



ESQUIZOFRENIA : ASPECTOS GERAIS DA DOENÇA E OS PRINCIPAIS ACOMETIMENTOS NA CAVIDADE ORAL

Julio Cesar Ramos Cadilho¹
Ana Luiza da Silva²
Dominycke Tomé da Silva³
Thallyta dos Santos de Oliveira⁴
Rafael Ribeiro Inácio⁵

RESUMO

O presente estudo teve como principal finalidade expender de forma extensiva os aspectos gerais da esquizofrenia, com enfoque no tratamento odontológico e no bem estar físico, mental e social desses pacientes. A esquizofrenia é uma enfermidade complexa e multifatorial que engloba transtornos com etiologias heterogêneas, sendo identificada em todas as classes sociais e raças, em toda a população mundial, e dada sua particularidade, a abordagem clínica deve considerar as dessemelhantes maneiras de condicionamento odontológico, e culminando no restabelecimento da saúde bucal de forma integral e humanizada. Observou-se que o cirurgião dentista deverá optar por métodos convencionais de manejo odontológico, aliado ao conhecimento prévio da Doença e suas particularidades físicas e emocionais. Baseou-se, em uma pesquisa bibliográfica de características qualitativa e exploratória, com pesquisa em bases de dados nacionais (SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde) e internacionais (LILACS/ BIREME e PubMed).

Palavras-chave: Esquizofrenia; Odontologia e Esquizofrenia; Bem-estar e Esquizofrenia.

ABSTRACT

The present study had as main purpose to expender extensively the general aspects of schizophrenia, focusing on dental treatment and physical, mental and social well-being of these patients. Schizophrenia is a complex and multifactorial disease that encompasses disorders with heterogeneous etiologies, being identified in all social classes and races, throughout the world population, and given its particularity, the clinical approach should consider the dissimilar ways of dental conditioning, and culminating in the reestablishment of oral health in an integral and humanized way. It was observed that the dentist should opt for conventional methods of dental management, combined with previous knowledge of the disease and its physical and emotional particularities. With research in national (SciELO, Virtual Health Library) and international (LILACS/ BIREME and PubMed) databases.

Keywords: Schizophrenia; Dentistry and Schizophrenia; Well-being and Schizophrenia.

¹ Discente do Curso de Odontologia UNIGRANRIO/RJ. juliocrcadilho@gmail.com

² Discente do Curso de Odontologia UNIGRANRIO/RJ. Analuizadasilv0@gmail.com

³ Discente do Curso de Odontologia UNIGRANRIO/RJ. dominycke@hotmail.com

⁴ Discente do Curso de Odontologia UNIGRANRIO/RJ. thallytaoliveira@unigranrio.br



⁵ Docente UNIGRANRIO/RJ. rafael.inacio@unigranrio.com.br

1 INTRODUÇÃO

A esquizofrenia tem sido relatada como uma enfermidade complexa e multifatorial que engloba transtornos com etiologias heterogêneas, sendo identificada em todas as classes sociais e raças, em toda a população mundial sendo mais incidente no sexo masculino. As primeiras manifestações da doença normalmente surgem no final da adolescência e início da vida adulta entre os 20 e 39 anos e na maioria dos estudos, a prevalência ronda os 2,1 - 7,0 em cada 1000 habitantes. (SPEZZIA, 2020; QUEIRÓS et al.,2019).

Segundo Giraldi e Campolin (2014), a esquizofrenia atinge, na maioria dos casos de forma repentina, cerca de 1 % da população ou 70 milhões de pessoas em todo o mundo, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS). É caracterizada por uma série de sinais e sintomas que caracterizam a esquizofrenia (Ilustração 1), podendo ser agrupados em sintomas positivos que geralmente incluem pensamentos distorcidos (delírios), distorções perceptivas (alucinações), pensamentos desorganizados (fala), comportamento desorganizado ou catatônico; Sintomas negativos, incluindo expressão emocional reduzida, avolia (diminuição de atividades intencionais), alogia (fala curta), anedonia (capacitância reduzida de desfrutar de atividades estimulantes positivamente) e falta de sociabilidade (ausência de interações sociais). Os sintomas positivos refletem a interrupção do funcionamento normal, enquanto os sintomas negativos descrevem a mesma redução ou perda de função (APA, 2014).

Figura 1 - Composição de sinais e sintomas mais comuns na Esquizofrenia



Fonte: Autoria Própria

A etiopatogenia da esquizofrenia é analisada através de várias origens que introduzem fatores genéticos e não genéticos que juntos contribuem para a gênese da esquizofrenia. Estudos mostraram que há evidências consideráveis para uma contribuição genética na susceptibilidade para o desenvolvimento da esquizofrenia. Sendo assim, o risco de desenvolver a patologia é maior quando relacionado aos parentes de primeiro ou segundo grau. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Vários fatores de risco ambientais também têm sido associados, segundo Amaral (2012) complicações durante a gravidez e obstétricas como pré-eclâmpsia, crescimento fetal anormal, incompatibilidade sanguínea materno-fetal e hipóxia podem causar duplicação do risco. Diabetes gestacional, descolamento placentário, cesariana e baixo peso fetal, podem triplicá-lo. A estação de nascimento (inverno/ início da primavera) e a influenza materna



também podem ser agravantes, assim como os moradores de centros urbanos e grupos étnicos minoritários (APA, 2014). Dessa forma, fica evidenciado a importância da identificação de fatores ambientais por parte dos profissionais da saúde, para reduzir o risco de esquizofrenia na população.

Pacientes esquizofrênicos possuem taxa de mortalidade maior em decorrência de acidentes e de causas naturais do que a população em geral (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Segundo Silva et al (2016) as principais causas de morte na esquizofrenia são os suicídios, acidentes e outras patologias associadas devido às manifestações que acometem o paciente. Outros fatores de risco são o consumo de droga, pouca adesão à terapêutica, baixa autoestima, estresse, depressão e eventos negativos na vida do paciente. Abaixo uma tabela com os subtipos da Esquizofrenia.

Atualmente existem sistemas de classificação utilizados para o diagnóstico desta patologia: o DSM-5 e o CID-10. Esses dois sistemas possuem critérios que coincidem e outros que apresentam importantes diferenças. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) de 2014, foram eliminados os subtipos de esquizofrenia que eram presentes na 4ª edição deste manual, eram eles: esquizofrenia paranoide, catatônica, indiferenciada, residual e simples. Esses subtipos têm limitada estabilidade de diagnóstico e baixa validade, porém, a CID-10 mantém o diagnóstico em subtipos. Na Classificação de Transtornos Mentais e Comportamento - CID 10, estão listados os subtipos da esquizofrenia, nela a doença pode ser classificada em: esquizofrenia paranóide, hebefrênica, catatônica, indiferenciada, residual, simples, depressão pós-esquizofrênica e esquizofrenia específica (SPEZZIA, 2020).

Quadro 1- Subtipos da Esquizofrenia e características gerais

Subtipos	Características	Características do paciente
Paranóide	Esse tipo é marcado sobretudo pela presença de delírios de perseguição ou grandeza. Início tardio.	Esses pacientes tendem a ser tensos, desconfiados e hostis.
Hebefrênica	Regressão para um comportamento primitivo, desinibido e desordenado. Início precoce (antes dos 25 anos).	Em geral são ativos, mas sem objetivo, baixo contato com a realidade. Sua aparência pessoal é desleixada e comportamento social inadequado.
Catatônica	Distúrbio acentuado da função motora que envolve estupor, negativismo, rigidez, excitação.	Exibem alternância rápida entre extremos de excitação e estupor. O mutismo é comum nesses pacientes
Indiferenciada	É caracterizada quando o paciente possui o diagnóstico da patologia, porém não se encaixa nos subtipos.	_____



Subtipos	Características	Características do paciente
Residual	Caracteriza-se por evidências contínuas do transtorno na ausência de um conjunto completo de sintomas.	Embotamento emocional, retraimento social, comportamento excêntrico, pensamento ilógico e frouxidão leve das associações.
Simple	Perda insidiosa e gradual do impulso e da ambição	Retraimento das situações sociais e relacionadas ao trabalho

Fonte: Adaptado de SADOCK (2017).

Um subtipo, no diagnóstico, consiste em um conjunto de sinais e sintomas associados à disfunção profissional ou social (APA, 2014). O tratamento da esquizofrenia é um desafio constante, pois os pacientes apresentam uma grande diversidade e combinação de sintomas. A escolha terapêutica é ampla e deve ser avaliada antes de seu uso e a resposta a diferentes fármacos e dosagens é imprevisível (ALBANO, 2012). O tratamento inclui tratamentos psiquiátricos, psicoterapia, terapia psicossocial e medicamentos como antipsicóticos. Embora os remédios antipsicóticos sejam a base do tratamento da patologia, eles envolvem uma série de possíveis efeitos colaterais que podem limitar a qualidade de vida dos pacientes (Manual MSD, 2019; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017; QUEIROS et al., 2019).

Em saúde bucal, existem sequelas resultantes da doença uma vez que apresentam dificuldades de higienização oral, uso de medicamentos, hábitos alimentares preconizados e negligência nos cuidados odontológicos (DE PAULA SOUZA, 2016). A assistência odontológica aos pacientes com transtornos mentais, segue a Resolução CFO-63/2005, que trata da Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, onde o profissional especializado tem por objetivo a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal de pacientes que tenham alguma alteração no seu sistema biopsicossocial, que deve ter uma abordagem multidisciplinar para oferecer tratamento integral ao paciente (CFO, 2012).

2 TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia, de acordo com a classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10), é classificada em alguns tipos: F20.0 Esquizofrenia paranoide, F20.1 Esquizofrenia hebefrênica, F20.2 Esquizofrenia catatônica, F20.3 Esquizofrenia indiferenciada, F20.4 Depressão pós-esquizofrênica, F20.5 Esquizofrenia residual, F20.6 Esquizofrenia simples, F20.8 Outras esquizofrenias e F20.9 Esquizofrenia, não especificada (SILVA, 2016).

Quadro 2 - Classificação de esquizofrenia da CID

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)
F20.0 Esquizofrenia paranoide



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

Fonte: OMS(1993).

Para um diagnóstico de esquizofrenia deve-se basear em sinais clínicos e critérios da CID -10.

2..1 Esquizofrenia paranóide

A esquizofrenia paranóide é caracterizada pela perda do vínculo com a realidade, sendo assim, as alucinações, delírios, perturbação das percepções e frequente sensação de perseguição, além dos pensamentos conspiracionistas (SILVA, 2016).

2..2 Esquizofrenia hebefrênica

A esquizofrenia hebefrênica é caracterizada pela presença da perturbação dos afetos, o paciente diagnosticado com esquizofrenia hebefrênica tende a apresentar um comportamento irresponsável e imprevisível (SILVA, 2016).

2..3 Esquizofrenia catatônica

A esquizofrenia catatônica é caracterizada pelos distúrbios psicomotores, sendo assim, o paciente pode permanecer imóvel e sem expressão facial por horas. Outros sintomas são a falta de interação com as pessoas ao redor e a pouca ou nenhuma fala (SILVA, 2016).

2..4 Esquizofrenia residual

A esquizofrenia residual é caracterizada pelos sintomas considerados “negativos” do distúrbio mental, por ser um quadro mais tardio da doença esses sintomas são os mais evidentes, já os sintomas como delírios e alucinações são considerados até mesmo positivos (SILVA, 2016).



2..5 Esquizofrenia simples

A esquizofrenia simples é caracterizada pela mudança na personalidade e ocorrência progressiva de excentricidade de comportamento, sendo o paciente muitas vezes incapaz de responder às exigências da sociedade, dificultando o seu convívio social (SILVA, 2016).

2.6 Esquizofrenia indiferenciada

A esquizofrenia indiferenciada, depressão pós-esquizofrênica e outras esquizofrenias são os tipos que ainda não possuem completa especificação (SILVA, 2016). Nesses tipos, o paciente ainda não apresenta sintomas suficientes para diagnóstico de classificação dentro dos outros tipos.

Para o tratamento da esquizofrenia são necessários terapia medicamentosa, acompanhamento psicológico, sendo a psicoterapia essencial para esse processo, e a socio terapia. A terapia medicamentosa torna-se imprescindível para o controle da esquizofrenia na intenção de amenizar os sintomas do transtorno. Apesar disso, assim como todo medicamento, os fármacos utilizados podem trazer prejuízos ao paciente, sendo esses efeitos colaterais tão intensos quanto aos sintomas da própria esquizofrenia, mesmo que seja pouco provável (SOUZA et. al, 2013). O tratamento recebido pelos portadores de esquizofrenia dificilmente se coloca à altura da complexidade do transtorno, que deve ser tratado em diversas frentes para que o paciente possa atingir uma boa qualidade de vida (SOUZA et. al, 2013). Todas essas técnicas para o tratamento da esquizofrenia podem e devem ser ajustadas de forma personalizada para cada paciente, visto que apesar da classificação de esquizofrenia, existe toda uma individualidade que deve ser levada em consideração (SOUZA et. al, 2013). Os pacientes possuem limites a serem respeitados e o tratamento medicamentoso, em conjunto com a terapia psicológica buscam trazer conforto e bem-estar para que seja possível conviver com essa condição.

Em concordância com o DSM-V, a possibilidade de esquizofrenia existe caso o indivíduo possua ao menos dois ou mais sintomas que sejam característicos da Doença, como a seguir: delírios, alucinações, fala desorganizada, conduta confuso e sintomas deveras negativos, por um intervalo de 6 meses ou mais. contudo existe a condição de que o indivíduo apresente ao menos um dos três primeiros sintomas (delírios, alucinações e fala desorganizada), de forma mais acentuada. E presença ainda de sinais prodrômicos ou atenuados do transtorno de esquizofrenia, o que tende a gerar uma série de prejuízos tanto sociais, ocupacionais, como prejuízos em relação aos cuidados pessoais, com a premência de um mês de sintomas ativos (SOUZA et. al, 2013)

Quadro3: Sintomas positivos e negativos em pacientes com Esquizofrenia

Sintomas positivos	Sinais negativos
Alucinações Auditivas Olfativas Visuais Táteis Somáticas	Alogia Pobreza de fala Pobreza de conteúdo da fala Bloqueio do pensamento



Vozes que conversam entre si	
Delírios Persecutórios ciúmes Culpa Pecado Grandiosidade Religiosos Somáticos Transmissão de pensamento Inserção de pensamento Retirada de pensamento	Afeto embotado Expressão facial inalterada Diminuição dos movimentos espontâneos Diminuição/ausência de respostas afetivas Afeto inapropriado Pouco contato visual
Alteração formal do pensamento Tangencialidade Incoerência Falta de lógica Fala acelerada	Atenção Diminuição da concentração
Comportamentobizarro Roupas Aparência Comportamento social Comportamento sexual Agressivo Agitado	Abulia-apatia Deficiência nos cuidados pessoais e na higiene Falta de persistência no trabalho ou nos estudos
-----	Anedonia Poucos interesses Poucas atividades recreativas Poucos relacionamentos amigáveis

Fonte: Adaptado de ANDREASEN (1987).

Cerca de 1% da população é afetada pela esquizofrenia, com taxas semelhantes em diferentes países, grupos culturais e sexos (MUESER; McGURK 2004). E a esquizofrenia não é uma contrariedade que apresenta cura, a terapêutica com os medicamentos antipsicóticos não possui período deliberado (CANDIAGO, 2013) por isso traz-se a relevância do seguimento ao paciente portador de esquizofrenia. O atendimento para tratamento dos pacientes deve seguir critérios, normas e diretrizes que foram estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a Rede de Atenção à Saúde Mental. Levando em consideração o monitoramento do tratamento assim como a verificação periódica das doses de medicamentos prescritas e dispensadas ao paciente.



3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Brasileira de 1988, tem como princípios a integralidade, equidade e universalidade, no entanto, os indivíduos com psicopatologia como a esquizofrenia ainda não possuem portas de entrada como de fato deveriam ter, isso é uma questão a ser apurada, visto que, os princípios devem abranger toda a população de forma igualitária. (SPEZZIA, 2020.)

Estudos epidemiológicos mostram que os transtornos mentais e comportamentais vêm evoluindo ao longo dos anos. Fatores como idade, recursos financeiros, medicações administradas, saúde em geral e o acesso à assistência odontológica pelos pacientes estão intimamente ligadas com as séries de doenças bucais que vêm sendo acompanhadas por eles. Apesar disso, são poucos os estudos que apresentam e desenvolvem a epidemiologia da saúde bucal e as implicações dela no bem-estar desses indivíduos. (CARVALHAES, 2014).

4 ALTERAÇÕES BUCAIS MAIS COMUNS EM PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS

As alterações bucais mais comumente encontradas em pacientes psíquicos, são a doença cárie e a doença periodontal, o que conseqüentemente causa uma alta porcentagem de ausência de dentes naturais em ambas arcadas dentárias, o que afeta de forma direta a autoestima dos pacientes, constituindo danos ao tratamento desses pacientes. Essas alterações acontecem devido a precariedade relacionada à higienização da cavidade oral, esclarecida pela presença de alterações psicomotoras, que dificulta a coordenação motora, provocando desacertos na higienização, falta de orientação, e auxílio para realização de tais procedimentos. O controle do biofilme dental é de extrema importância, visto que a doença periodontal se desenvolve através de processos inflamatórios que são subseqüentes à falta de controle da placa bacteriana. As lesões de cárie são estritamente relacionadas à presença da placa. Dessa maneira, é necessário enfatizar o controle e a prevenção do biofilme, intervindo de forma química ou mecânica, sendo esta última com auxílio da escovação dental que demonstra aplicabilidade melhor quando contrastado à química. (ULISSES MS et al., 2020).

Pacientes que possuem doenças psiquiátricas, tendem a evidenciar um número variado de lesões na mucosa bucal, tendo em perspectiva que apresentam ligação psicossomáticas e uso de medicação psicotrópicas, lesões essas que podem se apresentar em distintas áreas da cavidade oral sendo mais regular a manifestação de úlceras, candidíase, leucoplasia, estomatite aftosa recorrente, líquen plano e síndrome da boca ardente. (ULISSES MS et al., 2020). Esses pacientes também apresentam depreciação do fluxo salivar devido ao uso de fármacos. (MARTINS BRASIL et al., 2021)

Familiarizar-se com o paciente com esquizofrenia e conhecer suas particularidades, singularizar a abordagem, o posicionamento do paciente na cadeira odontológica com a postura adequada, deixar o paciente estável com a ajuda do acompanhante, caso seja necessário e o tempo do tratamento odontológico de forma segura, são condutas fundamentais para que haja um bom prognóstico do caso. As consultas devem ser rápidas para evitar que esses pacientes fiquem estressados. (MARTINS BRASIL et al., 2021)

4.1 CONDUTAS DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO (DE CAMPOS et al., 2009)



- 1- Realizar uma anamnese detalhada, a qual deve ser assinada pelo paciente ou seu responsável;
- 2- Anotar observações complementares sobre o estado de saúde atual do paciente;
- 3- Registrar no prontuário os medicamentos que estão sendo utilizados pelo paciente (antipsicóticos e antidepressivos) e seus respectivos efeitos colaterais;
- 4- Entrar em contato com o psiquiatra do paciente se julgar necessário (informações sobre o estado psicológico do paciente, suspender medicações);
- 5- Utilizar com precaução os anestésicos locais devido o risco de interação com as medicações antipsicóticas que são depressoras do SNC. (A quantidade de anestésico a ser utilizada deve ser escolhida levando em conta a dose necessária e à sensibilidade do paciente, lembrando sempre das doses recomendadas para procedimentos simples);
- 6- Ser conservador, dando preferências à próteses fixas ainda que a HO do paciente não seja efetiva;
- 7- Enfatizar a educação em saúde e medidas preventivas, utilizando evidenciadores de placas e motivando o paciente e/ou acompanhante;
- 8- Fazer indicações de saliva artificial, agentes microbianos e dentífricos fluoretados;
- 9- Recomendar consultas odontológicas periódicas de acordo com o risco de cárie.

5 INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Pacientes com transtornos psiquiátricos fazem uso rotineiro de medicamentos entre esses os ansiolíticos, o que muito preocupa os cirurgiões dentistas durante o tratamento tendo em vista a relação com a tolerância e dependência dessas medicações. Por essa razão, a probabilidade desses pacientes apresentarem queda no sistema cardiorrespiratório durante a anestesia geral ou na sedação consciente são maiores. (CARVALHAES, 2014.)

Os benzodiazepínicos, ligados a antibióticos, como por exemplo a eritromicina, tendem a ter comportamento competitivo pelas enzimas do tipo CYP3A4, elevando o nível sérico dos ansiolíticos e o tempo de meia vida deles. Os antidepressivos do tipo tricíclicos, que são os usados nos pacientes nessas condições, podem exibir uma série de efeitos adversos no sistema cardiovascular caso haja injeção intravascular de adrenalina, noradrenalina e fenilefrina em alta doses como por exemplo: a amplificação da pressão arterial e arritmias cardíacas descompensada. (CARVALHAES, 2014.) O anestésico prilocaína com felipressina não possui efeitos cardiovasculares, sendo conseqüentemente a escolha mais segura de anestésico para indivíduos que consomem antidepressivos tricíclicos. Entretanto, anestésicos que possuem vasoconstritores como noradrenalina ou levonordefrina devem ser dispensáveis nestes pacientes. (CARVALHAES, 2014.) A tabela a seguir (Figura 2), tem como objetivo exibir algumas medicações utilizadas em pacientes com transtorno psíquico e seus efeitos colaterais na cavidade oral de acordo com suas respectivas bulas.



Figura 2 - Terapia Medicamentosa para pacientes com transtornos psíquicos

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

Fonte: Adaptado de CARVALHAES CLL (2014).

6 A IMPORTÂNCIA DA PSICOSSOCIALIZAÇÃO DE INDIVÍDUOS COM ESQUIZOFRENIA

Os fatores psicossociais de pacientes com esquizofrenia tendem a influenciar diretamente na rede social desses pacientes, tende a ser fortemente diminuída e descontinuada, em relação ao isolamento social, este costuma ser um dos primeiros sinais do transtorno e deve ser observado. Os indivíduos com esquizofrenia tendem a possuir uma rede social mais restrita do que pessoas sem histórico de transtorno mental e que, somado a isso, tendem a expressar um declínio substancial no comprometimento da interrelação social, afetando também a frequência dessa ação (ORNELAS, 1996). O Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais (DSM 5), traz que muitos desses pacientes não eram casados, namoravam ou possuíam qualquer tipo de conexões sociais, sendo estas muito limitadas quando se trata de um ambiente diferente do familiar (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Um conceito bem interessante é o de Apoio social, que se trata de um conceito multifatorial e multidimensional que traz consigo um conjunto vasto de interações sociais, que compreendem casamento, paternidade e outros laços íntimos, amizades, interações com colegas e vizinhos ou conhecidos, e relações variadas como as culturais, sociais, políticas ou recreativas. Assim, o apoio social através destas redes de apoio pode ajudar consideravelmente as pessoas a mobilizar os seus recursos físicos ou psicológicos capazes de melhorar a qualidade de vida e de interação social nesses pacientes (RAUSA, 2008).



Pessoas com algum tipo de doença mental tem melhor resultado quando ligados diretamente às relações sociais, estas se tornam na maioria das vezes uma prioridade para a recuperação e cooperação do tratamento e da vida em sociedade (CORRIGAN, 2008). O apoio social permite que os pacientes com esquizofrenia obtenham um exponencial aumento da qualidade e nas condições de vida, tem-se ainda um declínio dos sintomas e menor índice de internações graves e médias, se comparadas aquelas que não têm essa rede de apoio (GUTIÉRREZ M, et al., 2012). Alguns estudos evidenciam que quanto maior o suporte social do indivíduo com esquizofrenia, melhor a qualidade de vida, de bem-estar e de inserção do eixo social (LANFREDI et al., 2014). No entanto, a satisfação com o apoio social em pacientes esquizofrênicos ainda é pouco estudada. Nesse sentido, estudos da inter-relação entre as medidas adotadas e o suporte social e familiar enquanto mediadores de ganhos e perdas na qualidade de vida de pacientes esquizofrênicos deveriam ser mais contemplados na literatura.

No geral, os estudos disponíveis mostram que a qualidade de vida está influenciada pela satisfação com o suporte social, e quanto maior a satisfação com o suporte social, melhor a qualidade de vida e maior é o ganho na relação de afeto, de compartilhamento de experiências e da facilitação de cuidados clínicos, seja no espectro odontológico, médico ou psicológico. Assim, as intervenções sociais agem como uma rede apoiadora e de suporte, capaz de fortalecer a saúde mental (PINHO, L.G. et al., 2017). É importante ressaltar que a implementação de atividades sociais destinadas à interação social entre pessoas com doença mental, esquizofrenia e outros elementos da doença mental é de extrema importância quando se fala de ganhos a longo prazo e do fortalecimento psicossocial desses indivíduos.

7 SUPORTE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA

A ressocialização e reabilitação de pessoas com transtornos mentais faz parte de um conceito recente no Brasil e na sociedade de modo geral, da maneira como conhecemos hoje. É sabido que na população usuária dos serviços públicos de saúde, esses familiares tornaram-se os principais cuidadores, mesmo sem preparo técnico e especializado e possuindo na maioria das vezes um conhecimento limitado sobre o acesso ao paciente psiquiátrico em sua vida familiar. A presença de sofrimento psíquico, denominado "sobrecarga objetiva e subjetiva" (CHEN X., et al, 2016), foi observada nesses familiares cuidadores, que pode ser definida como sendo um tipo de sobrecarga objetiva como cuidado excessivo ao paciente, que acarreta no aumento dos custos financeiros e mudanças diárias importantes na rotina do cuidador (MAURIN J.T. et al., 1990).

É importante ressaltar que apesar de estudos sobre a temática, ainda há importantes lacunas quando refere-se à relação da gama de aspectos psicossociais que são comumente podem ser comprometidos, podendo ser citado como a priori o bem-estar, esperança e qualidade de vida. A qualidade de vida do indivíduo compreendendo não somente o bem estar geral, mas também tangencia intimamente série de fatores como felicidade, estado emocional, satisfação pessoal e profissional, estado de saúde, nível socioeconômico, autocuidado, apoio familiar, comunidade e meio ambiente (VECCHIA R.D., et al. 2005). O conceito do que é o bem-estar tem sido amplamente estudado e existem perspectivas diferentes e complementares sobre esse tema, variando de acordo com as perspectivas, condições individuais, bem como do meio em que encontra o indivíduo. Podemos ainda dividir a caracterização de bem-estar como sendo de forma subjetiva e psicológico. O primeiro quantifica o grau de felicidade e de satisfação, separando em nichos que compreendem as diferentes áreas de sua vida onde isso ocorre (RYFF C.D., 1999), é a parte ligada à visão de bem-estar como sendo um prazer, felicidade e satisfação (HENNA E., et al., 2016). Já a segunda, separa em um âmbito menor e mais restrito, a felicidade

e satisfação, e os recursos psicológicos que ele possui, consistindo basicamente no desenvolvimento do Ser humano e na capacidade de superar dificuldades e adversidades da vida em sociedade (RYFF C.D., 1999). A propósito, há uma teoria, denominada de “A teoria de Maslow” (Figura 3), que sugere que a vida motivacional pode ser descrita como uma escalada por diferentes níveis de uma pirâmide, na imagem abaixo, que estrutura as necessidades (CAVALVANTI et al., 2013). E estima-se que quanto maior o grau de satisfação das necessidades, melhora a saúde mental do indivíduo (LESTE, 2013).

Figura 3. Pirâmide da Teoria das Necessidades de Maslow



Fonte: Adaptado de Robbins, 2002

Alguns artigos trazem ainda a presença de uma tríade de fatores a serem observados para que um indivíduo possa atingir um caminho saudável psicologicamente, fisicamente, e de esperança: objetivo, caminho e agência (RUCHIKA A, et al., 2019). Assim, para que um indivíduo possa ter a esperança, ele deveria apresentar um conjunto de caminhos para atingir um objetivo, somado a sua motivação, que seria a agência pessoal, responsável por conduzi-lo. É importante ressaltar o bem estar dos cuidadores de pacientes com esquizofrenia e outras doenças, estudos internacionais constataram que os cuidadores podem vivenciar uma disfunção mental, o que por vezes compromete a sua qualidade de vida e o seu nível de bem-estar, ao mesmo tempo em que aumenta a angústia e ansiedade (RUCHIKA A, et al., 2019). A Qualidade de vida deve ser vista como multidimensional, multifatorial e de caráter subjetivo, e que permeia intimamente as esferas da saúde física, saúde mental e vida social (GUPTA A. et al., 2015). A relação entre bem-estar, qualidade de vida e esperança em cuidadores familiares de pessoas com esquizofrenia está diretamente ligada ao bem-estar do indivíduo a ser cuidado, e ambos devem estar plenos em suas condições, como permitido, para que haja uma manutenção saudável, no bem-estar diário de ambos.

8 METODOLOGIA

No presente trabalho realizou-se uma pesquisa bibliográfica de características qualitativa e exploratória. Foram realizadas buscas nas plataformas eletrônicas Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scielo, Pubmed, através dos descritores: Esquizofrenia; Odontologia e Esquizofrenia; Bem-estar e Esquizofrenia, sendo analisados, em sua maioria, artigos publicados de 2010 a 2022. O que permitiu um levantamento amplo na literatura sobre os



aspectos gerais da Esquizofrenia, os tipos e subtipos da doença, os agravos bucais e as condutas a serem tomadas diante de um paciente esquizofrênico, em ambiente clínico e domiciliar, visando sempre seu bem-estar e qualidade de vida.

9 DISCUSSÃO

O percurso de vida de uma pessoa com esquizofrenia é saturado de angústias e sentimentos negativos, pois conviver com esse transtorno acaba acarretando em grandes mudanças na vida do indivíduo e das pessoas do seu círculo familiar e de convívio. Dessa forma, o início das manifestações da doença pode ser visto como um marco entre o normal e o não saudável, e gera uma enorme mudança no padrão e qualidade de vida do indivíduo.

Diante das inúmeras dificuldades que surgem na esquizofrenia, deve-se atentar, em especial, para as atividades que o indivíduo ainda é capaz de realizar, sendo uma delas o autocuidado. Segundo Silva (2016), o autocuidado pode ser entendido como capaz de encorajar a retenção da capacidade de participar ativamente a gestão do tratamento Odontológico e médico, de formar que as relações sociais e familiares, detém um grau de controle nos ganhos e perdas do tratamento e da vida cotidiana (RUCHIKA A, et al., 2019). A presença da autonomia nas circunstâncias em que vivem é muito importante pois possibilita, finalmente, a capacidade de para cuidar de si mesmos em diferentes áreas da vida

Segundo Silva (2016), a manutenção da terapia medicamentosa associada ao acompanhamento multidisciplinar permite à Ametista o controle dos sintomas, o acompanhamento do paciente e as modalidades de tratamento compostas por medicamentos, psicoterapia e terapia social têm a capacidade de proporcionar um melhor tratamento aos pacientes. qualidade de vida e habilidades sociais de seus familiares.

Com o envelhecimento da população, cada vez mais, há uma tendencia crescente de sermos confrontados com psicose de início tardio, os idosos correm o risco de ter um transtorno mental desde a idade adulta e envelhecer com a doença, ou aqueles que desenvolvem sintomas à medida que envelhecem sem nenhum precedente prévio para doença mental. (SADOCK et al., 2007).

Para Fréсан (2001), uma forma de melhorar a compreensão e cooperação do paciente e as famílias, é a oportunidade de aprendem sobre a doença por meio da psicoeducação, que pode ser entendido mais sobre a doenças e suas afecções, com informações sobre sintomas, causas, tratamento, importância da higiene oral e estilo de vida.

Deve ser feito um minucioso questionário de saúde do paciente, um ponto importante é se atentar ao uso de antipsicóticos e antidepressivos, os tipos e dosagens; deve-se usar o mínimo necessário de agentes anestésicos devido ao risco de interação com a medicação antipsicótica. É importante ressaltar que o intuito do tratamento Odontológico adequação do meio bucal, manutenção da a higiene oral e proporcionar condições satisfatórias longo prazo através de acompanhamento periódico. A Odontologia deve ser pautada sempre no atendimento humanizado e eficaz, fornecendo um ambiente calmo e sem preconceitos, acolhedor e de cuidado não só da cavidade oral, mas de forma integral, contemplando os aspectos sociais, psicológicos e de bem-estar geral.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A esquizofrenia é uma doença psiquiátrica que se inicia precocemente na vida de um ser humano e está associado a diversos déficits cognitivos, esses dissuasores começam antes do início dos sintomas e são identificadas como uma propriedade central do transtorno. Sete funções cognitivas parecem estar mais afetadas: vigilância e na atenção; memória verbal e



ciência Memória visual, aprendizado, raciocínio e resolução de problemas velocidade de processamento, memória de trabalho e consciência social. Haja vista, há necessidade de o Cirurgião Dentista estar preparado para lidar com as particularidades desses pacientes, e de identificar os sintomas clínicos, desejos e características do caso clínico de cada paciente, para garantir o planejamento e direcionamento da abordagem e implementação de forma humanizada e satisfatória. Assim, a odontologia possibilita o cuidado às pessoas com esquizofrenia, pautado sempre no cuidado humanizado, nas medidas de prevenção e na participação ativa dos familiares desses pacientes durante todo o tratamento. É importante reenfatizar também que, além da aplicação das técnicas de manejo em Odontologia, deve haver uma adaptação psicofuncional do paciente no seu dia a dia, bem como o acompanhamento com médico especialista e psicólogo.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5 Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais** (5ª ed.). 2014. Lisboa: Climepsi Editores

AMARAL, A. S. D. **Fatores de Risco Ambientais na Esquizofrenia**. Porto, Portugal: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2012. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/71921> . Acesso em: 1 nov. 2022.

ALBANO, D. A. DOS S. **Esquizofrenia – patologia e terapêutica**. AUlg: Faculdade de Ciências e Tecnologia, Univ. do Algarve, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Consolidação das normas para procedimentos nos conselhos de odontologia**. 2012.

CRISTINA LIMA LEITE CARVALHAES. **Avaliação da saúde bucal e impacto na qualidade de vida em pacientes com transtornos mentais atendidos no CAPS/Butantã** .São Paulo, 2014.

CANDIAGO, R. et al. **Protocolo Clínico E Diretrizes Terapêuticas Esquizofrenia 1 Metodologia De Busca E Avaliação Da Literatura**. 2013. Disponível Em: <[Http://Www.Saude.Ba.Gov.Br/Wp-Content/Uploads/2019/11/Protocolo-CI%C3%8Dnico-E-Diretrizes-Terap%C3%8Auticas-Esquizofrenia.Pdf](http://Www.Saude.Ba.Gov.Br/Wp-Content/Uploads/2019/11/Protocolo-CI%C3%8Dnico-E-Diretrizes-Terap%C3%8Auticas-Esquizofrenia.Pdf)>. Acesso Em 2 De Nov. 2022.

CAVALCANTI, THIAGO MEDEIROS ET AL. **Hierarquia das Necessidades de Maslow: Validação de um Instrumento**. Psicologia: Ciência e Profissão [online], v. 39, 2019. [Acessado 2 Novembro 2022] , e183408. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003183408>>. Epub 10 Jan 2020. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003183408>.

CORRIGAN, P. W., MUESER, K. T., BOND, G. R., DRAKE, R. E., & SOLOMON, P. Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach. New York: Guilford Press. 2008



CHEN X, MAO Y, KONG L, LI G, XIN M, LOU F, LI P. **Resilience moderates the association between stigma and psychological distress among family caregivers of patients with schizophrenia.** *Pers Individ Dif.* ;96(7):78-82, 2016. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.062>

DE PAULA SOUZA, L. **Atenção em saúde bucal oferecida aos pacientes com esquizofrenia na estratégia saúde da família.** Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2016.

DE, C., CAMPOS, C., FRAZÃO, B. B., SADDI, G. L., ASSIS, L., MARÍLIA, M., FERREIRA, G., DE, P. C., SETÚBAL, O., TELES, R., & ALCÂNTARA, D. E. **Manual Prático Para O Atendimento Odontológico De Pacientes Com Necessidades Especiais.** Goiânia-Go.RV, 2009.

GIRALDI, ALICE; CAMPOLIM, SILVIA. **Novas abordagens para esquizofrenia.** *Cienc. Cult., São Paulo*, v. 66, n. 2, p. 6-8, Junho de 2014 . Disponível a partir de <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252014000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 2 de novembro de 2022. <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252014000200003>.

GUTIÉRREZ-MALDONADO, J., CAQUEO-URÍZAR, A., FERRERGARCÍA, M., & FERNÁNDEZ-DÁVILA, P. **Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores.** *Psicothema*, 24(2), 255–262, 2012.

GUPTA A, SOLANKI RK, KOOLWAL GD, GEHLOT S. **Psychological well-being and burden in caregivers of patients with schizophrenia.** *Int J Med Sci Public Health.*;4(1):70-6, 2015. . doi: 10.5455/ijmsph.2015.08172014

LESTER , D . **Measuring maslow’s hierarchy of needs .** *Psychological Reports*, 131 (1), 15 – 17, 2013. Disponível em; <https://doi.org/10.2466/02.20.PR0.113x16z1>

MARIA SARAIVA ULISSES, V., THALYA ALENCAR MELO, D. DE, FREITAS MATOS, K. DE, OLIVEIRA PEREIRA, R., FIGUEREDO COSTA, K. DA, MUNIZ FONTES, N., & RIBEIRO PAULINO, M. **Saúde Bucal Em Pacientes Com Transtornos Mentais: Uma Revisão Da Literatura Oral Health In Patients With Mental Disorders: A Literature Review.** In *Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research-Bjscr Bjscr* (Vol. 32, Issue 3), 2020. Disponível em; <Http://Www.Mastereditora.Com.Br/Bjscr>

MARTINS BRASIL, C., ALVES DA SILVA, E., BACK GOUVEA, D., RITA VIANNA POTRICH, A., & CANÇADO FIGUEIREDO, M. **Relato De Caso Tratamento Odontológico Em Paciente Com Esquizofrenia E Outras Comorbidades: Um Relato De Caso Clínico Dental Treatment Of A Patient With Schizophrenia And Other Comorbidities: A Clinical Report.** In *Sci Invest Dent.* Vol. 26, Issue 1, 2021. Disponível em; <Http://Periodicos.Unievangelica.Edu.Br/Index.Php/Scientificinvestigationindestist>

MAURIN JT, BOYD CB. **Burden of mental illness on the family: a critical review.** *Arch Psychiatr Nurs.* 4(2):99-107, 1990. doi: 10.1016/0883-9417(90)90016-E

MUESER, K. T.; MCGURK, S. R. **Schizophrenia.** *The Lancet*, v. 363, n. 9426, p. 2063–2072, jun. 2004.



- ORNELAS, J. **Suporte social e doença mental. Análise Psicológica**, 14(2-3), 263-268, 1996.
- PINHO, L. G., PEREIRA, A., CHAVES, C., & ROCHA, M. L. **Satisfação com o suporte social e qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Spe.5, 33-38, 2017. Disponível em; <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0164>
- QUEIRÓS, T., COELHO, F., LINHARES, L., & TELLES-CORREIA, D. (2019). **Schizophrenia: What non-psychiatrist physicians need to know**. In Acta Medica Portuguesa (Vol. 32, Issue 1, pp. 70–77). CELOM. <https://doi.org/10.20344/amp.10768> .Disponível em: (PDF) Esquizofrenia: O Que o Médico Não Psiquiatra Precisa de Saber (researchgate.net). Acesso em: 1 nov. 2022.
- RAUSA, B. A. **Social Support**. In S. Loue & M. Sajatovic (Eds), **Encyclopedia of aging and public health** (pp. 751-754). Springer Science & Business Media. 2008. doi: 10.1007/978-0-387-33754-8_410
- FRESÁN A, APIQUIAN R, ULLOA RE, LOYZAGA C, GARCÍA ANAYA M, GUTIÉRREZ D. **Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: resultados preliminares**. Salud Ment ;24(4):36-40, 2001.
- HENNA E, ZILBERMAN M, GORENSTEIN C. **Instrumentos de avaliação do bem-estar**. In: Gorenstein C, Wang Y, et al (Eds.). **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed. p. 456-461, 2016.
- RYFF, C. D. **Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being**. J Pers Soc Psychol. 57(6):1069-81, 1999. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069
- RUCHIKA A, KUMAR R, VARGHESE A. **Depression and quality of life in family caregivers of individuals with psychiatric illness**. Int J Community Med Public Health. Feb;6(2):715-20, 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20190196>
- ROBBINS, S. **Comportamento organizacional**. São Paulo: Prentice Hall, 2002
- SPEZZIA, S. **Implicações Odontológicas Do Acometimento Pela Esquizofrenia**. Disponível em: http://www.interativamix.com.br/SOBRAPE/arquivos/2020/marco_junho/REVPERIO%20MARCH-JUN-2020%20-%20COMPLETO%20ALTA%20RESOLU%C3%87%C3%83O%20-%2006-10-2020-171-177.pdf. Acesso em: 1 nov. 2022.
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- SILVA, A. M. et al. **ESQUIZOFRENIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**. UNILUS Ensino e Pesquisa, São Paulo, v. 13, n. 30, p. 18–25, 2016.
- SILVA, P. F. DA et al. **Esquizofrenia: Aspectos Etiológicos, Fatores De Risco Associados E Os Impactos Na Educação De Ensino Superior**. Revista Humanidades & Inovação, v. 9, n. 8, p. 93–105, 2022.
- SPEZZIA, S. (N.D.). **Implicações Odontológicas Do Acometimento Pela Esquizofrenia Dental Implications Of Schizophrenia Impairment**.



SOUZA, J. DE et al. **Estratégia De Saúde Da Família: Recursos Comunitários Na Atenção à saúde mental.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 26, p. 594–600, 1 dez. 2013.

TAMMINGA, C. **Esquizofrenia.** Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psiQUI%3%A1tricos/esquizofrenia-e-transtornos-relacionados/esquizofrenia>>. Acesso em: 1 nov. 2022.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. **Especialização em Saúde da Família. Casos complexos.** São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/5/unidades_casos_complexos/unidade28/unidade28_ft_esquizofrenia.pdf>. Acesso em 2 de nov. 2022.

VECCHIA RD, RUIZ T, BOCCHI SCM, CORRENTE JE. **Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo.** Rev Bras Epidemiol. Sep;8(3):246-252, 2005. doi: 10.1590/S1415-790X2005000300006