



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação
em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas

ELIZABETH MARIA COSTA DE CARVALHO

**ASPECTOS RELEVANTES DO SISTEMA
ESTOMATOGNÁTICO E DA SAÚDE BUCAL DE
INDIVÍDUOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS
E COMPORTAMENTAIS EM USO DE ANTIPSICÓTICOS
TÍPICOS**

Salvador
2016

ELIZABETH MARIA COSTA DE CARVALHO

**ASPECTOS RELEVANTES DO SISTEMA
ESTOMATOGNÁTICO E DA SAÚDE BUCAL DE
INDIVÍDUOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS
E COMPORTAMENTAIS EM USO DE ANTIPSICÓTICOS
TÍPICOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do título de doutor em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Paulo Correia de Araújo

Coorientador: Prof. Dr. Antônio Fernando Pereira Falcão

Salvador
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde
Sistema de Bibliotecas da UFBA

C331 Carvalho, Elizabeth Maria Costa de. Aspectos relevantes do sistema estomatognático e da saúde bucal de indivíduos portadores de transtornos mentais e comportamentais em uso de antipsicóticos típicos/ Elizabeth Maria Costa de Carvalho. - Salvador, 2016.156 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Paulo Correia de Araújo.

Coorientador: Prof. Dr. Antônio Fernando Pereira Falcão.

Tese (doutorado) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, 2016.

1. Saúde bucal. 2. Assistência odontológica para pessoas com deficiências -Qualidade de vida. 3. Transtornos mentais. 4. Odontologia em saúde pública. 5. Serviços de saúde mental. 6. Pessoas com deficiência mental - Higiene bucal. 7. Pessoas com deficiência mental - Transtornos da Articulação Temporomandibular. I. Araújo, Roberto Paulo Correia de. II. Falcão, Antônio Fernando Pereira. III. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 616.31-083

ELIZABETH MARIA COSTA DE CARVALHO

**ASPECTOS RELEVANTES DO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO E DA
SAÚDE BUCAL DE INDIVÍDUOS PORTADORES DE TRANSTORNOS
MENTAIS E COMPORTAMENTAIS EM USO DE ANTIPSICÓTICOS
TÍPICOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Doutor em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas.

Aprovada em 20 de setembro de 2016

Comissão Examinadora

Roberto Paulo Correia de Araújo (Orientador) _____

Livre Docente e Doutor em Odontologia

Professor Titular de Bioquímica Oral do Instituto de Ciências da Saúde-UFBA

Eduardo Pondé de Sena _____

Doutorado pelo Curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia - Universidade Federal da Bahia

Professor Associado do Departamento de Biorregulação do Instituto de Ciências da Saúde-UFBA

Urbino da Rocha Tunes _____

Doutor em Imunologia

Professor Titular de Periodontia na FBDC

Antônio Wilson Sallum _____

Doutor em Odontologia

Professor da FOP-Unicamp-SP

Alfredo Carlos Rodrigues Feitosa _____

Doutor em Microbiologia-USP-SP

Professor da disciplina de Periodontia da UFES

Aos meus pais, Cícero Newton (*in memoriam*) e Antonia,
que inculcaram em mim o respeito por todos os seres humanos,
particularmente aqueles com necessidades especiais,
pelos seus exemplos de vida e dedicação
à profissão que escolhemos — cirurgião-dentista.

A Isaac, meu querido companheiro.

Aos pacientes com transtornos mentais
assistidos no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira,
que, dentro dos seus delírios, fantasias ou realidade,
cooperaram para que eu pudesse realizar seus exames bucais.

Aos pacientes cadastrados na Faculdade de Odontologia da UFBA,
que permitiram a realização dos seus exames bucais,
fundamentais para a elaboração desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Embora, por exigência institucional, esta tese traga a minha assinatura, ela é o resultado de um trabalho coletivo, para cuja realização contribuíram muitas pessoas de diferentes maneiras e em diferentes oportunidades, com ajuda, estímulo, crítica ou sugestão. Ao registrar seus nomes, mais que agradecer, quero lhes fazer justiça.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Roberto Paulo Correia de Araújo, exemplo no qual me espelhei para alcançar este objetivo, que, além das horas do seu precioso tempo que me dispensou durante a orientação do trabalho, dividiu comigo a sua amizade.

Ao Prof. Dr. Antônio Fernando Pereira Falcão, meu coorientador, que, com a sua generosidade, na ausência do meu pai biológico, o tem substituído, para minha felicidade.

Meu agradecimento especial aos Professores Luciana Bastos, Luciana Koser e Antônio Fernando Pereira Falcão pelas brilhantes avaliações e valiosas sugestões à tese, na condição de examinadores, participantes do Exame de Qualificação ao lado dos Professores Urbino da Rocha Tunes e Roberto Paulo Correia de Araújo.

Ao Prof. Dr. Ronaldo Jacobina, que me proporcionou conhecer a história da psiquiatria na Bahia e do Hospital Juliano Moreira desde sua fundação em 1874.

Ao amigo Prof. Dr. Urbino da Rocha Tunes, por todos os momentos em que sua palavra de força e perseverança me ajudou a prosseguir em minha caminhada na vida acadêmica.

Aos colegas das disciplinas de Periodontia e de Odontologia para Pacientes Especiais da Faculdade de Odontologia da UFBA, que se empenharam em me oferecer condições para o desenvolvimento desta pesquisa.

À Profa. Dra. Maria das Graças Alonso, por dividir comigo a oportunidade de acolhermos os participantes do grupo controle dos nossos estudos na Faculdade de Odontologia da UFBA.

Ao Diretor do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, à época, Dr. André Furtado, por ter concordado em autorizar a realização desta pesquisa no Núcleo Docente Assistencial de Odontologia & Saúde Mental dessa instituição voltada para a assistência psiquiátrica.

À amiga e colega Olga de Jesus da Conceição dos Anjos, que, no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, supervisionou a parte logística para que este estudo pudesse acontecer, particularmente no acolhimento e na educação para a saúde bucal de todos os pacientes psiquiátricos envolvidos.

À colega e amiga Profa. Dra. Andréia Cristina Leal Figueiredo, pela execução da análise estatística e infinita paciência, além do aconselhamento.

Ao Prof. Dr. Carlos Maurício Cardeal Mendes, pela preciosa ajuda na elaboração deste trabalho, particularmente na avaliação da concordância intraexaminador.

A minha querida sobrinha Lívia Cristina Bandeira de Carvalho, por partilhar comigo os bons momentos e seu profundo conhecimento na área das disfunções temporomandibulares.

Às estagiárias do Núcleo Docente Assistencial de Odontologia e Saúde Mental vinculado ao Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, Caroline Luquine e Larissa Souza, pela cuidadosa anotação dos dados coletados, fundamentais para alcançarmos os resultados obtidos, particularmente a Laís Spínola, pela digitação dos dados, e a Isis Henriques, pelo cuidado e empenho na revisão das planilhas com os dados coletados.

Aos colegas e amigos do Núcleo Docente Assistencial de Odontologia e Saúde Mental vinculado ao Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira: Virgínia Linhares, Marlucy Calazans, José Carlos Berbert da Silva, Vera Castro, Jandira Moraes da Paixão, Vera Lucia dos Santos Nascimento e Maria do Carmo Barbosa, de cuja ajuda dependeu o desenvolvimento deste trabalho.

À Dra. Livia Ribeiro, por ter colaborado na elaboração e correção do resumo e do *abstract* desta tese.

A Vera Rollemberg e a Keite Birne de Lira, pela cuidadosa revisão do texto.

Ao colega e amigo Dr. Felipe Ribeiro, pela enorme ajuda na aquisição dos artigos científicos.

Devo ainda agradecimentos aos alicerces da minha formação profissional desde a graduação até a pós-graduação.

Ao meu eterno mestre, Prof. Dr. Adhemar de Oliveira e Silva (*in memoriam*), que me fez conhecer a Periodontia e saber que todo conhecimento adquirido só vale a pena se pudermos usá-lo para fazer o bem.

À Profa. Dra. Mary Camardelli, mentora dos meus primeiros passos na Periodontia, que, com a sua retidão e firmeza de caráter, forjou em mim a vontade de sempre seguir o seu exemplo.

À querida amiga Profa. Dra. Lucia Petitinga de Moraes Sarmiento, que tem o dom de associar ciência e bondade.

Ao querido e inesquecível Prof. Dr. Moyses Moreinos (*in memoriam*), coordenador do Curso de Especialização em Periodontia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) em 1979, que me inculuiu o gosto pela pesquisa científica e pela carreira acadêmica.

Por fim, agradeço aos componentes do meu rol de bem-querer, particularmente minha querida irmã Maria Cristina, em cuja companhia toda jornada fica mais agradável, todo fardo mais leve.

Às queridas Isabela Teixeira, Susana Soares e Eulália Oliveira, minhas filhas espirituais, pela boa energia que sempre irradiam, pelo carinho e ternura com que me tratam, além da colaboração na elaboração desta pesquisa.

Às minhas secretárias Fabiana Oliveira, Célia Nascimento e Olga Silva, que permitiram que a elaboração deste estudo convivesse em harmonia com a rotina da casa e do consultório.

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

À Universidade Federal da Bahia, por ter propiciado ao seu corpo docente a oportunidade de obter o título de doutor, por meio do Doutorado Especial.

Ao Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, por ter me acolhido nesta fase tão decisiva da minha carreira acadêmica.

*Obstáculos são aquelas coisas tenebrosas que vemos
quando desviamos os olhos dos nossos objetivos.*
Henry Ford

CARVALHO, Elizabeth Maria Costa de. *Aspectos relevantes do sistema estomatognático e da saúde bucal de indivíduos portadores de transtornos mentais e comportamentais em uso de antipsicóticos típicos*. 156 f.il. 2016. Tese (Doutorado) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

RESUMO

Introdução: Os transtornos mentais e comportamentais são uma série de distúrbios neuropsiquiátricos que se caracterizam por alterações psicológicas ou comportamentais associadas com um comprometimento funcional, podendo ocorrer em, alguns pacientes, alterações do pensamento, alucinações, delírios e alterações no contato com a realidade. **Objetivo:** Diagnosticar e descrever as alterações no sistema estomatognático de pacientes psiquiátricos usuários de antipsicóticos típicos (ApTs), assistidos no Núcleo Docente Assistencial de Odontologia e Saúde Mental, vinculado ao Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira-SESAB, situado na cidade do Salvador-Bahia, em comparação com indivíduos físico e mentalmente sadios. **Metodologia:** Estudo de corte transversal com uma amostra de conveniência constituída por 120 voluntários, sendo 40 pacientes psiquiátricos usuários de ApTs e 80 indivíduos com saúde mental. A coleta dos dados foi processada em duas etapas. A primeira consistiu na aplicação de um questionário desenvolvido especialmente para a pesquisa, que contemplou dados sociodemográficos, informações sobre a saúde geral e oral, alterações orofaciais de movimento, alterações no paladar e presença de disfunções temporomandibulares (DTMs). A segunda, executada por um único examinador, compreendeu a avaliação odontológica dos participantes com base no índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), índice de placa visível (IP), sangramento gengival à sondagem (SS), avaliação das estruturas moles da cavidade oral e na determinação do risco periodontal individual. Os dados coletados foram analisados por estatística descritiva e submetidos ao teste Mann-Whitney, teste Qui-quadrado de Pearson e ao teste exato de Fischer. **Resultados:** A análise quantitativa revelou que os índices CPO-D dos grupos teste e controle foram elevados, e não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. A alta prevalência da periodontite crônica severa localizada, tanto no grupo teste (62,5%) como no grupo controle (58,7%) acha-se associada aos elevados escores do IP, como reflexo da precariedade da higiene oral, frequente em pacientes com comprometimento intelectual e motor. O alto risco periodontal foi detectado em 31,6% da amostra, fato diretamente relacionado à quantidade de dentes perdidos e com elevados valores registrados de SS na maioria dos participantes, independente de sua condição de saúde mental. A DTM, em seus diferentes graus de severidade, fez-se presente em 80% dos participantes, independente do comprometimento da saúde mental. A análise qualitativa demonstrou que as alterações orofaciais de movimento só foram registradas entre os pacientes usuários de antipsicóticos típicos, denotando o papel deletério desses psicofármacos sobre a qualidade de vida. **Conclusão:** Os resultados deste estudo, apesar dos seus limites, apontam para as alterações no sistema estomatognático decorrentes do uso diário de ApTs, particularmente as gustativas, as alterações orofaciais de movimento, a DTM e ao grande número de dentes perdidos. Isto justifica a indicação da necessidade do monitoramento da condição de saúde oral dos portadores de transtornos mentais e comportamentais, independente do modelo assistencial psiquiátrico ao qual estejam submetidos. Na perspectiva da promoção, restauração e manutenção de sua saúde oral, esta conscientização possibilitará o mínimo de emancipação individual, de modo a lhes assegurar melhor qualidade de vida e o resgate da cidadania.

Palavras-chave: Saúde bucal; Patologia mental; Epidemiologia.

CARVALHO, Elizabeth Maria Costa. *Relevant aspects of the stomatognathic system and oral health of individuals with mental and behavioural disorders due to use of typical antipsychotics*. 156 f.il. 2016. These (Doctoral) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

ABSTRACT

Introduction: Mental and behavioral disorders are a number of neuropsychiatric disorders characterized by psychological or behavioral changes associated with functional impairment, which may occur in some patients, changes in thinking, hallucinations, delusions and changes with reality. **Objective:** Diagnose and describe changes in stomatognathic system of psychiatric patients typical antipsychotic users (ApTs), assisted at the Center Docent Assistance of Dentistry and Mental Health, associated to the Psychiatric Hospital Juliano Moreira-SESAB, located in city of Salvador, Bahia, compared to individuals physically and mentally healthy. **Methods:** Cross-sectional study with a convenience sample of 120 volunteers, 40 members of psychiatric patients using ApTs and 80 individuals mentally healthy. Data collection was processed in two stages. The first was the application of a questionnaire developed especially for the research, which included demographic data, information of general and oral health, orofacial changes in motion, changes in taste and presence of temporomandibular disorders (TMD). The second, performed by a single examiner, was the dental evaluation of the participants based on decayed, missing and filled teeth index (DMFT), visible plaque index (PI), gingival bleeding on probing (BOP), evaluation of soft tissue structures of the oral cavity and individual periodontal risk. The data collected and analyzed by descriptive statistics were submitted to Mann-Whitney test, the chi-square Pearson test and Fisher exact test. **Results:** Quantitative analysis showed that the DMFT indices of the test and control groups were high; however, there was no statistically significant difference between the two groups. The high prevalence of severe chronic periodontitis located in both test group (62.5%) and in control group (58.7%) is found associated with the high IP scores, reflecting the precarious oral hygiene, frequent in patients with intellectual and motor damage. The high periodontal risk was detected in 31.6% of the sample, directly related to the amount of missing teeth and the high values recorded for SS in most participants, regardless of their mental health condition. The DTM in its different degrees of severity was present in 80% of participants, regardless of mental health impairment. Qualitative analysis showed that the changes of orofacial movement were only recorded among patients using typical antipsychotics, demonstrating the deleterious role of these psychiatric drugs on their quality of life. **Conclusion:** The results of this study, despite its limitations, show changes in stomatognathic system arising from the daily use of ApTs, particularly the taste, motion orofacial changes, the DTM and the large number of missing teeth, justify the indication of monitor the oral health status of people with mental and behavioral disorders, independent of psychiatric care model to which they are submitted. From the perspective of promotion, restoration and maintenance of oral health, this awareness will enable a minimum of individual emancipation, in order to assure better quality of life and recovery of citizenship.

Keywords: Oral health, mental pathology, epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Codificação e classificação dos transtornos mentais e comportamentais na CID-10	13
Quadro 2	Codificação e classificação das esquizofrenias na CID-10	15
Quadro 3	Codificação e classificação, no DSM-IV e na CID-10, de doenças mentais cuja terapêutica medicamentosa requer o uso de antipsicóticos	17
Quadro 4	Codificação e classificação de transtornos mentais na CID-10	18
Quadro 5	Fenotiazinas e butirofenonas, nomes comerciais e formas farmacêuticas	24
Quadro 6	Transtornos de movimento induzidos por antipsicóticos, suas manifestações e opções de manejo	29
Quadro 7	Paladar normal, alterações gustativas e suas causas	34
Quadro 8	Avaliação motora dos nervos faciais	55
Quadro 9	Condição dos tecidos moles bucais	56
Quadro 10	Códigos e critérios :diagnóstico carie dentária.....	57
Quadro 11	Causas de perda dentária	58
Quadro 12	Paladar normal e alterações do paladar	59
Figura 1	Polígono de risco para avaliação do risco periodontal	64
Quadro 13	Risco periodontal e critérios de avaliação	65
Quadro 14	Transtornos mentais e comportamentais dos pacientes do grupo teste	68
Quadro 15	Fenotiazinas e butirofenonas, nomes comerciais e usuários por gênero	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Grau de concordância intraexaminador mediante aplicação do teste de correlação intraclasse, Salvador-BA, 2015	61
Tabela 2	Valores absolutos e relativos da amostra segundo as variáveis sociodemográficas, Salvador-BA, 2015	69
Tabela 3	Valores absolutos e relativos da amostra segundo as alterações do paladar, Salvador-BA, 2015	72
Tabela 4	Valores absolutos e relativos do grupo teste segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e as alterações do paladar, Salvador-BA, 2015	74
Tabela 5	Valores absolutos e relativos do grupo controle segundo a associação entre variáveis sociodemográficas e as alterações do paladar, Salvador-BA, 2015	75
Tabela 6	Valores absolutos e relativos da amostra segundo as alterações orofaciais de movimento, Salvador-BA, 2015	76
Tabela 7	Distribuição dos pacientes do grupo teste segundo as alterações orofaciais de movimento, Salvador-BA, 2015	77
Tabela 8	Valores absolutos e relativos da amostra segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e as alterações orofaciais de movimento, Salvador-BA, 2015.....	80
Tabela 9	Valores absolutos e relativos da amostra segundo os graus de severidade da disfunção temporomandibular, Salvador-BA, 2015	82
Tabela 10	Valores absolutos e relativos do grupo teste segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e os graus de severidade da disfunção temporomandibular, Salvador-BA, 2015	84
Tabela 11	Valores absolutos e relativos do grupo controle segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e os graus de severidade da disfunção temporomandibular, Salvador-BA, 2015	85
Tabela 12	Valores absolutos e relativos da amostra segundo as alterações nos tecidos moles bucais, Salvador-BA, 2015	86
Tabela 13	Distribuição na amostra das lesões diagnosticadas nos tecidos moles bucais, Salvador-BA, 2015	87
Tabela 14	Valores absolutos e relativos da amostra segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e as alterações nos tecidos moles bucais, Salvador-BA, 2015	88
Tabela 15	Valores absolutos e relativos da amostra segundo os escores do índice CPO-D, Salvador-BA, 2015	89

Tabela 16	Médias e desvios padrão dos dentes permanentes cariados, perdidos, obturados e valor do CPO-D dos grupos teste e controle, Salvador-BA, 2015	90
Tabela 17	Valores absolutos e relativos da amostra segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e o índice CPO-D, Salvador-BA, 2015	92
Tabela 18	Valores absolutos e relativos da amostra segundo as causas de perda dentária, Salvador-BA, 2015	93
Tabela 19	Valores absolutos e relativos da amostra segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e as causas de perda dentária, Salvador-BA, 2015	95
Tabela 20	Valores absolutos e relativos da amostra segundo os escores do índice de sangramento gengival à sondagem, Salvador-BA, 2015 ...	98
Tabela 21	Valores absolutos e relativos da amostra segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e os escores do índice de sangramento gengival à sondagem, Salvador-BA, 2015	99
Tabela 22	Valores absolutos e relativos da amostra segundo os escores do índice de placa, Salvador-BA, 2015	101
Tabela 23	Valores absolutos e relativos da amostra segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e os escores do índice de placa, Salvador-BA, 2015	102
Tabela 24	Valores absolutos e relativos da amostra segundo as doenças periodontais, Salvador-BA, 2015	105
Tabela 25	Valores absolutos e relativos do grupo teste segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e as doenças periodontais, Salvador-BA, 2015	107
Tabela 26	Valores absolutos e relativos do grupo controle segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e as doenças periodontais, Salvador-BA, 2015	108
Tabela 27	Valores absolutos e relativos da amostra segundo as categorias do risco periodontal, Salvador-BA, 2015	111
Tabela 28	Valores absolutos e relativos da amostra segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e as categorias do risco periodontal, Salvador-BA, 2015	112

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP	Academia Americana de Periodontia
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ADA	American Dental Association
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
AP	Antipsicótico
ApA	Antipsicótico atípico
ApT	Antipsicótico típico
ATM	Articulação temporomandibular
AVAI	Anos de vida ajustados para incapacidade
AVI	Anos de vida com incapacidade
BL/AGE	Perda óssea alveolar em relação à idade
BOP	Porcentagem de sítios com sangramento à sondagem
CAP	Central de Atendimento ao Paciente
CAP-FOUFBA	Central de Atendimento ao Paciente da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAST	Caries assessment spectrum and treatment
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CFT-HPJM	Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira
CID-10	<i>Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde</i>
CPO-D	Índice dos dentes cariados, perdidos e obturados
DSM-IV	<i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders</i>
DT	Discinesia tardia
DTM	Disfunção temporomandibular
EUA	Estados Unidos da América
FBDC	Fundação Baiana para o Desenvolvimento da Ciência
FOUBA	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia
HPJM	Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira
IAF	Índice anamnésico de Fonseca
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICDAS	International caries detection and assessment system
ICNTP	Índice comunitário de necessidades de tratamento periodontal
IPC	Índice periodontal comunitário

IP	Índice de placa visível
JCE	Junção cimento-esmalte
MDE-IV	<i>Manual de diagnóstico e estatística dos distúrbios mentais</i>
MG	Margem gengival
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Assistência Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCLG	Periodontite crônica leve generalizada
PCMG	Periodontite crônica moderada generalizada
PCML	Periodontite crônica moderada localizada
PCSG	Periodontite crônica severa generalizada
PCSL	Periodontite crônica severa localizada
PD	Bolsas periodontais residuais
PMA	Índice papilar, marginal e aderido
QI	Quociente de inteligência
RDC/TMD	Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders
SAME-HPJM	Serviço Ambulatorial Médico Estatístico do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira
SB	Saúde Brasil
SEP	Síndromes extrapiramidais
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SNM	Síndrome neuroléptica maligna
SPSS	Statistical Package for Social Science
SS	Índice de sangramento gengival à sondagem
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPS	Terapia periodontal de suporte
UFBA	Universidade Federal da Bahia
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	JUSTIFICATIVAS	4
3	HIPÓTESE	7
4	OBJETIVOS	9
5	REVISÃO DE LITERATURA	11
5.1	TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS	12
5.2	PSICOFÁRMACOS	22
5.3	DOENÇA MENTAL E SAÚDE BUCAL	30
5.3.1	Odontologia psicossomática	30
5.3.2	Repercussão dos transtornos mentais e comportamentais no sistema estomatognático	32
5.3.2.1	<i>Desordens gustativas</i>	33
5.3.2.2	<i>Alterações orofaciais de movimento</i>	35
5.3.2.3	<i>Disfunção temporomandibular (DTM)</i>	36
5.3.2.4	<i>Cáries e perdas dentárias em pacientes psiquiátricos</i>	39
5.3.2.5	<i>Diagnóstico periodontal em portadores de transtornos mentais e comportamentais</i>	41
5.3.2.6	<i>Risco periodontal em pacientes psiquiátricos usuários de antipsicóticos típicos</i>	45
6	METODOLOGIA	48
6.1	ASPECTOS ÉTICOS	49
6.2	DELINEAMENTO EXPERIMENTAL DA PESQUISA	50
6.3	GRUPOS DE ESTUDO-AMOSTRA.....	50
6.4	COLETA DE DADOS: PROTOCOLO	52
6.4.1	Instrumento para coleta de dados demográficos	52
6.4.2	Instrumento para coleta de dados psiquiátricos	52
6.4.3	Instrumento para coleta de dados estomatognáticos.....	53
6.4.3.1	<i>Anamnese</i>	53
6.4.3.2	<i>Articulação temporomandibular (ATM)</i>	54
6.4.3.3	<i>Alterações orofaciais de movimento</i>	55
6.4.3.4	<i>Exame clínico odontológico</i>	55
6.4.3.4.1	Exame dos tecidos moles bucais	56
6.4.3.4.2	Exame dos dentes	56
6.4.3.4.3	Avaliação do paladar	59

6.4.4	Instrumento para coleta de dados sobre a condição periodontal	59
6.4.4.1	<i>Exame do periodonto</i>	59
6.4.4.1.1	Índice de sangramento gengival à sondagem (SS)	62
6.4.4.1.2	Índice de placa visível (IP)	62
6.4.4.1.3	Diagnóstico periodontal	62
6.4.4.1.4	Risco periodontal	63
6.5	TRATAMENTO ESTATÍSTICO	65
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
7.1	DESORDENS GUSTATIVAS	71
7.2	ALTERAÇÕES OROFACIAIS DE MOVIMENTO	75
7.3	DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	81
7.4	ALTERAÇÕES NOS TECIDOS MOLES BUCAIS	85
7.5	VARIÁVEIS RELACIONADAS COM DENTES E TECIDOS PERIODONTAIS....	88
7.5.1	Índice CPO-D	89
7.5.2	Causas das perdas dentárias	93
7.5.3	Índice de sangramento gengival à sondagem (SS)	96
7.5.4	Índice de placa visível (IP)	100
7.5.5	Diagnóstico periodontal	103
7.5.6	Risco periodontal	110
7.5.7	Limitações do estudo.....	113
8	CONCLUSÃO	114
	REFERÊNCIAS	116
	APÊNDICES	126
	ANEXOS	133
	PRODUÇÃO CIENTÍFICA	137

1 INTRODUÇÃO

A Organização das Nações Unidas (ONU) estima que, nos países em desenvolvimento, a prevalência de deficiências temporárias ou definitivas atinja 10% da população. Assim, no Brasil, com uma população de 200 milhões de pessoas em 2009, pode-se prever que cerca de 20 milhões sejam portadoras de alguma deficiência, distribuídas, provavelmente, entre deficiência mental (50%), física (20%), auditiva (15%), múltipla (10%) e visual (5%) (BRASIL, 2009).

Os portadores de transtornos mentais e comportamentais apresentam disfunções cerebrais que, a depender do grau de comprometimento intelectual, requerem ou não internação hospitalar, conforme diagnóstico do corpo clínico psiquiátrico que os assista (OMS, 1996). Os indivíduos em sofrimento psíquico têm sido historicamente excluídos do acesso aos cuidados básicos de saúde bucal, e esta realidade é mundial. O último levantamento epidemiológico que analisou a saúde bucal dos brasileiros data de 2010 e, na categorização da amostra, foram incluídos pacientes com necessidades especiais representados, porém, apenas pelos idosos, não tendo sido abordada a questão da saúde bucal da parcela da população com transtornos mentais e comportamentais (BRASIL, 2011).

Os distúrbios psiquiátricos são um problema de saúde pública que cresce diariamente em todos os países. A saúde bucal dos que sofrem desses distúrbios é geralmente mais comprometida do que a da população em geral, principalmente pela precariedade da higiene oral associada ao alheamento da realidade e aos efeitos colaterais dos psicofármacos utilizados no seu tratamento, que afetam o desempenho psicomotor, o fluxo salivar e os tecidos moles bucais. Portanto, o risco de apresentar alterações orofaciais é muito elevado, justificando-se, assim, a criação de programas preventivos/educativos de saúde bucal para pacientes em sofrimento psíquico, implementados por todos os membros da equipe multiprofissional envolvida na assistência à sua saúde mental, destacando-se o papel fundamental do cirurgião-dentista (JAMELLI et al., 2010).

No contexto da Odontologia, esses indivíduos correspondem a uma parcela de pacientes considerados com necessidades especiais, porque, em vista do seu desvio do padrão de normalidade, necessitam de atenção particular e abordagens específicas, por um período de sua vida ou indefinidamente (ELIAS, 1995). Apesar de já existirem diversos estudos sobre a saúde bucal de portadores de transtornos neuropsiquiátricos, que apontaram ser esses pacientes de alto risco para as doenças bucais mais prevalentes na população em geral, quais sejam, a cárie e a doença periodontal, ainda não foi estabelecido se as doenças mentais e os psicofármacos aplicados no seu tratamento podem ser considerados fatores de risco para o desenvolvimento de alterações no sistema estomatognático, considerando-se cada um dos seus componentes

separadamente: ossos, arcadas dentárias, músculos, tecidos moles (lábios, língua, bochechas, mucosa bucal), articulação temporomandibular, estruturas periodontais e sistema vascular e nervoso, como pretendeu a presente pesquisa.

Desse modo, o objetivo geral deste estudo é diagnosticar e descrever as alterações no sistema estomatognático de pacientes psiquiátricos, usuários de antipsicótico típico (ApT), representados pelos antagonistas do receptor de dopamina D₂ dos grupamentos farmacológicos das fenotiazinas e das butirofenonas, independentemente do modelo assistencial psiquiátrico ao qual estejam submetidos, assistidos no Núcleo Docente Assistencial de Odontologia e Saúde Mental, vinculado ao Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira-SESAB, situado na cidade do Salvador-Bahia, em comparação com indivíduos física e mentalmente sadios.

A partir dos resultados obtidos, objetiva-se também contribuir para o delineamento de diretrizes eficazes para a atenção à saúde bucal dessa população, que são temas ainda a serem pesquisados, particularmente porque, teoricamente, esses estudos epidemiológicos podem ser utilizados como instrumentos organizadores da atenção.

2 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema foi motivada por dois aspectos. Em primeiro lugar, os portadores de transtornos mentais e comportamentais tem sido apontados, historicamente, como incapazes de se autocuidar, em vista do alheamento da realidade que determinadas patologias psiquiátricas impõem. A seleção de alguns fatores levou ao desenvolvimento desta pesquisa de campo em busca do referencial para o direcionamento de um estudo que fosse compatível com a nossa realidade, embasado no exercício profissional à frente da coordenação no Núcleo Docente Assistencial de Odontologia e Saúde Mental Dra. Antonia Costa de Carvalho, vinculado ao Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, uma das unidades da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, em Salvador, Bahia, lidando diuturnamente com os usuários dessa Instituição voltada para a assistência integral à saúde mental. O outro aspecto considerado foi a inquietação gerada pela escassez de estudos realizados no Brasil tendo pacientes psiquiátricos como amostra, uma vez que pesquisas realizadas mundialmente, com pacientes internados e assistidos em ambulatório/serviços substitutivos, têm considerado que a doença mental e os psicofármacos aplicados no seu tratamento podem ser um fator coadjuvante do comprometimento da saúde bucal, categorizando esses indivíduos como de alto risco para a cárie e a doença periodontal. Diante do exposto, seguem-se as justificativas para a realização deste estudo:

1) As doenças mentais, em algumas situações, são incapacitantes, e o uso diário de psicofármacos compromete a motricidade, inviabilizando a realização da higiene bucal adequada. A atenção à saúde bucal de indivíduos em sofrimento psíquico ainda é limitada, assim como o acesso aos serviços odontológicos, inexistindo programas preventivo-educativos direcionados para essa população com necessidades especiais.

2) A literatura científica não somente registra a alta prevalência da cárie e das doenças periodontais entre os pacientes psiquiátricos, mas também a prevalência da disfunção temporomandibular na população em geral (em torno de 5% a 12%). Entretanto, são escassas as informações sobre a sua prevalência nos pacientes psiquiátricos usuários de antipsicóticos típicos ou de primeira geração, que apresentam efeitos colaterais deletérios para a região orofacial. (GURBUZ, ALATAS e KURT,2009)

A atenção dispensada à saúde garante a qualidade de vida dos indivíduos, a partir da implantação de programas de promoção de saúde de caráter educativo e curativo. Dessa forma, este estudo, propondo-se a discutir dados que resultem em referenciais relativos à saúde bucal, visa à inclusão da doença mental como fator/indicador de risco para as doenças bucais. Há convergência na literatura científica sobre a importância da realização de outros estudos de modo a fundamentar os princípios de análise das alterações no sistema estomatognático que podem estar associadas aos transtornos mentais e comportamentais instalados e aos efeitos

colaterais dos psicofármacos em uso e seus efeitos extrapiramidais, que dificultam o desempenho do cirurgião-dentista na realização dos procedimentos odontológicos requeridos.

A partir das conclusões a serem obtidas com estudos dessa natureza, certamente poder-se-á apontar, em futuro próximo, a importância da inclusão do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional envolvida na atenção à saúde mental, em busca da avaliação criteriosa, não só dos componentes da cavidade bucal, como também dos ossos, músculos, nervos, vasos e articulações que compõem o sistema estomatognático, na perspectiva da reabilitação e manutenção da saúde bucal desses pacientes.

3 HIPÓTESE

Indivíduos portadores de transtornos mentais e comportamentais em uso de antipsicóticos representados pelos antagonistas do receptor de dopamina D₂ dos grupos farmacológicos das fenotiazinas e das butirofenonas, independentemente do modelo assistencial psiquiátrico ao qual estejam submetidos, apresentam alterações nos componentes do sistema estomatognático, trazendo consequências para a qualidade de sua saúde bucal, em comparação com os indivíduos física e mentalmente saudáveis.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Diagnosticar e descrever as possíveis alterações presentes no sistema estomatognático de pacientes psiquiátricos, em uso de antipsicóticos típicos, em comparação com indivíduos física e mentalmente saudáveis.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo com base no gênero, faixa etária, grupo étnico, grau de escolaridade e renda mensal individual.
- Avaliar o impacto do uso diário dos antipsicóticos típicos no suprimento nervoso orofacial, com ênfase no nervo facial e nos aspectos quimiossensorial (alterações gustativas) e motor e funcional (alterações orofaciais de movimento).
- Relacionar a severidade da disfunção temporomandibular com o uso diário dos antipsicóticos típicos.
- Determinar, na amostra de pacientes psiquiátricos em estudo, a ocorrência de possíveis alterações presentes nos tecidos moles da cavidade bucal.
- Determinar os índices epidemiológicos de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), de placa visível (IP) e de sangramento gengival à sondagem (SS) e relacioná-los com as repercussões decorrentes do uso de antipsicóticos típicos.
- Diagnosticar, a partir da análise da severidade e da extensão, a ocorrência de doença periodontal nos portadores de transtornos mentais e comportamentais usuários de antipsicóticos típicos.
- Quantificar o risco periodontal dos participantes em uso de psicofármacos com base na metodologia do polígono de risco.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

Todo ser humano está sujeito a apresentar algum tipo de distúrbio psicopatológico no decorrer de sua vida e poderá ou não precisar de ajuda profissional, poderá ou não buscar por essa ajuda e poderá ou não curar a ruptura. Cada ser humano constrói dentro de si uma organização mental estável, capaz de fazer adaptações frequentes com o mundo exterior, e a realização dessas tarefas requer um contínuo funcionamento de mecanismos reguladores e adaptativos. O desenvolvimento adequado desses mecanismos conduz o indivíduo a desenvolver uma personalidade dentro dos padrões de normalidade. Quando ocorre uma ruptura ou um desequilíbrio desses mecanismos, podem aparecer os distúrbios de personalidade, classicamente denominados de transtornos mentais e comportamentais. O principal objetivo do tratamento desses distúrbios psicopatológicos é a restauração dos mecanismos de adaptação própria a cada indivíduo/pessoa/ser humano (WANG; MINATOGAWA; TAVARES JR., 2006).

No tocante aos distúrbios mentais, os critérios utilizados para conduzir ao diagnóstico estão estabelecidos, sendo disponibilizados dois sistemas de classificação que constam do *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. (DSM-IV), ou, em português, *Manual de diagnóstico e estatística dos distúrbios mentais* (MDE-IV) e da *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (CID-10), em décima revisão pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996), esta última adotada no Brasil. A CID-10, em seu volume 1, capítulo V, trata especialmente dos distúrbios mentais e comportamentais, identificados pelas codificações que variam de F00 a F99; as doenças mentais e comportamentais estão agrupadas em ordem numérica crescente, conforme explicitado no Quadro 1.

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

Quadro 1 - Codificação e classificação dos transtornos mentais e comportamentais na CID-10
Fonte: OMS (1996, p.303).

Considerando-se que os componentes do grupo experimental do presente estudo são pacientes com transtornos psicóticos que utilizam antipsicóticos de primeira geração, casos clínicos classificados na CID-10 como F10 a F19 e F20 a F29, pretende-se focar o referencial teórico nessas alterações mentais.

As patologias codificadas como F10 a F19 reúnem os transtornos mentais e comportamentais em consequência do uso de substâncias psicoativas. Esse agrupamento compreende numerosos transtornos que diferem entre si pela gravidade variável e pela sintomatologia diversa, mas que têm em comum o fato de serem atribuídos ao uso de uma ou de várias substâncias psicoativas, prescritas ou não por um médico (OMS, 1996). Essas patologias reúnem esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes que se

[...] apresentam, em geral, por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, ideias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos (OMS, 1996, p.16-17).

Os sintomas negativos da esquizofrenia listados por Araújo e Sena (2011, p.225) são: afeto embotado, retraimento emocional, relacionamento empobrecido, passividade, dificuldade de pensamento abstrato, falta de espontaneidade, pensamento

estereotipado, alogia (restrições na fluência e na produção do pensamento e no discurso), atenção prejudicada, anetonia (falta do prazer de viver). E os sintomas positivos: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado, comportamento catatônico, agitação.

Os transtornos esquizofrênicos afetam, aproximadamente, 1% da população mundial (com variação de 0,6% a 3%, dependendo dos critérios diagnósticos utilizados), não havendo evidência de diferença entre os sexos. Em estudo realizado em três capitais brasileiras, Brasília, São Paulo e Porto Alegre, em 1991, foram comprovadas prevalências de 0,3% a 2,4% da população para psicose em geral (ALMEIDA-FILHO et al., 1997). Em relação à carga global das doenças, esses transtornos são responsáveis por 1,1% dos anos de vida ajustados para incapacidade (AVAI) e por 2,8% dos anos de vida com incapacidade (AVI), segundo a Organização Mundial da Saúde (1996).

O termo “psicose” é considerado de difícil definição e, ao longo da história da Psiquiatria, já foram registradas várias tentativas de caracterização dessa doença mental. A American Psychiatric Association (DSM-IV) conceitua a psicose como uma “perda dos limites do ego ou um amplo prejuízo no teste de realidade” (1994, p.65). Por conveniência, o adjetivo “psicótico” ainda é utilizado na décima revisão da *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Psiquiatria e neurologia* (CID-10) como um termo descritivo, entretanto,

[...] o seu uso não envolve pressupostos acerca dos mecanismos psicodinâmicos, porém indica simplesmente a presença de alucinações, delírios ou de um número limitado de anormalidades de comportamento, tais como: excitação e hiperatividade grosseiras, retardo psicomotor marcante e comportamento catatônico (WANG; MINATOGAWA; TAVARES JR., 2006, p.17).

Tanto o DSM-IV como a CID-10 classificam os transtornos psicóticos a partir de sintomas embasados no prejuízo funcional e na duração do quadro. Os sintomas dos transtornos psicóticos caracterizam-se em geral pela presença de delírios — crenças falsas baseadas em inferências distorcidas da realidade, as quais não são compartilhadas pelo seu ambiente sociocultural. As ideias de perseguição, de controle ou de referência são exemplos comuns de delírio. As alucinações, por sua vez, são percepções sensoriais na ausência de um estímulo externo. As alucinações auditivas constituem a modalidade mais frequente entre os quadros psicóticos. Nota-se a desorganização psíquica do paciente por meio das dificuldades no desempenho das atividades da vida diária, atitudes inadequadas ao contexto (despir-se em público, por exemplo) e, às vezes, agitação psicomotora (JAMELLI et al., 2010).

Os sintomas psicóticos constituem, os aspectos definidores dos quadros psicóticos nucleares. Nem sempre, porém, a presença de sintomas psicóticos é suficiente para indicar o diagnóstico de um quadro de natureza psicótica. Têm sido observados progressos mediante a compreensão da ação dos psicofármacos, particularmente dos antipsicóticos, sobre vários sistemas de neurotransmissão observadamente comprometidos nos quadros clínicos de esquizofrenia — considerada o protótipo das psicoses —, que apresenta uma sintomatologia constituída por delírios, alucinações, comportamento desorganizado e alterações do pensamento (WANG; MINATOGAWA; TAVARES JR., 2006).

Dada a importância da esquizofrenia (CID-10: F20) no contexto dos estudos sobre as doenças mentais, apresenta-se, no Quadro 2, o detalhamento da subclassificação dessa psicopatologia.

CID-10 - F20	Esquizofrenia
F20.0	Esquizofrenia paranoide
F20.1	Esquizofrenia hebefrênica
F20.2	Esquizofrenia catatônica
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada
F20.4	Depressão pós-esquizofrênica
F20.5	Esquizofrenia residual
F20.6	Esquizofrenia simples
F20.8	Outras esquizofrenias
F20.9	Esquizofrenia não especificada

Quadro 2 - Codificação e classificação das esquizofrenias na CID-10

Fonte: OMS (1996, p.17-20).

As psicoses englobam a esquizofrenia e síndromes com ela relacionadas. As situações agudas correspondem às crises psicóticas e têm múltiplas causas. A doença crônica caracteriza-se pela recorrência de surtos (em 75% dos indivíduos acometidos) em intervalos com variação de períodos de tempo. O tratamento é realizado com prescrição de psicofármacos, antipsicóticos que não se diferenciam muito em suas farmacodinâmicas, mas diferem em seus efeitos adversos (BRASIL, 2010).

A esquizofrenia é uma doença neuropsiquiátrica complexa, heterogênea, debilitante, que atinge 1% da população mundial e está associada à influência mútua de fatores genéticos e

ambientais. É concebida como um transtorno mental grave, que pode acometer tanto homens quanto mulheres, cuja sintomatologia se manifesta, prevalentemente, por volta da adolescência ou no princípio da idade adulta, entre 15 e 25 anos nos homens e entre 25 e 35 anos nas mulheres, em decorrência do funcionamento anormal de determinados neurotransmissores, dentre os quais se destaca a dopamina. A taxa de prevalência da esquizofrenia entre homens e mulheres é indistinguível, e não existe predileção por raça/etnia. A taxa de mortalidade é oito vezes maior do que a da população em geral. Nos Estados Unidos, por exemplo, a esquizofrenia é a causa de 25% de ocupação dos leitos hospitalares. Além disso, é uma doença que tende a impor altos custos à sociedade, prejudicando a vida não só dos seus portadores como a dos seus familiares, implicando desemprego, suicídios, baixa produtividade laboral e gastos expressivos com o tratamento e as hospitalizações (ARAÚJO; SENA, 2011).

A maioria dos esquizofrênicos reside fora do ambiente hospitalar e, geralmente, tem acompanhamento terapêutico nos serviços substitutivos: os centros de atenção psicossocial (CAPS), os *day hospitals* (os hospitais dia) e os ambulatórios dos hospitais psiquiátricos. Raramente, esses indivíduos são estimulados para o cuidado da saúde geral, e alterações cardiovasculares e respiratórias podem levá-los à morte prematura.

A atenção à saúde bucal dos esquizofrênicos institucionalizados tem sido o mote de diversos estudos em várias partes do mundo, tais como: Itália (ANGELILO et al., 1995); Dinamarca (HEDE, 1995); Espanha (VELASCO-ORTEGA; BULLON, 1999); Brasil (CARVALHO; ARAÚJO; CORREA, 2001); Inglaterra (MIRZA et al., 2001); França (BERTAUD-GOUNOT et al., 2013); Venezuela (MORALES-CHÁVEZ; RUEDA-DELGADO; PEÑA-OROZCO, 2014). No entanto, a avaliação da condição bucal de esquizofrênicos que têm acompanhamento terapêutico nos serviços substitutivos e moram com suas famílias ou em residências terapêuticas tem sido objeto de poucas investigações, destacando-se a realizada por Stiefel, Rolla e Truelove (1984).

A causa da esquizofrenia é frequentemente referida como desconhecida, e o manejo terapêutico psicofarmacológico ainda oferece ação limitada sobre aspectos expressivos da doença, particularmente quando afetam a estrutura e a funcionalidade de várias regiões corticais e subcorticais, tendendo a apresentar respostas refratárias ou características de evolução desfavorável (KISELY et al., 2011).

Na caracterização da fisiopatologia da esquizofrenia, as crescentes evidências funcionais e estruturais, dentre as quais se destacam o envolvimento de agentes comprometedores da formação e da disposição sináptica, as indicações de vulnerabilidade ao estresse induzido e as repercussões de desequilíbrio de caráter imunológico estão

fundamentadas nos princípios da psiconeuroimunologia. A concepção clínica da esquizofrenia, tradicionalmente atrelada à observação de disfunções neuronais e à ação comprometida de neurotransmissores, tende a supor, também, o desempenho anormal de células da glia e a contínua implicação de citocinas e glicocorticoides em mecanismos de desregulação homeostática (MOREIRA, 2003).

Considerando-se os objetivos do presente trabalho, há que se destacar as categorias reunidas no Quadro 3, no qual estão listadas as codificações das doenças mentais que requerem, na abordagem terapêutica medicamentosa, o uso de antipsicóticos típicos ou de primeira geração e sua classificação de acordo com o *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV) em sua quarta edição e com a décima revisão da *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, Psiquiatria e neurologia - CID-10* (WANG; MINATOGAWA; TAVARES JR., 2006).

DSM-IV		CID-10	
295. xx	Esquizofrenia	F20	Esquizofrenia
295.40	Transtorno esquizofreniforme	F21	Transtorno esquizotípico
295.70	Transtorno esquizoafetivo	F22	Transtornos delirantes persistentes
297.1	Transtorno delirante	F23	Transtornos psicóticos agudos e transitórios
298.8	Transtorno psicótico breve	F24	Transtorno delirante induzido
297.3	Transtorno psicótico compartilhado	F25	Transtornos esquizoafetivos
293.xx	Transtorno psicótico devido a uma condição médica geral	F28	Outros transtornos psicóticos não orgânicos
298.9	Transtorno psicótico sem outra especificação	F29	Psicose não orgânica não especificada
292.11	Transtorno psicótico induzido por substância desconhecida com delírios	F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas
292.12	Transtorno psicótico induzido por substância desconhecida com alucinações		

Quadro 3 - Codificação e classificação, no DSM-IV e na CID-10, de doenças mentais cuja terapêutica medicamentosa requer o uso de antipsicóticos

Fonte: Wang, Minatogawa e Tavares Jr. (2006, p.19).

Dada a complexidade das subdivisões da classificação dos distúrbios mentais que serão objeto deste estudo, que priorizou avaliar pacientes em cuja terapêutica medicamentosa estivessem prescritos antipsicóticos típicos, cabe ressaltá-las, reunindo-se, no Quadro 4, os Transtornos delirantes persistentes (F 22), os Transtornos psicóticos agudos e transitórios (F 23) e os Transtornos esquizoafetivos (F 25), conforme a mencionada *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Psiquiatria e neurologia* (OMS, 1996).

CID-10 F22	Transtornos delirantes persistentes
F22.0	Transtorno delirante
F22.8	Outros transtornos delirantes persistentes
F22.9	Transtorno delirante persistente não especificado
CID-10 F23	Transtornos psicóticos agudos e transitórios
F23.0	Transtorno psicótico agudo polimorfo, sem sintomas esquizofrênicos
F23.1	Transtorno psicótico agudo polimorfo, com sintomas esquizofrênicos
F23.2	Transtorno psicótico agudo de tipo esquizofrênico (<i>schizophrenia-like</i>)
F23.3	Outros transtornos psicóticos agudos, essencialmente delirantes
F23.8	Outros transtornos psicóticos agudos e transitórios
F23.9	Transtorno psicótico agudo e transitório não especificado
CID-10 F25	Transtornos esquizoafetivos
F25.0	Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco
F25.1	Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo
F25.2	Transtorno esquizoafetivo do tipo misto
F25.8	Outros transtornos esquizoafetivos
F25.9	Transtorno esquizoafetivo não especificado

Quadro 4 - Codificação e classificação de transtornos mentais na CID-10
 Fonte: OMS (1996, p.21-25).

A doença mental transtorno esquizotípico, identificada como F21 na CID-10 “é um transtorno caracterizado por um comportamento excêntrico e por anomalias do pensamento e do afeto que se assemelham àquelas da esquizofrenia, mas não há em nenhum momento da evolução qualquer anomalia esquizofrênica manifesta ou característica” (OMS, 1996, p.20-21).

De acordo com Tesini (1981), os deficientes mentais representam uma parcela substancial da população nos Estados Unidos. Estima-se que 1% a 3% da população americana apresente algum tipo de deficiência mental, sendo diretamente dependentes do apoio dos pais, dos responsáveis ou de instituições criadas para sua assistência. Os fatores etiológicos natais ou perinatais são os maiores responsáveis por deficiências mentais, geralmente episódios de hemorragia cerebral, traumas durante o parto, hipóxia, prematuridade ao nascer, baixo peso do recém-nascido e parto cesariano, atribuídos, possivelmente, à descompressão súbita com a abertura do útero (ELIAS, 1995). As causas pós-natais são responsáveis por 10% a 20% dos casos de deficiência mental, podendo ser traumatismo craniano, hemorragias cerebrais, hidrocefalia, infecções (encefalite e meningite) e fenilcetonúria. Entre as formas de deficiência mental mais prevalentes, destacam-se a paralisia cerebral e as síndromes de origem genética, sendo de todas a mais investigada a síndrome de Down ou trissomia do 21 (FOURNIOL FILHO, 1981).

Os serviços de saúde mental no Brasil são limitados e de difícil acesso, principalmente quando o paciente precisa recorrer ao sistema público de saúde. É o que revelou uma pesquisa realizada de março a junho de 2006 pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) em parceria com o Instituto Datafolha. O estudo ouviu 207 médicos psiquiatras e 2.267 pessoas sobre a sua percepção em relação ao atendimento de pacientes com transtornos mentais no país. Entre os médicos entrevistados, 84% afirmaram que os serviços da sua região são limitados e não atendem às necessidades da população; apenas 16% consideraram satisfatório o acesso ao atendimento. Nove por cento da população pesquisada revelaram já ter passado por algum tipo de transtorno mental e, dessa parcela, 72% procuraram atendimento no sistema público de saúde; 23%, no sistema privado e 5% valeram-se dos planos e/ou seguros de saúde (WANG; MINATOGAWA; TAVARES JR., 2006).

No Estado da Bahia, as instituições para abrigar doentes mentais surgiram em 1874, com a criação do Asilo São João de Deus, no Solar da Boa Vista, na cidade do Salvador, embrião do futuro Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira. Do seu corpo clínico fazia parte o cirurgião-dentista e, entre os procedimentos realizados, preponderavam as exodontias, realizadas, àquela época, com e sem anestesia (JACOBINA, 1982).

Numa perspectiva histórica, as instituições para internação de pacientes com deficiência mental foram criadas em 1850, sobretudo com o objetivo de treiná-los para sua maior integração à sociedade. Uma boa parte do tempo dentro dessas instituições era dedicado ao treinamento, visando à capacitação para o desenvolvimento das atividades da vida diária, ou seja, a sua autonomia. Entretanto, esse modelo assistencial dispensado pelas instituições levou esses

pacientes ao isolamento e à perda da cidadania. Tal paradigma começou a mudar a partir de 1980, quando se passou a dar uma maior ênfase ao papel social desses indivíduos, vistos como seres humanos produtivos e capazes de encontrar prazer no seu desempenho.

As diferentes modalidades de atenção psiquiátrica podem ter repercussões na saúde bucal, de acordo com O'Donnell e Cohn (1984). A influência da modalidade de tratamento instituído para deficientes mentais na etiologia da doença periodontal, particularmente entre os pacientes com retardo mental, foi avaliada por Brown e Shodel (1976) e por Tesini (1981), que embasaram suas análises em vários estudos com alguns pontos em comum, em que foram observados pacientes com retardo mental, hospitalizados ou não. O método utilizado para o diagnóstico da doença periodontal foi o índice periodontal preconizado por Russell, e a variável idade direcionou as correlações. Em pacientes com retardo mental internados, os escores do índice periodontal de Russell foram mais altos do que os detectados em pacientes não hospitalizados, e o fator idade não influenciou diretamente nos escores do índice periodontal determinado. A hospitalização foi reconhecida como um fator que alterou negativamente o *status* periodontal dos pacientes, tendo em vista a maior severidade da doença periodontal neles diagnosticada.

Com base em vários estudos experimentais em que foram avaliadas a prevalência de cárie e de doença periodontal em pacientes especiais, Brown e Schodel (1976) salientaram que a higiene bucal não era eficiente entre os pacientes com retardo ou deficiência mental, constatando-se alta prevalência de cárie e de doença periodontal, gengivite de caráter inflamatório, sendo menos frequente a gengivite hipertrófica. O papel desempenhado pela internação contribuía para afetar a progressão das doenças bucais, visto que quanto mais grave o grau de comprometimento intelectual do indivíduo, maior a precariedade de sua higiene bucal. O fator dieta, controlado durante a hospitalização, motivou apenas uma redução na incidência de cáries. Tais constatações levaram esses autores a indicar que a higiene oral desses pacientes internados deveria ser supervisionada e adaptada à sua realidade, já que os métodos preventivos usuais não surtiam efeito para pacientes com tais características.

As doenças bucais (cárie e doença periodontal) atingem doentes mentais internados ou não. Essas patologias podem ser detectadas em todas as fases da vida do indivíduo, ou seja, da infância à idade adulta, principalmente entre os portadores de retardo mental. Tesini (1981) faz referência a diversos trabalhos elaborados nos Estados Unidos, na década de 1960, com pacientes internos e ambulatoriais, nos quais se refere que 74% das crianças com retardo mental (QI <55) hospitalizadas tinham gengivite crônica. Ao revisar 18 desses artigos, o autor constatou que, em quase todos, os índices periodontais obtidos pelos pesquisadores

apresentavam escores mais altos entre os pacientes internados, particularmente os escores de índices de placa e de cálculo. A faixa etária dos pacientes observados variou de 2 a 75 anos de idade, e os índices periodontais aplicados nesses estudos foram o índice periodontal de Russell, o índice de higiene oral e o índice papilar, marginal e aderido (PMA) de Schour e Massler, tendo-se determinado uma correlação positiva entre o índice periodontal de Russell e o índice de higiene oral.

Inúmeros fatores interferem, de modo interativo, no comprometimento da saúde bucal dos pacientes com doença mental hospitalizados, tais como o tempo de internação, o uso diário de medicamentos psicoativos, a dieta e a mudança no comportamento, influenciando sua susceptibilidade a doenças bucais, entre as quais, a periodontal, que se configura como um dos mais sérios problemas que os afetam. Além da higiene oral inadequada, que leva ao acúmulo de fatores irritativos locais, favorecendo o desencadeamento da doença periodontal, a respiração bucal, o controle muscular ineficaz, dietas líquidas, o bruxismo, a contaminação orofecal e o uso de drogas anticonvulsivantes alteram a microbiota do fluido do sulco gengival dos pacientes internados, resultando num aumento percentual de *Porphyromonas gingivalis*, bactéria do complexo microbiano periodontopatogênico. O quadro descrito culmina com a progressão da doença periodontal, caracterizada pela destruição do periodonto de suporte, e com a perda dental, agravadas, seguramente, pela inexistência de programas preventivos de saúde bucal destinados aos pacientes hospitalizados.

Para a avaliação da higiene bucal em pacientes com doença mental, O'Donnell e Cohn (1984) utilizaram o índice de higiene oral, tendo constatado não somente que o escore foi mais elevado entre os pacientes internados, mas também a existência de uma relação inversa entre os graus de retardo mental e os níveis de higiene oral, ou seja, quanto menor o quociente de inteligência (QI) maior o escore do índice de higiene oral. Há que se registrar que os fatores ambientais foram devidamente controlados nesse trabalho, sendo, portanto, o grau de retardo mental o responsável pela interferência no escore daquele índice. Além disso, os autores observaram que os pacientes apresentavam condições mais compatíveis com a saúde bucal quando usufruíam da assistência familiar e sugeriram a implantação, nas instituições, de programas educacionais para saúde bucal que contemplassem não apenas os cuidados preventivos dos pacientes hospitalizados, como também daqueles tratados no regime ambulatorial, com o envolvimento de toda a equipe multiprofissional, que, além de ser capacitada, deveria também orientar os familiares desses pacientes quanto aos cuidados caseiros com a higiene bucal e a vigilância na atenção às consultas periódicas visando ao monitoramento.

De acordo com Pires (2000), o modelo psiquiátrico atual tende à desospitalização da maioria dos indivíduos levemente retardados e daqueles com retardo moderado, que conseguem adaptar-se e socializar-se, o que lhes permite uma adequada qualidade de vida. Numa perspectiva interdisciplinar, os profissionais se empenham cada vez mais em promover a saúde desse segmento de pacientes, visando a otimizar a sua integração à sociedade e a facilitar o seu cotidiano. À instituição caberia viabilizar o aprendizado e contribuir para o resgate da cidadania, o que só seria possível com a desospitalização dos deficientes mentais. A equipe multiprofissional envolvida com o tratamento entende que a família deve se responsabilizar pelo paciente, assumindo não apenas a administração das medicações prescritas, como também o cuidado com a higiene do seu familiar (BAHIA, 2009).

No Estado da Bahia, a Secretaria da Saúde, por meio da Comissão Técnica de Reforma Psiquiátrica, está gerenciando o Programa de Saúde Mental, que visa a consolidar a mudança no paradigma da atenção à saúde mental, com a perspectiva de assegurar um serviço mais humanizado, capaz de resgatar a cidadania do paciente acometido de transtornos mentais e comportamentais e integrá-lo à sociedade. Uma multiplicidade de serviços substitutivos em saúde mental surgiu a partir dos anos 1980, tais como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Núcleo de Assistência Psicossocial (NAPS), lares abrigados, hospitais dia, que deverão substituir os espaços caóticos resultantes da inadequação do modelo manicomial (BAHIA, 2009).

5.2 PSICOFÁRMACOS

Segundo Wang, Minatogawa e Tavares Jr. (2006), o tratamento das alterações mentais classificados na CID-10 como F10 a F19 e F20 a F29 (Quadro 1), envolve, geralmente, a prescrição de psicofármacos e abordagens psicossociais. Nesses casos, a terapêutica medicamentosa é representada pelo uso de antipsicóticos típicos (ApTs) ou de primeira geração e atípicos (ApAs) ou de segunda geração, que atuam sobre o sistema nervoso central, também conhecidos como neurolépticos ou tranquilizantes maiores, que, embora não se diferenciem muito em sua atividade antipsicótica, diferem em seus efeitos adversos. Segundo esses autores, esses medicamentos são muito eficazes em casos clínicos com sintomas de delírios, alucinações, comportamento desorganizado e alterações do pensamento. Os antipsicóticos são os psicofármacos indicados para o tratamento das psicoses e exercem sua ação nos receptores

de dopamina D₁, D₂, D₃, D₄ e D₅, sendo os receptores D₂ ativados pelas fenotiazinas e butirofenonas.

Os receptores de serotonina 5HT_{2A} são outra área de atuação dos antipsicóticos. Uma droga antipsicótica pode ter sua ação suplementada por um segundo agente de diferente grupo farmacológico, se o seu efeito no tratamento não obtiver sucesso. Dentre os agentes suplementares destacam-se o lítio, a carbamazepina (nome comercial Tegretol) e os benzodiazepínicos (Mc CREADIE et al., 2004.)

Os APs são usualmente classificados em dois grandes grupos: (i) APs de primeira geração, típicos ou convencionais, representados por antagonistas da dopamina (D₂); inicialmente, foram utilizados os derivados das fenotiazinas (como a clorpromazina) e, posteriormente, nos anos 1950, foram introduzidos os derivados das butirofenonas (como o haloperidol); (ii) APs de segunda geração, atípicos ou de nova geração. O termo “atípico” descreve alguns APs dotados de características específicas tais como efeitos extrapiramidais mínimos, pouca sedação ou rápida dissociação de receptores D₂; postula-se que essas propriedades decorram do bloqueio de receptores serotoninérgicos e dopaminérgicos (FRIEDLANDER; MARDER, 2002).

Na seleção da terapia para o tratamento das psicoses e dos transtornos mentais e comportamentais causados pelo uso de substâncias psicoativas, devem-se cotejar os riscos e os benefícios da opção terapêutica continuada, quando os antipsicóticos atípicos forem a medicação de primeira escolha, considerando-se seu custo mais elevado do que os convencionais (WANNMACHER, 2004).

Conforme esclarecimentos da Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira (CFT-HPJM), os medicamentos, de modo geral, são padronizados, segundo a Portaria MS 3916-30/10/98, como medicamentos essenciais, medicamentos excepcionais e reserva técnica. Os antipsicóticos típicos ou de primeira geração estão incluídos na categoria de medicamentos essenciais, considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde mental da população. Os antipsicóticos atípicos ou de segunda geração são categorizados como medicamentos excepcionais, geralmente de custo elevado, utilizados em doenças raras, cuja dispensação atende a casos específicos. Os medicamentos incluídos na categoria reserva técnica são prescritos em casos especiais, analisados pela Comissão de Farmácia e Terapêutica e pela Diretoria Clínica da instituição.

No Quadro 5, estão agrupados os antipsicóticos típicos ou de primeira geração dos grupamentos farmacológicos das fenotiazinas e das butirofenonas, considerando-se seus grupos

específicos, nomes comerciais e apresentação farmacêutica, conforme o *Formulário terapêutico nacional 2010* (BRASIL, 2010).

Grupo ➔ Fenotiazinas	Nome comercial	Forma farmacêutica
Cloridrato de clorpromazina	Ampectil Longactil	Comprimido 25 mg, 100 mg Solução oral gotas 40 mg/mL Solução injetável 5 mg/mL-amp 5 ml
Maleato de levomepromazina	Neozine	Comprimido 100 mg
Enantato de flufenazina	Flufenan Depot Anatensol Depot	Solução injetável 25 mg/mL-amp 1 ml
Cloridrato de flufenazina	Flufenan Diserim	Comprimido 5 mg Solução injetável 25 mg/mL-amp 1 ml
Cloridrato de tioridazina	Melleril	Drágea 10, 25, 50, 100 mg Comprimido liberação prolongada 200 mg Solução oral 3% (30mg/mL)
Cloridrato de trifluoperazina	Stelazine	Comprimido 5 mg
Propericiazina	Neuleptil	Comprimido 10 mg Solução oral 4% (30mg/mL)
Grupo ➔ Butirofenonas	Nome comercial	Forma farmacêutica
Haloperidol	Haldol	Comprimido 1 mg, 5 mg Solução oral 2 mg/mL Solução injetável 5 mg/mL-amp 1 ml
Haloperidol decanoato	Haldol Depot	Solução injetável 50 mg/mL-amp 1 ml (forma injetável de depósito)
Difenilbutilpiperidinas Penfluridol	Semap	Comprimido 20 mg
Pimozida	Orap	Comprimido 1mg, 4 mg
Outros: Sulpirida	Dogmatil Equilid	Comprimido 200 mg Solução oral gotas 30 mL Comprimido 200 mg Cápsula 50 mg

Quadro 5 - Fenotiazinas e butirofenonas, nomes comerciais e formas farmacêuticas

Fontes: Wang, Minatogawa e Tavares Jr. (2006); Brasil (2010).

O representante mais estudado dos psicofármacos aplicados no tratamento das psicoses é a clorpromazina (cloridrato de clorpromazina), do grupamento farmacológico das fenotiazinas, nome comercial Ampectil, mas a eficácia dos congêneres é semelhante, sem prova de superioridade clínica relevante para nenhum deles. A clorpromazina tem indicações em surtos psicóticos e na agitação psicomotora, graças aos seus efeitos sedativos (LEUCHT et al., 2010). Uma revisão de dez estudos realizada por Almerie e outros (2010) demonstrou que pacientes controlados que receberam clorpromazina na fase aguda devem dar continuidade ao

tratamento, uma vez que a incidência de recaídas é menor do que nos pacientes que suspenderam o tratamento. A clorpromazina permanece como um dos medicamentos mais prescritos para o tratamento da esquizofrenia, tendo efeitos adversos moderados. Uma revisão sistemática (n=794 artigos) concluiu que essa substância é responsável por efeitos como hipotensão, ao passo que o haloperidol, do grupo das butirofenonas, ocasiona distúrbios de movimento (LEUCHT, 2010).

No grupo das fenotiazinas destaca-se o maleato de levomepromazina, nome comercial Neozine, apresentado para uso oral na forma de comprimido. Além da ação antipsicótica, esse psicofármaco também é ansiolítico, sedativo e antiálgico. Sua ação farmacodinâmica, como antipsicótico, é o bloqueio dos receptores D₂ pós-sinápticos da dopamina. Entre os efeitos colaterais destacam-se hipotensão, efeito extrapiramidal fraco ou médio e efeito anticolinérgico médio ou forte, mas, como as outras fenotiazinas, suprime o reflexo da tosse e aumenta a concentração de prolactina, o que inviabiliza seu uso em gestantes e em mulheres na fase de amamentação. Entre as reações adversas que podem ocorrer com o uso desse psicofármaco, mas sem incidência definida, estão listadas: alteração de peso corporal, alterações hematológicas, boca seca, lesões na mucosa bucal, e síndrome neuroléptica maligna. Wang, Minatogawa e Tavares Jr. (2006) sugerem o acompanhamento odontológico, o uso de medicamentos/alimentos que possam aliviar a secura da boca, alertam para o cuidado na realização de procedimentos invasivos, atentando para a seleção dos anestésicos locais e para as medicações prescritas no pós-operatório.

O cloridrato de tioridazina, nome comercial Melleril é um dos antipsicóticos típicos do grupo das fenotiazinas, psicofármaco de uso oral apresentado na forma de drágea, solução e comprimido de liberação prolongada. Indicado para psicose, demência (em idosos), dependência alcoólica e distúrbios de comportamento (em crianças). Tem fraco efeito colateral extrapiramidal, mas tem efeitos anticolinérgicos de moderados a fortes, sendo também hipotensor e sedativo. Outros efeitos colaterais são a supressão do reflexo da tosse, o aumento na concentração da prolactina e o cardiotóxico; em alguns pacientes, há ganho de peso. O uso do Melleril na gravidez não é seguro, e sua administração requer cuidados na fase de amamentação. As reações mais comuns durante o uso desse psicofármaco, mas sem incidência definida, são dermatológicas, gastrointestinais e boca seca, recomendando-se a necessidade de um controle mecânico eficaz da placa bacteriana e visitas periódicas ao dentista (BRASIL, 2010).

No grupo das butirofenonas, destaca-se o haloperidol, nome comercial Haldol, que tem demonstrado eficácia na redução de recaídas, aumentando o denominado *turnover* de dopamina

no cérebro. Embora possa ser prescrito em surtos agudos, tem sido preferencialmente empregado no tratamento de manutenção, quando se mostra eficaz, mesmo apresentando efeitos adversos extrapiramidais (WANNMACHER, 2004). Sua forma de decanoato permite administração a intervalos maiores e, sendo injetável, suprime a necessidade da cooperação de pacientes que não aceitam o tratamento. Revisão sistemática de um ensaio clínico randomizado realizada por Quraishi, David e Brasil (2010) não identificou diferença de eficácia entre o decanoato de haloperidol e o haloperidol oral ao fim de quatro meses. Cerca de um terço dos pacientes com esquizofrenia é resistente ao tratamento com antipsicóticos convencionais, especialmente aqueles com sintomas negativos — embotamento afetivo, dificuldade de julgamento, depressão e falta de estímulo. A preparação de depósito de haloperidol para uso intramuscular pode ser empregada na manutenção de pacientes cuja adesão ao tratamento via oral não é possível. A redução brusca deve ser evitada; a retirada deve ser gradual e requer acompanhamento para evitar recaída (YALTIRIK; KOCAELLI; YARGIG, 2004). O uso do haloperidol está associado à distonia aguda, à acatisia e ao pseudoparkinsonismo — sintomas extrapiramidais — assim como à sedação, à hipotensão e a efeitos anticolinérgicos. Além disso, foram relatadas alterações hematológicas, tais como agranulocitose e leucopenia, e efeitos cardiotoxicos (BRASIL, 2010).

Os antipsicóticos convencionais incluem as fenotiazinas, como a clorpromazina, quando há necessidade de sedação, e as butirofenonas, como o haloperidol, prescritas no tratamento da fase aguda, quando predominam os sintomas produtivos, e na fase de manutenção. Como esses psicofármacos induzem efeitos adversos, novos fármacos — os antipsicóticos atípicos — foram introduzidos, tais como a risperidona, com a intenção de aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida dos usuários, com o mínimo de efeitos adversos (WANNMACHER, 2004).

Uma meta-análise de 52 ensaios clínicos randomizados, com um total de 12.649 pacientes esquizofrênicos — comparou os antipsicóticos convencionais a antipsicóticos atípicos, incluindo a risperidona, demonstrando a eficácia e a segurança similares entre eles (GEDDES et al., 2000). Assim, segundo Wannmacher (2004), o tratamento das psicoses, particularmente da esquizofrenia, pode ser realizado preferencialmente com o emprego de antipsicóticos tradicionais, reservando-se os atípicos para situações especiais, em que haja sintomas negativos ou de refratariedade ou intolerância ao tratamento convencional, justificando-se, assim, seu enquadramento na padronização regulamentada pela Portaria MS 3916-30/10/98 como medicamentos excepcionais. Os antipsicóticos atípicos (risperidona, clozapina, quetiapina, ziprasidona e olanzapina) são geralmente prescritos nos casos de

esquizofrenia refratária, conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas anexo à Portaria MS/SAS nº 846, de 31 de outubro de 2002 (BRASIL, 2002).

A risperidona é um dos antipsicóticos atípicos e, no tratamento da esquizofrenia, sua prescrição está condicionada a situações em que haja resistência ao tratamento com os antipsicóticos típicos. Esse fármaco apresenta menos efeitos sedativos e extrapiramidais, quando utilizado em doses baixas, usualmente as terapêuticas, mas há descrição de casos de síndrome neuroléptica maligna com o seu uso, além de maior ganho de peso. Por apresentarem um número elevado de interações medicamentosas, é aconselhável a pesquisa específica quanto a esse aspecto, ao se decidir pela introdução ou pela descontinuação da risperidona ou de outros medicamentos no esquema terapêutico do paciente (WANNMACHER, 2004).

Na dependência do seu grupamento farmacológico, as medicações antipsicóticas podem causar xerostomia e sialorreia, afetando, desse modo, a saúde bucal dos seus usuários. A maioria desses psicofármacos, como a risperidona, a quetiapina e a olanzapina, antipsicóticos atípicos ou de segunda geração, prescritos quando os efeitos extrapiramidais dos antipsicóticos de primeira geração estão afetando a qualidade de vida dos usuários, podem reduzir o fluxo salivar, induzindo a xerostomia, com repercussões deletérias na boca, como cárie, glossite, estomatite e úlceras bucais. A hipossalivação também tem como consequência o aparecimento da doença periodontal e o rápido desenvolvimento de cáries (FRIEDLANDER; MARDER, 2002).

Um dos efeitos colaterais mais comuns durante o tratamento com o antipsicótico atípico clozapina, descoberto em 1960, é a agranulocitose, que justifica a necessidade do controle hematológico semanal, nos primeiros quatro meses de uso e, posteriormente, uma vez ao mês; com relação a alterações orofaciais, o efeito adverso mais relatado é a sialorreia. Aproximadamente um terço dos indivíduos tratados com clozapina apresenta sialorreia diurna e noturna, que dificulta o controle da deglutição do volume total da saliva produzida, resultando em constrangimentos que lhes são impostos por indivíduos que, desconhecendo o problema, agem de forma preconceituosa e repressora. Após duas semanas de uso, esses efeitos tendem a desaparecer. Entretanto, a clozapina é um potente agente anticolinérgico, não estando ainda completamente esclarecida a patogênese da sialorreia (FRIEDLANDER; LIBERMAN, 1991). Apesar de se reconhecer que a sialorreia pode influenciar na qualidade de vida desses pacientes, opções terapêuticas alternativas e sua eficácia real no controle desse efeito adverso ainda necessitam de embasamento científico, de modo a se estabelecer a relação entre as doenças bucais, particularmente a doença periodontal e a sialorreia associadas ao uso desses psicofármacos. Por outro lado, a redução do fluxo salivar associada ao uso de antipsicóticos ainda é um tema pouco estudado na modulação da doença periodontal (ELTAS et al., 2013).

Os efeitos adversos dos antipsicóticos típicos já foram objeto de diversos estudos, mas esses fármacos têm se mostrado eficazes no tratamento de uma variedade de patologias psiquiátricas, no controle da dor e da insônia, na abstenção do tabaco, na toxicod dependência e em distúrbios alimentares. A xerostomia, a hipotensão ortostática, a cardiotoxicidade e os sintomas extrapiramidais são seus efeitos colaterais mais significativos (BECKER, 2008).

Segundo Wannmacher (2004), todos os agentes APs apresentam efeitos colaterais em graus variados, entretanto, esses medicamentos diferem entre si quanto à potência e efeitos colaterais. Drogas de alta potência (incisivas) geralmente causam efeitos extrapiramidais, ao passo que as de baixa potência (sedativas) apresentam perfil mais sedativo, efeitos anticolinérgicos e hipotensão ortostática. Entretanto, os APs de segunda geração estão associados à menor probabilidade de efeitos extrapiramidais, refletindo-se em menor utilização de agentes antiparkinsonianos. Diante das particularidades dos efeitos adversos relacionados com os APs, é primordial o manejo adequado, para garantir maior aderência, a fim de proporcionarem maiores chances de sucesso terapêutico. Um esquema terapêutico eficaz para evitar os efeitos adversos periféricos é a inclusão do biperideno, nomes comerciais Akineton e Cinetol, um agente anticolinérgico com ação predominantemente central, sendo o fármaco de escolha para contornar os efeitos extrapiramidais, inclusive da distonia aguda em pacientes com idade inferior a 65 anos, não devendo, porém, ser prescrito quando existem sintomas relacionados com o uso prolongado de antipsicóticos, como na discinesia tardia. Tanto o cloridrato de biperideno (apresentação farmacológica: comprimidos de 2 mg), como o lactato de biperideno (apresentação farmacológica: solução injetável de 5 mg/dL) podem ser indicados para contornar os distúrbios motores decorrentes do uso de neurolépticos, mas deve-se alertar o paciente para não ingerir bebidas alcoólicas e atentar para o cuidado com a higiene bucal, intensificando-se o controle mecânico da placa bacteriana em função da xerostomia, induzida por esses fármacos, fato que acomete cerca de 10% dos pacientes (KLASCO, 2007).

Friedlander e Liberman (1991) afirmaram que os antipsicóticos típicos ou de primeira geração também apresentam efeitos adversos extrapiramidais, associados ao antagonismo desses psicofármacos com os receptores da dopamina (D_2), fundamentais para o equilíbrio do sistema extrapiramidal. A região orofacial também é afetada pelos antipsicóticos convencionais, podendo-se apresentar algumas manifestações. Diante das particularidades dos efeitos adversos associados ao uso de tais antipsicóticos, objeto do presente estudo, cabe a descrição minuciosa desses efeitos colaterais como explicitado no Quadro 6, estabelecendo-se correlação com os grupamentos farmacológicos e as possíveis opções de manejo.

Sintomas extrapiramidais e antipsicóticos	Manifestações gerais e orofaciais	Opções de manejo
Distonias agudas* Haloperidol Perfenazina Flufenazina Zuclopentixol Trifluoperazin, Risperidona Amisuprida	Posicionamento anormal ou espasmos dos músculos de cabeça, pescoço, membros e tronco Blefaroespasmos Disartria Disfagia Macroglossia Torcicolo Trismo Distonia faríngea/laríngea	Injetável: benztropina, difenidramina Via oral: benztropina, difenidramina, amantadina, biperideno
Pseudoparkinsonismo* Haloperidol Perfenazina Flufenazina Zuclopentixol Trifluoperazina Risperidona Amisuprida	Acinesia Bradicinesia ou atividade motora diminuída Tremor de repouso Rigidez muscular Postura encurvada Alterações de equilíbrio	Reduzir dose do AP Mudar para outro agente AP Agentes betabloqueadores lipossolúveis (propranolol ou benzodiazepínicos)
Acatisia* Haloperidol Perfenazina Flufenazina Zuclopentixol Trifluoperazina Risperidona Amisuprida	Sensação subjetiva de desconforto muscular que pode gerar inquietação; de ocorrência frequente, os sintomas são principalmente motores e não se submetem a controle voluntário.	Reduzir dose do AP Mudar para outro agente AP Agentes betabloqueadores lipossolúveis (propranolol ou benzodiazepínicos)
Discinesia tardia (DT)* Haloperidol Perfenazina Flufenazina Zuclopentixol Trifluoperazina Risperidona Amisuprida	Movimentos bucomastigatórios Estalar dos lábios Pregueamento labial Protrusão e tremor da língua Piscar Movimentos de tronco e membros	Reduzir dose do AP Mudar para outro agente AP
Síndrome neuroléptica maligna (SNM) Risperidona Olanzapina Clozapina Quetiapina	Rigidez muscular Hipertermia Pressão arterial irregular Salivação Taquicardia Dificuldade para respirar ou respiração acelerada Diminuição da consciência (de confusão mental a coma) Suores Perda do controle da bexiga Tremores ou abalos Dificuldade para falar ou engolir	Monitorar CPK (creatina fosfoquinase) Interromper uso do AP Hidratação Antitérmicos Anti-hipertensivos Injetável: benztropina, difenidramina Via oral: benztropina, difenidramina, amantadina, biperideno Miorrelaxante (intravenoso)

Quadro 6 - Transtornos de movimento induzidos por antipsicóticos, suas manifestações e opções de manejo

Fontes: Friedlander e Liberman (1991); Friedlander e Marder (2002); Wang, Minatogawa e Tavares Jr. (2006); Klasco (2007); Araújo e Sena (2011); D.E.F. (2013/2014).

Nota: *Importantes para a área odontológica.

5.3 DOENÇA MENTAL E SAÚDE BUCAL

5.3.1 Odontologia psicossomática

A expressão “medicina psicossomática” surgiu na literatura especializada na década de 1940 como forma de referência às doenças físicas com distúrbios psicológicos. Na área da Odontologia, Weiss (1944) foi pioneiro no estudo das alterações bucais de origem psicossomática. No artigo “Aspectos psicossomáticos da Odontologia”, ressaltou o papel emocional da boca na estrutura psicológica do ser humano, desde a infância até a idade adulta, alertando para a relevância da participação do profissional não só pelo seu desempenho técnico correto, mas, principalmente, pela habilidade de saber escutar com atenção as queixas dos pacientes. Essa postura asseguraria a coleta de todas as informações necessárias, visando a alcançar o diagnóstico, sempre atentando para a necessidade da constituição de uma equipe integrada e multiprofissional para o atendimento aos indivíduos portadores de distúrbios psicológicos. Deve-se a ele a expressão “odontologia psicossomática”, definida como a relação do bem-estar mental com a saúde e a integridade dos tecidos bucais.

A pesquisa sobre os fatores etiológicos das doenças bucais conduziu Campbell (1945) ao estudo da influência dos mecanismos psicossomáticos nas patologias da cavidade oral, que extrapolam seus limites. A expressão “medicina oral”, introduzida por ele, buscou traduzir uma compreensão do paciente tanto nos aspectos físicos quanto nos mentais, na perspectiva de explicar a maneira pela qual o estresse, a ansiedade, o medo e outras tantas emoções humanas participam do aparecimento e da progressão de doenças bucais. A partir desse pressuposto, admitiu que os estados emocionais afetavam, provavelmente, os níveis de cálcio e de outras substâncias presentes nos fluidos corporais dos seres humanos, alterando, particularmente, a contagem das células brancas e vermelhas do sangue. Também na saliva, essas alterações podem ser percebidas pela mudança do pH e pelo aumento da viscosidade dessa secreção. Ao estresse associam-se os distúrbios oclusais, que interferem na integridade dos tecidos periodontais. Para Campbell,^{*} a história médica do paciente envolve não só os fatos recentes relativos à saúde em geral, como também os pregressos e os antecedentes familiares. O papel

^{*} Campbell destaca o papel da boca como elo de ligação do homem com o mundo, porque é por meio dela que entram os alimentos que sustentam o corpo, e por ela saem as palavras, o alimento da alma.

do dentista é o de um investigador que garimpa, na fala do paciente, os pontos convergentes para o estabelecimento do diagnóstico e a posterior elaboração do plano de tratamento.

Na década de 1940, Burstone (1946) e Miller e Firestone (1947) avaliaram como os fatores psicossomáticos influenciam na etiologia das doenças bucais, ficando patente que têm um papel decisivo nas dores orofaciais, no trauma oclusal e nos hábitos nocivos ao periodonto. Burstone (1946) constatou, pela primeira vez, a redução do fluxo salivar por influência psíquica, em situações de ansiedade e de medo, assim como a alteração qualitativa da saliva durante os estados emocionais anormais, resultando em alteração da composição desse fluido, com reflexo direto sobre o pH. Pacientes portadores de psicose maníaco-depressiva apresentaram uma redução do fluxo salivar e um nível de pH mais baixo do que o normal e, em esquizofrênicos, constatou-se sialorreia.

De acordo com as observações de Miller e Firestone (1947), os fatores psicossomáticos podem interferir na saúde bucal, particularmente na condição periodontal, resultando em: (i) vasoconstricção local com implicação na difusão reduzida dos nutrientes e no gradiente de oxigênio; (ii) desenvolvimento de hábitos nocivos, voluntária ou involuntariamente, que influenciam, de forma direta, a saúde dos tecidos periodontais, tais como: roer unhas, morder caneta, lápis, lábios ou bochechas, projetar a língua para a frente na fala e na deglutição — língua protátil, deglutição atípica —, ocluir traumáticamente os dentes repetidas vezes; (iii) pressão anormal no fechamento da boca com compressão dental acentuada; (iv) mudança de hábitos alimentares com predominância de alimentos apimentados, frutas cítricas em grande quantidade, etc.; (v) transtornos na alimentação com ingestão de quantidades mínimas de alimento, tal como ocorre com os portadores de anorexia e úlceras; (vi) negligência na higiene bucal; (vii) alterações nos níveis de cálcio plasmático, substância fundamental para o equilíbrio do metabolismo dos tecidos periodontais.

Após minuciosa análise de nove estudos experimentais, em que os pesquisadores avaliaram a correlação entre o estresse emocional, a ansiedade e os distúrbios mentais frente à doença periodontal, Gupta (1966, p.416) concluiu que “os fatores psicossomáticos têm influência na etiologia das doenças periodontais”. As amostras utilizadas nesses estudos contemplaram dois grupos, a saber: o grupo teste, formado por pacientes com problemas mentais, e o grupo controle, formado por indivíduos sadios, tendo-se constatado uma correlação estatisticamente significativa do estresse e da ansiedade com a gengivite ulcerativa necrosante. No entender desse autor, a extensão e a severidade da doença periodontal provavelmente dependem do tipo, da duração e da extensão do agente estressante, como também da capacidade adaptativa dos tecidos bucais. Ainda segundo ele, seriam necessárias novas pesquisas que

viessem a demonstrar como os sistemas neural, vascular e endócrino, que sofrem a influência do estresse, participam do processo de desencadeamento e progressão da doença periodontal, configurando-se, ainda, como uma incógnita o impacto do fenômeno psicológico nos tecidos orais de modo particular, extensivo a todo o organismo dos indivíduos.

A prevalência da doença periodontal em pacientes hospitalizados (doentes mentais estavam incluídos) foi avaliada por Belting (1967), que aplicou o índice periodontal de Russell, criado na década anterior. A influência dos fatores sistêmicos no aparecimento e na progressão das doenças periodontais já estava bem documentada em estudos transversais e longitudinais, mas em apenas um deles havia sido referido um aumento significativo na severidade da doença periodontal entre pacientes psiquiátricos. Em razão da higiene bucal precária e da presença de cálculos, também foram constatadas alterações vasculares por interferência do sistema nervoso autônomo.

Nos anos 1990, a tendência foi avaliar a associação dos fatores psicossociais, tais como o estresse e a ansiedade, com a imunossupressão, que, alterando a susceptibilidade do hospedeiro, induz a uma maior vulnerabilidade a doenças, a periodontal em particular (MONTEIRO DA SILVA; NEWMAN; OAKLEY, 1995; MONTEIRO DA SILVA et al., 1996; MOSS et al., 1996).

5.3.2 Repercussão dos transtornos mentais e comportamentais no sistema estomatognático

O sistema estomatognático tem como componentes os ossos maxilares e a mandíbula, que constituem o viscerocrânio, juntamente com os ossos palatinos, o zigomático, os lacrimais, os nasais, as conchas nasais inferiores e o vômer. As arcadas dentárias, os tecidos moles (lábios, língua e bochechas), as glândulas salivares, os grupamentos musculares, o suprimento vascular e nervoso e a articulação temporomandibular também compõem esse sistema, que se encontra interligado e relacionado, e, quando em função, busca alcançar o máximo de eficiência, com a proteção de todos os tecidos envolvidos (SILVERMAN; EVERSOLE; TRUELOVE, 2004).

Como o objetivo geral da presente pesquisa é diagnosticar e descrever as alterações no sistema estomatognático de pacientes psiquiátricos, usuários de antipsicóticos típicos (ApTs), assistidos no Núcleo Docente Assistencial de Odontologia e Saúde Mental, vinculado ao Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira-SESAB, situado na cidade do Salvador-Bahia, em comparação com

indivíduos física e mentalmente sadios, necessário se faz descrever as alterações não só nas estruturas óssea/musculares (articulação temporomandibular) como também nos tecidos moles bucais, inervação orofacial (nervo facial) e no sentido do paladar. Na cavidade bucal, será dada especial atenção aos dentes (cárie) e ao periodonto (doença periodontal), doenças bucais mais prevalentes na população em geral e nos pacientes psiquiátricos em particular (VELASCO-ORTEGA et al., 1997; TANG et al., 2004; VELASCO-ORTEGA et al., 2005a, 2005b; . BUTCHIBABU et al.,2016)

5.3.2.1 Desordens gustativas

O reconhecimento do sabor dos alimentos ou paladar pode estar alterado por diferentes motivos, quais sejam envelhecimento, alterações hormonais femininas, uso de medicamentos e disfunção salivar, entre outros (WANG, MINATOGAWA e TAVARES Jr. ,2006). Justifica-se, assim, a inclusão, no presente estudo, da descrição das alterações gustativas dos participantes, principalmente pelo fato de o uso diário de antipsicóticos típicos, que é a realidade dos pacientes psiquiátricos incluídos na amostra, poder causar efeitos deletérios sobre o suprimento nervoso orofacial (nervo facial) nos seus aspectos quimiossensorial e motor, segundo Alexander e Brown (1976).

A saliva exerce um papel importante na percepção do paladar, embora essa característica possa ser mantida na falta de função das glândulas salivares maiores, e queixas de disgeusia e hipogeusia estarem aumentadas em pacientes com diminuição da função das glândulas salivares. O sabor é a combinação do paladar, do olfato e da sensação trigeminal (NEVILLE et al., 2007). As alterações no paladar estão descritas no Quadro 7, em que estão incluídos os diferentes termos utilizados na literatura científica, exemplificando-se a causa dessas alterações oriundas de fontes bucais ou extrabucais, que requerem criteriosa anamnese pelo dentista.

Designação	Definição	Causas
Paladar normal	Normalidade do paladar	Indivíduo saudável, qualquer faixa etária
Hipogeusia	Paladar diminuído	Doença de Parkinson e Alzheimer
Disgeusia	Distorção do paladar com ou sem estímulo presente	Má higiene bucal e uso de medicamentos (antidepressivos, anti-hipertensivos, anticolinérgicos, antipsicóticos e anti-histamínicos)
Ageusia	Perda ou ausência do paladar	Exposição a substâncias químicas, tóxicas ou não, traumas

Quadro 7 - Paladar normal, alterações gustativas e suas causas

Fonte: Silverman, Eversole e Truelove (2004).

Neville e colaboradores (2007) afirmaram que muitas patologias orais e sistêmicas afetam o sistema gustativo e olfativo, sendo a disfunção salivar uma delas, assim como o uso de psicofármacos, que podem ter efeito transitório, modificável ou crônico. Os mecanismos que justificam a disfunção do paladar induzida por medicamentos podem estar associados a causas mecânicas tais como desordens do transporte, quando o estímulo não pode alcançar o receptor, problemas sensoriais, quando ocorre um dano nos nervos periféricos ou no sistema nervoso central (SNC). Conforme Wang, Minatogawa e Tavares Jr. (2006), os antipsicóticos típicos podem induzir disgeusia — distorção do paladar com ou sem estímulo presente.

Friedlander e Marder (2002), em estudo em que analisaram a percepção do paladar dos participantes da amostra selecionada aos quatro sabores básicos, salgado, doce, amargo e azedo, concluíram que pode ocorrer alteração desse sentido especial nos usuários de antipsicóticos típicos, particularmente nos esquizofrênicos, na dependência do tempo de uso e da dosagem diária, e levantaram uma possível associação entre a ocorrência de desordens gustativas e a idade dos pacientes investigados.

Entre as drogas que causam desordens gustativas, Silverman, Eversole e Truelove (2004) destacaram os agentes de higiene bucal que contêm o gluconato de clorexidina, o diurético e anti-hipertensivo hidroclorotiazida e os antipsicóticos de modo geral, justificando-se, assim, a ocorrência dessas alterações entre os pacientes psiquiátricos.

Essas desordens gustativas são registradas mais frequentemente nas mulheres e, em geral, podem ter associação com as variações hormonais observadas durante a puberdade, no período menstrual, na gravidez, na menopausa e na fase da pós-menopausa. Mulheres com mais de 50 anos relataram alteração no sabor dos alimentos, particularmente em relação ao salgado, ao picante e ao amargo, conforme Steinberg (2001), que descreveu a saúde bucal das mulheres.

5.3.2.2 Alterações orofaciais de movimento

O diagnóstico das alterações orofaciais de movimento passa pela necessidade de avaliação do suprimento nervoso da região orofacial, por meio da análise da função motora do nervo facial nas suas porções superior e inferior. Para a avaliação funcional do nervo facial deve-se solicitar ao indivíduo: elevar, aduzir ou abaixar os supercílios, fechar os olhos, dilatar ou contrair o nariz, fechar a boca e fechar e projetar os lábios (NEVILLE et al., 2007). Deve-se observar, também, se o paciente é capaz de enrugar a testa, levantar e franzir as sobrancelhas, fechar e abrir os olhos — funções associadas ao nervo facial superior —, e se é capaz de sorrir e mostrar os dentes e de enrugar os lábios assobiando — funções do nervo facial inferior (ALEXANDER; BROWN, 1976).

Friedlander e Liberman (1991) constataram que os antipsicóticos típicos ou de primeira geração aplicados no tratamento dos pacientes psiquiátricos podem apresentar efeitos adversos extrapiramidais, associados ao antagonismo desses psicofármacos com os receptores da dopamina (D₂), fundamentais para o equilíbrio do sistema extrapiramidal, com manifestações também presentes na região orofacial.

Conforme Araújo e Sena (2011), os efeitos colaterais dos antipsicóticos são síndromes extrapiramidais (SEP) agudas e crônicas. Nas síndromes extrapiramidais agudas, podem ser registrados os seguintes sinais: parkinsonismo (tríade clássica: tremores, rigidez e bradicinesia), acatisia, distonia aguda (contração brusca de um grupo muscular), síndrome de coelho (*rabbit syndrome*) ou mussitação e *Pisa-syndrome* (postura semelhante à da Torre de Pisa). São sinais registrados nas síndromes extrapiramidais crônicas: discinesia tardia (movimentos involuntários hiperkinéticos anormais potencialmente irreversíveis e associados ao aumento da mortalidade), distonia tardia (torcicolo, trismo, protrusão da língua, crises oculóginas, opistótono) e acatisia tardia. Portanto, os usuários rotineiros desses psicofármacos necessitam do monitoramento dos efeitos colaterais associados, que podem justificar a mudança da terapêutica ou a redução na dosagem pelo psiquiatra responsável.

Independentemente do psicofármaco prescrito no tratamento psiquiátrico, Clark e Ram (2007) apontaram quatro distúrbios motoras hiperkinéticas involuntárias que afetam a região orofacial, quais sejam: bruxismo, distonia oromandibular, discinesia e reações extrapiramidais do tipo distônico induzidas por medicação. Cabe citar Saisu e outros (2014), que descreveram um caso clínico de distonia oromandibular induzida por antipsicóticos e consideraram que essa distúrbio de movimento é um desafio diagnóstico, em virtude da ausência de um *gold standard*

(teste diagnóstico ou biomarcador) para validar o diagnóstico. Esses transtornos dos movimentos induzidos por antipsicóticos típicos foram também descritos no caso de uma paciente de 17 anos que utilizou 10 comprimidos de haloperidol (5 mg) numa tentativa de suicídio e apresentou, oito horas após a *overdose*, um quadro de deslocamento bilateral da articulação temporomandibular (ATM) (ZAKARIAEI et al., 2012).

Ressalte-se que indivíduos com saúde mental também podem apresentar quadros clínicos compatíveis com distonia oromandibular (confundida com DTM), bruxismo, espasmos hemifaciais e manifestações psicológicas (BALASUBRAMANIAM et al., 2008).

Segundo estudos na área da psicofarmacologia relacionada com a saúde bucal, os usuários de antipsicóticos convencionais podem apresentar os seguintes sintomas extrapiramidais: tremores em repouso, movimentos mastigatórios com estalar dos lábios e espasmos musculares na região de cabeça e pescoço. Tanto os medicamentos do grupo farmacológico das butirofenonas quanto o das fenotiazinas produzem efeitos colaterais, porém o haloperidol (do grupo das butirofenonas) é a droga que mais interfere sobre a motricidade (KISELY et al., 2011; KEDEBE; KEMAL; ABERA, 2012; ELTAS et al., 2013).

5.3.2.3 *Disfunção temporomandibular (DTM)*

Alterações orofaciais de movimento associadas ao uso diário de psicofármacos, particularmente dos antipsicóticos típicos, podem repercutir na articulação temporomandibular (ATM), dando origem à disfunção temporomandibular (DTM), cujos sintomas costumam ser dor na ATM, dor miofacial, estalidos, limitação na abertura da boca ou desvio mandibular ao abrir a boca. Quando existe um mau relacionamento entre as estruturas ósseas e os contatos dentários, como nas situações clínicas de desarranjo oclusal, pode haver uma influência física no funcionamento dos músculos da mastigação, das suas fibras, das suas unidades motoras, além das estruturas circunvizinhas. Sendo assim, os distúrbios morfológicos e funcionais da cavidade bucal influenciam na ação esqueleto-motora dos músculos mastigatórios, levando a uma quebra da homeostasia anatômica e neurológica orofacial, afetando não só o sistema estomatognático como a saúde geral do paciente (PEREIRA; FELÍCIO, 2005).

A avaliação do grau de severidade da disfunção temporomandibular (DTM) em todos os participantes do presente estudo foi realizada pela aplicação do índice anamnésico preconizado por Fonseca (1994), que, apesar do seu caráter subjetivo, pode ser considerado

como um indicativo da necessidade de exames mais apurados, para a confirmação da gravidade do acometimento da articulação temporomandibular que apresente sinais/sintomas compatíveis com a DTM.

Os transtornos temporomandibulares já foram objeto de análise em pacientes esquizofrênicos, como no estudo de caso-controle realizado por Velasco-Ortega e outros (2005a) em um hospital psiquiátrico, tendo como amostra 50 esquizofrênicos usuários de psicofármacos (72% utilizavam antipsicóticos típicos) e 50 adultos mentalmente saudáveis assistidos na Faculdade de Odontologia da Universidade de Sevilha. O diagnóstico da DTM foi realizado utilizando-se o protocolo sugerido pela OMS que considera os sintomas: 0=sem sintomas; 1=ocorrência de estalidos, dor ou dificuldade na abertura ou fechamento da boca uma ou mais vezes por semana; 9=não registrado; e os sinais: 0=sem sinais; 1=ocorrência de estalido, sensibilidade (à palpação) ou mobilidade mandibular reduzida (abertura <30 mm); 9=não registrado). Observou-se que 32% dos esquizofrênicos apresentavam sintomas de DTM; 24% relataram estalidos articulares na abertura e fechamento da boca; e 8%, deslocamento anormal da mandíbula ao abrir a boca. Entre os componentes do grupo controle, apenas 8% relataram estalidos na ATM. Os autores concluíram que os pacientes esquizofrênicos constituem uma população de risco para DTM, por apresentarem maior prevalência e severidade dessa patologia do que indivíduos normais.

A prevalência de DTM em esquizofrênicos também foi alvo do estudo de caso-controle realizado por Gurbuz, Alatas e Kurt (2009) em Istambul-Turquia, para o qual foram selecionados 339 esquizofrênicos e 107 adultos com saúde mental. Os sinais e sintomas da DTM foram analisados utilizando-se os *Critérios diagnósticos de pesquisa em disfunção temporomandibular* (RDC/TMD do inglês *Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders*) e os resultados apontaram uma alta prevalência de DTM nos pacientes esquizofrênicos (284/339; 83,7%), caracterizada principalmente pela dor à palpação ($p=0,006$) e pelos estalidos articulares ($p=0,002$).

Para verificar a influência da condição mental na saúde bucal, particularmente na ATM, AL-Mobeeriek (2012) avaliou 100 pacientes psiquiátricos assistidos regularmente em uma clínica na Arábia Saudita e comparou os resultados obtidos com os de 84 voluntários psicologicamente normais. A dor muscular, os estalidos, a crepitação na ATM, a limitação na abertura da boca, a presença de bruxismo e de hábitos nocivos como roer unhas e morder lábios e bochechas foram os critérios analisados em ambos os grupos que compuseram a amostra. Segundo os resultados obtidos, a condição de saúde bucal dos pacientes psiquiátricos era pior do que a de indivíduos saudáveis, e esses pacientes com necessidades especiais têm maior

probabilidade de ter alterações bucais. Os achados na ATM valorizaram a prevalência da sensibilidade dolorosa nos músculos mastigatórios detectada em 37% e 22,6% nos grupos caso e controle, respectivamente, destacando-se a dor no músculo temporal presente em 50% dos pacientes psiquiátricos e em 44,1% dos voluntários saudáveis. A crepitação estava presente em 25% dos pacientes do grupo caso e em 27,4% do grupo controle, e apenas um paciente psiquiátrico apresentou limitação na abertura da boca. O bruxismo e o apertamento dentário foram as parafunções mais comuns em ambos os grupos (34,5% no controle e 27% no caso).

Na América Latina, realizou-se um estudo transversal que objetivou detectar as lesões bucais mais prevalentes em 65 pacientes psiquiátricos hospitalizados em uma instituição de Caracas-Venezuela. A presença de DTM foi descrita, e 36,92% dos participantes relataram ruídos articulares e 10,76% acusaram dor muscular, particularmente quando o músculo temporal era submetido à palpação. Entre os hábitos parafuncionais mais prevalentes, os autores citaram o bruxismo, a onicofagia e o hábito de morder a bochecha, levando à conclusão de que, nesses pacientes, as alterações bucais são mais frequentemente diagnosticadas do que em indivíduos com saúde mental e apontaram a necessidade da implantação de programas de saúde bucal, com o comprometimento de toda a equipe multidisciplinar envolvida na atenção à saúde mental (MORALES-CHÁVEZ; RUEDA-DELGADO; PEÑA-OROZCO, 2014). Cabe lembrar que, entre as perguntas que compõem o questionário anamnésico preconizado por Fonseca (1994) e adotado na presente pesquisa, estão listados os questionamentos sobre as dores musculares, os ruídos articulares e o hábito de ranger ou apertar os dentes para a elaboração do índice DTM.

São raros os estudos que avaliaram a presença de DTM em esquizofrênicos usuários de antipsicóticos típicos. Cabe destacar o artigo de revisão publicado por Araújo e colaboradores (2014) que alertou sobre o papel decisivo dos efeitos adversos desses psicofármacos no aparecimento da DTM, associada à dor de cabeça constante, referida por portadores dessa patologia mental. Os autores concluíram que é um grande desafio diagnosticar e tratar a DTM em pacientes esquizofrênicos usuários de psicofármacos que podem provocar efeitos extrapiramidais, uma vez que, usualmente, esses eventos não são registrados nos prontuários médicos. Além disso, apontaram a necessidade de avaliação criteriosa, quando houver queixa de dor orofacial e sugeriram a desmistificação de que esquizofrênicos são insensíveis à dor, esclarecendo que as crepitações na ATM por eles relatadas podem não ser fruto de alucinações ou delírios. Dada a impossibilidade da suspensão do uso de medicações que controlam os sintomas da esquizofrenia, indicam, ainda, como fundamental o monitoramento desses pacientes, incluindo avaliações pontuais da região orofacial nas consultas médicas.

5.3.2.4 Cáries e perdas dentárias em pacientes psiquiátricos

Em que pese a literatura não tratar das anomalias intraorais como sendo exclusivas de indivíduos com transtornos mentais e comportamentais, os trabalhos de Sasseti e outros (1968) e de Sznajder (1974) salientam uma série de manifestações de patologias bucais que são consideradas mais frequentes ou mais severas nessa parcela da população, tais como: cárie, doença periodontal, maloclusão, bruxismo, traumatismos dentários, anomalias na morfologia dentária, hipoplasia de esmalte, microdontia, má posição dental nos arcos e musculatura perioral flácida, acarretando mau selamento labial e respiração bucal. A precária higiene bucal desses pacientes favorece o acúmulo do biofilme dentário e de restos alimentares, resultando numa alta prevalência de cárie, edentulismo e doença periodontal.

O citado estudo de Al-Mobeeriek (2012) avaliou, também, o índice CPO-D dos 100 pacientes psiquiátricos pesquisados e dos 84 voluntários psicologicamente normais. Como já visto, a condição de saúde bucal dos pacientes psiquiátricos era pior do que a de indivíduos saudáveis e, entre as alterações bucais mais prováveis naqueles pacientes com necessidades especiais, incluía-se a incidência de cáries.

Os resultados obtidos em estudo transversal para avaliação do índice de cárie, tendo como amostra 65 usuários de diferentes psicofármacos, inclusive dos antipsicóticos típicos, mostraram que 56,92% dos pacientes tinham cárie em pelo menos um dente, mas a presença da cárie não foi correlacionada com nenhuma medicação específica, apesar de a xerostomia ser citada como um dos efeitos colaterais tanto do haloperidol quanto da clorpromazina, ressaltando-se que 39 pacientes (39/65; 60%) eram esquizofrênicos e 9 psicóticos (9/65; 13,85%) (MORALES-CHÁVEZ; RUEDA-DELGADO; PEÑA-OROZCO, 2014).

A saúde bucal de pacientes esquizofrênicos assistidos em ambiente hospitalar, com períodos de internação prolongados, quando comparada com a de indivíduos com necessidades especiais e com a da população de modo geral apresentou um elevado índice de cárie, mais alto do que o observado na população com saúde mental, e os autores desse estudo alertaram para a necessidade de se realizar, de maneira sistemática e organizada, um tratamento preventivo e curativo junto a pacientes portadores de esquizofrenia. Os resultados obtidos apontaram que o tempo de hospitalização teria impactado no número de dentes perdidos, fato esse que, em última análise, teria influenciado o aumento do índice CPO-D entre esses pacientes, que são os que mais requerem internação hospitalar e para cujo tratamento os psicofármacos de primeira escolha são os antipsicóticos típicos e atípicos, conforme avaliação médica. Cabe ainda ressaltar

que o número de dentes restaurados foi menor nos esquizofrênicos do que nos dos outros grupos da amostra analisada e que esses pacientes também apresentavam as piores condições de saúde bucal (CHU et al., 2012).

A presença de cáries em pacientes com distúrbios mentais assistidos no Serviço de Odontologia de um hospital psiquiátrico no México foi avaliada por Hernández Suástegui e Cedeño (2002), com o objetivo de despertar o interesse dos odontólogos lotados na instituição para a necessidade de realização do tratamento preventivo/curativo nesses indivíduos, de modo a evitar a ocorrência de patologias bucais mais graves, como a celulite facial, originada pelo avanço da lesão cáriosa não tratada a tempo. Essa recomendação foi embasada na constatação da alta frequência de cárie nesses pacientes, independentemente da doença mental diagnosticada, porém sob o argumento de que as condições sistêmicas e locais nesses indivíduos podem ser fatores de risco para o aparecimento e a progressão da cárie dentária.

A partir dos resultados obtidos por Eltas e outros (2013), que não apontaram diferença estatisticamente significativa em relação ao índice CPO-D ($p > 0,05$) entre os grupos formados por usuários de antipsicóticos típicos e usuários de antipsicóticos atípicos, ficou evidenciado o papel deletério desses psicofármacos sobre a saúde bucal dos pacientes psiquiátricos, denotando a consonância do estudo com as tendências recentes nas pesquisas em saúde pública. Dessas pesquisas resultaram recomendações para a reorientação da abordagem visando a melhorar a saúde bucal de pacientes psiquiátricos, a partir da inclusão do dentista na equipe multidisciplinar envolvida na assistência à saúde mental e do empoderamento desses indivíduos na perspectiva do autocuidado. Segundo esses autores, pacientes mais informados, envolvidos e responsabilizados podem interagir de modo mais eficaz com os profissionais de saúde e, assim, realizar ações que produzam resultados positivos para sua saúde mental e geral.

No Brasil, após a reforma psiquiátrica, existem outras modalidades de assistência à saúde mental que não a hospitalocêntrica, porém, nas residências terapêuticas, o índice de cárie também é elevado, segundo estudo elaborado na região Nordeste, que avaliou a saúde bucal de 38 indivíduos. Nesse grupo, os valores do índice CPO-D obtidos ficaram acima de 4,4, valor considerado elevado pela OMS, tendo sido o componente “perdidos” o maior representante desse índice, seguido do componente “cariados”. Além disso, foram identificadas várias perdas dentais com indicação da necessidade de próteses parciais. Tais resultados podem ser atribuídos à inadequada higiene bucal relacionada com o comprometimento motor resultante do uso de psicofármacos e à dificuldade de acesso a serviços odontológicos. Esse estudo indicou a necessidade de uma adequada atenção odontológica aos portadores de transtorno mental e comportamental, que não são incluídos nos programas de saúde bucal implementados em nível

federal, estadual ou municipal. Esse descaso histórico alia-se à falta de formação de profissionais da área da saúde bucal para atender a tal demanda (JAMELLI et al., 2010).

Outro estudo, realizado em São Paulo, avaliou a saúde bucal e o uso dos serviços odontológicos de indivíduos mentalmente saudáveis mas excluídos sociais e concluiu que os piores índices de necessidades em saúde refletem privações sociais associadas à falta de programas de promoção de saúde, inclusive de saúde bucal, que implica o difícil acesso aos serviços odontológicos (JUNQUEIRA et al., 2012).

Os resultados desses estudos adequam-se ao perfil da atenção à saúde bucal prestada nos serviços públicos brasileiros, nos quais, segundo o Ministério da Saúde, a exodontia corresponde a 22% do cômputo geral dos procedimentos odontológicos realizados.

5.3.2.5 Diagnóstico periodontal em portadores de transtornos mentais e comportamentais

Para o diagnóstico das doenças periodontais, os parâmetros clínicos e os índices epidemiológicos são os mais aplicados, tanto na clínica diária como em pesquisas científicas. Na maioria dos estudos sobre esse tema, a avaliação da perda do nível de inserção clínica tem sido o parâmetro clínico mais utilizado, assim como os índices de placa visível-IP (SILNESS; LOE, 1964) e o índice de sangramento gengival à sondagem (SS) (AINAMO; BAY, 1975), que são os mais correlacionados com o aparecimento e a progressão da doença periodontal. O sangramento gengival à sondagem é considerado um indicador da presença da doença periodontal mas não de sua severidade. A partir desse parâmetro, analisa-se a capacidade de o paciente realizar o controle adequado do biofilme dentário, determinando-se, assim, a resposta do hospedeiro ao desafio bacteriano e a adesão do paciente ao sistema de reavaliações, na etapa da terapia periodontal de suporte. Embora não tenha sido estabelecido um nível aceitável de prevalência de sangramento gengival à sondagem acima do qual exista um risco maior para a recorrência da doença, uma prevalência de 25% dos sítios examinados com sangramento à sondagem é o ponto limite entre os pacientes com estabilidade periodontal mantida por quatro anos; e pacientes com recorrência da doença, indivíduos com médias baixas de percentagem de sangramento à sondagem (<20% das superfícies), podem ser considerados pacientes de baixo risco para a recorrência. Por outro lado, segundo Lang e Tonetti (2003), pacientes com uma média entre 20% e 30% podem ser considerados de alto risco para a progressão da doença.

Em pesquisa que comparou os escores dos índices de sangramento gengival à sondagem de usuários de antipsicóticos típicos (ApT) e atípicos (ApA), os escores desse índice foram significativamente mais elevados no grupo dos usuários de ApT do que no grupo que utilizava ApA ($p < 0,001$), indicando, desse modo, o efeito prejudicial desses psicofármacos à saúde periodontal dos pacientes psiquiátricos. Cabe ressaltar que a maioria dos participantes do grupo dos usuários de ApT apresentou comprometimento da motricidade, prejudicando sobremaneira a execução da correta higiene bucal. Acrescente-se que os psicofármacos podem interferir no fluxo salivar, reduzindo-o ou aumentando-o na dependência do grupamento farmacológico. O tempo de uso desses psicofármacos também foi objeto de análise, tendo-se observado que quanto maior o tempo (de 5 a 6 anos), pior a condição bucal do usuário, justificando-se, assim, a necessidade do acompanhamento longitudinal dos usuários dessas medicações, que podem induzir alterações no sistema estomatognático, com o aumento da prevalência das doenças bucais (gengivite, periodontite, cárie) e das disfunções temporomandibulares (ELTAS et al., 2013).

Os primeiros estudos que avaliaram a ocorrência de doença periodontal em indivíduos com distúrbio mental internados foram realizados na década de 1970, com a observação da higiene bucal, que Svatun e Gjermo (1978) consideraram deficiente. Também se constatou, em trabalho de O'Donnell e Cohn (1984), a presença de gengivite generalizada na maioria dos indivíduos pesquisados e grande acúmulo de biofilme dental e de cálculo, decorrentes do descaso com a higiene bucal e da dificuldade de acesso aos serviços odontológicos.

A doença periodontal é, provavelmente, o maior problema bucal de pacientes com transtornos mentais e comportamentais internados, concluíram Tesini e Fenton (1976), ao comparar a ocorrência dessa doença em pacientes internados com os assistidos em nível ambulatorial; nos primeiros, a prevalência era maior, apesar dos cuidados com a higiene bucal propiciados pelo corpo de enfermagem institucional.

Também foi constatada uma alta prevalência da doença periodontal em pacientes esquizofrênicos internados em um hospital espanhol, quando comparados com o grupo de pacientes controle com saúde mental. O índice comunitário das necessidades de tratamento periodontal (ICNTP), desenvolvido por iniciativa da OMS, foi o índice epidemiológico utilizado, tendo sido realizada a sondagem periodontal em todos os dentes do sextante ou em determinados dentes-índice selecionados (conduta recomendada para levantamentos epidemiológicos). Nos pacientes esquizofrênicos, foi registrado um maior número de sextantes excluídos (1,64 vs 0,42) e uma maior prevalência de bolsas periodontais com profundidade moderada (25,6% vs 22,4%); por outro lado, os pacientes de controle tinham uma maior

prevalência de cálculo (69,4% vs 60,5%) e bolsas rasas (6,1% vs 4,7%). As condições periodontais mostraram uma tendência ascendente com a idade. Os homens (esquizofrênicos e sadios, 32,4% e 31,3%, respectivamente) tiveram maior prevalência de bolsas periodontais do que as mulheres (22,2% e 23,5%). Além disso, esse estudo demonstrou uma maior prevalência e extensão da periodontite entre os fumantes (esquizofrênicos e sadios). A alta prevalência dessa doença entre tais pacientes foi associada à falta de coordenação motora, o que dificulta a execução das manobras para uma higiene bucal eficiente. Foi possível concluir que a relação entre problemas periodontais e mentais deve ser um campo de investigação epidemiológica e clínica para o conhecimento da história natural das doenças periodontais (VELASCO-ORTEGA et al., 2005b).

Há de se ter em consideração que é extremamente questionável o estabelecimento de comparações entre os resultados decorrentes da aplicação de diferentes métodos de avaliação das condições periodontais de populações, tais como o índice periodontal comunitário (IPC) e o índice comunitário de necessidades de tratamento periodontal (ICNTP) ou os índices individualizados (IP, SS). Estes últimos foram os eleitos para a realização do presente estudo, tendo em vista não só a natureza e a extensão da amostra em apreço, como também as condições socioeconômicas e culturais da região urbana onde se realizou a pesquisa — Salvador, Bahia.

Indivíduos portadores de distúrbios mentais, particularmente os idosos, podem apresentar, segundo Small (1984), alterações da saúde bucal em razão do comprometimento do grau de cooperação para a efetivação dos procedimentos odontológicos, face à demência e/ou à depressão instaladas. O autor destacou ainda a possibilidade de pacientes idosos em estado considerado de paranoia, ansiedade e uso abusivo de bebida alcoólica apresentarem, à semelhança dos primeiros, ressonância na cavidade oral. Nessa população, foi comum a ocorrência de xerostomia e doença periodontal, em consequência de efeitos colaterais de antidepressivos — medicações que reduzem o fluxo salivar —, de comprometimento psicomotor causado pelo uso diário de antipsicóticos típicos e da desmotivação para execução das atividades da vida diária, tais como vestir, calçar, cuidar da higiene corporal, entre outras. Pacientes idosos com ansiedade desenvolvem hábitos mórbidos, a exemplo do bruxismo cêntrico e excêntrico, com repercussões nocivas no periodonto.

A esquizofrenia pode, portanto, ter repercussões bucais, tais como: diminuição do fluxo salivar, aumento na incidência de cárie e doença periodontal, parotidite ocasional, atrição dental e trauma associado a movimentos maxilofaciais causados pela discinesia tardia — perturbação do poder de movimentação —, percebida por agitação generalizada, por tremores — como ocorre com os pacientes com parkinsonismo —, por espasmos nos músculos do pescoço e,

ainda, por trismo, disfunção na deglutição e protrusão da língua. Os pacientes esquizofrênicos requerem extremo cuidado no atendimento odontológico, porque, sendo usuários de medicação antipsicótica (neurolépticos), pode acontecer uma interação com os anestésicos locais com vasoconstrictores, levando até mesmo a depressões respiratórias (ADA, 1993).

Esquizofrênicos utilizam, na maioria dos casos, medicamentos que têm repercussões danosas no sistema orofacial, como, entre outros, atestaram Friedlander e Liberman (1991). A esquizofrenia apresenta sintomas positivos e negativos para a saúde bucal, sendo os negativos desastrosos, porque geram atitudes de desânimo e desmotivação que podem levá-los a relegar a segundo plano os cuidados com a higiene corporal. Algumas das medicações administradas provocam uma redução no fluxo salivar, atribuída à sua ação anticolinérgica, causando uma rápida progressão das cáries e da doença periodontal. Outras provocam sialorreia diurna e noturna, que dificulta o controle da deglutição do volume total da saliva produzida, resultando em constrangimentos impostos a esses pacientes por manifestações de preconceito. Após duas semanas de uso, esses efeitos tendem a desaparecer. Para esses mesmos autores, é comum, entre os esquizofrênicos, delírios hipocondríacos em que o fulcro é a boca, quando tais pacientes descrevem sensações de “vermes na boca”, ou dizem estar “ouvindo o som de suas restaurações”. Foram constatados, ainda, episódios de automutilação orofacial, provocados por escoriações na gengiva decorrentes das unhas afiadas ou pela aplicação de substâncias cáusticas.

Em pesquisa que comparou a condição periodontal de pacientes em sofrimento mental com a de indivíduos mentalmente saudáveis, foi diagnosticada a periodontite na maioria dos indivíduos dos dois grupos, tendo-se observado perda de inserção clínica de 9-11 mm em 10,3% dos 165 pacientes internados e a influência do tempo de internação na severidade e extensão da doença periodontal (GOPALAKRISHNAPILLAI; IVER; KALANTHARAKATH, 2012).

5.3.2.6 Risco periodontal

A investigação da resposta do hospedeiro considerando-se a avaliação de fatores de risco, de fatores de severidade e de fatores de progressão pode contribuir para o diagnóstico periodontal com embasamento na etiopatogenia. Alguns estudos têm mostrado que a distribuição da doença periodontal e o seu risco não são semelhantes se se comparam indivíduos de uma mesma população. Isso se deve, dentre outros fatores, à existência de diferentes desfechos clínicos para definir uma única doença (BAELUM et al., 1996; BORREL;

PAPAPANOU, 2005; OPPERMANN et al., 2005). Há indícios de que a doença periodontal seja mais prevalente em países em desenvolvimento (SUSIN et al., 2004) e em grupos carentes de populações e etnias específicas (ALBANDAR, 2002), quando comparadas com os de países desenvolvidos (ALBANDAR; BRUNELLE; KINGMAN, 1999).

A maioria dos estudos que utilizaram amostras constituídas por indivíduos portadores de transtornos mentais e comportamentais (CARVALHO; ARAÚJO; CORREA, 2001; CARVALHO; ARAÚJO, 2004; TANG et al., 2004; JOVANOVIĆ et al., 2010; KEDEBE; KEMAL; ABERA, 2012; ELTAS et al., 2013; MORALES-CHÁVEZ; RUEDA-DELGADO; PEÑA-OROZCO, 2014) afirma que eles podem ser categorizados como de alto risco para as doenças cárie e periodontite. Assim sendo, torna-se de suma importância a realização de estudos epidemiológicos que objetivem avaliar e determinar as necessidades individuais de tratamento das populações, colaborando-se para um melhor esclarecimento dos fatores de risco para a doença periodontal e a elaboração de programas específicos de saúde bucal. A quantificação do risco periodontal evita subtratamento ou tratamento excessivo, auxiliando o profissional na individualização do planejamento do tratamento e na periodicidade das consultas de retorno do paciente.

No entanto, ainda não está estabelecido um método de avaliação de risco confiável a ser aplicado não só para o diagnóstico periodontal, mas também para a definição de intervenções profissionais que objetivem a redução do risco às doenças periodontais. Percebe-se, em consequência, um alto grau de variação na escolha e aplicação da metodologia ideal, entre clínicos gerais e até entre periodontistas (PAGE et al., 2003; PERSSON et al., 2003). Alguns modelos de avaliação de risco estão em destaque, utilizando-se parâmetros distintos. Diferenciam-se desde um questionário simplificado (SCHUTTE; DONLEY, 1996) a modelos mais complexos, como os diagramas funcionais de risco periodontal (LANG; TONETTI, 2003; RENVERT; PERSSON, 2004; CHANDRA, 2007), o cálculo de risco periodontal condicionado a uma ferramenta de computador (PAGE et al., 2003).

A avaliação do risco individual à periodontite pode, também, ser sistematizada, considerando-se o grande número de marcadores e fatores de risco existentes. O modelo criado por Lang e Tonetti (2003) na Universidade de Berna-Suíça, denominado polígono do risco periodontal, é uma ferramenta de avaliação desse risco validada e cientificamente bem estabelecida. Com seus seis critérios de avaliação permite a análise de seis grupos de risco nos seguintes níveis: paciente, elemento dental e face dentária. Disponibilizada no *site* <<http://www.periotools.com/pr/en/index.asp>>, essa ferramenta possibilita avaliar, simultaneamente, todo o espectro de fatores e indicadores de risco, quais sejam: 1 -

porcentagem de sítios com sangramento à sondagem; 2 - número de bolsas periodontais com profundidade ≥ 5 mm; 3 - número de dentes perdidos; 4 - perda de suporte periodontal em relação à idade do paciente; 5 - condições sistêmicas e genéticas; 6 - fatores ambientais, tais como o tabagismo (número de cigarros/dia). Cada parâmetro tem a sua própria escala de perfis categorizados em baixo risco, risco moderado e alto risco.

A avaliação global dos parâmetros pelo diagrama funcional delinea o perfil de risco total individualizado e determina, ainda, o diagnóstico periodontal e o planejamento do tratamento a ser instituído. Além disso, estabelece a periodicidade das consultas de reavaliação na etapa de terapia periodontal de suporte (TPS) (LANG; TONETTI, 2003; RENVERT; PERSSON, 2004; RENVERT et al., 2004; JANSSEN; NORDERYD, 2008).

O perfil do risco individual com suas três categorias confere maior precisão ao diagnóstico, ao plano de tratamento e ao prognóstico, além do que a representação gráfica desse perfil pode ser utilizada como material informativo na conscientização do paciente e na sua motivação para a mudança de hábitos, possibilitando-se, assim, a eliminação de fatores de risco passíveis de alteração: higiene bucal inadequada, fumo e controle metabólico do diabetes.

O polígono do risco periodontal tem sido aplicado em estudos populacionais, por exemplo, visando à quantificação do risco periodontal individual. Não foram, porém, localizados, na literatura disponível, estudos que tenham utilizado esse método na avaliação do risco periodontal para pacientes com necessidades especiais.

Com o objetivo de quantificar o risco periodontal, foram examinados, em Salvador-Bahia, indivíduos com saúde mental aplicando-se o citado polígono de risco de Lang e Tonetti. A amostra foi composta por 37 pacientes assistidos na disciplina de Periodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA), sendo 76% mulheres e 24% homens, na faixa etária de 17 a 80 anos. Segundo os resultados obtidos, 22 (59,45%) participantes foram categorizados como de alto risco periodontal, e o fator que mais impactou esse achado foi o número elevado de dentes perdidos. Cabe ressaltar que, nesse estudo, a baixa condição socioeconômica foi associada ao alto risco periodontal. Os autores concluíram que o baixo nível socioeconômico de 25 (67,56%) pacientes pode estar associado ao alto risco periodontal na população estudada, porém outras pesquisas a serem realizadas podem vir a confirmar a afirmativa de que a doença periodontal seja uma doença social (TAVARES et al., 2013).

Já está estabelecido na literatura que o fator etiológico primário da doença periodontal é o biofilme dentário, e o seu acúmulo induz a inflamação gengival, denotando-se, com isso, a precariedade da higiene bucal. Tal constatação justifica a criação de programas educacionais

de promoção de saúde bucal, direcionados também para os portadores de transtornos mentais e comportamentais internados ou não, e a avaliação rotineira do índice de placa em pacientes psiquiátricos assistidos em instituições públicas e privadas que utilizem diariamente antipsicóticos (JOVANOVIĆ et al., 2010; ELTAS et al., 2013; MORALES-CHÁVEZ; RUEDA-DELGADO; PEÑA-OROZCO, 2014). Existem poucas evidências de investigação comparativa para apoiar a alegação de que não há uma disparidade no atendimento odontológico entre pacientes com esquizofrenia, pessoas com outras deficiências ou a população em geral (CHU et al., 2012).

Dada a importância do tratamento especial que deve ser dispensado a portadores de transtornos mentais e comportamentais, a American Dental Association (ADA), em manual específico (1993), divulgou esclarecimentos e orientações extremamente objetivos dirigidos à classe odontológica sobre o atendimento a ser prestado, ficando claro que cada patologia requer postura profissional diferenciada e uma adequada interação da equipe multiprofissional.

6 METODOLOGIA

6.1 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi conduzido de acordo com os preceitos determinados pela Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, publicada em 12 de dezembro de 2012, e pelo Código de Ética Profissional Odontológico, segundo Resolução nº 118/2012 do Conselho Federal de Odontologia. Seu projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia e aprovado no CONEP sob o registro CAAE 08119812.0.0000.5024, de 14 de abril de 2015, Parecer Consubstanciado nº 1.023.044 (ANEXO A).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) destinou-se a fornecer informações aos participantes ou a seus responsáveis sobre o caráter não invasivo da coleta, assegurando-lhes a participação voluntária, o sigilo sobre as informações obtidas, assim como a possibilidade de desistência em qualquer momento, sem ônus para o entrevistado. Todos os voluntários ou os seus responsáveis receberam informações sobre a condição de sua saúde bucal e a necessidade de tratamento das alterações bucais.

Após explicação detalhada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos e benefícios previstos, cada voluntário recebeu um exemplar do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e, somente após a sua anuência, mediante a assinatura do termo, foi incluído na amostra. Para os pacientes psiquiátricos que constituíram o grupo teste, foi solicitada, por questões ético-legais, a assinatura do responsável e/ou acompanhante no caso de pacientes ambulatoriais, e para os assistidos em nível de internação, a enfermeira responsável pelo módulo no qual o paciente estava sendo acompanhado assinou o Termo de Assentimento, quando o acompanhante/responsável não estava presente (APÊNDICE B).

6.2 DELINEAMENTO EXPERIMENTAL DA PESQUISA

Os estudos transversais são da maior importância para a definição de políticas de vigilância em saúde, por possibilitarem diagnósticos das condições de saúde das populações investigadas, não havendo, em muitas situações, como prescindir das informações epidemiológicas obtidas a partir de dados primários (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). No caso particular da saúde bucal, os principais agravos — cárie dentária, doença periodontal, maloclusões, disfunções temporomandibulares, dentre outros — devem ser diagnosticados com propriedade, mediante a realização de inquéritos populacionais (BRASIL, 2010).

A presente pesquisa, realizada no município de Salvador, Estado da Bahia, classificada como transversal descritiva e analítica, foi desenvolvida no período de 20 meses (de janeiro de 2013 a agosto de 2014), reconhecendo-se que esse desenho experimental está contido na hierarquização dos estudos geradores de hipóteses e pode testar a presença ou a ausência de fatores de risco. Espera-se que, a partir dessa interpretação, possa vir a ter repercussão na categorização de risco para as doenças bucais, com ênfase na doença periodontal dos participantes, ressaltando-se os portadores de transtornos mentais e comportamentais, e que possa impactar nas políticas públicas de saúde bucal, voltadas não só para esses pacientes com necessidades especiais como para os indivíduos com saúde mental.

A tarefa fundamental dos inquéritos epidemiológicos é levar à compreensão das diversidades relativas às necessidades no campo da atenção odontológica, pela utilização de dados que permitam o planejamento dos serviços de saúde bucal, visando a uma maior equidade em seu oferecimento à população. Atualmente, a epidemiologia tem como eixo temático a determinação cultural, social, econômica e política da saúde, dirimindo as desigualdades em saúde (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

6.3 GRUPOS DE ESTUDO- AMOSTRA

Os procedimentos visando à avaliação das condições bucais dos componentes da amostra foram realizados em dois espaços, a depender de o participante ser do grupo teste ou do grupo controle.

Os participantes do grupo teste — 40 voluntários, 20 mulheres e 20 homens, pacientes psiquiátricos e usuários de antipsicóticos típicos ou de primeira geração do grupamento

farmacológico das butirofenonas e das fenotiazinas — foram examinados no Núcleo Docente Assistencial de Odontologia e Saúde Mental vinculado ao Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (ANEXOS B e C), que disponibilizou os dois consultórios odontológicos para a realização deste trabalho. A avaliação da saúde bucal dos participantes do grupo controle — 80 voluntários, 40 mulheres e 40 homens clinicamente saudáveis sob o ponto de vista psiquiátrico — foi realizada no ambulatório da disciplina de Periodontia na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), sendo todos eles cadastrados no Núcleo de Apoio e Gestão (NAGE) (ANEXO D). Como, na presente pesquisa, incluiu-se a avaliação da severidade e da extensão da doença periodontal dos participantes, foi condição *sine qua non* que eles não tivessem sido submetidos a tratamento periodontal prévio.

Para definir o tamanho adequado da amostra, uma população de portadores de transtornos mentais e comportamentais institucionalizados no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, usuários de medicamentos antipsicóticos típicos ou de primeira geração, composta por 10 voluntários, foi avaliada a partir do exame intraoral. Porém, por se tratar de uma investigação com pacientes psiquiátricos, que, em algumas situações, não colaboram para a realização desse tipo de exame, optou-se, ao determinar-se o tamanho da amostra, pela amostra de conveniência, baseando-se no número de indivíduos que preenchiam os requisitos necessários para participar, respeitando-se os critérios de exclusão e de inclusão estabelecidos.

Foram os seguintes os critérios de inclusão comuns aos dois grupos analisados: idade maior ou igual a 18 anos, presença de no mínimo seis dentes, ter aceitado participar e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Por outro lado, foram excluídos indivíduos que requereram o uso de profilaxia antibiótica prévia ao exame periodontal, portadores de doenças sistêmicas, indivíduos que utilizaram antibióticos e anti-inflamatórios (esteroidais ou não) nos seis meses anteriores, gestantes e voluntários que tivessem sido submetidos a tratamento periodontal prévio.

Para os componentes do grupo teste foram considerados ainda como critérios de inclusão :estar sendo assistido no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, independente do modelo assistencial, ser usuário de antipsicótico típico, o pai/responsável ter assinado o Termo de Assentimento (APÊNDICE B), no caso dos pacientes assistidos em ambulatório e para os internados o aceite era da enfermeira –chefe

6.4 COLETA DE DADOS: PROTOCOLO

A coleta dos dados foi processada em quatro etapas com a utilização de uma ficha clínica desenvolvida especialmente para esta pesquisa, composta por quatro instrumentos: instrumento para coleta de dados demográficos, instrumento para coleta de dados psiquiátricos, instrumento para coleta de dados estomatognáticos e instrumento para coleta de dados periodontais (APÊNDICE C).

6.4.1 Instrumento para coleta de dados demográficos

A primeira etapa da coleta dos dados consistiu na aplicação de um questionário desenvolvido especialmente para esta investigação que contemplou dados demográficos e socioeconômicos: gênero, faixa etária (idade de 18 a 34 anos e igual ou superior a 35 anos), grupo étnico (branco/pardo e negro), grau de escolaridade (registro por anos de estudo: até nove anos; mais de nove anos), renda mensal individual (registro: até um salário mínimo; mais de um salário mínimo, tomando-se o ano de 2013 como referência, isto é, R\$ 678,00-seiscentos e setenta e oito reais).

6.4.2 Instrumento para coleta de dados psiquiátricos

Na etapa da coleta dos dados psiquiátricos, o foco foi a identificação dos transtornos mentais e comportamentais dos participantes do grupo teste na *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (OMS-CID-10), obtida nos prontuários médicos cadastrados no Serviço de Arquivamento Médico Estatístico do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira (SAME-HPJM) que utiliza a categorização da OMS (1996) e registra as medicações prescritas pelo médico responsável. Foi também anotada a avaliação das alterações orofaciais de movimento e do paladar, que podem estar associadas aos efeitos colaterais dos psicofármacos usados diariamente por esses pacientes, conforme protocolo sugerido por Wang, Minatogawa e Tavares Jr. (2006). Como a hipotensão é um dos efeitos adversos dos antipsicóticos típicos aplicados no tratamento psiquiátrico das patologias em tela, foi aferida a pressão arterial de todos os participantes com efeito comparativo com os indivíduos física e mentalmente saudáveis, utilizando-se tensiômetro da marca Wan Ross (indústria

brasileira) e estetoscópio da marca Bic (indústria brasileira) com a finalidade de garantir a segurança do paciente durante o exame odontológico.

6.4.3 Instrumento para coleta de dados estomatognáticos

Nessa etapa da coleta, foram registrados os dados referentes às condições do sistema estomatognático dos participantes, iniciando-se pela anamnese, tendo sido avaliados os seguintes tópicos: articulação temporomandibular (ATM) a partir da utilização do índice anamnésico de Fonseca (IAF) e alterações orofaciais de movimento; no exame clínico odontológico incluíram-se: exame dos tecidos moles bucais, exame dos dentes pelo índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) e avaliação do paladar; para o exame do periodonto utilizou-se: o índice de sangramento gengival à sondagem, o índice de placa visível, o diagnóstico periodontal (a partir do registro dos parâmetros clínicos) e o risco periodontal individual, a partir do polígono de risco de Lang e Tonetti (2003).

6.4.3.1 Anamnese

A ficha clínica foi adaptada com base no instrumento recomendado para estudos epidemiológicos pela Organização Mundial da Saúde na publicação *Oral health surveys: basic methods* (WHO, 1997). Os dados essenciais à caracterização da amostra foram registrados individualmente, a partir de entrevistas com os voluntários selecionados ou com os responsáveis por cada um deles, contendo: nome, idade e gênero. Considerou-se a raça/cor autodeclarada pelo participante, obedecendo-se às categorias da classificação utilizada no *Questionário básico* para o Censo Demográfico 2000 (IBGE, 1999): branca, preta, amarela, parda, indígena. Para coletar informações sobre a existência de doenças crônicas e uso contínuo de medicamentos, foi elaborado um questionário, igualmente aplicado aos pacientes selecionados para compor a amostra definitiva ou a seus responsáveis (APÊNDICE C).

6.4.3.2 Articulação temporomandibular (ATM)

Como um dos componentes do sistema estomatognático, a ATM também foi avaliada, tendo-se aplicado o índice anamnésico de Fonseca (IAF) (1994), que estabelece o grau de acometimento das disfunções temporomandibulares (DTM) assim categorizadas: (i) sem DTM - índice de 0 a 15; (ii) DTM leve - índice de 20 a 40; (iii) DTM moderada - índice de 45 a 65;

e (iv) DTM severa - índice de 70 a 100. Quando ocorrem alterações nas estruturas que compõem a ATM (ossos, músculos e disco articular) ou mesmo durante o processo de envelhecimento, podem aparecer sintomas que caracterizam a disfunção temporomandibular: geralmente relato de dor na região orofacial, sem envolvimento das unidades dentárias, e movimentação limitada da mandíbula; em algumas situações, podem ser referidos sons (estalos, crepitações), limitação na abertura da boca e travamento articular temporário. Hodiernamente, é utilizada a sigla DTM para essas desordens na ATM que, conforme a *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (OMS-CID-10-1996), compõem um grupo diferente das desordens musculoesqueléticas e reumatológicas, sendo classificadas como K07.6 - Transtornos da articulação temporomandibular, tendo uma etiopatogenia multifatorial que envolve fatores psicológicos, oclusais, anatômicos e neuromusculares.

O IAF foi escolhido por ser uma ferramenta adequada para o estudo de perfis populacionais para sintomas de DTM e para triar pacientes potenciais, visando à posterior aplicação de índices mais apurados de diagnóstico de DTM — os *Critérios Diagnósticos de Pesquisa em Disfunções Temporomandibulares*, em inglês *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RCD/TMD) —, que, além de ser sucinto, pode ser aplicado por contato telefônico ou autoaplicado. A ficha de avaliação de DTM (ANEXO E) é composta de 10 itens, com três possibilidades de respostas (sim, às vezes e não), às quais são atribuídos, respectivamente, os valores numéricos 10, 5 e 0. O resultado da soma das respostas dadas pelo paciente às questões permite classificá-lo quanto à severidade dos sinais e sintomas relacionados com a DTM, sendo atribuída avaliação conforme o total atingido: (i) 0 a 15 - sem DTM; (ii) 20 a 40 - DTM leve; (iii) 45 a 65 - DTM moderada; e (iv) 70 a 100 - DTM severa. A versão do IAF entregue ao paciente para ser respondida não continha dados relativos a valores de resposta ou do gabarito classificatório do resultado.

6.4.3.3 Alterações orofaciais de movimento

Justifica-se, neste estudo, a avaliação de alterações orofaciais de movimento por serem os participantes do grupo teste usuários de psicofármacos que induzem efeitos extrapiramidais que podem afetar essa região do sistema estomatognático (WANG, MINATOGAWA; TAVARES JR., 2006). A avaliação motora dos nervos faciais superior e inferior foi efetivada pelo protocolo sugerido por Alexander e Brown (1976), que analisa a resposta muscular do paciente, após solicitações verbais específicas do examinador, como indicado no Quadro 8.

Nervo facial superior		
Levantar as sobrancelhas	1 - SIM ()	2 - NÃO ()
Enrugar a testa	1 - SIM ()	2 - NÃO ()
Fechar e abrir os olhos	1 - SIM ()	2 - NÃO ()
Franzir as sobrancelhas	1 - SIM ()	2 - NÃO ()
Nervo facial inferior		
Sorrir e mostrar os dentes	1 - SIM ()	2 - NÃO ()
Enrugar os lábios (assobiar)	1 - SIM ()	2 - NÃO ()

Quadro 8 - Avaliação motora dos nervos faciais

Fonte: Adaptado de Alexander e Brown (1976, p.40).

6.4.3.4 Exame clínico odontológico

Os participantes foram observados por um único examinador cirurgião-dentista, e os dados foram anotados por auxiliares previamente treinados — estudantes do curso de graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências (FBDC) e bolsistas de Iniciação Científica da UFBA — na ficha clínica de exame bucal com base no modelo aplicado no Projeto SBBrasil de 2010 (APÊNDICE C), estando o paciente sentado em cadeira odontológica sob luz artificial, com o auxílio de espelho bucal plano, sonda para exame periodontal de Williams (modelo XP 23/UNC15), sonda exploradora, gaze e espátula de madeira (BRASIL, 2011).

6.4.3.4.1 Exame dos tecidos moles bucais

Com o auxílio de espátula de madeira, foram examinados pelo pesquisador: orofaringe, mucosa jugal, fôrnices do vestíbulo, gengiva e língua e anotados seus resultados a partir de codificação e condições explicitadas no Quadro 9.

Codificação	Condição dos tecidos moles bucais
1	Ausência de lesão de tecido mole
2	Presença de lesão de tecido mole

Quadro 9 - Condição dos tecidos moles bucais

Fonte: Adaptado de Amaral, Tenório e Dantas (2006).

6.4.3.4.2 Exame dos dentes

O reconhecimento de que os distúrbios orais podem ter um impacto significativo na vida física, social e psicológica levou ao desenvolvimento de uma série de instrumentos que visam a medir resultados de alterações dentárias em termos de sua repercussão na qualidade de vida dos indivíduos pesquisados. A literatura refere vários índices para mensurar, atribuir e padronizar valores que permitam comparações e análises da saúde bucal em levantamentos epidemiológicos em populações humanas. Para mensurar a prevalência de cárie, utiliza-se comumente o índice de dentes cariados, perdidos e obturados - dentição permanente (CPO-D), que é universalmente aceito e preenche os requisitos necessários de confiabilidade e de facilidade de aplicação. Foi escolhido para o presente estudo por ser o índice preconizado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997), tendo-se inferido o CPO-D médio (dentição permanente) que expressa a soma dos dentes cariados, perdidos e obturados (BRASIL, 2009). Para atender aos critérios selecionados, a codificação desses índices foi adaptada com base no Projeto SBBrazil 2010 (BRASIL, 2011).

Codificação	Condição dental
0	Hígido
1	Cariado
2	Restaurado mas com cárie
3	Restaurado mas sem cárie
4	Coroa sem cárie
5	Coroa com cárie ou infiltração
6	Resto radicular
7	Apoio de ponte ou coroa
8	Desgaste dental
9	Excluído

Quadro 10 – Códigos e critérios para o diagnóstico da carie dentária.
Fonte: Brasil (2010), pag.75.

Os dentes foram examinados sistematicamente, iniciando-se pelo segundo molar até o incisivo central do hemiarco superior direito, passando-se, em seguida, para o hemiarco superior esquerdo, para o hemiarco inferior esquerdo, finalizando-se no hemiarco inferior direito, após secagem das superfícies dentárias. O CPO-D foi categorizado em baixo (<9) e

moderado/alto (≥ 9), através do cálculo da mediana (medida de tendência central que divide a amostra em duas partes iguais).

Um dente é diagnosticado como hígido quando não evidenciar tratamento restaurador ou cárie não tratada; cariado, quando houver cavidade/perda da integridade do esmalte com paredes de consistência amolecida ou destruição coronária total ou parcial relacionada com a evolução do processo carioso; restaurado, quando for verificada pelo menos uma face dentária com restauração; e ainda como: com coroa sem cárie; com coroa com cárie ou infiltração; resto radicular; apoio de ponte ou coroa; desgaste dental; e excluído/perdido, nos casos em que o dente foi extraído em decorrência da doença cárie, da doença periodontal ou de traumas. Atualmente, além do índice CPO-D, vêm sendo indicados, na literatura especializada, outros índices para o diagnóstico e tratamento da cárie dentária tais como: o *International caries detection and assessment system* (ICDAS) e o *Caries assessment spectrum and treatment* (CAST).

A situação epidemiológica da saúde bucal no Brasil encontra-se numa posição aflitiva em decorrência da deficiente prestação de serviços odontológicos, aliada a uma prática odontológica iatrogênico-mutiladora que vem contribuindo para o crescente número de edêntulos. Justifica-se o registro da causa das perdas dentárias no contexto desta investigação, porque futuramente poderá embasar mudanças no paradigma assistencial odontológico para essa população em especial, conforme sugestão de Junqueira e outros (2012). Tendo em vista que, no grupo teste, foram incluídos portadores de transtornos mentais e comportamentais, usuários de antipsicóticos típicos ou de primeira geração que apresentam efeitos colaterais como a hipotensão, incluiu-se a queda entre as causas das perdas dentárias. Apesar de a agressão a pacientes psiquiátricos, dentro ou fora dos limites geográficos institucionais, não ser o foco da presente análise, essa causa também foi elencada. É o que mostra o Quadro 11.

Codificação	Causa de perda dentária
0	--
1	Cárie
2	Doença periodontal
3	Trauma (queda ou agressão)

Quadro 11 - Causas de perda dentária

Fonte: Brasil (2010).

6.4.3.4.3 Avaliação do paladar

A inervação motora dos músculos da mastigação e da expressão facial é transmitida pelo nervo facial que integra, com o homólogo contralateral, o sétimo par de nervos cranianos. Ele é constituído por uma raiz motora (nervo facial propriamente dito) e uma raiz sensitiva (nervo intermediário). Esse nervo controla os músculos da expressão facial e a sensação gustativa nos dois terços anteriores da língua. Essa inervação pode estar comprometida nos usuários de psicofármacos, particularmente em uso de antipsicóticos típicos, representados pelos antagonistas do receptor de dopamina D₂, dos grupamentos farmacológicos das fenotiazinas e das butirofenonas. Sua avaliação quimiossensorial foi realizada nos lados direito e esquerdo dos dois terços anteriores da língua dos pacientes da amostra, objetivando-se a distinção dos sabores doce, azedo, amargo e salgado, com a oferta de pedaços de alimentos específicos pelo pesquisador. A reação gustativa dos participantes foi observada, e anotados seus resultados, conforme protocolo sugerido por Alexander e Brown (1976), como está demonstrado no Quadro 12.

Codificação	Condição registrada	Decodificação
0	Paladar normal 1-SIM () 2-NÃO ()	Paladar sem alteração
1	Hipogeusia 1-SIM () 2-NÃO ()	Paladar diminuído
2	Disgeusia 1-SIM () 2-NÃO ()	Distorção do paladar
3	Ageusia 1-SIM () 2-NÃO ()	Perda ou ausência do paladar

Quadro 12 - Paladar normal e alterações do paladar

Fonte: Alexander e Brown (1976, p.40).

6.4.4 Instrumento para coleta de dados sobre a condição periodontal

6.4.4.1 Exame do periodonto

Apesar de serem referenciados na literatura vários índices para mensurar, atribuir e padronizar valores que permitam comparações e análises da saúde bucal nos levantamentos epidemiológicos em populações humanas para a avaliação do periodonto, optou-se, no presente

estudo, pela utilização do índice de sangramento gengival à sondagem (SS) e do índice de placa visível (IP). Foram registrados os dados referentes à condição periodontal dos participantes, com base no exame periodontal, utilizando-se os seguintes parâmetros clínicos: profundidade de sondagem, nível de inserção clínica e margem gengival. Incluiu-se a análise do risco periodontal, de modo a viabilizar a categorização dos participantes, segundo os critérios sugeridos por Lang e Tonetti (2003).

Os parâmetros clínicos de diagnóstico das doenças periodontais foram avaliados em todos os dentes, exceto os terceiros molares, computando-se seis sítios por dente, e os dados coletados foram registrados em periodontogramas. O nível clínico de inserção foi calculado a partir da soma dos valores da distância da junção cimento-esmalte (JCE) à margem gengival (MG) e da profundidade de sondagem (SPOLSKY; GORNBEIN, 1996; WILSON JR; MAGNUSSON, 1996). O exame clínico periodontal foi realizado com o auxílio de um espelho bucal plano e uma sonda periodontal manual tipo Williams, modelo XP 23/UNC15, da marca Hu-Friedy, EUA (ARMITAGE, 2004).

A calibração do examinador observou a metodologia utilizada no Projeto Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000 (BRASIL, 2011), que teve como base teórica a proposta da Organização Mundial da Saúde descrita na publicação *Calibração de examinadores para levantamentos epidemiológicos em saúde bucal* (WHO, 1997). Para o exame periodontal, o examinador foi calibrado de acordo com o que prescrevem Cury e colaboradores (2003).

O formulário a servir de base para a realização da entrevista com os voluntários foi submetido a um pré-teste, com 10 pessoas não participantes da amostra, com o objetivo de aprimorá-lo, de modo a permitir, com maior exatidão, avaliar a presença de fatores de risco que pudessem estar correlacionados com a presença de alterações nos tecidos periodontais (MARCONI; LAKATOS, 2002).

Os questionários foram aplicados por três alunos do 9º semestre do Curso de Odontologia da UFBA, que participaram da obtenção do consentimento dos voluntários e do preenchimento das fichas clínicas para o registro dos dados. A avaliação da condição bucal, incluindo-se o exame periodontal dos participantes, foi executada por um único examinador previamente calibrado. Para determinar a reprodutibilidade dos critérios aplicados pelo examinador ao longo dos procedimentos a serem executados, 10 voluntários que não faziam parte da amostra foram reexaminados duas vezes em um intervalo de 30 minutos após o primeiro exame periodontal. Para calcular o grau de concordância intraexaminador (o quanto o examinador concorda com si próprio), foi utilizado o teste de correlação intraclasse sugerido

por Spearman, citado por Spolsky e Gornbein (1996), tendo-se observado que a melhor concordância aconteceu no terceiro sextante (95,83%) e que deixou de haver concordância apenas no segundo sextante (Tabela 1). Obteve-se o grau de confiabilidade intraexaminador dos índices dentais repetindo-se a utilização dos parâmetros para avaliação clínica dos tecidos periodontais em todas as faces das unidades dentárias presentes. Cabe ressaltar que, nesse período, esses indivíduos não deveriam receber qualquer tratamento odontológico.

Tabela 1 - Grau de concordância intraexaminador mediante aplicação do teste de correlação intraclassa, Salvador-BA, 2015

1º exame 2º exame	1º sext.	2º sext.	3º sext.	4º sext.	5º sext.	6º sext.
1º sext.	81,65% p=0,0039 n=10					
2º sext.		52,17% p=0,1497 n= 9				
3º sext.			95,83% p=0,00 n=10			
4º sext.				87,29% p=0,0010 n=10		
5º sext.					71,89% p=0,0191 n=10	
6º sext.						91,70% p=0,0005 n=9

Fonte: Dados fornecidos pelo Prof. Carlos Maurício Cardeal Mendes.

Os exames foram realizados em cadeiras odontológicas com uso de refletor, espelho clínico plano e sonda periodontal milimetrada tipo Williams, modelo XP 23/UNC15, da marca Hu-Friedy, EUA. Cabe ressaltar que todas as sondas manuseadas foram aferidas antes de sua utilização e do processo de esterilização, e seus pesos individuais registrados, tendo sido de 17,54 g o peso médio obtido. Ao final da coleta dos dados, os instrumentos foram submetidos a uma segunda aferição, e o peso registrado manteve-se inalterado, confirmando-se, assim, a confiabilidade dessas sondas para a determinação dos parâmetros clínicos de diagnóstico periodontal. As pesagens desses instrumentos foram realizadas no Laboratório de Imunologia do Instituto de Ciências da Saúde da UFBA, em balança analítica, marca Mettler, modelo PC-400, fabricada por Greifensee em Zurique-Suíça.

6.4.4.1.1 Índice de sangramento gengival à sondagem (SS)

A gengiva foi avaliada clinicamente quanto à presença de lesões, conforme protocolo sugerido por Newbrun (1996). O índice de sangramento gengival à sondagem (SS) foi registrado em seis sítios por dente, segundo metodologia sugerida por Ainamo e Bay (1975). Esse índice corresponde à investigação de sangramento com base na dicotomia sangra/não sangra à sondagem após 10 segundos da mensuração, considerando-se que a pressão de sondagem deve ser suave, em torno, portanto, de 0,20 N a 0,25 N, com instrumento sem ponta afiada (OMS, 1996). Para o presente trabalho, a categorização do SS foi embasada em um dos critérios de avaliação do risco individual à periodontite, preconizado por Lang e Tonetti (2003), que, a partir da criação do polígono de risco, permitiu a análise de seis grupos de fatores de risco simultaneamente, entre eles a porcentagem de sítios com sangramento à sondagem e sua relação com o risco. Assim sendo, estabeleceram-se três categorias, quais sejam: 1 - menor do que 10% (baixo risco); 2 - de 10% a 25% (médio risco); 3 - maior do que 25% (alto risco).

6.4.4.1.2 Índice de placa visível (IP)

O índice de placa visível foi avaliado em seis sítios/dente utilizando-se contagem dicotômica (0 - sem placa; 1 - com placa) e correlacionando-se esse registro com a qualidade da higiene bucal, tendo sido considerada: boa ($\leq 40\%$ dos sítios com placa) e deficiente ($> 40\%$), segundo uma adaptação da metodologia sugerida por Silness e Loe (1964).

6.4.4.1.3 Diagnóstico periodontal

Após o exame periodontal, que constou da avaliação dos parâmetros clínicos profundidade de sondagem, nível de inserção clínica e distância desde o limite amelocementário até a margem gengival (JCE-MG), os dados foram devidamente registrados em periodontogramas. A partir da avaliação dessas informações, realizou-se a classificação da doença periodontal, de acordo com os critérios clínicos estabelecidos por ARMITAGE (1999) e referendados pela Academia Americana de Periodontia, quanto à extensão, conforme o percentual de sítios afetados: periodontite localizada ($< 30\%$ dos sítios estão afetados); periodontite generalizada ($> 30\%$ dos sítios estão afetados); e quanto à severidade, com base na quantidade da perda de inserção clínica: periodontite leve (1 a 2 mm de perda de inserção

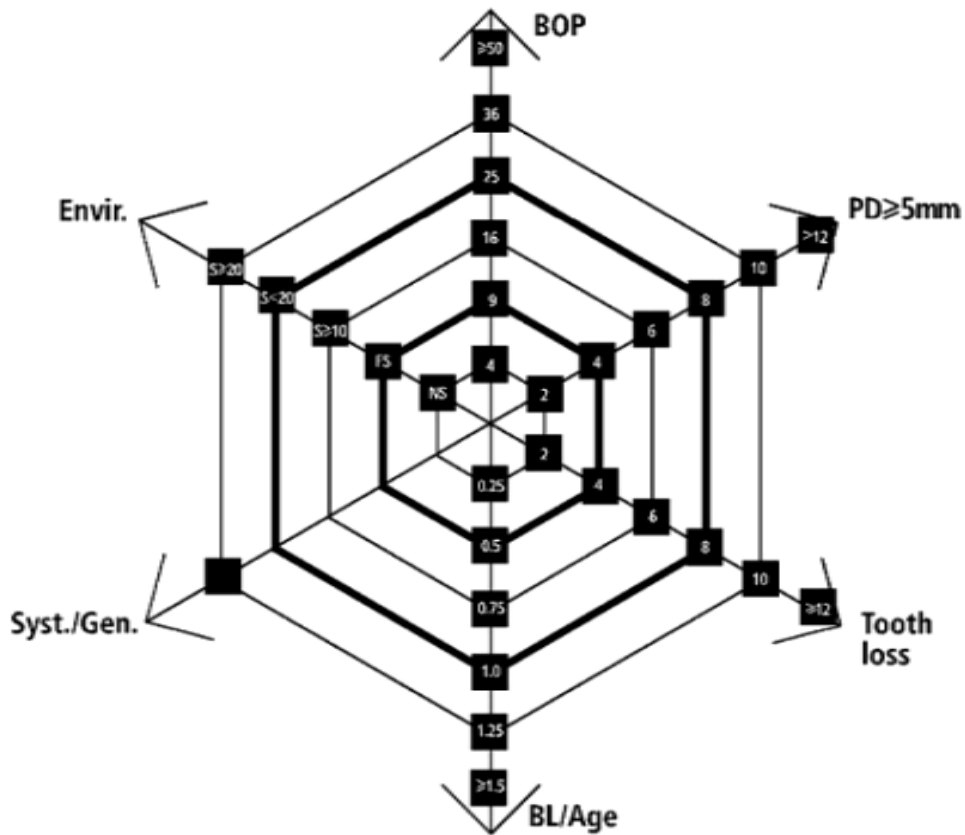
clínica); periodontite moderada (3 a 4 mm de perda de inserção clínica); periodontite severa (valores iguais ou superiores a 5 mm de perda de inserção clínica). Optou-se pela mensuração desses parâmetros clínicos, apesar de a literatura especializada citar outros critérios clínicos que determinam o diagnóstico das doenças periodontais (GOMES FILHO et al., 2006; PAGE e EKE,2007; EKE et al.,2012).

6.4.4.1.4 Risco periodontal

Para a categorização dos participantes conforme o risco periodontal, utilizou-se o diagrama funcional em consonância com o protocolo sugerido por Lang e Tonetti (2003), que estabelece que esse instrumento pode ser aplicado para a quantificação do risco periodontal na primeira consulta e também na fase da terapia periodontal de suporte (TPS). O espectro dos fatores e indicadores de risco pode ser avaliado simultaneamente a partir dos seguintes critérios: (i) porcentagem de sítios com sangramento à sondagem; (ii) número de bolsas periodontais com profundidade ≥ 5 mm; (iii) número de dentes perdidos; (iv) perda de suporte periodontal em relação à idade do paciente; (v) condições sistêmicas e genéticas; (vi) fatores ambientais, tais como o tabagismo (número de cigarros/dia). Cabe ressaltar que o fato de o indivíduo relatar o hábito de fumar mais de 20 cigarros/dia o enquadra no grupo de alto risco para o aparecimento e a progressão da doença periodontal, justificando-se, assim, a sua exclusão da amostra deste trabalho, conforme protocolo sugerido por Johnson e Guthmiller (2007) e Millar e Locker (2007).

Cada parâmetro tem a sua própria escala de perfis categorizados como (i) baixo risco, (ii) risco moderado e (iii) alto risco. A avaliação global dos parâmetros com a utilização do diagrama funcional fornece o perfil de risco total individualizado e determina a frequência e a complexidade dos procedimentos periodontais a serem realizados nas consultas do tratamento periodontal de suporte.

Segue-se o modelo do polígono de risco sugerido por Lang e Tonetti (2003), com as variáveis a serem analisadas:



- **BOP**= Porcentagem de sítios com sangramento à sondagem
- **PD ≥ 5mm** = Número de bolsas residuais
- **Tooth loss** = Número de dentes perdidos
- **BL/Age** = Perda óssea alveolar em relação à idade
- **Syst. /Gen.** = Aspectos sistêmicos e genéticos
- **Envir.** = Tabagismo

Figura 1 - Polígono de risco para avaliação do risco periodontal
 Fonte: Lang e Tonetti (2003, p.10)

www.perio-tools.com/pra/en/index.asp

Departamento de Periodontia
Avaliação do Risco Periodontal

u^D
UNIVERSITÄT
BERN

Paciente Sobrenome Nome Data

%SS = 2%

PS_≥5mm

Perda dentária

POA/Idade = 2.08333

Superfície do Polígono: 9.52627

Risco Periodontal: **Medio**

Intervalo de Manutenção sugerido: 6 Meses

Idade

Número de dentes e implantes (1 - 32)

Número de sítios por dente/ implante

Número de sítios positivos para SS de 186

Número de sítios com PS_≥5mm

Número de dentes ausentes

% Perda óssea alveolar (POA) (estimada em % ou 10% por mm) %

Sist./Gen.

Ambient.

O polígono de risco, disponibilizado no *site* <<http://www.periotools.com/pra/en/index.asp>>, possibilita a avaliação simultânea dos seis fatores acima indicados e a categorização do risco periodontal como: (i) baixo risco (verde), quando tem todos os parâmetros avaliados dentro das categorias de baixo risco ou, no máximo, um parâmetro nas categorias de risco moderado; (ii) risco moderado (amarelo), quando tem pelo menos dois parâmetros na categoria de risco moderado mas, no máximo, um parâmetro na categoria de alto risco; (iii) alto risco (vermelho) quando tem pelo menos dois parâmetros na categoria de alto risco, como consta do Quadro 13, que conjuga os fatores e a categorização de risco periodontal e apresenta os valores que lhe são atribuídos.

Risco periodontal	Baixo	Moderado	Alto	Ausente
Critério de avaliação				
Porcentagem de sítios com sangramento à sondagem	≤ 9%	10% - 25%	> 25%	--
Nº de bolsas residuais com profundidade ≥ 5mm	≤ 4	5 - 8	> 8	--
Nº de dentes perdidos*	≤ 4	5 - 9	> 9	--
% Destruição óssea em relação à idade**	≤ 0,5	0,5 - 1,0	> 1,0	--
Fumo (nº de cigarros/dia)	Não fumante, ex-fumante (até 5 anos sem fumar) <10 cigarros/dia	Fumante de 10 a 19 cigarros/dia	Fumante de 20 ou mais cigarros/dia	--
Sistêmicos/genéticos	--	--	Se possuir	Se não possuir

Quadro 13 - Risco periodontal e critérios de avaliação

Fonte: Adaptado de Lang e Tonetti (2003, p.14).

Notas: * A causa da perda dental deve ser avaliada.

** Estimativa em % ou 10% por mm.

6.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram incluídos todos os 120 prontuários oriundos dos 40 portadores de transtornos mentais e comportamentais (grupo teste) e dos 80 registros dos dados dos participantes do grupo controle (sem histórico de doença mental). Os dados referentes à ficha clínica odontológica foram tabulados no programa Epidata 3.1 e transferidos para o programa Excel versão 2010, para posterior análise exploratória, realizada por meio de um programa estatístico, o Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) versão 13.0.

Para a etapa descritiva, foram calculadas as frequências absolutas e relativas, e as medidas de tendência central e dispersão apresentadas por meio de tabelas. Para a análise exploratória, foi realizado o teste de associação Qui-quadrado de Pearson, visando a verificar as diferenças entre os dois grupos estudados. Para as análises, foi considerado um nível de confiança de 95% e um valor de $p < 0,05$. A razão de chances (em inglês *odds ratio*) e o intervalo de confiança foram calculados considerando-se como significativos valores de $p \leq 0,05$.

Para as inferências estatísticas, quando as variáveis apresentavam dependência, ou seja, quando se comparavam momentos diferentes do mesmo grupo (grupo teste), optou-se pelo teste de Mann-Whitney para as variáveis independentes, como nos casos dos padrões de normalidade obtidos do grupo controle, assintomático, ou nas comparações entre o grupo teste e o grupo controle. A decisão pelos testes não paramétricos deveu-se ao reduzido tamanho amostral.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Constituíram a amostra do presente estudo realizado *in vivo*, do tipo transversal, de caráter descritivo e exploratório, 120 voluntários, assim distribuídos: no grupo teste, reuniram-se 40 portadores de transtornos mentais e comportamentais, usuários de antipsicóticos típicos/de primeira geração, sendo 20 homens e 20 mulheres, com idades de entre 18 e 64 anos, assistidos no Núcleo Docente Assistencial de Odontologia e Saúde Mental vinculado ao Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia; o grupo controle foi composto por 80 indivíduos mentalmente saudáveis, 40 do gênero masculino e 40 do gênero feminino, devidamente matriculados como pacientes na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, com idades entre 18 e 76 anos.

Segundo os registros nos prontuários médicos dos 40 pacientes do grupo teste — 13 deles hospitalizados e 27 tratados em regime ambulatorial — obtidos no Serviço de Arquivamento Médico Estatístico do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, 63,3% (31) eram portadores de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes; 24,5% (24), de transtornos do humor (afetivos); 8,1% (4) pacientes com retardo mental e 4,1% (2) com transtorno delirante orgânico do tipo esquizofrênico, como figura no Quadro 14, em que se inclui a codificação da OMS (1996) para cada um desses transtornos. Cabe ressaltar que em alguns prontuários médicos, havia o registro de mais de uma doença mental em um mesmo paciente, justificando assim 61 ocorrências em 40 indivíduos portadores de transtornos mentais e comportamentais.

Codificação	Classificação	Grupo teste	
		Nº	%
CID F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	31	63,3
CID F30-F39	Transtornos do humor (afetivos)	24	24,5
CID F70-79	Retardo mental	4	8,1
CID F.06.2	Transtorno delirante orgânico do tipo esquizofrênico	2	4,1

Quadro 14 - Transtornos mentais e comportamentais dos pacientes do grupo teste

Fonte: Elaboração da autora.

A caracterização da amostra analisada neste estudo considerou as variáveis sociodemográficas: gênero, faixa etária, grupo étnico, grau de escolaridade e renda mensal individual, explicitadas na Tabela 2. O gênero dos participantes de ambos os grupos foi equitativamente distribuído: 50% homens e 50% mulheres. Quanto ao grupo étnico, no grupo teste, 50% (20) eram brancos/pardos e 50% (20) eram negros, porém, no grupo controle, os

brancos e pardos estavam em maior número (58,8%/47) do que os negros (40%/32) e um dos participantes deixou de declarar o seu grupo étnico. Tanto no grupo teste como no grupo controle, a maioria dos participantes tinha idade superior ou igual a 35 anos (77,5%/31 e 72,5%/58, respectivamente), com renda mensal igual a ou menor do que um salário mínimo vigente em 2013, no Estado da Bahia (80%/32 e 57,1%/44, respectivamente). O grau de escolaridade dos participantes do grupo teste evidenciou um maior percentual de indivíduos que não tinham nove anos de estudo: 75% (30); todavia, no grupo controle, a maior parte dos componentes informou ter escolaridade igual a ou acima de 9 anos: 83,7% (67). A partir dessas constatações pode-se inferir que, provavelmente, para os portadores de transtornos mentais e comportamentais usuários de psicofármacos, o acesso à escola teria se restringido ao ensino básico pelas próprias limitações que as patologias mentais impõem, como também pelos efeitos extrapiramidais dos antipsicóticos típicos utilizados no tratamento psiquiátrico, que podem comprometer a coordenação motora, essencial para a efetivação do aprendizado.

Tabela 2 - Valores absolutos e relativos da amostra segundo as variáveis sociodemográficas Salvador-BA, 2015

Variável \ Grupo	Grupo teste		Grupo controle		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gênero						
Masculino	20	50	40	50	60	50
Feminino	20	50	40	50	60	50
Faixa etária						
18-34 anos	9	22,5	22	27,5	31	25,8
≥ 35 anos	31	77,5	58	72,5	89	74,2
Grupo étnico						
Branco/Pardo	20	50	47	58,8	67	55,8
Negro	20	50	32	40	52	43,3
Não declarado	-	-	1	1,2	1	0,9
Escolaridade						
≥ 9 anos	10	25	67	83,7	77	64,2
< 9 anos	30	75	13	16,3	43	35,8
Renda mensal						
≤ SM	32	80	44	55	76	63,3
> SM	8	20	33	41,2	41	34,2
Ausente	-	-	3	3,8	3	2,5

Legenda: SM=Salário Mínimo; Escolaridade=anos de estudo; Renda mensal =individual

Fonte: Elaboração da autora.

O fato de a maior concentração de pacientes psiquiátricos examinados advir do setor ambulatorial reflete a mudança no paradigma assistencial implantado no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, o que coloca essa instituição em consonância com os princípios básicos da reforma da assistência à saúde mental, que busca resgatar a cidadania dos portadores de distúrbios mentais e comportamentais, mediante modelos assistenciais substitutivos, tais como hospitais dia, centros de reintegração psicossocial e lares abrigados/residências terapêuticas, já implementados em diversos países (JAMELLI et al., 2010; SACHETTO et al., 2013; MORALES-CHÁVEZ; RUEDA-DELGADO; PEÑA-OROZCO, 2014). Esses modelos assistenciais alternativos reduzem significativamente o número de internações, sendo considerados como casos especiais aqueles que dela necessitam face ao risco de agressão ou evasão. O confinamento próprio do modelo manicomial, associado à severidade da doença mental, ainda que as crises sejam episódicas, inviabiliza a visita desse tipo de paciente aos consultórios odontológicos da própria instituição hospitalar. No presente estudo, a repercussão do modelo assistencial psiquiátrico não foi objeto de análise, mas, a partir dos resultados obtidos, pode-se afirmar que os pacientes psiquiátricos internados (13) têm pior condição de saúde bucal do que os assistidos em nível ambulatorial (27) e, de modo geral, os portadores de transtornos mentais e comportamentais têm a saúde bucal mais comprometida do que indivíduos mentalmente saudáveis, achados que estão de acordo com as constatações de Kumar, Chandu e Shafiulla (2006), Kisely e outros (2011), Morales-Chávez, Rueda-Delgado e Peña-Orozco (2014).

Tanto os dados dos pacientes portadores de transtornos mentais e comportamentais quanto os dos indivíduos mentalmente saudáveis foram coletados em um único exame odontológico, desenvolvido num espaço de tempo de seis meses. Os achados clínicos foram devidamente registrados nas respectivas fichas (APÊNDICE C) e encontram-se agrupados em 26 tabelas (TABELAS 2 a 28) e dois quadros (QUADROS 14 e 15). Como um dos critérios de inclusão na amostra deste estudo foi ser paciente psiquiátrico assistido em um hospital público que dispusesse de um setor odontológico, a única instituição que preencheu esse requisito foi o Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, vinculado à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Todos os pacientes em sofrimento psíquico examinados eram usuários de antipsicótico típico dos grupos farmacológicos das butirofenonas e/ou das fenotiazinas, que são distribuídos gratuitamente nessa instituição, cabendo, assim, a descrição do número de pacientes de acordo com o psicofármaco em uso (QUADRO 15), para melhor compreensão dos efeitos adversos na motricidade, fundamental para a realização da higiene bucal; no sistema estomatognático, com a redução do fluxo salivar comprometendo a homeostasia da cavidade bucal; e na função

quimiossensorial do paladar, isto é, na percepção do gosto salgado, doce, amargo e azedo pela língua, que desempenha um papel importante na fisiologia humana e na qualidade de vida.

Fenotiazina	Nome comercial	Gênero masculino	Gênero feminino
Cloridrato de clorpromazina	Amplictil (via oral)	3	7
Cloridrato de clorpromazina	Amplictil (injetável)	1	-
Enantato de flufenazina	FlufenanDepot	-	1
Cloridrato de trifluoperazina	Stelazine	3	-
Butirofenona	Nome comercial	Gênero masculino	Gênero feminino
Haloperidol	Haldol (via oral)	13	11
Haloperidol Decanoato	Haldol Depot (injetável)	-	1

Quadro 15 - Fenotiazinas e butirofenonas, nomes comerciais e usuários por gênero

Fonte: Elaboração da autora.

O cloridrato de clorpromazina (via oral) e o haloperidol (via oral) foram os antipsicóticos típicos mais prescritos pelos psiquiatras para os participantes do grupo teste desta pesquisa, fato que se deve ao grande número de esquizofrênicos (63,3%/31) incluídos na amostra. A efetividade desses psicofármacos no tratamento desse distúrbio mental é comentada por Friedlander e Marder (2002), que alertam para os seus efeitos adversos em diversos sistemas do corpo humano, particularmente no de maior interesse para a Odontologia, o sistema estomatognático. A apresentação injetável desses antipsicóticos, registrada em três usuários (um homem e duas mulheres), é indicada nos casos de falta de adesão ao tratamento com a apresentação da medicação via oral, ou quando o paciente está em crise ou em recaídas.

7.1 DISTURBIOS GUSTATIVOS

Analisou-se a percepção do paladar dos participantes aos quatro sabores básicos, salgado, doce, amargo e azedo, considerando-se que pode ocorrer alteração desse sentido especial nos usuários de antipsicóticos típicos, particularmente nos esquizofrênicos (FRIEDLANDER; MARDER, 2002). As diferentes categorias de desordens do paladar foram avaliadas, e os resultados obtidos estão descritos nas Tabelas 3 a 5. O paladar normal foi o mais registrado: 75% (90) dos participantes, sendo 62,5% (25) do grupo teste e 81,3% (65) do grupo controle. Constataram-se, ainda, desordens gustativas como a diminuição (hipogeusia), a distorção (disgeusia) e a perda (ageusia) do paladar, e os dados coletados foram analisados

estatisticamente, pelo teste Qui-quadrado tendo sido apontada uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos teste e controle analisados ($p=0,049$), como está demonstrado na Tabela 3.

Entre os usuários de antipsicóticos típicos/de primeira geração, 25% (10) apresentaram diminuição na capacidade de reconhecer o gosto dos alimentos, em 7,5% (3) foi registrada a distorção do paladar com um estímulo presente, e 5% (2) relataram não sentir o gosto dos alimentos. Cabe ressaltar que 77,5% (31) dos pacientes tinham idade superior ou igual a 35 anos, e pode ter ocorrido uma disfunção salivar, precocemente instalada pelo uso contínuo de psicofármacos, na dependência do tempo de uso e da dose. Entre as drogas que causam alterações gustativas, Silverman, Eversole e Truelove (2004) destacam os agentes de higiene bucal que contêm o gluconato de clorexidina, o diurético e anti-hipertensivo hidroclorotiazida e os antipsicóticos de modo geral, justificando-se, assim, a ocorrência dessas alterações entre os pacientes psiquiátricos. Por outro lado, no grupo dos 80 indivíduos com saúde mental, também foram registradas distúrbios gustativas em 18,75% (15) deles: 11,3% (9) relataram redução do paladar; 6,3% (5) apresentaram distorção gustativa; e apenas 1,1% (1) relatou não sentir os quatro sabores.

Tabela 3 - Valores absolutos e relativos da amostra segundo as alterações do paladar
Salvador-BA, 2015

Grupo \ Paladar	Normal		Diminuído (hipogeusia)		Distorcido (disgeusia)		Perda (ageusia)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Teste	25	62,5	10	25	3	7,5	2	5
Controle	65	81,3	9	11,3	5	6,3	1	1,1
Total	90	75	19	15,8	8	6,7	3	2,5

* $p=0,049$

Fonte: Elaboração da autora.

Quanto às alterações na percepção do paladar registradas neste estudo nos dois grupos de participantes, cabe ressaltar que 25 pacientes psiquiátricos apresentaram paladar normal (62,5%), porém, para 15 deles foram anotadas alterações na percepção do sabor dos alimentos. Esses resultados estão em concordância com os obtidos por Arana (2000), que creditou essas mudanças gustativas aos efeitos colaterais dos antipsicóticos típicos que, na dependência do tempo de uso, podem estar associadas aos efeitos colaterais deletérios que atingem todos os sistemas fisiológicos dos usuários. Segundo esse autor, o uso desses psicofármacos por mais de três meses pode impactar negativamente nas atividades da vida diária, provocando, principalmente, prejuízo cognitivo.

Avaliando-se a associação entre as alterações do paladar e as variáveis sociodemográficas, no quesito idade dos participantes, mediante a aplicação do teste Qui-quadrado, registrou-se uma diferença estatisticamente significativa (* $p=0,029$), ou seja, em 15,8% (19) dos 89 indivíduos com idade maior ou igual a 35 anos constatou-se redução do paladar. A disgeusia estava presente em 6,7% (8) dos voluntários da amostra em tela, e a ageusia foi diagnosticada em 2,5% (3), independentemente da condição de saúde mental. Os antipsicóticos típicos podem interferir na percepção do sabor dos alimentos na dependência do tempo de uso e da dosagem diária, levando à possível associação da idade com a ocorrência das distúrbios gustativas registradas entre os participantes do grupo teste (37,5%/15), podendo-se inferir que os indivíduos com idade superior ou igual a 35 anos podem estar utilizando esses psicofármacos por um tempo suficiente para já estarem sentindo seus efeitos colaterais.

Analisada a correlação do gênero com as alterações do paladar, o teste Qui-quadrado apontou uma associação estatisticamente significativa (* $p=0,024$). A ageusia foi registrada apenas entre os homens (5%/3), sendo dois do grupo teste e um do grupo controle, porém a redução e a distorção do paladar foram mais diagnosticadas entre as mulheres (16,7%/10) e (11,7%/7), respectivamente, como está explicitado nas Tabelas 4 e 5. Essas alterações gustativas registradas nas mulheres podem estar associadas, em geral, a variações hormonais observadas durante a puberdade, no período menstrual, na gravidez, na menopausa e na fase da pós-menopausa. Tanto no grupo teste quanto no grupo controle, as mulheres com mais de 50 anos relataram ter a sensação do gosto dos alimentos alterada, particularmente o salgado, o picante e o amargo. Esses achados estão em consonância com o trabalho de Steinberg (2001), que analisou a saúde bucal das mulheres.

Tabela 4 - Valores absolutos e relativos do grupo teste segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e as alterações do paladar, Salvador-BA, 2015

Grupo teste									
Variável	Paladar	Normal		Diminuído		Distorcido		Perda	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gênero *p=0,024									
	Masculino	12	60	5	25	1	5	2	10
	Feminino	13	65	5	25	2	10	-	-
	Total	25	62,5	10	25	3	7,5	2	5
Faixa etária *p=0,029									
	18-34 anos	8	88,9	-	-	-	-	1	11,1
	≥ 35 anos	17	54,8	10	32,3	3	9,7	1	3,2
	Total	25	62,5	10	25	3	7,5	2	5
Grupo étnico									
	Branco/Pardo	12	60	7	35	1	5	-	-
	Negro	13	65	3	15	2	10	2	10
	Total	25	62,5	10	25	3	7,5	2	5
Escolaridade									
	≥ 9 anos	4	40	4	40	1	10	1	10
	< 9 anos	21	70	6	20	2	6,7	1	3,3
	Total	25	62,5	10	25	3	7,5	2	5
Renda mensal									
	≤ SM	20	62,5	7	21,9	3	9,4	2	6,5
	> SM	5	62,5	3	37,5	-	-	-	-
	Ausente	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	25	62,5	10	25	3	7,5	2	5

*Qui-quadrado de Pearson (p<0,00170)

Fonte: Elaboração da autora.

Tabela 5 - Valores absolutos e relativos do grupo controle segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e as alterações do paladar, Salvador-BA, 2015

Grupo controle								
Paladar Variável	Normal		Diminuído		Distorcido		Perda	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gênero								*p=0,024
Masculino	35	87,5	4	10	-	-	1	2,5
Feminino	30	75	5	12,5	5	12,5	-	-
Total	65	81,3	9	11,3	5	6,2	1	1,2
Faixa etária								*p=0,029
18-34 anos	21	95,4	1	4,6	-	-	-	-
≥ 35 anos	44	75,8	8	13,9	5	8,6	1	1,7
Total	65	81,3	9	11,3	5	6,2	1	1,2
Grupo étnico								
Branco/Pardo	35	74,5	7	14,9	4	8,5	1	2,1
Negro	29	90,6	2	6,3	1	3,1	-	-
Não declarado	1	100	-	-	-	-	-	-
Total	65	81,3	9	11,3	5	6,2	1	1,2
Escolaridade								
≥ 9 anos	55	82,1	7	10,4	4	6	1	1,5
< 9 anos	10	76,9	2	15,4	1	7,7	-	-
Total	65	81,3	9	11,3	5	6,2	1	1,2
Renda mensal								
≤ SM	34	77,3	6	13,6	4	9,1	-	-
> SM	28	84,8	3	9,1	1	3	1	3
Ausente	3	3,75	-	-	-	-	-	-
Total	65	81,3	9	11,3	5	6,2	1	1,2

*Qui-quadrado de Pearson (p<0,0010)

Fonte: Elaboração da autora.

7.2 ALTERAÇÕES OROFACIAIS DE MOVIMENTO

Ao serem avaliados os participantes deste estudo quanto às alterações orofaciais de movimento, a partir da análise da função motora do nervo facial nas suas porções superior e inferior, foi observado que a grande maioria foi capaz de enrugar a testa, levantar e franzir as sobrancelhas, fechar e abrir os olhos (funções associadas ao nervo facial superior) e também sorrir e mostrar os dentes e enrugar os lábios assobiando (funções do nervo facial inferior), segundo o protocolo de avaliação sugerido por Alexander e Brown (1976). Os resultados obtidos estão reunidos nas Tabelas 6 a 8.

Analisando-se estatisticamente, por meio do teste exato de Fischer, os dois grupos que compuseram a amostra deste estudo, observou-se uma diferença significativa entre os grupos teste e controle (*p=0,032), ou seja, no grupo teste 60% (24) dos participantes apresentaram alterações orofaciais de movimento e, no grupo composto por indivíduos com saúde mental, nenhum dos participantes apresentou qualquer tipo de alteração orofacial, como se evidencia na Tabela 6.

Tabela 6 - Valores absolutos e relativos da amostra segundo as alterações orofaciais de movimento, Salvador-BA, 2015.

Grupo	Alteração	Sem alteração		Com alteração	
		Nº	%	Nº	%
Teste		16	40	24	60
Controle		80	100	-	-
	Total	96	80	24	20

*p=0,032

Fonte: Elaboração da autora.

Segundo Balasubramaniam e colaboradores (2008), indivíduos com saúde mental também podem apresentar quadros clínicos compatíveis com a distonia oromandibular confundida com DTM, bruxismo, espasmos hemifaciais e manifestações psicológicas. Entretanto, os resultados do presente estudo não vão ao encontro de tais observações, uma vez que nenhum participante do grupo controle apresentou alterações orofaciais de movimento associadas à disfunção motora do nervo facial.

Entre as alterações orofaciais de movimento mais registradas nos pacientes psiquiátricos, elencaram-se o pseudoparkinsonismo (tremores em repouso), a acatisia (desconforto muscular gerando inquietação), a discinesia tardia (movimentos mastigatórios com estalar dos lábios) e a distonia aguda (caracterizada por espasmos musculares na região de cabeça e pescoço, trismo), como descrito na Tabela 7, que distribui os pacientes de acordo com a alteração orofacial registrada. Dos 20 pacientes psiquiátricos do gênero masculino, 45% (9) não apresentaram alterações orofaciais; entretanto, em 25% (5) foi registrada distonia aguda; 20% (4) apresentaram pseudoparkinsonismo; em 5% (1) registrou-se acatisia; e também em 5% (1), discinesia tardia. Entre as 20 mulheres que compuseram esse grupo, 50% (10) não apresentaram alterações orofaciais; porém, em 5% (1) registrou-se distonia aguda; 20% (4) apresentaram pseudoparkinsonismo; em 15% (3) foi registrada acatisia; e em 10% (2) foi observada discinesia tardia.

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes do grupo teste segundo as alterações orofaciais de movimento, Salvador-BA, 2015

Alteração	Grupo teste		Gênero masculino		Gênero feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Distonia aguda	5	25	1	5	6	15		
Pseudoparkinsonismo	4	20	4	20	8	20		
Acatisia	1	5	3	15	4	10		
Discinesia tardia	1	5	2	10	3	7,5		
Ausente	9	45	10	50	19	47,5		

Fonte: Elaboração da autora.

Em 52,5% (21) dos usuários de antipsicóticos típicos dos grupamentos farmacológicos das butirofenonas e das fenotiazinas, foram registradas as seguintes alterações orofaciais de movimento: espasmos musculares na região de cabeça e pescoço correlacionados com a distonia aguda presentes em 15% (6); tremores em repouso relacionados com o pseudoparkinsonismo, em 20% (8); desconforto muscular correlacionado com a acatisia, em 10% (4); movimentos mastigatórios com estalar dos lábios associados com a discinesia tardia, em 7,5% (3), efeitos extrapiramidais que estão em consonância com os descritos por Wang, Minatogawa e Tavares Jr. (2006), cabendo, porém, destacar que 47,5% (19) dos pacientes psiquiátricos não apresentaram alterações de movimento na região orofacial. Os achados da presente pesquisa são confirmados por trabalhos de autores como Saisu e outros (2014), que descreveram um caso clínico de distonia oromandibular induzida por antipsicóticos, observando que essa desordem de movimento se constitui num desafio diagnóstico pela ausência de um *gold standard* (teste diagnóstico/biomarcador) para validar o achado clínico.

De acordo com estudos na área da psicofarmacologia relacionada com a saúde bucal que embasaram o referencial teórico da presente pesquisa (KISELY et al., 2011; KEDEBE; KEMAL; ABERA, 2012; ELTAS et al., 2013), os usuários de antipsicóticos típicos/de primeira geração podem apresentar sintomas extrapiramidais, tais como tremores em repouso, movimentos mastigatórios com estalar dos lábios e espasmos musculares na região de cabeça e pescoço. Tanto os medicamentos do grupo farmacológico das butirofenonas quanto os das fenotiazinas têm efeitos colaterais, porém o haloperidol (butirofenona) é a droga que mais interfere na motricidade, justificando-se, assim, a ocorrência desses transtornos de movimento em pacientes do grupo teste, do qual 11 mulheres e 13 homens utilizavam esse psicofármaco via oral, e um deles fazia uso do decanoato de haloperidol, via injetável, na posologia de uma

ampola com 5mg/ml por mês, prescrito em consequência de sua falta de adesão ao tratamento via oral, conforme relatório médico contido no prontuário do paciente.

Independentemente do psicofármaco prescrito no tratamento psiquiátrico, Clark e Ram (2007) citam quatro desordens motoras hiperkinéticas involuntárias que afetam a região orofacial, quais sejam: bruxismo, distonia oromandibular, discinesia e reações extrapiramidais distônicas induzidas por medicação. No presente estudo, 7,5% (3) dos pacientes psiquiátricos apresentaram discinesia tardia com movimentos involuntários dos lábios, da língua e da mandíbula durante o dia, percentual que está aquém dos 15% a 30% apontados pelos autores citados ao analisarem a prevalência dessa desordem motora em pacientes que utilizavam diferentes medicações, entre elas os neurolépticos, por mais de três meses, causada pelo bloqueio dos receptores de dopamina. No trabalho realizado por Saisu e outros (2014), que examinou casos clínicos de distonia oromandibular induzida por antipsicóticos, as variáveis que mais interferiram na ocorrência desses efeitos extrapiramidais foram o tempo de uso e o tipo de psicofármaco, ou seja, na amostra estudada, havia pacientes que utilizavam antipsicóticos atípicos que, percentualmente, produzem menos efeitos colaterais. No presente estudo, não foram incluídos usuários de outros psicofármacos, visto que o objetivo era não somente conhecer a realidade dos pacientes assistidos em um hospital psiquiátrico público, vinculado à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, os quais, para o seu tratamento psiquiátrico, tinham mais acesso a antipsicóticos típicos distribuídos gratuitamente, como também registrar a repercussão do seu uso contínuo no sistema estomatognático desses pacientes.

Transtornos dos movimentos induzidos pelos antipsicóticos típicos detectados na presente pesquisa foram também descritos por Zakariaei e colaboradores (2012) no caso, já mencionado, de uma paciente de 17 anos que ingeriu 10 comprimidos de haloperidol (5 mg), do grupo farmacológico das butirofenonas, numa tentativa de suicídio, e apresentou um quadro de deslocamento bilateral da ATM, oito horas após a *overdose*.

A frequência das desordens motoras orofaciais registradas nos participantes do grupo teste foi mais alta nos homens (27,5%/11) do que nas mulheres (25%/10) em discordância com os dados obtidos por Clark e Ram (2007) e Balasubramaniam e outros (2008), que registraram essas desordens como mais frequentes em pacientes do sexo feminino, particularmente a distonia oromandibular.

De qualquer modo, os usuários rotineiros desses psicofármacos, independentemente do gênero, necessitam do monitoramento dos efeitos colaterais associados ao sistema estomatognático, que podem justificar a mudança da terapêutica aplicada ou a redução na dosagem do psicofármaco pelo psiquiatra responsável.

Analisando-se estatisticamente os resultados do teste exato de Fischer para a correlação da variável categórica alterações orofaciais de movimento com as variáveis sociodemográficas nos dois grupos estudados, observou-se uma diferença significativa (* $p=0,023$) quando o foco foi o grau de escolaridade, ou seja as alterações orofaciais de movimento, independentemente do tipo, foram mais frequentemente detectadas entre os 40 participantes do grupo teste entre os quais 60% (18) tinham grau de escolaridade abaixo de nove anos de estudo, cabendo destacar que 80% (96) dos participantes não apresentaram alterações orofaciais, independentemente do grupo ao qual estavam vinculados, como explicitado na Tabela 8.

As doenças mentais registradas nos prontuários médicos dos participantes do grupo teste, tais como esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, transtornos de humor (afetivos), retardo mental e transtorno delirante orgânico do tipo esquizofrênico são comumente diagnosticadas logo na infância; entretanto, com a esquizofrenia, isso ocorre mais tardiamente, por volta dos 15 aos 25 anos nos homens e dos 25 a 35 anos nas mulheres, segundo Friedlander e Marder (2002). Possivelmente, o transtorno mental instalado, associado ao uso diário de psicofármacos, teria impedido ou dificultado a frequência regular à escola e a conclusão do ciclo de estudos, justificando-se, assim, a significativa diferença estatística obtida, após a análise da associação da variável sociodemográfica escolaridade, com os transtornos orofaciais dos movimentos induzidos pelos antipsicóticos típicos, medicação de primeira escolha para o tratamento psiquiátrico de todos os componentes do grupo teste.

Tabela 8 - Valores absolutos e relativos da amostra segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e as alterações orofaciais de movimento Salvador-BA, 2015

Grupo / Alteração Variável	Grupo teste				Grupo controle			
	Sem alteração		Com alteração		Sem alteração		Com alteração	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gênero								
Masculino	8	40	12	60	40	50	-	-
Feminino	8	40	12	60	40	50	-	-
Total	16	40	24	60	80	100	-	-
Faixa etária								
18-34 anos	5	5,6	4	44,4	22	27,5	-	-
≥ 35 anos	11	35,5	20	64,5	58	72,5	-	-
Total	16	40	24	60	80	100	-	-
Grupo étnico								
Branco/Pardo	8	40	12	60	47	59,5	-	-
Negro	8	40	12	60	32	40,5	-	-
Não declarado	-	-	-	-	1	100	-	-
Total	16	40	24	60	80	100	-	-
Escolaridade								
*p=0,023								
≥ 9 anos	4	40	6	60	67	83,7	-	-
< 9 anos	12	40	18	60	13	16,2	-	-
Total	16	40	24	60	80	100	-	-
Renda mensal								
≤ SM	13	40,6	19	59,4	44	55	-	-
> SM	3	37,5	5	62,5	33	41,2	-	-
Ausente	-	-	-	-	3	3,7	-	-
Total	16	40	24	60	80	100	-	-

*Teste exato de Fischer (p<0,0010)

Fonte: Elaboração da autora.

Na literatura científica disponível, não está apontada a correlação entre qualquer das variáveis sociodemográficas analisadas na presente pesquisa e possíveis alterações orofaciais de movimento. Cabe citar o já mencionado relato de caso no qual se correlaciona o evento de deslocamento bilateral da ATM a uma dose excessiva do psicofármaco haloperidol, sem estabelecer-se, contudo, a idade da paciente como fator associado a esse evento (ZAKARIAEI et al., 2012), em coincidência com o presente estudo, em que a faixa etária também não foi vinculada à ocorrência dessas alterações.

Cumprе ressaltar que o tempo de uso de antipsicóticos típicos/de primeira geração pode causar reação neurodisléptica, popularmente denominada “impregnação”, caracterizada por tremores generalizados e perda da coordenação motora, que justificam o preenchimento do formulário para notificação de suspeita de reação adversa a medicamento (farmacovigilância),

particularmente quando o paciente está sob regime hospitalar (internação ou ambulatorial), como foi a situação de todos os pacientes psiquiátricos examinados neste estudo, que possibilitou o acesso aos prontuários médicos com os registros da terapêutica medicamentosa prescrita e da adesão do paciente ao tratamento proposto pelo psiquiatra responsável.

7.3 DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Alterações orofaciais de movimento associadas ao uso diário de psicofármacos, particularmente dos antipsicóticos típicos/de primeira geração, podem repercutir na articulação temporomandibular (ATM), originando a disfunção temporomandibular (DTM), cujas manifestações podem ser dor na ATM, dor miofacial, estalidos, limitação na abertura da boca, desvio mandibular ao abrir a boca.

A avaliação do grau de severidade da disfunção temporomandibular (DTM) em todos os participantes deste estudo foi realizada com a aplicação do índice anamnésico preconizado por Fonseca (1994), que, apesar do seu caráter subjetivo, pode ser considerado como uma avaliação de triagem, cujo resultado obtido pode vir a indicar a necessidade de exames complementares mais apurados para a confirmação da gravidade do acometimento da ATM que apresente sinais/sintomas compatíveis com a DTM.

Os resultados desta pesquisa demonstraram diferenças estatisticamente significativas ao se comparar a presença da DTM entre os pacientes com doença mental e entre os voluntários mentalmente saudáveis: para 82,5% (33) dos primeiros, observou-se uma maior prevalência de DTM, independentemente do grau de severidade da disfunção (leve, moderada ou severa), tendo a disfunção sido diagnosticada em 55% (44) dos voluntários do grupo controle; a DTM moderada foi diagnosticada em 40% (16) dos 40 participantes do grupo teste, todavia, entre os 80 voluntários com saúde mental o percentual foi de apenas 12,5% (10).

Em relação ao grau de severidade da disfunção temporomandibular (DTM), aplicando-se o teste Qui-quadrado de Pearson para a análise estatística dos dados coletados, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos teste e controle (*p=0,001). Conforme denominação sugerida por Fonseca (1994), o grau leve de DTM foi registrado em 37,5% (15) dos participantes do grupo teste e em 42,5% (34) dos componentes do grupo controle; os casos clínicos de DTM moderada foram diagnosticados em 40% (16) dos indivíduos do grupo teste e em 12,5% (10) do grupo controle; e os únicos casos clínicos de DTM severa foram identificados em dois portadores de transtornos mentais e comportamentais

(5%); 17,5% (7) dos participantes do grupo teste e 45% (36) do grupo controle não apresentaram DTM. Esses dados estão reunidos na Tabela 9.

Tabela 9 - Valores absolutos e relativos da amostra segundo os graus de severidade da disfunção temporomandibular, Salvador-BA, 2015

Grupo	DTM		Leve		Moderada		Severa		Ausente	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Teste	15	37,5	16	40	2	5	7	17,5		
Controle	34	42,5	10	12,5	-	-	36	45		
Total	49	40,8	26	21,7	2	1,7	43	35,8		

*p=0,001

Fonte: Elaboração da autora.

A DTM leve teve mais alta ocorrência entre os participantes do grupo controle (42,5%/34) do que entre os do grupo teste (37,5%/15), resultados corroborados pelo estudo realizado por Al-Mobeeriek (2012) que também comparou a condição da ATM em pacientes psiquiátricos e indivíduos com saúde mental e concluiu que o bruxismo e o apertamento dentário foram as parafunções mais comuns em ambos os grupos (34,5% no grupo controle e 27% no grupo teste). Cabe, também, destacar o artigo de revisão publicado, em 2014, por Araújo e outros em que se chama a atenção para o papel decisivo dos efeitos adversos dos psicofármacos no aparecimento da DTM, associada a dor de cabeça constante, relatada por portadores da esquizofrenia. Trata-se, concluem os autores, de um grande desafio diagnosticar e tratar a DTM em pacientes esquizofrênicos que fazem uso de psicofármacos que podem provocar efeitos extrapiramidais, eventos esses usualmente não registrados nos prontuários médicos, e recomendam uma avaliação criteriosa quando tais pacientes queixarem-se de dor orofacial; insinuam, também, a desmistificação de que os esquizofrênicos são insensíveis à dor e advertem que as crepitações na ATM, por eles relatadas, podem não ser fruto de alucinações ou delírios. Dada a impossibilidade de suspensão do uso das medicações que controlam os sintomas da esquizofrenia, destacam como fundamental o monitoramento desses pacientes, incluindo-se avaliações pontuais da região orofacial quando das consultas médicas.

Os transtornos temporomandibulares já foram objeto de análise em pacientes esquizofrênicos, como no estudo caso-controle realizado por Velasco-Ortega (2005b), tendo como amostra 50 esquizofrênicos (72% utilizavam antipsicóticos típicos) em confronto com 50 adultos mentalmente saudáveis, que permitiu concluir que pacientes esquizofrênicos constituem uma população de risco para DTM, por apresentarem maior prevalência e

severidade dessa patologia do que indivíduos normais. Além disso, Gurbuz, Alatas e Kurt (2009) também apontaram uma alta prevalência de DTM em esquizofrênicos, com o registro adicional de severo desgaste dentário e bruxismo. Esses resultados estão em consonância com os obtidos no presente trabalho, que incluiu 31 esquizofrênicos entre os 40 participantes do grupo teste.

Os casos clínicos de DTM severa foram observados em dois pacientes psiquiátricos maiores de 35 anos de idade, do grupo étnico dos negros, com grau de escolaridade abaixo de 9 anos de estudo, sendo um homem com renda mensal maior do que um salário mínimo e uma mulher com renda mensal inferior a um salário mínimo vigente à época. Fica evidenciado o impacto do transtorno mental e do uso diário de antipsicóticos no aparecimento da DTM em razão de apenas 17,5% (7) dos pacientes psiquiátricos não terem apresentado o acometimento da ATM, achado que foi, porém, verificado em 82,5% (33) dos participantes do grupo teste nos seus diferentes graus de severidade, indicando-se a necessidade de acompanhamento longitudinal desses indivíduos em sofrimento psíquico, na perspectiva da melhoria de sua qualidade de vida.

Na análise da associação entre os possíveis fatores de risco para a ocorrência de DTM nos 120 participantes e as variáveis sociodemográficas, ao ser aplicado o teste Qui-quadrado de Pearson, somente foi registrada correlação estatisticamente significativa considerando-se os diferentes graus de severidade de DTM e o grupo étnico (* $p=0,025$), tanto no grupo teste como no controle. Diagnosticou-se DTM moderada em 40% (16) dos participantes do grupo teste, sendo 9 (45%) brancos/pardos e 7 (35%) negros. Entre os 80 participantes do grupo controle, 46,8% (36) deles não apresentaram DTM, porém, em 42,5% (34) foi diagnosticada DTM leve. Além disso, no grupo controle, 57,8% (26) dos brancos/pardos não apresentaram alterações na ATM, mas, no grupo teste, apenas 15% (3). Cabe salientar que os dois casos clínicos de DTM severa foram diagnosticados em 10% (2) dos negros do grupo teste. É o que explicitam as Tabelas 10 (grupo teste) e 11 (grupo controle).

Tabela 10 - Valores absolutos e relativos do grupo teste segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e os graus de severidade da disfunção temporomandibular, Salvador-BA, 2015

Grupo teste									
Variável	DTM	Leve		Moderada		Severa		Ausente	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gênero									
	Masculino	7	5	9	45	1	5	3	15
	Feminino	8	40	7	35	1	5	4	20
	Total	15	37,5	16	40	2	5	7	17,5
Faixa etária									
	18-34 anos	4	44,4	3	33,3	-	-	2	22,2
	≥ 35 anos	11	35,5	13	41,9	2	6,5	5	16,1
	Total	15	37,5	16	40	2	5	7	17,5
Grupo étnico									*p=0,025
	Branco/Pardo	8	40	9	45	-	-	3	15
	Negro	7	35	7	35	2	10	4	20
	Total	15	37,5	16	40	2	5	7	17,5
Escolaridade									
	≥ 9 anos	5	50	3	30	-	-	2	20
	< 9 anos	10	33,3	13	43,3	2	6,7	5	16,7
	Total	15	37,5	16	40	2	5	7	17,5
Renda mensal									
	≤ SM	13	40,6	12	37,5	1	3,1	6	18,8
	> SM	2	25	4	50	1	12,5	1	12,5
	Ausente	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	15	37,5	16	40	2	5	7	17,5

*Qui-quadrado de Pearson (p<0,0010)

Fonte: Elaboração da autora.

Tabela 11 - Valores absolutos e relativos do grupo controle segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e os graus de severidade da disfunção temporomandibular, Salvador-BA, 2015

Grupo controle									
Variável	DTM	Leve		Moderada		Severa		Ausente	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gênero									
Masculino		12	30	5	12,5	-	-	23	57,5
Feminino		22	55	5	12,5	-	-	13	32,5
	Total	34	42,5	10	12,5	-	-	36	45
Faixa etária									
18-34 anos		9	40,9	4	18,2	-	-	9	40,9
≥ 35 anos		25	43,2	6	10,3	-	-	27	46,5
	Total	34	42,5	10	12,5	-	-	36	45
Grupo étnico *p=0,025									
Branco/Pardo		18	38,3	3	6,4	-	-	26	55,3
Negro		16	50	7	21,9	-	-	9	28,1
Não declarado		-	-	-	-	-	-	1	100
	Total	34	42,5	10	12,5	-	-	36	45
Escolaridade									
≥ 9 anos		29	43,3	10	14,9	-	-	28	41,8
< 9 anos		5	38,5	-	-	-	-	8	61,5
	Total	34	42,5	10	12,5	-	-	36	45
Renda mensal									
≤ SM		20	45,5	9	20,5	-	-	15	34,1
> SM		13	39,4	1	3	-	-	19	57,6
Ausente		1	1,2	-	-	-	-	2	2,5
	Total	34	42,5	10	12,5	-	-	36	45

Fonte: Elaboração da autora.

7.4 ALTERAÇÕES NOS TECIDOS MOLES BUCAIS

Como se objetivou, com este estudo, avaliar a repercussão dos transtornos mentais e comportamentais no sistema estomatognático dos participantes, os tecidos moles bucais (lábios, mucosa bucal, língua, mucosa jugal e orofaringe) também foram examinados em todos os componentes dos grupos teste e controle.

A avaliação estatística, mediante o teste Qui-quadrado, da presença de alterações nos tecidos moles bucais dos participantes que compunham os dois grupos estudados não apontou diferença estatisticamente significativa entre eles ($p=0,193$), mas deve-se frisar que 72,5% (87) dos voluntários apresentaram algum tipo de alteração, e em 27,5% (33) deles não foi

diagnosticada qualquer alteração, independentemente do grupo ao qual o participante estava vinculado. Em 65% (26) dos pacientes psiquiátricos foram diagnosticadas alterações nos tecidos moles bucais, e, no grupo controle, registrou-se 76,3% (61), como descrito na Tabela 12, que evidencia a presença ou ausência de alterações nos dois grupos examinados.

Tabela 12 - Valores absolutos e relativos da amostra segundo as alterações nos tecidos moles bucais, Salvador-BA, 2015

Grupo	Tecidos moles	Com alteração		Sem alteração	
		Nº	%	Nº	%
Teste		26	65	14	35
Controle		61	76,3	19	23,7
	Total	87	72,5	33	27,5

Fonte: Elaboração da autora.

A presença de pigmentação melânica nos tecidos gengivais e no palato foi visualizada em 25% / 30 indivíduos sendo 3 no grupo teste e 27 no grupo controle, que reflete o papel da raça/etnia sobre os tecidos moles bucais. A alteração mais prevalente foi a presença da hiperqueratose da linha alba na mucosa jugal (10%/12). Entre as alterações na língua, destacou-se a saburra lingual (7,5%/9: 4 no grupo teste e 5 no grupo controle), que pode estar associada à falta de limpeza da língua durante a higiene bucal — alguns participantes referiram não ter esse hábito, sob a argumentação de que lhes provocava ânsia de vômito. A presença de candidíase no palato duro em três participantes deste estudo (2 do grupo teste e 1 do grupo controle) pode refletir alterações no sistema imunológico, porém o número reduzido de casos não subsidia qualquer conclusão. Na Tabela 13, mencionam-se as lesões de tecidos moles bucais diagnosticadas nos dois grupos que compuseram a amostra analisada.

Tabela 13 - Distribuição na amostra das lesões diagnosticadas nos tecidos moles bucais Salvador-BA, 2015

Lesão nos tecidos moles	Grupo		Teste		Controle		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hiperqueratose da linha alba	4	33,3	8	66,7	12	10		
Língua saburrosa/geográfica/fissurada	4	44,4	5	55,6	9	7,5		
Estomatite nicotínica	2	100	-	-	2	1,6		
Torus palatino	3	75	1	25	4	3,3		
Torus mandibular	-	-	5	100	5	4,1		
Candidíase (palato duro)	2	66,7	1	33,3	3	2,5		
Abscesso/fístula gengival	2	66,7	1	33,3	3	2,5		
Descamação/úlceras/nevus labial	2	40	3	60	5	4,1		
Tatuagem por amálgama	-	-	2	100	2	1,6		

Fonte: Elaboração da autora.

Mediante a aplicação do teste Qui-quadrado, analisou-se a associação dos possíveis fatores de risco com a ocorrência de alterações nos tecidos moles bucais, observando-se que a faixa etária teve um impacto estatisticamente significativo nos valores obtidos (*p=0,007). Foram registradas essas alterações, independentemente da condição de saúde mental instalada: no grupo teste, em 77,8% (7) dos 31 participantes da faixa etária de 18 a 34 anos e em 61,3% (19) dos 89 da segunda faixa etária; no grupo controle, em 95,5% (21) dos 31 participantes da primeira faixa etária e em 68,9% (40) dos 89 da segunda faixa. É o que explicita a Tabela 14. Destaque-se, ainda, que a candidíase no palato duro foi diagnosticada em 2,5% (3) dos participantes com idade igual ou superior a 35 anos, portadores de prótese total, que não realizavam corretamente a higiene das peças protéticas.

Os achados da presente investigação estão em concordância com os resultados obtidos em estudo desenvolvido por Chu e colaboradores (2012), que analisaram uma amostra composta por esquizofrênicos na faixa etária de 19 a 44 anos e salientaram a precariedade da higiene bucal associada ao alheamento da realidade, comum entre esses pacientes, e a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos como responsáveis pelas piores condições de saúde bucal desses indivíduos. Além disso, a perda dental nos indivíduos analisados foi causada por cárie e doença periodontal, corroborando os resultados obtidos na presente pesquisa.

Tabela 14 - Valores absolutos e relativos da amostra segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e as alterações nos tecidos moles bucais Salvador-BA, 2015

Variável \ Grupo/ Tecido mole	Teste				Controle			
	Com alteração		Sem alteração		Com alteração		Sem alteração	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gênero								
Masculino	12	60	8	40	32	80	8	20
Feminino	14	70	6	30	29	72,5	11	27,5
Total	26	65	14	35	61	76,3	19	23,7
Faixa etária								*p=0,007
18-34 anos	7	77,8	2	22,2	21	95,5	1	4,5
≥ 35 anos	19	61,3	12	38,7	40	68,9	18	31,1
Total	26	65	14	35	61	76,3	19	23,7
Grupo étnico								
Branco/Pardo	10	50	10	50	33	70,2	14	29,7
Negro	16	80	4	20	28	87,5	4	12,5
Não declarado	-	-	-	-	-	-	1	100
Total	26	65	14	35	61	76,3	19	23,7
Escolaridade								
≥ 9 anos	7	70	3	30	51	76,1	16	23,9
< 9 anos	19	63,3	11	36,7	10	76,9	3	23,1
Total	26	65	14	35	61	76,3	19	23,7
Renda mensal								
≤ SM	21	65,6	11	34,4	33	75	11	25
> SM	5	62,5	3	37,5	25	75,8	8	24,2
Ausente	-	-	-	-	3	3,7	-	-
Total	26	65	14	35	61	76,3	19	23,7

*Qui-quadrado de Pearson (p<0,0010)

Fonte: Elaboração da autora.

7.5 VARIÁVEIS RELACIONADAS COM DENTES E TECIDOS PERIODONTAIS

Para a contextualização deste estudo comparativo que objetivou analisar a repercussão dos transtornos mentais e comportamentais instalados na qualidade da saúde bucal, também se incluíram variáveis relacionadas com diversos componentes do sistema estomatognático: os dentes foram avaliados pelo índice CPO-D e pelas causas das perdas dentárias; os tecidos periodontais, a partir dos indicadores índice de sangramento gengival à sondagem, índice de placa, diagnóstico de doença periodontal e quantificação do risco periodontal. Com isso, pretendia-se estabelecer sua associação com as cinco variáveis sociodemográficas previamente estabelecidas no protocolo experimental.

7.5.1 Índice CPO-D

A associação do índice CPO-D com a condição mental dos participantes dos grupos teste e controle foi mensurada aplicando-se o teste Qui-quadrado de Pearson. O índice CPO-D categorizado como moderado/alto obteve o maior percentual nos dois grupos avaliados: 75% (30) em participantes do grupo teste e 68,7% (55) nos do grupo controle (Tabela 15).

Tabela 15 - Valores absolutos e relativos da amostra segundo os escores do índice CPO-D Salvador-BA, 2015

Grupo	CPO-D	Baixo (<9)		Moderado/Alto (≥9)	
		Nº	%	Nº	%
Teste		10	25	30	75
Controle		25	31,3	55	68,7
	Total	35	29,2	85	70,8

Fonte: Elaboração da autora.

Apesar de o índice CPO-D dos grupos teste e controle terem sido elevados, não houve diferença estatisticamente significativa entre ambos: $p=0,314$ (CPO-D grupo teste= $12,93 \pm 5,16$; CPO-D grupo controle= $11,76 \pm 6,27$). O número de dentes cariados foi mais elevado no grupo controle do que no grupo teste (controle= $2,36 \pm 2,24$; teste= $1,68 \pm 2,28$; $p=0,118$), entretanto, os dentes perdidos foram mais frequentes no grupo teste do que no controle (teste= $7,58 \pm 5,59$; controle= $6,48 \pm 6,20$; $p=0,347$), e, igualmente, o número de dentes restaurados (teste= $3,93 \pm 3,14$; controle= $2,91 \pm 2,86$; $p=0,80$). Nos dois grupos analisados, os dentes perdidos foram os maiores contribuintes para o alto índice de CPO-D atestado, e o componente cariado foi o menor (Tabela 16).

Tabela 16 - Médias e desvios padrão dos dentes permanentes cariados, perdidos, obturados e valor do CPO-D dos grupos teste e controle, Salvador-BA, 2015

Variável	Teste Média ± DP	Controle Média ± DP	Valor de p*
Dentes cariados (C)	$1,68 \pm 2,28$	$2,36 \pm 2,24$	0,118
Dentes perdidos (P)	$7,58 \pm 5,59$	$6,48 \pm 6,20$	0,347
Dentes obturados (O)	$3,93 \pm 3,14$	$2,91 \pm 2,86$	0,800
CPO-D**	$12,93 \pm 5,16$	$11,76 \pm 6,27$	0,314

Fonte: Elaboração da autora

Notas: *Valor de p a partir do Teste Mann-Whitney.

**CPO-D: média dos dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente.

Neste estudo, o índice CPO-D foi categorizado como baixo quando <9 e moderado/alto quando ≥ 9 , tendo sido o CPO-D moderado/alto o mais presente em ambos os grupos analisados, independentemente, portanto, da condição de saúde mental dos participantes. No grupo teste, 25% (10) deles apresentaram CPO-D baixo e, em 75% (30), foi registrado CPO-D moderado/alto, em conformidade com os resultados obtidos no estudo transversal realizado por Morales-Chávez, Rueda-Delgado e Peña-Orozco (2014), tendo como amostra usuários de diferentes psicofármacos, inclusive dos antipsicóticos típicos, no qual 56,92% dos pacientes tinham cárie em pelo menos um dente; no entanto, a presença de cárie não foi correlacionada com uma medicação específica, apesar de a xerostomia ser citada como um dos efeitos colaterais tanto do haloperidol quanto da clorpromazina, ressaltando-se que 60% dos pacientes (39/65) eram esquizofrênicos e 13,86% (9/65) eram psicóticos, doenças mentais que também foram diagnosticadas nos componentes da amostra da presente pesquisa.

A análise da associação do índice CPO-D com as variáveis sociodemográficas consideradas, mediante a aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson, apontou diferença estatisticamente significativa entre os grupos, ao se considerarem as variáveis faixa etária (* $p=0,001$) e grupo étnico (* $p=0,007$), tendo sido o CPO-D moderado/alto mais frequente em brancos e pardos (teste=90%/18; controle=77,8%/35) do que em negros (teste=60%/12; controle=56,3%/18) com idade igual ou superior a 35 anos: (teste=77,4%/24; controle=51,68%/46), como consta na Tabela 17.

A correlação estatisticamente significativa entre o CPO-D moderado/alto com a faixa etária e com o grupo étnico coincide com os achados do trabalho de Chu e colaboradores (2012), e com os resultados obtidos na pesquisa realizada por Baldani, Vasconcelos e Antunes (2004). Pacientes psiquiátricos assistidos em ambiente hospitalar, internados ou não, apresentam um elevado índice de cárie, e essa experiência de cárie tem sido referida como mais alta do que a da população normal, o que corrobora os resultados alcançados no presente estudo; além disso, esses autores advertem para a necessidade de se realizar, de maneira sistemática e organizada, tratamento preventivo e curativo junto a essa população, orientação que está respaldada pela pesquisa em tela.

Considerando-se que, atualmente, após a reforma psiquiátrica, existem outras modalidades de assistência à saúde mental que não a hospitalocêntrica, o índice de cárie também é elevado nas residências terapêuticas, segundo o estudo de Jamelli e colaboradores (2010), corroborando, assim, a presente investigação desenvolvida em ambiente hospitalar, mas apontando também para a necessidade de uma adequada atenção odontológica a esse grupo de portadores de transtorno mental e comportamental, que não são incluídos nos programas de

saúde bucal implementados em nível federal, estadual ou municipal. Esse descaso histórico, aliado à falta de formação de profissionais da área da saúde bucal para atender a tal demanda, ficou evidenciado no presente trabalho, tendo-se identificado várias perdas dentais com indicação da necessidade de próteses parciais em 37 participantes do grupo teste, mas também em 65 do grupo controle.

Tabela 17 - Valores absolutos e relativos da amostra segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e o índice CPO-D, Salvador-BA, 2015

Grupo / CPO-D Variável	Teste				Controle			
	Baixo		Moderado/Alto		Baixo		Moderado/Alto	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gênero								
Masculino	6	30	14	70	12	30	28	70
Feminino	4	20	16	80	13	32,5	27	67,5
Total	10	25	30	75	25	31,2	55	68,8
Faixa etária *p=0,001								
18-34 anos	3	33,3	6	66,7	13	41,9	9	29
≥ 35 anos	7	22,6	24	77,4	12	13,4	46	51,6
Total	10	25	30	75	25	31,2	55	68,8
Grupo étnico *p=0,007								
Branco/Pardo	2	10	18	90	10	21,3	37	78,7
Negro	8	40	12	60	14	43,7	18	56,3
Não declarado	-	-	-	-	1	100	-	-
Total	10	25	30	75	25	31,2	55	68,8
Escolaridade								
≥ 9 anos	3	30	7	70	23	34,3	44	65,7
< 9 anos	7	23,3	23	76,7	2	15,4	11	84,6
Total	10	25	30	75	25	31,2	55	68,8
Renda mensal								
≤ SM	9	28,1	23	71,9	16	36,4	28	63,6
> SM	1	12,5	7	87,5	7	21,2	26	78,8
Ausente	-	-	-	-	2	8	1	1,8
Total	10	25	30	75	25	31,2	55	68,8

*Qui-quadrado de Pearson (p<0,0010).

Fonte: Elaboração da autora.

Segundo a OMS, valores do índice CPO-D mais altos do que 4,4 são considerados elevados. Neste estudo, os dois grupos analisados apresentaram CPO-D acima desse valor, justificado principalmente por serem os participantes do grupo teste excluídos sociais que, conforme Junqueira e colaboradores (2012), apresentam os piores índices de necessidades em saúde, associados à falta de programas de promoção de saúde bucal e ao difícil acesso aos

serviços odontológicos, assim como à higiene bucal precária em vista do comprometimento motor induzido pelo uso diário de psicofármacos. O componente “perdidos” foi o maior representante do índice CPO-D nos dois grupos analisados, dados esses respaldados pelo perfil da atenção à saúde bucal prestada nos serviços públicos, nos quais, segundo o Ministério da Saúde, a exodontia corresponde a 22% do cômputo geral dos procedimentos odontológicos realizados.

7.5.2 Causas das perdas dentárias

Ao avaliar-se a composição percentual do índice CPO-D dos grupos que compuseram a amostra deste estudo, foi possível observar que a perda dentária constituiu-se em um grave problema de saúde bucal, como está evidenciado nas Tabelas 17, 18 e 19, cabe, porém, ressaltar que 15% (18) participantes desta pesquisa tinham todos os dentes presentes, sendo 3 homens (2,5%) do grupo teste e 15 (12,5%) componentes do grupo controle, entre eles 9 (7,5%) mulheres e 6 (5%) homens.

A diferença entre as causas das perdas dentárias nos dois grupos analisados teve significância estatística constatada a partir da aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson (*p=0,001); no grupo teste, 51,4% (19) dos participantes perdeu dentes devido à doença periodontal e, no grupo controle, a causa mais registrada (52,3%/ 34) foi a cárie. Perdas dentárias por trauma só foram registradas no grupo teste (18,9%/ 7), no qual todos os componentes eram usuários de antipsicóticos típicos, 5 deles de psicofármaco do grupamento farmacológico da clorpromazina, que pode ter como efeito adverso a hipotensão ortostática, levando a queda súbita com fratura dentária, prioritariamente dos dentes anteriores superiores e inferiores, e 2 pacientes foram vítima de agressão na rua, como está demonstrado na Tabela 18.

Tabela 18 - Valores absolutos e relativos da amostra segundo as causas de perda dentária Salvador-BA, 2015

Grupo	Causa	Cárie		Doença periodontal		Trauma	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Teste		11	29,7	19	51,4	7	18,9
Controle		34	52,3	31	47,7	-	-
	Total	45	44,1	50	49	7	6,9

Fonte: Elaboração da autora.

A análise da associação das causas das perdas dentárias com as variáveis sociodemográficas consideradas demonstrou uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos quando o foco da análise foram as variáveis gênero (*p=0,018) e escolaridade (*p=0,063). A cárie foi a causa mais registrada entre os participantes do grupo controle com escolaridade maior do que ou igual a 9 anos de estudo (48,6%/18); entretanto, no grupo teste, foi a doença periodontal (54,5%/18) a causa mais observada entre os voluntários com menos de 9 anos de estudo. Por outro lado, as 7 perdas dentárias causadas por trauma foram registradas exclusivamente em homens (35%), com maior concentração entre os da segunda faixa etária (16,1%/5), como mostra a Tabela 19.

Os resultados obtidos neste trabalho registraram a cárie como a principal causa de perdas dentárias entre os homens, e a doença periodontal, entre as mulheres. Esses resultados estão em concordância com os obtidos por Chu e colaboradores (2012), que também apontaram uma maior concentração percentual de dentes perdidos por cárie entre os homens e por doença periodontal entre as mulheres. Essa ocorrência pode estar associada ao componente dor, presente na cárie avançada, que justifica a ida ao dentista; entretanto, a doença periodontal, que é insidiosa porque não provoca dor, não justifica a procura por atendimento odontológico, ressaltando-se os casos clínicos de doença periodontal aguda.

Analisando-se estatisticamente a associação do grau de escolaridade dos participantes com as causas das perdas dentárias, obteve-se, mediante a aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson, uma diferença significativa (*p=0,063), ou seja, ter 9 anos ou mais de estudo impactou na causa da perda dental motivada por cárie, independentemente de o indivíduo ter ou não saúde mental; porém, nos voluntários com menos de nove anos de estudo, a doença periodontal foi a maior causadora da perda dentária entre os pacientes psiquiátricos, achados que são corroborados pelos resultados dos estudos de Chu e colaboradores (2012) e de Eltas e colaboradores (2013).

Tabela 19 - Valores absolutos e relativos da amostra segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e as causas de perda dentária Salvador-BA, 2015

Grupo/ Causa Variável	Teste						Controle					
	Cárie Nº %		Doença periodontal Nº %		Trauma Nº %		Cárie Nº %		Doença periodontal Nº %		Trauma Nº %	
Gênero												
Masculino	2	10	8	40	7	35	17	42,5	17	42,5	-	-
Feminino	9	45	11	55	-	-	17	42,5	14	35	-	-
Total	11	27,5	19	47,5	7	17,5	34	42,5	31	38,8	-	-
Faixa etária												
18-34 anos	3	33,3	2	22,2	2	22,2	8	36,4	5	22,7	-	-
≥ 35 anos	8	25,8	17	54,8	5	16,1	26	44,8	26	44,8	-	-
Total	11	27,5	19	47,5	7	17,5	34	42,5	31	38,8	-	-
Grupo étnico												
Branco/Pardo	4	20	11	55	4	20	19	47,5	20	52,5	-	-
Negro	7	35	8	40	3	15	15	60	10	40	-	-
Não declarado	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-
Total	11	27,5	19	47,5	7	17,5	34	42,5	31	38,8	-	-
Escolaridade												
≥ 9 anos	3	42,9	1	14,3	2	28,6	18	48,6	15	40,5	-	-
< 9 anos	8	24,2	18	54,5	5	15,2	16	37,2	16	37,2	-	-
Total	11	27,5	19	47,5	7	17,5	34	42,5	31	38,8	-	-
Renda mensal												
≤ SM	8	25	16	50	6	18,8	18	40,9	16	36,4	-	-
> SM	3	37,5	3	37,5	1	12,5	15	45,5	15	45,5	-	-
Ausente	-	-	-	-	-	-	1	33,3	-	-	-	-
Total	11	27,5	19	47,5	7	17,5	34	42,5	31	38,8	-	-

*Qui-quadrado de Pearson ($p < 0,0010$)

Fonte: Elaboração da autora.

A partir dos resultados obtidos por Eltas e colaboradores (2013), que não apontaram diferença estatisticamente significativa em relação ao CPO-D ($p > 0,05$) entre os grupos formados por usuários de antipsicóticos típicos e usuários de antipsicóticos atípicos, pôde-se evidenciar o papel deletério desses psicofármacos sobre a saúde bucal dos pacientes psiquiátricos, particularmente quando a variável categórica foi o CPO-D, denotando-se a consonância desse estudo com as tendências recentes nas pesquisas em saúde pública, que resultaram em recomendações para a reorientação da abordagem, buscando-se melhorar a saúde bucal de pacientes psiquiátricos, a partir da inclusão do dentista na equipe multidisciplinar envolvida na assistência à saúde mental.

O tempo de hospitalização dos pacientes portadores de transtorno mental e comportamental pode ter influência no número de dentes perdidos, como foi demonstrado no estudo de Chu e colaboradores (2012), fato que, em última análise, motivou o aumento do índice CPO-D entre os pacientes esquizofrênicos, que são aqueles que mais requerem internação

hospitalar e para cujo tratamento os psicofármacos de primeira escolha são os antipsicóticos típicos e atípicos conforme avaliação médica. Na presente pesquisa, o mesmo componente percentual do CPO-D também contribuiu para a elevação do índice de cárie nos grupos analisados. Apesar do CPO-D moderado/alto ter sido o mais prevalente em ambos os grupos (grupo teste: 75%/30; grupo controle: 68,7%/55), ressalte-se que, entre os pacientes psiquiátricos, 3 tinham todos os dentes presentes, fato, aliás, inédito, haja vista que a maioria dos estudos (BALDANI; VASCONCELOS; ANTUNES, 2004; CHU et al., 2012; ELTAS et al., 2013; MORALES-CHÁVEZ; RUEDA-DELGADO; PEÑA-OROZCO, 2014), aponta os dentes perdidos como o componente mais representativo no índice CPO-D desses indivíduos, pois, quando buscam a assistência odontológica, a opção pelo tratamento mutilador é a primeira escolha, como foi constatado no estudo de Jamelli e colaboradores (2010), realizado em Pernambuco.

7.5.3 Índice de sangramento gengival à sondagem (SS)

Neste trabalho, optou-se pela utilização do índice de sangramento gengival à sondagem (SS) preconizado por Ainamo e Bay (1975) e de dados relativos à mensuração da profundidade de sondagem e ao nível de inserção clínica, conforme o protocolo do exame periodontal sugerido por Armitage (1999). Os valores percentuais do índice de sangramento gengival à sondagem (SS) foram embasados nos referenciais de determinação do risco periodontal que orientaram a categorização aplicada: (i) <10% (baixo risco periodontal); (ii) de 10% a 25% (médio risco periodontal); (iii) >25% (alto risco periodontal), considerando-se a porcentagem dos sítios examinados.

Avaliando-se a correlação entre os diferentes escores do índice de sangramento gengival à sondagem (SS) com a saúde mental dos grupos analisados, observou-se que, no grupo teste, o escore do SS >25% dos sítios analisados foi o mais registrado, representado por 37,5% (15) dos participantes, ao passo que, no grupo controle, foi mais frequente o escore <10%, com 41,3% (33) dos indivíduos. A partir do teste Qui-quadrado de Pearson, não foi encontrada significância estatística entre os dois grupos avaliados (*p=0,494), como se vê na Tabela 20.

A presença do sangramento gengival à sondagem está associada à inflamação nos tecidos do periodonto de proteção e, como foi constatada, em maior ou menor porcentagem, em todos os participantes, pode-se afirmar que os voluntários eram portadores de doença periodontal, a ser diagnosticada corretamente com o minucioso exame periodontal, mediante a mensuração dos parâmetros clínicos: profundidade de sondagem e nível de inserção clínica.

Partindo-se do pressuposto de que um dos critérios de inclusão estabelecido para esta pesquisa foi o de que o voluntário não tivesse se submetido a tratamento periodontal prévio, justificada está a unanimidade da presença do sangramento gengival à sondagem. O sangramento é classificado como um indicador da presença da doença, e não da sua severidade. A partir desse parâmetro, analisa-se a capacidade de o paciente realizar o controle adequado do biofilme dentário, analisando-se, assim, a resposta do hospedeiro ao desafio bacteriano e a adesão do paciente ao sistema de reavaliações, quando já está na etapa da terapia periodontal de suporte.

Apesar de estar estabelecido na literatura (LANG; TONETTI, 2003) que escores abaixo de 20% dos sítios com sangramento gengival após a sondagem delicada é um percentual compatível com um menor risco periodontal, fica evidenciada a presença da inflamação gengival, certamente vinculada à precariedade da higiene bucal, que está justificada pelos altos escores do índice de placa registrados na maior parte dos voluntários do grupo teste (90%/36) e do controle (86,3%/69), como se verá adiante, apesar de a maioria dos participantes ter declarado já haver recebido instruções de higiene bucal de um profissional e realizar a escovação de duas a três vezes por dia; todavia, o uso majoritário de palito em lugar de fio/fita dental teria, muito provavelmente, influenciado nos valores dos escores do SS obtidos neste estudo, valores que são compatíveis com os observados no estudo caso-controle desenvolvido em um hospital psiquiátrico por Velasco-Ortega e colaboradores (1997) e com os resultados da pesquisa realizada por Al-Mobeeriek (2012) em uma clínica psiquiátrica, que incluíram adultos com saúde mental nos seus grupos controle.

Tabela 20 - Valores absolutos e relativos da amostra segundo os escores do índice de sangramento gengival à sondagem, Salvador-BA, 2015

Grupo	Escores do SS		<10%		10%-25%		>25%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Teste	13	32,5	12	30	15	37,5		
Controle	33	41,3	25	31,3	22	27,5		
Total	46	38,3	37	30,8	37	30,8		

Fonte: Elaboração da autora.

Esses resultados vão ao encontro dos obtidos por Eltas e colaboradores (2013) que compararam os escores dos índices de sangramento gengival à sondagem de usuários de antipsicóticos típicos (ApT) e atípicos (ApA), cujos escores do SS foram significativamente mais elevados no grupo dos usuários dos ApT ($p < 0,001$), estabelecendo-se, assim, o efeito

deletério desses psicofármacos sobre a saúde periodontal de pacientes psiquiátricos, o que corrobora os resultados do presente estudo, que registrou o sangramento gengival à sondagem em todos os pacientes psiquiátricos examinados, usuários de antipsicóticos típicos/de primeira geração que podem comprometer a motricidade (ELTAS et al., 2013), prejudicando sobremaneira a execução da correta higiene bucal, e interferir no fluxo salivar, reduzindo-o ou aumentando-o na dependência do grupamento farmacológico do psicofármaco administrado. Seu tempo de uso também foi objeto de análise desses autores, que concluíram que quanto maior o tempo (de 5 a 6 anos) pior a condição bucal do usuário. Justificada está a necessidade do acompanhamento longitudinal dos usuários desses psicofármacos, que podem induzir alterações no sistema estomatognático, com o aumento da prevalência de doenças bucais, tais como gengivite, periodontite, cárie, assim como da disfunção temporomandibular (DTM).

Avaliando-se a correlação dos escores do índice de sangramento gengival à sondagem com as variáveis sociodemográficas, mediante a aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson, apenas houve correlação estatisticamente significativa com a variável renda mensal (* $p=0,007$), ou seja, o SS >25% foi registrado em 43,8% (14) dos pacientes psiquiátricos e em 36,4% (16) dos indivíduos com saúde mental com renda mensal até um salário mínimo vigente à época da coleta dos dados. Entre os participantes com renda mensal acima de um salário mínimo, apenas um portador de transtorno mental (12,5%) apresentou o SS >25% e, no grupo controle, esse escore foi observado em 18,2% (6) dos indivíduos. Cabe ressaltar que nos três participantes do grupo controle sem renda mensal declarada, o SS registrado ficou abaixo de 10% (3,7%), o que indica presença de inflamação nos tecidos periodontais. Os dados obtidos estão explicitados na Tabela 21.

Tabela 21 - Valores absolutos e relativos da amostra segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e os escores do índice de sangramento gengival à sondagem Salvador-BA, 2015

Variável	Grupo SS		Teste						Controle					
	<10%		10%-25%		>25%		<10%		10%-25%		>25%			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Gênero														
Masculino	6	30	6	30	8	40	19	47,5	14	35	7	17,5		
Feminino	7	35	6	30	7	35	14	35	11	27,5	15	37,5		
Total	13	32,5	12	30	15	37,5	33	41,2	25	31,3	22	27,5		
Faixa etária														
18-34 anos	2	22,2	4	44,4	3	33,3	9	40,9	8	36,4	5	22,7		
≥ 35 anos	11	35,5	8	25,8	12	38,7	24	41,4	17	29,3	17	29,3		
Total	13	32,5	12	30	15	37,5	33	41,2	25	31,3	22	27,5		
Grupo étnico														
Branco/Pardo	9	45	5	25	6	30	21	44,7	12	25,5	14	29,8		
Negro	4	20	7	35	9	45	11	34,4	13	40,6	8	25		
Não declarado	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-		
Total	13	32,5	12	30	15	37,5	33	41,2	25	31,3	22	27,5		
Escolaridade														
≥ 9 anos	4	40	5	50	1	10	29	43,3	20	29,9	18	26,9		
< 9 anos	9	30	7	23,3	14	46,7	4	30,8	5	38,5	4	30,8		
Total	13	32,5	12	30	15	37,5	33	41,2	25	31,3	22	27,5		
Renda mensal *p= 0,007														
≤ SM	8	25	10	31,3	14	43,8	13	29,5	15	34,1	16	36,4		
> SM	5	62,5	2	25	1	12,5	17	51,5	10	30,3	6	18,2		
Ausente	-	-	-	-	-	-	3	3,7	-	-	-	-		
Total	13	32,5	12	30	15	37,5	33	41,2	25	31,3	22	27,5		

*Qui-quadrado de Pearson ($p < 0,0010$)

Fonte: Elaboração da autora.

A partir desses resultados fica evidenciando o papel decisivo da baixa condição socioeconômica, que pode levar à exclusão social, na saúde bucal, particularmente no aparecimento e progressão da doença periodontal, apontada por Tavares e outros (2013) como uma doença social e também em conformidade com os achados de alguns estudos consultados (BROW; BRUNELLE; KINGMAN, 1996; JUNQUEIRA et al., 2012; BERTAUD-GOUNOT et al., 2013).

Para Newbrun (1996), a presença de sangramento gengival após uma sondagem delicada é um indicativo de inflamação gengival, mas a sua ausência não pode ser considerada um sinal de saúde periodontal, de acordo com Ainamo e Bay (1975), que também não consideram o sangramento à sondagem um indicador confiável de atividade da doença periodontal. Mesmo apresentando tal limitação, esse exame é passível de utilização, tanto na clínica, para efeito de diagnóstico, como na monitoração da saúde gengival, por ser um sinal

típico de gengivite (ARMITAGE, 1999). Diante das argumentações contraditórias sobre o valor da presença de sangramento gengival após a sondagem no diagnóstico da doença periodontal, Newbrun (1996) propôs que essa avaliação poderia ser enquadrada como um dos parâmetros clínicos do estado periodontal, já que, seguramente, a sua presença está associada à inflamação gengival.

Embora não tenha sido estabelecido um nível aceitável de prevalência de sangramento gengival à sondagem acima do qual exista um risco maior para a recorrência da doença, uma prevalência de 25% do sangramento à sondagem foi o ponto limite entre os pacientes com estabilidade periodontal mantida por quatro anos e pacientes com recorrência de doença, pelo que indivíduos com baixas médias de porcentagem de sangramento à sondagem (<20% das superfícies) podem ser considerados pacientes de baixo risco para a recorrência da doença (LANG; TONETTI, 2003), ao passo que pacientes com uma média entre 20% e 30% podem ser considerados de alto risco para a progressão da doença.

Avaliando-se a correlação dos percentuais do SS encontrados neste estudo com o risco individual à periodontite, pode-se inferir que os 15 indivíduos do grupo teste com SS >25% podem ser categorizados como de alto risco periodontal, e os 25 participantes do grupo controle com SS de 10% a 25%, podem ser classificados como de médio risco periodontal, tema que será discutido mais adiante, ao ser abordado o risco periodontal nos indivíduos examinados.

7.5.4 Índice de placa visível (IP)

Para a determinação do índice de placa (IP), optou-se pela adaptação da metodologia sugerida por Silness e Loe (1964) que possibilita a contagem dicotômica (0 - sem placa; 1 - com placa), a partir da avaliação visual da presença de biofilme em seis sítios/dentes de todas as unidades dentárias presentes. Nesta pesquisa, os escores do referido índice foram correlacionados com a qualidade da higiene bucal, os quais, conforme o percentual de áreas examinadas a partir da visualização a olho nu da presença do biofilme dentário acumulado sobre os dentes examinados, foram categorizados em (i) <40% das superfícies dentárias examinadas com a presença de placa bacteriana e (ii) \geq 40% com a presença da placa bacteriana, índices adaptados de Torrungruang e colaboradores (2005), com a padronização do percentual de \geq 40% do índice de placa registrado associado ao acúmulo abundante de biofilme dentário, geralmente decorrente da precariedade da higiene bucal. Esse índice foi o selecionado para o presente estudo por aceitar a possibilidade de dicotomização, por apresentar praticidade de determinação e por vir sendo prestigiado em diversos trabalhos experimentais com amostras e metodologias

similares (KISELY et al., 2011; KEBEDE; KEMAL; ABERA, 2012; BERTAUD-GOUNOT et al., 2013; ELTAS et al., 2013).

Desse modo, no delineamento metodológico desta pesquisa, o índice de placa visível (IP) foi categorizado nos dois escores acima mencionados. O $IP \geq 40\%$ foi registrado, no grupo teste, em 90% (36) dos participantes e, no grupo controle, em 86,3% (69) dos indivíduos, denotando um grande acúmulo de biofilme dentário, compatível com uma precária higiene bucal em ambos os grupos, sem diferença estatisticamente significativa entre eles ($p=0,558$), como está demonstrado na Tabela 22.

Tabela 22 - Valores absolutos e relativos da amostra segundo os escores do índice de placa Salvador-BA, 2015

Grupo	Escore IP	<40%		≥40%	
		Nº	%	Nº	%
Teste		4	10	36	90
Controle		11	13,7	69	86,3
	Total	15	12,5	105	87,5

* $p=0,558$

Fonte: Elaboração da autora.

Esses resultados estão em concordância com os obtidos por Eltas e colaboradores (2013) que também observaram escores elevados do IP tanto entre usuários de antipsicóticos típicos como de antipsicóticos atípicos e são corroborados, igualmente, pelos resultados apresentados no estudo caso-controle realizado por Velasco-Ortega e Bullon (1999), que, comparando os escores do IP de pacientes psiquiátricos com os de indivíduos com saúde mental, concluíram que o IP elevado foi registrado na maioria dos participantes independentemente de sua condição mental.

Com a aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson, verificou-se uma significância estatística na correlação dos dois escores do IP com as variáveis socioeconômicas gênero (* $p=0,053$) e grupo étnico (* $p=0,002$). No primeiro caso, registrou-se o escore $IP \geq 40\%$ em 93,3% (56) dos homens e em 81,7% (49) das mulheres, independentemente da condição mental instalada; no segundo, esse mesmo escore foi obtido em 95,5% (64) dos brancos/pardos e em 76,9% (40) dos negros, evidenciando-se a precariedade da higiene bucal, como pode ser depreendido da Tabela 23.

Convém sublinhar que essa associação estatisticamente significativa entre o IP e o grupo étnico (* $p=0,002$), não pode ser justificada apenas pela questão racial, considerando-se que a

situação da higiene bucal é o fator determinante para o aparecimento das doenças bucais, particularmente da cárie e da doença periodontal, que são problemas de saúde pública em vista de suas altas prevalências nas populações de modo geral, podendo levar à perda dental. A raça não é categorizada como fator de risco para as doenças periodontais e, até o momento, apenas o diabetes e o tabagismo são incluídos nessa categoria. Os resultados da presente pesquisa discordam dos obtidos por Velasco-Ortega e Bullon (1999), Kisely e colaboradores (2011) e Kebede, Kemal e Abera (2012), que não apontaram diferenças significativas nos escores do IP entre os grupos étnicos analisados.

Tabela 23 - Valores absolutos e relativos da amostra segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e os escores do índice de placa Salvador-BA, 2015

Variável \ Grupo / IP	Grupo teste				Grupo controle			
	< 40%		≥ 40%		< 40%		≥ 40%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gênero								
	*p=0,053							
Masculino	-	-	20	10	4	10	36	90
Feminino	4	20	16	80	7	17,5	33	82,5
Total	4	10	36	90	11	13,8	69	86,2
Faixa etária								
18-34 anos	1	11,1	8	88,9	3	13,6	19	86,4
≥ 35 anos	3	9,7	28	90,3	8	13,8	50	86,2
Total	4	10	36	90	11	13,8	69	86,2
Grupo étnico								
	*p=0,002							
Branco/Pardos	-	-	20	100	3	6,4	44	93,6
Negros	4	20	16	80	8	25	24	75
Não declarado	-	-	-	-	-	-	1	100
Total	4	10	36	90	11	13,8	69	86,2
Escolaridade								
≥ 9 anos	1	14,3	6	67,5	4	10,8	33	89,2
< 9 anos	3	9,1	30	90,9	7	16,3	36	83,7
Total	4	10	36	90	11	13,8	69	86,2
Renda mensal								
≤ SM	3	9,4	29	90,6	10	22,7	34	77,3
> SM	1	12,5	7	87,5	1	3	32	97
Ausente	-	-	-	-	-	-	3	100
Total	4	10	36	90	11	13,8	69	86,2

Fonte: Elaboração da autora.

Ao avaliar-se a significância estatística da associação entre o gênero e o IP (* $p=0,053$), ficou claro que o escore inferior a 40% foi registrado apenas entre as mulheres do grupo teste: 20% (4); por outro lado, o escore mais elevado ($\geq 40\%$) foi observado em ambos os sexos dos pacientes psiquiátricos. Entre os indivíduos com saúde mental, mais mulheres apresentaram o escore inferior a 40% (17,5%/7), do que os homens (10%/4). O escore do IP superior ou igual a 40%, que é compatível com uma higiene bucal precária, foi observado tanto entre os homens como entre as mulheres, e este achado possivelmente está correlacionado com o fato de esses indivíduos não terem recebido tratamento periodontal prévio à coleta de dados. Pode-se então afirmar que as mulheres, independentemente da sua condição mental, demonstram uma maior atenção com a higiene bucal, aliada à frequência com que buscam atendimento odontológico, visando a um exame ou profilaxia ou a uma consulta de revisão de caráter preventivo. Esses resultados estão em discordância com os obtidos por Eltas e colaboradores (2013) que ressaltaram que os índices de placa foram significativamente mais elevados no grupo dos usuários dos ApT do que no que utilizava ApA ($p<0.001$), porém não houve diferença entre os homens e as mulheres, considerando-se a influência do gênero nos riscos para a saúde bucal, particularmente quando são consideradas as alterações hormonais femininas. Paralelamente às instruções de higiene oral, as pacientes deveriam receber explicações específicas sobre as mudanças cíclicas na saúde bucal causadas por peculiaridades da vida feminina (puberdade, menstruação, gravidez, menopausa, pós-menopausa, uso de anticoncepcionais e de terapia de reposição hormonal).

Os valores elevados do índice de sangramento gengival conjugados com os do índice de placa constatados na presente pesquisa, reveladores de negligência com a higiene bucal, são corroborados pelas conclusões alcançadas por trabalhos que também compararam as condições de saúde bucal de pacientes psiquiátricos com as de indivíduos mentalmente saudáveis (VELASCO-ORTEGA et al., 1997; TANG et al., 2004), porém essas conclusões não lhes permitiram estabelecer a relação entre a doença mental e as alterações na qualidade da saúde bucal.

7.5.5 Diagnóstico periodontal

Para o delineamento do perfil periodontal desta amostra optou-se pela aplicação dos parâmetros clínicos de diagnóstico que viabilizassem a coleta dos dados, objetivando-se, além de um levantamento epidemiológico, uma análise da repercussão dos transtornos mentais e comportamentais e do uso diário dos antipsicóticos típicos/de primeira geração nos tecidos

periodontais. Os parâmetros clínicos de diagnóstico periodontal aplicados, conforme a severidade e a extensão, foram, respectivamente, a perda do nível de inserção clínica e o número de sítios afetados, que se adequam à classificação adotada pela Academia Americana de Periodontologia, que foi sugerida por Armitage (1999). A avaliação da severidade e da extensão da doença periodontal diagnosticada nos participantes foi realizada a partir da análise dos periodontogramas individuais que registravam os parâmetros clínicos de diagnóstico periodontal.

Segundo Newbrun (1996) e Wilson Jr. e Magnusson (1996), alguns fatores podem influenciar o resultado das medidas realizadas com a sonda periodontal, destacando-se, entre outros, a pressão aplicada ao instrumento durante a sondagem, o desenho inadequado na parte ativa da sonda e os fatores anatômicos que podem dificultar o paralelismo entre a sonda e o longo eixo do dente a ser examinado. Para evitar-se ou reduzir-se a margem de erro na sondagem clínica periodontal, visando à coleta de dados e à consequente determinação desses índices da forma mais criteriosa possível do ponto de vista científico, necessário se faz proceder à rigorosa calibração do examinador. Neste estudo, o grau de concordância intraexaminador revelou percentual da ordem de 95,83%, categorizado como “excelente”, segundo a classificação estabelecida por Spolsky e Gornbein (1996), mediante a aplicação do teste de correlação de Spearman. Os resultados dessa avaliação asseguram ter havido rigoroso controle nos procedimentos de sondagem, o que reduziu sobremaneira a possibilidade de erro por parte do examinador.

A avaliação e o monitoramento das condições bucais de pacientes psiquiátricos assistidos no Núcleo Docente Assistencial de Odontologia e Saúde Mental do Hospital Juliano Moreira a partir do protocolo sugerido por Carvalho e Araújo (2004), que preconiza diferentes posturas profissionais em conformidade com o grau de comprometimento intelectual dos indivíduos em questão, assegurou a manutenção da coerência com a política de saúde mental adotada pelo modelo institucional vigente. Esses autores recomendam a execução de procedimentos de higiene oral prévios a qualquer manipulação na cavidade bucal desses pacientes, que inclui, além da escovação supervisionada, bochechos com clorexidina a 0,2% por um minuto, de modo a restringir a bacteremia transitória, que, nesse grupo especial, pode evoluir até um quadro clínico de septicemia, atribuído, possivelmente, a uma imunossupressão, frequentemente observada em indivíduos ansiosos ou estressados, conforme descreve a literatura especializada em psiconeuroimunologia (MONTEIRO DA SILVA; NEWMAN; OAKLEY, 1995; MOSS et al., 1996; ARAÚJO; SENA, 2011). A opção por tal modelo de saúde bucal preventivo seria, provavelmente, a responsável pela baixa prevalência de

periodontopatias severas detectadas na amostra da pesquisa realizada por Carvalho, Araújo e Correa (2001). No presente estudo, todos os participantes apresentaram periodontite, independentemente do comprometimento mental, com predominância de periodontite crônica severa localizada, associada ao índice de placa elevado ($\geq 40\%$), detectado em 87,5 (105) deles.

Esses resultados estão em consonância com os obtidos por outros estudos cujas amostras se constituíram de pacientes em sofrimento psíquico assistidos em hospitais psiquiátricos (VELASCO-ORTEGA et al., 1997) ou em serviços complementares, como os centros de atenção psicossocial (SACCHETTO et al., 2013) e as residências terapêuticas (JAMELLI et al., 2010).

Na amostra analisada, não foram diagnosticados casos clínicos de gengivite e de periodontite agressiva. Os quadros de periodontite crônica severa localizada foram os mais registrados em ambos os grupos, sendo diagnosticada no grupo teste em 62,5% (25) dos participantes e, no grupo controle, em 58,7% (47). A periodontite crônica severa generalizada foi o segundo quadro clínico mais diagnosticado: 17,5% (7) dos pacientes do grupo teste e 20% (16) dos participantes do grupo controle apresentavam essa patologia. A partir da aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson, ficou comprovado que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos avaliados ($p=0,290$), como está demonstrado na Tabela 24.

Tabela 24 - Valores absolutos e relativos da amostra segundo as doenças periodontais Salvador-BA, 2015

Grupo \ DP	PCLG		PCML		PCMG		PCSL		PCSG	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Teste	1	2,5	6	15	1	2,5	25	62,5	7	17,5
Controle	-	-	16	20	1	1,3	47	58,7	16	20
Total	1	0,8	22	18,3	2	1,7	72	60	23	19,2

Fonte: Elaboração da autora.

- Notas: PCLG = periodontite crônica leve generalizada
 PCML = periodontite crônica moderada localizada
 PCMG = periodontite crônica moderada generalizada
 PCSL = periodontite crônica severa localizada
 PCSG = periodontite crônica severa generalizada

Ao se analisar, a associação da severidade e da extensão da doença periodontal com as variáveis sociodemográficas, evidenciou-se a significação estatística da variável faixa etária ($*p=0,001$), reforçando que, nos grupos estudados, a idade influenciou na severidade e na extensão da doença periodontal diagnosticada, ou seja, nos participantes com idade igual ou

superior a 35 anos foi diagnosticada a doença periodontal mais severa, porém com extensão localizada, conforme está demonstrado nas Tabelas 25 (grupo teste) e 26 (grupo controle).

As doenças periodontais tornam-se mais graves após os 35 anos de idade, quando as perdas dentárias decorrentes dessas patologias aumentam progressivamente. Há uma irrefutável evidência firmada na opinião unânime dos pesquisadores (VAN DER VELDEN, 1984) quanto ao aumento na incidência e na severidade da doença periodontal com o envelhecimento do indivíduo. No presente estudo, a periodontite foi diagnosticada em todos os pacientes com idade superior ou igual a 35 anos, independentemente de sua condição de saúde mental, em suas diferentes apresentações, quais sejam: periodontite crônica leve generalizada, diagnosticada apenas no grupo teste (2,5%/1); periodontite crônica moderada localizada, no grupo teste (15%/6) e no controle (20%/16); periodontite crônica moderada generalizada, no grupo teste (2,5%/1) e no controle (1,3%/1); periodontite crônica severa localizada, no grupo teste (62,5%/25) e no controle (58,7%/47); periodontite crônica severa generalizada, no grupo teste (17,5%/7) e no controle (20%/16).

A menção aos diagnósticos periodontais dos pacientes envolvidos neste estudo pode subsidiar, a partir de evidências científicas, a afirmação da maioria dos autores de que os pacientes psiquiátricos devem ser categorizados como de alto risco para a doença periodontal, requerendo acompanhamento longitudinal da condição de saúde bucal, para os pacientes institucionalizados em hospitais psiquiátricos. Cabe destacar que essa categorização do risco para as doenças bucais está associada ao comprometimento da coordenação motora, advindo do uso diário de psicofármacos mas também ao descaso com a higiene bucal. Além disso, os antipsicóticos típicos provocam uma redução do fluxo salivar — xerostomia —, restringindo a ação reguladora que a saliva exerce na homeostasia do meio bucal (ELTAS et al., 2013).

Tabela 25 - Valores absolutos e relativos do grupo teste segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e as doenças periodontais, Salvador-BA, 2015

		Grupo teste									
Variável	Doença periodontal	PCLG		PCML		PCMG		PCSL		PCSG	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gênero											
Masculino		1	5	2	10	-	-	13	65	4	20
Feminino		-	-	4	20	1	5	12	60	3	15
	Total	1	2,5	6	15	1	2,5	25	62,5	7	17,5
Faixa etária										*p=0,001	
18-34 anos		-	-	2	22,2	-	-	6	66,7	1	11,1
≥ 35 anos		1	3,2	4	12,9	1	3,2	19	61,3	6	19,4
	Total	1	2,5	6	15	1	2,5	25	62,5	7	17,5
Grupo étnico											
Branco/Pardo		-	-	3	15	1	5	14	70	2	10
Negro		1	5	3	15	-	-	11	55	5	25
	Total	1	2,5	6	15	1	2,5	25	62,5	7	17,5
Escolaridade											
≥ 9 anos		-	-	1	14,3	-	-	6	85,7	-	-
< 9 anos		1	3	5	15,2	1	3	19	57,6	7	21,2
	Total	1	2,5	6	15	1	2,5	25	62,5	7	17,5
Renda mensal											
≤ SM		1	3,1	4	12,5	1	3,1	20	62,5	6	18,8
> SM		-	-	2	25	-	-	5	62,5	1	12,5
Ausente		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	1	2,5	6	15	1	2,5	25	62,5	7	17,5

Fonte: Elaboração da autora.

Tabela 26 - Valores absolutos e relativos do grupo controle segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e as doenças periodontais, Salvador-BA, 2015

		Grupo controle									
Variável	Doença periodontal	PCLG		PCML		PCMG		PCSL		PCSG	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gênero											
	Masculino	-	-	11	27,5	-	-	25	62,5	4	10
	Feminino	-	-	5	12,5	1	2,5	22	55	12	30
	Total	-	-	16	20	1	1,2	47	58,8	16	20
Faixa etária										*p=0,001	
	18-34 anos	-	-	14	63,6	-	-	6	27,3	2	9,1
	≥ 35 anos	-	-	2	3,4	1	1,7	41	70,7	14	24,1
	Total	-	-	16	20	1	1,2	47	58,8	16	20
Grupo étnico											
	Branco/Pardo	-	-	8	17	1	2,2	30	63,8	8	17
	Negro	-	-	8	25	-	-	17	53,1	7	21,9
	Não declarado	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100
	Total	-	-	16	20	1	1,2	47	58,8	16	20
Escolaridade											
	≥ 9 anos	-	-	8	21,6	-	-	20	54,1	9	24,3
	< 9 anos	-	-	8	18,6	1	2,3	27	62,8	7	16,3
	Total	-	-	16	20	1	1,2	47	58,8	16	20
Renda mensal											
	≤ SM	-	-	8	18,2	1	2,3	24	54,5	11	25
	> SM	-	-	8	24,2	-	-	20	60,6	5	15,2
	Ausente	-	-	-	-	-	-	3	100	-	-
	Total	-	-	16	20	1	1,2	47	58,8	16	20

Fonte: Elaboração da autora.

Na maioria dos participantes desta pesquisa, a presença da doença periodontal destrutiva está em concordância com os resultados obtidos por Gopalakrishnapillai e outros (2012), que diagnosticaram a periodontite na maioria dos participantes examinados tanto no grupo dos pacientes psiquiátricos como no grupo dos mentalmente saudáveis. Entretanto, em contradição com esse estudo, que observou perda de inserção clínica de 9-11 mm em 10,3% dos 165 pacientes internados, os resultados da presente pesquisa apontaram que, em 20% dos pacientes portadores de distúrbios mentais, houve perda de inserção clínica entre 3 e 4 mm e, em 80%, a perda foi ≥5 mm, sendo a periodontite crônica severa localizada diagnosticada na maioria dos pacientes (60%/72), e a periodontite crônica severa generalizada, em 19,2% (23). A influência do tempo de internação na severidade e extensão da doença periodontal foi constatada pelos mesmos

autores, porém, no presente estudo, tanto a severidade como a extensão da doença periodontal foram associadas ao elevado escore do índice de placa visível, um reflexo da precariedade da higiene bucal comum nos pacientes psiquiátricos, que também foi referida por Kumar, Chandu e Shafiulla (2006), observando-se que esses autores consideraram outros indicadores de risco para a doença periodontal tais como: a idade, o tempo de instalação da doença mental, o grau de dependência e a irregularidade do hábito de higiene bucal dos indivíduos investigados, que foram acompanhados durante um ano de sua internação em um hospital psiquiátrico. Como os participantes do grupo teste da presente pesquisa eram pacientes assistidos em um hospital psiquiátrico público, que oferece assistência à saúde bucal, fica patente a necessidade do exame bucal regular com a aplicação e o monitoramento dos índices epidemiológicos, de modo a assegurar a manutenção da saúde bucal dos portadores de distúrbios mentais, independentemente do modelo assistencial psiquiátrico ao qual estejam submetidos.

Há de se ter em consideração que é extremamente questionável o estabelecimento de comparações entre os resultados decorrentes da aplicação de diferentes métodos de avaliação das condições periodontais de populações, tais como o IPC e o ICNTP ou os índices individualizados. Estes últimos foram os eleitos para a realização da presente pesquisa, tendo em vista não só a natureza e a extensão da amostra em apreço, como também as condições socioeconômicas e culturais da região urbana em que foi realizada (Salvador, Bahia).

Já está estabelecido na literatura que o fator etiológico primário da doença periodontal é o biofilme dentário e que o seu acúmulo induz a inflamação gengival, percebendo-se, com isso, a precariedade da higiene bucal. Tal constatação justifica a criação de programas educacionais de promoção de saúde bucal, direcionados também para os portadores de transtornos mentais e comportamentais, internados ou não, e a avaliação rotineira do índice de placa em pacientes psiquiátricos assistidos em instituições públicas e privadas (JOVANOVIĆ et al., 2010; ELTAS et al., 2013; MORALES-CHÁVEZ; RUEDA-DELGADO; PEÑA-OROZCO, 2014).

7.5.6 Risco periodontal

A maioria dos estudos que incluem na amostra portadores de transtornos mentais e comportamentais (CARVALHO; ARAÚJO; CORREA, 2001; CARVALHO; ARAÚJO, 2004; TANG et al., 2004; JOVANOVIĆ et al., 2010; KEDEBE; KEMAL; ABERA, 2012; ELTAS et al., 2013; MORALES-CHÁVEZ; RUEDA-DELGADO; PEÑA-OROZCO, 2014) conclui que esses pacientes podem ser categorizados como de alto risco para as doenças bucais cárie e

periodontite. Entretanto, a avaliação do risco periodontal por meio do polígono de risco, preconizado por Lang e Tonetti (2003), não foi encontrada em pesquisas anteriores que focalizassem pacientes com necessidades especiais.

Na investigação em tela, para a quantificação do risco periodontal, foi utilizado o diagrama funcional de Lang e Tonetti (2003), conforme os seis critérios de análise nele estabelecidos. Optou-se por essa metodologia, que foi aplicada apenas em pacientes que nunca tinham sido submetidos ao tratamento periodontal, e os resultados, demonstrados nas Tabelas 27 e 28, apontaram que 31,6% (38) da amostra apresentou alto risco periodontal independentemente da presença de transtornos neuropsiquiátricos, fato que está diretamente relacionado com o elevado número de dentes perdidos e com a presença do sangramento gengival à sondagem em mais de 25% dos sítios examinados associado à precária higiene bucal registrada na maioria dos participantes, como também foi relatado por Velasco-Ortega e colaboradores (1997), no estudo caso-controle realizado em um hospital psiquiátrico.

Os resultados deste estudo estão em consonância com os obtidos por Tavares e colaboradores (2013) que avaliaram o risco periodontal utilizando o diagrama funcional sugerido por Lang e Tonetti (2003) em 37 pacientes mentalmente saudáveis, assistidos na Disciplina de Periodontia da Faculdade de Odontologia da UFBA, tendo sido 59,45% (22) deles categorizados como de alto risco periodontal; além disso, o critério que mais impactou neste achado foi o número elevado de dentes perdidos. Esses autores ainda concluíram que a baixa condição socioeconômica estava associada com o alto risco periodontal, o que não ocorreu no presente estudo, cujos resultados apontaram uma associação estatisticamente positiva entre o alto risco periodontal e a faixa etária do participante. A quantificação desse risco periodontal é, portanto, pertinente no contexto deste estudo, reconhecendo-se que o ambiente psicossocial no qual os portadores de transtornos neuropsiquiátricos convivem exerce um impacto significativo sobre sua saúde bucal, criando um gradiente social de desigualdades na saúde (KISELY et al., 2011).

Uma característica do polígono de risco de Lang e Tonetti (2003) é a possibilidade de avaliação concomitante de seis critérios, quais sejam: (i) índice gengival; (ii) bolsas residuais ≥ 5 mm; (iii) perdas dentais; (iv) perda de suporte periodontal em relação à idade; (v) aspectos sistêmicos e genéticos; (vi) tabagismo.

A aplicação desse diagrama funcional na amostra em tela apontou médio e alto risco periodontal para a maioria dos participantes (91/120=75,8%) independentemente da condição da saúde mental, resultados que estão em consonância com os de trabalhos que também compararam a qualidade da saúde bucal de portadores de transtornos mentais e

comportamentais com a de indivíduos saudáveis (VELASCO-ORTEGA; BULLON, 1999; KUMAR; CHANDU; SHAFIULLA, 2006; JOVANOVIĆ et al., 2010; KISELY et al. 2011; KEDEBE; KEMAL; ABERA, 2012).

Os resultados da análise estatística demonstraram que, no grupo teste, 40% (16) dos participantes foram considerados de alto risco periodontal e 35% (14), de médio risco; no grupo controle, o médio risco periodontal foi a categoria mais prevalente com o percentual de 48,8% (39), e 27,5% (22) dos participantes foram considerados de alto risco, dados que se reúnem na Tabela 27, não se tendo constatado, porém, diferença estatisticamente significativa ($p=0,290$) entre eles.

Justifica-se, assim, a necessidade da inclusão do exame periodontal na sua rotina clínica diária, visando ao diagnóstico, ao tratamento dessas doenças e ao monitoramento das condições dos tecidos periodontais, considerando-se que a progressão dessa patologia pode levar à perda dentária precoce com comprometimento da capacidade mastigatória, da fonação e, em última análise, da qualidade de vida.

Tabela 27 - Valores absolutos e relativos da amostra segundo as categorias do risco periodontal Salvador-BA, 2015

Grupo	Risco	Baixo		Médio		Alto	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Teste		10	25	14	35	16	40
Controle		19	23,7	39	48,8	22	27,5
	Total	29	24,2	53	44,2	38	31,6

Fonte: Elaboração da autora.

A associação dos possíveis riscos periodontais com as variáveis sociodemográficas, comprovou que a faixa etária foi estatisticamente significativa ($*p=0,006$), ficando claro que os indivíduos com idade igual ou superior a 35 anos apresentaram os percentuais mais elevados de médio e alto risco periodontal, como informa a Tabela 28.

Tabela 28 - Valores absolutos e relativos da amostra segundo a associação entre as variáveis sociodemográficas e as categorias do risco periodontal Salvador-BA, 2015

Variável \ Grupo / Risco	Grupo teste						Grupo controle					
	Baixo		Médio		Alto		Baixo		Médio		Alto	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gênero												
Masculino	5	25	8	40	7	35	10	25	18	45	12	30
Feminino	5	25	6	30	9	45	9	22,5	21	52,5	10	25
Total	10	25	14	35	16	40	19	23,7	39	48,8	22	27,5
Faixa etária												*p=0,006
18-34 anos	4	4,4	3	33,3	2	22,2	9	40,9	11	50	2	9,1
≥ 35 anos	6	19,4	11	35,5	14	45,2	10	17,2	28	48,3	20	34,5
Total	10	25	14	35	16	40	19	23,7	39	48,8	22	27,5
Grupo étnico												
Branco/Pardo	3	15	10	50	7	35	13	27,7	21	44,6	13	27,7
Negro	7	35	4	20	9	45	6	18,8	17	53,1	9	28,1
Não declarado	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-
Total	10	25	14	35	16	40	19	23,7	39	48,8	22	27,5
Escolaridade												
≥ 9 anos	3	42,9	3	42,9	1	14,3	10	27	13	35,1	14	37,8
< 9 anos	7	21,2	11	33,3	15	45,5	9	20,9	26	60,5	8	18,6
Total	10	25	14	35	16	40	19	23,7	39	48,8	22	27,5
Renda mensal												
≤ SM	8	25	10	31,3	14	43,8	8	18,2	25	56,8	11	-
> SM	2	25	4	50	2	25	9	27,3	14	42,4	10	-
Ausente	-	-	-	-	-	-	2	66,7	-	-	1	33,3
Total	10	25	14	35	16	40	19	23,7	39	48,8	22	27,5

*Qui-quadrado de Pearson ($p < 0,0010$)

Fonte: Elaboração da autora.

Os resultados obtidos neste estudo para o médio e o alto risco periodontal, que podem estar associados ao elevado percentual de sítios com sangramento à sondagem compatíveis com os altos escores do índice de placa visível em decorrência da higiene bucal precária, justificam a necessidade de uma abordagem preventiva personalizada, mas como medida de caráter geral, objetivando-se alcançar toda a população. Seriam fundamentais que se procedessem a alterações nas políticas de saúde pública, tornando o exame odontológico obrigatório para a admissão nos hospitais psiquiátricos e nos serviços substitutivos, como os CAPS, que ainda não disponibilizam, pelo menos na Bahia, a assistência à saúde bucal aos seus usuários. Para os indivíduos mentalmente saudáveis, uma recomendação plausível seria a inclusão da avaliação das condições bucais nos exames pré-admissionais realizados na área da saúde ocupacional, objetivando, mediante os principais domínios da política pública que precisam ser abordados,

propiciar uma vida profissional mais saudável, seguridade econômica e social e participação na sociedade (KISELY et al., 2011).

7.5.7 Limitações do estudo

Por fim, este estudo apresenta limitações metodológicas. O desenho transversal da pesquisa é um elemento que restringe a extrapolação dos resultados obtidos, face ao tamanho da amostra que constituiu o grupo teste, instituído por pacientes psiquiátricos assistidos em ambiente hospitalar, cujos obstáculos enfrentados na execução dos procedimentos essenciais ao exame bucal implicaram uma configuração da amostra que pode ser considerada como sendo de conveniência — 40 pacientes. O impacto do tempo de uso dos antipsicóticos típicos na qualidade da saúde bucal dos participantes do grupo teste, não foi avaliado devido particularmente ao tipo de delineamento deste estudo de corte transversal. Além disso, esses psicofármacos podem provocar uma redução do fluxo salivar, restringindo a ação reguladora que a saliva exerce na homeostasia do meio bucal, sendo assim seria interessante a inclusão deste tipo de análise, porém, não foi viável neste estudo a coleta da saliva entre os pacientes psiquiátricos, tendo em vista a falta de cooperação, independente do modelo assistencial ao qual estavam submetidos.

Apesar de o grupo controle ter sido composto por 80 indivíduos mentalmente saudáveis, encaminhados ao NAGE-FOUFBA para diagnóstico e tratamento periodontal, se necessário, apenas aqueles que nunca haviam sido submetidos a este tipo de exame foram selecionados. Esses fatores de inclusão limitaram esse referido grupo. Outro fator limitante significativo foi a inexistência de conhecimento prévio das condições bucais dos participantes do grupo teste, antes do diagnóstico do transtorno mental e do início do uso das medicações antipsicóticas. Não foi avaliada a influência do tempo de internação nas condições de saúde bucal no tocante à severidade e extensão da doença periodontal, uma vez que, dos 40 pacientes psiquiátricos que constituíram o grupo teste, apenas 13 pacientes se encontravam internados no período referente à coleta de dados. Dessa forma, é plenamente justificável a continuidade do presente estudo e o desenvolvimento de novos protocolos investigativos.

Os resultados obtidos e as conclusões alcançadas, apontam a necessidade da inclusão do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar envolvida na atenção à saúde mental com vistas ao monitoramento das condições de saúde bucal dos pacientes assistidos em ambiente hospitalar e nos serviços substitutivos.

8 CONCLUSÃO

De acordo com a metodologia utilizada e os resultados obtidos no presente estudo realizado com indivíduos portadores de transtornos mentais e comportamentais usuários de antipsicóticos típicos, pode-se concluir que:

- As condições de saúde bucal foram consideradas insatisfatórias, em vista dos altos índices de carie — CPO-D — e de doença periodontal relacionada com os escores elevados dos índices IP e SS.
- As diversas alterações orofaciais de movimento foram registradas naqueles indivíduos com grau de escolaridade inferior a nove anos e submetidos ao uso diário de medicações antipsicóticas.
- A prevalência detectada das alterações do paladar — disgeusia, ageusia e hipogeusia — possivelmente está relacionada com o uso diário das medicações antipsicóticas.
- Em 82,5% dos pacientes psiquiátricos avaliados foi diagnosticada a DTM-disfunção temporomandibular.
- A ocorrência das diversas alterações de tecidos moles bucais está diretamente relacionada com a faixa etária da amostra estudada, independentemente das respectivas etiologias.
- A maior prevalência do alto risco periodontal resultou, particularmente, da quantidade de dentes perdidos. Essa constatação foi agravada com o avanço da idade e a elevada frequência da periodontite crônica severa localizada.

REFERÊNCIAS

AINAMO, J.; BAY, I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. **Int. Dent. J.**, London, v.25, n.4, p.229-235, 1975.

ALBANDAR, J. M. Global risk factors and risk indicators for periodontal diseases. **Periodontol.** 2000, Copenhagen, v.29, p.177-206, 2002.

ALBANDAR, J. M.; BRUNELLE, J. A.; KINGMAN, A. Destructive periodontal disease in adults 30 years of age and older in the United States, 1988-1994. **J. Periodontol.**, Chicago, v.70, n.1, p.13-29, 1999.

ALEXANDER, M. M.; BROWN, M. S. Physical examination. Part 17: neurological examination. **Nursing**, Lisboa, v.6, p.38-43, 1976.

ALMEIDA-FILHO, N. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological feature and prevalence estimates. **Br. J. Psychiatry**, London, v.171, p.524-529, Dec. 1997.

ALMERIE, M. Q. et al. Cessation of medication for people with schizophrenia already stable on clorpromazine. **Cochrane Database Syst. Rev.**, Chichester, n.4, 2010. Disponível em: <<http://cochrane.bvssalud.org/portal/php/index.php?lang=pt>>. Acesso em: 13 set. 2013.

AL-MOBEERIEK, A. Oral health status among psychiatric patients in Riyadh, Saudi Arabia. **West Indian Med. J.**, Kingston, v.61, n.5, p.549-552, 2012.

AMARAL, K. C.; TENÓRIO, M. D. A.; DANTAS, A. B. Condição de saúde bucal de crianças internas em hospitais. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, v.5, n.4, p.267-273, out./dez., 2006.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION (ADA). Council on Community Health, Hospital, Institutional and Medical Affairs. **Oral health care guidelines: patients with physical and mental disabilities.** Chicago, 1993. p.29-62.

AMERICAN PSYQUIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders.** 4nd ed. Washington: American Psychiatric Press, 1994.

ANGELILLO, I. F. et al. Dental health and treatment needs in institutionalised psychiatric patients in Italy. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.23, n.6, p.360-364, Dec. 1995.

ARANA, G. W. An overview of side effects caused by typical antipsychotics. **J. Clin. Psychiatry**, Memphis, v.61, supl. 8, p.5-11, 2000.

ARAÚJO, A. N. de; SENA, E. P.de. Interações dos sistemas nervoso, endócrino e imune na fisiopatologia da esquizofrenia. **R. Ci. méd. biol.**, Salvador, v.10, n.3, p.223-230, set./dez. 2011.

ARAÚJO, A. N. et al. Temporomandibular disorders in patients with schizophrenia using antipsychotic agents: a discussion paper. **Drug. Healthc. Patient Saf.**, Auckland, v.6, p.21-27, 2014.

ARMITAGE, G. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. **Ann. Periodontol.**, Chicago, v.4, n.1, p.1-6, Dec. 1999.

ARMITAGE, G. C. The complete periodontal examination. **Periodontol.** 2000, Copenhagen, v.34, p.22-33, 2004.

BAELUM, V.et al. Profiles of destructive periodontal disease in different populations. **J. Periodontal Res.**, Copenhagen, v.31, n.1, p.17-26, Jan. 1996.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). **Projetos estratégicos**. Salvador: SESAB, 2009.

BALASUBRAMANIAM, R .et al. Oromandibular dystonia revisited: A review and unique case. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, Philadelphia, v.66, n.2, p.379-386, Feb. 2008.

BAKER, E. G.; COOK, G. H.; SCHWABACHER, E. D. Personality correlates of periodontal disease. **J. Dent. Res.**, Chicago, v.40, n.3, p.396-403, 1961.

BALDANI, M. H.; VASCONCELOS, A. G.; ANTUNES, J. L. Association of the DMFT index with socioeconomic and dental services indicators in the state of Paraná, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.143-152, jan./fev. 2004.

BECKER, D. E. Psychotropic drugs: Implications for dental practice. **Anesth. Prog.**, Chicago, v.55, n.3, p.89-99, 2008.

BELTING, C. M. Prevalence of periodontal disease in hospitalized populations. **J. Periodontol.**, Chicago, v.38, n.4, p.302-309, July/Aug. 1967.

BERTAUD-GOUNOT, V.et al. Oral health status and treatment needs among psychiatric inpatients in Rennes, France: a cross-sectional study. **BMC Psychiatry**, London, v.21, n.13, p.227-232, Sept. 2013.

BORRELL, L. N.; PAPAPANOU, P. N. Analytical epidemiology of periodontitis. **J. Clin. Periodontol.**, Malden, v.32, supl. 6, p.132-158, 2005.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Questionário básico. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/images/pdf/censo2010/questionarios/questionario_basico_cd2010.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012. Regulamenta Pesquisa em Seres Humanos no Brasil. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do anexo desta portaria. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 30 out. 1998. Disponível em: <<http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-92-29-1998-10-30-3916>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 846, de 31 de outubro de 2002. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 4 nov.2002. Disponível em: <http://www.lex.com.br/doc_22034822_PORTARIA_N_846_DE_31_DE_OUTUBRO_DE_2002.aspx>. Acesso em: 20 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos **Formulário Terapêutico Nacional 2010**: Rename 2010. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 (Série B, Textos Básicos de Saúde).

BROWN, J.; SCHODEL, D. R. A review of controlled surveys of dental disease in handicapped persons. **ASDC J. Dent. Child.**, Chicago, v.43, n.5, p.313-320, Sept./Oct. 1976.

BROW, L. J.; BRUNELLE, J. A.; KINGMAN, A. Periodontal status in the United States, 1988-1991: prevalence, extent, and demographic variation. **J. Dent. Res.**, Chicago, v.75 Spec, p.672-683, Feb. 1996.

BURSTONE, M. S. The psychosomatic aspects of dental problems. **J. Am. Dent. Assoc.**, London, v.1, n.33, p.862-871, July 1946.

BUTCHIBABU K. et al. Periodontal Systemic Connections-Novel Associations-A Review of the Evidence with Implications for Medical Practitioners . **International Journal of Health Sciences, Qassim University**, v.10, n 2 (April-June, 2016)

CAMPBELL, D. G. Psychosomatic mechanisms in oral disease. **Am. J. Orthod. Oral Surg.**, St. Louis, v.31, n.5, p.440-446, 1945.

CARRANZA, F. A. et al. **Periodontia clínica**. 11.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 1208p.

CARVALHO, E. M. C.; ARAÚJO, R. P. C. A saúde bucal em portadores de transtornos mentais e comportamentais. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v.4, n.1, p.65-75, 2004.

CARVALHO, E. M. C.; ARAÚJO, R. P. C.; CORREA, A. P. Perfil periodontal de portadores de transtornos mentais e comportamentais assistidos no Hospital Juliano Moreira-Bahia. **Rev. Fac. Odontol. Univ. Fed. Bahia**, Salvador, v.22, n.1, p.26-44, 2001.

CHANDRA, R. V. Evaluation of a novel periodontal risk assessment model in patients presenting for dental care. **Oral Health Prev. Dent.**, New Malden, v.5, p.39-48, 2007.

CHU, K-Y. et al. Comparison of oral health between inpatients with schizophrenia and disabled people or the general population. **J. Formos. Med. Assoc.**, Hong Kong, v.111, n.4, p.214-219, Apr. 2012.

CLARK, G. T; RAM, S. Four oral motor disorders: bruxism, dystonia, dyskinesia and drug-induced dystonic extrapyramidal reactions. **Dent. Clin. N. Am.**, Philadelphia, v.51, n.1, p.225-243, Jan. 2007.

CURY, P. R. et al. Long-term results of guided tissue regeneration therapy in the treatment of class II furcation defects: a randomized clinical trial. **J. Periodontol.**, Chicago, v.74, n.1, p.3-9, Jan. 2003.

D.E.F. Dicionário de Especialidades Farmacêuticas. 40. ed. Brasil: Public Científicas, 2013/2014.

ELIAS, R. **Odontologia de alto risco: pacientes especiais**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. p.35-45.

ELTAS, A. et al. An assessment of periodontal health in patients with schizophrenia and taking antipsychotic medication. **Int. J. Dent. Hyg.**, Oxford, v.11, n.2, p.78-83, May 2013.

ENOCH, M. D.; JAGGER, R. G. **Psychiatric disorders in dental practice**. Oxford: Wright, 1994. p.51-68.

EKE, P.I. et al. Update of the case definitions for population-based surveillance of periodontitis. **J Periodontol.**, Chicago, v.83, n.12, p.1449-54, Dec.2012.

FONSECA, D. M. et al. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. **Rev. Gauch. Odontol.** Porto Alegre, v.42, n.1, p.23-28, Jan./Feb. 1994.

FOURNIOL FILHO, A. **A odontologia para excepcionais**. São Paulo: Panamed, 1981. p.98-122.

FRIEDLANDER, A. H.; MARDER, S. R. The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v.133, n.5, p.603-610, May 2002.

FRIEDLANDER, A. H.; LIBERMAN, R. P. Oral health care for the patient with schizophrenia. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v.11, n.5, p.179-183, Sept./Oct. 1991.

GEDDES, J. et al. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic review and meta-regression analysis. **BMJ**, London, v.321, p.1371-1376, Dec. 2000.

GOPALAKRISHNAPILLAI, A.C.; IVER, R.R.; KALANTHARAKATH, T. Prevalence of periodontal disease among inpatients in a psychiatric hospital in India. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v.32, n.5, p.196-204, Sept./Oct. 2012.

GUPTA, O. P. Psychosomatic factors in periodontal disease. **Dent. Clin. North Am.**, Philadelphia, v.10, n.10, p.11-19, Mar. 1966.

GURBUZ, O.; ALATAS, G.; KURT, E. Prevalence of temporomandibular disorders signs in patients with schizophrenia. **J. Oral Rehabil.**, Oxford, v.36, n.12, p.864-871, Dec. 2009.

HEDE, B. Oral health in Danish hospitalized psychiatric patients. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.23, n.1, p.44-48, Feb. 1995.

HERNÁNDEZ SUÁSTEGUI, F.H.; CEDEÑO, B. V. Caries en pacientes con enfermedad mental en un hospital de atención psiquiátrica. **Revista ADM**, México, v.59, n.3, p.87-93, May /June 2002.

JACOBINA, R. R. **O asilo e a constituição da psiquiatria na Bahia**. 1982. 124f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1982.

JAMELLI, S. R. et al. Saúde bucal e percepção sobre o atendimento odontológico em pacientes com transtorno psíquico moradores de residências terapêuticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p.1795-1800, jun. 2010.

JANSSON, H.; NORDERYD, O. Evaluation of a periodontal risk assessment model in subjects with severe periodontitis. A 5-year retrospective study. **Swed. Dent. J.**, Jönköping, v.32, n.1, p.1-7, 2008.

JOHNSON, G. K.; GUTHMILLER, J. M. The impact of cigarette smoking on periodontal disease and treatment. **Periodontol.** 2000, Copenhagen, v.44, p.178-94, 2007.

JOVANOVIĆ, S. et al. Oral health status of psychiatric in-patients in Serbia and implications for their dental care. **Croat. Med. J.**, Zagreb, v.51, n.5, p.443-450, Oct. 2010.

JUNQUEIRA, S. R. et al. Saúde bucal e uso dos serviços odontológicos em função do Índice de Necessidades em Saúde: São Paulo, 2008. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.1015-1024, 2012.

KEBEDE, B.; KEMAL, T.; ABERA, S. Oral health status of patients with mental disorders in Southwest Ethiopia. **PLoS ONE**, San Francisco, v.7, n.6, p.25-35, 2012.

KISELY, S. et al. Advanced dental disease in people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. **Br. J. Psychiatry**, London, v.199, n.3, p.187-193, Sept. 2011.

KLASCO, R. K. Extrapiramidal symptoms: drug therapy (Drug Consults). In: KLASCO, R. K. (Ed). **DRUGDEX System**. Greenwood Village: Thomson MICROMEDEX, 2007. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: 10 maio 2013.

KUMAR, M.; CHANDU, G.; SHAFIULLA, M. Oral health status and treatment needs in Institutionalized psychiatric patients: one year descriptive cross sectional study. **Indian J. Dent. Res.**, Mumbai, v.17, n.4, p.171-177, Oct./Dec.2006.

LANG, N. P.; TONETTI, M. S. Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). **Oral Health Prev. Dent.**, New Malden, v.1, n.1, p.7-16, 2003.

LEUCHT, C. et al. Haloperidol *versus* chlorpromazine for schizophrenia. **Cochrane Database Syst Rev.**, Chichester, n.4, 2010. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/portal/php/index.php?lang=pt>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

LINDEN, G. L.; MULLALLY, B. H.; FREEMAN, R. Stress and the progression of periodontal disease. **J. Clin. Periodontol.**, Copenhagen, v.23, n.7, p.675-680, July 1996.

LINDHE, J. **Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral**. São Paulo: Guanabara Koogan; 2010. 1048p.

LÖE, H. The Gingival Index, the Plaque Index and the Retention Index systems. **J. Periodontol.**, Chicago, v.38, n.6 Suppl, p.610-616, Nov./ Dec.1967.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. São Paulo: Atlas, 2002. p.57-58.

MC CREADIE, R. G. et al. The dental health of people with schizophrenia. **Acta Psychiatr. Scand.**, Copenhagen, v.110, n.4, p.306-310, Oct. 2004.

MILLAR, W. J.; LOCKER, D. Smoking and oral health status. **J. Can. Dent. Assoc.**, Ottawa, v.73, n.2, p.155-158, Mar. 2007.

MILLER, S. C.; FIRESTONE, J. M. Psychosomatic factors in the etiology of periodontal disease; a critical review of the literature. **Am. J. Orthod. Oral. Surg.**, St Louis, v.33, n.9, p.675-686, Sept. 1947.

MIRZA , I. et al. Oral health of psychiatric in-patients. A point prevalence survey of an inner-city hospital. **Psychiatr. Bull.**, London, v.25, p.143-145. 2001.

MORALES-CHÁVEZ, M. C.; RUEDA-DELGADO, Y. M.; PEÑA-OROZCO, D. A. Prevalence of bucco-dental pathologies in patients with psychiatric disorders. **J. Clin. Exp. Dent.**, Bethesda, v.6, n.1, p.7-11, Feb. 2014.

MONTEIRO DA SILVA, A. M.; NEWMAN, H. N.; OAKLEY, D. A. Psychosocial factors in inflammatory periodontal diseases-a review. **J. Clin. Periodontol.**, Copenhagen, v.22, n.7, p.516-526, July 1995.

MONTEIRO DA SILVA, A. M. et al. Psychosocial factors and adult onset rapidly progressive periodontitis. **J. Clin. Periodontol.**, Copenhagen, v.23, n.8, p.789-794, Aug. 1996.

MOREIRA, M. S. **Psicofarmacologia**. São Paulo: MEDSI, 2003. p.100-139.

MOSS, M. E. et al. Exploratory case control analysis of psychosocial factors and adult periodontitis. **J. Periodontol.**, Chicago, v.67, n.10, p.1060-1063, 1996.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral & Maxilo Facial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. 992p.

NEWBRUN, E. Indices to measure gingival bleeding. **J. Periodontol.**, Chicago, v.67, n.6, p.555-561, 1996.

O'DONNELL, J. P.; COHN, M. M. Dental care for institutionalized retarded individual. **J. Pedodon.**, Boston, v.9, n.1, p.3-38, 1984.

OPPERMANN, R. V. et al. Epidemiologia das doenças periodontais. **R. Periodontia**, São Paulo, v.15, n.4, p.62-76, dez. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. ed. rev. São Paulo: Edusp, 1996. 1191p.

PAGE, R.C.; EKE P.I. Case definitions for use in population-based surveillance of periodontitis. **J. Periodontol.**, Chicago, v.78, n.7S, p.1387-1399, 2007.

PAGE, R. C. et al. Longitudinal validation of a risk calculator for periodontal disease. **J. Clin. Periodontol.**, Malden, v.30, n.9, p.819-827, Sept. 2003.

PEREIRA, C. C.; FELÍCIO, C. M. Os distúrbios miofuncionais orofaciais na literatura odontológica: revisão crítica. **Rev. Dent. Press Ortodont. Ortop. Facial**, Maringá, v.10, n.4, p.134-172, jul./ago. 2005.

PERIO-TOOLS.COM (<http://www.perio-tools.com/pru/en/index.asp>)

PERSSON, G. R. et al. Assessing periodontal disease risk: a comparison of clinicians' assessment versus a computerized tool. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v.134, n.5, p.575-582, May 2003.

PIRES, C. C. C. **Atendimento odontológico aos portadores de deficiência mental**. In: JORNADA ODONTOLÓGICA BRASILEIRA DE ESTUDOS SOBRE PACIENTES ESPECIAIS, 14., 2000, Salvador. **Anais...** Salvador: JOPE, 2000. p.43.

QURAIISHI, S.; DAVID, A.; BRASIL, M. A. Depot haloperidol decanoate for schizophrenia. **The Cochrane Library**, n.4, p.1-43, 2010. Disponível em: <<http://cochrane.bvssalud.org/portal/php/index.php?lang=pt>>. Acesso em: 21 nov. 2013.

RENVERT, S. et al. Analysis of periodontal risk profiles in adults with or without a history of myocardial infarction. **J. Clin. Periodontol.**, Malden, v.31, n.1, p.19-24, Jan. 2004.

RENVERT, S.; PERSSON, G. R. Patient-based assessments of clinical periodontal conditions in relation to alveolar bone loss. **J. Clin. Periodontol.**, Malden, v.31, n.3, p.208-213, Mar. 2004.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 527p.

SACCHETTO, M. S. L. S. et al. Evaluation of oral health in patients with mental disorders attended of the clinic oral diagnosis of a public university. **Rev. Odont. UNESP**, São Paulo, v.42, n.5, p.344-349, Sept./Oct. 2013.

SAISU, H. et al. Drug-induced oromandibular dystonia associated with intake of an antipsychotic drug-A case report. **J. Jpn. Soc. TMJ**, Tokyo, v.26, n.1, p.15-19, 2014.

SASSETI, I. S. et al. Algumas observações sobre a ocorrência de anomalias em um grupo de doentes mentais. **Rev. Bras. Odont.**, Rio de Janeiro, v.25, n.154, p.389-392, nov./dez. 1968.

SCHUTTE, D. W.; DONLEY, T. G. Determining periodontal risk factors inpatients presenting for dental care. **J. Dent. Hyg.**, Chicago, v.70, n.6, p.230-234, Nov./Dec. 1996.

SILNESS, J.; LOE, H. Periodontal disease in pregnancy II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. **Acta Odontol. Scand.**, Stockholm, v.22, n.1, p.121-135, June 1964.

SILVERMAN, S. J. R.; EVERSOLE, L. R.; TRUELOVE, E. L. **Fundamentos da medicina oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 384 p.

SMALL, G. W. Psychiatric problems affecting dental care of the elderly. **Gerodontology**, Mount Desert, v.3, n.4, p.225-230, Winter 1984.

SPOLSKY, V. M.; GORNBEIN, J. A. Comparing measures of reliability for indices of gingivitis and plaque. **J. Periodontol.**, Chicago, v.67, n.9, p.853-859, Sept. 1996.

STEINBERG, B. Saúde bucal das mulheres. **Compendium**, Newtown, v.22, n.1, p.8-14, 2001.

- STIEFEL, D. J.; ROLLA, R. R.; TRUELOVE, E. L. Effectiveness of various preventive methodologies for use with disabled persons. **Clin. Prev. Dent.**, Philadelphia, v.6, n.5, p.17-22, Sept./Oct. 1984.
- SUSIN, C. et al. Periodontal attachment loss in an urban population of Brazilian adults: effect of demographic, behavioral, and environmental risk indicators. **J. Periodontol.**, Chicago, v.75, n.7, p.1033-1041, July 2004.
- SVATUN, B.; GJERMO, P. Oral hygiene, periodontal health and need for periodontal treatment among institutionalized mentally subnormal persons in Norway. **Acta Odontol. Scand.**, Stockholm, v.36, n.2, p.89-95, Feb. 1978.
- SZNAJDER, N. La patología buco-dental de los niños empedidos y su tratamiento. **Rev. Assoc. Odontol. Argent.**, Buenos Aires, v.62, n.4, p.97-103, Apr. 1974.
- TANG, W. K. et al. Oral health of psychiatric in-patients in Hong Kong. **Int. J. Soc. Psychiatry**, London, v.50, n.2, p.186-191, June 2004.
- TAVARES, R. F. et al. Critério de classificação econômica Brasil “Critério Brasil” na avaliação do risco periodontal. **Rev. Fac. Odontol. Univ. Fed. Bahia**, Salvador, v.43, n.3, p.25-31, 2013.
- TESINI, D. A. An annotated review of the literature of dental caries and periodontal disease in mentally retarded individuals. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v.1, n.2, p.75-87, Mar./Apr. 1981.
- TESINI, D. A; FENTON, S. J. Comparison of periodontal disease in institutionalized and noninstitutionalized mental retardates. **J. Dent. Res.**, Thousand Oaks, v.55, n.796, p.7, 1976.
- TORRUNGRUANG, K. et al. Risk indicators of periodontal disease in older Thai adults. **J. Periodontol.**, Chicago, v.76, n.4, p.58-565, Apr. 2005.
- VAN DER VELDEN, V. Effect age on the periodontium. **J. Clin. Periodontol.**, Copenhagen, v.11, n.5, p.281-294, May 1984.
- VELASCO-ORTEGA, E.; BULLÓN, P. Periodontal status and treatment needs among Spanish hospitalized psychiatric patients. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v.19, n.6, p.254-258, Nov./Dec. 1999.
- VELASCO-ORTEGA, E. et al. Dental health among institutionalized psychiatric patients in Spain. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v.17, n.6, p.203-206, Nov./Dec.1997.
- VELASCO-ORTEGA, E. et al. Temporomandibular disorders among schizophrenic patients. A case-control study. **Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal**, Valencia, v.10, n.4, p.315-322, 2005a.
- VELASCO-ORTEGA, E. et al. Las enfermedades periodontales em pacientes esquizofrénicos. Un estudio de casos-controles. **Av. Periodon. Implantol.**, Sevilla, v.17, n.1, p.235-243, Abr. 2005b.
- WANG, Y-P; MINATOGAWA, T. M.; TAVARES JR, H. Psicofarmacologia dos transtornos psicóticos. In: TENG, C. T.; DEMETRIO, F. N. (Org.). **Psicofarmacologia aplicada: Manejo prático dos transtornos mentais**. São Paulo: Atheneu, 2006. 376p.

WANNMACHER , L. Antipsicóticos atípicos: mais eficazes, mais seguros? In: OPAS. **Uso Racional de medicamentos: temas selecionados**. Brasília, v.1, n.12, 2004. Disponível em: <[www.http://opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/HSE_URM_APS_1104.pdf](http://opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/HSE_URM_APS_1104.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2014.

WEISS, E. Psychosomatic aspects of dentistry. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v.31, n.2, p.215-220, Feb. 1944.

WILSON JR, T. G.; MAGNUSSON, I. Examination of patients for detecting periodontal diseases. In: WILSON JUNIOR, T. G.; KORNMAN, K. S. **Fundamentals of periodontics**. Chicago: Quintessence, 1996. p.195-218.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Classificação dos transtornos mentais e comportamentais da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Oral health surveys: basic methods**. 4th ed. Geneva: WHO, 1997.

YALTIRIK, M.; KOCAELLI, H.; YARGIC, V. Schizophrenia and dental management: Review of the literature. **Quintessence Int.**, Berlin, v.35, n.4, p.317-320, Apr. 2004.

ZAKARIAEI, Z. et al. Bilateral dislocation of temporomandibular joint induced by haloperidol following suicide attempt: a case report. **Acta Med. Iran**, Teheran, v.50, n.3, p.213-215, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS INSTALADOS E SUA REPERCUSSÃO NO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O (a) Senhor (a).....está sendo convidado (a) a participar do estudo denominado:

Portador(a) do RG nº.....,está sendo convidado (a) a participar do estudo denominado:

TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS INSTALADOS E SUA REPERCUSSÃO NO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO,cujos os objetivos e justificativas são:avaliar a repercussão no sistema estomato gnático dos transtornos mentais e comportamentais e analisar as consequências do uso dos psicofármacos aplicados no tratamento psiquiátrico, na condição da saúde bucal desses indivíduos ,comparando os dados obtidos com a condição de saúde bucal de indivíduos mentalmente saudáveis, com o objetivo é a divulgação na comunidade científica dos resultados obtidos ,que resultará na elaboração de diretrizes para a assistência à saúde bucal dos pacientes assistidos neste hospital psiquiátrico e na FOUFBA cujos pacientes são mentalmente saudáveis, na perspectiva da promoção ,proteção e da manutenção da saúde bucal.

A sua participação no referido estudo será no sentido de ser examinado por um dentista, com o intuito de diagnosticar a sua condição bucal atual e a partir da sua realidade, o senhor(a) receberá instruções de higiene oral para melhorar sua saúde bucal.O exame clínico-odontológico não traz nenhum risco para a sua saúde, porque ele é realizado dentro das normas de biosegurança e utilizamos uma sonda periodontal para saber se o senhor(a) tem doença na sua gengiva e observamos também, se existe carie ou placa bacteriana na superfície dos seus dentes. O senhor(a) está sendo alertado (a) de que na pesquisa a se realizar,pode esperar alguns benefícios ,tas como:assegurar o seu tratamento odontológico nas instituições envolvidas, conforme as suas necessidades individuais.

O senhor(a) está recebendo, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconforto e risco ,decorrentes deste estudo,levando-se em conta que é uma pesquisa e que os resultados positivos ou negativos, somente serão obtidos após sua realização.Assim os riscos são mínimos e inerentes ao exame odontológico com sondagem periodontal , que em alguns indivíduos provoca certo desconforto.Mas esses riscos serão minimizados obedecendo os princípios:paciente sem alteração sistêmica que justifique a prescrição de antibiótico antes do exame periodontal e indivíduos que tenham utilizado anti-inflamatório e/ou antibiótico nos últimos tres meses.

O senhor(a) esta ciente de que sua privacidade será respeitada, ou seja seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa ,de qualquer forma te identificar ,será mantido em sigilo.Tambem está sendo informado(a) de que pode se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento,sem precisar justificar,e se desejar sair da pesquisa ,não sofrerá qualquer prejuízo à assistência que vem recebendo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são:Elizabeth Maria Costa de Carvalho (Profa Adjunta IV da Faculdade de Odontologia da UFBA),Dra Susana Soares (aluna do Mestrado da FOUFBA) e Laís Spinola (Graduanda em Odontologia pela UFBA),e com eles poderá manter contato ,pelos telefones (71)99738632,(71)33598317,(71)33516924 ,respectivamente assim como através dos contatos das instituições envolvidas neste estudo:Nucleo Docente Assistencial de Odontologia e Saúde Mental vinculado ao Hospital Juliano Moreira(71) 31033934, localizado em Narandiba , Salvador -Bahia ou na Faculdade de Odontologia da UFBA (71)32838969, localizada na Rua Araújo Pinho nº 62, Canela, Salvador-Bahia.

Está assegurada a assistência durante toda a pesquisa ,bem como lhe é garantido o acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim,tudo o que voce queira saber antes,durante e depois da sua participação.Enfim,tendo sido orientado(a) quanto ao teor de tudo o que aqui foi mencionado e compreendido quanto a natureza e o objetivo do já referido estudo,manifesta seu livre consentimento em participar,estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar ,por sua participação.

Este documento será emitido em duas vias de igual valor e conteúdo, onde uma se encontrará com o participante da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável.

Salvador.....de de 20.....

Assinatura do(a) participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

Elizabeth Maria Costa de Carvalho .CROBA 1820

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste(a) participante ou representante legal para a participação neste estudo e atesto a veracidade das informações contidas neste documento e ter ciência das normativas da Resolução ,CNS nº 466/12.

Dra Susana Soares

Laís Spinola

APÊNDICE B

TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS INSTALADOS E SUA REPERCUSSÃO NO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

TERMO DE ASSENTIMENTO PARA OS PARTICIPANTES INCAPAZES DE COMPREENDER O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O (a) Senhor (a),.....
Portador(a) do RG nº....., responsável pelo paciente.....
devidamente matriculado nesta instituição sob o nº....., está sendo convidado (a) a autorizar a participação deste indivíduo no estudo denominado:TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS INSTALADOS E SUA REPERCUSSÃO NO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO,cujos os objetivos e justificativas são:avaliar a repercussão no sistema estomatoagnático dos transtornos mentais e comportamentais e analisar as consequências do uso dos psicofármacos aplicados no tratamento psiquiátrico, na condição da saúde bucal desses indivíduos ,comparar os dados obtidos com a condição de saúde bucal de indivíduos mentalmente saudáveis, esta pesquisa tem por objetivo a divulgação na comunidade científica dos resultados obtidos ,que resultará na elaboração de diretrizes para a assistência à saúde bucal dos pacientes assistidos neste hospital psiquiátrico e na FOUFBA cujos pacientes são mentalmente saudáveis, na perspectiva da promoção e da manutenção da saúde bucal.

A participação deste paciente no referido estudo, será no sentido dele ser examinado por um dentista, com o intuito de diagnosticar a sua condição bucal atual e a partir desta realidade, ele e o senhor(a) receberão instruções de higiene oral para melhorar a saúde bucal deste indivíduo.O exame clínico-odontológico não traz nenhum risco para a saúde dele (a), porque ele é realizado dentro das normas de biosegurança e utilizamos uma sonda periodontal para saber se ele (a) tem doença na gengiva e observamos também, se existe carie ou placa bacteriana na superfície dos dentes. O senhor(a) está sendo alertado (a) de que na pesquisa a se realizar,pode esperar alguns benefícios para esse(a) paciente ,tais como:assegurar o tratamento odontológico dele (a) nas instituições envolvidas, conforme as necessidades individuais.

O senhor(a) está ciente de que a privacidade deste (a) paciente será respeitada, ou seja o nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa ,de qualquer forma o(a) identificar ,será mantido em sigilo.Também está sendo informado (a) de que o responsável pode recusar a esse (a) paciente participar do estudo ou retirar o seu consentimento a qualquer momento,sem precisar justificar,e se desejar sair da pesquisa ,não sofrerá qualquer prejuízo à assistência que vem recebendo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são:Elizabeth Maria Costa de Carvalho (Profa Adjunta IV da Faculdade de Odontologia da UFBA),Dra Susana Soares (aluna do Mestrado da FOUFBA) e Laís Spinola (Graduanda em Odontologia pela UFBA),e com eles poderá manter contato ,pelos telefones (71)99738632,(71)33598317,(71)33516924 ,respectivamente, assim como através dos contatos das instituições envolvidas neste estudo:Núcleo Docente Assistencial de Odontologia e Saúde Mental vinculado ao Hospital Juliano Moreira(71) 31033934, localizado em Naranjinha . Salvador -Bahia ou na Faculdade de Odontologia da UFBA (71)32838969, localizada na Rua Araújo Pinho nº 62, Canela, Salvador-Bahia.

Está assegurada a esse (a) indivíduo sob sua responsabilidade a assistência durante toda a pesquisa ,bem como lhe é garantido o acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim,tudo o que o senhor(a), como responsável, queira saber antes,durante e depois da participação deste (a) paciente.Enfim,tendo sido orientado(a) quanto ao teor de tudo o que aqui foi mencionado e compreendido quanto a natureza e o objetivo do já referido estudo,manifesta seu consentimento na participação deste(a) paciente,estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar ,por sua participação.

Este documento será emitido em duas vias de igual valor e conteúdo, onde uma se encontrará com o responsável pelo participante da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável.

Salvador,.....de de 20.....

Assinatura do(a) responsável legal pelo participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável
Elizabeth Maria Costa de Carvalho .CROBA 1820

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de assentimento para os participantes incapazes de compreender o TCLE deste(a) representante legal para a participação deste paciente neste estudo e atesto a veracidade das informações contidas neste documento e ter ciência das normativas da Resolução ,CNS nº 466/12.

Dra Susana Soares

Laís Spinola

APÊNDICE C

DOENÇA PERIODONTAL EM PACIENTES PSIQUIÁTRICOS: PREVALENCIA E ORIENTAÇÕES PREVENTIVAS /EDUCATIVAS

NOME DO VOLUNTÁRIO: _____ Nº. PRONTUÁRIO _____ DATA: _____
 ENDEREÇO: _____ FONE: _____
 DATA DO NASC: _____ RG _____ ORGÃO EXPEDIDOR: _____
 CPF _____ SEXO : 1-masc;2-fem IDADE _____ RAÇA/COR: 1-branca;2-preta;3-amarela;4-parda;5-indígena
 ESTADO CIVIL: 1-solt.;2-casado;3-viúvo(a);4-Separado(a);5-Divorc.
 EXAMINADOR: _____ ANOTADOR: _____

1- CARACTERIZAÇÃO SÓCIOECONÔMICA

Número de pessoas com quem mora	Estudante	Tipo de Escola
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1- Sim 0- Não <input type="checkbox"/>	1- Pública 2- Privada; 3- Outros <input type="checkbox"/>
Número de cômodos da casa:..... Posse de Automóvel 0- Não possui; 1- Possui um automóvel;2- Possui dois ou mais		
RENDA INDIVIDUAL(SM):1-ate 1 SM;2-maior que 1 SM ate 2 SM;3-maior que 2 SM ate 3 SM;		
4-maior que 3 SM ate 5SM ; <input type="checkbox"/>		
ESCOLARIDADE:1 -Analfabeto;2- Fund .inc ;3-Fund.compl.4-Med. Inc;5-Med .compl.;6-Sup.inc;7-Sup.compl. <input type="checkbox"/>		

2- ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Já foi ao Dentista alguma vez na vida? 1- Sim # 0- Não Há quanto tempo? 1-Menos de 1 ano;2-De 1 a 2 anos
 3-Dois ou mais anos

Por quê? 1-Consulta de rotina/reparaçs/manutenção; 2- Dor; 3- Sangramento gengival ; 4- Cavidades nos dentes
 5- Feridas,Caroços, ou manchas na boca; 6- Outros

3- HISTÓRIA CLÍNICA

CID doença mental:	Não=0; Sim=1; Ex-fumante ou ex-usuário de bebida alcoólica/drogas ilícitas=2;
CONVULSÕES:SIM / NÃO	
MODELO ASSIST. PSIQ.: <input type="checkbox"/> 1- AMBULATORIO;2-INTERNAÇÃO;3-HOSP. DIA (CENA);4-LAR ABRIG.	
Medicamentos em uso: Sim/Não Quais:	
Tratamento médico (saúde geral)	
Está grávida?(caso afirmativo:qual o trimestre?)	
Hipertensão :Sim/Não Alterações cardíacas:especificar:	
Tabagismo :Quando começou a fumar? Uso: Diário/eventual Quantidade/dia:	
Usuário de drogas ilícitas:sim/não Qual?	
Alcoolismo:sim, não e ex-consumidor por menos de 15 anos,	
Diabetes mellitus Há quanto tempo:	
HIV+	
Exposição ao sol no trabalho, lazer ou esporte	
História de periodontite /"piorreia" na família	
Febre Reumática/Prótese cardíaca/Prótese articular	
SE RESPONDER SIM NÃO DEVE FAZER A SONDAGEM PERIODONTAL SEM PROFILAXIA ANTIBIOTICA	
Última vez que usou Antiinflamatório	
Última vez que usou Antibiótico	
Tratamento gengival prévio:sim/não Data:	
Orientação de higiene por profissional	
Escovação diária ► N° de vezes/dia: Tipo escova: Creme dental: Escova a língua:	
Uso fio dental diariamente	
Outros meio auxiliares de limpeza dental Tipo:	
Uso de bochechos	
Sente secura na boca	
Sente ardência na boca ?	
Sente o sabor dos alimentos?(AGEUSIA:INCAPACIDADE GUSTATIVA)	

5-ALTERAÇÕES DE TECIDOS MOLES- Sim=1; Não=0 (Características:ulcera/nódulo/placa/mancha/pápula/bolha/vesícula# Cor:branca/vermelha/arroxeadada/marrom/enegrecida/acinzentada#Base da lesão:pediculada/séssil# Consistência:dura/firme/flácida)

LÁBIOS COMISSURAS MUCOSA JUGAL E SULCOS LÍNGUA GENGIVA
 OROFARINGE MUCOSA ALVEOLAR ASSOALHO DA BOCA PALATO MOLE PALATO DURO

Hipótese Diagnóstica _____

6- EXAME PERIODONTAL E DENTAL ALTERAÇÕES NA GENGIVA:

Dentes ausentes = X; Sem informação = *; IP: colocar 0 (sem placa) ou 1 (com placa);
Sangramento à sondagem: colocar "o" acima do valor de PS

VEST	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
IP														
JCE-MG														
PS														
NIC														
CPOD														

LING	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
IP														
JCE-MG														
PS														
NIC														

VEST	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
IP														
JCE-MG														
PS														
NIC														
CPOD														

LING	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
IP														
JCE-MG														
PS														
NIC														

Condição Dental (CPOD)	Coroa
Hígido	0
Cariado	1
Restaurado mas com cárie	2
Restaurado sem cárie	3
Coroa sem cárie	4
Coroa com cárie ou infiltração	5
Resto radicular	6
Apoio de ponte ou coroa	7
Desgaste dental	8

**7-AVALIAÇÃO ATM FICHA PARA IDENTIFICAÇÃO DE DTM
QUESTIONÁRIO E ÍNDICE ANAMNÉSICO DE FONSECA(1994)**

MARQUE X COMO RESPOSTA DE CADA PERGUNTA	SIM (10)	ÀS VEZES (5)	NÃO (0)
1-Sente dificuldade de abrir muito a boca?			
2- Sente dificuldade para movimentar seu queixo para os lados?			
3-Sente cansaço/dor muscular quando mastiga?			
4- Sente dores de cabeça com frequência?			
5- Sente dor na nuca ou torcicolo?			
6- Sente dor de ouvido ou na região próxima ao ouvido?			
7 - Já notou ruído próximo ao ouvido quando mastiga ou abre a boca?			
8 - Já observou se aperta ou range os dentes?			
9- Sente que quando fecha a boca seus dentes não se articulam bem?			
10 - Você se considera uma pessoa tensa / nervosa? (escala de 0 a 10)			
ÍNDICE DE DCM			

OBTENÇÃO DO ÍNDICE: SOMA DOS PONTOS ATRIBUÍDOS ACIMA

ÍNDICE ANAMNÉSICO	GRAU DE ACOMETIMENTO
0-15	SEM DTM
20-40	DTM LEVE
45-65	DTM MODERADA
70-100	DTM SEVERA

8- AVALIAÇÃO PARÂMETROS SALIVARES

FLUXO SALIVAR:.....CAPACIDADE TAMPÃO SALIVAR:.....

1-A quantidade de saliva na sua boca parece pouca?	1-SIM ()	2-NÃO ()
2-A boca fica seca quando você come uma carne?	1-SIM ()	2-NÃO ()
3-Tem dificuldade de deglutir ou comer?	1-SIM ()	2-NÃO ()
4-Precisa beber líquidos para engolir comidas secas?	1-SIM ()	2-NÃO ()

9-CAUSAS DAS PERDAS DENTARIAS

CARIE DOENÇA PERIOD. TRAUMA

10-ALTERAÇÕES NO PALADAR

PALADAR NORMAL	PALADAR NORMAL
HIPOGEUSIA	PALADAR DIMINUÍDO
DISGEUSIA	DISTORÇÃO DO PALADAR COM OU SEM ESTÍMULO PRESENTE
AGEUSIA	PERDA OU AUSÊNCIA DO PALADAR

11-AVALIAÇÃO DO SUPRIMENTO NERVOSO –NERVO FACIAL

A-AVALIAÇÃO SENSITIVA-porção anterior da língua

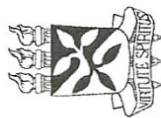
Distinguir substancias palatáveis:

DOCE	1-SIM () 2-NÃO ()
SALGADO	1-SIM () 2-NÃO ()
AMARGO	1-SIM () 2-NÃO ()
AZEDO	1-SIM () 2-NÃO ()

B-AVALIAÇÃO FUNCIONAL/MOTORA

ELEVAR, SUPERCÍLIOS	1-SIM ()	2-NÃO ()
ADUZIR OU ABAIXAR OS SUPERCÍLIOS	1-SIM ()	2-NÃO ()
FECHAR OS OLHOS	1-SIM ()	2-NÃO ()
DILATAR OU CONTRAIR O NARIZ	1-SIM ()	2-NÃO ()
FECHAR A BOCA	1-SIM ()	2-NÃO ()
FECHAR E PROJETAR OS LÁBIOS	1-SIM ()	2-NÃO ()

ANEXOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

APROVAÇÃO

Os membros do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFBA, em sessão ordinária no dia 14 de abril de 2015, através do Parecer Consubstanciado nº 1.023.044, resolveram aprovar o projeto de pesquisa “TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS INSTALADOS E SUA REPERCUSSÃO NA QUALIDADE DA SAÚDE BUCAL. ”, da pesquisadora Elizabeth Maria Costa de Carvalho , Grande área 4: Ciências da Saúde, registro no CONEP: CAAE 08119812.0.0000.5024.

Salvador, 14 de abril de 2015.

Dra. Sandra de Cássia Santana Sardinha
Coord. do Comitê de Ética em
Pesquisa em Humano
FOUFBA

Profa. Dra. Sandra de Cássia Santana Sardinha

Coordenadora do CEP FOUFBA

ANEXO B




Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Hospital Juliano Moreira

TERMO DE COMPROMISSO DA INSTITUIÇÃO

Eu, André Sampaio Furtado, Diretor Geral do Hospital Juliano Moreira, para efeito do estudo caso-controle denominado, **”TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS INSTALADOS E SUA REPERCUSSÃO NO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO”**, declaro o compromisso de fazer cumprir os Termos da Resolução do CNS nº466/12, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Salvador, 16 de dezembro de 2014

De acordo
Ciente


Nome: Dr André Sampaio Furtado
CRM 11877

Cargo: Diretor Geral do Hospital Juliano Moreira

ANEXO C

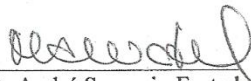


Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Hospital Juliano Moreira

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

Declaro, a fim de viabilizar a execução do estudo caso-controle intitulado "TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS INSTALADOS E SUA REPERCUSSÃO NO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO", sob responsabilidade da pesquisadora Elizabeth Maria Costa de Carvalho sob a orientação do Prof Dr Roberto Paulo Araújo, que a instituição Hospital Juliano Moreira, permite o acesso aos seus usuários e aos prontuários médicos-odontológicos para a execução deste estudo, que está embasado nos Termos da Resolução CNS nº466/12, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e resultará na elaboração de diretrizes para a assistência à saúde bucal dos pacientes assistidos neste hospital, na perspectiva da promoção, proteção e da manutenção da saúde bucal.

Salvador, 16 de dezembro de 2014


Dr André Sampaio Furtado

Diretor Geral do Hospital Juliano Moreira

HOSPITAL JULIANO MOREIRA
Mãe de Arqueóloga V. Natal
Diretora de Planejamento
Cad. 19.258.786-1

ANEXO D




**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
RUA ARAÚJO PINHO, nº 62, CANELA,
SALVADOR – BAHIA.**

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

Declaro, a fim de viabilizar a execução do estudo intitulado **“TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS INSTALADOS E SUA REPERCUSSÃO NO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO”**, sob responsabilidade da pesquisadora Profa Adjunta IV -Elizabeth Maria Costa de Carvalho, sob a orientação do Prof. Dr Roberto Paulo Correia de Araújo, que a Faculdade de Odontologia da UFBA, permite o acesso aos seus usuários e aos seus prontuários odontológicos para a execução desta pesquisa, que está embasada nos Termos da Resolução CNS nº466/12, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e resultará na elaboração de diretrizes para a assistência aos pacientes com necessidades especiais, assistidos nesta instituição de ensino superior, na perspectiva da promoção, proteção e da manutenção da saúde bucal.

Salvador, 16 de dezembro de 2014



Prof Dr Marcel Arriaga

Diretor da Faculdade de Odontologia - UFBA

Marcel Lautenschlager Arriaga
Diretor da Faculdade de Odontologia
Universidade Federal da Bahia

ANEXO E - Ficha para identificação de DTM-
Questionário e índice anamnésico de Fonseca (IAF-1994)

MARQUE X COMO RESPOSTA DE CADA PERGUNTA	SIM (10)	ÀS VEZES (5)	NÃO (0)
1 - Sente dificuldade de abrir muito a boca?			
2 - Sente dificuldade para movimentar seu queixo para os lados?			
3 - Sente cansaço/dor muscular quando mastiga?			
4 - Sente dores de cabeça com frequência?			
5 - Sente dor na nuca ou torcicolo?			
6 - Sente dor de ouvido ou na região próxima ao ouvido?			
7 - Já notou ruído próximo ao ouvido quando mastiga ou abre a boca?			
8 - Já observou se aperta ou range os dentes?			
9 - Sente que quando fecha a boca seus dentes não se articulam bem?			
10 - Você se considera uma pessoa tensa / nervosa? (escala de 0 a 10)			
OBTENÇÃO DO ÍNDICE: SOMA DOS PONTOS ATRIBUÍDOS ACIMA			
ÍNDICE ANAMNÉSICO	GRAU DE ACOMETIMENTO		
0 - 15	Sem DTM		
20 - 40	DTM leve		
45 - 65	DTM moderada		
70 - 100	DTM severa		

