitos, nenhum dos pacientes dos grupos A referiram uso de drogas ilícitas, o tabagismo e a ruminação estavam presentes em todos os grupos, e o etilismo foi relatado pelos grupos B e C. Nenhum paciente do Grupo D relatou tais hábitos, dessa forma, foram excluídos dessa análise. Portanto, os pacientes dos grupos de estudo não apresentaram diferenças estatísticas em relação aos hábitos entre eles (Tabela 10).

Tabela 10 – Características dos grupos em relação aos hábitos (n=42).

Hábitos	Grupo A (n=7)	Grupo B (n=19)	Grupo C (n=16)	P*
Ruminação	3 (42,9%)	6 (31,6%)	8 (50%)	0,535
Etilismo	0 (0%)	1 (5,3%)	2 (12,5%)	0,423
Tabagismo	1 (14,3%)	4 (21,1%)	5 (31,3%)	0,627
Drogas ilícitas	0 (0%)	2 (10,5%)	1 (6,3%)	0,510
Tipo de droga				
Cocaína	0 (0%)	0 (0%)	1 (6,3%)	0,429
Maconha	0 (0%)	2 (10,5%)	0 (0%)	

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; *Teste da razão de verossimilhança.

Em relação ao número máximo de autoindução de vômitos durante o período da doença, não há diferenças significativas ($p=0,240$), porém, os pacientes dos grupos B e C chegaram a praticar a autoindução dos vômitos mais de 5 vezes ao dia. O grupo A, por ser composto de pacientes restritivos, e o grupo D, composto de indivíduos saudáveis, não relataram episódios de vômitos autoinduzidos ($p<0,001$) (Tabela 11).

Tabela 11 – Número máximo de induções de vômitos ao dia (n=64).

Induções de vômitos	Grupo A (n=7)	Grupo B (n=19)	Grupo C (n=16)	Grupo D (n=22)	P*
Número máximo de episódios/dia					0,240
1 ou menos	0 (0%)	2 (10,5%)	1 (6%)		
1-3	0 (0%)	2 (10,5%)	1 (6%)		
3-5	0 (0%)	5 (26,3%)	5 (31%)		
5-10	0 (0%)	7 (36,8%)	6 (38%)		
>10	0 (0%)	3 (15,8%)	3 (19%)		
Não vomita	7 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	22 (100%)	<0,001

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; *Teste da razão de verossimilhança.

5.3 Características nutricionais da amostra

Todos os grupos foram questionados quanto aos hábitos nutricionais e quanto à ingestão de bebidas e alimentos ácidos.

Houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,003$) em relação à ingestão de bebidas ácidas, em que foi relatado o consumo diário por 42% da amostra do grupo B. Quanto ao hábito de escovar os dentes imediatamente após o consumo da bebida ácida, mais da metade de todos os grupos negaram este hábito, com exceção do grupo D ($p=0,004$). Não houve diferenças estatísticas quanto ao consumo de alimentos ácidos ($p=0,507$), porém, os grupos diferem com relação a escovar os dentes imediatamente após o consumo de alimentos ácidos ($p<0,001$), sendo esse hábito negado por todos os pacientes do grupo C (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição dos grupos em relação à ingestão de bebidas e alimentos ácidos* (n=64).

Ingestão de bebidas e alimentos ácidos	Grupo A (n=7)	Grupo B (n=19)	Grupo C (n=16)	Grupo D (n=22)	P**
Bebidas ácidas					0,003
De 2 a 3 vezes por semana	4 (57,1%)	3 (16%)	5 (31,25%)	10 (47,6%)	
1 vez por semana	0 (0%)	2 (10,5%)	7 (43,75%)	3 (14,3%)	
Menos de 4 vezes ao mês	0 (0%)	4 (21%)	1 (6,25%)	5 (23,8%)	
Diariamente	2 (28,6%)	8 (42%)	3 (18,75%)	1 (7,15%)	
Não ingere	1 (14,3%)	2 (10,5%)	0 (0%)	1 (7,15%)	
Escova os dentes após a ingestão de bebidas ácidas					0,004
Não	5 (83,3%)	11 (61,1%)	14 (87,5%)	10 (45,45%)	
Às vezes	1 (8,35%)	1 (5,55%)	2 (12,5%)	11 (50%)	
Sim	1 (8,35%)	6 (33,35%)	0 (0%)	1 (4,55%)	
Alimentos ácidos					0,507
De 2 a 3 vezes por semana	1 (14,3%)	7 (36,8%)	3 (18,8%)	9 (40,9%)	
1 vez por semana	3 (42,9%)	3 (15,8%)	5 (31,3%)	4 (18,2%)	
Menos de 4 vezes ao mês	1 (14,3%)	5 (26,3%)	4 (25%)	5 (22,7%)	
Diariamente	2 (28,6%)	3 (15,8%)	1 (6,3%)	1 (4,5%)	
Não ingere	0 (0%)	1 (5,3%)	3 (18,8%)	3 (13,6%)	
Escova os dentes após a ingestão de alimentos ácidos					<0,001
Não	5 (71,4%)	10 (52,60%)	16 (100%)	5 (22,7%)	
Às vezes	0 (0%)	3 (15,80%)	0 (0%)	12 (54,5%)	
Sim	2 (28,6%)	6 (31,60%)	0 (0%)	5 (22,7%)	

*Bebidas ácidas: bebidas gaseificadas, isotônicos e sucos cítricos; Alimentos ácidos: frutas ácidas; Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; Grupo – Controle; **Teste da razão de verossimilhança.

5.4 Características da amostra em relação aos cuidados com a saúde bucal

Em relação aos cuidados com a saúde bucal, houve diferenças estatísticas entre os cuidados com a saúde bucal entre os grupos da amostra e o grupo-controle, sendo que a maioria dos indivíduos relatou ter passado por consulta odontológica há menos de um ano ($p=0,06$), higienizam os dentes três ou mais vezes ao dia ($p=0,114$), a maioria do grupo D utiliza o fio dental diariamente ($p=0,009$) e não faz uso de antisséptico bucal ($p=0,018$), como mostra a Tabela 13.

Tabela 13 – Características dos grupos em relação aos cuidados com a saúde bucal (n=64).

Cuidados com a saúde bucal	Grupo A (n=7)	Grupo B (n=19)	Grupo C (n=16)	Grupo D (n=22)	P
Última consulta odontológica					
Menos de 1 ano	7 (100%)	19 (100%)	9 (56,3%)	14 (66,7%)	0,060*
De 1 a 3 anos	0 (0%)	0 (0%)	6 (37,5%)	7 (33,3%)	
Mais de 3 anos	0 (0%)	0 (0%)	1 (6,3%)	0 (0%)	
Frequência de Higiene oral (número de vezes ao dia)					
1x/dia	1 (14,3%)	2 (10,6%)	1 (6,3%)	0 (0%)	0,114*
2x/dia	1 (14,3%)	3 (15,7%)	7 (43,8%)	2 (9,1%)	
3x/dia ou mais	5 (71,4%)	14 (73,7%)	8 (50%)	20 (90,9%)	
Uso do fio dental					
Uso diário	3 (42,9%)	7 (36,8%)	6 (37,5 %)	18 (81,80%)	0,009**
Uso esporádico	2 (28,6%)	7 (36,8%)	6 (37,5%)	2 (9,10%)	
Não usa	2 (28,6%)	5 (26,3%)	4 (25%)	2 (9,10%)	
Uso de antisséptico bucal					
Uso diário	2 (28,6%)	6 (31,6%)	1 (6,3%)	0 (0%)	0,018**
Uso esporádico	3 (42,9%)	7 (36,8%)	9 (56,3%)	7 (33,3%)	
Não usa	2 (28,6%)	6 (31,6%)	6 (37,5%)	14 (66,7%)	

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; Grupo D – Transtornos Alimentares não específicos com indução de vômitos; Grupo E – Controle; *Teste da razão de verossimilhança; **Likelihood Ratio.

5.5 Características da amostra em relação à percepção da condição bucal

Todos os participantes foram questionados quanto às queixas espontâneas em relação à própria condição bucal. As queixas de “dor” e “sangramento gengival” foram estatisticamente mais prevalentes no grupo A ($p=0,001$ e $0,043$, respectivamente). A queixa de “piora dos dentes com o transtorno alimentar” foi maior no grupo B (47,4%), e estatisticamente significativa ($p=0,021$). O Grupo B apresentou maior número de queixas (31,6%) em relação à presença de “dentes fracos” e a “ausências dentárias” ($p=0,005$). A queixa de “fratura dentária” foi expressiva no Grupo B (36,8%) e a de “sensibilidade dentária” foi expressiva no Grupo C (37,5%), conforme mostra a Tabela 14.

Tabela 14 – Queixas espontâneas em relação à saúde bucal obtidas durante a anamnese (n=64).

Queixas espontâneas	Grupo A (n=7)	Grupo B (n=16)	Grupo C (n=12)	Grupo D (n=22)	P*
Dor	5 (71,4%)	9 (47,4%)	9 (56,3%)	2 (9,1%)	0,001
Estética	3 (42,9%)	12 (63,2%)	4 (25%)	14 (63,6%)	0,064
Fratura dentária	1 (14,3%)	7 (36,8%)	3 (18,8%)	1 (4,5%)	0,059
Piora dentes com o TA**	0 (0%)	9 (47,4%)	4 (25%)	-	0,021
Cárie	0 (0%)	4 (21,1%)	2 (12,5%)	2 (9,1%)	0,360
Sangramento gengival	4 (57,1%)	5 (26,3%)	1 (6,3%)	3 (13,6%)	0,043
Dentes amarelados	1 (14,3%)	5 (26,3%)	2 (12,5%)	1 (4,5%)	0,246
Dentes fracos	0 (0%)	6 (31,6%)	1 (6,3%)	0 (0%)	0,005
Ausências dentárias	0 (0%)	6 (31,3%)	1 (6,3%)	0 (0%)	0,005
Dor muscular ou em ATM	1 (14,3%)	3 (15,8%)	2 (12,5%)	0 (0%)	0,142
Sensibilidade dentária	2 (28,6%)	2 (15,4%)	6 (37,5%)	1 (4,5%)	0,058
Avaliar saúde bucal	0 (0%)	1 (7,1%)	4 (25%)	7 (31,8%)	0,173
Mobilidade dentária	0 (0%)	2 (16,7%)	1 (6,3%)	0 (0%)	0,190
Hábito de morder lábios	0 (0%)	1 (16,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0,322
Dentes em má posição	1 (33,3%)	1 (16,7%)	0 (0%)	5 (22,7%)	0,846
Halitose	1 (25%)	1 (25%)	0 (0%)	1 (4,5%)	0,461
Presença de cálculos	1 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (9,1%)	0,761
Prótese mal adaptada	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	0,119
Bruxismo ou apertamento	0 (0%)	0 (0%)	3 (18,8%)	1 (4,8%)	0,344
Dificuldades em mastigar	0 (0%)	0 (0%)	1 (8,3%)	1 (4,5%)	0,885
Infecção	0 (0%)	0 (0%)	1 (20%)	0 (0%)	0,259
Parestesia	0 (0%)	0 (0%)	1 (20%)	0 (0%)	0,259

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; Grupo D – Controle; *Teste da razão de verossimilhança; **TA – Transtorno Alimentar

A sensação de boca seca foi mais prevalente nos grupos B (89,5%) e C (87,5%), e, de forma significativa, com $p=0,000$. Nesses grupos, também foi mais prevalente a dificuldade para engolir a saliva ($p=0,022$), queixa de boca seca durante as refeições e durante o sono, com $p=0,001$ e $p=0,000$, respectivamente. Também houve diferenças quanto ao relato de dificuldades para mastigar devido à secura da boca, maior entre os pacientes do grupo B (36,8%) e do grupo A (28,6%), com $p=0,005$. Os pacientes do grupo B (36,8%) referiram a necessidade de beber líquidos para engolir os alimentos ($p=0,006$) e, também, relataram praticar o ato de mascar chiclete ou chupar balas para aliviar a sensação de boca seca, com $p=0,000$. Os pacientes do grupo C relatam dor de garganta com mais frequência (43,8%) em relação aos demais grupos ($p=0,036$) (Tabela 15).

Tabela 15 – Principais características dos grupos em relação ao Questionário sobre Xerostomia (n=54).

Xerostomia	Grupo A (n=7)	Grupo B (n=19)	Grupo C (n=16)	Grupo D (n=22)	P*
Sensação de boca seca	3 (42,9%)	17 (89,5%)	14 (87,5%)	2 (9,1%)	0,000
Dificuldades para engolir a saliva	1 (14,3%)	7 (36,8%)	6 (37,5%)	1 (4,5%)	0,022
Dificuldades para mastigar devido à secura da boca	2 (28,6%)	7 (36,8%)	3 (18,8%)	0 (0%)	0,005
Sente a boca seca durante as refeições	2 (28,6%)	13 (68,4%)	5 (31,3%)	2 (9,1%)	0,001
Durante o sono acorda com sede	2 (28,6%)	15 (78,9%)	13 (81,3%)	3 (13,6%)	0,000
Precisa beber líquidos para engolir os alimentos	1 (14,3%)	7 (36,8%)	3 (18,8%)	0 (0%)	0,006
Masca chicletes ou chupa balas para aliviar a sensação de boca seca	2 (28,6%)	11 (57,9%)	4 (25%)	0 (0%)	0,000
Sente dor de garganta com frequência?	0 (0%)	3 (15,8%)	7 (43,8%)	3 (13,6%)	0,036

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; Grupo D – Controle; *Teste da razão de verossimilhança

5.6 Características da amostra em relação à condição bucal

Os grupos A, B e C apresentaram valores superiores do índice CPO-D em relação ao grupo-controle, com diferenças significantes em relação ao valor total ($p=0,000$) e ao valor do número de dentes “cariados” (c) ($p=0,021$), “perdidos” (p) ($p=0,021$) e “obturados” (o) ($p=0,015$), mostrando que os pacientes com transtornos alimentares possuem uma condição bucal pior em relação aos indivíduos saudáveis (Tabela 16).

Tabela 16 – Índice CPOD dos grupos (n=64).

Condição de saúde bucal	Grupo A (n=7)	Grupo B (n=16)	Grupo C (n=12)	Grupo D (n=22)	P*
CPOD	16 (1-22)	15 (7,75-21,5)	14 (10-23)	4,5 (2-6,5)	0,000
C	0 (0-1)	3 (0,25-4,75)	3,5 (0,25-6,75)	0,5 (0-2)	0,021
P	1 (0-2)	3 (0-6,5)	0,5 (0-5,25)	9 (0-0)	0,021
O	14 (1-18)	5 (3,25-11,5)	9 (6,25-10)	2 (2-4,25)	0,015

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; Grupo D – Controle; * Teste de Kruskal-Wallis: mediana (intervalo interquartilico).

A Tabela 17 mostra as diferenças dos grupos em relação ao CPOD pelo teste de Dunn.

Tabela 17 – Comparação entre os grupos em relação ao índice CPOD.

Variável	Grupo A X Grupo B	Grupo B X Grupo C	Grupo B X Grupo D	Grupo A X Grupo C	Grupo A X Grupo D	Grupo C X Grupo D
CPOD	>0,05*	>0,05*	<0,05*	>0,05*	>0,05*	<0,05*

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; Grupo D – Controle; *Teste de Dunn.

A Tabela 18 mostra a condição periodontal da amostra. Não houve diferenças em relação à presença de cálculos supragengivais ($p=0,114$) e subgengivais ($p=0,870$), no entanto, a condição gengival mostrou-se mais satisfatória no grupo D ($p=0,02$), com 81,8% dos indivíduos apresentando o índice gengival 0. A condição gengival mais prevalente no Grupo foi o índice gengival 1, no qual a gengiva apresentava moderada inflamação, discreta

mudança de cor, discreto edema, e sem sangramento à sondagem, apresentando diferença significativa em relação aos demais grupos ($p=0,019$).

Tabela 18 – Condição periodontal dos grupos (n=62)*.

Condição periodontal	Grupo A (n=7)	Grupo B (n=18)	Grupo C (n=15)	Grupo D (n=22)	P**
Cálculos supragengivais	3 (42,9%)	4 (22,2%)	7 (46,7%)	3 (13,6%)	0,114
Cálculo subgengivais	1 (14,3%)	1 (5,6%)	1 (6,7%)	1 (4,5%)	0,870
Índice gengival***					
Índice gengival 0	4 (57,1%)	9 (50%)	5 (33,3%)	18 (81,8%)	0,020
Índice gengival 1	1 (14,3%)	5 (27,8%)	9 (60%)	3 (13,6%)	0,019
Índice gengival 2	2 (28,6%)	3 (16,7%)	0 (0%)	1 (4,5%)	0,082
Índice gengival 3	0 (0%)	1 (5,6%)	1 (6,7%)	0 (0%)	0,458

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; Grupo D – Controle; *Excluídos pacientes edêntulos; **Teste da razão de verossimilhança. *** Índice gengival: 0= gengiva normal; Índice gengival 1= gengiva com moderada inflamação, discreta mudança de cor, discreto edema, sem sangramento à sondagem; Índice gengival 2= gengiva com moderada inflamação, vermelhidão, edema e com sangramento à sondagem; Índice gengival 3= gengiva com inflamação acentuada, vermelhidão, edema, úlceras e com sangramento espontâneo.

A partir da seguinte pergunta do questionário sobre saúde bucal: “Você sente ardor em bucal? Se sim, onde?”, a queixa de ardência bucal foi mais prevalente ($p=0,005$) no grupo B (42,1%) e C (18,8%), e não foi relatada pelos grupos A e D, sendo as regiões mais afetadas a gengiva ($p=0,045$) e língua ($p=0,026$). A perimólise estava presente no grupo C (46,7%) e B (44,4%) ($p<0,001$). Houve diferenças estatísticas em relação à presença de gengivite ($p<0,001$), mais prevalente no C, e em relação à cárie ($p<0,001$), mais prevalente no grupo B. As ilhas de amálgama foram mais prevalentes no grupo B (22,2%) e as LCNC no grupo A (71,4%), com diferença significativa em relação aos demais grupos ($p=0,03$) (Tabela 19).

Tabela 19 – Sinais e sintomas orofaciais detectados durante a avaliação dos grupos (n=64).

Sinais e sintomas	Grupo A (n=7)	Grupo B (n=19)	Grupo C (n=16)	Grupo D (n=22)	P*
Ardor bucal	0 (0%)	8 (42,1%)	3 (18,8%)	0 (0%)	0,005
Região					
Palato	0 (0%)	1 (5,3%)	2 (12,5%)	0 (0%)	0,367
Gengiva	0 (0%)	5 (26,3%)	1 (6,3%)	0 (0%)	0,045
Bochecha	0 (0%)	0 (0%)	2 (16,7%)	0 (0%)	0,328
Língua	0 (0%)	6 (31,6%)	2 (12,5%)	0 (0%)	0,026
Perimólise	0 (0%)	8 (44,4%)	7 (46,7%)	0 (0%)	<0,001
Traumas em tecidos moles	0 (0%)	2 (11,1%)	1 (6,7%)	0 (0%)	0,249
Queilite angular	1 (14,3%)	1 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0,240
Gengivite	3 (42,9%)	8 (44,4%)	10 (66,7%)	1 (4,5%)	<0,001
Abrasão	0 (0%)	1 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0,473
Ressecção gengival	5 (71,4%)	10 (55,6%)	7 (46,7%)	5 (22,7%)	0,058
Ilhas de amálgama	0 (0%)	4 (22,2%)	1 (6,7%)	0 (0%)	0,039
Cárie	2 (28,6%)	15 (83,3%)	11 (80%)	5 (22,7%)	<0,001
LCNC**	5 (71,4%)	11 (61,1%)	8 (53,3%)	5 (22,7%)	0,030

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; Grupo D – Controle; * Teste da razão de verossimilhança; **LCNC – Lesões Cervicais Não Cariotas: Incluem ressecções gengivais e abfrações.

Figura 6 - Paciente do grupo C (vista extraoral): Presença de LCNC, cárie, má-oclusão e ausência dentária.

Figura 7 - Paciente do grupo C (vista intraoral): Presença de perimólise, “ilhas de amálgama”, erosão em dentes posteriores e ausências dentárias.

Figura 8 - Paciente do grupo B (vista intraoral): Presença de perimólise, “ilhas de amálgama”, e erosão em dentes posteriores

Em relação à higiene bucal por meio do índice O’leary, a condição “deficiente” foi mais prevalente no grupo B (82,4%), seguido do grupo A (71,4%). A condição “aceitável” foi mais prevalente entre os indivíduos do grupo-controle no grupo D (68,2%), com diferença significativa ($p < 0,001$) (Tabela 20).

Tabela 20 – Índice de higiene oral dos grupos (n=61*).

Índice de higiene oral	Grupo A (n=7)	Grupo B (n=17)	Grupo C (n=15)	Grupo D (n=22)	P**
Aceitável	2 (28,6%)	2 (11,8%)	3 (20%)	15 (68,2%)	<0,001
Questionável	0 (0%)	1 (5,9%)	0 (0%)	6 (27,9%)	
Deficiente	5 (71,4%)	14 (82,4%)	12 (80%)	1 (4,5%)	

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa;

Grupo D – Controle; *Excluídos do teste pacientes em uso de próteses ou edêntulos; **Teste da razão de verossimilhança

Figura 9 - Paciente do grupo A: Evidenciação de placa bacteriana para obtenção do índice de higiene oral.

5.7 Características da amostra em relação à presença de sinais e sintomas relacionados à dor orofacial e a disfunções temporomandibulares com base no questionário RDC/TMD

Embora não haja diferença estatística entre os grupos A, B e C, a Tabela 21 mostra que há diferenças significativas ($p < 0,004$) entre esses grupos em relação ao grupo D, sendo que as queixas de dor são mais prevalentes entre os indivíduos com transtornos alimentares. A Tabela 22 mostra que os pacientes do grupo C (56,3%) foram os que mais relataram a queixa de dor na face, em locais como na região das bochechas (maxilares), nos lados da cabeça, na frente do ouvido, ou no ouvido nas últimas 4 semanas, seguido pelo grupo B (52,6%).

Tabela 21 – Distribuição dos grupos em relação à questão número três do questionário RDC/TMD (n=64).

Variável	Grupo A (n=7)	Grupo B (n=19)	Grupo C (n=16)	Grupo D (n=22)	P*
Sentiu dor na face, em locais como na região das bochechas (maxilares), nos lados da cabeça, na frente do ouvido, ou no ouvido nas últimas 4 semanas.	2 (28,6%)	10 (52,6%)	5 (56,3%)	2 (9,1%)	0,004

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; Grupo D – Controle; *Teste da razão de verossimilhança

Tabela 22 – Distribuição dos grupos em relação à questão número três (Eixo I) do questionário RDC/TMD (n=42).

Variável	Grupo A (n=7)	Grupo B (n=19)	Grupo C (n=16)	P*
Sentiu dor na face, em locais como na região das bochechas (maxilares), nos lados da cabeça, na frente do ouvido, ou no ouvido nas últimas 4 semanas.	2 (28,6%)	10 (52,6%)	5 (56,3%)	0,442

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; *Teste da razão de verossimilhança

Em relação ao diagnóstico de dor orofacial e às disfunções temporomandibulares (Eixo I) do RDC/TMD, os grupos apresentaram diferenças estatísticas quanto à presença de desordens musculares ($p=0,010$), e outras alterações articulares do lado direito ($p=0,051$) e esquerdo ($p=0,006$).

Tabela 23 – Distribuição dos grupos em relação ao diagnóstico de dor orofacial e às disfunções temporomandibulares (Eixo I) do questionário RDC/TMD (n=59)*.

RDC/TMD Eixo 1 - Diagnóstico	Grupo A (n=7)	Grupo B (n=16)	Grupo C (n=14)	Grupo D (n=22)	P**
Transtornos musculares					
Dor miofascial	2 (28,6%)	3 (18,8%)	6 (42,9%)	2 (9,1%)	0,010
Dor miofascial com limitação de abertura	0 (0%)	3 (18,8%)	3 (21,4%)	0 (0%)	
Sem diagnóstico	5 (71,4%)	10 (62,5%)	5 (35,7%)	20 (90,9%)	
Deslocamento do disco articular direito					
Com redução	0 (0%)	1 (6,3%)	1 (7,1%)	0 (0%)	0,215
Sem redução e com limitação de abertura	0 (0%)	2 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)	
Sem diagnóstico	7 (100%)	13 (81,3%)	13 (92,9%)	22 (100%)	
Deslocamento do disco articular esquerdo					
Com redução	0 (0%)	0 (0%)	1 (7,1%)	0 (0%)	0,219
Sem redução e com limitação de abertura	0 (0%)	2 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)	
Sem diagnóstico	7 (100%)	14 (87,5%)	13 (92,9%)	22 (100%)	
Outras condições articulares (direito)					
Artralgia	0 (0%)	2 (12,5%)	4 (28,6%)	0 (0%)	0,051
Osteoartrite	1 (14,3%)	1 (6,3%)	0 (0%)	0 (0%)	
Osteoartrose	0 (0%)	1 (6,3%)	0 (0%)	0 (0%)	
Sem diagnóstico	6 (85,7%)	12 (75%)	10 (71,4%)	22 (100%)	
Outras condições articulares (esquerdo)					
Artralgia	0 (0%)	2 (12,5%)	6 (42,9%)	0 (0%)	0,006
Osteoartrite	1 (14,3%)	2 (12,5%)	1 (7,1%)	0 (0%)	
Osteoartrose	0 (0%)	1 (6,3%)	0 (0%)	0 (0%)	
Sem diagnóstico	6 (85,7%)	10 (68,8%)	7 (50%)	22 (100%)	

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; * que não responderam quanto as desordens musculares, deslocamentos de discos e outras condições articulares **Teste da razão de verossimilhança

Os pacientes dos grupos A, B e C não apresentaram diferenças quanto ao diagnóstico de depressão ($p=0,097$), embora a depressão severa tenha sido mais prevalente no grupo B (88,20%), e de sintomas físicos incluindo e excluindo itens de dor, obtidos por meio da aplicação do Eixo II do questionário RDC/TMD ($p=0,509$ e $p=0,693$, respectivamente) (Tabela 24).

Tais diagnósticos estavam ausentes no grupo D e, assim, diferiram de forma estatística dos demais grupos ($p < 0,001$) (Tabela 25).

Tabela 24 – Classificação dos grupos em relação ao diagnóstico de depressão e sintomas físicos (Eixo II) pelo questionário RDC/TMD (n=60)*.

Diagnóstico	Grupo A (n=7)	Grupo B (n=17)	Grupo C (n=14)	Grupo D (n=22)	P**
Depressão					<0,001
Normal	0 (0%)	0 (0%)	2 (14,3%)	22(100%)	
Moderada	3 (42,9%)	2 (11,8%)	1 (7,1%)	0 (0%)	
Severa	4 (57,1%)	15 (88,2%)	11 (78,6%)	0 (0%)	
Sintomas físicos não específicos (incluindo itens de dor)					<0,001
Normal	1 (14,3%)	6 (35,3%)	3 (21,4%)	22(100%)	
Moderado	3 (42,9%)	3 (17,6%)	2 (14,3%)	0 (0%)	
Severo	3 (42,9%)	8 (47,1%)	9 (64,3%)	0 (0%)	
Sintomas físicos não específicos (excluindo itens de dor)					<0,001
Normal	3 (42,9%)	3 (17,6%)	3 (21,4%)	22(100%)	
Moderado	1 (14,3%)	2 (11,8%)	1 (7,1%)	0 (0%)	
Severo	3 (42,9%)	12 (70,6%)	10 (71,4%)	0 (0%)	

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; Grupo – Controle; * Excluídos quatro pacientes que não responderam esta parte do questionário; **Teste da razão de verossimilhança

Tabela 25 – Classificação dos grupos em relação ao diagnóstico de depressão e a sintomas físicos (Eixo II) pelo questionário RDC/TMD (n=38)*.

Diagnóstico	Grupo A (n=7)	Grupo B (n=17)	Grupo C (n=14)	P**
Depressão				0,097
Normal	0 (0%)	0 (0%)	2 (14,3%)	
Moderada	3 (42,9%)	2 (11,8%)	1 (7,1%)	
Severa	4 (57,1%)	15 (88,2%)	11 (78,6%)	
Sintomas físicos não específicos (incluindo itens de dor)				0,509
Normal	1 (14,3%)	6 (35,3%)	3 (21,4%)	
Moderado	3 (42,9%)	3 (17,6%)	2 (14,3%)	
Severo	3 (42,9%)	8 (47,1%)	9 (64,3%)	
Sintomas físicos não específicos (excluindo itens de dor)				0,693
Normal	3 (42,9%)	3 (17,6%)	3 (21,4%)	
Moderado	1 (14,3%)	2 (11,8%)	1 (7,1%)	
Severo	3 (42,9%)	12 (70,6%)	10 (71,4%)	

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; *Excluídos quatro pacientes que não responderam esta parte do questionário; **Teste da razão de verossimilhança

Os grupos foram classificados quanto à intensidade e incapacidade causada pelo grau de dor crônica, por meio do Eixo II do questionário RDC/TMD, conforme mostra a Tabela 26. Embora não tenha havido diferenças estatísticas entre os grupos ($p=0,292$), a baixa e alta incapacidade foi mais prevalente no grupo C.

Tabela 26 – Classificação dos grupos em relação ao grau de dor crônica quanto à incapacidade e intensidade por meio do questionário (Eixo II) RDC/TMD ($n=39^*$).

Grau da dor crônica	Grupo A ($n=7$)	Grupo B ($n=17$)	Grupo C ($n=15$)	P**
Grau 0	5 (71,4%)	9 (52,9%)	6 (40%)	0,292
Baixa incapacidade				
Grau I – Baixa intensidade	0 (0%)	1 (5,9%)	5 (33,3%)	
Grau II – Alta intensidade	2 (28,6%)	4 (23,5%)	2 (13,3%)	
Alta incapacidade				
Grau III – Limitação moderada	0 (0%)	2 (11,8%)	1 (6,7%)	
Grau IV – Limitação severa	0 (0%)	1 (5,9%)	1 (6,7%)	

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; *Excluídos pacientes que não responderam a esta parte do questionário; **Teste da razão de verossimilhança

5.8 Características da amostra em relação a alguns parâmetros salivares

Os parâmetros salivares analisados foram volume, fluxo, pH e capacidade tampão. Houve diferenças significativas entre os grupos A, B e C em relação ao grupo D quanto ao fluxo salivar não estimulado ($p=0,000$) e estimulado ($p=0,001$), e quanto à capacidade tampão da saliva não estimulada ($p=0,002$) e estimulada ($p=0,000$) dos grupos A e D em relação aos grupos B e C (Tabela 27).

Tabela 27 – Caracterização da saliva não estimulada e estimulada em relação ao volume, ao fluxo, ao pH e à capacidade tampão (n=59)*.

Parâmetros salivares	Grupo A (n=6)	Grupo B (n=18)	Grupo C (n=13)	Grupo D (n=22)	P**
Saliva não estimulada					
Fluxo ml/min	0,2 (0,2-0,3)	0,3 (0,2-0,31)	0,3 (0,17-0,4)	1,25 (1,18-1,43)	0,000*
pH	7,65 (7,4-7,87)	7,65 (7,05-8,07)	7,87 (7,65-8,35)	7,75 (7,58-7,9)	0,374**
Tampão	2,4 (2,2-3,1)	2 (1,7-2,23)	2,2 (1,6-2,5)	2,4 (2,2-2,6)	0,002**
Saliva estimulada					
Fluxo ml/min	0,2 ± 0,33	1,04 ± 0,56	1,49 ± 0,48	1,56 ± 0,3	0,001**
pH	7,44 ± 0,2*	7,24 ± 0,64*	7,61 ± 0,55	7,56 ± 0,27	0,121**
Tampão	2,2 ± 0,31	1,65 ± 0,42*	1,8 ± 0,5*	2,51 ± 0,31	0,000**

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; Grupo D – Controle; * Excluídos 5 pacientes que não participaram desta parte do estudo; *Teste de Turkey; ** Teste de Dunn;

A Tabela 28 mostra que há diferenças significativas entre os grupos em relação à amilase (p=0,000), ao ácido siálico (p=0,000), e ao sódio Na (p=0,05) presentes na saliva não estimulada. Foram excluídas as amostras salivares insuficientes para a análise.

Tabela 28 – Caracterização da saliva não estimulada em relação a alguns parâmetros salivares.

Parâmetros salivares	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	P**
Saliva não estimulada					
Amilase mg/ml	90,35 (84,78 - 124,85)	142,55 (108,96 - 186,14)	193,86 (135,87 - 223,48)	89,05 (68,62 - 110,75)	0,000**
Peroxidase ug/ml	2,23 (0,8 - 8,89)	0,86 (0,39 - 2,36)	0,87 (0,4 - 1,64)	0,98 (0,32 - 1,24)	0,300**
Proteína Total mg/ml	4,34 (2,38 - 8,7)	4,14 (1,83 - 11,55)	3,12 (2,59 - 19)	4,61 (2,91 - 7,53)	0,864**
Ácido Siálico mM/ml	71 ± 44	77 ± 60	50 ± 24	133 ± 41	0,000**
Eletrólitos					
Ca	3,72 ± 0,64	3,98 ± 3,29	4,42 ± 2,17	4,31 ± 0,74	0,954**
K	73 ± 16	66 ± 20	58 ± 18	45 ± 18	0,089**
P	17,94 (10,02 - 27,79)	8,97 (4,34 - 25,75)	6,21 (4,53 - 10,81)	9,09 (6,98 - 12,28)	0,183**
Na	26 ± 12	26 ± 12	21 ± 9	11 ± 5	0,050**

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; Grupo D – Controle Ca – Cálcio; K – Potássio; P – Fósforo; Na – Sódio; *Teste de Dunn; **Teste de Turkey;

A Tabela 29 mostra que há diferenças significativas entre os grupos em relação à amilase ($p=0,002$), ao ácido siálico ($p=0,006$), e ao sódio Na ($p=0,010$) presentes na saliva estimulada.

Tabela 29 – Caracterização da saliva estimulada em relação a alguns parâmetros salivares.

Parâmetros salivares	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	P**
Saliva não estimulada	142,05 (98,74-194,29)	94,74 (79,35-135,46)			0,002**
Amilase mg/ml	1,16 (0,4-13,63)	2,76 (1,56-10,96)	199,22 (122,57-236,14)	99,26 (81,41-112,46)	0,156**
Peroxidase ug/ml	7,76 (1,32-12,75)	7,46 (1,98-16,47)	0,8 (0,41-9,7)	1,14 (0,67-1,25)	0,730**
Proteína Total mg/ml	83 ± 55	81 ± 60	9,61 (2,34-16,21)	4,71 (3,12-7,21)	0,006**
Ácido Siálico mM/ml			63±35	125±42	
Eletrólitos	3,2 ± 1,36	4,43 ± 2,06			0,480**
Ca	44 ± 13	44 ± 28	3,3±1,1	3,75±0,31	0,590**
K	6,94 ± 4,01	6,81 ± 3,22	55±19	56±13	0,093**
P	8,46 (5,81-9,62)	12,23 (5,58-24,32)	7,2±1,91	11,24±2,76	0,010**
Na	142,05 (98,74-194,29)	94,74 (79,35-135,46)	10,87 (7,42-13,23)	24,32 (16,82-34,01)	0,002**

Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; Grupo D – Controle; Ca – Cálcio; K – Potássio; P – Fósforo; Na – Sódio; *Teste de Dunn; **Teste de Turkey.

5.9 Comparação entre os grupos em relação a alguns parâmetros

5.9.1 Características da amostra comparando-se o grupo A (restritivo) com os grupos B e C (com presença de autoindução de vômitos)

Com base nos resultados anteriores, os grupos foram novamente analisados levando-se em consideração a presença e ausência de autoindução de vômitos, com a finalidade de verificar o impacto desses episódios sobre alguns parâmetros da saúde bucal.

A Tabela 30 mostra que não houve diferenças estatísticas entre o grupo A (restritivo) e os grupos B e C (com autoindução de vômitos) quanto à queixa de dor na face em maxilares, nos lados da cabeça, na frente do ouvido ou no ouvido nas últimas quatro semanas ($p=0,412$).

Tabela 30 – Comparação entre os grupos A (restritivo) com os grupos B, C e D (com autoindução de vômitos) em relação à questão número três do questionário RDC/TMD ($n=42$).

Variável	A (n=7)	B+C (n=35)	P
Sentiu dor na face, em locais como na região das bochechas (maxilares), nos lados da cabeça, na frente do ouvido, ou no ouvido nas últimas 4 semanas	2 (11,76%)	15 (88,24%)	0,412*
Grupo A – Anorexia Nervosa Restritiva; Grupo B – Anorexia Nervosa Purgativa; Grupo C – Bulimia Nervosa; Grupo D – Controle; *Teste exato de Fisher.			

5.9.2 Características da amostra em relação à presença de dor miofascial

Os grupos A, B e C foram, novamente, analisados levando-se em consideração a presença e ausência de dor miofascial para verificar o impacto da presença deste sintoma sobre algumas variáveis. A Tabela 31 mostra que, em relação ao estado civil, houve diferenças estatísticas entre os grupos, no qual 90% dos pacientes sem dor miofascial eram “solteiros” ($p=0,021$) e não houve diferenças quanto à idade, ao sexo e à escolaridade.

Tabela 31 – Comparação entre os grupos com e sem dor miofascial em relação às características sociodemográficas ($n=37$).

Características sociodemográficas	Dor miofascial		P
	Não (n=20)	Sim (n=17)	
Idade	29 (24-41)	34 (30-43)	0,437*
Sexo			1,000**
Feminino	18 (90%)	15 (88,2%)	
Masculino	2 (10%)	2 (11,8%)	
Estado civil			0,021***
Casado	2 (10%)	6 (35,3%)	
Solteiro	18 (90%)	9 (52,9%)	
Divorciado	0 (0%)	2 (11,8%)	

continua

conclusão

Características sociodemográficas	Dor miofascial		P
	Não (n=20)	Sim (n=17)	
Escolaridade			0,589***
1º grau completo	1 (10%)	1 (5,9%)	
2º grau completo	9 (40%)	6 (35,3%)	
2º grau incompleto	2 (10%)	0 (0%)	
3º grau completo	4 (20%)	5 (29,4%)	
3º grau incompleto	4 (20%)	3 (17,6%)	
Pós-graduação completa	0 (0%)	2 (11,8%)	

*Teste de Mann-Whitney; **Teste exato de Fisher; ***Teste da razão de verossimilhança.

A Tabela 32 mostra que pacientes com dor miofascial diferem em relação ao número de internações em decorrência do transtorno alimentar ($p=0,046$), embora o fato de já ter sido internado, o número máximo de vômitos ao dia e o hábito de ruminar não tenham apresentado diferenças quanto à presença e ausência de dor miofascial.

Tabela 32 – Comparação entre os grupos com e sem dor miofascial em relação às características clínicas (n=37).

Características clínicas	Dor miofascial		P
	Não (n=20)	Sim (n=17)	
Induz vômito	14 (70%)	14 (82,4%)	0,462*
Número de vômitos/dia			0,099**
1 ou menos	12 (85,7%)	1 (7,14%)	
1-3	1 (7,14%)	4 (28,57%)	
3-5	1 (7,14%)	3 (21,42%)	
>10	0 (0%)	6 (42,85%)	
Já foi internado	16 (80%)	12 (70,6%)	0,703*
Número de internações			0,046**
0	4 (20%)	5 (29,4%)	
1	3 (15%)	5 (29,4%)	
2	4 (20%)	5 (29,4%)	
3	3 (15%)	0 (0%)	
4	1 (5%)	0 (0%)	
5	0 (0%)	2 (11,8%)	
6	3 (15%)	0 (0%)	
7	1 (5%)	0 (0%)	
20	1 (5%)	0 (0%)	
Ruminação	8 (40%)	6 (35,3%)	0,769***

*Teste exato de Fisher; **Teste da razão de verossimilhança; ***Teste qui-quadrado de Pearson.

A Tabela 33 mostra que não há relação entre a presença de dor miofascial e o IMC.

Tabela 33 – Comparação entre os grupos com e sem dor miofascial em relação à presença de LCNC* (n=37).

Variável	Dor miofascial		P**
	Não (n=20)	Sim (n=17)	
IMC***	20,1 ± 4,3	23,4 ± 8,6	0,268

*LCNC - Lesões Cervicais Não Cariotas: Incluem ressecções gengivais e abfrações; **Teste t-student; ***Índice de Massa Corpórea.

Pacientes que apresentaram queixa espontânea de “ausência dentária” também apresentaram diagnóstico de dor miofascial (p=0,033), conforme mostra a Tabela 34.

Tabela 34 – Comparação entre os grupos com e sem dor miofascial em relação às queixas espontâneas quanto à saúde bucal obtidas durante a anamnese (n=38).

Queixas espontâneas	Dor miofascial		P
	Não (n=20)	Sim (n=17)	
Dor	13 (65%)	8 (47,1%)	0,272*
Estética	7 (35%)	9 (52,9%)	0,272*
Fratura dentária	3 (15%)	6 (35,3%)	0,251**
Piora dentes com o TA**	5 (25%)	6 (35,3%)	0,495**
Cárie	4 (20%)	1 (5,9%)	0,348**
Sangramento gengival	6 (30%)	4 (23,5%)	0,725**
Dentes amarelados	4 (20%)	3 (17,6%)	1,000**
Dentes fracos	3 (15%)	3 (17,6%)	1,000**
Ausências dentárias	1 (5%)	6 (35,3%)	0,033**
Dor muscular ou em ATM	1 (5%)	4 (23,5%)	0,159**
Sensibilidade	6 (35,3%)	4 (26,7%)	0,712**
Avaliar saúde bucal	2 (12,5%)	2 (15,4%)	1,000**
Mobilidade dentária	0 (0%)	2 (15,4%)	0,222**
Hábito de morder lábios	0 (0%)	1 (33,3%)	0,300**
Dentes em má posição	1 (14,3%)	1 (33,3%)	1,000**
Halitose	0 (0%)	2 (66,7%)	0,083**
Presença de cálculos	0 (0%)	1 (100%)	0,167**
Prótese mal adaptada	0 (0%)	0 (0%)	-
Bruxismo ou apertamento	1 (8,3%)	3 (30%)	0,090**
Dificuldades em mastigar	0 (0%)	1 (20%)	0,357**
Infecção	0 (0%)	1 (20%)	0,417**
Parestesia	0 (0%)	1 (20%)	0,417**

*Teste qui-quadrado; **Teste exato de Fisher.

Dessa forma, fazendo-se a regressão logística múltipla para este fator, observa-se, na Tabela 35, que a queixa espontânea de ausência dentária aumenta 10,9 vezes o risco de dor miofascial em relação a pacientes sem essa queixa ($p=0,037$).

Tabela 35 – Fator de risco (*odds ratio*) para o desenvolvimento de dor miofascial em relação à queixa espontânea de ausência dentária.

Variável	Odds Ratio	IC95%	P
Ausência dentária	10,90	1,16 - 102,59	0,037

A Tabela 36 mostra que os pacientes com dor miofascial queixam-se de dor de garganta com mais frequência ($p=0,05$) e, apesar do valor de $p=0,078$ e $p=0,080$, os pacientes com dor miofascial relataram mais queixas de dificuldades de engolir a saliva, sensação de boca seca durante as refeições e necessidade de mascar chiclete ou chupar balas para aliviar a sensação de boca seca, respectivamente.

Tabela 36 – Comparação entre os grupos com e sem dor miofascial em relação ao Questionário sobre Xerostomia ($n=38$).

Xerostomia	Dor miofascial		P
	Não (n=20)	Sim (n=17)	
Sensação de boca seca	15 (75%)	15 (88,2%)	0,416*
Dificuldades para engolir a saliva	4 (20%)	8 (47,1%)	0.080**
Dificuldades para mastigar devido à secura da boca	5 (25,8%)	5 (29,4%)	1,000*
Sente a boca seca durante as refeições	6 (30%)	10 (58,8%)	0.078**
Durante o sono acorda com sede	13 (65%)	13 (76,5%)	0.447**
Precisa beber líquidos para engolir os alimentos	3 (15%)	6 (35,3%)	0.221*
Masca chicletes ou chupa balas para aliviar a sensação de boca seca	6 (30%)	10 (58,8%)	0.078**
Sente dor de garganta com frequência?	2 (10%)	7 (41,2%)	0,05*

*Testes exato de Fisher; **Teste qui-quadrado de Pearson.

A Tabela 37 mostra que os grupos não diferem quanto à presença de dor miofascial em relação ao índice CPOD.

Tabela 37 – Comparação entre os grupos com e sem dor miofascial em relação ao índice CPOD (n=37).

Condição de saúde bucal	Dor miofascial		P*
	Não (n=20)	Sim (n=17)	
CPOD	15 (10-24)	15 (9-21,5)	0,579
C	2 (0-6)	2 (0-4)	0,833
P	2 (0-5)	2 (0-6,5)	0,567
O	8 (10-24)	15 (9-21,5)	0,579

*Teste de Mann-Whitney

A Tabela 38 mostra que não há relação entre a presença de LCNC e de dor miofascial.

Tabela 38 – Comparação entre os grupos com e sem dor miofascial em relação à presença de LCNC* (n=36).

Variável	Dor miofascial		P**
	Não (n=20)	Sim (n=16)	
			0,400
LCNC	11 (55%)	11 (68,8%)	

*LCNC – Lesões Cervicais Não Cariotas: Incluem ressecções gengivais e abfrações; **Teste de qui-quadrado

A Tabela 39 mostra que não há relação entre a presença de dor miofascial e o índice de higiene oral.

Tabela 39 – Comparação entre os grupos com e sem dor miofascial em relação ao índice de higiene oral (n=35).

Índice de higiene oral	Dor miofascial		P*
	Não (n=19)	Sim (n=16)	
			0,529
Aceitável	3 (15,8%)	3 (18,8%)	
Questionável	1 (5,3%)	0 (0%)	
Deficiente	15 (78,9%)	13 (81,3%)	

*Teste da razão de verossimilhança

A Tabela 40 mostra que os parâmetros salivares da saliva não estimulada não sofrem alteração em relação à presença e ausência de dor miofascial.

Tabela 40 – Comparação entre os grupos com e sem dor miofascial em relação a alguns parâmetros salivares da saliva não estimulada (n=38).

Parâmetros salivares	Dor miofascial		P*
	Não (n=20)	Sim (n=37)	
Saliva não estimulada			
Fluxo ml/min	1 (0,3 - 1,4)	0,56 (0,2 - 1,2)	0,141
pH	7,5 ± 0,5	7,4 ± 0,4	0,440*
Tampão	2,2 ± 0,4	2,1 ± 0,6	0,472*
Amilase	110,82 (88,9 - 145)	108,96 (89,05 - 172,64)	0,836
Peroxidase	0,86 (0,38 - 1,26)	0,97 (0,39 - 2,43)	0,836
Proteína Total	4,14 (2,65 - 8,35)	4,18 (1,84 - 5,8)	0,730
Ácido Siálico	101 ± 46,5	101,1 ± 68,7	0,997*
Eletrólitos			
Ca	3,8 ± 2,5	4,5 ± 2,3	0,612*
K	46 ± 25,2	67,1 ± 11,5	0,072*
P	6,74 (4,57 - 13,83)	14,22 (8,97 - 21,33)	0,063
Na	17 ± 8,1	21,3 ± 15	0,525*

Ca – Cálcio; K – Potássio; P – Fósforo; Na – Sódio. *Teste t-Student; **Mann-Whitney.

A Tabela 41 mostra que os parâmetros salivares da saliva estimulada não sofrem alteração em relação à presença e ausência de dor miofascial.

Tabela 41 – Comparação entre os grupos com e sem dor miofascial em relação a alguns parâmetros salivares da saliva estimulada (n=38).

Parâmetros salivares	Dor miofascial		P*
	Não (n=20)	Sim (n=37)	
Saliva estimulada			
Fluxo ml/min	1,4 ± 0,5	1,3 ± 0,6	0,605*
pH	7,75 (7,43 - 7,9)	7,7 (7,23 - 7,9)	0,631**
Tampão	2,2 (2 - 2,6)	2,2 (1,85 - 2,4)	0,640**
Amilase	116,68 (89,8 - 137,07)	103,63 (87,59 - 157,73)	0,734**
Peroxidase	1,11 (0,47 - 1,52)	1,14 (0,67 - 3,14)	0,903**

continua

Parâmetros salivares	Dor miofascial		conclusão
			P*
	Não (n=20)	Sim (n=37)	
Proteína Total	4,6 (2,19 - 8,73)	4,13 (2,01 - 11,36)	0,923**
Ácido Siálico	114,2 ± 40	87,2 ± 58,9	0,180*
Eletrólitos			
Ca	3,8 ± 0,9	3,8 ± 1,9	0,963*
K	45,9 ± 6,9	52,6 ± 17,6	0,442*
P	9,9 ± 4	8,6 ± 4,1	0,578*
Na	16,56 (8,46 - 20,56)	24,42 (6,23 - 28,39)	0,465**

Ca – Cálcio; K – Potássio; P – Fósforo; Na – Sódio.*Teste t-Student; **Mann-Whitney.

5.9.3 Características da amostra em relação à presença de LCNC

A Tabela 42 mostra que pacientes com LCNC apresentavam idade superior aos pacientes sem a presença de LCNC ($p=0,019$), mas sem diferenças entre os sexos ($p=1,000$).

Tabela 42 – Comparação entre os grupos com e sem LCNC* em relação às características sociodemográficas (n=40).

Características sociodemográficas	LCNC		P
	Não (n=16)	Sim (n=24)	
Idade (anos)	25 (22-35)	35 (29-43)	0,019**
Sexo			
Feminino	14 (87,5%)	21 (87,5%)	1,000***
Masculino	2 (12,5%)	3 (12,5%)	

*LCNC – Lesões Cervicais Não Cariotas: Incluem ressecções gengivais e abfrações; **Mann-Whitney; ***Teste exato de Fisher.

Os grupos não apresentaram diferenças estatísticas em relação à presença de LCNC em relação aos hábitos. Porém, observa-se que 33,3% dos pacientes com LCNC eram tabagistas ($p=0,061$), conforme mostra a Tabela 43.

Tabela 43 – Comparação entre os grupos com e sem LCNC* em relação às características clínicas e aos hábitos (n=40).

Características clínicas e hábitos	LCNC		P
	Não (n=16)	Sim (n=24)	
Ruminação	6 (37,5%)	11 (45,8%)	0,601**
Etilismo	0 (0%)	3 (12,5%)	0,262***
Tabagismo	1 (6,3%)	8 (33,3%)	0,061***
Drogas	0 (0%)	3 (12,5%)	0,262***

*LCNC – Lesões Cervicais Não Cariotas: Incluem ressecções gengivais e abfrações; ** Teste qui-quadrado de Pearson; ***Teste exato de Fisher.

A Tabela 44 mostra que pacientes com LCNC apresentaram o maior número de queixas quanto à dificuldade para engolir a saliva (p=0,027).

Tabela 44 – Comparação entre os grupos com e sem LCNC* em relação ao Questionário sobre Xerostomia (n=42).

Xerostomia	LCNC		P
	Não (n=16)	Sim (n=24)	
Sensação de boca seca	13 (81,3%)	19 (79,2%)	1,000**
Dificuldades para engolir a saliva	2 (12,5%)	11 (45,8%)	0,027***
Dificuldades para mastigar devido à secura da boca	5 (31,3%)	6 (25%)	0,728**
Sente a boca seca durante as refeições	7 (43,8%)	11 (45,8%)	0,897***
Durante o sono acorda com sede	10 (62,5%)	18 (75%)	0,490**
Precisa beber líquidos para engolir os alimentos	4 (25%)	6 (25%)	1,000**
Masca chicletes ou chupa balas para aliviar a sensação de boca seca	6 (37,5%)	11 (45,8%)	0,601***
Sente dor de garganta com frequência?	5 (31,3%)	4 (16,7%)	0,441**

*LCNC – Lesões Cervicais Não Cariotas: Incluem ressecções gengivais e abfrações; **Testes exato de Fisher; ***Teste qui-quadrado

A Tabela 45 mostra que a maior parte dos pacientes sem LCNC teve sua consulta odontológica realizada em menos de um ano (p=0,015).

Tabela 45 – Comparação entre os grupos com e sem LCNC* em relação aos cuidados com a saúde bucal (n=40).

Cuidados com a saúde bucal	LCNC		P
	Não (n=16)	Sim (n=24)	
Última consulta odontológica			0,015*
Menos de 1 ano	10 (90,9%)	11 (64,7%)	
De 1 a 3 anos	0 (0%)	6 (35,3%)	
Mais de 3 anos	1 (9,1%)	0 (0%)	

*LCNC – Lesões Cervicais Não Cariosas: Incluem ressecções gengivais e abfrações; **Teste da razão de verossimilhança

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

O presente estudo seguiu a linha de pesquisa utilizada no estudo-piloto realizado para elaboração da monografia de conclusão do Aprimoramento em Odontologia Hospitalar (HCFMUSP), de 2010 a 2012. A ideia para essa linha de pesquisa surgiu da necessidade de tratamento odontológico frequente e especializado na abordagem a esse grupo de pacientes devido a suas particularidades, tendo em vista que o cirurgião-dentista pode ser o primeiro profissional da saúde a detectar os sinais iniciais desses transtornos. O estudo-piloto realizado no Serviço de Odontologia do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP apontou uma relação entre a presença de TA no desenvolvimento ou agravamento das dores orofaciais, sendo importante que novos estudos sejam conduzidos, pois a literatura sobre esse tema ainda é escassa. As informações obtidas são relevantes ao tratamento e à qualidade de vida dos pacientes com TA. Com esse estudo, podemos caracterizar a saúde bucal deste grupo de pacientes, bem como, suas principais queixas, seus sinais e seus sintomas. Dessa forma, os dados podem ser utilizados para a criação de um protocolo de avaliação odontológica deste grupo de pacientes, ainda não existente na literatura.

6.1 Características sociodemográficas e clínicas

Este estudo mostra que os grupos estudo e controle não diferem quanto à idade ($p=0,062$), quanto ao gênero ($p=0,300$) e quanto ao estado civil ($p=0,272$), embora a maior parcela dos pacientes seja do sexo feminino, estando de acordo com a literatura que mostra que apenas 10% dos casos ocorrendo no sexo masculino relatados na literatura (Melina e Araújo, 2002).

Os grupos diferem quanto ao grau de escolaridade ($p=0,018$) e em relação à utilização dos recursos do INSS ($p=0,009$). No estudo de Pina (2014),

19,6% de 112 pacientes com TA estavam afastados de suas atividades remuneradas, sendo que 8,9% deles estavam desempregados. A provável explicação para esse fato é de que a condição clínica e psicológica decorrentes do transtorno alimentar afeta de forma negativa a possibilidade de se exercer atividades regulares.

Este estudo mostra que, mesmo com a idade média sendo superior a 30 anos em todos os grupos, a maior parte dos pacientes teve início do quadro na adolescência, pois o tempo de doença mais prevalente foi acima de 15 anos. A literatura mostra que a AN de início precoce parece ser o transtorno alimentar mais comum na infância. A anorexia pode ter início a partir dos 7 anos de idade e, preferencialmente, em meninas, embora em crianças a prevalência entre meninos parece ser maior do que entre adultos jovens. A BN é extremamente rara antes dos 12 anos (Steiner e Lock, 1998; Appolinario e Claudino, 2000).

As taxas de recuperação dos transtornos alimentares são variáveis. Estima-se que em torno de 30 a 40% dos pacientes com anorexia nervosa tenham recuperação completa, de 30 a 40% tem evolução mediana, oscilando entre períodos de melhora e de piora do quadro, podendo evoluir para a BN (Herzog *et al.*, 1996). O restante dos pacientes apresenta complicações físicas e psicológicas graves, podendo chegar o índice de mortalidade a 20%, incluindo complicações decorrentes da própria doença e suicídio. Alguns fatores são preditivos de uma evolução ruim da AN, como peso muito baixo no início do tratamento, aparecimento tardio da doença, demora para procurar ajuda médica, presença de práticas purgativas, relações familiares comprometidas e comorbidade psiquiátrica. A distorção da imagem corporal tende a permanecer em grande parte dos pacientes (Philippi e Alvarenga, 2004). A BN, no entanto, parece ter evolução mais favorável que a AN, com índices de recuperação total que variam entre 50 e 70%. Porém, as taxas de recaída variam de 30 a 50% (APA, 2000; Pinzon e Nogueira, 2004).

Os valores do IMC dos grupos A, B e C corroboram com os dados da literatura sobre o peso normal ou ligeiramente acima do normal nas pacientes com BN e o baixo peso entre as pacientes com AN. Segundo o estudo conduzido por Assunção *et al.* (2002) com as pacientes matriculadas no AMBULIM, o IMC médio das pacientes com BN foi de 22,7 e das pacientes

com AN foi de 17,2. Neste estudo, os pacientes com BN apresentaram IMC superior aos pacientes do grupo-controle. Esse fato pode ser devido aos quadros de compulsões alimentares, muito comuns entre os pacientes com BN.

O uso crônico de laxantes e diuréticos, juntamente com a constante autoindução dos vômitos, pode levar a quadros grave de desidratação e problemas gastrointestinais (Zhao e Encinosa, 2011). Mesmo contra orientação médica, muitos pacientes do estudo ainda utilizam essas substâncias para o controle do peso.

A prevalência da depressão e do TAB como morbidades psiquiátricas associadas corrobora com os dados da literatura. No estudo de Abbate-Daga *et al.* (2011), 19,5% das pacientes com transtornos alimentares tinham diagnóstico de depressão associado e 48,7% apresentavam sintomas depressivos significantes. Em estudos retrospectivos, a prevalência de transtornos do humor, principalmente da depressão, varia de 64% e 96% entre pacientes com AN, e entre 50% e 90% em pacientes com BN (Fava *et al.*, 1997; Bizeul *et al.*, 2003; Abbate-Daga *et al.*, 2007; Godart *et al.*, 2007; Daga *et al.*, 2011). A literatura relata a associação entre TA e quadros ansiosos, fóbicos e transtornos obsessivo-compulsivos (Corregiari *et al.*, 2000; Kaye *et al.*, 2004). Tais dados corroboram com nosso estudo, no qual podemos constatar, por meio do questionário RDC/TMD, a presença de depressão em diversos graus nos pacientes dos grupos A, B e C.

Entre as morbidades associadas à enxaqueca, estão os transtornos psiquiátricos, como a depressão, ansiedade, pânico, fobias e transtorno bipolar. A enxaqueca é um fator de risco para a ocorrência de diversas doenças, aumentando em quatro vezes a chance de desenvolver depressão e três vezes mais a chance de desenvolver quadros de ansiedade. Estresse, ansiedade e tensão são fatores desencadeantes de dores de cabeça (Peres, 2008)

De acordo com Bulik *et al.* (2004), é comum associação entre transtornos alimentares e abuso de substâncias ilícitas. Este estudo mostrou que, ao contrário dos indivíduos do grupo-controle, diversos pacientes com transtornos alimentares fazem ou já fizeram uso de substâncias lícitas e ilícitas.

Embora não exista um psicofármaco específico para o tratamento dos TA, os antidepressivos e ansiolíticos podem ser adequados para as morbidades

associadas, fato esse que explica os diversos medicamentos psiquiátricos de diversas classes utilizados por esses pacientes. Os ISRS, como a fluoxetina e a sertralina, por exemplo, parecem ser mais seguros em relação aos efeitos adversos. Evidências indicam que a fluoxetina poderia auxiliar na manutenção do peso pós-internação (Appolinário e Claudino, 2000). Diversos estudos sugerem que o topiramato (anticonvulsivante que atua como estabilizador do humor) pode ser um fármaco promissor para o tratamento profilático da migrânea (Krymchantowski *et al.*, 2004), auxiliando no controle da irritabilidade e ansiedade, que são acompanhantes/desencadeantes da enxaqueca. A gabapentina também pode ser eficaz na prevenção da enxaqueca (Peres, 2008).

6.2 Características nutricionais

O consumo de bebidas ácidas foi diferente entre os grupos ($p=0,003$), sendo realizado, diariamente, por 42% da amostra do grupo B, sendo que mais da metade dos grupos negaram o hábito de escovar os dentes imediatamente após o consumo da bebida ácida, com exceção do grupo D ($p=0,004$). Não houve diferenças em relação ao consumo de alimentos ácidos, mas o hábito de escovar os dentes imediatamente após o consumo foi negado por todos os pacientes do grupo C ($p<0,001$). Estas perguntas foram inseridas após o relato de pacientes sobre o consumo frequente de bebidas gaseificadas, e refrigerantes *diet* e *light*, assim como frutas ácidas como abacaxi, com a intenção de perda de peso.

6.3 Características da saúde bucal

Assim como realizado neste estudo, Frydrych *et al.* (2005) propõem a separação entre pacientes que praticam a autoindução do vômito e os que não praticam, para que seja realizada padronização do exame e, assim, possível reprodução dos dados.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, os pacientes com transtornos alimentares apresentaram diferenças significativas quanto ao CPOD ($p=0,000$) em relação ao grupo-controle, principalmente comparando-se os grupos purgativos com o controle ($p<0,05$). Queixas como “sangramento gengival” ($p=0,043$) e sinais como erosão e perimólise ($p<0,001$) foram mais prevalentes em pacientes com TA, assim como a queixa de sensação de boca seca ($p=0,000$). A queixa de “ardor bucal” ($p=0,005$) foi relatada somente entre os pacientes dos grupos B e D, ou seja, que praticavam a autoindução de vômitos. A condição periodontal mostrou-se mais satisfatória nos indivíduos do grupo-controle ($p=0,02$), embora a presença de cálculos supra e subgengivais não apresente diferenças entre os grupos ($p=0,114$ e $0,870$, respectivamente). O índice de higiene oral apresentou-se mais satisfatório no grupo-controle em relação aos demais grupos ($p<0,001$).

Little (2002) reporta que a doença periodontal, a presença de cáries, de sensibilidade dentária e de higiene oral insatisfatória não são comuns entre as pacientes com anorexia nervosa.

A literatura diverge em relação ao CPO-D nesses pacientes. No estudo conduzido por Roberts e Li (1987), os pacientes com TA apresentaram CPO-D médio de 9, enquanto que, no estudo de Liew *et al.* (1991), o CPO-D médio foi de 4,4 entre pacientes com AN. No estudo de Johansson *et al.* (2012), os pacientes com TA apresentaram CPO-D médio de 5.

O estudo conduzido por Touyz *et al.* (1993) em pacientes com anorexia e bulimia nervosa mostrou que os longos períodos de jejum das pacientes com anorexia não influenciaram na flora bacteriana associada à cárie.

Estudo conduzido por Roberts e Li (1987) mostrou que o índice de higiene oral mais satisfatório entre pacientes com BN em relação a pacientes com AN, porém, sem diferenças estatísticas. A diferença entre os estudos pode ser devido à etiologia multifatorial que modula lesões de cárie e erosões, influenciadas pela dieta, fluxo salivar e qualidade da higiene oral.

Em relação ao ardor bucal, este pode estar relacionado às práticas purgativas, pois tal queixa estava ausente no grupo A, restritivo.

Determinados medicamentos podem alterar o fluxo salivar ou seus componentes, possibilitando a sensação de boca seca, sendo uma possível

explicação para as divergências dos resultados do grupo-controle em relação ao grupo-estudo com relação às questões sobre xerostomia. Estudos mostraram que em pacientes com TA há alterações na composição salivar, principalmente a mucina, que interfere de forma significativa na sensação de lubrificação da mucosa oral (Eliasson *et al.*, 2009). Os ISRS, como a fluoxetina, possuem alto efeito xerostômico (Delli *et al.*, 2014), e estão entre os medicamentos mais utilizados nos pacientes do grupo-estudo. Além disso, a redução do fluxo salivar pode predispor às infecções oportunistas, o que explicaria a queixa de dor de garganta frequente entre os pacientes dos grupos A, B e C.

6.4 Disfunções temporomandibulares e dores orofaciais em pacientes TA

Na avaliação sobre as queixas de dor na face, as análises apontam diferença estatisticamente significativa, principalmente em relação ao grupo-controle ($p=0,004$). Neste caso, possivelmente, o esforço mecânico causado pelo vômito nos grupos de TA pode ser relevante para dor miofascial, comparativamente com o grupo-controle. Quando se examinam apenas os pacientes com TA (com dor miofascial *versus* sem dor miofascial) não se destaca o vômito ($p=0,442$), possivelmente por haver uma soma de outros fatores citados com possível risco, como a dificuldade de se engolir a saliva, o hábito de ruminar, o ato de mascar chicletes para aliviar a sensação de boca seca, entre outros. Parece não haver dúvida de que a presença de dor miofascial nos pacientes com TA, em seu todo, por estas análises preliminares, é superior ao grupo-controle.

Embora os transtornos alimentares e a dor orofacial tenham sido amplamente estudados, poucos trabalhos na literatura relatam a existência de alguma correlação entre essas morbidades e de que forma elas podem influenciar na saúde geral e bucal de tais pacientes.

Os transtornos musculares ($p=0,010$) e alterações articulares patológicas ($p=0,051$) estão entre as principais alterações temporomandibulares

encontradas com a aplicação do questionário RDC (Eixo I). No Eixo II, é possível observar que há sintomas de depressão e sintomas físicos (com e sem dor) com prevalência nos pacientes dos grupos A, B e C, e ausentes no grupo-controle. Porém, tais condições não causam incapacidade ou limitação severa nas atividades ($p=0,292$). Também verificou-se que a higiene oral, os parâmetros salivares e o CPOD não têm relação com a presença de dor miofascial.

A gravidade que a DTM assume em determinados indivíduos pode causar limitações funcionais importantes e, até mesmo, incapacidade para o trabalho ou para um convívio social normal. Segundo a American Academy of Orofacial Pain (1996), 50 a 80% das pessoas são afetadas por algum tipo de sinal ou sintoma de DTM, sendo que, aproximadamente, 5 a 12% precisariam de algum tipo de tratamento (Solberg, 1979; Henrikson, 1997; Oliveira, 2002). A literatura apresenta dados epidemiológicos que mostram que 80 a 90% da população possui 1 ou mais sinais de DTM, sendo que apenas 30% estão conscientes dessa condição e, desses 30%, apenas 5% busca tratamento (Okeson, 2000), e sinais de disfunção articular podem ser encontrados em 40 a 75% da população com, pelo menos, um sintoma de DTM em 33% delas (De Kanter *et al.*, 1993; Leew, 2010). Os mais atingidos são adultos na faixa etária dos 20 aos 50 anos (Macfarlane *et al.*, 2002; Gonçalves *et al.*, 2010), com prevalência no gênero feminino na maioria dos estudos (Rollman *et al.*, 2012), em que mulheres parecem ser mais suscetíveis à dor miofascial, representando de 79 a 84% dos pacientes (Okeson, 1998; Oliveira, 2002). Porém, a questão da prevalência no gênero feminino é controversa na literatura, na qual alguns autores associam o estrógeno à DTM (Nekora-Azak *et al.*, 2008; Kim *et al.*, 2010) e outros ao fato de que as mulheres procuram tratamentos com mais frequência (Phillips *et al.*, 2001)

É importante ressaltar que dois fatores parecem estar ligados aos pacientes com DTM: o estresse e a má-oclusão (Oliveira, 2002). Neste estudo, não se observa relação da presença de dor miofascial e número de dentes perdidos ($p=0,567$), porém, há associação entre a queixa espontânea de “ausência dentária” com a presença de dor miofascial ($p=0,033$), levando ao

dado de que a queixa de ausência dentária aumenta em 10,9 vezes o risco de dor miofascial em relação aos indivíduos sem essa queixa.

Segundo Sleye (1965), no estresse, há alterações bioquímicas associadas à tensão emocional que diminuem a resistência fisiológica do indivíduo, levando a pensamentos e emoções que influenciam o sistema nervoso central e o sistema imunológico. O sofrimento aumenta o estresse (Lundeen *et al.*, 1988). A literatura mostra que a ação do estresse pode modificar a disfunção temporomandibular, de um estágio subclínico a um estágio clínico, com sinais e sintomas (Pullinger e Seligman, 1991; Kutila *et al.* 1997).

Pacientes com sinais e sintomas de DTM apresentam mais hábitos parafuncionais, tais como mastigação unilateral, morder língua, bochechas e lábios, apoiar a mão na mandíbula e apertar os dentes durante o dia e a noite (Kliemann, 1997), sendo que tais hábitos levam a contrações musculares que sobrecarregam as ATMs e a musculatura craniofacial (Hathaway, 1997).

Em 2006, Goldberg *et al.* realizaram um estudo no qual se observou que cerca de 61% dos pacientes com TA apresentavam algum sinal ou sintoma de DOF, no presente ou no passado, o que mostra uma possível coexistência entre dor crônica e TA, e que essa dor crônica poderá interferir de alguma forma no tratamento médico do TA. No presente estudo, foi possível observar que há uma prevalência maior de DOF e DTM entre as pacientes com diagnóstico de ANP e BN em relação ao diagnóstico de ANR, além da DOF e DTM ser mais prevalente entre as pacientes que purgam mais vezes ao dia e há mais tempo. Junto com outros hábitos, como a ruminação, o ato de purgar parece interferir na presença de DOF e DTM entre as pacientes da amostra.

O estudo de Coughlin *et al.* (2008) mostra que a presença de fatores como depressão em mulheres portadoras de TA está intimamente relacionada com a presença de dores moderadas a severas, estando de acordo com o diagnóstico de depressão associada ao TA e a DOF, e DTM nas pacientes da amostra.

De acordo com Emodi-Perlman *et al.* (2008), mulheres com TA sofrem de maior sensibilidade à palpação muscular, maior estresse emocional e maior destruição dos tecidos duros (erosão dentária e sensibilidade dentinária) em

relação a mulheres saudáveis, corroborando com as queixas relatadas pelas pacientes deste estudo. No estudo de Johansson *et al.* (2010), houve maior prevalência de sinais e sintomas relacionados a DOF e DTM em pacientes com TA quando comparados com o grupo-controle, especialmente em relação àqueles pacientes que induziam as purgações.

6.5 Lesões cervicais não cariosas (LCNC)

Em relação às LCNC, que são estatisticamente superiores em idade superior, parece indicar que o tempo tem influência, incluindo, também, a presença de recessão gengival. Há diferenças entre os grupos ($p=0,03$), sendo tais lesões mais prevalentes nos grupos A, B e C em relação ao grupo D.

Lifante-Oliva *et al.* (2008) conduziram um estudo com 17 pacientes do gênero feminino e idade média de 20 anos com diagnósticos de transtornos alimentares, das quais cinco apresentavam erosões dentárias decorrentes dos vômitos exclusivamente em dentes ântero-superiores, sendo que nenhuma paciente apresentava essas erosões exclusivamente em elementos ântero-inferiores. Cinco pacientes apresentavam eritemas em palato, ressecções gengivais e gengivite. Alguns estudos relatam que a erosão aparece quando a regurgitação ocorre de forma contínua por, pelo menos, dois anos (Scheutzel, 1996; Little, 2002). No entanto, o estudo conduzido por Milosevic e Dawson (1996) não revela uma relação direta entre a frequência de episódios ou duração das purgações com a severidade da erosão dentária.

Segundo Schlueter *et al.* (2012), pacientes com transtornos alimentares purgativos apresentam risco elevado para o desenvolvimento de erosão dental. No entanto, Frydrych *et al.* (2005) realizaram revisão de literatura na qual não foi constatada relação entre os achados de erosão, e a frequência e duração do vômito e a higiene oral. Isso seria devido às diferenças entre os indivíduos com relação ao fluxo e pH salivar, capacidade tampão da saliva e faces dentárias acometidas.

6.6 Saliva

O fluxo salivar mostrou-se reduzido nos pacientes dos grupos A, B e C em relação ao grupo-controle, tanto na saliva não estimulada ($p=0,000$) quanto na estimulada ($p=0,001$). Em relação ao pH, não houve diferenças significativas na saliva não estimulada ($p=0,374$) e na estimulada ($p=0,121$). Os valores da capacidade tampão também foram diferentes na saliva não estimulada ($p=0,002$) e estimulada ($p=0,000$), sendo os valores superiores no grupo-controle, mostrando maior resistência da ação do ácido sobre o pH bucal nesses pacientes. Na saliva não estimulada, a amilase estava aumentada no grupo C ($p=0,000$), o ácido siálico estava aumentado no grupo D ($p=0,000$) e o Na estava reduzido no grupo D ($p=0,05$). Na saliva estimulada, a amilase e o ácido siálico também estavam aumentados no grupo C ($p=0,008$ e $p=0,006$, respectivamente), porém, o Na estava aumentado no grupo D ($p=0,010$). Não houve relação com os parâmetros salivares e a presença de dor miofascial.

A literatura mostra que o fluxo salivar reduzido e a xerostomia são sinais e sintomas comuns em pacientes com transtornos alimentares, sendo causados, principalmente, pelo uso de antidepressivos (Hunter e Wilson, 1995; Blazer *et al.*, 2008; Delli *et al.*, 2014). Estudo conduzido por Almeida *et al.* (2008) mostrou que pacientes em uso de psicotrópicos tiveram uma redução significativa no fluxo salivar estimulado em 33,85% em comparação ao grupo-controle, a queixa de xerostomia foi relatada por 37,5% dos pacientes em uso de psicotrópicos e não houve diferenças na composição bioquímica, no pH e na capacidade tampão entre os grupos.

Segundo Bardow *et al.* (2001), o fluxo salivar não estimulado $< \text{ou} = 0,16$ ml/min, como descrito por Navazesh *et al.* (1992), é o melhor indicador de aumento de risco de cárie em comparação com a definição atual de hipossalivação (fluxo salivar não estimulado $< \text{ou} = 0,10$ ml/min que está relacionado com a função das glândulas salivares).

Dynesen *et al.* (2008) compararam 20 mulheres com bulimia nervosa em uso de antidepressivos, laxantes, β -bloqueadores e anti-histamínicos, com um grupo-controle de 20 mulheres saudáveis de mesma idade. O grupo com BN apresentou um fluxo salivar não estimulado 38% menor em relação

ao grupo-controle ($p=0,010$), com valores em ml/min de $0,15 \pm 0,12$ e $0,25 \pm 0,12$, respectivamente.

No estudo conduzido por Milosevic e Dawson (1996), não houve diferenças significativas no pH da saliva estimulada entre o grupo de pacientes com bulimia nervosa e o grupo-controle. No entanto, o fluxo salivar estimulado foi menor no grupo de bulimia nervosa ($p<0,01$), sendo que 9 de 19 pacientes desse grupo apresentavam bruxismo.

Dysen *et al.* (2006) conduziram estudo no qual se verificou um fluxo salivar igual ou maior que 0,1 mL/min em pacientes com BN, porém, constatou-se que não há influência estatística do fluxo salivar em relação aos escores de erosão.

Schlueter *et al.* (2012) avaliaram os parâmetros salivares de 14 pacientes com bulimia nervosa e de 14 indivíduos saudáveis como controle. A saliva estimulada e não estimulada foi coletada diretamente e 30 minutos após o episódio de vômito. Em relação ao grupo com bulimia nervosa, 7 pacientes apresentavam erosão e houve discreta diferença em relação ao fluxo salivar, pH e capacidade tampão em comparação ao grupo-controle. A capacidade tampão medida diretamente após o vômito foi significativamente menor nos pacientes com bulimia e erosão dentária. As diferenças enzimáticas foram mais pronunciadas, sendo que a atividade da peroxidase diminuiu com a prática regular de vômitos.

No estudo conduzido por Elżbieta *et al.* (2015), 28 pacientes com anorexia nervosa e 38 indivíduos saudáveis foram avaliados em relação aos parâmetros salivares. O fluxo salivar estimulado e não estimulado foi menor no grupo com AN, e as atividades da colagenase e asparato amino transferase foram significativamente maior, podendo indicar uma adaptação do organismo à condição severa de desnutrição.

Valores reduzidos no fluxo salivar não estimulado e no pH salivar de pacientes com anorexia nervosa também foram encontrados no estudo conduzido por Paszynska *et al.* (2015), quando comparados ao grupo-controle.

Pacientes com compulsão alimentar e que induziam o vômito apresentaram pior percepção da condição bucal (OR = 6.0) e maior presença

de erosão dentária (OR = 5.5) em relação aos pacientes com transtornos alimentares sem esses hábitos. A erosão dentária foi significativamente mais prevalente em pacientes com longa duração da doença. Os ORs foram significativamente maiores no grupo com transtornos alimentares em relação à presença de ardor lingual (OR = 14.2), lábios secos (OR = 9.6), erosão dentária (OR = 8.5) e menor sangramento gengival (OR = 1.1) em relação aos indivíduos do grupo-controle (Johansson *et al.*, 2012).

Em outro estudo conduzido por Johansson *et al.* (2015), 54 pacientes com transtornos alimentares (50 mulheres e 4 homens) foram comparados com 54 indivíduos saudáveis pareados por sexo e idade. A proporção de indivíduos com hipossalivação da saliva não estimulada foi menor no grupo com transtornos alimentares e não teve relação com o uso de drogas que causam xerostomia. Diferenças significativas foram encontradas quase exclusivamente na saliva não estimulada, com albumina, magnésio e proteína total significativamente maiores no grupo de pacientes com TA, sendo a proteína total um bom fator indicador de TA.

Estudo realizado por Pannunzio *et al.* (2010) verificou se há influência do IMC em alguns parâmetros salivares da saliva total em crianças. Não houve diferença no fluxo salivar entre os grupos sobrepeso, obeso e controle, mas somente o controle mostrou valor médio considerado normal. O pH salivar do grupo sobrepeso foi maior do que o do controle ($p < 0,001$), e houve decréscimo na atividade da peroxidase ($p < 0,001$) nos grupos sobrepeso e obeso. Houve aumento nas concentrações de ácido siálico livre e de proteína ($p = 0,004$ e $0,003$, respectivamente) no grupo obeso. Os autores concluíram que tais alterações favoreceram a formação de cárie dentária.

Estudos sugerem que o ácido siálico pode ser utilizado como marcador em casos de abuso de álcool. No estudo conduzido por Pönniö *et al.* (1999), as concentrações de ácido siálico em homens e mulheres foram maiores na saliva, mas não na urina, em comparação aos indivíduos que relatavam etilismo social e decresceram de forma significativa depois de 5 semanas do tratamento para dependência alcóolica, tanto em homens quanto em mulheres. Outros estudos também concluem que o ácido siálico é um marcador válido e não invasivo para se detectar e monitorar o abuso de álcool, estando em

maiores concentrações em indivíduos etilistas crônicos (Pönniö *et al.*, 1999; Pönniö *et al.*, 2002; Cylwik *et al.*, 2004; Kurtul *et al.*, 2004).

6.7 Sugestão de protocolo para abordagem odontológica a pacientes com transtornos alimentares

Com este estudo, foi possível identificar as principais queixas e alterações bucais, salivares e musculoesqueléticas desses pacientes, bem como, suas repercussões. Dessa forma, sugere-se um protocolo de atendimento odontológico para esses pacientes para que possam ser detectadas todas as alterações possíveis e, com isso, seja elaborado um plano de tratamento específico para cada paciente.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÕES

Por meio deste estudo, pode-se concluir o seguinte:

- Pacientes com TA apresentam condição bucal (dentária e periodontal) pior em relação a indivíduos saudáveis, maior prevalência de sinais de erosão, de perimólise e de LCNC, bem como, maior número de queixas de sensação de boca seca, ardor bucal e de sangramento gengival, e pior índice de higiene oral;
- Há maior prevalência de queixas de dor orofacial em pacientes com TA em comparação com indivíduos saudáveis, porém, não há diferenças em relação ao diagnóstico de ANR, ANP e BN;
- Em relação às disfunções mandibulares, os transtornos musculares e alterações articulares estão entre os principais sinais e sintomas de DTM encontrados em pacientes com TA, assim como sintomas de depressão, diferentemente de indivíduos saudáveis;
- Pacientes com TA apresentam fluxo salivar reduzido e alterações na capacidade tampão, amilase, ácido siálico e sódio presentes na saliva;
- A queixa de “ausência dentária” é mais prevalente em pacientes com TA e com dor orofacial, e a queixa de “ardor bucal” é mais prevalente em pacientes que purgam. A autoindução de vômitos, o índice CPOD e os parâmetros salivares não tem relação com a presença de dor miofascial;
- A partir dos dados apresentados, sugere-se o a utilização da ficha clínica odontológica , da ficha EDOF-HC, do questionário de xerostomia, e do questionário RDC/TMD (Anexos A, B, C e D), bem como, avaliação do fluxo salivar, como protocolo para avaliação odontológica especializada nesse grupo de pacientes.

8 ANEXOS

8.1 Anexo A – Ficha clínica odontológica; Índice CPOD; Índice de Higiene Oral; Índice Gengival.

Ficha Clínica

Data: _____
 Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Estado Civil: () C () S () V () D
 Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____
 Escolaridade: _____ Profissão: _____
 Endereço: _____
 Telefone: _____

HISTÓRIA MÉDICA
 Diagnóstico: _____
 Peso _____ Altura _____ IMC _____
 Idade que começou o TA: _____ Tempo de diagnóstico _____
 Tempo de tratamento: _____ Tempo de tratamento no IPq: _____
 Já foi internado pelo TA: () Sim () Não Nº/tempo: _____
 Em uso de: () Laxante () Diurético () Anorexígeno
 Já usou: () Laxante () Diurético () Anorexígeno
 Induz vômito () Sim () Não Usa () Mão () Objetos () Espontâneo
 Idade primeiro vômito: _____ Último vômito _____
 Frequência de vômitos/dia nas últimas semanas: _____
 Máximo de vômitos/dia: _____
 Escova dentes em seguida: () Sim () Não () Às vezes
 Psicofármacos em uso: _____

Tempo de uso da medicação: _____
 Comorbidades: _____
 Outras medicações em uso: _____
 Hábitos: () Etilismo T: _____ () Tabagismo T: _____
 () Ruminância T: _____
 Tomou antibiótico ou antifúngico nos últimos 45 dias? () Sim () Não
 Diabetes () Sim () Não Gravidez () Sim () Não
 Alergias: _____
 Cirurgias ou internações: _____
 Ingestão de bebidas ácidas: () Diário () 2-3x semana () 1x semana
 () Menos de 4x mês () Não ingere
 Se sim, escova os dentes em seguida: () Sim () Não () Às vezes
 Ingestão de alimentos ácidos: () Diário () 2-3x semana () 1x semana
 () Menos de 4x mês () Não ingere
 Se sim, escova os dentes em seguida: () Sim () Não () Às vezes

HISTÓRIA ODONTOLÓGICA
 Último tratamento odontológico () < 1 ano () 1 a 3 anos () + de 3 anos
 Frequência de higiene oral () 1x/dia () 2x/dia () 3x/dia
 Fio dental () diário () esporádico () nunca
 Antisséptico bucal () Sim () Não Frequência: () Contínuo () Esporádico
 Ardor bucal: () Sim () Não Região: _____
 Sensação de boca seca: () Sim () Não Região: _____
 Queixa principal: _____

EXAME CLÍNICO EXTRA-ORAL
 () Deambulante () Cadeirante () Contactuante () Eupneico () Afebril () Pele íntegra
 () Simetria facial () Normocorada () Pálida () Ausência de sinais flogísticos

ODONTOGRAMA

11 _____
 12 _____
 13 _____
 14 _____
 15 _____
 16 _____
 17 _____
 18 _____

21 _____
 22 _____
 23 _____
 24 _____
 25 _____
 26 _____
 27 _____
 28 _____

41 _____
 42 _____
 43 _____
 44 _____
 45 _____
 46 _____
 47 _____
 48 _____

31 _____
 32 _____
 33 _____
 34 _____
 35 _____
 36 _____
 37 _____
 38 _____

CPOD:

C: _____ P: _____ O: _____ O com cárie: _____

LESÕES BUCAIS ASSOCIADAS/REGIÃO DENTES

Perimólise: _____
 Sialodenoze: _____
 Traumas/ulcerações em tecidos moles: _____
 Queilite angular: _____
 Candidose: _____
 Gingivite: _____
 Abrasão: _____
 Ressecção gengival: _____
 Ilhas de amálgama: _____
 Cárie: _____
 Abfrações: _____
 LCNC: _____
 Cálculos supra: _____ Sub: _____
 Erosão: _____

ÍNDICE GENGIVAL

- () IG 0 → Gengiva normal
- () IG=1 → Gengiva com moderada inflamação, discreta mudança de cor, discreto edema, sem sangramento a sondagem
- () IG=2 → Gengiva com moderada inflamação, vermelhidão, edema e com sangramento a sondagem
- () IG=3 → Gengiva com inflamação acentuada, vermelhidão, edema e ulcerações e com sangramento espontâneo

ÍNDICE DE PLACA

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

8.2 Anexo B – Ficha EDOF-HC

Ficha Clínica da Equipe de Dor Orofacial / ATM Divisão de Odontologia do Hospital das Clínicas - FMUSP

Dentista: _____ Data: _____ Procedência: _____
 Nome: _____ Sexo: _____
 Idade: _____ Altura: _____ Peso: _____ Profissão: _____ Cor: () B () N () Outra _____ Estado
 civil: _____ O paciente está: () só () acompanhado por _____ () cadeira de rodas

I. ANAMNESE – CARACTERÍSTICAS DA DOR

1 – QP (Qual é a sua queixa?)

2 - Há quanto tempo você tem essa dor?: _____ () Dias () Meses () Anos 3. Periodicidade: () Diária... () 2-3 X sem () Sem () Quinz () Mensal.

4. Período do dia que tem dor: () M () T () N () Indiferente 5. Como ela aparece? () Espontânea: () N () S; . () Provocada: () N () S- Como?

6. Quanto tempo dura a sua dor? () Segs () mins () horas () dias () Outro _____

7. Tipo (característica) da dor: () Pontada () Peso () Queimor () Choque () Latejante () Contínua () Outro _____

8 - Intensidade da dor: () fraca () moderada () forte 9. - Nota de 0 a 10: _____ 10 - Essa dor te acordava durante o sono? () N () S

11 - Período do dia em que a dor é pior: () M () T () N () sono () Indiferente () outro: _____

13. Sabe o que iniciou a sua dor? () N: () S- Como? _____

14 - O que piora a sua dor? _____

15 - O que acalma a sua dor? _____

16 - Tratamentos realizados para a dor e melhora (M,PM,SM) _____

17 - Possui o hábito de morder: () língua () bochecha () lábios () objetos: _____

18 - Você mastiga do lado: () D () E () na frente () bil (dos 2 lados) 19 - Você acha que sua mastigação é: () boa () ruim () péssima () não sabe () causa dor - Onde? _____

20 - Ao acordar sente alguma dor em seu corpo? () N () S- () rosto () ouvido () cabeça () dentes () pescoço () corpo () Outro _____

21 - Sente o rosto cansado com frequência: () N () S - () ao acordar () ao mastigar () ao falar () ao sorrir () outro _____

22 - Sabe se range os dentes: () à noite () de dia () não sabe () N () S: Quem disse? _____

23 - Sente ruídos na () face () cabeça () N () S- Lado? _____ Quando? () AB () fala () mastiga () outro _____

24 - Tem dor provocada por algum movimento da boca? () N () S - () AB () Protrusão () later. D () Later. E () outro _____

25 - Tem dor de ouvido? () N () S: Lado? () D () E Passou pelo médico (ORL)? () N () S - O que ele disse? _____

26 - Tem dor de cabeça? () N () S: Onde? _____

27 - Passou pelo médico (Neuro)? () N () S - o que ele disse ou receitou? _____

28 - Tem dor no corpo: () N () S: Onde? _____

29 - Passou pelo médico? () N () S- Qual? _____ O que ele disse ou receitou? _____

30 - Teve algum acidente, cirurgia ou doença grave? () N () S - Qual, como e onde afetou seu corpo? _____

12 - Mostre onde é a sua dor. _____ () D () E () Bilateral; e as dores do seu corpo.

III. ANTECEDENTES MÉDICOS PESSOAIS:

() Artrite reumatóide () Asma () Bronquite () Hepatite () Amigdalite () Derrame (AVC)
 () Fibromialgia () Sinusite () Pressão alta (HAS) () Diabete () Úlcera () Gastrite
 () Rinite alérgica () Coração () Doença renal (rins) () Depressão () Infecções () Enxaqueca
 () Herpes zoster (cobreiro) () Parkinson () Outra: _____

31 - Tratou-se de alguma destas doenças:

32 - Está em tratamento médico atual? Doenças que tem e remédios que usa: _____

IV. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

33 – Comportamento durante a consulta: _____

V. EXAME FÍSICO:

- 34 - Face: ()Assimetria facial ()Prognatismo ()Laterognatismo: D E Hipertrofia: ()Masseter ()Temporal – ()D ()E
 35 – Pele da Face: _____
 36 – Linfonodos: _____
 37 – Mucosa oral: _____
 38 – Língua: _____
 39 – Alterações neurológicas: _____
 40 - Período: _____
 41 – Dentes: _____
 42 - Percussão (Vert e Horiz) (0 a 3) 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
 43 - Ausências dentárias (/) 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
 44 - Interferências oclusais: _____
 45 - Mordida aberta: ()S ()N 46. Mordida cruzada: ()Ant ()Post- ()D ()E 47- Sobremordida profunda: ()N ()S - ()a ()b ()c
 48 - Desgastes dentários: ()N ()S - ()Incisais ()1/3 incisal ()1/3 médio ()1/3 cervical 49 - Angle: ()CI I ()CI II ()CI III
 50 - Desdentado Total: ()Sup ()Inf ()Duplo 51- PPR: ()N ()S - Qual: _____ 52 - Perda de DV: ()N ()S - _____mm 53
 - Tempo de uso de PT: _____; 54 - Tempo da PT atual: _____; 55 - Tempo de uso da PPR: _____
 56 – Movimentos mandibulares: **AB**: _____mm – ()sem dor ()com dor – local: _____ **P**: _____mm – ()sem dor ()com dor – local: _____
LD: _____mm – ()sem dor ()com dor – local: _____ **LE**: _____mm – ()sem dor ()com dor – local: _____
Linha Média: DLMf: _____mm ()E ()D DLMa: _____mm – ()E ()D
 57 – Ruídos na ATM: ()Ausentes ()POP ()crepitação ()D ()E Estalo D- ()IA ()MA ()FA ()IF ()MF ()FF
 Estalo E - ()IA ()MA ()FA ()IF ()MF ()FF
 58 – Palpação da ATM e dos músculos da mastigação e do pescoço:

ATM ou Músculos	Dir	Esq	Obs.
ATM – pólo lateral			
ATM – pólo posterior			
Masseter Inferior			
Masseter Médio			
Masseter Superior			
Masseter Intra-Oral			
Temporal Anterior			
Temporal Médio			
Temporal Posterior			
Temporal Intra-Oral			
Digástrico anterior			
Digástrico posterior			
ECM superior			
ECM médio			
ECM inferior			
Esplêneo cervical			
Esplêneo da cabeça			
Suboccipitais			
Trapézio ombro			
Trapézio pescoço			

59. Movimentos cervicais dolorosos? ()N ()S- rotação D ()rotação E ()extensão ()flexão obs. _____

60 – Rx, exames ou interconsultas solicitadas: _____

61 - Hipótese Diagnóstica para a **dor (CID)**: _____

62 – Diagnósticos secundários (CID): _____

63 – Diagnóstico final (**dor**): _____

64 – Tratamento sugerido para a **dor**: _____

8.3 Anexo C – Versão em português do RDC/TMD

RDC - TMD Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders Português – BRASIL		
Nome	Prontuário / Matrícula n°	RDC n°
Examinador	Data ____/____/____	
HISTÓRIA - QUESTIONÁRIO		
Por favor, leia cada pergunta e marque somente a resposta que achar mais correta.		
1. Como você classifica sua saúde em geral? ☐ 1 Excelente ☐ 2 Muito boa ☐ 3 Boa ☐ 4 Razoável ☐ 5 Ruim		
2. Como você classifica a saúde da sua boca? ☐ 1 Excelente ☐ 2 Muito boa ☐ 3 Boa ☐ 4 Razoável ☐ 5 Ruim		
3. Você sentiu dor na face, em locais como na região das bochechas (maxilares), nos lados da cabeça, na frente do ouvido ou no ouvido, nas últimas 4 semanas? ☐ 0 Não ☐ 1 Sim <small>[Se sua resposta foi não, PULE para a pergunta 14.a] [Se a sua resposta foi sim, PASSE para a próxima pergunta]</small>		
4. Há quanto tempo a sua dor na face começou pela primeira vez? <small>[Se começou há um ano ou mais, responda a pergunta 4.a] [Se começou há menos de um ano, responda a pergunta 4.b]</small>		
4.a. Há quantos anos a sua dor na face começou pela primeira vez? <input type="text"/> Ano(s)		
4.b. Há quantos meses a sua dor na face começou pela primeira vez? <input type="text"/> Mês(es)		
5. A dor na face ocorre? ☐ 1 O tempo todo ☐ 2 Aparece e desaparece ☐ 3 Ocorreu somente uma vez		
6. Você já procurou algum profissional de saúde (médico, cirurgião-dentista, fisioterapeuta, etc.) para tratar a sua dor na face? ☐ 1 Não ☐ 2 Sim, nos últimos seis meses. ☐ 3 Sim, há mais de seis meses.		

7. Em uma escala de 0 a 10, se você tivesse que dar uma nota para sua dor na face agora, NESTE EXATO MOMENTO, que nota você daria, onde 0 é “nenhuma dor” e 10 é “a pior dor possível”?												
NENHUMA DOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	A PIOR DOR POSSÍVEL
8. Pense na pior dor na face que você já sentiu nos últimos seis meses, dê uma nota pra ela de 0 a 10, onde 0 é “nenhuma dor” e 10 é “a pior dor possível”?												
NENHUMA DOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	A PIOR DOR POSSÍVEL
9. Pense em todas as dores na face que você já sentiu nos últimos seis meses, qual o valor médio você daria para essas dores, utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é “nenhuma dor” e 10 é “a pior dor possível”?												
NENHUMA DOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	A PIOR DOR POSSÍVEL
10. Aproximadamente quantos dias nos últimos seis meses você esteve afastado de suas atividades diárias como: trabalho, escola e serviço doméstico, devido a sua dor na face? <input type="text"/> <input type="text"/> Dias												
11. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face interferiu nas suas atividades diárias utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é “nenhuma interferência” e 10 é “incapaz de realizar qualquer atividade”?												
NENHUMA INTERFERÊNCIA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	INCAPAZ DE REALIZAR QUALQUER ATIVIDADE
12. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face mudou a sua disposição de participar de atividades de lazer, sociais e familiares, onde 0 é “nenhuma mudança” e 10 é “mudança extrema”?												
NENHUMA MUDANÇA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUDANÇA EXTREMA
13. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face mudou a sua capacidade de trabalhar (incluindo serviços domésticos) onde 0 é “nenhuma mudança” e 10 é “mudança extrema”?												
NENHUMA MUDANÇA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUDANÇA EXTREMA
14.a. Alguma vez sua mandíbula (boca) já ficou travada de forma que você não conseguiu abrir totalmente a boca? ☐ 0 Não ☐ 1 Sim <small>[Se você nunca teve travamento da mandíbula, PULE para a pergunta 15.a] [Se já teve travamento da mandíbula, PASSE para a próxima pergunta]</small>												
14.b. Este travamento da mandíbula (boca) foi grave a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar? ☐ 0 Não ☐ 1 Sim												
15.a. Você ouve estalos quando mastiga, abre ou fecha a boca? ☐ 0 Não ☐ 1 Sim												
15.b. Quando você mastiga, abre ou fecha a boca, você ouve um barulho (rangido) na frente do ouvido como se fosse osso contra osso? ☐ 0 Não ☐ 1 Sim												

<p>15.c. Você já percebeu ou alguém falou que você range (ringi) ou aperta os seus dentes quando está dormindo?</p> <p>☐ 0 Não</p> <p>☐ 1 Sim</p> <p>15.d. Durante o dia, você range (ringi) ou aperta os seus dentes?</p> <p>☐ 0 Não</p> <p>☐ 1 Sim</p> <p>15.e. Você sente a sua mandíbula (boca) “cansada” ou dolorida quando você acorda pela manhã?</p> <p>☐ 0 Não</p> <p>☐ 1 Sim</p> <p>15.f. Você ouve apitos ou zumbidos nos seus ouvidos?</p> <p>☐ 0 Não</p> <p>☐ 1 Sim</p> <p>15.g. Você sente que a forma como os seus dentes se encostam é desconfortável ou diferente/ estranha?</p> <p>☐ 0 Não</p> <p>☐ 1 Sim</p>
<p>16.a. Você tem artrite reumatóide, lúpus, ou qualquer outra doença que afeta muitas articulações (juntas) do seu corpo?</p> <p>☐ 0 Não</p> <p>☐ 1 Sim</p> <p>16.b. Você sabe se alguém na sua família, isto é seus avós, pais, irmãos, etc. já teve artrite reumatóide, lúpus, ou qualquer outra doença que afeta várias articulações (juntas) do corpo?</p> <p>☐ 0 Não</p> <p>☐ 1 Sim</p> <p>16.c. Você já teve ou tem alguma articulação (junta) que fica dolorida ou incha sem ser a articulação (junta) perto do ouvido (ATM)?</p> <p>☐ 0 Não</p> <p>☐ 1 Sim</p> <p><small>[Se você não teve dor ou inchaço, PULE para a pergunta 17.a.]</small> <small>[Se você já teve, dor ou inchaço, PASSE para a próxima pergunta]</small></p> <p>16.d. A dor ou inchaço que você sente nessa articulação (junta) apareceu várias vezes nos últimos 12 meses (1 ano)?</p> <p>☐ 0 Não</p> <p>☐ 1 Sim</p>
<p>17.a. Você teve recentemente alguma pancada ou trauma na face ou na mandíbula (queixo)?</p> <p>☐ 0 Não</p> <p>☐ 1 Sim</p> <p><small>[Se sua resposta foi não, PULE para a pergunta 18]</small> <small>[Se sua resposta foi sim, PASSE para a próxima pergunta]</small></p> <p>17.b. A sua dor na face (em locais como a região das bochechas (maxilares), nos lados da cabeça, na frente do ouvido ou no ouvido) já existia antes da pancada ou trauma?</p> <p>☐ 0 Não</p> <p>☐ 1 Sim</p>
<p>18. Durante os últimos seis meses você tem tido problemas de dor de cabeça ou enxaquecas?</p> <p>☐ 0 Não</p> <p>☐ 1 Sim</p>

19. Quais atividades a sua dor na face ou problema na mandíbula (queixo), impedem, limitam ou prejudicam?

	NÃO	SIM
a. Mastigar	0	1
b. Beber (tomar líquidos)	0	1
c. Fazer exercícios físicos ou ginástica	0	1
d. Comer alimentos duros	0	1
e. Comer alimentos moles	0	1
f. Sorrir/gargalhar	0	1
g. Atividade sexual	0	1
h. Limpar os dentes ou a face	0	1
i. Bocejar	0	1
j. Engolir	0	1
k. Conversar	0	1
l. Ficar com o rosto normal: sem a aparência de dor ou triste	0	1

20. Nas últimas quatro semanas, o quanto você tem estado angustiado ou preocupado:

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
a. Por sentir dores de cabeça	0	1	2	3	4
b. Pela perda de interesse ou prazer sexual	0	1	2	3	4
c. Por ter fraqueza ou tontura	0	1	2	3	4
d. Por sentir dor ou "aperto" no peito ou coração	0	1	2	3	4
e. Pela sensação de falta de energia ou lentidão	0	1	2	3	4
f. Por ter pensamentos sobre morte ou relacionados ao ato de morrer	0	1	2	3	4
g. Por ter falta de apetite	0	1	2	3	4
h. Por chorar facilmente	0	1	2	3	4
i. Por se culpar pelas coisas que acontecem ao seu redor	0	1	2	3	4
j. Por sentir dores na parte inferior das costas	0	1	2	3	4
k. Por se sentir só	0	1	2	3	4
l. Por se sentir triste	0	1	2	3	4
m. Por se preocupar muito com as coisas	0	1	2	3	4
n. Por não sentir interesse pelas coisas	0	1	2	3	4
o. Por ter enjôo ou problemas no estômago	0	1	2	3	4
p. Por ter músculos doloridos	0	1	2	3	4
q. Por ter dificuldade em adormecer	0	1	2	3	4
r. Por ter dificuldade em respirar	0	1	2	3	4
s. Por sentir de vez em quando calor ou frio	0	1	2	3	4
t. Por sentir dormência ou formigamento em partes do corpo	0	1	2	3	4
u. Por sentir um "nó na garganta"	0	1	2	3	4
v. Por se sentir desanimado sobre o futuro	0	1	2	3	4
w. Por se sentir fraco em partes do corpo	0	1	2	3	4
x. Pela sensação de peso nos braços ou pernas	0	1	2	3	4
y. Por ter pensamentos sobre acabar com a sua vida	0	1	2	3	4
z. Por comer demais	0	1	2	3	4
aa. Por acordar de madrugada	0	1	2	3	4
bb. Por ter sono agitado ou perturbado	0	1	2	3	4
cc. Pela sensação de que tudo é um esforço/sacrifício	0	1	2	3	4
dd. Por se sentir inútil	0	1	2	3	4
ee. Pela sensação de ser enganado ou iludido	0	1	2	3	4
ff. Por ter sentimentos de culpa	0	1	2	3	4

21. Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a sua saúde de uma forma geral? ☐ 1 Excelente ☐ 2 Muito bom ☐ 3 Bom ☐ 4 Razoável ☐ 5 Ruim	
22. Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a saúde da sua boca? ☐ 1 Excelente ☐ 2 Muito bom ☐ 3 Bom ☐ 4 Razoável ☐ 5 Ruim	
23. Qual a data do seu nascimento? Dia <input type="text"/> <input type="text"/> Mês <input type="text"/> <input type="text"/> Ano <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
24. Qual seu sexo? ☐ 1 Masculino ☐ 2 Feminino	
25. Qual a sua cor ou raça? ☐ 1 Aleútas, Esquimó ou Índio Americano ☐ 2 Asiático ou Insulano Pacífico ☐ 3 Preta ☐ 4 Branca ☐ 5 Outra [Se sua resposta foi outra , PASSE para as próximas alternativas sobre sua cor ou raça] ☐ 6 Parda ☐ 7 Amarela ☐ 8 Indígena	
26. Qual a sua origem ou de seus familiares? ☐ 1 Porto Riquenho ☐ 2 Cubano ☐ 3 Mexicano ☐ 4 Mexicano Americano ☐ 5 Chicano ☐ 6 Outro Latino Americano ☐ 7 Outro Espanhol ☐ 8 Nenhuma acima [Se sua resposta foi nenhuma acima , PASSE para as próximas alternativas sobre sua origem ou de seus familiares] ☐ 9 Índio ☐ 10 Português ☐ 11 Francês ☐ 12 Holandês ☐ 13 Espanhol ☐ 14 Africano ☐ 15 Italiano ☐ 16 Japonês ☐ 17 Alemão ☐ 18 Árabe ☐ 19 Outra, favor especificar ☐ 20 Não sabe especificar	

27. Até que ano da escola / faculdade você freqüentou?

Nunca freqüentei a escola		0
Ensino fundamental (primário)	1ª Série	1
	2ª Série	2
	3ª Série	3
	4ª Série	4
Ensino fundamental (ginásio)	5ª Série	5
	6ª Série	6
	7ª Série	7
	8ª Série	8
Ensino médio (científico)	1º ano	9
	2º ano	10
	3º ano	11
Ensino superior (faculdade ou pós-graduação)	1º ano	12
	2º ano	13
	3º ano	14
	4º ano	15
	5º ano	16
	6º ano	17

28a. Durante as 2 últimas semanas, você trabalhou no emprego ou em negócio pago ou não (não incluindo trabalho em casa)?
☐ 0 Não

☐ 1 Sim

[Se a sua resposta foi **sim**, PULE para a **pergunta 29**]

[Se a sua resposta foi **não**, PASSE para a **próxima pergunta**]

28b. Embora você não tenha trabalhado nas duas últimas semanas, você tinha um emprego ou negócio?
☐ 0 Não

☐ 1 Sim

[Se a sua resposta foi **sim**, PULE para a **pergunta 29**]

[Se a sua resposta foi **não**, PASSE para a **próxima pergunta**]

28c. Você estava procurando emprego ou afastado temporariamente do trabalho, durante as 2 últimas semanas?
☐ 1 Sim, procurando emprego

☐ 2 Sim, afastado temporariamente do trabalho

☐ 3 Sim, os dois, procurando emprego e afastado temporariamente do trabalho

☐ 4 Não
29. Qual o seu estado civil?
☐ 1 Casado (a) esposa (o) morando na mesma casa

☐ 2 Casado (a) esposa (o) não morando na mesma casa

☐ 3 Viúvo (a)

☐ 4 Divorciado (a)

☐ 5 Separado (a)

☐ 6 Nunca casei

☐ 7 Morando junto

30. Quanto você e sua família ganharam por mês durante os últimos 12 meses?

R\$ [] [] [] [] [], [] []

Não preencher. Deverá ser preenchido pelo profissional

- ☐ Até ¼ do salário mínimo
☐ De ¼ a ½ salário mínimo
☐ De ½ a 1 salário mínimo
☐ De 1 a 2 salários mínimos
☐ De 2 a 3 salários mínimos
☐ De 3 a 5 salários mínimos
☐ De 5 a 10 salários mínimos
☐ De 10 a 15 salários mínimos
☐ De 15 a 20 salários mínimos
☐ De 20 a 30 salários mínimos
☐ Mais de 30 salários mínimos
☐ Sem rendimento

31. Qual o seu CEP?

□□□□□□-□□□□

Muito Obrigado.

Agora veja se você deixou de responder alguma questão.

EXAME CLÍNICO

1. Você tem dor no lado direito da sua face, lado esquerdo ou ambos os lados?

- ☐ 0 Nenhum
☐ 1 Direito
☐ 2 Esquerdo
☐ 3 Ambos

2. Você poderia apontar as áreas aonde você sente dor ?

Direito	Esquerdo
☐ 0 Nenhuma	☐ 0 Nenhuma
☐ 1 Articulação	☐ 1 Articulação
☐ 2 Músculos	☐ 2 Músculos
☐ 3 Ambos	☐ 3 Ambos

3. Padrão de abertura:

- ☐ 0 Reto
☐ 1 Desvio lateral direito (não corrigido)
☐ 2 Desvio lateral direito corrigido ("S")
☐ 3 Desvio lateral esquerdo (não corrigido)
☐ 4 Desvio lateral esquerdo corrigido ("S")
☐ 5 Outro tipo _____
 (Especifique)

4. Extensão de movimento vertical

Incisivo superior utilizado ☐ 11 ☐ 21

a. Abertura sem auxílio sem dor mm

b. Abertura máxima sem auxílio mm

Dor Muscular	Dor Articular
☐ 0 Nenhuma	☐ 0 Nenhuma
☐ 1 Direito	☐ 1 Direito
☐ 2 Esquerdo	☐ 2 Esquerdo
☐ 3 Ambos	☐ 3 Ambos

c. Abertura máxima com auxílio mm

Dor Muscular	Dor Articular
☐ 0 Nenhuma	☐ 0 Nenhuma
☐ 1 Direito	☐ 1 Direito
☐ 2 Esquerdo	☐ 2 Esquerdo
☐ 3 Ambos	☐ 3 Ambos

d. Trespasse incisal vertical mm

5. Ruídos articulares (palpação)**a. abertura**

Direito		Esquerdo	
☐ 0	Nenhum	☐ 0	Nenhum
☐ 1	Estalido	☐ 1	Estalido
☐ 2	Crepitação grosseira	☐ 2	Crepitação grosseira
☐ 3	Crepitação fina	☐ 3	Crepitação fina
<input type="text"/> <input type="text"/> mm		<input type="text"/> <input type="text"/> mm	
(Medida do estalido na abertura)			

b. Fechamento

Direito		Esquerdo	
☐ 0	Nenhum	☐ 0	Nenhum
☐ 1	Estalido	☐ 1	Estalido
☐ 2	Crepitação grosseira	☐ 2	Crepitação grosseira
☐ 3	Crepitação fina	☐ 3	Crepitação fina
<input type="text"/> <input type="text"/> mm		<input type="text"/> <input type="text"/> mm	
(Medida do estalido no fechamento)			

c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva

Direito		Esquerdo	
☐ 0	Não	☐ 0	Não
☐ 1	Sim	☐ 1	Sim
☐ 8	NA	☐ 8	NA
(NA: Nenhuma das opções acima)			

6. Excursões**a. Excursão lateral direita** mm

Dor Muscular		Dor Articular	
☐ 0	Nenhuma	☐ 0	Nenhuma
☐ 1	Direito	☐ 1	Direito
☐ 2	Esquerdo	☐ 2	Esquerdo
☐ 3	Ambos	☐ 3	Ambos

b. Excursão lateral esquerda mm

Dor Muscular		Dor Articular	
☐ 0	Nenhuma	☐ 0	Nenhuma
☐ 1	Direito	☐ 1	Direito
☐ 2	Esquerdo	☐ 2	Esquerdo
☐ 3	Ambos	☐ 3	Ambos

c. Protrusão mm

Dor Muscular		Dor Articular	
☐ 0	Nenhuma	☐ 0	Nenhuma
☐ 1	Direito	☐ 1	Direito
☐ 2	Esquerdo	☐ 2	Esquerdo
☐ 3	Ambos	☐ 3	Ambos

d. Desvio de linha média mm

☐ 1 Direito

☐ 2 Esquerdo

☐ 8 NA

(NA: Nenhuma das opções acima)

7. Ruídos articulares nas excursões

Ruídos direito

	Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação fina
7.a Excursão Direita	0	1	2	3
7.b Excursão Esquerda	0	1	2	3
7.c Protrusão	0	1	2	3

Ruídos esquerdo

	Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação fina
7.d Excursão Direita	0	1	2	3
7.e Excursão Esquerda	0	1	2	3
7.f Protrusão	0	1	2	3

INSTRUÇÕES, ÍTEM 8-10

O examinador irá palpar (tocando) diferentes áreas da sua face, cabeça e pescoço. Nós gostaríamos que você indicasse se você não sente dor ou apenas sente pressão (0), ou dor (1-3). Por favor, classifique o quanto de dor você sente para cada uma das palpações de acordo com a escala abaixo. Marque o número que corresponde a quantidade de dor que você sente. Nós gostaríamos que você fizesse uma classificação separada para as palpações direita e esquerda.

0 = Somente pressão (sem dor)
 1 = dor leve
 2 = dor moderada
 3 = dor severa

8. Dor muscular extraoral com palpação	Direita				Esquerda			
a. Temporal posterior (1,0 Kg.) "Parte de trás da têmpora (atrás e imediatamente acima das orelhas)."	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Temporal médio (1,0 Kg.) "Meio da têmpora (4 a 5 cm lateral à margem lateral das sobrancelhas)."	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Temporal anterior (1,0 Kg.) "Parte anterior da têmpora (superior a fossa infratemporal e imediatamente acima do processo zigomático)."	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Masseter superior (1,0 Kg.) "Bochecha/ abaixo do zigoma (comece 1 cm a frente da ATM e imediatamente abaixo do arco zigomático, palpando o músculo anteriormente)."	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Masseter médio (1,0 Kg.) "Bochecha/ lado da face (palpe da borda anterior descendo até o ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3
f. Masseter inferior (1,0 Kg.) "Bochecha/ linha da mandíbula (1 cm superior e anterior ao ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Região mandibular posterior (estilo-hióideo/ região posterior do digástrico) (0,5 Kg.) "Mandíbula/ região da garganta (área entre a inserção do esternocleidomastóideo e borda posterior da mandíbula. Palpe imediatamente medial e posterior ao ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Região submandibular (pterigóideo medial/ supra-hióideo/ região anterior do digástrico) (0,5 Kg.) "abaixo da mandíbula (2 cm a frente do ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3

9. Dor articular com palpação	Direita				Esquerda			
a. Polo lateral (0,5 Kg.) "Por fora (anterior ao trago e sobre a ATM)."	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Ligamento posterior (0,5 Kg.) "Dentro do ouvido (pressione o dedo na direção anterior e medial enquanto o paciente está com a boca fechada)."	0	1	2	3	0	1	2	3

10. Dor muscular intraoral com palpação	Direita				Esquerda			
a. Área do pterigóideo lateral (0,5 Kg.) "Atrás dos molares superiores (coloque o dedo mínimo na margem alveolar acima do último molar superior. Mova o dedo para distal, para cima e em seguida para medial para palpar)."	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Tendão do temporal (0,5 Kg.) "Tendão (com o dedo sobre a borda anterior do processo coronóide, mova-o para cima. Palpe a área mais superior do processo)."	0	1	2	3	0	1	2	3

8.4 Anexo D – Questionário sobre Xerostomia

QUESTÕES XEROSTOMIA

1. Você tem algum problema na sua boca? () Sim () Não No rosto () Sim () Não
2. Acha sua saliva normal: () Sim () Não Como? _____
3. Você sente a boca seca? () Sim () Não
4. Engole a saliva muitas vezes ao dia? () Sim () Não
5. Tem dificuldades para engolir a saliva? () Sim () Não
6. Tem dificuldades para mastigar devido a secura da boca? () Sim () Não
7. Tem dificuldades para falar devido a secura da boca? () Sim () Não
8. Sente o paladar diminuído? () Sim () Não
9. Sente a boca seca durante as refeições? () Sim () Não
10. Mudou o gosto dos alimentos? () Sim () Não
11. Durante o sono você acorda com sede? () Sim () Não
12. Acorda a noite para beber água? () Sim () Não
13. Precisa beber líquidos para engolir os alimentos? () Sim () Não
14. Evita algum alimento devido a secura da boca? () Sim () Não
15. Masca chicletes ou chupa balas para aliviar a sensação de boca seca? () Sim () Não
16. Quantos copos de água toma por dia? _____
17. Toma outras bebidas com frequência durante o dia? () Sim () Não
Quais? _____
18. Faz uso frequente de álcool () cigarro () outros ()
19. Sente um gosto diferente na boca? () Sim () Não
Qual? _____
20. Tem mau hálito? () Sim () Não
21. Sente os olhos secos com frequência? () Sim () Não
22. Sente ressecamento na vagina com frequência? () Sim () Não
23. Sente ressecamento na pele com frequência? () Sim () Não
24. Sente ressecamento no nariz com frequência? () Sim () Não
25. Sente o nariz entupido com frequência? () Sim () Não
26. Sente queimação frequente na boca? () Sim () Não
Onde? _____
27. Sente secreção na garganta com frequência? () Sim () Não
28. Sente dor de garganta com frequência? () Sim () Não
29. Usa dentadura? () Sim () Não
30. Tem dificuldade para usar a dentadura devido a secura da boca? () Sim () Não
31. Sente ardor ou queimação no estômago com frequência: () Sim () Não
Quantas vezes por semana? _____
32. Seu intestino funciona normalmente? () Sim () Não
Preso ou solto demais?
33. Você acha que sua digestão é normal? () Sim () Não
Por quê? _____
34. Você acha que a digestão de algum alimento é ruim? () Sim () Não
Qual alimento e por quê? _____

9 REFERÊNCIAS

9 REFERENCIAS

Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J*. 1975;25(4):229-35.

Almeida P del V, Grégio AM, Brancher JA, Ignácio SA, Machado MA, de Lima AA, Azevedo LR. Effects of antidepressants and benzodiazepines on stimulated salivary flow rate and biochemistry composition of the saliva. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2008;106(1):58-65.

Alves Neto AO, Costa CMC, Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor: princípios e prática. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009.

American Academy of Orofacial Pain. *Orofacial pain: guidelines for assessments, diagnosis and management*. Chicago: Quintessence, 1996. p.285.

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2000;157(1 Suppl):1-39.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM V*. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

Amerongen AVN, Veerman ECI. Current therapies for xerostomia and salivary gland hypofunction associated with cancer therapies. *Support Care Cancer*. 2003;11(4):226-31.

Aminoff D. Methods for the quantitative estimation of N-acetylneuraminic acid and their application to hydrolysates of sialomucoids. *Biochem J*. 1961;81(2):384-92.

Anderson LC. Peroxidase release from rat submandibular salivary acinar cells in vitro. *Arch Oral Biol*. 1986;31(7):501-3.

Appolinario JC, Claudino AM. Transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(supl. 2):28-31.

Assunção SSM, Cordás TA, Araújo LA. Atividade física e transtornos alimentares. *Rev Psiq Clin*. 2002;29(1),4-13.

Bardow A, Nyvad B, Nauntofte B. Relationships between medication intake, complaints of dry mouth, salivary flow rate and composition, and the rate of tooth demineralization in situ. *Arch Oral Biol*. 2001 May;46(5):413-23.

Barros VM, Seraidarian PI, Cortês MI, de Paula LV. The impact of orofacial pain on the quality of life of patients with temporomandibular disorder. *J Orofac Pain*. 2009;23(1):28-37.

Bath-Balogh M, Fehrenbach RDH. *Anatomia, histologia e embriologia dos dentes e das estruturas orofaciais* (Tradução da 3 ed). São Paulo: Elsevier, 2012.

Bishop K, Kelleher M, Briggs P, Joshi R. Wear now? An update on the etiology of tooth wear. *Quintessence Int*. 1999;28(5):305-13 apud Siqueira JTT, Teixeira MJ. *Dores orofaciais: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: 2012; p.370-384.

Blazer T, Latzer Y, Nagler RM. Salivary and gustatory alterations among bulimia nervosa patients. *Eur J Clin Nutri*. 2008;62(7):916-22.

Bradley RM. *Fisiologia oral básica*. Tradução de Wilson Abrão Saad e Luiz Antônio de Arruda Camargo. São Paulo: Editorial Médica Panamericana; 1981. p.123-36.

Campos L. *Estudo clínico, bioquímico e histológico comparativo do efeito das fototerapias LED, laser de baixa e alta potência na mucosite oral e do efeito do laser na hipofunção das glândulas salivares em hamsters tratados com 5-fluorouracil* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2013. Versão Corrigida.

Chandra T, Das R, Datta AG. Role of thyroid gland on the peroxidase and iodinating enzymes of submaxillary gland. *Eur J Biochem*. 1977;72(2):259-63.

Cordás TA. Transtornos alimentares em discussão. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(4):178-9.

Cordás TA, Claudino AM. Transtornos alimentares: fundamentos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; (24):3-6.

Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev Psiq Clin*. 2004;31(4):154-7.

Coughlin JW, Edwards R, Buenaver L, Redgrave G, Guarda AS, Haythornthwaite J. Pain, catastrophizing, and depressive symptomatology in eating disorders. *Clin J Pain*. 2008;24(5):406-14.

Cylwik B, Chrostek L, Szmikowski M. Sialic acid as a new marker of excessive alcohol consumption. *Pol Merkur Lekarski*. 2004;16(96):581-4.

da Silva LA, Teixeira MJ, Siqueira JTT, Siqueira RDT. Xerostomia and salivary flow in patients with orofacial pain compared with controls. *Arch Oral Biol*. 2011;56(10):42-7.

Davis WB, Winter PJ. The effect of abrasion on enamel and dentine after exposure to dietary acid. *Br Dent J*. 1980;148(11):253-6.

Delli K, Spijkervet FK, Kroese FG, Bootsma H, Vissink A. Xerostomia. *Monogr Oral Sci*. 2014;24:109-25.

de Kanter RJ, Truin GJ, Burgersdijk RC, Van't Hof MA, Battistuzzi PG, Kalsbeek H, Käyser AF. Prevalence in the Dutch adult population and a meta-analysis of signs and symptoms of temporomandibular disorder. *J Dent Res*. 1993;72(11):1509-18.

Dynesen AW, Bardow A, Astrup A, Petersson B, Holst JJ, Nauntofte B. Meal-induced compositional changes in blood and saliva in persons with bulimia nervosa. *Am J Clin Nutr*. 2008 87(1):12-22.

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

Edwards M, Creanor SI, Foye RH, Gilmour WH. Buffering capacities of soft drinks: the potential influence on dental erosion. *J Oral Rehabil*. 1999; 26(12):923-7 apud Siqueira JTT, Teixeira MJ. *Dores orofaciais: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: 2012; p.370-84.

Eliasson L, Birkhed D, Carlén A. Feeling of dry mouth in relation to whole and minor gland saliva secretion rate. *Arch Oral Biol*. 2009;54(3):263-7.

Emodi-Perlman A, Yoffe T, Rosenberg N, Eli I, Alter Z, Winocur E. Prevalence of psychologic, dental, and temporomandibular signs and symptoms among chronic eating disorders patients: a comparative control study. *J Orofac Pain*. 2008;22(3):201-8.

Elżbieta P, Schlueter N, Slopian A, Dmitrzak-Weglarz M, Dyszkiewicz-Konwinska M, Hannig C. Salivary enzyme activity in anorexic persons-a controlled clinical trial. *Clin Oral Investig*. 2015;19(8):1981-9.

Fehrenbach MJ, Herring SW. Illustrated anatomy of the head and neck, 3 ed. Philadelphia: WB Saunders, 2007. In: Bath-Balogh M, Fehrenbach RDH. *Anatomia, histologia e embriologia dos dentes e das estruturas orofaciais* (Tradução da 3 ed). São Paulo: Elsevier, 2012.

Fisher E, Stein E. Alpha amylase from human saliva. *Biochem Preparations*. 1961;8:27-33.

Frydrych AM, Davies GR, McDermott BM. Eating disorders and oral health: a review of the literature. *Aust Dent J*. 2005;50(1):6-15.

Ghezzi EM, Ship JA. Aging and secretory reserve capacity of major salivary glands. *J Dent Res*. 2003; 82(1):844-8.

Godart NT, Flament MF, Lecrubier Y, Jeammet P: Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *Eur Psychiatry*. 2000;15(1):38-45.

Godart NT, Flament MF, Perdereau F, Jeammet P: Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. *Int J Eat Disord*. 2002;32(3):253-70.

Goldberg MB, Katzman DK, Woodside DB, Baker GI. Do eating disorders and chronic facial pain coexist? A preliminary study. *J Can Dent Assoc*. 2006;72(1):51.

Gonçalves DA, Dal Fabbro AL, Campos JA, Bigal ME, Speciali JG. Symptoms of temporomandibular disorders in the population: an epidemiological study. *J Orofac Pain*. 2010;24(3):270-8.

Hathaway KM. Evaluation and management of maladaptive behaviors and psychological issues in temporomandibular disorder patients. *Dent Clin North Am*. 1997;41(2):341-54.

Henrikson T, Ekberg EC, Nilner M. Symptoms and signs of temporomandibular disorders in girls with normal occlusion and class II malocclusion. *Acta Odontol Scand*. 1997;55(4):229-35.

Herzog DB, Nussbaum KM, Marmor AK. Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 1996;19(4):843-59.

Howat PM, Varner LM, Wampold RL. The effectiveness of a dental/dietitian team in the assessment of bulimic dental health. *J Am Diet Assoc*. 1990;90(8):1099-102.

Humphrey SP, Williamson RT. A review of saliva: normal composition, flow and function. *J Prosthet Dent*. 2001;85(2):162-9.

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

Ihalin R, Loimaranta V, Tenovu J. Origin, structure and biological activities of peroxidases in human saliva. *Arch Biochem Biophys*. 2006;445(2):261-8.

Johansson AK, Nohlert E, Johansson A, Norring C, Tegelberg A. Dentists and eating disorders – knowledge, attitudes, management and experience. *Swed Dent J*. 2009; 33(1):1-9.

Johansson AK, Johansson A, Unell L, Norring C, Carlsson GE. Eating disorders and signs and symptoms of temporomandibular disorders: a matched case-control study. *Swed Dent J*. 2010; 34(3):139-47

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

Kachani AT, Cordás TA. Anorexia nervosa e retardo mental. *J Bras Psiquiatr.* 2010;60(1):57-63.

Kaplan HI, Saddock BJ. *Compêndio de psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed; 2007.

Katchburian E, Arana-Chavez VE. *Histologia e embriologia oral*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

Katzberg RW, Westesson PL, Tallents RH, Drake CM. Anatomic disorders of the temporomandibular joint disc in asymptomatic subjects. *J Oral Rehabil.* 1999;26(5):357-63

Kavitha PR, Vivek P, Hegde AM. Eating disorders and their implications on oral health - role of dentists. *J Clin Pediatr Dent.* 2011;36(2):155-60.

Kaye WH, Devlin B, Barbarich N, Bulik CM, Thornton L, Bacanu SA, Fichter MM, Halmi KA, Kaplan AS, Strober M, Woodside DB, Bergen AW, Crow S, Mitchell J, Rotondo A, Mauri M, Cassano G, Keel P, Plotnicov K, Pollice C, Klump KL, Lilienfeld LR, Ganjei JK, Quadflieg N, Berrettini WH. Genetic analysis of bulimia nervosa: methods and sample description. *Int J Eat Disord.* 2004;35(4):556-70

Kim SO, Kwak JY, Choi BJ, Lee JH. Oral manifestations of a child with chronic vomiting. *J Dent Child;*2005;72(2):49-51.

Kim BS, Kim YK, Yun PY, Lee E, Bae J. The effects of estrogen receptor alpha polymorphism on the prevalence of symptomatic temporomandibular disorders. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010;68(12):2975-9.

Kliemann C. *Avaliação das características pessoais, estresse, hábitos parafuncionais e palpação muscular e das ATMs em pacientes queixosos e não queixosos de disfunção craniomandibular* [Dissertação]. São José dos Campos: Faculdade de Odontologia de São José dos Campos da UNESP, 1997.

Kliemann C. Sensibilidade dentinária e lesão cervical não cariosa. In: Siqueira JTT, Teixeira MJ. *Dores orofaciais: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: 2012; 370-84.

Korn GP, Pupo DB, Quedas A, Filho IB. Correlation between xerostomia degree and sialometry in patients with Sjogren Syndrome. *Rev Bras Otorrinol.* 2002;68(5):1-2.

Kosminsky M, Lucena LBS, Siqueira JTT, Pereira Junior F, Goes PSA. Adaptação cultural do questionário research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: axis II para o português. *J Bras Clin Odontol Int.* 2004;8(43):51-61.

Kurtul N, Cil MY, Bakan E. The effects of alcohol and smoking on serum, saliva and urine sialic acid levels. *Saudi Med J*. 2004;25(12):1839-44.

Kuttila M, Kuttilla S, Niemi PM, Alanen P, Le Bell Y. Fluctuation of treatment need for temporomandibular disorders and age, gender, stress, and diagnostic subgroup. *Acta Odontol Scand*. 1997;55(6):350-5.

LeGoff DB, Leichner P, Spigelman MN. Salivary response to olfactory food stimuli in anorexics and bulimics. *Appetite*. 1988;11(1):15-25.

Leite MF. *Estudo temporal do efeito da administração de tungstato de sódio sobre alguns parâmetros de glândulas salivares e saliva de ratas diabéticas* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2006.

Leeuw R. *Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento*. 4ª ed. São Paulo: Quintessence; 2010.

Liew VP, Frisken KW, Touyz SW, Beumont PJV, Williams H. Clinical and microbiological investigations of anorexia nervosa. *Aust Dent J*. 1991;36(6):435-41.

Lifante-Oliva C, López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Esteve-Salinas J. Study of oral changes in patients with eating disorders. *Int J Dent Hygiene*. 2008;6(2):119–122.

Lindhe J. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999 apud Siqueira JTT, Teixeira MJ. *Dores orofaciais: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: 2012; 370-384.

Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. *J Am Dent Assoc*. 1993; 124:115-21 apud Carrara SV, Conti PCR, Barbosa JS. Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. *Dental Press J Orthod* 2010; 15(3):114-20.

Little J. Eating disorders: dental implications. *Oral Surg Oral Med Oral Radiol Endod*. 2002;93(2):138-43.

Löe H, Anerud A, Boysen H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity and extent of gingival recession. *J Periodontol*. 1992; 63(6):489-95 apud Siqueira JTT, Teixeira MJ. *Dores orofaciais: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: 2012; 370-384.

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

Löwe B, Zipfel S, Buchholz C, Dupont Y, Reas DL, Herzog W. Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychol Med*. 2001;31(5):881-90.

Lowry OH, Rosenbrough NJ, Farr AL, Randall RJ. Protein measurement with the Folin phenol reagent. *J Biol Chem*. 1951;193(1):265-75.

Lundeen TF, George JM, Sturdevant JR. Stress in patients with pain in the muscles of mastication and the temporomandibular joints. *J Oral Rehabil*. 1988;15(6):631-7.

Macfarlane TV, et al. Orofacil pain in the community: prevalence and associated impact. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002;30(1):52-60.

Manfredini D, Landi N, Bandettini DI, Poggio A, Dell'Osso L, Bosco M. A critical review on the importance of psychological factors in temporomandibular disorders. *Minerva Stomatol*. 2003;52(6):321-6, 327-30.

Mese H, Matsuo R. Salivary secretion, taste and hyposalivation. *J Oral Rehabil*. 2007;34(10):711-23.

Merskey H, Bogduk N. *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. 2nd ed. Seattle: IASP, 1994.

Milosevic A, Slade PD. The orodental status of anorexics and bulimics. *Br Dent J*. 1989 Jul 22;167(2):66-70.

Milosevic A, Dawson LJ. Salivary factors in vomiting bulimics with and without pathological tooth wear. *Caries Res*. 1996;30(5):361-6.

Moya T. *Criação e análise da sessão de transtornos alimentares do DAWBA (levantamentos sobre o desenvolvimento e bem-estar de crianças e adolescentes)* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2005.

Moya T, Claudino AM, van Furth EF. Extreme thinness in models mobilizes eating disorders' researchers and specialists. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(1):1-2.

Nanci A. *Histologia oral*. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

Nanci A. *Oral histology*. 8th ed. Montreal: Elsevier; 2013.

Nekora-Azak A, Evlioglu G, Ceyhan A, Keskin H, Berkman S, Issever H. Estrogen replacement therapy among postmenopausal women and its effects on signs and symptoms of temporomandibular disorders. *Cranio*. 2008;26(3):211-5.

Nicolau J. *Fundamentos de bioquímica oral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Nicolau J. Saliva e sua importância para o organismo. In: Siqueira JTT, Teixeira MJ. *Dores orofaciais: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: 2012;46-60.

Nunes MA, Appolinario JC, Galvão AL, Coutinho W. *Transtornos alimentares e obesidade*. Rio de Janeiro: Artmed; 2006.

Okeson JP. *Management of temporomandibular disorders and occlusion*. 4 ed. St. Louis: Mosby, 1998. 838.

Okeson JP. *Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão*. 4ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000. P. 512.

O'Leary TJ. The periodontal screening examination. *J Periodontol*. 1967;38(6):617-24.

Oliveira W, Nakae EK. Bruxismo. In: Oliveira, W. *Disfunções temporomandibulares*. São Paulo: Editora Artes Médicas, 2002. p.381.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 - Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed, 1993.

Pagura JR. Taxonomia da dor. In: Alves Neto AO, Costa CMC, Siqueira JTT, Teixeira MJ. *Dor: princípios e prática*. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009.p.91-93.

Pannunzio E, Amancio OM, Vitale MS, Souza DN, Mendes FM, Nicolau J. Analysis of the stimulated whole saliva in overweight and obese school children. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(1):32-36.

Paszynska E, Dmitrzak-Weglarz M, Slopian A, Tyszkiewicz-Nwafor M, Rajewski A. Salivary and serum insulin-like growth factor (IGF-1) assays in anorexic patients. *World J Biol Psychiatry*. 2015;13:1-7.

Philippi ST, Alvarenga M. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. Editora Manole, São Paulo: 2004.

Phillips JM, Gatchel RJ, Wesley AL, Ellis E 3rd. Clinical implications of sex in acute temporomandibular disorders. *J Am Dent Assoc*. 2001;132(1):49-57.

Pina MGM. *Transtornos alimentares: modelo e consenso cultural na alimentação* [Tese]. Ribeirão Preto: USP, Escola de Enfermagem; 2014.

Pinzon V, Nogueira FC. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Rev Psiq Clin*. 2004;31(4):158-60.

Pönniö M, Alho H, Heinälä P, Nikkari ST, Sillanaukee P. Serum and saliva levels of sialic acid are elevated in alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res*. 1999;23(6):1060-4.

Pönniö M, Sillanaukee P, Franck J. Serum sialic acid levels are increased during relapse to alcohol drinking: a pilot study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2002;26(9):1365-7.

Pullinger AG, Seligman DA. Trauma history in diagnostic groups of temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1991;71(5):529-34.

Pupo DB, Bussoloti Filho I, Liquidato BM, Korn GP. Proposta de um método prático de sialometria. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2002; 68(2):219-22.

Roberts MW, Li SH. Oral findings in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a study of 47 cases. *J Am Dent Assoc*. 1987;115(3):407-10.

Rollman A, Visscher CM, Gorter RC, Naeije M. Care seeking for orofacial pain. *J Orofac Pain*. 2010;26(3):206-14.

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

Rosner, B. *Fundamentals of bioestatistics*. Duxbury Press, 4a ed; New York, 1994, 682 pgs.

Rytömaa I, Järvinen V, Kanerva R, Heinonen OP. Bulimia and tooth erosion. *Acta Odontol Scand*. 1998;56(1):36-40.

Salzano FT, Cordás TA. Hospital-dia (HD) para os transtornos alimentares: revisão de literatura e primeiras impressões do HD do ambulatório de bulimia e transtornos alimentares do IPq-HCFMUSP (AMBULIM). *Rev Psiq Clin*. 2003;30(3),86-94.

Scheutzel P. Etiology of dental erosion - intrinsic factors. *Eur J Oral Sci*. 1996;104(2(Pt 2)):156-61.

Schlueter N, Ganss C, Pötschke S, Klimek J, Hannig C. Enzyme activities in the oral fluids of patients suffering from bulimia: a controlled clinical trial. *Caries Res*. 2012;46(2):130-9.

Silness J, Loe H. Periodontal disease in pregnancy II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta Odontol Scand*. 1964;22:121-35.

Simões A. *Estudo do efeito da irradiação com laser em baixa intensidade no metabolismo celular das glândulas salivares e na glicemia de ratas diabéticas induzidas por estreptozotocina* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2008.

Siqueira JTT. Dores dentárias difusas/odontalgia atípica. In: Siqueira JTT, Teixeira MJ. *Dor orofacial diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida*. Curitiba: Maio, 2001. p.243-54.

Siqueira JTT, Teixeira MJ. *Dores orofaciais: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: 2012.

Siqueira SRDT, Nóbrega JCM, Valles LBS, Teixeira MJ, Siqueira JTT. Idiopathic Trigeminal Neuralgia: Clinical aspects and dental procedures. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radio Endod* 2004, 98 (3): 311-315.

Sivolella S, Cordioli GP, Consolati E, Favaro A, Santonastaso P. Odontostomatologic symptomatology in eating disorders: a controlled study. *Minerva Stomatol*. 2000;49(3):119-27.

Skoza L, Mohos S. Stable thiobarbituric acid chromophore with dimethyl sulphoxide. Application to sialic acid assay in analytical de O-acetylation. *Biochem J*. 1976;159(3):457-62.

Sleye H. *Stress: a tensão da vida*. São Paulo: Ibrasa, 1965. p.351

Solberg WK, Woo MW, Houston JB. Prevalence of mandibular dysfunction in young adults. *J Am Dent Assoc*. 1979;98(1):25-34.

Steiner H, Lock J. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37(4):352-9.

Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*. 2002;159(8):1284-93.

Sternback RA. Survey of pain in the United States: the Nuprin pain report. *Clin J Pain*. 1986;2(1):49-53.

Teixeira MJ, Pimenta CAM. Epidemiologia da dor. In: Teixeira MJ (Ed.). *Dor: conceitos gerais*. São Paulo: Limay, 1994. p.57-61.

Teixeira MJ, Siqueira SRDT, Kosminsky M, Monteiro AA. Epidemiologia da dor. In: Siqueira JTT, Teixeira MJ. *Dores orofaciais: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: 2012; p.46-60.

Thomson WM. Issues in the epidemiological investigation of dry mouth. *Gerontology*. 2005;22(2):65-76.

Timerman F, Scagliusi FB, Cordás TA. Acompanhamento da evolução dos distúrbios de imagem corporal em pacientes com bulimia nervosa, ao longo do tratamento multiprofissional. *Rev Psiquiatr Clin*. 2010;37(3):113-7.

Toffenetti F, Vanini L, Tammaro S. Gingival recessions and noncarious cervical lesions: a soft and hard tissue challenge. *J Esthet Dent*. 1998;10(4):208-20.

Touyz SW, Liew VP, Tseng P, Frisken K, Williams H, Beumont PJ. Oral and dental complications in dieting disorders. *Int J Eat Disord*. 1993;14(3):341-7.

Travell JG, Simons DG. *Miofascial pain and dysfunction. The trigger points manual*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1983.p. 740.

Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L, Kruger A. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain*. 1988; 32(2):173-83 apud Siqueira JTT, Teixeira MJ. *Dores orofaciais: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: 2012;46-60.

Watson ML, Burke FJT. Investigation and treatment of patients with teeth affected by tooth substance loss: a review. *Dent Update*. 2000;27(4):175-82.

Weinberg C, Cordás TA. *Do altar às passarelas: da anorexia santa à anorexia nervosa*. São Paulo: Annablume, 2006.

Weinberg C, Cordás TA, Albornoz PM. Santa Rosa de Lima: uma santa anoréxica na América Latina? *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2005; 27(1):51-6.

Wentz E, Gillberg C, Gillberg IC, Rastam M. Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa psychiatric disorders and overall functioning scales. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001;42(5):613-22.

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;103(1):60-63.

Ximenes R, Couto G, Sougey E. Eating disorders in adolescents and their repercussions in oral health. *Int J Eat Disord*. 2010;43(1):59-64.

Yager J, Powers P. *Manual clínico de transtornos da alimentação*. São Paulo: Artmed; 2010.

Zhao Y, Encinosa W. An update on hospitalizations for eating disorders, 1999 to 2009: Statistical Brief #120. 2011 Sep. In: *Healthcare cost and utilization project (HCUP) statistical briefs* [Internet]. Rockville (MD): Agency for Health Care Policy and Research (US); [2006 Feb]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65135/>.

10 APÊNDICES

10.1 APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

1

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP: TELEFONE: DDD(.....).....

2. RESPONSÁVEL LEGAL:

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: "AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL, DORES OROFACIAIS, DISFUNÇÕES MANDIBULARES E SALIVA EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES"

2. PESQUISADOR : Samanta Pereira de Souza

CARGO/FUNÇÃO: Mestranda

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº CROSP 98854

UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto de Psiquiatria

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO (X) RISCO MÉDIO () RISCO BAIXO () RISCO MAIOR ()

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 02 anos

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

- 1- A alimentação e o bem-estar físico e geral são fatores essenciais para um melhor resultado no tratamento de pacientes portadores de transtornos alimentares. Portanto, a presença de dores na face, boca e na articulação temporomandibular, (ossos responsáveis pelo movimento de abrir e fechar a boca) poderia desenvolver quadros de dores crônicas da face, (dores que persistem), e alterações na saliva como a xerostomia (boca seca), podem também interferir no estado emocional destes pacientes. Este estudo tem como objetivo principal caracterizar a condição bucal de pacientes com transtornos alimentares, e os objetivos secundários são identificar a prevalência de dores orofaciais, de disfunção temporomandibular, avaliar a saliva e criar um protocolo de atendimento odontológico para os pacientes com transtornos alimentares.
- 2- Será realizado uma avaliação contendo perguntas sobre o transtorno alimentar, a história médica e odontológica e, posteriormente será realizado o exame intra bucal que é rotineiro na odontologia para avaliar a presença de doenças na boca como carie, doenças da gengiva e mucosas. O exame extra-bucal será feito através de palpação dos músculos da face, pescoço e da articulação temporomandibular. Será solicitado Radiografia panorâmica da face. A saliva será coletada por meio de um algodão debaixo da língua após a mastigação de um bloco de parafina que será descartado após a coleta da saliva.
- 3- Para o exame intra-bucal utilizaremos: espelho clínico odontológico, cureta e explorador; instrumentais de uso rotineiro pelo dentista para melhor visualização dos dentes e estruturas da boca. A palpação muscular intra e extra-oral será realizado com a ponta dos dedos
- 4- Estes exames não causam dor e fazem parte da rotina na odontologia.
- 5- O paciente responderá a questionários a respeito sobre a existência de queixas de dores orofaciais e de boca seca.
- 5- Fazendo o exame, poderemos fazer o diagnóstico de doenças na boca, e dores de origem dos músculos da face ou da articulação temporomandibular e, havendo necessidade, realizaremos e/ou orientaremos o tratamento odontológico, seguindo a rotina de atendimento da Equipe Odontológica do Ipq HCFMUSP, exceto a confecção de próteses dentárias fixas ou removíveis (dentaduras), implantes dentários e aparelhos ortodônticos, que não são realizados.
- 6- Não há existência de procedimentos alternativos.
- 7- Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas com investigador principal, o Dr. José Tadeu Tesseroli de Siqueira, e o investigador executante, a Dra. Samanta Pereira de Souza, que podem ser encontradas no Instituto de Psiquiatria do Hospital da Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Telefone(s) 2661- 6498. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 2661-6442 ramal 26 – E-mail: cappelq@hcnet.usp.br

8- É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

09- Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente.

10- Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

11- Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

12- Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo da **"AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL, DORES OROFACIAIS, DISFUNÇÕES MANDIBULARES E SALIVA EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES."** Eu discuti com o Dra. Samanta Pereira de Souza sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concorde voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente / representante legal

Data: / /

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data / /

10.2 APÊNDICE B – Parecer do Comitê de Ética.

HC
FMUSP

Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

PROJETO DE PESQUISA

Título: AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL, DORES OROFACIAIS, DISFUNÇÕES MANDIBULARES E SALIVA EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES.

Pesquisador Responsável: José Tadeu Tesseroli de Siqueira **Versão:** 1

Pesquisador Executante: Samanta Pereira de Souza **CAAE:** 15892913.6.0000.0068

Co-autores: Eduardo Wagner Aratangy; Fábio Salzano; Táki Athanássios Cordás; Sílvia Regina Dowgan Tesseroli de Siqueira; Reynaldo Antequera.

Finalidade Acadêmica: Mestrado

Orientador: José Tadeu Tesseroli de Siqueira

Instituição: HCFMUSP

Departamento: PSQUIATRIA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Registro on-line: 10680

Número do Parecer: 435.656

Data da Relatoria: 16/10/13

Apresentação do Projeto: A alimentação e o bem-estar físico e geral são fatores essenciais para melhor prognóstico no tratamento de pacientes portadores de transtornos alimentares. A presença de dores orofaciais e disfunção temporomandibular pode contribuir para desenvolver quadros de dores crônicas da face, podendo interferir no estado emocional, além de dificultar a ingestão alimentar - comprometendo ainda mais o estado nutricional desses pacientes. Por sua vez, a saliva é responsável pela homeostase do trato gastrointestinal superior e indispensável para a fase inicial da nutrição, bem como preservação desses tecidos. Como os dados da literatura são escassos e controversos, este estudo, tendo por base outro estudo piloto que o precedeu, justifica-se, pois a partir dele será possível estabelecer um protocolo de atendimento odontológico para esse grupo de pacientes.

Objetivo da Pesquisa: Este estudo tem como objetivo principal caracterizar a condição bucal de pacientes com transtornos alimentares. Objetivos secundários: 1. Identificar a prevalência de queixas de dores orofaciais na amostra; 2. Identificar a prevalência de queixa de disfunção temporomandibular na amostra; 3. Identificar alterações nos parâmetros salivares desses pacientes; 4. Avaliar se a autoindução de vômitos pode interferir na prevalência de lesões buco-dentais e de dores orofaciais e disfunções temporomandibulares e nos parâmetros salivares; 5. Criar um protocolo para atendimento odontológico desses pacientes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Não apresenta riscos.

Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 225 - Prédio da Administração - 5º andar
CEP 05403-010 - São Paulo - SP.
55 11 2661-7585 - 55 11 2661-6442 ramais: 16, 17, 18 | marcia.carvalho@hc.fm.usp.br

Hospital das Clínicas da FMUSP

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Serão avaliados 100 pacientes distribuídos em quatro grupos de 25 pacientes de acordo com o diagnóstico médico: - Grupo A (Anorexia Nervosa Restritiva); - Grupo B (Anorexia Nervosa Purgativa); - Grupo C (Bulimia Nervosa); - Grupo D (Controle). É uma amostra bem representativa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Foram cumpridos.

Recomendações: Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Não há.

Situação do Parecer: Aprovado.

Necessita apreciação da CONEP: Não.

Considerações Finais a critério do CEP: Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

São Paulo, 16 de Outubro de 2013

Prof. Dr. Luiz Eugênio Garcez Leme
Coordenador
Comissão de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa-CAPPesq