



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO DE ODONTOLOGIA**

**AS MANIFESTAÇÕES ORAIS EM PACIENTES
COM TRANSTORNOS ALIMENTARES**

MAYARA JANYARA DO REGO BARRETO

NATAL – RN

2017

MAYARA JANYARA DO REGO BARRETO

**AS MANIFESTAÇÕES ORAIS EM PACIENTES
COM TRANSTORNOS ALIMENTARES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção do título de graduação em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Iris do Céu Clara Costa.

**NATAL – RN
2017**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI

Catálogo de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial Prof. Alberto Moreira Campos - Departamento de Odontologia

Barreto, Mayara Janyara do Rego.

As manifestações orais em pacientes com transtornos alimentares / Mayara Janyara do Rego Barreto. - 2017. 44f.: il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Odontologia, Natal, 2017.

Orientador: Iris do Céu Clara Costa.

1. Transtorno de alimentação - Trabalho de Conclusão de Curso. 2. Manifestações bucais - Trabalho de Conclusão de Curso. 3. Saúde bucal- Trabalho de Conclusão de Curso. I. Costa, Iris do Céu Clara. II. Título.

RN/UF/BSO

BLACK D62

MAYARA JANYARA DO REGO BARRETO

**AS MANIFESTAÇÕES ORAIS EM PACIENTES
COM TRANSTORNOS ALIMENTARES**

Aprovado em 22 de Novembro de 2017

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Iris do Céu Clara Costa
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Orientadora

Profa. Dra. Edna Maria da Silva
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Examinadora 1

Profa. Dra. Máisa Paulino Rodrigues
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Examinadora 2

Dedico este trabalho aos meus pais que sempre me apoiaram e lutaram, com muito amor e dedicação, para me oferecer um futuro promissor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente e especialmente a minha mãe, Norayde Rego, por todo amor, apoio, compreensão, paciência e cumplicidade, sem ela esse sonho não seria possível.

Ao meu pai também, Rogério Barreto, por todos os ensinamentos e trabalho duro para ajudar a realizar o meu sonho de me formar. Ao meu irmão, Matthews Barreto, por estar comigo em todos os momentos e compreender as situações por quais passei.

Ao meu namorado, Renan Pontes, o qual sempre me incentivou a melhorar, a pensar mais sobre os problemas da vida e que também nunca deixou de me apoiar em nenhum momento difícil.

À minha professora Iris do Céu, pelo acompanhamento atencioso, paciente e eficiente do trabalho de conclusão de curso, na sua função de orientadora, também por sua compreensão e respeito diante dos pequenos problemas que ocorreram no desenvolvimento deste trabalho.

Às pessoas que, de maneira direta ou indireta, contribuíram significativamente para meu desenvolvimento enquanto aluna e, principalmente, enquanto pessoa.

RESUMO

Introdução: Os transtornos alimentares (anorexia e bulimia nervosas) são enfermidades psiquiátricas debilitantes, caracterizadas por um distúrbio persistente nos hábitos alimentares ou nos comportamentos de controle de massa corporal. O cirurgião-dentista tem atribuições importantes no diagnóstico e no tratamento das lesões decorrentes. **Objetivos:** Avaliar, dentre alunos adolescentes de uma escola pública de ensino médio em Natal-RN, os que têm transtornos alimentares, descrever e investigar as manifestações odontológicas relacionadas. **Metodologia:** Devido à origem multifatorial dos transtornos alimentares e a forma silenciosa como se apresentam, foi utilizado um questionário autoaplicável, o questionário sobre a imagem corporal que sinalizou para a seleção da amostra. Os indivíduos selecionados foram submetidos a uma avaliação a partir da história médica pregressa e também a um exame clínico odontológico, que tiveram como objetivo diagnosticar as manifestações orais presentes. **Resultados:** Dos 231 alunos que responderam o questionário, 9 se encaixaram no perfil da pesquisa. No exame clínico odontológico foi observado que 22,2% dos avaliados apresentavam perda inicial da textura da superfície dentária na face palatina do segundo sextante, em 77,7% constatou-se hipertrofia da glândula parótida durante os episódios de vômitos, 66,6% obtiveram escore 2 no Registro Periodontal Simplificado (PSR) e em 11,1% dos examinado queilite angular. **Conclusões:** Os episódios de regurgitação (indução de vômitos) associados a má nutrição e incorreta higienização da cavidade oral podem ocasionar o aparecimento de alterações bucais. O cirurgião-dentista deve estar apto a reconhecer tais manifestações e, dessa maneira, trabalhar em conjunto com outros profissionais da área da saúde em uma abordagem multidisciplinar visando a melhoria da qualidade de vida da pessoa afetada, tratando suas sequelas e ajudando-a a superar suas necessidades.

Palavras-chave: Transtornos da alimentação. Manifestações bucais. Saúde bucal.

ABSTRACT

Introduction: Eating disorders (anorexia and bulimia nervosa) are debilitating psychiatric illnesses, characterized by a persistent eating disorder or body mass control behaviors. The dentist has important roles in the diagnosis and treatment of the resulting lesions. **Objectives:** To evaluate, among adolescents from a public high school in Natal-RN, those who have eating disorders, describe and investigate related dental manifestations. **Methods:** Due to the multifactorial origin of the eating disorders and the silent form as presented, a self-administered questionnaire was used, the questionnaire about the body image that signaled for the selection of the sample. The selected individuals were submitted to an evaluation from the previous medical history and also to a clinical dental examination, whose purpose was to diagnose the present oral manifestations. **Results:** Of the 231 students who answered the questionnaire, 9 fit the survey profile. In the dental clinic examination, it was observed that 22.2% of the patients presented initial loss of dental surface texture on the palatine side of the second sextant, in 77.7%, parotid gland hypertrophy was observed during the episodes of vomiting, 66.6% obtained a score of 2 in the Simplified Periodontal Registry (PSR) and in 11.1% of the examined angular cheilitis. **Conclusion:** The episodes of regurgitation (induction of vomiting) associated with malnutrition and incorrect hygiene of the oral cavity can cause the appearance of oral alterations. The dental surgeon must be able to recognize these manifestations and, in this way, work together with other health professionals in a multidisciplinary approach aimed at improving the quality of life of the affected person, treating their sequelae and helping to overcome it your needs.

Keywords: Eating disorders. Oral manifestations. Oral health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 Manifestações Bucais dos Transtornos Alimentares	10
1.2 O Papel do Cirurgião-Dentista nas Desordens Alimentares	12
2 METODOLOGIA	14
3 RESULTADOS	16
4 DISCUSSÃO	20
5 CONCLUSÕES	23
6 REFERÊNCIAS	24
7 ANEXOS	26
7.1 Questionário Sobre o Corpo	26
7.2 Avaliação da História Médica Progressiva / Formulário Clínico	29
7.3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	37
7.4 Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)	40
7.5 Normas da Revista “Ciência Plural”	43

1 INTRODUÇÃO

As desordens alimentares são caracterizadas por um distúrbio persistente nos hábitos alimentares ou nos comportamentos de controle de massa corporal. São também definidos como desvios do comportamento alimentar, que podem levar, por exemplo, ao emagrecimento extremo. Entre os transtornos alimentares, destacam-se a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, que atingem principalmente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo ocasionar graves danos biológicos, psicológicos e odontológicos.¹

A anorexia nervosa é caracterizada pela restrição persistente de ingestão calórica, perda de peso extrema, distorção da imagem corporal e um temor irracional, quase mórbido, da obesidade e do ganho de peso. O diagnóstico final se positivo, é dado para aquelas mulheres que apresentam amenorréia e ausência de pelo menos três ciclos de menstruação.²

Segundo o DSM - V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) e o CID 10 (Classificação Internacional das Doenças), a anorexia nervosa pode apresentar dois tipos clínicos, conhecidos como restritiva e purgativa. Na restritiva, durante os últimos três meses, o indivíduo não se envolve em episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo (vômitos auto induzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas), esse subtipo descreve apresentações nas quais a perda de peso seja conseguida essencialmente por meio de dieta, jejum e/ou exercício excessivo. Enquanto que na purgativa, nos últimos três meses, o indivíduo se envolve em episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa.² Estudos mostram que 53% dos anoréxicos fazem jejum restritivo e 47% têm compulsão alimentar seguida de purgação.³

A bulimia nervosa é mais difícil de ser reconhecida, pois os indivíduos em geral sentem vergonha de seus problemas alimentares e tentam esconder os sintomas, a compulsão alimentar normalmente ocorre em segredo ou da maneira mais discreta possível, não apresentam sinais da doença e a maioria está em seu peso normal.^{2,3} É caracterizada por episódios de compulsão alimentar seguidos de tentativas de eliminar as calorias consumidas por meio de vômitos forçados ou uso excessivo de laxantes, diuréticos ou enemas, conhecido como processo de compulsão-purgação. A confirmação diagnóstica se dá caso estes quadros se repitam por pelo menos duas vezes a cada semana por um período de 3 meses.¹

Estima-se que a anorexia nervosa acometa 1% das mulheres entre 12 e 25 anos, sendo mais comum em indivíduos da classe econômica alta, sua incidência varia de 0,24 a 7,3 casos para cada 100.000 indivíduos por ano, com a faixa etária média de surgimento entre 14 e 18 anos. Em contrapartida, a bulimia nervosa é mais comum do que a anorexia nervosa, com prevalência de 1% a 2% e idade média próxima de 20 anos. Esse distúrbio, no entanto, acomete mulheres de todas as classes socioeconômicas.⁴

O cirurgião-dentista tem um papel importante na identificação das desordens alimentares. Através da anamnese e exame físico extra e intra-oral é possível descobrir sinais e sintomas sugestivos destas desordens. Ele poderá ser o primeiro profissional da área de saúde a detectar alguma alteração.⁴

Pelo fato da juventude ser um período propenso ao desenvolvimento da insatisfação do próprio corpo, podendo levar a desordens alimentares, essa pesquisa é importante para auxiliar os profissionais da Odontologia na identificação e tratamento das lesões orais decorrentes das desordens alimentares nessa fase. O cirurgião-dentista exerce duas funções principais relacionadas à essas desordens - no diagnóstico, exercendo, em muitos casos, papel de “descobridor do caso”, ou seja, é o primeiro profissional a ter contato com os sinais, e no tratamento das lesões decorrentes das mesmas. Esse trabalho trará maior compreensão a respeito dos transtornos alimentares, suas manifestações orais e como tratá-las.

Sendo assim, essa pesquisa buscou avaliar, dentre os alunos adolescentes de uma escola pública de ensino médio em Natal-RN, os que têm transtornos alimentares (anorexia nervosa e bulimia nervosa), descrever todas as manifestações odontológicas além de investigar a associação dos achados odontológicos com os tipos de transtornos.

1.1 Manifestações Bucais dos Transtornos Alimentares

O primeiro sinal desenvolvido em pacientes que provocam o vômito é a erosão dentária, a literatura descreve que as regurgitações crônicas de conteúdos gástricos causam além dessa alteração a desmineralização do esmalte dentário.³ Atinge principalmente a superfície palatina dos incisivos superiores como resultado do efeito químico mecânico, causado principalmente pela regurgitação do ácido clorídrico vindo do estômago, ativada pelos movimentos da língua. Erosões podem ser detectadas dentro de 6 meses após o início de indução de vômitos e podem progredir para a

região posterior, resultando em diminuição da dimensão vertical. As áreas com erosão apresentam-se lisas e polidas.⁵

O aparecimento e gravidade das lesões dependem tanto da duração e frequência dos episódios de vômito, quanto dos hábitos de higiene bucal dos pacientes. A realização de higiene bucal logo após os episódios de vômitos favorece o desgaste dos dentes por meio do processo de abrasão.⁶

Outra lesão oral apresentada em pacientes portadores de desordens alimentares é a cárie dentária, que aparece, principalmente, devido à hipossalivação, redução de produção de saliva que se dá pelos efeitos colaterais das medicações psicotrópicas prescritas para pessoas com distúrbios alimentares ou por outros fatores como, por exemplo, o desequilíbrio de fluidos causado pelo uso excessivo de diuréticos e laxantes tomados para impedir o ganho de peso, além dos vômitos persistentes.^{4,7} De acordo com Spigset (1991), em pesquisa com 34 pacientes portadores de bulimia nervosa, 29% delas relataram que apresentaram um aumento do índice de cárie concomitantemente com o aparecimento da bulimia. A frequência dos vômitos e uso excessivo de laxantes ou diuréticos causam um decréscimo do volume total de fluídos em alguns pacientes contribuindo para a redução do fluxo salivar e da capacidade tampão da saliva, e desta forma, o pH se mantém reduzido.⁸

Pacientes anoréxicos permanecem muito tempo em jejum, fato que favorece o aparecimento da xerostomia/hipossalivação. Já os bulímicos, durante a compulsão alimentar, deglutem rapidamente os alimentos, o que ocasiona menor estimulação das glândulas salivares. O diagnóstico da xerostomia/hipossalivação é dado através de exame clínico, com observação do estado de hidratação da mucosa bucal ou pela associação com presença ou não de lesões eritematosas, cariosas e queilite angular. Para o diagnóstico da xerostomia é importante que o paciente relate sensação de boca seca, mas, para que se confirme a baixa produção salivar, pode ser feita a sialometria.⁶

Pode também ser observado um aumento das glândulas parótidas, que é um padrão exclusivo para o diagnóstico odontológico a ser observado em complicações da bulimia. O inchaço das glândulas parótidas pode ser uni ou bilateral e ocorre em 10,0% a 50,0% dos pacientes. Ocasionalmente pode afetar também as glândulas submandibulares. De acordo com Spigset (1991) este inchaço ocorre em 29% dos pacientes. Geralmente, esse achado se manifesta em indivíduos que se purgam (bulímicos).⁸ A etiologia da hipertrofia parotídea pode ser atribuída à compulsão

alimentar e a relação entre o consumo rápido e de grande quantidade de alimento ou com os vômitos recorrentes, no qual há uma estimulação das glândulas. O aumento da glândula parótida pode ser identificado a partir do segundo ao sexto dia, após o início dos episódios de compulsão alimentar. A gravidade do caso está relacionada com a frequência dos vômitos.

Alguns autores acreditam que indivíduos com transtornos alimentares têm maior acometimento periodontal, especialmente devido à deficiência de higiene bucal. Já outros autores acreditam que a doença periodontal raramente é diagnosticada entre anoréxicos e bulímicos, pelo fato de tais indivíduos serem jovens. O que pode ser encontrado nesses pacientes são papilas interdentais hipertrofiadas, em decorrência da acidez do vômito, da abrasão e recessão gengival, devido à escovação rigorosa, e gengivite.^{7,9}

Os distúrbios alimentares também podem ocasionar alterações nas mucosas devido à redução da ingestão de vitaminas e outros nutrientes, podendo também promover alterações periodontais. A vermelhidão da mucosa pode ser o resultado da irritação crônica dos tecidos pelos ácidos gástricos.⁵ Os tecidos periodontais e a mucosa bucal são afetadas pela desidratação, devido à redução da produção da saliva e deficiência de higiene oral. As lesões de mucosa mais comumente observadas são a atrofia de mucosa, sensação de queimação na língua (glossodinia) e lesões mucosas eritematosas.⁹

1.2 O Papel dos Cirurgiões-Dentistas nas Desordens Alimentares

O cirurgião-dentista pode ser o primeiro profissional da Saúde a suspeitar da anorexia e bulimia nervosas, devido aos sinais e sintomas desses transtornos no ambiente bucal. Entretanto, esse profissional ainda não trabalha na perspectiva do tratamento multidisciplinar, e poucos cirurgiões-dentistas estão providos de um treinamento adequado para estratégias envolvidas na clínica ampliada. Compete ao cirurgião-dentista realizar uma anamnese detalhada, com o intuito de conhecer melhor os hábitos alimentares dos pacientes e estabelecer vínculo de confiança com eles, além de estar aberto a escutar o paciente e construir um projeto terapêutico singular.³

Um dos principais problemas para o dentista no trabalho com pacientes com desordens alimentares advém de problemas psicológicos que esses pacientes apresentam. Normalmente, eles são bastante compulsivos em seus comportamentos diários. Sua higiene bucal é bastante meticulosa, repetitiva, e muitas vezes, seguida

de escovações agressivas após o ato de vomitar, podendo resultar em severa abrasão.⁵ O manejo do paciente anoréxico/bulímico em relação à saúde bucal deve envolver cuidados emergenciais, educação do paciente, cuidado pré-restaurador (ou adequação de meio), restaurações e manutenção.

É fundamental uma abordagem de educação alimentar e saúde bucal concomitante ao tratamento restaurador por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS), o mesmo é um instrumento voltado às pessoas em situação de vulnerabilidade, entendida como a capacidade dos sujeitos de se protegerem de um agravo, constrangimento, adoecimento ou situação de risco. O processo do adoecimento envolve, além das inúmeras variáveis, a relação entre elas. Dessa forma, constrói-se uma complexidade única. Portanto, o tratamento, o cuidado e o acompanhamento de cada pessoa devem ser feitos de forma singular¹⁸.

A elaboração do PTS deve ser conduzida por uma relação entre profissionais-pessoa-família e serve para consolidação do vínculo e comprometimento entre eles. O profissional deve reconhecer a fragilidade da pessoa e ter cuidado para preservá-la de maneira que sejam criadas possibilidades para que os acordos possam efetivamente ser cumpridos pela pessoa. Espera-se que durante o manejo do paciente seja construída uma relação de reciprocidade, a qual requer do profissional paciência, tato e a capacidade de “estar com” o indivíduo, esse vínculo é de suma importância para o tratamento funcionar¹⁸.

O objetivo do tratamento odontológico para pacientes portadores de distúrbios alimentares é restabelecer um estado de saúde e estética bucais aceitáveis e principalmente, participar de equipe multidisciplinar no tratamento destas distúrbios, motivando e educando em relação à dieta e higiene bucal.¹⁰

A equipe multidisciplinar incluiria, além do cirurgião dentista, médico, nutricionista, e psicólogo, que deveriam se comunicar regularmente. O médico teria o papel de coordenar o tratamento, gerir as complicações médicas e ajudar a determinar a necessidade de internação hospitalar, já o nutricionista monitoraria o peso do paciente, controlando a ingestão nutricional e sua condição física, enquanto que, o psicólogo auxiliaria o paciente na modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais em relação à alimentação e ao seu corpo, além de promover uma melhoria na autoestima.^{1,3}

2 METODOLOGIA

Estudo descritivo de abordagem qualitativa realizado em uma escola pública de ensino médio na cidade de Natal-RN com amostra de conveniência formada por alunos da referida escola. Dos 683 adolescentes matriculadas no colégio e pertencentes à faixa etária compreendida pelo estudo, 607 estavam no dia da entrega do questionário para a triagem/seleção iniciais. Desses, 231 entregaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) assinado pelo responsável e participaram da coleta dos dados. A amostra caracterizou-se por 78 meninos (33,7%) e 153 meninas (66,3%) com idades entre 10 e 19 anos, a média de idade foi de 16,2 anos.

Foram considerados **critérios de inclusão**: escolares, de ambos os sexos, cursando o ensino médio na faixa etária da adolescência e que apresenta transtornos alimentares. Como **critérios de exclusão** foram levados em conta aquelas pessoas que não tinham transtornos alimentares, que pertenciam a outra faixa etária e que tinham grandes perdas dentárias, onde não se podia observar os sinais de desgaste dos elementos dentários.

A coleta de dados em questão teve como número do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa: 093795/2017. Previamente à coleta de dados foi estabelecido um contato inicial com o estudante bem como seus pais ou responsáveis legais e os mesmos foram informados e esclarecidos quanto à realização dos procedimentos necessários do estudo, em cujo momento assinaram os Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) concordando em participar da pesquisa.

Devido à origem multifatorial dos transtornos alimentares e a forma silenciosa como os mesmos se apresentam, foi necessária uma avaliação para identificar inicialmente os indivíduos da amostra. O instrumento de coleta usado na primeira parte da pesquisa foi um formulário validado autoaplicável, o “Questionário Sobre o Corpo” (*Body Shape Questionnaire - BSQ*). Apesar desse instrumento não poder substituir uma entrevista clínica para se fazer o diagnóstico, ele serviu para seleção e recrutamento dos participantes da amostra.

O BSQ (ANEXO 1) mede as preocupações com a forma do corpo, autodepreciação devido a aparência física e a sensação de estar "gorda". As medidas psicométricas do BSQ são muito promissoras e essa escala é muito útil para identificar

pacientes com transtorno alimentar, uma vez que sinaliza para o reconhecimento desta condição. O mesmo é um teste de autopreenchimento com 34 perguntas para serem respondidas segundo a escala LIKERT com escores de 1 a 6 (1 - nunca, 2 - raramente, 3 - às vezes, 4 - frequentemente, 5 - muito frequentemente, 6 – sempre). De acordo com a resposta marcada, o valor do número correspondente à opção feita é computado como ponto para a questão (por exemplo: nunca vale um ponto). O total de pontos obtidos no instrumento é a soma de cada resposta marcada e reflete os níveis de preocupação com a imagem corporal. Obtendo resultado menor ou igual a 110 pontos, é constatado um padrão de normalidade e tido como ausência de distorção da imagem corporal. Resultado entre 110 e 138 pontos é classificado como leve distorção da imagem corporal; entre 138 e 167 é classificado como moderada distorção da imagem corporal; e acima de 167 pontos a classificação é de presença de grave distorção da imagem corporal. As informações obtidas por esse formulário ajudaram na composição da amostra.

Após aplicação e análise do questionário (BSQ), os indivíduos que atingiram 167 pontos, ou mais, foram selecionados para fazer parte da amostra e convidados a responder a uma série de questões que retrataram saúde, hábitos alimentares e de vida, que tiveram por objetivos conhecer a história médica pregressa e de vida do paciente. Posteriormente foram submetidos a um exame clínico odontológico para diagnosticar todas as manifestações orais presentes. A pesquisa foi realizada por um único examinador e para os exames, foram utilizados espelho bucal, sondas periodontal milimetrada e da OMS previamente esterilizadas, além de gaze, espátulas de madeira e EPI completo para o examinador. Para analisar a presença dos achados odontológicos optou-se por agrupar os principais índices orais em um único formulário preenchido pelo avaliador e analisado posteriormente (ANEXO 2). Este formulário/ficha clínica foi dividido em partes e constituído pelas seguintes informações: Exame Básico de Desgaste Erosivo (Basic Erosive Wear Examination – BEWE), Registro Periodontal Simplificado (Periodontal Screening and Recording – PSR), Inventário de Xerostomia (XI) e a Classificação da Mucosite Oral Segundo a OMS.

O BEWE é um sistema de contabilização parcial, que registra a superfície mais severa afetada em um sextante. As superfícies vestibulares, oclusal e lingual/palatal são examinadas em todos os dentes de cada sextante, mas somente é registrado escore da superfície do dente que apresentar maior valor. Com base nos escores

obtidos de cada sextante é feito o somatório de forma cumulativa, e, dessa forma, obtém-se o escore total do nível de risco da lesão não cariada para cada paciente. Baseado no escore total classifica-se o paciente quanto ao nível de risco para desgaste dental (sem risco, baixo risco, médio risco e alto risco).

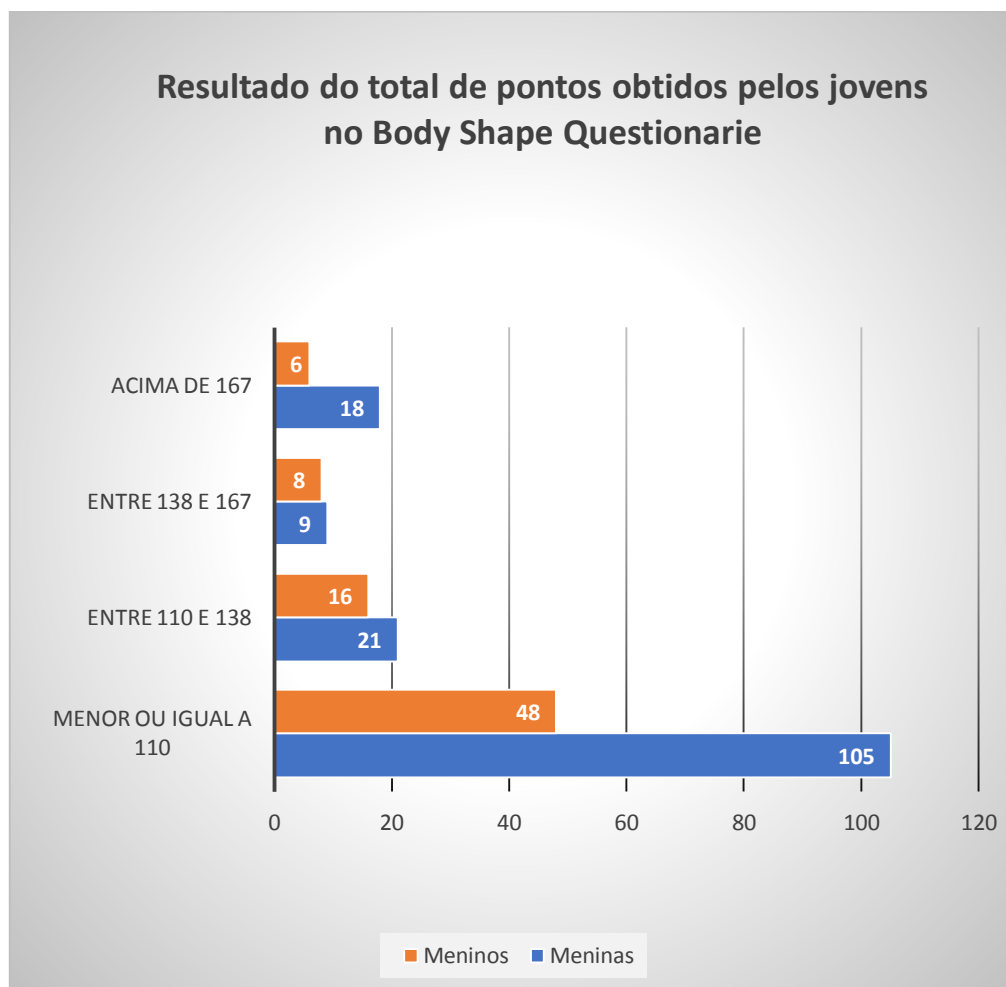
O PSR é um método rápido e efetivo para identificar pacientes com relação às condições periodontais, resumindo as informações necessárias com o mínimo de documentação. A boca é dividida em sextantes e registra-se o código mais alto para cada sextante e também para o indivíduo após o exame de todos os dentes presentes. No Inventário de Xerostomia o paciente relata quais sintomas subjetivos de boca seca apresenta e com base nas respostas classifica-se o grau da doença. A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a mucosite oral de acordo com seus aspectos clínicos e as funções orais do paciente, sendo escore 0 - sem alteração na mucosa; escore 1 - irritação ou eritema; escore 2 - eritema e lesões ulcerativas que ainda permitem uma dieta sólida; escore 3 - lesões ulcerativas em que o paciente se restringe a uma dieta líquida; escore 4 - quando a alimentação oral não é possível (WHO, 1979). Além dessa escala, a do *Nacional Cancer Institute* (NCI) também foi utilizada.

Para a análise destes dados, foi utilizada a estatística descritiva, cujo objetivo básico é o de sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permitindo dessa forma que se tenha uma visão global da variação desses valores, o mesmo organiza e descreve os dados de três maneiras: por meio de tabelas, de gráficos e de medidas descritivas.

3 RESULTADOS

Os resultados obtidos através do questionário sobre a imagem corporal (gráfico 1) mostraram que 24 adolescentes registraram mais que 167 pontos, caracterizando uma grave distorção da imagem corporal, sendo 18 meninas (75,0%) e 6 meninos (25,0%), a qual sinaliza para o diagnóstico de um paciente com transtorno alimentar.

Gráfico 1 - Resultado do total de pontos obtidos pelos jovens no BSQ. Natal/RN, 2017.



Fonte: dados da pesquisa.

Por esses 24 indivíduos apresentarem uma grave distorção da imagem corporal foi identificado uma maior probabilidade de possuírem algum tipo de transtorno alimentar, e por essa razão foram chamados para uma entrevista particular a fim de averiguar/aprofundar se os mesmos apresentavam algum tipo de transtorno. Desses, 9 confirmaram, 6 afirmaram ter bulimia – 5 meninas (55,5%) e 1 menino (11,1) e 3 anorexia do tipo purgativa – todas meninas (33,3%). 33,3% são negros, 22,2% brancos e 44,4% pardos. A idade média desse grupo é de 16,2 anos.

Os jovens foram selecionados para a próxima fase, que constituiu-se do preenchimento de um questionário sobre sua saúde e hábitos alimentares, além de um exame clínico odontológico. Os resultados do questionário mostraram que 55,5% consome diariamente bebidas ácidas. Quando questionados sobre a realização de regime para emagrecer ou para não engordar, a maioria (55,5%) respondeu que

realiza frequentemente. Em relação à prática de atividade física com a finalidade de emagrecer ou não engordar, observou-se que 33,3% raramente pratica (tabela 1).

Tabela 1 – Hábitos de vida entre os adolescentes pesquisados. Natal/RN, 2017

HÁBITOS DE VIDA DOS PESQUISADOS	Raramente		Às vezes		Frequentemente		Muito frequentemente		Diariamente	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
FREQUÊNCIA DAS DIETAS	1	11,1	3	33,3	5	55,5	-		-	
FREQUÊNCIA DA REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES FÍSICAS	5	55,5	-	-	-		3	33,3	1	11,1
FREQUÊNCIA COM QUE INGERE BEBIDAS ÁCIDAS	-	-	2	22,2	-		2	22,2	5	55,5

Fonte: dados da pesquisa

Todos os jovens (100%) relataram não ter o hábito de chupar limão, que poderia justificar a erosão observada em alguns elementos dentários, e reportaram que realizam a escovação dentária após os episódios de vômito (tabela 2) e 22% confirmaram que tem episódios de vômito diariamente (tabela 3). Quanto ao tempo que sofrem com os distúrbios, 44,4% relatou que há quase 1 ano que convive com a doença, 11,1% há uma pouco mais que 2 anos e 44,4% há aproximadamente 6 meses. Os entrevistados relataram que nunca procuraram ajuda ou fazem/fizeram algum tipo de tratamento.

Tabela 2 – Hábitos relatados pelos entrevistados. Natal/RN, 2017

HÁBITOS DOS ENTREVISTADOS	Sim		Não	
	n	%	n	%
TEM REFLUXO GÁSTRICO	2	22,2	7	77,7
ESCOVA OS DENTES LOGO APÓS OS VÔMITOS?	9	100	-	-
FAZ USO DE ENXAGUANTE BUCAL?	6	66,6	3	33,3
FAZ USO DO FIO DENTAL?	5	55,5	4	44,4
CONSUMO DE LAXANTES	3	33,3	6	66,6

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 3 – Frequência de episódios de vômitos entre os participantes da pesquisa. Natal/RN, 2017.

FREQUÊNCIA DOS VÔMITOS	1 vez por semana		2 a 3 vezes por semana		Diariamente		2 a 3 vezes por dia	
	n	%	N	%	n	%	n	%
	1	11,1	5	55,5	2	22,2	1	11,1

Fonte: dados da pesquisa

Após o preenchimento do questionário, foi realizado o exame clínico odontológico o qual mostrou que 22,2% dos avaliados (bulímicos que têm a doença há mais de 1 ano) apresentaram perda inicial da textura da superfície dentária somente no segundo sextante, configurando a ausência de risco quanto a erosão dentária. O restante não apresentou perda de superfície dentária. Na avaliação das glândulas salivares, não foi percebida clinicamente hipertrofia das mesmas, porém 77,7% dos jovens relataram uma sensação de bochecha aumentada após os episódios de vômito. Além desses sinais clínicos, 66,6% obtiveram escore 2 do PSR, apresentando cálculo supra e/ou subgengival (tabela 4).

Tabela 4 – Sinais clínicos bucais dos participantes da pesquisa. Natal/RN, 2017

SINAIS CLÍNICOS BUCAIS	ESCORES	n	%
EXAME BÁSICO DE DESGASTE EROSIVO	Sem Risco	7	77,7
	Baixo Risco	2	22,2
	Médio Risco	0	0
	Alto Risco	0	0
REGISTRO PERIODONTAL SIMPLIFICADO	Escore 0	0	0
	Escore 1	3	33,3
	Escore 2	6	66,6
	Escore 3	0	0
	Escore 4	0	0
	Escore 5	0	0
INVENTÁRIO DE XEROSTOMIA	Pontuação 13	1	11,1
	Pontuação 15	3	33,3
	Pontuação 17	2	22,2
	Pontuação 18	1	11,1
	Pontuação 20	1	11,1
	Pontuação 22	1	11,1
CLASSIFICAÇÃO DA MUCOSITE ORAL	Grau 0	9	100
	Grau 1	0	0
	Grau 2	0	0
	Grau 3	0	0
	Grau 4	0	0

Fonte: dados da pesquisa

Analisando os resultados do inventário da xerostomia, observou-se em 100% dos examinados um baixo risco quanto a severidade da secura bucal, não sendo encontrado qualquer lesão de mucosite oral e candidose oral, além de ter sido identificada quielite angular em 11,1%.

4 DISCUSSÃO

Caracterizada por uma perda patológica, crônica, localizada e indolor do tecido dental duro submetido quimicamente ao ataque de ácidos sem o envolvimento de bactérias, a erosão dentária é a manifestação oral mais comum de regurgitação crônica típica de distúrbios alimentares.¹¹ Foi observado no exame clínico odontológico que 22,2% dos avaliados, sendo eles portadores de bulimia há mais de 1 ano, apresentavam perda inicial da textura da superfície dentária na face palatina do segundo sextante. Os resultados entram em consonância com a literatura que relata que as faces palatinas dos dentes posteriores são as mais afetadas, pois o baixo fluxo salivar permite que o dorso da língua permaneça ácido.¹²

Nesse sentido a gravidade e progressão da erosão não dependem apenas da frequência e duração do vômito, mas também de hábitos de higiene bucal, como a escovação logo após a regurgitação, relatada por 100% dos analisados. Foi observado que os jovens são bastante compulsivos quanto aos seus comportamentos diários, sua higiene bucal é bastante meticulosa, repetitiva, e muitas vezes realizam escovações agressivas após o ato de vomitar, podendo resultar em severa abrasão, já que o esmalte encontra-se desorganizado e pode ser facilmente removido pela abrasão durante a higiene bucal.⁹

Nem todos os jovens que praticam a regurgitação apresentam erosão dental (88,8%), isso porque o desenvolvimento e a severidade dessa condição fazem parte de um processo cumulativo influenciado por fatores como tempo e duração da doença, frequência dos episódios de vômito, a quantidade de saliva – que neutraliza a acidez, restaura o equilíbrio natural da boca e lentamente remineraliza o esmalte dentário e a vulnerabilidade individual dos hábitos de higiene bucal.^{9, 12}

O tratamento odontológico da erosão dentária em pacientes com desordens alimentares geralmente é iniciado tardiamente. Os pacientes somente notam a erosão dental quando elas se encontram em estados mais avançados ou quando a hipersensibilidade se torna um desconforto para alimentação e escovação. A perda

de estrutura dental é irreversível, se mantendo mesmo após a cura da desordem alimentar. A neutralização dos ácidos gástricos imediatamente após o vômito, com a utilização de antiácidos, é uma medida preventiva eficaz que minimiza as perdas estruturais nos dentes. O estímulo do fluxo salivar através de chicletes sem açúcar e motivar o paciente para uma boa escovação dentária e lingual usando uma escova de cerdas macias para minimizar a perda de esmalte e ajudando na remoção dos resíduos ácidos das papilas, também são métodos auxiliares para diminuição desses danos orais. Restaurações diretas em resina composta e confecção de facetas são os tratamentos reabilitadores de escolha em casos de destruição moderada e severa, respectivamente.^{12, 13}

Em indivíduos que purgam, principalmente os bulímicos, pode-se também ser observado um aumento das glândulas parótidas. Por purgar entende-se o ato de provocar o vômito após um episódio de compulsão alimentar, como um método de compensação. A ocorrência e extensão do aumento da parótida são proporcionais à duração e gravidade da purgação.¹⁴ Nos estágios iniciais do transtorno alimentar, a hipertrofia da glândula parótida pode aparecer e desaparecer, que é o relatado por 77,7% dos indivíduos, onde eles descrevem uma sensação de bochecha aumentada após alguns episódios de vômito. Com o avanço do transtorno, o aumento torna-se mais persistente, podendo ser observada deformidade facial, com aparência quadrada e alargada da região mandibular, que pode se tornar um fator complicador no estado psicológico geral do paciente. Esse agravamento da hipertrofia não é observado em nenhum dos jovens examinados.

O mecanismo de hipertrofia é atribuído a grande ingestão de carboidratos, regurgitação de ácido gástrico levando a uma alcalose metabólica, consumo maciço de grandes quantidades de alimentos (principalmente carboidratos) e má nutrição.⁵ Nenhum tratamento é proposto, exceto a recomendação para bons hábitos alimentares e a paralisação dos vômitos, pois, de acordo com alguns autores, biópsias das glândulas mostram que as mesmas apresentam tecidos normais ou com presença de infiltrado inflamatório.¹⁴

No presente estudo, 33,3% dos jovens obtiveram escore 1 no Registro Periodontal Simplificado (PSR), que é caracterizado por sangramento gengival até 30 segundos após a sondagem suave, e 66,6% escore 2, que é quando há presença de cálculo supra e/ou subgengival e/ou margens restauradoras mal adaptadas. No exame foi observado papilas gengivais aumentadas, que podem ou estar relacionadas

à constante irritação advinda dos episódios de vômito ou à deficiência da higienização bucal que ocasiona a manifestação de cálculo gengival. Alguns autores acreditam que o índice de doença periodontal se mostra aumentado nos pacientes sintomáticos, porém outros relatam que dificilmente será possível diagnosticar tal doença nesse grupo específico devido à pouca idade que geralmente os indivíduos acometidos por esses distúrbios tem.^{7,15}

Dos indivíduos examinados nesse estudo, 11,1% dos apresenta a queilite angular como uma das manifestações orais mais encontrada, a qual se caracteriza por apresentar inflamação e fissuras nas comissuras labiais. Quiloses podem ocorrer como resultados da desidratação da membrana bucal ou deficiência de vitamina do complexo B. O pH ácido da saliva pode ser um irritante local e a vermelhidão da mucosa pode ser o resultado da irritação crônica dos tecidos pelos ácidos gástricos.⁵ É importante manter as regiões afetadas secas. Talcos, como os de micozanol a 2% podem ser úteis no tratamento das dobras cutâneas. Os casos leves de infecções cutâneas e paroníquia podem ser tratados com imidazol tópico ou creme de nistatina.¹⁶

Embora 33,3% dos entrevistados tenham informado que consomem laxantes e/ou diuréticos para auxiliar no processo de emagrecimento com frequência de uma vez por semana, ou menos, foi observado um baixo risco quanto a severidade e relação da secura bucal, apesar do o consumo excessivo de laxantes e/ou diuréticos poder causar, segundo a literatura, um decréscimo do volume total de fluídos em alguns pacientes, contribuindo para a redução do fluxo salivar e redução da capacidade tampão da saliva, mantendo desta forma, o pH reduzido.⁸

Felizmente a ausência de doenças como candidose oral e xerostomia nos jovens examinados mostra que ter um transtorno alimentar não necessariamente acarretará no aparecimento dessas doenças e que outros fatores poderão estar associados. A xerostomia poderá estar associada a longos períodos de jejum por parte dos indivíduos portadores de anorexia ou ao fato dos praticantes de regurgitação realizarem essa ação muitas vezes durante um curto período de tempo.

A literatura relata que o uso de antidepressivos no tratamento para ansiedade e depressão apresenta como efeito colateral o bloqueio de receptores colinérgicos muscarínicos acentuando o quadro de hipossalivação.¹⁷ Nesse caso, o impedimento do reparo tecidual e da regeneração da mucosa oral, provocados pelos índices de má nutrição e avitaminose apresentados por pacientes com transtornos alimentares, faz

com que estes indivíduos apresentem candidose oral. Entre os fatores predisponentes destacam-se o pH ácido salivar associado à regurgitação pelos pacientes ou a xerostomia devido à ineficiência do sistema tampão.¹⁶

5 CONCLUSÕES

As principais manifestações bucais encontradas decorrentes desses transtornos foram: erosão dentária (22,2%), hipertrofia das glândulas salivares parótidas (77,7%), escore 2 no Registro Periodontal Simplificado (66,6%) e queilite angular (11,1%), resultados esses que foram reiterados pela literatura. As demais alterações (xerostomia, candidíase oral e outras alterações na mucosa oral) não apareceram nos resultados do presente estudo.

A maioria dos examinados afirmaram ter um ou mais hábitos de vida, como por exemplo, frequência diária de ingestão de bebidas ácidas (55,5%) e prática de escovar os dentes logo após os episódios de vômito (100%), apresentando significância para a erosão dentária.

Os hábitos seguidos pelos pacientes com anorexia do tipo purgativa e bulímicos, como episódios de regurgitação (prática de indução de vômitos) associados a uma má nutrição e incorreta higienização da cavidade oral levaram à manifestação dessas alterações bucais, porém a ocorrência e severidade dependem do tipo e tempo de duração do transtorno apresentado pelo paciente.

Devido à pouca idade que os indivíduos analisados apresentavam (média de 16,2 anos) e conseqüentemente o pouco tempo que possuíam o transtorno (88,8% declarou ter a doença há menos de 1 ano), alterações mais significativas e em maior número não foram encontradas, o que resultou na necessidade da realização/continuação de futuras pesquisas abrangendo aumento da faixa etária, maior tempo de doença e aumento do tamanho da amostra.

É imprescindível mais investigações sobre esta temática, uma vez que pesquisas nessa área são extremamente relevantes na contribuição da busca de soluções que minimizem os efeitos causados pelos distúrbios nas estruturas bucais e na saúde física e psíquica dos indivíduos portadores. O cirurgião-dentista deve estar apto a reconhecer tais manifestações e, dessa maneira, trabalhar em conjunto com outros profissionais da área da saúde em uma abordagem multidisciplinar visando a

melhoria da qualidade de vida da pessoa afetada, tratando suas sequelas e ajudando-a a superar suas necessidades por meio do Projeto Terapêutico Singular.

6 REFERÊNCIAS

- 1 - Peixoto AL. Transtorno alimentar: entenda os aspectos que envolvem essas patologias e suas implicações nutricionais. Viçosa: A.S. Sistemas. 2012; 14-21.
- 2 - Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American Psychiatric Association. 2013; 338-50.
- 3 - Aranha AC, Eduardo CDEP, Cordas TA. Eating disorders. Part I: Psychiatric diagnosis and dental implications. J Contemp Dent Pract. 2008; 9(4):73-81.
- 4 - Little JW. Eating disorders: dental implications. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2002; 93(2):138-43.
- 5 - Faine MP. Recognition and management of eating disorders in the dental office. Dent Clin North Am. 2003; 47(2):395-410.
- 6 - Santos FDG. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: alterações bucais e importância do cirurgião-dentista na abordagem multiprofissional. Rev. Odontol. 2015; 25(1):33-42.
- 7 - Moor RJG. Eating disorder-induced dental complications: a case report. J Oral Rehabil. 2004; 7: 725-32.
- 8 - Spigset O. Oral symptoms in bulimia nervosa: a survey of 34 cases. Acta Odontol Scand. 1991; 49(6):335-39.
- 9 - Traebert J, Moreira EAM. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. Pesqui Odontol Bras. 2001; 15(4):359-63.
- 10 - Shaw L, Smith AJ. Dental erosion – the problem and some practical solutions. Brit Dent J. 1998; 186(3):115-8.
- 11 - Baratieri LN. Odontologia restauradora – fundamentos e possibilidades. Editora Santos. 2015.
- 12 - Curzon ME, Hefferren JJ. Modern methods for assessing the cariogenic and erosive potential of foods. Br Dent J. 2001; 91:41-6.
- 13 - Gordon J, Christensen DDS. Oral care for patients with bulimia. J Am Dent Assoc. 2012; 133(12):1689-91.
- 14 - Scully C, Everson J. Sialosis and necrotizing sialometaplasia in bulimia: a case report. Int J Oral Maxillofac Surg. 200; 33(8):808-10.

- 15 - Bretz WA. Oral profiles of bulimic women: diagnosis and management. *J Evid Base Dent Pract.* 2002; 2:267-72.
- 16 - Soutor C, Hordinsky M. *Dermatologia clínica (Lange)*. Edit Mcgraw Hill. 2014; 1:93.
- 17 - Feio M, Sapeta P. Xerostomia em cuidados paliativos. *Acta Med Port, Porte Alegre.* 2005; 18(1):459-66.
- 18 - Büchele F, Dimenstein MDB, organizadores. *Atualização em álcool e outras drogas, da coerção à coesão. Recursos e estratégias do cuidado.* Florianópolis. 2014.

7 ANEXOS

7. 1 Questionário Sobre o Corpo (*Body Shape Questionnaire - BSQ*)

Nome: _____

Idade: _____ Altura: _____ Peso: _____

Gostaríamos de saber como você vem se sentindo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas. Por favor, leia cada questão e faça um círculo apropriado.

Use a legenda abaixo:

1 - Nunca

2 - Raramente

3 - Às vezes

4 - Frequentemente

5 - Muito frequentemente

6 - Sempre

Por favor, responda todas as questões. Nas últimas quatro semanas:

1. Sentir-se entediado (a) faz você se preocupar com sua forma física?	1	2	3	4	5	6
2. Você tem estado tão preocupado (a) com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grande demais para o restante de seu corpo?	1	2	3	4	5	6
4. Você tem sentido medo de ficar gordo (a) demais?	1	2	3	4	5	6
5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
6. Sentir-se satisfeito (a) (por exemplo, após ingerir uma grande refeição) faz você sentir-se gordo (a)?	1	2	3	4	5	6
7. Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar?	1	2	3	4	5	6
8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar?	1	2	3	4	5	6

9. Estar com homens, ou mulheres, magros (as) faz você se sentir preocupado (a) em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem se espalhar quando se senta?	1	2	3	4	5	6
11. Você já se sentiu gordo (a), mesmo comendo uma quantidade menor de comida?	1	2	3	4	5	6
12. Você tem reparado no físico de outros homens, ou mulheres, e ao se comparar, sente-se em desvantagem?	1	2	3	4	5	6
13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste televisão, lê ou participa de uma conversa)?	1	2	3	4	5	6
14. Está nu (a), por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gordo (a)?	1	2	3	4	5	6
15. Você tem evitado usar roupas que a fazem notar as formas do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
16. Você se imagina cortando fora porções de seu corpo?	1	2	3	4	5	6
17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gordo (a)?	1	2	3	4	5	6
18. Você deixou de participar de eventos sociais (como por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
19. Você se sente excessivamente grande e arredondada?	1	2	3	4	5	6
20. Você já teve vergonha do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
21. A preocupação diante do seu físico leva-lhe a fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
22. Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo, pela manhã)?	1	2	3	4	5	6
23. Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole?	1	2	3	4	5	6
24. Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago?	1	2	3	4	5	6
25. Você acha injusto que os outros homens e mulheres sejam mais magros (as) que você?	1	2	3	4	5	6
26. Você já vomitou para se sentir mais magra?	1	2	3	4	5	6

27. Quando acompanhada, você fica preocupada em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado num sofá ou no banco de um ônibus)?	1	2	3	4	5	6
28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo?	1	2	3	4	5	6
29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?	1	2	3	4	5	6
31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)?	1	2	3	4	5	6
32. Você toma laxantes para se sentir magro (a)?	1	2	3	4	5	6
33. Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
34. A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deverias fazer exercícios?	1	2	3	4	5	6

Escore/pontuação final: _____

Avaliação quanto a pontuação final:

Menor ou igual a 110 = padrão de normalidade e tido como ausência de distorção da Auto Imagem Corporal (AIC).

Entre 110 e 138 pontos = grau leve de distorção da AIC.

Entre 138 e 167 = grau moderado de distorção da AIC.

Acima de 167 pontos = presença de grave grau de distorção da AIC.

7.2 Avaliação da História Médica Progressiva / Formulário Clínico

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Idade: _____ Altura: _____ Peso: _____ Sexo: _____

Raça: _____ Estado Civil: _____ Renda: _____

1. Frequência das dietas:

- () Raramente
() Às vezes
() Frequentemente
() Muito frequentemente
() Sempre

2. Frequência da realização das atividades físicas:

- () Raramente
() 1 vez por semana
() 3 vezes por semana
() Diariamente
() Nunca

3. Satisfação corporal:

- () Sim () Não

4. Alergia?

- () Sim () Não

5. Se sim para a questão anterior, alergia a quê? _____

Em relação à erosão dentária:

6. Frequência com que bebe bebidas ácidas (exemplo, refrigerante e limonada):

- () Raramente
() 1 vez por semana
() 3 vezes por semana
() Diariamente
() Nunca

7. Hábito de chupar limão:
() Sim () Não
8. Sensação de boca seca:
() Sim () Não
9. Refluxo gástrico:
() Sim () Não
10. Frequência dos vômitos:
() Uma vez por semana
() 2 a 3 vezes por semana
() Diariamente
() 2 a 3 vezes por dia
11. Escova os dentes logo após os vômitos?
() Sim () Não
12. Faz uso de enxaguante bucal?
() Sim () Não

Em relação à doença periodontal:

13. Frequência que escova os dentes:
() 1 vez por dia
() 2 vezes ao dia
() 3 vezes ao dia
() Sempre após todas as refeições/lanches
() Somente após os vômitos
14. Uso de fio dental?
() Sim () Não
15. Como faz sua escovação?

16. Uso de aparelho ortodôntico:
() Sim () Não
17. Fumante ou ex-fumante?
() Sim () Não

18. Se sim para a questão anterior, há quanto tempo? _____

19. Diabetes:

() Sim () Não

20. Aids/HIV:

() Sim () Não

21. Se considera uma pessoa muito estressada?

() Sim () Não

Em relação à xerostomia:

22. Depressão:

() Sim () Não

23. Já passou por radioterapia?

() Sim () Não

24. Já passou por quimioterapia?

() Sim () Não

25. Faz uso de drogas ilícitas?

() Sim () Não

26. Hepatite C:

() Sim () Não

27. Faz uso de algum desses medicamentos (sublinhar)?

Descongestionantes nasais, broncodilatadores, anfetaminas, moderadores de apetite, atropina, antidepressivo tricíclico, anti-histamínicos, antieméticos, antipsicóticos, inibidores da serotonina, lítio, omeprazol, inibidores de protease, disopiramida e oxibutinina.

28. Há quanto tempo você sofre com esse distúrbio?

Avaliação Clínica

Parte 1: Avaliação da erosão dentária por meio do Exame Básico de Desgaste Erosivo (Basic Erosive Wear Examination – BEWE)

Escore	Critérios para classificação de desgaste
0	Nenhuma perda de superfície
1	Perda inicial da textura da superfície
2	Perda do tecido com menos de 50% da área de superfície em dentina
3	Perda do tecido com mais de 50% da área de superfície em dentina

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

Soma dos sextantes	Grau de risco
0-2	Sem risco
3-8	Baixo risco
9-13	Médio risco
14 ou mais	Alto risco

Observações: _____

Parte 2: Avaliação da hipertrofia das glândulas salivares

Tipo de glândula	Presença ou não da hipertrofia
Sublingual	
Submandibular	
Parótida	

Observações: _____

Parte 3: Avaliação da doença periodontal por meio do PSR

Quadro 1. RPS: Critérios clínicos de definição de escores

Escore	RPS
0	Nenhum sinal de doença periodontal - Faixa colorida totalmente visível
1	Sangramento gengival até 30s após a sondagem suave - faixa colorida totalmente visível
2	Cálculo supra e/ou subgengival e/ou margens restauradoras mal adaptadas - faixa colorida totalmente visível
3	Bolsa periodontal que permite a introdução da sonda no sulco (bolsa de 4 a 5 mm) - faixa colorida da sonda parcialmente visível
4	Bolsa periodontal que permite maior introdução da sonda no sulco (bolsa profunda de 6 mm ou mais) - faixa colorida não visível
*	Anormalidade clínica associada aos demais escores - comprometimento de furca, mobilidade, alterações mucogengivais e/ou recessão gengival na área colorida da sonda (maior que 3,5 mm a partir da junção amelocementária).

<table border="1"> <tr> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> </tr> </table> <p>Contagem do sextante</p>							<p>Seleção & Gravação Periodontal</p> <p>____/____/____ dia mês ano</p>

Figura 1. Modelo de ficha clínica para o RPS

Observações: _____

Parte 4: Avaliação xerostomia por meio do Inventário de Xerostomia (XI)

Para cada item abaixo, assinale com	Nunca	Quase nunca	Ocasional mente	Com relativa frequência	Com frequência
--	-------	----------------	--------------------	----------------------------	-------------------

um X aquele que melhor se relaciona com a queixa:					
1. Bebo um pouco de liquido para me ajudar a engolir os alimentos					
2. Sinto a boca seca durante as refeições					
3. Levanto-me de noite para beber					
4. Sinto a boca seca					
5. Tenho dificuldade em comer alimentos secos					
6. Chupo balas ou pastilhas para tosse para avaliar a secura da boca					
7. Tenho dificuldade em engolir certos alimentos					
8. Sinto a pele do rosto seca					
9. Sinto os olhos secos					
10. Sinto os lábios secos					
11. Sinto o interior do nariz seco					

Escore total: _____

Avaliação dos resultados: Valor das respostas: nunca = 1 ponto; quase nunca = 2 pontos; ocasionalmente = 3 pontos; com relativa frequência = 4 pontos; com frequência = 5 pontos. Quanto maior o valor, maior a severidade da secura bucal.

Observações: _____

Parte 5: Avaliação a mucosite oral segundo a OMS

Classificação das Lesões de Mucosite Oral					
	0	1	2	3	4
OMS	Nenhuma alteração	Presença de eritema	Presença de eritema, úlceras e alimentação sólida	Presença de úlceras e alimentação líquida	Não consegue se alimentar via oral
NCI Função e sintoma	Nenhuma alteração	Sintomas mínimos, alimentação sólida	Presença de dor e dieta modificada	Alimentação oral não é possível	Sintomas associados com risco de morte
NCI Exame clínico	Nenhuma alteração	Presença de eritema	Presença de úlceras ou pseudomembranas	Úlceras confluentes ou pseudomembranas, sangramento ao leve trauma	Necrose, sangramento espontâneo, risco de morte

Observações: _____

Parte 6: Avaliação das alterações na mucosa oral

Tipo de alteração	Presença	Local	Sintomatologia
Candidose oral			
Quielite angular			
Traumas da mucosa			

7.3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Este é um convite para você participar da pesquisa: “As Manifestações Orais em Pacientes com Transtornos Alimentares”, que tem como pesquisadora responsável a Profa. Dra. Iris do Céu Clara Costa. Esta pesquisa pretende avaliar, dentre os pacientes adolescentes que utilizam os serviços de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e os alunos da Escola Estadual Professor Edgar Barbosa Ensino 2º Grau em Natal no Rio Grande do Norte, os que têm transtornos alimentares (anorexia nervosa e bulimia nervosa) e conhecer, por meio de exame clínico, as principais doenças presentes na boca desses pacientes.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é ajudar os profissionais da Odontologia na identificação e tratamento das doenças presentes na boca decorrentes dos transtornos alimentares. Esse será um estudo que trará maior compreensão a respeito dos transtornos alimentares, as alterações na boca que eles provocam e como trata-las.

Caso você decida participar, você deverá ter que responder a um questionário inicial, que tem como objetivo identificar se o participante é portador de algum transtorno alimentar. A duração do questionário será de em média 20 (vinte) minutos. Os participantes que tiverem a doença serão submetidos, em seguida, a um exame clínico simples que tem por objetivo identificar quais as alterações na boca estão presentes devido ao transtorno alimentar. Caso seja encontrado alguma alteração importante, você autoriza o uso da imagem no trabalho, sempre respeitando sua identidade. Durante a aplicação do questionário e do exame clínico oral a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você corre é semelhante àquele sentido num exame físico ou psicológico de rotina.

_____ (rubrica do Participante/Responsável legal)

_____ (rubrica do Pesquisador)

Pode acontecer um desconforto em relação as perguntas pessoais que serão feitas, mas esse desconforto será minimizado pelo pesquisador que dará todo o tempo possível para que você se sinta confortável em responder as perguntas e você terá como benefício um melhor esclarecimento sobre sua condição e saberá qual é a melhor maneira de fazer a higiene da boca e assim prevenir doenças.

Em caso de algum problema que você possa ser relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita que será prestada pela colaboradora Mayara Janyara do Rego Barreto, que irá escutar sua queixa e fará o possível para resolver seu problema. Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Mayara Janyara do Rego Barreto no número (84) 3342 - 2338 ou para Iris do Céu Clara Costa, pelo telefone (84) 3215 – 4104.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você. Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos. Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, devidamente comprovado, você poderá ser ressarcido e se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, poderá ser indenizado. Qualquer dúvida sobre as condições éticas dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, telefone 3215-3135. Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável Iris do Céu Clara Costa.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos.

_____ (rubrica do Participante/Responsável legal)

_____ (rubrica do Pesquisador)

Concordo em participar da pesquisa “As Manifestações Oraís em Pacientes com Transtornos Alimentares”, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal, ____/____/2017.



Impressão
datiloscópica do
participante

Assinatura do participante da pesquisa

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo “As Manifestações Oraís em Pacientes com Transtornos Alimentares”, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, ____/____/2017.

Assinatura do pesquisador responsável

7.4 Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – TALE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Estamos solicitando a você a autorização para que o menor pelo qual você é responsável participe da pesquisa: “As Manifestações Orais em Pacientes com Transtornos Alimentares”, que tem como pesquisadora responsável a Profa. Dra. Iris do Céu Clara Costa. Esta pesquisa pretende avaliar, dentre os pacientes adolescentes que utilizam os serviços de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e os alunos da Escola Estadual Professor Edgar Barbosa Ensino 2º Grau em Natal no Rio Grande do Norte, os que têm transtornos alimentares (anorexia nervosa e bulimia nervosa) e conhecer, por meio de exame clínico, as principais doenças presentes na boca desses pacientes.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é ajudar os profissionais da Odontologia na identificação e tratamento das doenças presentes na boca decorrentes dos transtornos alimentares. Esse será um estudo que trará maior compreensão a respeito dos transtornos alimentares, as alterações na boca que eles provocam e como trata-las.

Caso você decida autorizar, você deverá ter que responder a um questionário inicial, que tem como objetivo identificar se o participante é portador de algum transtorno alimentar. A duração do questionário será de em média 20 (vinte) minutos. Os participantes que tiverem a doença serão submetidos, em seguida, a um exame clínico simples que tem por objetivo identificar quais as alterações na boca estão presentes devido ao transtorno alimentar. Caso seja encontrado alguma alteração importante, você autoriza o uso da imagem no trabalho, sempre respeitando a identidade do menor.

_____ (rubrica do Participante/Responsável legal)

_____ (rubrica do Pesquisador)

Durante a aplicação do questionário e do exame clínico oral a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que ele(a) corre é semelhante àquele sentido num exame físico ou psicológico de rotina. Pode acontecer um desconforto em relação as perguntas pessoais que serão feitas, mas esse desconforto será minimizado pelo pesquisador que dará todo o tempo possível para que ele(a) se sinta confortável em responder as perguntas e ele(a) terá como benefício um melhor esclarecimento sobre sua condição e saberá qual é a melhor maneira de fazer a higiene da boca e assim prevenir doenças.

Em caso de algum problema que ele(a) possa ser relacionado com a pesquisa, ele(a) terá direito a assistência gratuita que será prestada pela colaboradora Mayara Janyara do Rego Barreto, que irá escutar sua queixa e fará o possível para resolver seu problema. Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Mayara Janyara do Rego Barreto no número (84) 3342 - 2338 ou para Iris do Céu Clara Costa, pelo telefone (84) 3215 – 4104.

Você tem o direito de recusar sua autorização, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você e para ele(a). Os dados que ele(a) irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa identificá-lo(a). Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos. Se você tiver algum gasto pela participação dele(a) nessa pesquisa, devidamente comprovado, você poderá ser ressarcido e se ele(a) sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, ele(a) poderá ser indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, telefone 3215-3135. Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável Iris do Céu Clara Costa.

_____ (rubrica do Participante/Responsável legal)

_____ (rubrica do Pesquisador)

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____,
 representante legal do menor
 _____, autorizo sua
 participação na pesquisa “As Manifestações Orais em Pacientes com Transtornos
 Alimentares”.

Esta autorização foi concedida após os esclarecimentos que recebi sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados, por ter entendido os riscos, desconfortos e benefícios que essa pesquisa pode trazer para ele(a) e também por ter compreendido todos os direitos que ele(a) terá como participante e eu como seu representante legal.

Autorizo, ainda, a publicação das informações fornecidas por ele(a) em congressos e/ou publicações científicas, desde que os dados apresentados não possam identificá-lo(a).

Natal, ____/____/2017.



Impressão
 datiloscópica do
 representante legal

Assinatura do representante legal

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo “As Manifestações Orais em Pacientes com Transtornos Alimentares”, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo. Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, ____/____/2017.

Assinatura do pesquisador responsável

7.5 Normas da Revista “Ciência Plural” para submissão de trabalho

São relatos de trabalho original, aqueles que incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional, destinados à divulgação de resultados de pesquisas inéditas de temas relevantes para a área pesquisada, apresentados com estrutura constituída de Introdução, Revisão ou Referencial Teórico, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão, embora outros formatos possam ser aceitos (Máximo de 5.000 palavras, excluindo resumo, referências, tabelas e figuras. Máximo de referências: 25).

Informações complementares:

- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos nas tabelas.
- As referências, limitadas em 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica devem ser evitadas.
- Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com no mínimo 150 e no máximo 300 palavras, contendo os itens: **Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões** destacados em negrito no texto do Resumo e seus correspondentes no Abstract. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limites de 150 palavras.
- A introdução deve ser curta, definido o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. A seção Métodos deve incluir as fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, os quais devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados e discussão deve descrever os resultados encontrados incluindo interpretações/comparações. O texto deve

complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir também a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. As Conclusões devem conter a síntese dos resultados sem, entretanto repeti-los. Podem ser apontadas em tópicos ou escritas de forma cursiva.

- Os descritores devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MeSH), para os resumos em inglês.
- O texto como um todo deverá estar em fonte Arial tamanho 12, com margens 2,5cm (superior, inferior, direita, esquerda) e espaço entre linhas 1,5cm. Quando existirem ilustrações (sejam tabelas, gráficos ou figuras), estas deverão ser inseridas dentro e ao longo do próprio texto, no local pertinente.
- Nos agradecimentos devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.
- As referências devem ser numeradas de forma consecutiva segundo a ordem em que forem sendo citadas no texto e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, conforme o Index Medicus. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".
- Deve ser indicado em **expoente (sobrescrito)** o número correspondente à referência listada e ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares.