

A Saúde Bucal em Portadores de Transtornos Mentais e Comportamentais

THE ORAL HEALTH OF MENTAL AND BEHAVIOUR DISTURBANCE PATIENTS

Elizabeth Maria Costa de CARVALHO*
Roberto Paulo Correia de ARAÚJO**

RESUMO

Os pacientes especiais ou portadores de necessidades especiais são indivíduos que apresentam desvios no padrão de normalidade de sua condição física, mental, orgânica e/ou de socialização. Essa condição pode ser de caráter transitório - gestação - ou permanente - retardo mental profundo. Os portadores de transtornos mentais e comportamentais podem ser incluídos na classificação dos pacientes especiais porque na sua grande maioria apresentam comprometimento intelectual e motor e requerem assistência temporária ou definitiva. As doenças bucais mais prevalentes nestes pacientes são a cárie e a doença periodontal, sendo esta última decorrente de problemas de ordem local, geral, podendo também estar modulada, pela utilização rotineira de medicamentos psicoativos, destacando-se os anticonvulsivantes. A saúde bucal desses indivíduos, independente do modelo assistencial psiquiátrico ao qual estão submetidos, deve ser avaliada criteriosa e periodicamente, haja vista que a condição bucal interfere na saúde mental. Os programas de saúde bucal que são implementados para esses pacientes com necessidades especiais, visam a sua motivação para um controle mecânico efetivo da placa bacteriana, pelos próprios pacientes, mas, quando estes apresentam alguma deficiência motora, os pais/ responsáveis ou o corpo de enfermagem das instituições especializadas, assumem tal responsabilidade. Determinados casos clínicos requerem a eliminação da placa bacteriana por meios químicos, através de substâncias antimicrobianas. As perspectivas futuras apontam para a possibilidade da atenção odontológica vir a ser rotina no contexto assistencial à saúde mental, considerando-se não apenas as peculiaridades desta população especial, como ao paradigma de assistência manicomial, como uma opção de tratamento para indivíduos com patologias mentais específicas.

DESCRIPTORIOS

Saúde bucal; Patologia mental.

ABSTRACT

Special patients or special necessities porters are people who present deviations on the standard of physical, mental, organic condition and or socialization. This condition may be transient pregnancy or permanent deep mental deficiency. The mental and conduct disturbance individuals can be included on the classification of special patients because a vast majority show intellectual and motor compromisement and require temporary or definitive attention. The most prevalent oral diseases in this group are dental caries and especially periodontal diseases that result local, general problems and are influenced by the frequent use of psychoactive drugs anticonvulsivants. The oral health of these patients, despite the assistance model, must be evaluated careful and regularly once the oral condition interferes on mental health. The oral health programs applied are based on the motivation of these patients in order to achieve by themselves the effective mechanic control of dental plaque. The ones who present any motor disability may have their parents, relatives or nurses of the specialized institutions as responsible for this activity. Some clinical cases require the remotion of the dental plaque by using with chemical products with antimicrobial substances. The future perspectives indicate the possibility of regular dentistry attention in the assistencial context of mental health taking into account not only the peculiarities of this special population, but also the paradigm of psychiatric assistance as an option for the treatment of patients with specific mental disabilities.

DESCRIPTORS

Oral health; Mental disabilities.

* Prof. Adjunto de Periodontia e Odontologia para Pacientes Especiais. Mestre. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal da Bahia.

** Prof. Adjunto de Bioquímica. Livre Docente. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Bahia.

INTRODUÇÃO

Os portadores de transtornos mentais e comportamentais apresentam disfunções cerebrais que, de acordo com o grau de comprometimento intelectual, requerem ou não internação hospitalar (OMS, 1996), na dependência de definição do corpo clínico psiquiátrico. No contexto da Odontologia, esses indivíduos correspondem a uma parcela de pacientes considerados especiais, porque, devido ao seu desvio do padrão de normalidade, necessitam de atenção particular e abordagens específicas por um período de sua vida ou indefinidamente (ELIAS, 1995).

A Internacional Association of Dentistry for Disabilities and Oral Health (IADH) classificou esses pacientes especiais em dez grupos, segundo os comprometimentos e/ou as áreas afetadas pela patologia que apresentam (ELIAS, 1995), quais sejam: desvios da inteligência, defeitos físicos, defeitos congênitos, desvios comportamentais, desvios psíquicos, deficiências sensoriais e de audiocomunicação, doenças sistêmicas crônicas, doenças endócrino-metabólicas, desvios sociais e estados fisiológicos especiais.

Os pacientes especiais, particularmente aqueles que são portadores de doença mental, podem ser considerados como de alto risco para as patologias bucais, prioritariamente para a doença periodontal (VELASCO et al., 1997; WHYMAN et al., 1995), que tem na negligência com a higiene bucal seu fator etiológico, determinado pelo acúmulo da placa bacteriana. Necessário se torna o diagnóstico e, de imediato, o tratamento adequado, evitando-se, desse modo, o agravamento dessa doença que pode acarretar a perda dental (CLARK, 1992; CONNICK; BARSLEY; 1999; GABRE; MARTINSSON; GAHNBERG; 1999). Quando o estabelecimento de uma terapêutica odontológica preventiva ou curativa é inviável, especialmente em oligofrênicos com comprometimento intelectual profundo ou severo, o atendimento pode ser realizado em ambiente hospitalar, mantidos estes pacientes sob sedação (GULLIKSON, 1969; TESINI, 1980; TESINI, 1981).

A doença periodontal parece ser a patologia bucal mais prevalente nos deficientes mentais internados (KLINGE, 1979; O'DONNELL; COHEN, 1984; SMITH; WILLIAMS; LLOYD, 1966; TESINI; FENTON; 1994), principalmente em decorrência da precariedade da higiene bucal, justificada pelo déficit intelectual e motor e pela incapacidade desses pacientes para o desempenho correto dos procedimentos necessários à remoção mecânica da placa bacteriana (HEDE, 1995; JUREK; REID, 1993; SVATUN; GJERMO, 1978; WHYMAN et al., 1995). Esse comprometimento intelectual os torna incapazes de compreender a importância da higiene oral

para o controle e prevenção das patologias bucais, inviabilizando a necessária motivação para a remoção efetiva da placa bacteriana (BARRETO; SANTANA, 1990).

Uma constatação importante é a de que na população constituída por deficientes mentais asilados, a prevalência de cárie dentária é baixa (BROW; SCHODEL, 1976; VIGILD; BRINCK; HEDE, 1998) fato este atribuído, segundo Butts (1967) e Brow e Schodel (1976), tanto à repetição compulsiva do escovar os dentes, hábito freqüentemente observado em pacientes com retardo mental leve e moderado, por conseguinte educáveis e treináveis, respectivamente, como também ao monitoramento diário da dieta, através do qual a ingestão de carboidratos fermentáveis deve ser levada em consideração (VIGILD; BRINCK; HEDE; 1998).

Diversos pesquisadores têm sugerido a criação de programas educacionais preventivos direcionados principalmente para o controle das doenças periodontais (NICOLACI; TESINI, 1982; SHAW; SHAW, 1991), através da educação desses pacientes especiais, e também de seus pais e responsáveis, motivando-os a cuidar da higiene bucal, esclarecendo que é fundamental controlar o acúmulo da placa bacteriana de modo a prevenir o aparecimento da doença periodontal inflamatória a gengivite (ARMITAGE, 1999; LÖE; THEILADE; JENSEN, 1965).

Com o avanço da investigação científica na área da psiconeuroimunologia, foi constatada a influência da imunossupressão relacionada ao estresse e à ansiedade na vulnerabilidade orgânica do hospedeiro às doenças em geral, particularmente a periodontal (SILVA et al., 1996; LINDEN; MULLALLY; FREEMAN, 1996; MOSS et al., 1996).

Destaque-se, ainda, em relação a esses pacientes especiais, a utilização rotineira de medicamentos psicoativos, que não só provocam a redução no volume do fluxo salivar, fundamental na manutenção da homeostasia do meio bucal, fato este de há muito destacado (CAMPBELL, 1945; O'DONNELL; COHEN, 1984), como também afetam a sua coordenação motora, dificultando sobremaneira a higienização da cavidade bucal (BELTING; GUPTA, 1961; WHYMAN et al., 1995).

A constatação da incompetência desses doentes para o controle mecânico da placa bacteriana tem justificado a indicação do uso de agentes antimicrobianos (BAY; RUSSELL, 1975), visando o controle químico do fator etiológico determinante das doenças periodontais. A seleção da clorexidina está embasada cientificamente na sua comprovada eficácia na redução do percentual bacteriano da placa, sendo utilizada quer sob a forma de solução para bochechos (McKENZIE et al., 1992), quer de gel aplicado em

moldeiras ou durante a escovação (PANNUTI, 1998; STIEFEL et al., 1992) ou ainda de *spray* (BURTNER et al., 1991).

Face à importância da compreensão do indivíduo na sua totalidade, objetivou-se neste artigo revisar a literatura disponível sobre a saúde bucal de pacientes com necessidades especiais, enfatizando os que são portadores de distúrbios mentais e comportamentais, assistidos em instituições psiquiátricas ou em centros de reintegração psicossocial e também em lares abrigados.

Cabe ressaltar que devido à existência do mito de que esses pacientes com deficiência mental são sempre agressivos e que não colaboram para a execução dos procedimentos odontológicos em nível ambulatorial, esta população ficou desassistida durante muito tempo. Mas com a mudança do paradigma assistencial psiquiátrico, embasado numa maior humanização do tratamento e resgate da cidadania destes indivíduos o mito foi desfeito e hoje o atendimento odontológico em instituições psiquiátricas tem caráter rotineiro, ressaltando que a equipe multiprofissional deve contar com cirurgiões dentistas capacitados, que conheçam as características e particularidades desses indivíduos, que requerem cuidados diferenciados.

Os portadores de retardo mental severo/profundo têm a real necessidade de tratamento odontológico porque a boa condição bucal evita complicações nas funções da mastigação, fonação e deglutição, evitando-se assim focos dentários de inflamação e infecção que causam dor quando não afetam a saúde geral do indivíduo.

REVISÃO DE LITERATURA

O controle da placa bacteriana em pacientes portadores de transtornos mentais e comportamentais

A doença periodontal é a condição bucal mais preocupante entre os pacientes com distúrbios mentais e comportamentais, independentemente do modo como eles são assistidos, seja em hospitais, seja através de modelo assistencial substitutivo centros comunitários de educação social, lares abrigados ou hospital dia e programas educacionais para a prevenção de doenças bucais devem objetivar o controle da placa bacteriana, agente causal determinante da patologia periodontal.

A partir do estudo de Løe, Theilade e Jensen (1965) sobre a gengivite em humanos, é definitivo o papel desempenhado pela placa bacteriana na etiologia da doença periodontal inflamatória, daí porque o seu controle, através da higiene bucal, assume importância ímpar na prevenção desta doença.

A preocupação com a higiene oral de pacientes hospitalizados (incluindo os deficientes mentais) remete aos anos 60, quando foram desenvolvidos os primeiros estudos com essa população. Goyings e Riekse (1968) avaliaram o efeito de um programa intensivo de higiene oral sobre a condição periodontal de pacientes deficientes mentais hospitalizados, buscando melhorá-la através da motivação para a higiene bucal. Os autores examinaram 88 pacientes, sendo 54 portadores de síndrome de Down e 34 portadores de outras patologias de natureza psiquiátrica, situados na faixa etária de 9 a 19 anos. Os dois grupos foram estratificados em três subgrupos: o daqueles que faziam ou recebiam duas escovações dentárias diárias com escovas elétricas; o dos que faziam ou recebiam duas escovações dentárias diárias com escovas manuais e os que constituíram o grupo controle, que recebiam os cuidados ministrados pela equipe da instituição à qual eles estavam ligados. Antes do início da coleta dos dados, todos os participantes foram submetidos a tratamento periodontal não cirúrgico realizado pelos dois pesquisadores. A condição periodontal foi avaliada pelos índices de Ramfjord, pelo índice de Greene e Vermillion e pelo índice periodontal de Russell. Durante 60 dias, os pacientes foram acompanhados diariamente, tendo os autores concluído que, com a instituição da higiene bucal (tanto com as escovas elétricas como com as manuais), houve um decréscimo nos escores dos índices aplicados, repercutindo positivamente na diminuição da severidade e da prevalência das doenças periodontais entre os pacientes hospitalizados, que foi maior entre os pacientes que não eram portadores de síndrome de Down. No grupo controle, entretanto, a diminuição no acúmulo de placa e de cálculo foi considerada como estatisticamente insignificante, sendo atribuída aos procedimentos periodontais previamente realizados. O achado mais significativo deste estudo, segundo os pesquisadores, foi o efeito do programa de higiene bucal sobre a condição periodontal dos portadores de deficiência mental internados, fato que os levou a sugerir a implantação imediata de programa intensivo de higiene bucal para assegurar a saúde oral de pacientes internos, ressaltando que a faixa etária de 3 a 12 anos, por ser considerada de alto risco para as doenças bucais, deveria ser priorizada.

Cairns e Mac Ewan (1983) realizaram um estudo longitudinal no *Kirlands Hospital*, na Escócia, especializado na atenção psiquiátrica que teve como propósito, avaliar a importância de uma escovação semanal, realizada por enfermeiras previamente treinadas associada tanto ao uso da solução de clorexidina a 2%, como ao creme dental fluoretado. Os autores observaram o valor desta escovação semanal supervisionada sobre a saúde bucal de 68 pacientes

internados, sendo a amostra categorizada em 2 grupos: no grupo 1 a escovação dentária semanal estava associada aos bochechos com clorexidina e no 2º grupo a escovação era realizada com pasta dental fluoretada. As condições periodontais foram avaliadas através do índice de Green e Vermillion, do índice gengival de Silness e Løe, da mensuração da profundidade de sondagem e os autores também aplicaram o índice de Miller, que avalia a mobilidade dentária. Essas avaliações foram realizadas no início do programa, no sexto mês e no final do estudo (1 ano).

Os autores relataram que após 12 meses, houve uma redução significativa da mobilidade dentária, observada principalmente nas mulheres. Os índices de placa e gengival também sofreram redução, assim como a profundidade de sondagem diminuiu percentualmente. Foi registrado manchamento dental em alguns casos clínicos, sendo observada uma melhora na condição bucal da maioria dos pacientes internados nesta instituição psiquiátrica, após a implementação da escovação semanal supervisionada, independente da aplicação da cloroxidina ou do creme dental fluoretado.

Nessa mesma linha de pesquisa, foi desenvolvido por Carr, Sterling e Bauchmoyer (1997) um estudo que compara a eficácia, em deficientes mentais, da escovação dentária realizada com escovas elétricas com aquela realizada com escovas manuais. Foram acompanhados 56 pacientes internos, divididos em dois grupos de acordo com o tipo de instrumento usado na escovação. Todos os pacientes foram avaliados na fase inicial através do índice gengival de Løe e do índice simplificado de higiene oral de Greene e Vermillion, tendo sido realizado polimento coronal com pasta profilática em todos eles. As avaliações seguintes foram realizadas após 3, 6, 9 e 12 meses. Segundo os autores, após 12 meses, o grupo que utilizou a escova elétrica apresentou redução mais significativa nos escores dos índices periodontais do que o grupo da escovação manual. Este achado corrobora a influência da falta de coordenação motora apresentada por deficientes mentais, que dificulta a execução das manobras de escovação com a escova manual, determinando uma higiene oral precária. Como o uso das escovas elétricas requer apenas a atitude de apreender o aparelho, foi considerado pelos autores a opção ideal para a higiene bucal de deficientes físicos e mentais.

Diversos autores, entre os quais Enoch e Jagger (1994), Klinge (1979) e Whitehill et al. (1987) relatam que tanto os esquizofrênicos crônicos como os portadores de retardo mental apresentam higiene oral deficiente, o que influencia na prevalência de doenças bucais. Esta constatação pode estar associada ao comprometimento mental e físico, muito embora Whitehill et al. (1987) considerem não haver associação estatisticamente

significativa entre a higiene bucal deficiente e a condição mental. Como motivar esses pacientes especiais para a higiene bucal foi a preocupação principal desses estudos.

A mudança do comportamento quanto ao cuidado com a higiene oral foi acompanhada por Klinge (1979) em uma amostra de 10 homens esquizofrênicos crônicos, com idade de 26 a 47 anos, selecionados por apresentarem um comportamento bizarro, delírios constantes, não sendo capazes, segundo este autor, de distinguir a realidade da fantasia. A motivação para a higiene bucal nesse grupo deveria ser mais constante, a fim de que a melhoria da saúde bucal pudesse ser alcançada. Durante uma semana, os pacientes foram avaliados duas vezes ao dia, num total de 15 observações, sendo que, ao final desse período, a lista de problemas quanto à higiene bucal por eles relatados tinha sofrido mudanças. No início do programa, alguns se diziam incapazes de escovar seus dentes sem ajuda; um segundo grupo opinou que não havia necessidade de escovar os dentes todos os dias e o outro grupo alegou que sentia repulsa absoluta pelo ato de escovar os dentes. Na segunda avaliação comportamental, o discurso havia mudado, e as informações sobre a higiene bucal foram incorporadas à fala e ao comportamento de todos eles, ficando demonstrado, dessa forma, que a motivação deve ser constante, para promover mudanças comportamentais nesses pacientes.

A saúde bucal de pacientes com deficiência mental foi o tema de dois estudos longitudinais desenvolvidos por Jurek e Reid (1993) e Jurek e Reid (1994) em hospitais psiquiátricos no estado do Texas (EUA). Segundo estes autores, a importância da saúde bucal para o bem-estar, a reabilitação e a aceitação social de pacientes com distúrbios mentais é um fato inquestionável e do conhecimento não só dos dentistas, como dos especialistas em saúde pública. Foram acompanhados 514 pacientes entre 1980 e 1981, sendo que as condições bucais de 337 deles foram reavaliadas no ano de 1990, considerando-se o número de dentes presentes, o número de dentes restaurados e cariados e o índice de higiene oral. Foi verificado se a água consumida pelos pacientes internos era fluoretada ou não, e se havia, nos hospitais localizados em áreas onde a água de abastecimento não era fluoretada, a prescrição de flúor sistêmico. Os autores concluíram através dos dois trabalhos que a saúde bucal desses pacientes era afetada, em parte, pelas suas próprias patologias, como também pelos medicamentos específicos que têm como efeito colateral a xerostomia. Foi constatada negligência com a higiene bucal e a presença de hábitos nocivos ao periodonto (bruxismo). Os autores concordaram que cuidados odontológicos

apropriados, incluindo a reposição dos dentes perdidos, influenciam na saúde física e mental desses indivíduos, destacando a interferência negativa da odontalgia, das infecções orais e do edentulismo, não só na alimentação, na digestão e na fonação, mas, principalmente, na auto-estima. A prevalência da doença periodontal foi mais alta do que a da cárie dental, o que justificou uma maior atenção aos procedimentos periodontais. Entretanto, tendo havido carência de recursos humanos especializados para atender às necessidades desse tipo de paciente, os pesquisadores sugeriram a realização de cursos de capacitação em Periodontia para os dentistas lotados naqueles hospitais psiquiátricos e afirmaram veementemente que a atenção com a saúde oral deveria ser considerada como um dos componentes básicos na avaliação e admissão de pacientes psiquiátricos nessas instituições.

Um estudo de Whyman et al. (1995) avaliou a atuação de higienistas dentais junto a pacientes com transtornos mentais e comportamentais internos em hospitais psiquiátricos por longos períodos. Preliminarmente, os autores registraram um número relevante de estudos sobre a saúde bucal desenvolvidos na Nova Zelândia, excluídos os pacientes que viviam asilados em hospitais psiquiátricos, daí terem sido motivados a investigar a influência dessa modalidade terapêutica na condição da saúde bucal desses indivíduos. A amostra foi constituída de 207 pacientes, quase todos fazendo uso rotineiro de medicações, sendo que 103 eram edêntulos e 51 usavam prótese total, após criteriosa avaliação que os considerou aptos para tal uso. Entre os pacientes que possuíam dentes, foi detectada a deficiência de higiene oral, assim como muitos dentes perdidos, poucos restaurados e uma alta prevalência de doença periodontal. Vale a pena ressaltar que 1/3 da amostra necessitou de atendimento odontológico sob anestesia geral. Os higienistas dentais foram fundamentais, não só para o controle da placa bacteriana entre esses pacientes, como também para viabilizar a atuação do dentista durante os procedimentos odontológicos. Os autores consideraram esse achado fundamental para justificar a inclusão de higienistas dentais na equipe multiprofissional que assiste a pacientes psiquiátricos hospitalizados.

A saúde bucal particularmente o perfil periodontal de portadores de transtornos mentais e comportamentais assistidos no Hospital Juliano Moreira, situado em Salvador, Bahia, foi delineado por Carvalho (2001). Neste estudo 84 pacientes na faixa etária de 14 a 66 anos, sendo 57 deles assistidos no ambulatório e 24 internos na instituição, foram submetidos à avaliação das condições periodontais através da aplicação dos índices de placa de Silness e Løe, do índice de sangramento gengival à sondagem e das mensurações da

profundidade de sondagem e do nível de inserção clínica. Foi observado um alto grau de cooperação dos indivíduos que tomaram parte deste estudo, não só para realização do exame periodontal como também para a execução dos procedimentos odontológicos, entre os quais, os periodontais, este comportamento favorável foi em parte atribuído à mudança no paradigma assistencial psiquiátrico antimanicomial, em implementação no HJM. A autora observou uma alta prevalência de gengivite entre os pacientes avaliados neste estudo, cabe ressaltar que este registro independeu da doença mental diagnosticada ou do modelo assistencial psiquiátrico ao qual esses indivíduos estavam submetidos, embora esteja associada aos elevados escores do índice de placa que refletia a precariedade da higiene bucal, freqüentemente observada nesses pacientes com comprometimento intelectual e motor. A partir desses dados a autora pôde concluir que para a maioria dos componentes daquela população estudada, havia necessidade da manutenção da condição periodontal através da implementação de procedimentos preventivos, havendo também a indicação de tratamento periodontal não cirúrgico, seguido de terapia de suporte.

Tendo em vista a dificuldade para a efetivação da higiene oral entre os deficientes mentais e a não cooperação dos pais/responsáveis para realizá-la, os pesquisadores iniciaram estudos sobre a aplicação da clorexidina no controle químico da placa nessa população especial, pois já estava bem aceito o seu uso em pacientes normais desde 1970.

Nos primeiros estudos desenvolvidos na década de 70, Bay e Russell (1975) e Usher (1975) avaliaram o efeito da clorexidina sobre a placa bacteriana dental e a higiene oral de pacientes com retardo mental. Vale a pena ressaltar que, nos dois estudos, o uso da clorexidina era suplementar à escovação dentária. No estudo duplo-cego desenvolvido por Usher (1975), os 40 pacientes avaliados, com idade de 2 a 19 anos, foram divididos em dois grupos. Em um grupo de 20 indivíduos, foi realizada uma escovação diária com o gel de digluconato de clorexidina a 0,5%, durante três semanas, enquanto que no segundo grupo, também de 20 pacientes, foi realizada uma escovação diária, durante três semanas, com um gel placebo. Todos os pacientes envolvidos neste estudo tinham coordenação motora para realizar a escovação dentária. A condição periodontal foi avaliada através do índice simplificado de higiene oral de Greene e Vermillion e do índice gengival de Løe e Silness. Após três semanas, os pacientes foram reexaminados. Na primeira semana, a aceitação do gel de clorexidina a 0,5% foi significativa, entretanto o seu sabor desagradável desmotivou os pacientes a continuar o uso por mais duas semanas. Apesar do pouco tempo

higiene oral melhorou, influenciando na diminuição dos escores dos índices periodontais aplicados. A região anterior das arcadas dentárias foi melhor avaliada, tendo em vista a resistência ao exame apresentada por alguns pacientes.

Na mesma década, foi desenvolvido por Bay e Russell (1975) um estudo que avaliou o efeito dos bochechos com clorexidina a 0,2% associados à escovação para o controle da placa bacteriana de indivíduos com retardo mental. A amostra foi constituída por 54 crianças com retardo mental institucionalizadas, com idades entre 7 e 14 anos, que apresentavam baixa capacidade de concentração e déficit motor. O estudo teve a duração de 20 semanas e nesse período nenhum procedimento restaurador foi realizado, uma vez que todas as crianças haviam sido previamente examinadas e tratadas. As condições periodontais foram avaliadas através do índice de placa de Silness e Løe e do índice gengival de Løe e Silness. Durante as seis primeiras semanas, os pacientes do grupo experimental fizeram bochechos com solução de clorexidina a 0,2%, enquanto que o grupo controle bochechou com uma solução placebo. Após um intervalo de oito semanas, visando resguardar a possibilidade de efeitos colaterais desse quimioterápico, seguiram-se as seis últimas semanas de experimentação com o uso de uma solução de clorexidina de concentração reduzida a 0,1%, a fim de evitar lesões na mucosa oral. Os autores concluíram que a clorexidina alterou o paladar das crianças e manchou dentes. Em que pese todos os pacientes do grupo experimental queixarem-se do sabor desagradável dessa substância, ainda assim foi possível concluir as observações, constatando-se uma redução significativa nos escores dos índices periodontais aplicados.

Pannuti (1998) desenvolveu um estudo duplo-cego com 43 portadores de deficiência mental, com idades entre 17 e 35 anos, que residiam na instituição CENL, Casas André Luiz, Guarulhos, São Paulo, visando avaliar a eficácia clínica do gel de clorexidina a 0,5% na redução do sangramento gengival interproximal, característico das gengivites inflamatórias, através da aplicação do índice de sangramento interdental (ISI). Os pacientes foram submetidos a raspagem e alisamento radicular, três semanas antes do início do experimento. A amostra foi categorizada em dois grupos: no grupo teste foram aplicadas moldeiras do gel de clorexidina a 0,5%, e no grupo controle, moldeiras com gel placebo duas vezes por dia, durante oito semanas. O ISI foi aferido antes e após a aplicação do gel. A partir dos resultados encontrados, o autor concluiu que a aplicação por oito semanas do gel de clorexidina a 0,5% foi eficaz na redução do sangramento gengival interproximal de deficientes mentais internados, observando-se, no grupo teste, uma redução estatisticamente significativa no ISI

que, da ordem de 55,6% antes do gel, foi reduzido para 33,2% após o gel. Muito embora houvesse a formação de manchas dentárias em 81,8% dos pacientes do grupo teste e em 4,8% dos pacientes do grupo controle (gel placebo), nenhuma outra reação adversa local ou sistêmica foi observada durante o estudo.

Os pacientes portadores de transtornos mentais e comportamentais podem apresentar déficit motor e intelectual que afetam a coordenação motora necessária para a execução da higiene bucal, comprometendo, dessa forma, o controle mecânico da placa bacteriana. Para deficientes mentais, a opção pelo uso suplementar da clorexidina nas formas de solução, gel ou *spray* tem-se mostrado acertada, havendo uma redução significativa no acúmulo da placa tanto em pacientes internados quanto naqueles assistidos através de sistemas ambulatoriais.

Segundo Burtner et al. (1991), a clorexidina na forma de "spray" é eficaz para o controle da placa bacteriana, em portadores de retardo mental institucionalizados.

Programa de saúde bucal para pacientes com transtornos mentais e comportamentais

Segundo Salley (1980), o primeiro passo para a elaboração de um projeto é a identificação do problema a ser solucionado. No seu breve histórico sobre as políticas de saúde bucal para pacientes com exigência de atenção especial nos Estados Unidos, o autor salientou alguns pontos críticos que dificultam o encaminhamento das propostas concretas no arcabouço do projeto interdisciplinar, uma vez que se constatou que não faz parte do currículo dos cursos de graduação e pós-graduação em Odontologia uma disciplina ou um elenco de disciplinas que contemple os pacientes com necessidades especiais, levando-o a afirmar não haver, àquele momento, a capacitação necessária para o atendimento odontológico diferenciado. Quando o dentista tem um interesse especial pela área, necessita recorrer a cursos de especialização, mestrado, doutorado ou ao pós-doutorado, fato este que se reflete, segundo o autor, no reduzido número de profissionais capacitados para tal atendimento. Os auxiliares de enfermagem e os atendentes de consultório dentário, por terem sido treinados para trabalhar com indivíduos sadios, declaram-se incapacitados para realizar esta assistência especial. Além disso, a arquitetura dos consultórios odontológicos é projetada para pacientes sem comprometimento motor, uma vez que as cadeiras de rodas não conseguem ultrapassar a maioria das

autor, o impacto emocional pode causar inibição ao dentista, ao se ver diante de um deficiente mental, para o desempenho das suas atividades profissionais. Ressalte-se que, apesar dessas condições, não existiam ações governamentais para prover a saúde bucal dos deficientes mentais, estando os profissionais envolvidos diante de um grande desafio. O autor enumerou várias instituições e fundações americanas pioneiras na prestação de atendimento odontológico a esses pacientes, citando também a criação, em 1974, de onze projetos-piloto envolvendo universidades em parceria com o Governo Federal. Esses projetos tiveram como objetivos primordiais a capacitação de recursos humanos para o atendimento odontológico a portadores de deficiência e a incorporação desses pacientes às clínicas integradas de onze universidades envolvidas com a proposta, assegurando, dessa forma, o encaminhamento, para os hospitais-escola a elas vinculados, dos casos identificados como especiais.

Salley (1980) e Block (1982) constataram a necessidade da inclusão, na grade curricular dos cursos de graduação em Odontologia, de atividades extramurais em instituições destinadas a pacientes deficientes mentais e sugeriram a criação de cursos de educação continuada, buscando-se, dessa forma, suprir as deficiências curriculares da graduação e lançando um novo olhar sobre o atendimento odontológico a doentes mentais.

Trabalho de significativa relevância foi desenvolvido por Nicolaci e Tesini (1982), que delinearum um algoritmo que refletiu os princípios de um programa educacional para saúde bucal de deficientes mentais internados.

De acordo com o diagrama ao lado (Figura 1), o instrutor de saúde bucal foi treinado para ensinar as técnicas de higiene oral e prestar esclarecimentos sobre uma dieta saudável na prevenção das doenças bucais. A equipe odontológica, constituída pelo cirurgião-dentista, pelo atendente de consultório dentário e pelo técnico em higiene dentária, por estar familiarizada com a terminologia específica, assumiu a política de disseminação das informações, enquanto que o corpo de enfermagem, por conhecer adequadamente os hábitos comportamentais de cada um dos pacientes internados, foi extremamente essencial para o êxito do programa. A equipe multiprofissional estava constituída de psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, neurologistas, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e nutricionistas.

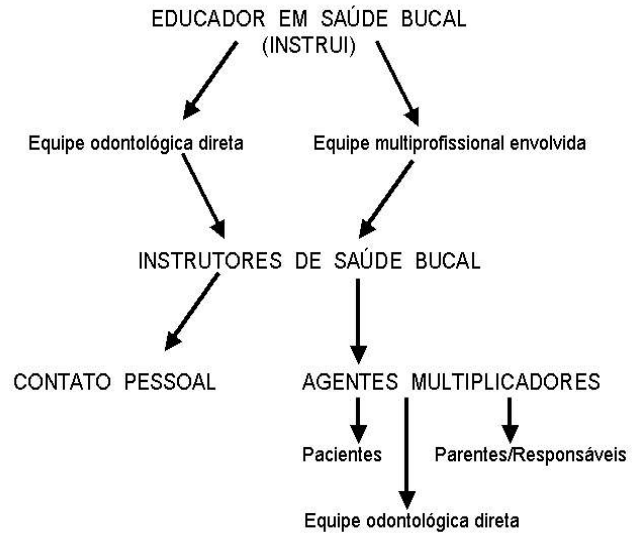


Figura 1 - Fonte: Nicolaci e Tesini, 1982, p. 219.

Para a implantação do programa educacional de prevenção das doenças bucais para doentes mentais internados, Nicolaci e tesini (1982) propuseram a seguinte estrutura administrativa organizacional (Figura 2).

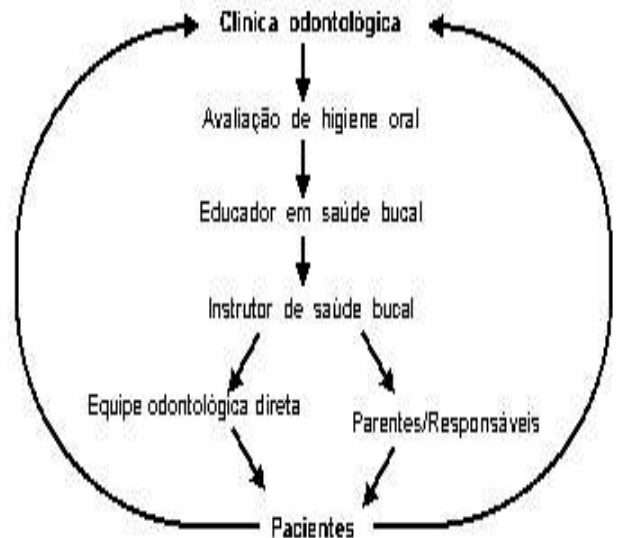


Figura 2 - Fonte: Nicolaci e Tesini, 1982, p. 220.

Vem sendo recomendada por diversos autores a implementação de programas educacionais de saúde bucal para deficientes mentais em centros de reintegração psicossocial. Hogan e White (1982) acompanharam, durante quatro semanas, um grupo de 24 deficientes físicos e mentais usuários do *Social Education Centre*, em Londres, com o propósito de avaliar a condição bucal desses indivíduos. A instituição dispunha de uma equipe odontológica que prestava

atendimento quinzenal aos usuários. Os 24 alunos que compunham a amostra receberam, durante quatro semanas, uma escovação supervisionada diária, complementada por bochechos com clorexidina a 0,2%; aos que, ocasionalmente, não foram capazes de bochechar autonomamente, esta substância foi aplicada nos dentes e gengiva com esponja ou gaze. Os pesquisadores constataram, após o período previsto, uma melhor condição de saúde bucal, que resultou também na diminuição da prevalência de doenças orais e referiram-se ao entusiasmo da equipe odontológica por este tipo de encargo, principalmente devido às condições de trabalho consideradas excelentes, não apenas pelas instalações utilizadas, mas, principalmente, pela filosofia de integração da equipe multiprofissional implantada.

Os modelos de programa de saúde bucal desenvolvidos para pacientes deficientes mentais, internos ou não, apresentam similaridades, como foi observado nos estudos de Stiefel, Rolla e Truelove (1984) e Allen et al. (1987). Estes autores creditaram o sucesso desses programas à equipe multiprofissional integrada, alertando para o fato de que os programas só têm efetividade quando são concebidos considerando-se a modalidade terapêutica psiquiátrica instituída, haja vista que os pacientes internos podem ser acompanhados diariamente, enquanto os assistidos em ambulatórios comparecem à instituição apenas uma vez por mês.

A inclusão, para esse tipo de paciente, do controle químico da placa bacteriana através da aplicação da clorexidina foi considerada eficaz por Holland e O'Mullane (1990), devido ao déficit motor freqüentemente constatado em pacientes com retardo mental. Foi sugerido pelos autores, como alternativa preventiva de cárie, a aplicação tópica, duas vezes por semana, de flúor-gel, posteriormente ao polimento coronário com taças de borracha e pasta fluoretada.

Um dado preocupante no planejamento das ações educacionais direcionadas aos deficientes mentais é que, devido ao baixo nível de compreensão de alguns deles, não há participação efetiva nos procedimentos de educação em saúde bucal coletiva e individual (SHAW; SHAW, 1991). Tal constatação levou os autores a sugerir a criação de programas alternativos para pacientes com comprometimento intelectual severo e profundo. Vigild, Brink e Christensen (1993) alertaram também para o fato de que esses pacientes freqüentemente são incapazes de relatar as suas queixas bucais, o mesmo se constatando entre os idosos com demência senil. Tais pacientes não aceitam que a higiene bucal seja realizada por enfermeiras ou atendentes, razão pela qual os autores sugerem uma capacitação diferenciada para indivíduos que irão assistir esses pacientes especiais, caracterizada pela firmeza, associada à gentileza no trato.

Os achados clínicos dos estudos experimentais com pacientes doentes mentais, independentemente dos modelos assistenciais psiquiátricos, demonstram que existe demanda reprimida de tratamento odontológico, particularmente os procedimentos periodontais, justificado pelo acúmulo evidente de placa bacteriana e de cálculo agravados pela falta de coordenação motora, presente em muitos desses indivíduos. Segundo Hede (1995) e Vigild, Brink e Hede (1998), os programas de educação em saúde bucal devem enfatizar a doença periodontal, pela alta prevalência detectada. Estes autores recomendaram que os pacientes que não cooperam para o atendimento odontológico preventivo devem ser assistidos sob sedação.

A técnica educacional do reforço positivo deve ser aplicada na motivação de doentes mentais para a higiene bucal, principalmente quando se tratar de pacientes com retardo mental leve e moderado, que seguramente têm condições de ser treinados e educados. A participação dos familiares em todas as etapas dos programas transmite segurança aos pacientes e os capacita para a realização dos cuidados individuais com a higiene bucal no próprio ambiente familiar.

DISCUSSÃO

A higiene oral precária e a má condição bucal registrada na maioria dos portadores de transtorno mental e comportamental, estão relacionadas não só aos déficits intelectual e motor, como também ao nível de compreensão da importância da escovação dentária para a saúde bucal, que nesta população é baixo. A falta de cooperação destes pacientes para que a enfermeira e/ou responsável realize a sua higiene bucal, também é um dado preocupante.

A opção pelo controle químico da placa bacteriana para estes indivíduos, associado à escovação dentária, conduz à seleção do digluttonato de clorexidina (gel, "spray" ou solução), que já foi aplicado em vários estudos experimentais realizados tanto em humanos como em cães beagle, nos quais ficou demonstrada a eficácia da sua ação antimicrobiana. Há melhora na condição bucal de todos os usuários da clorexidina, mas seus efeitos colaterais (alteração do paladar e manchamento dental) são fatores desmotivadores para a persistência no uso. Segundo os autores consultados, a posologia mais adequada é a de 2 bochechos por dia durante 1 minuto com a solução de clorexidina a 0,12% por 15 dias e de 1 escovação semanal com o gel de clorexidina a 0,5%.

A problemática da alergia à clorexidina ou as reações desagradáveis como enjôo e vômito quando o

gel era aplicado com moldeiras, foi avaliado por Vigild, Brinke e Hede (1998), que também alertaram para a questão d resistência bacteriana quando o uso da clorexidina era prolongado.

A introdução do exame bucal no protocolo de admissão do paciente em um hospital psiquiátrico, é sugerida por diversos autores e encontra respaldo científico não só pelo fato desses indivíduos serem usuários de medicamentos psicoativos, como, na sua grande maioria, apresentarem comprometimento motor. Justifica-se, portanto, a implementação de programas educacionais de saúde bucal direcionados a esses pacientes ao tempo em que aponta para a necessidade de integração da equipe multiprofissional envolvida, não só para o cuidado destinado a esses indivíduos, como também em colaborar para o resgate de sua cidadania.

CONCLUSÕES

- 1) A atenção à saúde mental nos seus diversos paradigmas deverá possibilitar a inserção do cirurgião dentista na equipe multiprofissional que assiste estes pacientes de modo a assegurar a integralidade não apenas da assistência como também do cuidado;
- 2) A higiene bucal é precária entre os portadores de transtornos mentais e comportamentais, principalmente devido ao comprometimento intelectual e motor, esta constatação justifica a opção pelo controle químico d placa bacteriana em associação à escovação dentária;
- 3) É alta a prevalência de doenças bucais entre os deficientes mentais, fundamentando portando, a necessidade da implementação de programas educacionais, que busquem difundir medidas preventivas para garantir a manutenção da saúde bucal;
- 4) Os deficientes mentais podem ser enquadrados no grupo dos pacientes de alto risco para a cárie e para a doença periodontal;
- 5) Pacientes com transtornos mentais e comportamentais são, na sua grande maioria, usuários de medicamentos psicoativos, os quais provocam xerostomia, com influencia negativa na sua condição bucal;
- 6) O papel das enfermeiras e das higienistas dentais na higiene bucal de pacientes internados em instituições psiquiátricas é fundamental para a redução da incidência de cárie e de doença periodontal.

REFERÊNCIAS

ALLEN, E. et al. Mental patients. Requirements for dental care. Need for preventive programs. **J Dent Res**, Washington, v. 66, p. 326, abstract n. 1755, 1987. (Special Issue).

ARMITAGE, G. C. et al. Development of a classification system

for periodontal diseases and conditions. **Ann of Periodontol**, Chicago, v. 4, n. 1, p. 1-6, Dec. 1999.

BARRETO, E. C.; SANTANA, E. J. B. Avaliação do estado de saúde periodontal em pacientes psiquiátricos. **Revista da FOUFBA**, Salvador, v. 10-11, p. 33-41, jan./dez. 1990/1991.

BAY, L. M.; RUSSEL, B. G. Effect of chlorhexidine on dental plaque and gingivitis in mentally retarded children. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 3, n. 6, p. 267-270, Nov. 1975.

BELTING, C. M.; GUPTA, O. P. The influence of psychiatric disturbances on the severity of periodontal disease. **J Periodontol**, Indianapolis, v. 32, n. 2, p. 219-226, Feb. 1961.

BLOCK, M. J. Dental care for the mentally ill. **J Am Coll Dent**, v. 49, n. 3-4, p. 41-44, Mar./Apr. 1982.

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

BURTNER, A. P. et al. Effects of chlorhexidine spray on plaque and gingival health in institutionalized persons with mental retardation. **Spec Care Dentist**, Chicago, v. 11, n. 3, p. 97-100, Mar. 1991.

BUTTS, J. E. The dental status of mentally retarded children, II. A survey of the prevalence of certain dental conditions in mentally retarded children in Georgia. **J Public Health Dent**, Raleigh, v. 27, n. 4, p.195-211, Sep./Nov. 1967.

CAIRNS, A. R.; MACEWAN, N. An assessment of the value of weekly toothbrushing at Kirklands Hospital. **Health Bull**, Edinburgh, v. 41, n. 4, p. 188-192, July, 1983.

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

CARR, M. P.; STERLING, E. S.; BAUCHMOYER, S. M. Comparison of the Interplak and manual toothbrushes in a population with mental retardation/ developmental disabilities. **Spec Care Dentist**, Chicago, v. 17, n. 5, p. 133-136, Sept. 1997.

CARVALHO, E. M. C. **Perfil periodontal de portadores de transtorno mental e comportamental assistidos no Hospital Juliano Moreira Salvador, Bahia**. 2001, 124f. Dissertação (Mestrado em Periodontia), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

CLARK, D. B. Dental care for the psychiatric patient chronic schizophrenia. **Can Dent Assoc**, Ontario, v. 58, n. 9, p. 912-916, Sept. 1992.

CONNICK, C. M.; BARSLEY, R. E. Dental neglect: definition and prevention in Louisiana Development Centers for patients with MR/DD. **Spec Care Dentist**, Chicago, v. 19, n. 3, p. 123-127, May/Jun. 1999.

ELIAS, R. **Odontologia de alto risco: pacientes especiais**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. 171p.

ENOCH, M. D.; JAGGER, R. G. **Psychiatric disorders in dental practice**. Oxford: Wright, 1994. 132p.

GABRE, P.; MARTINSSON, T.; GAHNBERG, L. Incidence of, and reasons for, tooth mortality among mentally retarded adults during a 10- year period. **Acta Odontol Scand**, Oslo, v. 57, n.

1, p. 55-61, Feb. 1999.

GOYINGS, E. D.; RIEKSE, D. M. The periodontal condition of institutionalized children; improvement through oral hygiene. **J Public Health Dent**, Raleigh, v. 28, n. 1, p. 5-15, Jan. 1968.

GULLIKSON, J. S. Oral findings of mentally retarded children. **J Dent Child**, Chicago, v. 36, n. 2, p. 133-137, Mar./Apr. 1969.

HEDE, B. Dental health behavior and self-reported dental health problems among hospitalized psychiatric patients in Denmark. **Acta Odontol Scand**, Oslo, v. 53, n. 1, p. 35-40, Feb. 1995.

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

HOGAN, J. I.; WHITE, T. Dental health education in an adult handicapped center. **Dent Update**, v. 9, n. 6, p. 283-290, June, 1982.

HOLLAND, T. J.; O'MULLANE, D. M. The organization of dental care for groups of mentally handicapped persons. **Community Dent Health**, v. 7, n. 3, p. 285-293, Mar. 1990.

JUREK, G. H.; REID, W. H. Oral health of state hospital patients. **Hosp Community Psychiatric**, Washington, v. 44, n. 9, p. 889-891, Sep. 1993.

_____ Oral health of institutionalized individuals with mental retardation. **Am J Ment Retard**, Albany, v. 98, n. 5, p. 656-660, Mar. 1994.

KLINGE, V. Facilitating oral hygiene in patients with chronic schizophrenia. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 99, n. 4, p. 644-645, Oct. 1979.

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, Jul. 1996.

LÖE, H.; THEILADE, E.; JENSEN, S. B. Experimental gingivitis in man. **J Periodontol**, Indianapolis, v. 36, n. 3, p. 177-187, May/June, 1965.

McKENZIE, W. T. et al. Comparison of a 0,12% chlorhexidine mouthrinse and an essential oil mouthrinse on oral health in institutionalized, mentally handicapped adults: one year results. **J Periodontol**, Indianapolis, v. 63, n. 3, p. 187-193, Mar. 1992.

MONTEIRO DA SILVA, A M. et al. Psychosocial factors and adult onset rapidly progressive periodontitis. **J Clin Periodontol**, Copenhagen, v. 23, n. 9, p. 789-794, Aug. 1996.

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

NICOLACI, A. B.; TESINI, D. A. Improvement in the oral hygiene of institutionalized mentally retarded individuals through training of direct care staff: a longitudinal study. **Spec Care Dentist**, Chicago, v. 2, n. 5, p. 217-221, Sept./Oct. 1982.

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

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas**

relacionados à saúde. 10. ed. rev. v. 1, São Paulo: Edusp, 1996.

PANNUTI, C. M. **Avaliação do efeito clínico do gel de clorexidina a 0,5% na região interproximal de deficientes mentais**. 1998, 88f. Dissertação (Mestrado em Periodontia). Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

SALLEY, J. J. Providing dental care to the handicapped. **J Dent Educ**, Washington, v. 44, n. 3, p. 136-140, Mar. 1980.

SHAW, M. J.; SHAW, L. The effectiveness of differing dental health education programmes in improving the oral health of adults with mental handicaps attending Birmingham adult training centers. **Community Dental Health**, London, v. 8, n. 2, p. 139-145, Dec. 1991.

SMITH, C. E.; WILLIAMS, J. E.; LLOYD, J. L. The dental health status of the mentally retarded in an institutional population. **J Tenn Dent Assoc**, Tennessee, v. 46, n. 2, p. 138-146, Feb. 1966.

STIEFEL, D. J. et al. Efficacy of chlorhexidine swabbing in oral health care for people with severe disabilities. **Spec Care Dentist**, Chicago, v. 12, n. 2, p. 57-62, Mar./Apr. 1992.

STIEFEL, D. J.; ROLLA, R. R.; TRUELOVE, E. L. Effectiveness of various preventive methodologies for use with disabled persons. **Clin Prevent Dent**, v. 6, n. 5, p. 17-22, Sept./Oct. 1984.

SVATUN, B.; GJERMO, P. Oral hygiene, periodontal health and need for periodontal treatment among institutionalized mentally subnormal persons in Norway. **Acta Odontol Scand**, Oslo, v. 36, n. 2, p. 89-95, Feb. 1978.

TESINI, D. A. Age, degree of mental retardation, institutionalization, and socioeconomic status as determinants in the oral hygiene status of mentally retarded individuals. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 8, n. 7, p. 355-359, Jul. 1980.

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. 1, p. 75-87, Jan./Feb. 1981.

TESINI, D. A.; FENTON, S. J. Oral health needs of persons with physical or mental disabilities. **Dent Clin North Am**, Philadelphia, v. 38, n. 3, p. 483-498, Jul. 1994.

USHER, P. J. Oral hygiene in mentally handicapped children A pilot study of the use of chlorhexidine gel. **Brit Dent J**, London, v. 138, n. 6, p. 217-221, Mar. 1975.

VELASCO, E. et al. Dental health among institutionalized psychiatric patients in Spain. **Spec Care Dentist**, Chicago, v. 17, n. 6, p. 203-206, June, 1997.

VIGILD, M.; BRINCK, J. J.; CHRISTENSEN, J. Oral health and treatment needs patients in psychiatric institutions for the elderly. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 21, n. 3, p. 169-171, June, 1993.

VIGILD, M.; BRINCK, J. J.; HEDE, B. A one year follow up of an oral health care programme for residents with severe behavioral disorders at special nursing homes in Denmark. **Community Dent Health**, London, v. 15, n. 2, p. 88-92, June, 1998.

WHITEHILL, J. M. et al. Factors associated with oral hygiene status of mentally retarded children. **J Dent Res**, Chicago, v. 66, p. 326, abstract n. 1756, 1987 (Special Issue).

WHYMAN, R. A. et al. The oral health of long-term residents of a hospital for the intellectually handicapped and psychiatrically ill. **New Z Dent J**, v. 91, n. 6, p. 49-56, June, 1995.

Recebido para publicação: 14/10/2003

Aceito para publicação: 25/11/2003

Correspondência:

Elizabeth Maria Costa de Carvalho

Faculdade de Odontologia da UFBA

Av. Araújo Pinho, 62 - Canela

Salvador - BA

CEP: 40110-150

