

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS**

**MARILIA BEATRIZ FERREIRA FIGUEIREDO**

**AUTOPERCEÇÃO ASSOCIADA ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E  
IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM TRANSTORNOS  
MENTAIS DO CAPS/ALFENAS-MG**

**Alfenas/MG  
2017**

**MARILIA BEATRIZ FERREIRA FIGUEIREDO**

**AUTOPERCEPÇÃO ASSOCIADA ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E  
IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM TRANSTORNOS  
MENTAIS DO CAPS/ALFENAS-MG**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal de Alfenas.

Linha de pesquisa: Epidemiologia das doenças bucais.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Coelho de Lima

Coorientador: Prof. Dr. Alessandro Aparecido Pereira

Alfenas/MG

2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
Biblioteca Central da Universidade Federal de Alfenas

Figueiredo, Marília Beatriz Ferreira.

Autopercepção associada às condições de saúde bucal e impacto na qualidade de vida de pacientes com transtornos mentais do Caps/Alfenas-MG. / Marília Beatriz Ferreira Figueiredo. -- Alfenas/MG, 2017.

85 f.

Orientadora: Daniela Coelho Lima.

Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) - Universidade Federal de Alfenas, 2017.

Bibliografia.

1. Doenças mentais. 2. Autoimagem. 3. Saúde bucal.  
4. Qualidade de vida. I. Lima, Daniela Coelho. II. Título.

CDD-617.6



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG  
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas  
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Alfenas/MG - CEP 37130-000



MARÍLIA BEATRIZ FERREIRA FIGUEIREDO

**“Autopercepção associada às condições de saúde bucal e impacto na  
qualidade de vida de pacientes com transtornos mentais do  
CAPS/Alfenas-MG”**

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a  
Dissertação apresentada como parte dos  
requisitos para a obtenção do título de Mestre em  
Ciências Odontológicas pela Universidade  
Federal de Alfenas. Área de concentração:  
Odontologia.

Aprovado em: 20/3/17

Profª. Dra. Daniela Coelho Lima  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas  
UNIFAL-MG

Assinatura: Daniela Coelho Lima

Profª. Dra. Sueli de Carvalho Vilela  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas  
UNIFAL-MG

Assinatura: Sueli de Carvalho Vilela

Profª. Dra. Livia Guimarães Zina  
Instituição: UFMG

Assinatura: Livia Guimarães Zina

## AGRADECIMENTOS

Nesses dois anos de mestrado amadureci mais do que meus 29 anos vividos. Nunca imaginei concluir esse ciclo sem a presença física de meu pai, o maior idealizador de todos os meus sonhos e projetos. Essa vitória é dedicada a ele, que por diversas vezes criou condições emocionais e financeiras para que a caminhada se tornasse um pouco menos árdua. Obrigada, José!!

A vontade de desistir foi grande! Mas descobri, amei e muito em breve conhecerei meu maior motivo pra continuar... MIGUEL HENRIQUE!

Agradeço a Deus, pelo domínio do tempo, da espera, do milagre!

Ao meu esposo, Mário Henrique, por caminhar comigo, pela paciência nos dias de estresse, pelo apoio que tanto precisei nesses últimos meses, por ser esse grande parceiro de sempre e pra sempre. Agora somos três!

A profa Daniela, minha orientadora, hoje também amiga, com quem aprendi lições de amor na vida e na profissão.

A minha Eliza, com suas orações incessantes e amor que só mãe carrega no olhar. Achei minha força vendo você!

Aos meus irmãos ... somos guerreiros!! Está no DNA! Divido com vocês mais essa conquista!

As cunhadas, cunhado, sogro, sogra e lindas sobrinhas, por darem significado a palavra família!

Ao amigo Eduardo José Pereira Oliveira, pela paciência e conhecimentos compartilhados com as análises estatísticas. Ao amigo Diego, com quem dividi essa jornada. Aprendemos muito mais com os pacientes do que tínhamos a ensinar.

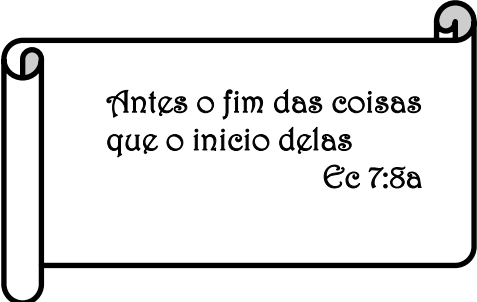
Aos colegas discentes do Programa de Pós-Graduação, em especial ao Léo, pela amizade e parceria que construímos juntos.

Aos docentes e coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal de Alfenas, pela oportunidade.

À coordenação de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas, pela confiança em mim depositada para realização deste estudo.

Aos profissionais do CAPS, pelo acolhimento, troca de experiências e vivências nesse ambiente tão solidário.

Aos sujeitos de pesquisa, minha gratidão e o meu respeito.



Antes o fim das coisas  
que o inicio delas  
Ec 7:8a

## RESUMO

Pacientes com transtornos mentais apresentam limitações ao realizar o autocuidado adequadamente, principalmente em relação à higiene pessoal e em particular à higiene bucal. O estudo avaliou a autopercepção sobre as condições de saúde bucal e seus impactos na qualidade de vida dos pacientes atendidos no CAPS/Alfenas- MG. Dos 265 sujeitos abordados, 13,21% tinham algum comprometimento intelectual ou se recusaram a participar. A amostra foi então constituída de 230 pacientes atendidos no CAPS/Alfenas-MG entre janeiro a setembro de 2016. Utilizou-se como instrumento para coleta de dados um questionário semiestruturado, visando realizar uma abordagem sobre a autopercepção em saúde bucal, um questionário validado – OHIP-14, para verificar o impacto na qualidade de vida e uma ficha de avaliação clínica odontológica preconizada pelo SB BRASIL 2010. A análise estatística foi realizada por meio do *software Microsoft Excel*<sup>®</sup> e *IBM*<sup>®</sup> *SPSS*<sup>®</sup> 22.0. A idade média observada foi de 41,83 ( $\pm 13,48$ ). Depressão foi o distúrbio psiquiátrico mais prevalente (26,52%). Além disso, 83,50% dos indivíduos fazem uso de psicotrópicos. Em consideração às condições de saúde bucal, 96,10% afirmaram não precisar de ajuda para a escovação, sendo três vezes por dia a frequência mais relatada (37,40%). Mais da metade (55,70%) não utilizava o fio dental e dentre os que o utilizavam, apenas 51,90% o faziam diariamente. No que se refere à autopercepção, 46,52% consideraram sua saúde bucal boa e 67,40% estavam satisfeitos. Entretanto, 67,40% dos entrevistados afirmaram a necessidade de tratamento odontológico. O CPOD médio registrado foi de 16,26 ( $\pm 11,31$ ), não demonstrando diferença significativa entre os sexos. Em relação ao CPI, nenhuma diferença estatisticamente significativa ( $p > 0,050$ ) foi observada entre os sexos para condição periodontal avaliada e o cálculo dentário foi a alteração periodontal mais comum (36,23%). O escore médio registrado para o OHIP-14 foi de 7,72 ( $\pm 5,79$ ), sendo que para 57,83% o impacto foi fraco. Não houve correlação estatisticamente significativa entre o CPOD e o OHIP-14. De maneira geral, é baixa a autopercepção do impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida. Essa dissonância evidencia a necessidade de se abordar a importância da saúde bucal, criando estratégias mais efetivas de promoção, prevenção, conservação e reabilitação oral.

Palavras-chave: Transtorno mental. Autoimagem. Saúde bucal. Qualidade de vida.

## ABSTRACT

Patients with mental disorders have limitations when performing self-care adequately, especially in relation to personal hygiene and particularly to oral hygiene. This study evaluated the self-perception of oral health conditions and their impact on the quality of life of the patients treated at CAPS/Alfenas-MG. Of the 265 subjects approached, 13.21% had some intellectual impairment or refused to participate. The sample consisted of 230 participants. A semi-structured questionnaire was used as an instrument to collect data on self-perception in oral health, a validated questionnaire - OHIP-14, in order to verify the impact on the quality of life and a clinical assessment sheet recommended by SB BRASIL 2010. Statistical analysis was performed using Microsoft Excel® software and IBM® SPSS® 22.0. The mean age observed was 41.83 ( $\pm$  13.48). Depression was the most prevalent psychiatric disorder (26.52%). In addition, 83.50% of individuals use psychotropic drugs. Regarding oral health conditions, 96.10% stated that they did not need help with brushing, and the most frequently reported frequency (37.40%) was three times a day. More than a half (55.70%) did not use dental floss and among those who used dental floss, only 51.90% did so daily. Regarding self-perception, 46.52% considered their oral health good and 67,40% were satisfied. However, 67,40% of the interviewees affirmed the need for dental treatment. The mean DMFT recorded was 16.26 ( $\pm$  11.31), showing no significant difference between the sexes. Regarding CPI, no statistically significant difference ( $p > 0.050$ ) was observed between genders for periodontal condition and dental calculus was the most common periodontal alteration (36.23%). The mean score recorded for OHIP-14 was 7.72 ( $\pm$  5.79), with a predominance of weak impact (57.83%). There was no statistically significant correlation between DMFT and OHIP-14. In general, the self-perception of the impact of oral health conditions on quality of life is low. This dissonance evidences the need to address the importance of oral health, creating more effective strategies for promotion, prevention, conservation and oral rehabilitation.

Keywords: Mental disorders. Self-Concept. Oral health. Quality of life.



## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b> – Rede de Atenção em Saúde Mental.....	18
<b>FIGURA 2</b> - Sonda O.M.S. ou <i>ballpoint</i> , ilustrando as marcações com as distâncias à ponta da sonda, em milímetros.....	34
<b>FIGURA 3</b> - Exemplos de sondagem para índice periodontal comunitário, mostrando a posição da sonda.....	38

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1 -</b>	Classificação dos antidepressivos.....	23
<b>QUADRO 2 -</b>	Códigos e critérios utilizados para registrar as condições de coroa e raiz para a cárie dentária de acordo com o Projeto SB BRASIL 2010.....	35
<b>QUADRO 3 -</b>	Códigos e critérios para a necessidade de tratamento.....	36
<b>QUADRO 4 -</b>	Códigos e critérios para o registro do CPI de acordo com o Manual da Equipe de Campo do Projeto SB BRASIL 2010.....	37
<b>QUADRO 5 -</b>	Códigos, critérios e exemplos para a avaliação do uso de prótese por arco dentário.....	38
<b>QUADRO 6 -</b>	Códigos, critérios e exemplos para avaliação da necessidade de prótese por arco dentário.....	39

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1 -</b>	Diagnósticos médicos prevalentes para os transtornos mentais acometidos na população pesquisada. Alfenas/MG, 2017.....	42
<b>GRÁFICO 2 -</b>	Distribuição percentual em relação ao tempo da última consulta odontológica. Alfenas/MG, 2017.....	43
<b>GRÁFICO 3 -</b>	Distribuição percentual do motivo da última consulta odontológica. Alfenas/MG, 2017.....	44
<b>GRÁFICO 4 -</b>	Distribuição percentual da autopercepção em saúde bucal. Alfenas/MG, 2017.....	44

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1 -</b>	Classificação das principais doenças mentais e comportamentais segundo o CID-10. Alfenas/MG, 2017.....	21
<b>TABELA 2 -</b>	Distribuição demográfica dos entrevistados. Alfenas/MG, 2017.....	41
<b>TABELA 3 -</b>	Média (desvio padrão) da condição de coroa em relação ao CPOD total segundo sexo. Alfenas/MG, 2017.....	45
<b>TABELA 4 -</b>	Sujeitos sadios, prevalência de sangramento, cálculo, bolsas rasas e profundas segundo sexo. Alfenas/MG, 2017.....	46
<b>TABELA 5 -</b>	Uso de prótese dentária por arco, segundo sexo. Alfenas/MG, 2017.....	47
<b>TABELA 6 -</b>	Necessidade de prótese dentária por tipo, segundo sexo. Alfenas/MG, 2017.....	48
<b>TABELA 7 -</b>	Correlações entre a autopercepção da condição bucal e OHIP-14 por domínios e total (n=230). Alfenas/MG, 2017.....	50
<b>TABELA 8 -</b>	Impacto da Saúde Bucal na Qualidade de Vida aferido pelo OHIP-14 (valores médios e desvio-padrão), por dimensão e total, segundo o sexo. Alfenas/MG, 2017.....	51
<b>TABELA 9 -</b>	Distribuição da classificação do impacto a saúde bucal na qualidade de vida (OHIP-14), por domínios e totais, segundo o sexo. Alfenas/MG, 2017.....	52
<b>TABELA 10 -</b>	Correlações (Coeficiente de Correlação de Spearman) entre a condição de coroa e OHIP-14 (valores) por domínios e total (n=230). Alfenas/MG, 2017.	53
<b>TABELA 11 -</b>	Relação entre variáveis da condição peridontoal e OHIP (valores) e por domínios e total (n =230). Alfenas/MG, 2017.	54

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ADTs</b>	Antidepressivos tricíclicos
<b>APA</b>	Associação de Psiquiatria Americana
<b>APG</b>	Primeira Geração de Antipsicóticos
<b>APS</b>	Segunda Geração de Antipsicóticos
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CAPSad</b>	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
<b>CAPSI</b>	Centro de Atenção Psicossocial da Infância e da Adolescência
<b>CID</b>	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
<b>CPI</b>	<i>Comuunity Periodontal Index</i>
<b>CPOD</b>	Somatório de dentes cariados, perdidos e obturados
<b>DM</b>	Diabete Melito
<b>DSM</b>	Manual Estatístico E Diagnóstico de Doenças Mentais
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IMAO</b>	Inibidores de Monoaminoxidase
<b>ISRS</b>	Inibidores da Recepção de Serotonina
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>OHIP-14</b>	<i>Oral Health Impact Profile short term</i>
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>SNC</b>	Sistema Nervoso Central
<b>TAB</b>	Transtorno Afetivo Bipolar
<b>TM</b>	Transtornos Mentais

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
2.1	CONTEXTUALIZAÇÃO.....	16
2.2	CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS PSÍQUIÁTRICOS.....	20
2.2.1	Transtornos de humor e a esquizofrenia.....	21
2.3	TERAPIA MEDICAMENTOSA.....	22
2.3.1	Antidepressivos.....	22
2.3.2	Ansiolíticos.....	23
2.3.3	Antipsicóticos.....	23
2.4	TRANSTORNOS MENTAIS E AS DOENÇAS SISTÊMICAS CRÔNICAS.....	24
2.5	A QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM DISTÚRBIOS PSÍQUIÁTRICOS.....	25
2.6	A SAÚDE BUCAL DOS INDIVÍDUOS COM TRANSTORNOS MENTAIS.....	27
<b>3</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>31</b>
4.1	CRITÉRIOS ÉTICOS.....	31
4.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	31
4.3	TREINAMENTO E CALIBRAÇÃO.....	32
4.4	AMOSTRAGEM.....	32
4.5	COLETA DE DADOS.....	32
4.5.1	Dados demográficos e descrição da saúde geral e bucal dos pacientes.....	32
4.5.2	Avaliação da qualidade de vida.....	33
4.5.3	Avaliação das condições de clínicas bucais.....	33
4.6	DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS E RETORNO À COMUNIDADE...	40
<b>5</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>41</b>
5.1	DISTRIBUIÇÃO DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA.....	41
5.2	DESCRIÇÕES DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE GERAL E BUCAL.....	42
5.3	AS CONDIÇÕES CLÍNICAS DE SAÚDE BUCAL.....	45
5.3.1	Condição de coroa.....	45
5.3.2	Condição periodontal.....	46
5.3.3	Uso e necessidade de prótese.....	47

5.4	QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE BUCAL.....	49
5.4.1	<i>Impacto da autopercepção da condição dentária na qualidade de vida.....</i>	49
5.4.2	<i>Impacto da condição dentária na qualidade de vida.....</i>	51
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>55</b>
6.1	DESCRIÇÕES DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE GERAL.....	55
6.2	AUTOPERCEPÇÃO E DESCRIÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL.....	55
6.3	AS CONDIÇÕES CLÍNICAS DE SAÚDE BUCAL.....	68
6.4	QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE BUCAL.....	61
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>66</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>67</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>75</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>82</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Paciente especial é todo indivíduo que apresenta determinados desvios dos padrões de normalidade, identificáveis ou não, e que por isto, necessitam de atenção e abordagem especial por um período de sua vida ou indefinidamente (MUGAYAR, 2000).

Portadores de transtornos mentais e comportamentais são incluídos no grupo de pacientes especiais porque, na grande maioria dos casos, apresentam comprometimento intelectual e motor. Por isso, necessitam de assistência temporária ou definitiva (CARVALHO; ARAÚJO, 2004).

Déficit de atenção, depressão, esquizofrenia, transtornos de humor, transtornos de ansiedade e autismo estão entre os distúrbios mentais mais prevalentes. Segundo os resultados do CENSO de 2010 há mais de 2,6 milhões de pessoas que declararam alguma deficiência mental (IBGE, 2010) e somente 2% têm suas necessidades bucais plenamente atendidas (SANTOS; SABBAGH- HADDAD, 2013).

Desde a década de 80, vem sendo instituído no Brasil um conjunto de iniciativas políticas, científicas, sociais, administrativas e jurídicas com o intuito de transformar a compreensão cultural e a relação da sociedade com pessoas que apresentam transtornos psíquicos, prezando pela manutenção do portador em seu meio familiar e comunidade (JAMELLI, et al., 2010).

A partir daí, foram organizados os serviços de atenção psicossocial para substituir o modelo de atenção asilar ao indivíduo em sofrimento psíquico, como as residências terapêuticas, os leitos de internação em hospitais gerais, o serviço de assistência ambulatorial e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (LUCCHESI, et al., 2009).

Os CAPS desenvolvem uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até o apoio em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também oferecem condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar (BRASIL, 2004).

Quanto aos problemas bucais em pacientes que enfrentam questões individuais de ordem física, cognitiva ou comportamental, são evidentes as dificuldades da manutenção de uma boa higiene bucal (MINIHAN, et al., 2014).

O descuido da higiene pessoal e, em especial da higiene bucal, é frequente, além dos medicamentos que reduzem o fluxo salivar, bem como estão presentes o impacto negativo dos



produtos derivados do tabaco e do álcool, de que muitos desses pacientes utilizam, são fatores predisponentes para o aparecimento de lesões bucais (SOUZA et al., 2011).

Outro aspecto que deve ser relacionado às condições bucais destes pacientes é a presença de outras patologias, especialmente as alterações médicas gerais, como as doenças crônicas, que por si só já são causas de significativa morbidade (GOUNOT, et al., 2013).

Assim sendo, considerando que a educação em saúde bucal é imprescindível na manutenção e prevenção de doenças bucais em pacientes com transtornos mentais, o acompanhamento com um cirurgião-dentista a cada três meses é necessário para manter uma boa saúde oral nesta população. Para maximizar os efeitos, tem sido recomendado aos cuidadores que participem no processo de educação de higiene dental (RAMON et al., 2003).

Dessa forma, para que os efeitos nocivos causados por problemas psiquiátricos à saúde bucal sejam controlados e para que se sejam elaboradas políticas públicas de saúde bucal direcionadas a essa população, há a necessidade de estudos epidemiológicos que avaliem a autopercepção e os impactos das condições clínicas de saúde bucal na qualidade de vida dos pacientes assistidos pelos Centros de Atenção Psicossocial.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Em meados do século XVIII surgem os primeiros “manicômios” para atender às exigências da modernidade como instituição específica, isolando mendigos, prostitutas, vagabundos e excluídos da sociedade. Isso ocorreu em conformidade aos objetivos da revolução industrial, da ascensão da classe burguesa e da incompatibilidade entre a razão e a loucura difundida pelo pensamento racionalista moderno (BORBA et al., 2015).

Assim, logo foi atribuída aos asilos psiquiátricos a função de cuidado às pessoas com transtornos mentais. Com a culpa do adoecimento mental voltada para a família, o saber psiquiátrico buscou afastar o paciente do núcleo familiar, fortalecendo, dessa forma, as instituições psiquiátricas e a cultura do isolamento social do louco (SILVA et al., 2014).

Por quase dois séculos o ritmo da vida nessas instituições foi marcado por regras forçadas e mortificações dos sujeitos nelas inseridos. A organização desses espaços fechados e o isolamento imposto resultaram em um processo denominado de institucionalização. Afastado do mundo social, o sujeito da doença só é reconhecido em sua manifestação doente; e sua existência, enquanto paciente, só é permitida dentro dos muros institucionais para ele edificados (RIBEIRO, 2013; ROSA; VILHENA, 2012).

No Brasil, através da Irmandade da Misericórdia, as famílias abastadas cariocas viriam a colaborar na construção do primeiro asilo de alienados em 1852, destinado, sobretudo, aos “loucos” pobres. Ressalta-se que nesses estabelecimentos não havia presença significativa de médicos, até o fim do Império (ODA; DALGALARRONDO, 2005). Após sua criação, diversas regiões do país deram início a construção de grandes asilos psiquiátricos com o objetivo de controlar e moldar os comportamentos por meio da vigilância, do controle, da disciplina, da punição e da violência institucional, o que pressupunha tratar os indivíduos como insanos e irrecuperáveis (BORBA et al., 2015).

Somente a partir do século XX, particularmente após a Segunda Guerra Mundial, a concepção de doença mental desenvolvida pelo saber médico passou a ser compreendida em uma relação de dualidade e oposição à saúde. Nesse processo, a clínica médica tornou-se ciência das doenças, dos desvios e dos distúrbios. O espaço hospitalar, anteriormente tido como asilo, foi sendo medicalizado e reorganizado, proporcionando a observação contínua do doente e o acompanhamento da evolução/curso da doença, tornando exequível a observação

dos sinais e sintomas do fenômeno patológico (SEVERO; DIMENSTEIN, 2009; SILVEIRA, 2003).

Diante da realidade de superlotação, maus-tratos, terapêutica centrada na força e punição, se iniciou um repensar das práticas na área da saúde mental, que conquistou espaço no Brasil a partir de 1980 (BORBA et al., 2015).

Em meados dos anos 80 o movimento sanitarista no país cresceu, e ganhou representatividade através dos profissionais da saúde, usuários, políticos e lideranças populares, na luta pela reestruturação do sistema de saúde. O marco deste movimento ocorreu em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, propondo como dever do Estado o direito à saúde para todo cidadão (BRASIL, 2006).

Com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1988, o modelo de atendimento curativo da população transformou-se em integralista, tendo como objetivo as práticas em saúde sociais. Assim, a saúde mental pode ser organizada nos preceitos de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (CARVALHO; ARAÚJO, 2004; NAGAOKA; FUREGATO; SANTOS, 2011).

A saúde mental configura-se, então, como campo específico para o conhecimento, sustentado por um conjunto de práticas, atravessado por conceitos, reflexões, ideologias e distintas demandas (AMANCIO, 2015).

A participação ativa dos pacientes na luta antimanicomial só começou a ocorrer pela força da criação do projeto de Lei Nº 3.657/89 de Paulo Delgado, que propôs a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, a construção de serviços substitutos, além da regulamentação da internação psiquiátrica compulsória, sendo consolidado com a aprovação da Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001 (DELGADO, 2011; SILVA et al., 2014).

A desinstitucionalização, portanto, defende a criação de um novo lugar de pertencimento social para as pessoas com sofrimento psíquico e a construção de serviços e espaços que deem sustentação à vida fora dos muros manicomiais, por meio da criação e ampliação da rede de cuidados em saúde mental (RIBEIRO, 2013).

Com a redução de leitos de internação e o descredenciamento desses estabelecimentos pelos gestores do SUS, o Estado precisou responder à população sobre o que deve ser feito com esses “loucos” que foram soltos e voltaram para suas casas ou para as ruas. Nesse ponto, as propostas de criação dos serviços substitutos em saúde mental aparecem como resposta para esse grave problema (ROSA; VILHENA, 2012).

Na figura 1 observa-se a Rede de Atenção à Saúde Mental, composta por setores da

atenção básica, como as unidades básicas de saúde; as Equipes de Saúde da Família (ESFs), que vieram a servir como um articulador importante da rede de saúde mental; os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); os setores ligados aos serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os ambulatórios de saúde mental e hospitais-dia; os Centros de Convivência e Cultura; além de serviços de urgência e emergência psiquiátrica, leitos ou unidades em hospital geral e as residências terapêuticas (CAMPIOTTO; YAMAGUCHI, 2015; RIBEIRO, 2013).



FIGURA 1 – Rede de Atenção em Saúde Mental.

FONTE: Ministério da Saúde, 2004.

Entretanto, em 2011, considerando a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas, além da necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias, instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção Psicossocial tem como objetivos ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

O ponto central da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial. O CAPS é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo (BRASIL, 2011).

A proposta do CAPS é que cada um desses setores seja responsável por uma parcela das demandas da sociedade. Dentro da rede de Atenção Psicossocial, os profissionais do CAPS promovem o cuidado terapêutico ao paciente com transtorno mental que seja atendido em uma das unidades de pronto atendimento da rede pública de saúde (ROSA E VILHENA, 2012).

Os CAPS diferenciam-se pelo porte, capacidade de atendimento, tamanho e composição da equipe, perfil de usuário atendido e são distribuídos de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros (BRASIL, 2005).

Assim, estes serviços dividem-se em: CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes (BRASIL, 2011).

CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes (BRASIL, 2011).

CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD, indicado para municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes (BRASIL, 2011).

CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes (BRASIL, 2011).

CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes (BRASIL, 2011).

CAPSi: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes (BRASIL, 2011).

A mudança do modelo asilar para este modelo psicossocial de atendimento ao indivíduo em sofrimento psíquico trouxe modificações significativas nas relações profissional-usuário, família-usuário e profissional-usuário-família. Isso porque o objetivo centra-se na inserção social do paciente e, para tanto, faz-se necessário que a família se torne protagonista do cuidado do mesmo. Dessa forma, os profissionais da atenção em saúde mental precisam criar estratégias para aproximar os serviços e contribuir para o cuidado (AMANCIO, 2015).

Dentre todas essas modificações ocorridas ao longo da Reforma Psiquiátrica a que interessa mais fortemente é a mudança na forma de compreender o sofrimento mental. O objetivo principal é reconhecer e respeitar, acima de tudo, a individualidade do paciente que não está ali para ser ordenada ou serializada, mas que possui uma demanda, por mais apagada ou encoberta que esta possa se encontrar no momento de sua chegada ao atendimento (AMANCIO, 2015; SILVA et al., 2015; ROSA; VILHENA, 2012).

## 2.2 CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Pacientes psiquiátricos apresentam uma categorização e diferenciação das doenças mentais. A Organização Mundial de Saúde (OMS) organizou a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, conhecida como CID, atualmente na décima revisão, com capítulos exclusivos para distúrbios mentais e

comportamentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007), que estão apresentados na tabela 1. A associação de Psiquiatria Americana (APA) criou o Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais, o DSM, atualmente na quinta edição, em que estabelece diretrizes diagnósticas sob a forma de critérios operacionais de inclusão e exclusão para a classificação das doenças mentais, numa abordagem descritiva dos sintomas dentro de uma avaliação multiaxial (BUSNELLO et al., 1999).

**Tabela 1** – Classificação das principais doenças mentais e comportamentais segundo o CID-10. OMS, 2007.

Classificação	Transtornos mentais e comportamentais
F00-F09	TM orgânicos, inclusive os sintomáticos
F10-19	TM e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas
F20-29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes
F30-39	Transtornos de humor (afetivos)
F40-48	Transtornos neuróticos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes
F50-59	Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos
F60-69	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto
F70-79	Retardo mental
F80-89	Transtornos do desenvolvimento psicológico
F90-98	Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou adolescência
F99	TM não especificado

FONTE: OMS, 2007.

O DSM é um padrão de classificação utilizado por psiquiatras do mundo inteiro. Destina-se a ser aplicado em uma ampla variedade de contextos e é muito utilizado em pesquisas e classificações mais abrangentes das doenças, avaliando fatores biológicos, psicodinâmicos, cognitivos, comportamentais, interpessoais e familiares. Pode ser usado por todos os profissionais da saúde e tem grande importância no levantamento epidemiológico em saúde pública (VALESCO-ORTEGA et al., 2013).

### 2.2.1 Transtornos do humor e a esquizofrenia

Dentro da classificação CID-10, os transtornos mais prevalentes são depressão, esquizofrenia e o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) (OMS, 2014).

São considerados transtornos do humor quando a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, como a depressão (com ou sem ansiedade) e o Transtorno Afetivo Bipolar. Em psiquiatria, o termo depressão é utilizado para designar uma síndrome em que a principal queixa de alterações exibidas pelo paciente é o humor depressivo e às vezes irritável durante a maior parte do dia. Há uma lentificação das funções psíquicas e da motricidade do indivíduo, além do prejuízo na capacidade de atenção e concentração. A depressão é mais profunda do que a tristeza. Estão presentes pensamentos constantes de cunho negativo, sentimento de culpa e sensação de inutilidade, diminuição do prazer e do ânimo para atividades cotidianas, de lazer e perda da capacidade de planejamento para o futuro (CAMPOS; CAMPOS; SANCHES, 2010; SAFER, 2010; CANALE; FURLAN, 2006).

Já o TAB, a carga da doença é causada pelas comorbidades psiquiátricas e físicas e pela baixa adesão ao tratamento. A incapacidade funcional ocasionada pelo TAB é comparável à de muitas doenças crônicas. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o TAB é a sexta causa de incapacidade e a terceira entre as doenças mentais, após depressão e esquizofrenia (COSTA, 2008).

Em relação à Esquizofrenia, estima-se cerca de 75.000 novos casos deste transtorno por ano, o que representa 50 casos para cada 100.000 habitantes (CHU et al., 2012). É conhecida como uma das doenças psiquiátricas mais desafiadoras. Pode ser definida como uma síndrome complexa que compreende manifestações psicopatológicas variadas de pensamentos, percepções, emoções, movimentos e comportamentos (MIYAMOTO; JARSKOG; FLEISCHHACKER, 2014; OLIVEIRA; FACINA; SIQUEIRA JUNIOR, 2012).

## 2.3 TERAPIA MEDICAMENTOSA

Os psicofármacos ou drogas psicotrópicas são aquelas que interferem primeiramente em funções do sistema nervoso central (SNC). Os mais prescritos são os antidepressivos, os ansiolíticos, os antipsicóticos e os benzodiazepínicos (ABREU; ACÚRCIO; REZENDE, 2000).

### 2.3.1 Antidepressivos

As drogas antidepressivas são divididas em três classes: os tricíclicos (ADTs), os inibidores de monoaminoxidase (IMAO) e os inibidores da receptação de serotonina (ISRS),



que são os antidepressivos mais modernos. Estes medicamentos não influenciam de forma acentuada o organismo normal em seu estado basal, apenas corrigem condições anômalas. (ABREU; ACÚRCIO; REZENDE, 2000; MORENO; MORENO; SOARES, 1999). Causam efeitos indesejáveis como a xerostomia, glossite, estomatite aftosa, edema e descoloração de língua, taquicardia, fraqueza, hipotensão postural, aumento de apetite e fadiga (MORENO; MORENO; SOARES, 1999).

O quadro 1 mostra os principais medicamentos e respectiva classificação com relação ao tipo farmacológico do antidepressivo (CHIOCA et al., 2010).

**Quadro 1-** Classificação dos antidepressivos.

<b>Tricíclicos</b>	<b>IMAOS</b>	<b>ISRS</b>
Amitriptilina	Moclobenida	Fluoxetina
Clomipramina	Harmalina	Sertralina
Doxepina		Venlafaxina
Imipramina		Citalopram
Nortriptilina		Escitalopram
Trimipramina		

FONTE: CHIOCA et al., 2010.

### 2.3.2 Ansiolíticos

As drogas ansiolíticas, muito utilizadas em psiquiatria, apresentam a capacidade de acalmar, sedar ou promover sonolência. Estes efeitos são diretamente relacionados com a dosagem (FRIEDLANDER; FRIEDLANDER; MARDER, 2002). Em relação aos efeitos indesejáveis podem apresentar depressão cardiorrespiratória e seu uso contínuo pode aumentar a tolerância e a dependência, sendo que sua descontinuação abrupta pode causar síndrome de abstinência. Além disso, pode ocorrer efeito paradoxal em alguns pacientes, com uma excitação maior do que o efeito de sedativos. Este mecanismo não está muito bem explicado pela literatura, mas sabe-se que crianças e idosos apresentam mais estes efeitos paradoxais (FRIEDLANDER; MARDER, 2002).

Em relação à odontologia, podem apresentar efeitos como xerostomia, paladar alterado, inflamação gengival, e língua saburrosa e edemaciada. Além disso, uma pequena porcentagem dos pacientes (principalmente crianças e idosos) pode apresentar o “efeito

paradoxal”, caracterizado por excitação, agressividade e irritabilidade, mesmo em baixas doses. Os mais comumente prescritos são Diazepam, Lorazepam, Alprazolam e Midazolam (COGO et al., 2006).

### 2.3.3 Antipsicóticos

Para o tratamento de pacientes diagnosticados com desordens psiquiátricas, como esquizofrenia, transtornos bipolares, psicoses não especificadas, são prescritos os antipsicóticos representados pela Clozapina, Olanzapina, Haloperidol, Haldol, Quetiapina, Risperidona, Ziprasidona e outros fármacos representantes da mesma classe (BARBOZA; SILVA, 2012). Os antipsicóticos podem ser divididos em primeira (APG) e segunda geração (APS). Os APS tem a vantagem de causarem menos efeitos colaterais extrapiramidais, tais como parkinsonismo, distonias, acatisia e maior efeito nos sintomas negativos da esquizofrenia (MORRENS et al., 2015; ANDERSON et al., 2014). Atualmente no Brasil, o SUS disponibiliza os antipsicóticos de segunda geração apenas para os pacientes refratários ao tratamento com os de primeira geração e registrados no “Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional” (LINDNER et al., 2009).

## 2.4 TRANSTORNOS MENTAIS E DOENÇAS SISTÊMICAS CRÔNICAS

São numerosos os estudos que avaliaram o ganho de peso em pacientes em uso de psicofármacos. A obesidade é um efeito colateral frequente. O ganho de peso induzido por antipsicóticos e estabilizadores de humor é de etiologia multifatorial. Muitas dessas drogas estimulam o apetite e a preferência por alimentos doces ou gordurosos, o que supõe uma ação direta sobre sistemas metabólicos e centros nervosos ligados ao controle da saciedade e do peso. Outros fatores, como a diminuição da atividade física (secundária à sedação provocada por algumas dessas drogas), o aumento da sede, levando à ingestão excessiva de líquidos adoçados, e a recuperação da perda de peso ocasionada pelo transtorno mental, também devem ser considerados (TEIXEIRA; ROCHA, 2006; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004; WIRSHING, 2004; ZIMMERMANN et al., 2003).

Quanto à elevação dos níveis glicêmicos ou o surgimento de Diabete Mellito (DM)

tipo II, constatou-se que esses agravantes podem ser secundários ao uso de psicofármacos. Embora a maior parte dos casos de hiperglicemia e DM provocados por antipsicóticos esteja associada a ganho importante de peso, um número significativo ocorre em pacientes não obesos. Obesidade pré-tratamento, hipertensão arterial, história prévia de distúrbio na regulação da glicose e história familiar de DM são fatores de risco para o surgimento de DM tipo II induzido por antipsicóticos (TEIXEIRA; ROCHA, 2006).

Por isso é importante que o psiquiatra, ao prescrever tais medicações, conheça seus diferentes perfis de efeitos adversos, para que possa levar em consideração as vantagens e desvantagens do uso de cada uma em cada paciente em particular. Atento a esses efeitos colaterais, ele poderá também orientar preventivamente seus pacientes quanto à necessidade de uma dieta saudável e da prática de atividade física (BARBOSA et al., 2011; TEIXEIRA; ROCHA, 2006).

## 2.5 A QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS

Qualidade de vida é, certamente, um conceito amplo, que incorpora todos os aspectos da existência de um indivíduo. Refere-se ao senso de bem-estar e satisfação experimentados pelas pessoas sob suas condições de vida cotidianas (COPPINI, 2001).

Um conceito tão amplo quanto qualidade de vida inclui questões como emprego, família, ambiente e muitas outras condições da vida, que devem ser consideradas para que este conceito seja útil como medida de saúde (SOUZA; COUTINHO, 2006).

A OMS definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo a respeito de sua posição na vida, dentro do contexto, da cultura e do sistema de valores no qual ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito de caráter multidimensional e abrangente, que incorpora de uma forma complexa, domínios como a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, os relacionamentos sociais, as crenças pessoais (espirituais e religiosas) e relações desses domínios com características ambientais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

Qualidade de vida constitui uma área bem estabelecida de estudo nas doenças crônicas, com investigações em campos como oncologia, reumatologia, gerontologia e nefrologia. Contudo, apenas recentemente passou a receber atenção maior no âmbito dos transtornos psiquiátricos. Isso pode estar relacionado ao fechamento dos hospitais

psiquiátricos tradicionais e ao processo de desinstitucionalização, já que a melhora das condições clínicas e da qualidade de vida dos egressos desses hospitais representavam objetivos centrais desse processo de reintegralização (CARDOSO et al., 2006; CARDOSO et al., 2005).

Vários países utilizam os indicadores de qualidade de vida como ponto central para avaliação da efetividade de tratamento na saúde mental. No Brasil, estudos de qualidade de vida em pacientes com distúrbios mentais, principalmente a esquizofrenia, são recentes e seus resultados evidenciam pior qualidade de vida para homens, tanto quando se analisa o escore global de qualidade de vida, quanto no que se refere especificamente ao domínio ocupacional, apontando a necessidade de uma melhor investigação dessas diferenças (CARDOSO et al., 2006; CARDOSO et al., 2005).

Com relação às condições de saúde bucal e seus impactos na qualidade de vida, Cohen e Jago (1976) na década de 1970 já relacionavam necessidades normativas de cárie dentária, doença periodontal, má oclusão, higiene oral e outras condições a qualidade de serviços prestados. Esses autores alegavam que, da mesma forma que acontecia na medicina, indicadores sociais abrangendo estilo de vida e fatores culturais e ecológicos eram também necessários às avaliações epidemiológicas em saúde bucal. Assim, medidas mais direcionadas poderiam subsidiar políticas públicas mais efetivas. Tornava-se desejável então, a incorporação de dimensões sociais e psicológicas à avaliação clínica das condições de saúde bucal (LEÃO; LOCKER, 2006).

Slade e Spencer (1994) desenvolveram um instrumento para quantificar e qualificar os impactos da saúde bucal na qualidade de vida: o OHIP-14. Sua versão original continha 49 questões que abordavam sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social. O próprio Slade (1997a) derivou, reduziu e validou o questionário na versão OHIP-14 (Oral Health Impact Profile short term). O instrumento passou a ter 14 questões, duas acerca de cada dimensão, permitindo sua aplicação em tempo mais curto e em grupos populacionais com dentição natural.

Slade (1997 b) descreveu uma hierarquia entre as dimensões como Limitação funcional, dor física e desconforto psicológico relacionam-se a questões próprias do indivíduo em um nível orgânico. Expressam impacto na fala, paladar, além de dor, desconfortos mastigatórios, tensões e preocupações. As incapacidades físicas, psicológicas e sociais referem-se a aspectos comportamentais individuais que repercutem na vida diária,

expressando inabilidades alimentares, dificuldade em relaxar, vergonha, irritação e prejuízo nas atividades diárias em geral. Finalmente, a desvantagem social, apresenta-se como o grau mais elevado de impacto e representa as consequências sociais dos problemas bucais. O absenteísmo ao trabalho e sensação de que a vida piorou são as pautas dessa dimensão. Interessante notar é que os instrumentos de Slade e Spencer (1994) e Slade (1997 a) retratam dimensões de um indivíduo biopsicossocial – características físicas, psicológicas e sociais.

Assim, a gravidade do impacto pode ser entendida segundo as dimensões afetadas. Um problema que desencadeia desconforto e dor traz menos consequências à qualidade de vida que aquele que alcança incapacidades e desvantagens (SLADE, 1997b). Fica claro também que o instrumento adota os conceitos de deficiência, incapacidade e desvantagem social (WHO, 1980).

Reconhecendo-se a importância manifestada pelo impacto da saúde bucal na qualidade de vida e considerando a população alvo de adultos com transtornos mentais acompanhados no CAPS, decidiu-se adotar nesta investigação o OHIP-14. Acredita-se que, através do instrumento, abordar-se-iam mais adequadamente aspectos psicossociais, além do que havia a expectativa de que tal fosse facilmente compreendido pelos sujeitos, em relação a outros instrumentos sobre os impactos da saúde bucal na qualidade de vida.

## 2.6 A SAÚDE BUCAL DOS INDIVÍDUOS COM TRANSTORNOS MENTAIS

Problemas bucais em pacientes com alterações psiquiátricas são mais comuns do que no restante da população, uma vez que apresentam uma higiene oral deficiente, ausência de tratamento odontológico efetivo e utilizam medicações que afetam a saliva e a mucosa oral (MORALES-CHAVEZ et al., 2014).

Pessoas com transtornos mentais apresentam falta de pragmatismo, déficit cognitivo e dificuldade motora para controle do autocuidado. Enfrentam desafios especiais como manter uma boa saúde bucal já que os aspectos físicos, cognitivos, sensoriais e comportamentais são associados às condições crônicas médicas. O autocuidado fica comprometido em virtude da limitada condição financeira, falta de motivação para manutenção da higiene bucal, apatia, medo e visitas menos frequentes ao cirurgião-dentista (SACCHETTO et al., 2013; UCHIDA et al., 2012).

Neste contexto, a saúde bucal é importante, uma vez que é essencial para a saúde

sistêmica geral. Na verdade, a má higiene oral é um fator de risco para o controle glicêmico adequado, acometimento de doenças cardiovasculares e há evidências da associação de pneumonia com uma saúde bucal precária (GOUNOT et al., 2013; GALLARRETA et al., 2008; RAMON et al., 2003).

Jovanovic et al. (2010), identificaram em um estudo realizado com pacientes com transtornos mentais internados e um grupo controle sem a doença psiquiátrica, que a prevalência de cárie foi mais elevada no primeiro grupo. As explicações para esses resultados incluem má higiene bucal, resultando na formação de placa. Além disso, álcool, tabaco e outras drogas, utilizados por uma grande parcela dessa população em estudo, contribuem para a saúde bucal deficiente. Fumar leva a um aumento da incidência de erosão, abrasão cervical, necrose gengival e outras lesões na mucosa oral (VELASCO-ORTEGA et al., 2013; KEBEDE; KEMAL; ABERA, 2012; KISELY et al., 2011).

A literatura também sugere uma maior prevalência e gravidade da doença periodontal em pacientes com esquizofrenia ou outros transtornos psiquiátricos, em comparação com a população geral. Múltiplos fatores inter-relacionados têm sido considerados para explicar essa diferença. Os medicamentos antipsicóticos, alguns antidepressivos e lítio podem causar xerostomia, que está associada com várias doenças bucais, incluindo a cárie, gengivite, estomatite, úlceras e atrofia lingual. O uso concomitante de drogas anticolinérgicas, que são prescritas com os antipsicóticos de alta potência, a fim de aliviar os efeitos secundários como o Parkinson, aumenta a incidência desses sintomas (GOUNOT et al.; 2013; ARNAIZ et al., 2011; JOVANOVIC et al., 2010, TANG et al., 2004).

Percebe-se ainda que muitos pacientes psiquiátricos estão mais vulneráveis que indivíduos sem alterações mentais a desenvolver certas lesões estomatológicas. Dentre estas alterações podem-se destacar leucoplasia, eritoplasia, leucoplasia verrucosa proliferativa, carcinoma espinocelular e síndrome da ardência bucal. As quatro primeiras apresentam os piores prognósticos, comparativamente com as dezenas de lesões possíveis de se diagnosticar na cavidade bucal (HASS; ALVES; ROCHA, 2009).

Vale ressaltar também que muitos usuários do CAPS são portadores de próteses dentárias removíveis, o que os torna, assim, portadores de mais um fator predisponente para o desenvolvimento de lesões estomatológicas, como a candidíase (GOUNOT et al., 2013; JAMELLI et al., 2010; HASS; ALVES; ROCHA, 2009).

Frente a este contexto de agravantes e dificuldades, o trabalho multiprofissional do CAPS é imprescindível para atender as necessidades de cuidados dentários. O controle da

higiene bucal das pessoas com distúrbios mentais é fundamental. Para isso, é essencial que os familiares/responsáveis e profissionais sejam motivados e capacitados para desempenhar ações que visem um controle eficiente do biofilme dental dessa parcela da população (MINIHAN et al., 2014; CARVALHO; ARAÚJO, 2004; MACHADO; MOCINHO, 2003).

Dentro da perspectiva de ressocialização, muitos profissionais de saúde ainda se relacionam com os pacientes portadores de transtornos mentais com a lógica de exclusão. Em parte esse comportamento é fruto da formação universitária que privilegia a competência técnica em detrimento da sensibilidade social. Em relação à Odontologia, também há uma inapropriada formação dos profissionais, dificultando o acesso dessa população ao tratamento dentário. Os problemas enfrentados vão desde a recusa em atender a esta clientela, ao medo e ansiedade de lidar com os problemas específicos dessa população. É necessária, então, a mudança de conceitos e de práticas (SILVA et al., 2015; JAMELLI et al., 2010).

Assim, a equipe multiprofissional que assiste esses pacientes deverá encaminhá-los frequentemente ao cirurgião-dentista. Esse acompanhamento odontológico deve ser curativo, no caso de remoção de lesões de cáries já instaladas; preventivo, com aplicações tópicas de flúor e vernizes profissionais; e visando a proteção específica, com prescrições de produtos salivares e antissépticos para combater a xerostomia e auxiliar na capacidade tampão da saliva (GOUNOT et al., 2013).

Infelizmente, existem poucas evidências sobre intervenções para melhorar a saúde oral de indivíduos com transtornos mentais e a importância da saúde bucal para estes pacientes tem sido ignorada (MUN, et al., 2014).

No Brasil, o número de investigações epidemiológicas na área da saúde mental e das manifestações bucais, assim como impacto delas na qualidade de vida é escasso (MORALES-CHAVEZ et al., 2014).

Considerando o fato da dentição saudável ser imprescindível no bem-estar e na vida diária de pessoas com transtornos mentais, registros sobre a saúde bucal e sobre as necessidades odontológicas são essenciais para desenvolver guias de tratamento e estratégias compensatórias para promover e prevenir a saúde bucal desses pacientes vulneráveis.

### **3 OBJETIVO**

Avaliar a autopercepção sobre as condições clínicas de saúde bucal e seus impactos na qualidade de vida dos pacientes com transtornos mentais atendidos no CAPS/Alfenas-MG.



## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi do tipo descritivo e de caráter transversal (ou seccional), segundo ALMEIDA & ROUQUAYROL (2002). Esses estudos seccionais ou de corte transversal são investigações que produzem instantâneos relatos da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual, produzindo indicadores globais para o grupo investigado, sendo útil para realização de diagnósticos individuais.

### 4.1 CRITÉRIOS ÉTICOS

Para a realização desta pesquisa, solicitou-se autorização da Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas/MG (ANEXO A) e, posteriormente, foram adotados os cuidados preliminares de encaminhamento do Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIFAL/MG, sendo esse aprovado sob o parecer nº 1.366.120 (ANEXO B).

O estudo seguiu as normas determinadas pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) e pela Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (AMM, 1964). Na etapa de coleta de dados, os sujeitos que manifestaram voluntariamente interesse em participar, expressaram sua concordância no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após esclarecimentos acerca dos objetivos, importância, riscos, benefícios, objeto e desenho do estudo (APÊNDICE A).

### 4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

O Centro de Atenção Psicossocial instalado na cidade de Alfenas/MG, onde foi realizado o presente estudo é caracterizado como CAPS II. Têm uma equipe de 12 profissionais, de nível médio e superior, funcionando durante os dias úteis da semana, normalmente em horário comercial, com capacidade para cerca de 360 atendimentos por mês.

A abordagem aos pacientes foi realizada durante os atendimentos rotineiros previamente agendados. Assim o pesquisador, no momento da entrevista, procurou atentar-se durante todo preenchimento dos questionários, para não influenciar no direcionamento das respostas. Uma sala foi cedida pela equipe atuante no local para assegurar a privacidade dos pacientes.

Como critérios de exclusão, não participaram do presente estudo aqueles indivíduos com comprometimento intelectual ou que por algum motivo se recusaram a participar do estudo.

#### 4.3 TREINAMENTO E CALIBRAÇÃO

Realizou-se os procedimentos de treinamento e calibração inter-examinador com 20 sujeitos, obtendo-se uma taxa de concordância de 93%, com kappa inter-examinador = 0,88 para o índice CPOD (condição de coroa, raiz e necessidade de tratamento da cárie) e concordância perfeita para os índices CPI (cálculo, sangramento e bolsa) e uso e necessidade de prótese. Os indivíduos que participaram dessa fase preliminar não foram incluídos no estudo principal.

#### 4.4 AMOSTRAGEM

Diante da limitação sobre a quantidade desconhecida de pacientes em atendimento durante a coleta de dados no período de janeiro a setembro de 2016, a amostragem definida foi não probabilística de conveniência, escolhida quando a probabilidade de alguns ou de todos os elementos da população de pertencer à amostra é desconhecida (MASSUKADO-NAKATANI, 2009).

Dos 265 sujeitos abordados, 13,21% tinham algum comprometimento intelectual ou se recusaram a participar. A amostra foi então constituída de 230 participantes.

#### 4.5 COLETA DE DADOS

Realizou-se a coleta de dados no período compreendido entre janeiro a setembro de 2016.

##### *4.5.1 Dados demográficos e descrição da saúde geral e bucal dos pacientes*

O instrumento de coleta de dados utilizado para avaliar a autopercepção da saúde bucal foi um questionário semiestruturado, composto por perguntas abertas e fechadas, a fim de que os resultados tivessem maior confiabilidade. Foram coletados dados demográficos,

história médica, hábitos gerais e história odontológica (APÊNCICE B).

#### *4.5.2 Avaliação da qualidade de vida*

A investigação do impacto das condições de saúde bucal sobre a qualidade de vida foi realizada a partir do questionário OHIP-14. O instrumento desenvolvido por Slade (1997a) acessa sete dimensões de impacto na qualidade de vida: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência. São 14 perguntas, com pesos específicos, que investigam a experiência vivida pelos sujeitos de pesquisa nos últimos 12 (doze) meses anteriores ao estudo.

Para cada pergunta há cinco respostas possíveis expressas pelos códigos: 0 = nunca; 1 = raramente; 2 = às vezes; 3 = repetidamente; 4 = sempre. A pontuação de cada questão é obtida multiplicando-se o valor da resposta (0,1,2,3 ou 4) pelo peso correspondente. O valor máximo que cada dimensão pode alcançar é 4, sendo que a pontuação geral pode variar entre 0 e 28 (DRUMOND-SANTANA, et al., 2007).

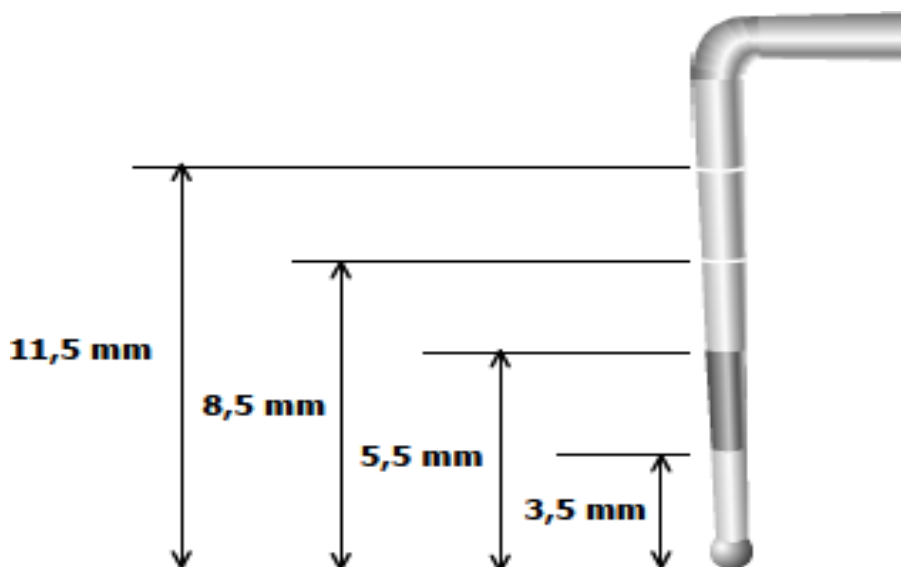
Neste estudo, foi utilizado o questionário traduzido transculturalmente por Oliveira e Nadanovsky (2005) e uma escala proposta por Monteiro (2013), onde se considera sem impacto quando o índice registrar o valor zero, fraco impacto quando for maior que zero e menor ou igual a 9,33; médio, quando o escore for maior que 9,33 e menor ou igual a 18,66 e forte, quando for maior que 18,66. Assim, quanto menor o valor, menor é a percepção do impacto negativo da saúde bucal sobre a qualidade de vida (APÊNDICE C).

#### *4.5.3 Avaliação das condições clínicas bucais*

Realizada essa primeira etapa, os pacientes foram submetidos ao exame físico intraoral e examinados quanto à cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese, utilizando-se os índices, códigos e critérios aplicados no estudo SB BRASIL 2010 (BRASIL, 2009), que seguiu a metodologia proposta pela O.M.S., em seu manual “Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal – Manual de Instruções” (WHO, 1997) (APÊNDICE D).

Foram utilizados espelhos bucais planos número 5 e sondas CPI (O.M.S. ou *ballpoint*), possuindo esfera de 0,5 mm na extremidade ativa e marcações na forma de anel nas distâncias

8,5 e 11,5 mm da ponta, além de faixa preta limitada entre as distâncias 3,5 a 5,5 mm da ponta ativa do instrumento, como é possível visualizar na figura 2.



**Figura 2** – Sonda O.M.S. ou *ballpoint*, ilustrando as marcações com as distâncias à ponta da sonda, em milímetros.

Fonte: BRASIL (2009, p. 44).

Em relação à cárie dentária, considerou-se coroa e raiz, conforme os códigos e critérios do índice CPOD visualizados no Quadro 2.

**Quadro 2** – Códigos e critérios utilizados para registrar as condições de coroa e raiz para a cárie dentária de acordo com o Projeto SB BRASIL 2010.

Código		Condição	Critério
Coroa	Raiz		
0	1	Hígido	<p>Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais devem ser codificados como <i>hígidos</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• manchas esbranquiçadas;</li> <li>• manchas rugosas resistentes à pressão da sonda CPI;</li> <li>• sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda CPI;</li> <li>• áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou grave;</li> <li>• lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame tátil/visual, resultem de abrasão.</li> </ul> <p><b>Raiz Hígida.</b> A raiz <i>está exposta</i> e não há evidência de cárie ou de restauração (raízes não expostas são codificadas como “8”).</p>
1	1	Cariado	Sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda CPI deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. Na dúvida, considerar o dente hígido.
2	2	Restaurado, mas com cárie	Há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a(s) restauração(ões).
3	3	Restaurado e sem cárie	Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente. Um dente com coroa colocada devido à cárie inclui-se nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como 7 (G).
4	-	Perdido devido à cárie	Um dente permanente ou decíduo foi extraído por causa de cárie e não por outras razões. Essa condição é registrada na casela correspondente à coroa. Dentes deciduos: aplicar apenas quando o indivíduo está numa faixa etária na qual a esfoliação normal não constitui justificativa suficiente para a ausência.
5	-	Perdido por outras razões	Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.
6	-	Apresenta selante	Há um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código 1 ou B (cárie).
7	7	Apoio de ponte ou coroa	Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados, na casela da condição da coroa, como 4 ou 5, enquanto o código 9 deve ser lançado na casela da raiz.
8	8	Não erupcionado (raiz não erupcionada)	Quando o dente permanente ou decíduo ainda não foi erupcionado, atendendo à cronologia da erupção. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma etc.
T	-	Trauma (fratura)	Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.
9	9	Dente excluído	Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias graves etc.).

Fonte: Adaptado de Brasil (2009).

A avaliação das necessidades de tratamento obedeceu aos códigos e critérios que constam no Quadro 3.

**Quadro 3** – Códigos e critérios para a necessidade de tratamento.

Código	Tratamento	Critério
0	Nenhum	A coroa e a raiz estão higienizadas, ou o dente não pode ou não deve receber qualquer outro tratamento.
1	Restauração de 1 superfície	Quando a cárie exigir uma restauração que envolva somente uma superfície do dente.
2	Restauração de 2 ou mais superfícies	Quando a cárie exigir uma restauração que envolva duas ou mais superfícies do dente.
3	Coroa por qualquer razão	Quando a perda de tecido dentário não puder ser recuperada por uma restauração simples, exigindo a colocação de uma coroa.
4	Faceta estética	A perda de tecido dentário em dentes anteriores compromete a estética a tal ponto que uma faceta estética é necessária.
5	Tratamento pulpar e restauração	O dente necessita tratamento endodôntico previamente à colocação da restauração ou coroa, devido à cárie profunda e extensa, ou mutilação ou trauma.
6	Extração	Um dente é registrado como indicado para extração, dependendo das possibilidades de tratamento disponíveis, quando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• a cárie destruiu o dente de tal modo que não é possível restaurá-lo;</li> <li>• a doença periodontal progrediu tanto que o dente está com mobilidade, há dor ou o dente está sem função e, no julgamento clínico do examinador, não pode ser recuperado por tratamento periodontal;</li> <li>• um dente precisa ser extraído para confecção de uma prótese; ou</li> <li>• a extração é necessária por razões ortodônticas ou estéticas, ou devido à impactação.</li> </ul>
7	Remineralização de mancha branca	Quando há presença de lesão branca ativa em esmalte.
8	Selante	A indicação de selantes de fôssulas e fissuras não é uma unanimidade entre os cirurgiões-dentistas, havendo profissionais que não o indicam em nenhuma hipótese. Nesta pesquisa a necessidade de selante será registrada. Sua indicação, conforme regra de decisão adotada pela FSP-USP, será feita na presença simultânea das seguintes condições: <ul style="list-style-type: none"> <li>• o dente está presente na cavidade bucal há menos de 2 (dois) anos;</li> <li>• o dente homólogo apresenta cárie ou foi atingido pela doença;</li> <li>• há presença de placa clinicamente detectável, evidenciando higiene bucal precária.</li> </ul>
9	Sem informação	Quando não é possível realizar o diagnóstico

FONTE: Projeto SB BRASIL 2010 (BRASIL, 2009).

A avaliação da condição periodontal foi realizada através do CPI. Apesar do mais recente manual para levantamentos epidemiológicos em saúde bucal da O.M.S. (WHO, 2013a) não tratar ‘cálculo dentário’ como um dos componentes do índice, neste estudo, optou-se por mantê-lo, assim como realizado no estudo SB-BRASIL 2010 (BRASIL, 2011b).

Estimou-se a presença de sangramento, cálculo dentário, bolsas rasas (de 3 a 5 mm) e profundas (6 mm ou mais) nos 6 (seis) sextantes de cada participante da pesquisa.

Por isso, divide-se a boca em seis sextantes: do dente 18 ao 14; do 13 ao 23; do 24 ao 28. No arco inferior: do 38 ao 34; do 33 ao 43 e do 43 ao 48. São examinados os sextantes que

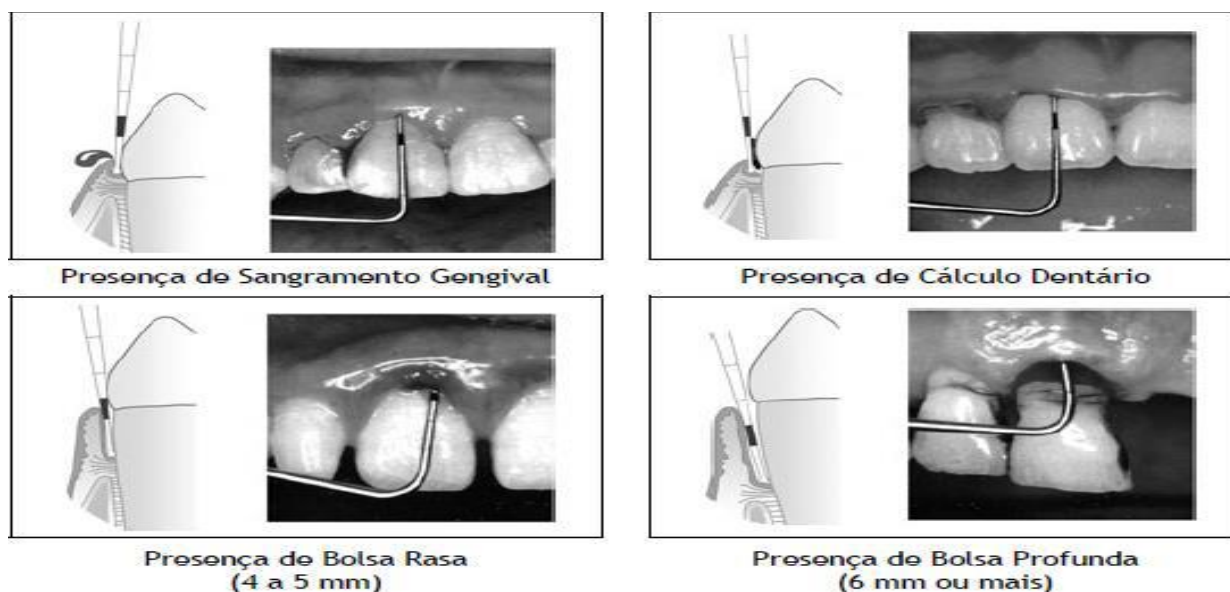
possuem pelo menos dois dentes em função, sem indicação de extração. Os dentes-índice representativos de cada sextante para adultos com mais de 20 anos são: 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46, 47. Nos sextantes posteriores, os molares são examinados em pares. Se um deles não está presente, não é substituído. Se nenhum dos dentes-índice do sextante estiver presente, examinam-se todos os outros presentes no sextante em questão e registra-se aquele com maior escore. A superfície distal de terceiros molares não é considerada. A sondagem é realizada na vestibular e na lingual de cada dente-índice, com pressão suficiente para provocar isquemia da área examinada, sem gerar dor. Os códigos e critérios para este índice são apresentados nos Quadro 4 e na Figura 3.

**Quadro 4** – Códigos e critérios para registro do CPI de acordo com o Manual da Equipe de Campo do Projeto SB BRASIL 2010.

Sangramento gengival	
Código	Critério
0	Ausência
1	Presença
X	Sextante excluído (presença de menos de dois dentes funcionais no sextante)
9	Não examinado (quando o índice não se aplica a idade em questão)
Cálculo dentário	
Código	Critério
0	Ausência
1	Presença
X	Sextante excluído (presença de menos de dois dentes funcionais no sextante)
9	Não examinado (quando o índice não se aplica a idade em questão)
Bolsa periodontal	
Código	Critério
0	Ausência
1	Presença de Bolsa Rasa: Quando a marca preta da sonda fica parcialmente coberta pela margem gengival. Como a marca inferior da área preta corresponde a 3,5 mm e a superior 5,5 mm, a bolsa detectada deve estar entre 4 e 5 mm.
2	Presença de Bolsa Profunda: Quando a área preta da sonda fica totalmente coberta pela margem da gengiva. Como a marca superior da área preta fica a 5,5 mm da ponta, a bolsa é de, pelo menos 6 mm.
X	Sextante excluído (presença de menos de dois dentes funcionais no sextante)
9	Não examinado (quando o índice não se aplica a idade em questão)

Fonte: Adaptado de Brasil (2009).















**Figura 3** – Exemplos de sondagem para índice periodontal comunitário, mostrando a posição da sonda.

Fonte: BRASIL (2009, p. 46).

Em relação ao uso e necessidade prótese, os dados foram coletados por arco, conforme os código e critérios constantes nos Quadros 5 e 6.

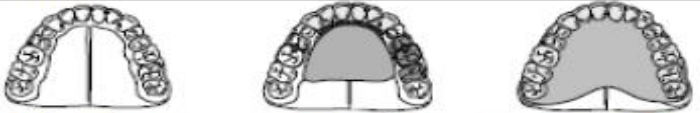




**Quadro 5** – Códigos, critérios e exemplos para a avaliação do uso de prótese por arco dentário.

Uso de Prótese		
Código	Critério	Exemplos
0	Não usa prótese dentária	 Nenhum espaço protético  Desdentado parcial, mas sem prótese presente  Desdentado total e sem prótese presente
1	Usa uma ponte fixa	 Uma ponte fixa posterior  Uma ponte fixa anterior
2	Usa mais do que uma ponte fixa	 Duas pontes fixas em pontos diferentes (anterior e posterior)
3	Usa prótese parcial removível	 Prótese Parcial Removível anterior
4	Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis	 Prótese removível anterior e ponte fixa posterior  Prótese removível anterior e duas pontes fixas posteriores
5	Usa prótese dentária total	 Prótese total
9	Sem informação	

Fonte: BRASIL (2009, p. 34).



**Quadro 6** – Códigos, critérios e exemplos para a avaliação da necessidade de prótese por arco dentário.

Necessidade de Prótese		
Código	Critério	Exemplos
0	Não necessita de prótese dentária	 <p>Todos os dentes presentes</p> <p>Espaços protéticos presentes com prótese</p> <p>Desdentado total mas com presença de prótese</p>
1	Necessita <u>uma</u> prótese, fixa ou removível, para substituição de um elemento	 <p>Espaço protético unitário anterior</p> <p>Espaço protético unitário posterior</p>
2	Necessita <u>uma</u> prótese, fixa ou removível, para substituição de mais de um elemento	 <p>Espaço protético anterior de mais de um elemento</p> <p>Espaço protético posterior de mais de um elemento</p>
3	Necessita uma <u>combinação de próteses</u> , fixas e/ou removíveis, para substituição de um e/ou mais de um elemento	 <p>Espaços protéticos em vários pontos da boca</p>
4	Necessita prótese dentária total	 <p>Desdentado total sem estar usando prótese no momento</p>
9	Sem informação	

Fonte: BRASIL (2009, p. 35).

Presença ou ausência de alterações estomatológicas também foram verificadas, além dos aspectos da língua, mucosas labial e jugal (APÊNDICE E).

Após a coleta de dados, foi efetuada a tabulação e análise estatística dos resultados por meio do *software Microsoft Excel*<sup>®</sup> e *IBM*<sup>®</sup> *SPSS*<sup>®</sup> 22.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*). Adotou-se a digitação dupla como mecanismo de controle de qualidade na entrada de dados. Os valores foram expressos, por meio de frequências absolutas e relativas, na forma de gráficos, tabelas ou quadros, a fim de que, houvesse uma melhor explanação da condição da população estudada. Em todos os procedimentos foram adotados nível de significância de 95%, adotando-se  $\alpha < 0,05$  ou  $p\text{-valor} < 0,05$ .

#### 4.6 DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS E RETORNO À COMUNIDADE

Durante a coleta de dados, os indivíduos foram orientados de forma individualizada quanto aos cuidados com a saúde bucal. De maneira geral, as ações educativas dirigiram-se preponderantemente aos hábitos alimentares, distribuição de kits de higiene bucal para incentivo da escovação dentária e o uso do fio dental, aos malefícios do álcool e cigarro para a mucosa oral, além da influência das medicações psiquiátricas na saúde bucal e da saúde bucal na saúde geral. Buscou-se orientá-los, ainda, quanto ao funcionamento dos serviços públicos de saúde bucal, encaminhando-os as suas ESFs de origem para atendimento odontológico. Assim, pôde-se colaborar para uma melhor vinculação desses usuários com o serviço, bem como para a resolução dos problemas detectados.

Após defesa e aprovação desta Dissertação, será enviado um relatório com os principais resultados do estudo à Coordenação de Saúde Bucal bem como à Coordenação de Atenção em Saúde Mental de Alfenas/MG. O conhecimento da situação de saúde bucal dessa população e do impacto dessas condições em aspectos funcionais, psicológicos e sociais pode colaborar no planejamento de políticas, ações e intervenções em saúde bucal no município.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 DISTRIBUIÇÃO DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

A taxa de resposta em relação ao número de pacientes foi de 86,79%. Dos 265 sujeitos abordados, 13,21% tinham algum comprometimento intelectual ou se recusaram a participar do estudo. A amostra foi então constituída de 230 participantes.

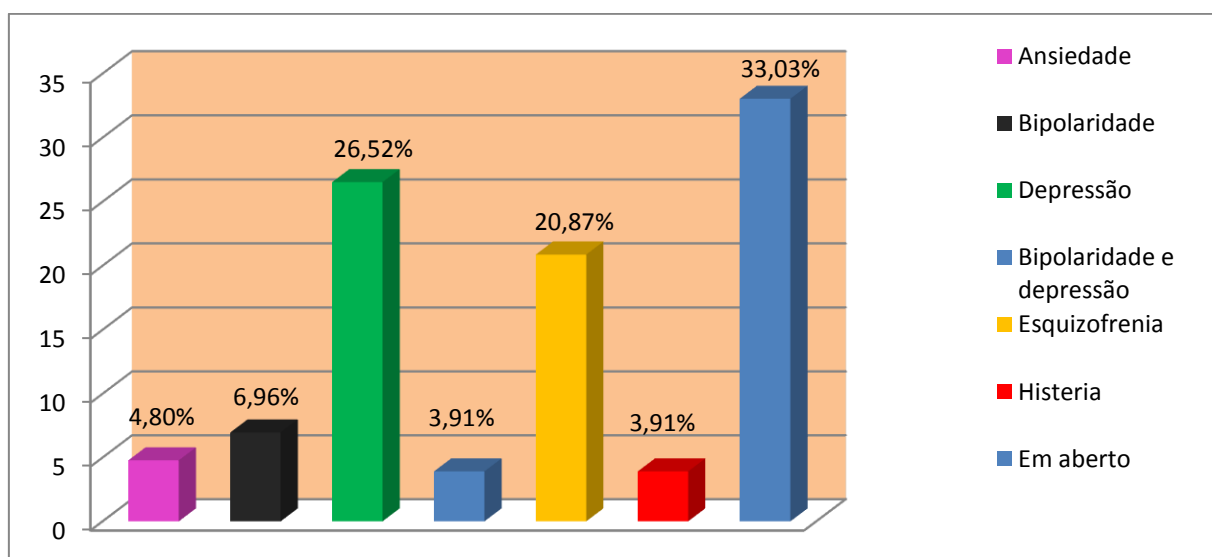
Na tabela 2 os sujeitos de pesquisa foram distribuídos de acordo com o sexo, idade, religião, raça, escolaridade, estado civil e atividade remunerada. É interessante observar a alta prevalência dos entrevistados (67,00%) com até 3 anos de estudos apenas, a faixa etária prevalente de jovens adultos, com idade média de 41,83 anos ( $\pm 13,48$ ) e a reduzida proporção de sujeitos que exercem atividade profissional remunerada (23,00%).

**Tabela 2** - Distribuição demográfica dos entrevistados. Alfenas/MG, 2017.

		%
Sexo	Masculino	53,04
	Feminino	46,96
Idade	18-19 anos	3,48
	20-34 anos	29,13
	35-44 anos	23,04
	45-54 anos	23,48
	55-64 anos	16,52
	65-74 anos	4,35
Religião	Católico	56,52
	Evangélico	28,26
	Espírita	3,04
	Ateu	5,65
	Outra	6,53
Raça	Branca	53,48
	Parda	29,13
	Negra	17,39
Escolaridade	0-3 anos	67,00
	3 < 7 anos	20,00
	> 8 anos	13,00
Estado Civil	Solteiro	60,87
	Casado	16,52
	Viúvo	7,39
	Divorciado	10,87
	Amasiado	4,35
Atividade Remunerada	Não Trabalham	77,00
	Trabalham	23,00

## 5.2 DESCRIÇÕES DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE GERAL E BUCAL

No gráfico 1 apresentam-se os diagnósticos de doença mental. Constatou-se como os de maior prevalência a depressão, em 26,52% dos pacientes e a esquizofrenia em 20,87%. Nota-se ainda que, 33,03% dos diagnósticos ainda estão em aberto, pois o sofrimento mental pode apresentar-se de várias maneiras, com etiologias diversas, relacionadas a inúmeros fatores físicos, químicos e emocionais.



**GRÁFICO 1** - Diagnósticos médicos prevalentes para os transtornos mentais acometidos na população pesquisada. Alfenas/MG, 2017.

FONTE: Da autora

Em relação à terapêutica farmacológica, 83,50% dos indivíduos relataram utilizar psicotrópicos, de acordo com a receita médica. As principais classes dos medicamentos prescritos foram os antidepressivos como Fluoxetina, Sertralina e o Citalopram; os tricíclicos como Amitriptilina; os estabilizadores de humor como Lítio; os anticonvulsivantes como o Ácido Valpróico e Carbamazepina; os antipsicóticos como Haloperidol, Haldol e Risperidona e os benzodiazepínicos como Alprazolam, Clonazepam e Diazepam.

Sobre o acometimento de doenças sistêmicas, 74,80% dos entrevistados afirmaram alguma disfunção crônica, além do sofrimento mental, sendo as mais prevalentes as alterações gastrintestinais (37,10%), a hipertensão arterial (30,40%) e a diabetes (21,30%).

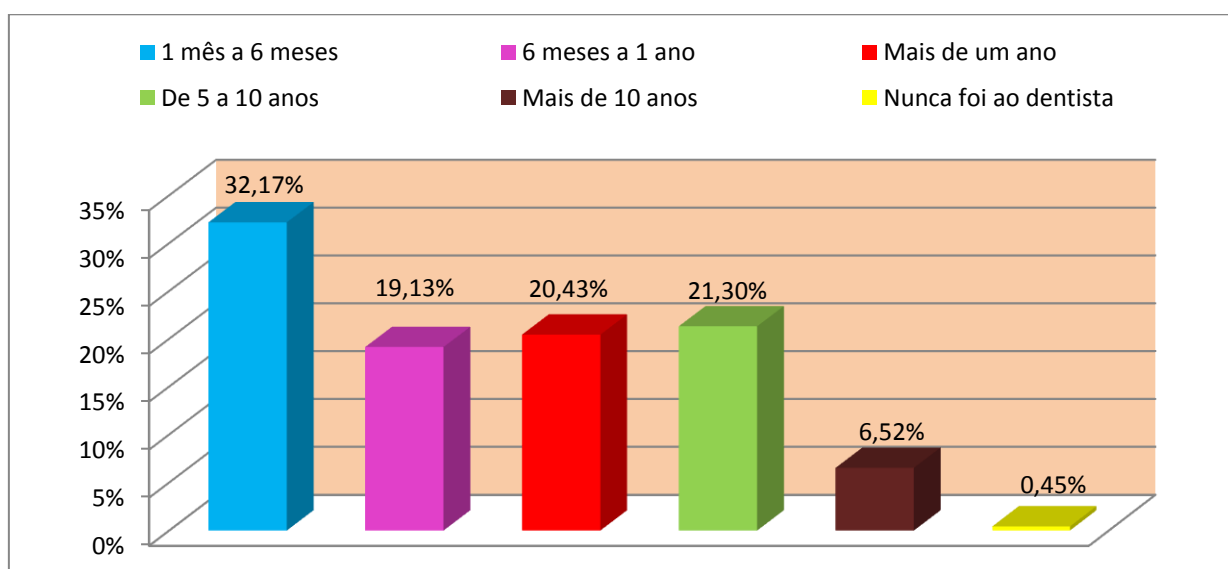
Em relação ao comportamento rotineiro, 54,30% disseram dormir bem, 48,70% dos participantes da pesquisa fumavam, 26,10% faziam uso de bebidas alcoólicas e 8,70% fazem uso de drogas ilícitas.

Em consideração as condições de saúde bucal, 96,10% dos indivíduos alegaram ser

autossuficiente quanto a capacidade para a realização de escovação dentária, sendo três vezes por dia a maior frequência (37,40%). Mais da metade (55,70%) não utilizava o fio dental e dentre os que adotaram esse método, apenas 51,90% o faziam diariamente. Após iniciar o tratamento psiquiátrico, 41,70% dos participantes observaram alguma alteração bucal, sendo a halitose (36,50%) e xerostomia (62,60%) as mais frequentes.

Observando o aspecto clínico-estomatológico, 32,20% dos abordados possuíam língua saburrosa, 25,20% língua fissurada e apenas 1,70% apresentavam lesões aftóides na mucosa e lábios.

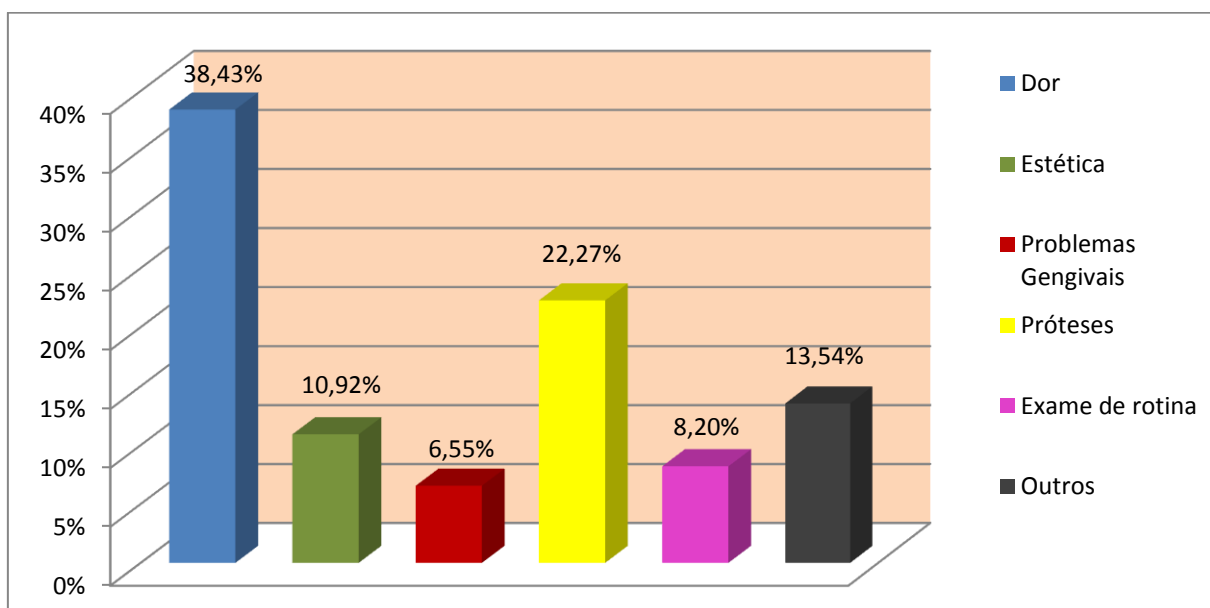
Sobre a última consulta odontológica, 32,17% afirmaram que foi realizada recentemente (de 1 a 6 meses) (Gráfico 2), sendo que 41,50% destas em consultório particular.



**Gráfico 2** - Distribuição percentual em relação ao tempo da última consulta odontológica. Alfenas/MG, 2017.

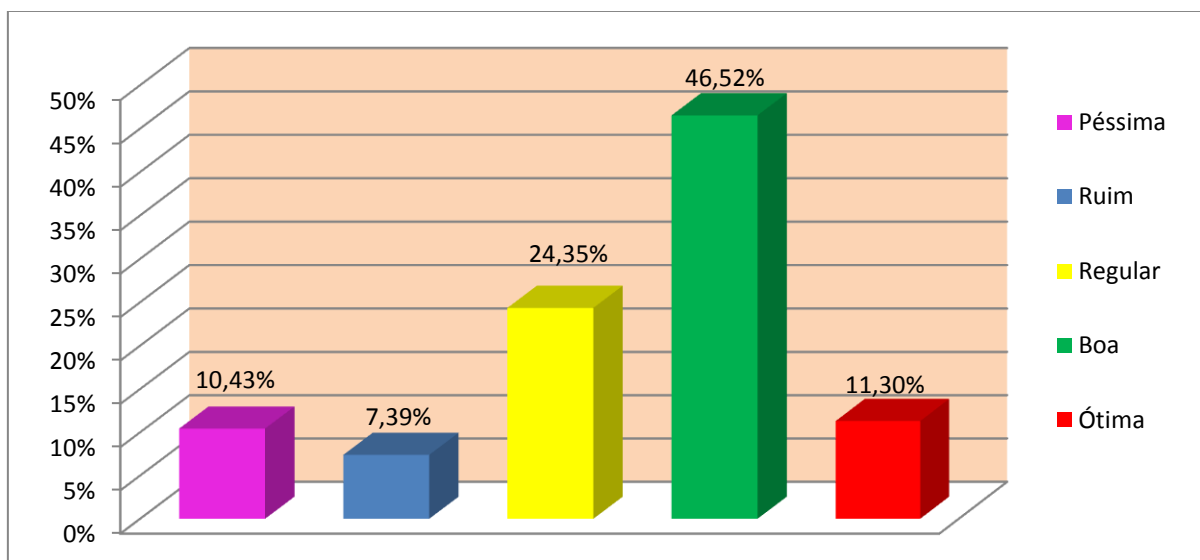
FONTE: Da autora

O motivo de maior frequência para essa última consulta foi a dor (38,43%). No gráfico 3 pode-se observar os demais motivos pela busca por consulta odontológica.



**Gráfico 3** - Distribuição percentual do motivo pela busca por consulta odontológica. Alfenas/MG, 2017.

No que se refere à autopercepção, 46,52% consideraram sua saúde bucal boa (Gráfico 4) e 67,70% estavam satisfeitos com a mesma. Entretanto, 67,40% dos entrevistados afirmaram a necessidade de tratamento odontológico. Além disso, apenas 7,40% dos pacientes afirmaram receber orientações sobre saúde bucal durante atendimento no CAPS.



**Gráfico 4** - Distribuição percentual da autopercepção sobre a saúde bucal. Alfenas/MG, 2017.

### 5.3 AS CONDIÇÕES CLÍNICAS DE SAÚDE BUCAL

Apresentam-se nesta seção os resultados obtidos acerca do levantamento clínico de saúde bucal.

#### 5.3.1 Condição de coroa

A tabela 3 descreve a condição de coroa dentária. Observam-se distribuições discrepantes nos componentes e no CPOD total entre o sexo masculino e feminino. O CPOD médio registrado para o total amostral foi de 16,26 ( $\pm 11,31$ ).

**Tabela 3** – Média (desvio padrão) da condição de coroa em relação ao CPOD total segundo sexo. Alfenas/MG, 2017.

	Hígido		Cariado		Rest/Cariado		Restaurado		Perdido		CPOD	
	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)
			%*		%*		%*		%*		%*	
Masc.	9,02	(9,11)	0,93	(2,08)	0,65	(1,34)	4,73	(5,20)	8,28	(11,09)	14,59	-11,33
			6,39%		4,45%		32,41%		56,75%		100,0%	
Fem.	8,43	(8,43)	0,60	(1,61)	0,68	(1,53)	5,29	(5,26)	11,64	(11,92)	18,22	(11,01)
			3,30%		3,73%		29,10%		63,87%		100,0%	
Total	8,75	(8,81)	0,78	(1,88)	0,66	(1,43)	4,99	(5,22)	9,83	(11,57)	16,26	(11,31)
			4,80%		4,05%		30,70%		60,45%		100,0%	
Z	-0,419		-2,453		-0,127		-0,446		-2,129		-1,939	
p	0,675		0,014**		0,899		0,656		0,033**		0,052	

Legenda: Masc. = Masculino; Fem. = Feminino; dp = desvio-padrão; Rest/cariado = Restaurado/Cariado; Z = Teste U de Mann-Whitney; p = nível de significância (5%).

\*Percentuais relativos ao total do grupo representado na linha.

\*\* Diferença estatisticamente significativa.

FONTE: Da autora.

Torna-se evidente o predomínio do componente perdido. Em média, 9,83 ( $\pm 11,57$ ) elementos na amostra total estão ausentes devido à cárie, representando 60,45% do CPOD. Diferença estatisticamente significativa foi observada entre os sexos para o componente cariado ( $p = 0,014$ ) e para o componente perdido ( $p = 0,033$ ).

### 5.3.2 Condição periodontal

Estimou-se a presença de sangramento, cálculo e bolsas rasas (de 3 a 5 mm) e profundas (6 mm ou mais) de cada participante da pesquisa. Contudo, pouco mais da metade dos sextantes foram analisados (56,10%), o que pode ser explicado pela alta taxa de edentulismo parcial (25,20% da amostra apresentou pelo menos um sextante excluído/não avaliado pela ausência de no mínimo dois dentes funcionais) e total (18,70% dos sujeitos são desdentados totais), para a média da idade apresentada. Além disso, 15,70% são edêntulos totais.

Na tabela 4 destaca-se que apenas 16,67% da amostra não apresentou nenhuma alteração periodontal, sendo considerados, portanto, sadios para todos os componentes do CPI. As bolsas profundas apresentaram a menor prevalência (5,80% da amostra total) e o cálculo dentário mostrou-se como a alteração periodontal mais comum, atingindo 36,23% da população em estudo. Nenhuma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) foi observada entre os sexos para a condição periodontal avaliada.

**Tabela 4** – Sujeitos sadios, prevalência de sangramento, cálculo, bolsas rasas e profundas segundo sexo. Alfenas/MG, 2017.

	Sadios		Sangramento		Cálculo		Bolsa rasa		Bolsa profunda	
	n	%*	n	%	n	%	n	%	n	%
Masc.	46	56,79	17	43,59	41	56,16	18	45,00	5	55,56
Fem.	35	43,21	22	56,41	32	43,84	22	55,00	4	44,44
Total	<b>81</b>	<b>16,67</b>	<b>39</b>	<b>16,67</b>	<b>73</b>	<b>36,23</b>	<b>40</b>	<b>20,29</b>	<b>9</b>	<b>5,80</b>
Qui2	0,705**		1,685**		0,418**		1,258**		0,024**	
$\rho$	0,401		0,194		0,518		0,262		0,878	

Legenda: Sadios = sujeitos sem qualquer alteração periodontal.

\* Percentuais relativos ao total do grupo representado na linha.

\*\* Estatística aferida pelo Teste Exato de Fisher.

FONTE: Da autora.

Ao examinar a média, o desvio-padrão e a proporção de sextantes distribuídos conforme a condição periodontal, fica evidente o alto grau de edentulismo que acomete a população de indivíduos com transtornos mentais. Somente 854 sextantes puderam ser examinados, o que corresponde uma média de 3,71 sextantes por sujeito na amostra total.



### 5.3.3 Uso e necessidade de prótese

#### Uso de prótese

A tabela 5 apresenta os dados em relação ao uso de prótese por arco, tipo (próteses parciais e totais) e distribuídas por sexo. Há predomínio no uso de prótese total (12,17% para prótese superior e 9,12% para inferior). Entretanto a maioria de participantes (75,65%) não faz uso algum de prótese.

**TABELA 5** - Uso de prótese dentária por arco, segundo sexo. Alfenas/MG, 2017.

Sexo	Uso de Prótese Superior									
	Não usa		PF		PPR		PP+PPR		PT	
	n	%*	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	102	83,87	2	1,61	6	4,84	2	1,61	10	8,07
Feminino	73	66,98	0	0	11	10,37	6	5,67	18	16,98
Total	<b>175</b>	<b>76,10</b>	<b>2</b>	<b>0,87</b>	<b>17</b>	<b>7,39</b>	<b>8</b>	<b>3,47</b>	<b>28</b>	<b>12,17</b>
E. Fisher	11,423**									
$\rho$	<b>0,021<sup>#</sup></b>									
Sexo	Uso de Prótese Inferior									
	Não usa		PF		PPR		PP		PT	
	n	%*	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	108	88,70	1	0,80	5	4,03	1	0,80	7	5,65
Feminino	85	78,30	0	0	4	3,77	5	4,73	14	13,20
Total	<b>193</b>	<b>83,91</b>	<b>1</b>	<b>0,45</b>	<b>9</b>	<b>3,92</b>	<b>6</b>	<b>2,60</b>	<b>21</b>	<b>9,12</b>
E. Fisher	7,769**									
$\rho$	<b>0,074</b>									
Sup x Inf	598,626									
$\rho$	<b>0,000<sup>#</sup></b>									

Legenda: PF = ponte fixa; PPR = prótese parcial removível; PP+PPR = prótese parcial fixa e removível; PT = prótese total.

\*Percentuais relativos ao total do grupo representado na linha.

\*\*Estatística aferida pelo Teste Exato de Fisher.

#Associação estatisticamente significativa à  $\alpha < 0,05$ .

Para o arco superior foi observada diferença estatisticamente significante ( $p = 0,021$ ) em relação à modalidade de uso entre os sexos. O arco superior sustenta mais próteses que o inferior ( $p = 0,000$ ).

### Necessidade prótese

A tabela 6 apresenta a distribuição das necessidades de prótese em relação aos tipos e maxilares, segundo o sexo.

**TABELA 6** - Necessidade de prótese dentária por tipo, segundo sexo. Alfenas/MG, 2017.

	Necessidade de Prótese Superior									
	Não necessita		1 elemento		2 ou mais elementos		Combinação de próteses		PT	
	n	%*	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	66	53,65	9	7,31	18	14,63	14	11,38	16	13,03
Feminino	54	50,94	2	1,88	15	14,16	14	13,21	21	19,81
Total	<b>120</b>	<b>52,18</b>	<b>11</b>	<b>4,79</b>	<b>33</b>	<b>14,35</b>	<b>28</b>	<b>12,17</b>	<b>38</b>	<b>16,51</b>
E. Fisher					5,328**					
$\rho$					<b>0,255</b>					
	Necessidade de Prótese Inferior									
	Não usa		PF		PPR		PPR +PF		PT	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Masculino	60	48,78	10	8,13	19	15,44	19	15,44	15	12,21
Feminino	47	44,34	5	4,71	17	16,03	17	16,03	20	18,86
Total	<b>107</b>	<b>46,53</b>	<b>15</b>	<b>6,52</b>	<b>36</b>	<b>15,65</b>	<b>36</b>	<b>15,65</b>	<b>36</b>	<b>15,65</b>
E. Fisher					2,984**					
$\rho$					<b>0,560</b>					

PF = Prótese Fixa; PPR = Prótese Parcial Removível; PT = Prótese Total.

\*Percentuais relativos ao total do grupo representado na linha.

\*\*Estatística aferida pelo Teste Exato de Fisher.

Associação estatisticamente significativa à  $\alpha < 0,05$ .

Teste Exato de Fisher para a relação de dependência entre as necessidades nos arcos.

FONTE: Da autora.

Se em relação ao uso, as próteses totais aparecem como as mais frequentes, para as necessidades esse tipo de prótese é mais frequente somente para o sexo feminino tanto para o arco superior como para o arco inferior. As próteses parciais somam maior necessidade no total amostral, entre o sexo masculino. Nenhuma diferença estatisticamente significativa, contudo, foi observada entre os sexos para a necessidade de prótese.

## 5.4 QUALIDADE DE VIDA E A SAÚDE BUCAL

### *5.4.1 Impacto da autopercepção da condição dentária na qualidade de vida*

A tabela 7 traz a correlação entre as variáveis que descrevem a autopercepção da condição bucal e a qualidade de vida pelo OHIP-14. Observou-se que o desconforto psicológico cresce com o aumento da frequência de escovação dentária ( $p = 0,045$ ) na amostra total. A limitação funcional ( $p = 0,002$ ), a dor física ( $p = 0,006$ ), a incapacidade psicológica ( $p = 0,009$ ), a incapacidade social ( $0,000$ ) e o OHIP-14 total ( $p = 0,000$ ) diminuem pela presença de halitose e o desconforto psicológico aumenta na presença desta manifestação bucal ( $p = 0,002$ ). A dor física ( $p = 0,025$ ) e a incapacidade social ( $p = 0,037$ ) diminuem quando o motivo da última consulta odontológica não é dor. O desconforto psicológico ( $p = 0,001$ ), a incapacidade psicológica ( $p = 0,000$ ), a incapacidade social ( $p = 0,005$ ) a desvantagem social ( $p = 0,024$ ) e o OHIP-14 total ( $0,002$ ) diminuem na ausência de necessidade por tratamento odontológico. O desconforto psicológico ( $p = 0,028$ ), a incapacidade psicológica ( $p = 0,026$ ), a incapacidade social ( $p = 0,014$ ) e o OHIP-14 total ( $p = 0,032$ ) diminuem quando a percepção de saúde bucal é boa. A dor física ( $p = 0,010$ ), o desconforto psicológico ( $p = 0,000$ ), a incapacidade física ( $p = 0,036$ ), a incapacidade psicológica ( $p = 0,000$ ), a incapacidade social ( $p = 0,000$ ), a desvantagem social ( $p = 0,001$ ) e o OHIP-14 total ( $p = 0,000$ ) diminuem quando a resposta é sim para a satisfação em relação à saúde bucal.

**TABELA 7** – Correlações entre a auto percepção da condição bucal e OHIP-14 por domínios e total (n=230). Alfenas/MG, 2017.

	LF	DF	DP	IF	IP	IS	DS	OHIP
	R (Z)	R (Z)	R (Z)	R (Z)	R (Z)	R (Z)	R (Z)	R (Z)
	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
Frequência de escovação dentária	-0,008 0,910	0,051 0,440	0,132 <b>0,045*</b>	-0,033 0,618	-0,013 0,846	-0,044 0,511	-0,108 0,102	0,007 0,912
Necessidade de ajuda para higiene bucal	-1,461 0,144	-0,308 0,758	-0,036 0,971	-0,442 0,659	-0,424 0,672	-0,005 0,996	-0,934 0,350	-0,307 0,759
Faz uso de fio dental	-1,070 0,285	-0,444 0,657	-1,658 0,097	-1,739 0,082	-0,604 0,546	-1,180 0,238	-0,915 0,360	-0,698 0,485
Apresenta halitose	-3,171 <b>0,002*</b>	-2,727 <b>0,006*</b>	3,103 <b>0,002*</b>	-1,405 0,160	-2,604 <b>0,009*</b>	-4,013 <b>0,000*</b>	-1,731 0,083	-3,909 <b>0,000*</b>
Apresenta xerostomia	-0,968 0,333	-0,443 0,658	-1,946 0,052	-0,823 0,411	-1,750 0,080	-1,725 0,085	-0,612 0,540	-1,708 0,088
Tempo da última consulta odontológica	-0,034 0,609	-0,084 0,204	-0,089 0,176	0,069 0,300	-0,013 0,846	0,033 0,616	0,084 0,206	-0,003 0,962
Motivo da última consulta odontológica	(-0,895) 0,371	(-2,246) <b>0,025*</b>	(-0,665) 0,506	(-0,560) 0,576	(-0,644) 0,519	(-2,081) <b>0,037*</b>	(-1,060) 0,289	(-0,397) 0,692
Necessidade de tratamento odontológico	(-0,781) 0,435	(-1,743) 0,081	(-3,214) <b>0,001*</b>	(-1,060) 0,289	(-3,533) <b>0,000*</b>	(-2,823) <b>0,005*</b>	(-2,258) <b>0,024*</b>	(-3,123) <b>0,002*</b>
Auto percepção sobre a saúde bucal	(-0,020) 0,759	(-0,001) 0,994	(-0,145) <b>0,028*</b>	(-0,106) 0,108	(-0,147) <b>0,026*</b>	(-0,162) <b>0,014*</b>	(-0,118) 0,075	(-0,142) <b>0,032*</b>
Satisfação em relação à saúde bucal	(-1,406) 0,160	(-2,565) <b>0,010</b>	(-4,404) <b>0,000*</b>	(-2,098) <b>0,036*</b>	(-4,547) <b>0,000*</b>	(-3,619) <b>0,000*</b>	(-3,233) <b>0,001*</b>	(-4,469) <b>0,000*</b>

Legenda: R = Coeficiente de Correlação de Spearman; Z = Estatística do Teste U de Mann-Whitney *p* = nível de significância (5%); LF = limitação funcional; DF = dor física; DP = desconforto psicológico; IF = incapacidade física; IP = incapacidade psicológica; IS = incapacidade social; DS = desvantagem social; OHIP-14 = 'oral health impact profile – short term'

\*Correlação estatisticamente significante.

FONTE: Da autora.

#### 5.4.2 Impacto da condição dentária na qualidade de vida

Em relação ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida a média geral foi de 7,72 ( $\pm 5,79$ ), sendo o menor valor registrado igual a 0,00 e o maior 26,04. ‘Desconforto psicológico’ e ‘limitação funcional’ foram as dimensões que apresentaram, respectivamente, maior e menor escores na amostra total e também entre os sexos. Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos masculino e feminino no OHIP-14. Entretanto, em relação aos seus domínios houve diferença estatisticamente significativa para ‘incapacidade social’ ( $p = 0,029$ ) entre os sexos. (TABELA 8).

**TABELA 8** - Impacto da Saúde Bucal na Qualidade de Vida aferido pelo OHIP-14 (valores médios e desvio-padrão), por dimensão e total, segundo o sexo. Alfenas/MG, 2017.

	LF	DF	DP	IF	IP	IS	DS	OHIP-14
	$\mu$ (dp)	$\mu$ (dp)	$\mu$ (dp)	$\mu$ (dp)	$\mu$ (dp)	$\mu$ (dp)	$\mu$ (dp)	$\mu$ (dp)
Masc.	0,50	1,38	1,40	1,08	1,14	0,87	0,88	7,26
	0,81	1,14	1,24	1,27	1,11	1,16	1,19	5,74
Femin.	0,60	1,49	1,50	1,35	1,14	1,19	0,96	8,24
	0,82	1,23	1,20	1,33	1,13	1,17	1,20	5,82
Total	<b>0,55</b>	<b>1,43</b>	<b>1,45</b>	<b>1,21</b>	<b>1,14</b>	<b>1,02</b>	<b>0,92</b>	<b>7,72</b>
	0,81	1,18	1,22	1,30	1,12	1,18	1,20	5,79
Mann-Whitney	1,184	0,564	0,678	1,622	0,089	2,190	0,427	1,367
$p$	0,236	0,573	0,498	0,105	0,929	<b>0,029</b>	0,669	0,172

Legenda: HA/DM = sujeito portador de hipertensão arterial e diabetes mellitus;  $\mu$  = média; (dp) = desvio padrão; LF = limitação funcional; DF = dor física; DP = desconforto psicológico; IF = incapacidade física; IP = incapacidade psicológica; IS = incapacidade social; DS = desvantagem social; OHIP-14 = ‘oral health impact profile’ – valor total do instrumento.

Fonte: Da autora.

Verificou-se a relação de dependência entre as variáveis (independentes) representantes das condições clínicas de saúde bucal – CPOD, CPI, uso e necessidade de prótese – e o OHIP-14 e seus domínios (variável dependente). Haja vista a similaridade dos resultados obtidos entre os sexos masculino e feminino, as correlações e regressões aqui

relatadas dissertam apenas sobre o total de sujeitos da pesquisa.

Analisando o OHIP-14 segundo a classificação (sem impacto, fraco, médio e forte), é possível observar que quase a totalidade dos entrevistados (93,04%) apresenta algum impacto. No entanto, considerando todas as dimensões e o escore total do instrumento em ambos os sexos, a categoria impacto fraco é a maior composta. As dimensões que apresentaram maior proporção de impacto forte foram ‘desconforto psicológico’ para o sexo masculino e ‘desconforto psicológico’ e ‘incapacidade física’ para o sexo feminino.

**TABELA 9** – Distribuição da classificação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida (OHIP-14), por domínios e totais, segundo o sexo. Alfenas/MG, 2017.

		Sem impacto		Fraco		Médio		Forte	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	LF*	79	64,75	22	18,03	19	15,57	2	1,64
	DF*	32	26,23	35	28,69	36	29,51	19	15,57
	DP*	36	29,51	26	21,31	37	30,33	23	18,85
	IF*	61	50,00	12	9,84	28	22,95	21	17,21
	IP*	45	36,89	28	22,95	33	27,05	16	13,11
	IS*	68	55,74	23	18,85	17	13,93	14	11,48
	DS*	69	56,56	18	14,75	22	18,03	13	10,66
	OHIP-14**	8	6,56	76	62,30	33	27,05	5	4,10
Feminino	LF*	59	54,63	26	24,07	20	18,52	3	2,78
	DF*	28	25,93	24	22,22	35	32,41	21	19,44
	DP*	26	24,07	22	20,37	37	34,26	23	21,30
	IF*	41	37,96	15	13,89	29	26,85	23	21,30
	IP*	41	37,96	26	24,07	28	25,93	13	12,04
	IS*	46	42,59	13	12,04	39	36,11	10	9,26
	DS*	58	53,70	11	10,19	27	25,00	12	11,11
	OHIP-14**	8	7,41	57	52,78	39	36,11	4	3,70
Total	<b>LF*</b>	<b>138</b>	<b>60,00</b>	<b>48</b>	<b>20,87</b>	<b>39</b>	<b>16,96</b>	<b>5</b>	<b>2,17</b>
	<b>DF*</b>	<b>60</b>	<b>26,09</b>	<b>59</b>	<b>25,65</b>	<b>71</b>	<b>30,87</b>	<b>40</b>	<b>17,39</b>
	<b>DP*</b>	<b>62</b>	<b>26,96</b>	<b>48</b>	<b>20,87</b>	<b>74</b>	<b>32,17</b>	<b>46</b>	<b>20,00</b>
	<b>IF*</b>	<b>102</b>	<b>44,35</b>	<b>27</b>	<b>11,74</b>	<b>57</b>	<b>24,78</b>	<b>44</b>	<b>19,13</b>
	<b>IP*</b>	<b>86</b>	<b>37,39</b>	<b>54</b>	<b>23,48</b>	<b>61</b>	<b>26,52</b>	<b>29</b>	<b>12,61</b>
	<b>IS*</b>	<b>114</b>	<b>49,57</b>	<b>36</b>	<b>15,65</b>	<b>56</b>	<b>24,35</b>	<b>24</b>	<b>10,43</b>
	<b>DS</b>	<b>127</b>	<b>55,22</b>	<b>29</b>	<b>12,61</b>	<b>49</b>	<b>21,30</b>	<b>25</b>	<b>10,87</b>
	<b>OHIP-14**</b>	<b>16</b>	<b>6,96</b>	<b>133</b>	<b>57,83</b>	<b>72</b>	<b>31,30</b>	<b>9</b>	<b>3,91</b>

Legenda: LF = limitação funcional; DF = dor física; DP = desconforto psicológico; IF = incapacidade física; IP = incapacidade psicológica; IS = incapacidade social; DS = desvantagem social.

\*Impacto de cada domínio: sem impacto = 0; 0 < fraco ≤ 1,33; 1,33 < médio < 2,67; forte ≥ 2,67.

\*\*Impacto geral (OHIP-14): sem impacto = 0; 0 < fraco ≤ 9,33; 9,33 < médio < 18,67; forte ≥ 18,67.

FONTE: Da auotra.

A tabela 10 traz correlações entre variáveis que descrevem a condição dentária e o OHIP-14.

A incapacidade física ( $p = 0,000$ ) e o OHIP-14 total ( $0,030$ ) diminuem com o aumento de coroas hígidas. A incapacidade física diminui com o aumento de coroas restauradas ( $p = 0,002$ ). O desconforto psicológico diminui com o aumento do número de dentes perdidos ( $p = 0,016$ ) e com o aumento do CPOD ( $p = 0,017$ ). A incapacidade física aumenta com o aumento da necessidade por prótese superior ( $p = 0,005$ ) e inferior ( $p = 0,016$ ). Nenhuma dimensão demonstra relação de dependência com o uso de prótese superior ou inferior.

**TABELA 10** – Correlações (Coeficiente de Correlação de Spearman) entre a condição de coroa e OHIP-14 (valores) por domínios e total ( $n=230$ ). Alfenas/MG, 2017.

	LF	DF	DP	IF	IP	IS	DS	OHIP
	R	R	R	R	R	R	R	R
	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
Hígido	-0,050	-0,094	0,030	-0,253	-0,047	-0,124	-0,177	-0,143
	0,455	0,156	0,655	<b>0,000*</b>	0,478	0,060	0,007	<b>0,030*</b>
Cariado	-0,041	-0,078	0,030	-0,089	0,024	-0,034	0,073	-0,013
	0,533	0,237	0,654	0,176	0,714	0,609	0,269	0,848
Rest./Car.	-0,084	0,052	-0,022	-0,004	0,060	0,117	0,097	0,056
	0,205	0,433	0,742	0,948	0,368	0,077	0,143	0,400
Restaurado	-0,060	-0,115	0,067	-0,205	-0,027	-0,024	-0,055	-0,068
	0,363	0,081	0,309	<b>0,002*</b>	0,683	0,717	0,409	0,302
Perdido	-0,048	-0,028	-0,158	0,068	-0,026	-0,043	0,087	-0,003
	0,466	0,677	<b>0,016*</b>	0,307	0,700	0,514	0,188	0,963
CPOD	-0,048	-0,032	-0,157	0,065	-0,030	-0,016	0,123	0,010
	0,466	0,630	<b>0,017*</b>	0,327	0,652	0,811	0,063	0,885
Uso de PS	-0,005	0,074	-0,046	0,123	0,029	-0,074	0,051	0,033
	0,939	0,263	0,486	0,062	0,665	0,267	0,443	0,616
Uso de PI	0,027	0,046	-0,072	0,092	0,029	-0,034	-0,012	0,022
	0,679	0,489	0,275	0,163	0,662	0,605	0,856	0,742
Necessidade de PS	0,073	0,057	-0,071	0,184	0,042	0,150	0,224	0,120
	0,273	0,391	0,286	<b>0,005*</b>	0,523	<b>0,023*</b>	<b>0,001*</b>	0,069
Necessidade de PI	0,021	-0,004	-0,071	0,158	0,012	0,126	0,221	0,076
	0,757	0,957	0,281	<b>0,016*</b>	0,856	0,057	<b>0,001*</b>	0,250

Legenda: R = Coeficiente de Correlação de Spearman; *p* = nível de significância (5%); LF = limitação funcional; DF = dor física; DP = desconforto psicológico; IF = incapacidade física; IP = incapacidade psicológica; IS = incapacidade social; DS = desvantagem social; OHIP-14 = 'oral health impact profile – short term'; Rest./Car. = coroas restauradas, mas cariadas; PS = Prótese Superior; PI = Prótese Inferior.

\*Correlação estatisticamente significante.

FONTE: Da autora

Na tabela 11 é possível observar que a incapacidade física ( $p = 0,001$ ), a desvantagem social ( $p = 0,000$ ) e OHIP-14 total ( $p = 0,003$ ) diminuem na ausência de alteração periodontal.

A limitação funcional ( $p = 0,038$ ), a desvantagem social ( $p = 0,002$ ) aumentam com o aumento do sangramento. A desvantagem social ( $p = 0,007$ ) aumenta na presença de cálculo. As demais dimensões não demonstram relação de dependência com a presença de bolsas rasas ou profundas.

**TABELA 11** - Relação entre variáveis da condição periodontal e OHIP (valores) e por domínios e total ( $n = 230$ ). Alfenas/MG, 2017.

	LF	DF	DP	IF	IP	IS	DS	OHIP
	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z
	p	p	p	p	p	p	p	p
Sem alteração periodontal	-1,906	-0,950	-0,700	-3,296	-0,909	-1,875	-4,824	-2,957
	0,057	0,342	0,484	<b>0,001*</b>	0,363	0,061	<b>0,000*</b>	<b>0,003*</b>
Sangramento	-2,070	-0,284	-0,134	-1,328	-0,058	-1,417	-3,121	-1,573
	<b>0,038*</b>	0,776	0,894	0,184	0,953	0,157	<b>0,002*</b>	0,116
Cálculo	-0,035	-0,420	-0,932	-0,101	-0,395	-1,479	-2,717	-0,877
	0,972	0,675	0,351	0,919	0,693	0,139	<b>0,007*</b>	0,380
Bolsa rasa	-0,253	-1,474	-0,409	-0,192	-0,582	-1,286	-1,707	-0,341
	0,801	0,140	0,683	0,848	0,561	0,198	0,088	0,733
Bolsa profunda	-0,061	-0,767	-0,039	-0,482	-0,163	-0,590	-1,904	-0,217
	0,952	0,443	0,969	0,630	0,870	0,555	0,057	0,828

Legenda: Z = teste U de Mann-Whitney;  $p$  = nível de significância (5%); LF = limitação funcional; DF = dor física; DP = desconforto psicológico; IF = incapacidade física; IP = incapacidade psicológica; IS = incapacidade social; DS = desvantagem social; OHIP-14 = 'oral health impact profile – short term';

\*Relação estatisticamente significante.



## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 DESCRIÇÕES DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE GERAL

Após a reforma psiquiátrica, surgiu no Brasil o modelo assistencial, tendo como pilar a Atenção Psicossocial, que vem avançando em seus ideais e nas políticas municipais, estaduais e federais de maneira lenta, mas de forma determinante a mudar a história desses pacientes.

Este estudo realizado com 230 usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Alfenas/MG teve a distribuição de sua amostra semelhante à outros estudos quanto à predominância do sexo masculino e da etnia branca (RAMON et al., 2003; TANG et al., 2004; WEY et al., 2016). A média da idade de 41, 83 ( $\pm 13,48$ ) anos foi semelhante aquela exposta nos estudos de GOUNOT et al., (2013), que foi de 46,9 ( $\pm 17,5$ ) anos. O nível educacional dessa população também foi descrita por TANG et al., (2004), com menos de seis anos de escolaridade. Solteiros também predominaram na população estudada por Kebede; Kamal e Abera, (2012).

Em relação ao diagnóstico de saúde mental a predominância da depressão e da esquizofrenia foi uma realidade corroborada por diversos levantamentos (JOVANOVIC et al., 2010; KISELY et al., 2015; KEBEDE; KEMAL e ABERA; 2012; RAMON et al., 2003; TANG et al., 2004).

Embora a determinação de um transtorno psiquiátrico seja complexa e necessite de anos de acompanhamento ao paciente, o diagnóstico é uma ferramenta de operacionalização cuja finalidade é descobrir tecnicamente novas formas de desvios, tal como é possível perceber nas constantes atualizações dos manuais de classificação de doenças. Um exemplo disso é a ampliação da variedade de sintomas e de classes diagnósticas descritas no CID-10, onde uma das diferenças marcantes de sua versão anterior, o CID-9, é o aumento de categorias disponíveis para a sua classificação diagnóstica (SEVERO e DIMENSTEIN; 2009). No presente estudo 33,03% das investigações médicas ainda estão em aberto.

A prescrição e o uso de drogas psicoativas também é uma constante. Segundo TANG et al. (2004), 94% da população estudada faz uso de medicação psicoterapêutica, validando os achados da presente pesquisa.

É importante considerar que o uso dos psicofármacos reduziu a ocupação dos leitos hospitalares, resgatando estas pessoas para o convívio social e, conseqüentemente, para o atendimento ambulatorial (ABREU; REZENDE; 2000).

Com relação às patologias crônicas presentes nos usuários do CAPS de Alfenas/MG, como alterações gastrintestinais, hipertensão arterial e diabetes, essas manifestações acompanham o incremento relativo dos índices das condições crônicas, em especial das doenças crônicas da população brasileira em geral, que passa por um processo rápido de envelhecimento (MENDES, 2012).

O acometimento dessas doenças está associado a fatores de risco como tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, baixo consumo de frutas e verduras e sedentarismo. Associadas aos transtornos mentais, essas morbidades podem diminuir a expectativa de vida em 15 a 20 anos em indivíduos com esquizofrenia, por exemplo. (KISELY et al., 2015).

Além das doenças crônicas, o alto consumo de drogas lícitas e ilícitas é um fator agravante a saúde dessa população. Um estudo de Peixoto et al. (2010), com 316 registros de pacientes do CAPSad de Campo Grande (MS) ,apontou que 48,70% dos pacientes eram usuários de álcool e faziam uso de uma média de 2,2 tipos de drogas. Teng et al. (2011), em um levantamento sobre a saúde oral de pacientes psiquiátricos internados, encontraram 42,50% de fumantes em sua população, semelhante aos resultados dessa pesquisa, na qual quase metade (48,70%) dos pacientes eram fumantes.

Desse modo, somadas as dificuldades relativas à própria saúde mental, o uso de drogas ilícitas traz problemas ao convívio familiar, o envolvimento de doentes mentais com a criminalidade, suicídio, maiores períodos de hospitalização e a interação negativa dos medicamentos prescritos com essas substâncias psicotrópicas (ALVES, KESSLER e RATTO, 2004).

## 6.2 AUTOPERCEPÇÃO E DESCRIÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL

Em consideração às condições de saúde bucal, verificou-se uma negligência quanto aos hábitos de higiene bucal, como a frequência da escovação dentária e o uso rotineiro do fio dental. Esses achados sugerem uma má higiene oral, assim como indicam resultados de outros levantamentos com pacientes psiquiátricos (CHU et al., 2012; KEBEDE; KEMAL; ABERA; 2012; TANI et al., 2012; ARNAIZ et al., 2011; TENG et al., 2011).

Por isso, cada paciente precisa ter uma escova de dente e creme dental. O esforço primário de prevenção deve se concentrar na escovação diária e após a alimentação, além da motivação e instruções educacionais de saúde. A escovação mecânica provou ser ainda o

método mais eficaz na higienização para pacientes psiquiátricos segundo estudo de Gounot et al. (2013).

Diante disso, o processo de educação em saúde bucal com esses pacientes seria imprescindível, para que aprendam e sejam estimulados a praticarem hábitos de higiene adequados. Além disso, a prescrição de saliva artificial para aliviar a xerostomia e exames odontológicos a cada três meses são alternativas necessárias para se manter uma boa saúde bucal nesta população (MUN et al., 2014).

Jovanovic et al. (2010), investigando comportamentos e interesses associados com a saúde bucal em 372 pacientes psiquiátricos internados descobriram que, quando comparados ao restante da população, eles visitaram menos o cirurgião-dentista, escovavam os dentes em menor frequência e não reconheciam os efeitos adversos das doenças bucais sobre seu estado de saúde geral.

No que se refere às alterações bucais encontradas, a ampla ocorrência de halitose e xerostomia, além do aspecto clínico-estomatológico, em que 32,20% dos abordados possuíam língua saburrosa e 25,20% língua fissurada podem ser explicadas pelo uso prolongado de psicotrópicos, que diminuem o fluxo salivar. Gounot et al. (2013), em sua pesquisa com 147 pacientes de um hospital psiquiátrico, evidenciaram um fluxo salivar abaixo da média em 80,30% dos participantes. A capacidade tampão era insuficiente para 76,90% das pessoas, reforçando os resultados deste estudo.

Sobre a última consulta odontológica, 32,17% dos abordados afirmaram que foi realizada recentemente (de 1 a 6 meses). Ao contrário do que se observou no presente estudo, Teng et al. (2011), relataram uma menor frequência de visitas odontológicas, sendo que metade de sua população tinha realizado sua consulta com o cirurgião-dentista há mais de três anos e 28% não tinham se consultado nos últimos anos.

A alta porcentagem de consultas particulares observada nesta pesquisa ainda traduz a desinformação da população acerca de atendimentos públicos gratuitos. O modelo de Atenção em Saúde Bucal proposto pelo governo do país garante atendimentos odontológicos de excelência, integralistas e para toda população adscrita (BRASIL, 2004).

Entretanto, nota-se ainda uma desqualificação profissional do cirurgião-dentista. O estigma social histórico com esses pacientes e uma formação técnica sobreposta a humanista são obstáculos para o acesso integral ao atendimento. Por essa razão, é necessário que as universidades revejam seu ensino e metodologias de aprendizagem quando se discute psiquiatria e acolhimento odontológico nos três níveis de atenção (FRIENDLANDER, et al.,

2002; SILVA, et al.,2015;).

No que tange à autopercepção, no presente levantamento, 46,52% consideraram sua saúde bucal boa e 67,70% estavam satisfeitos. Diferentemente observou-se nos estudos de Teng et al. (2011), em que apenas 13% avaliaram sua saúde bucal como boa e 36,50% como ruim. Essa dissonância pode ser explicada pelas prioridades, além da saúde bucal, dos pacientes em questão. Problemas como falta de apoio familiar, moradia, condições básicas de vida, medo do atendimento odontológico, são realidades de pacientes acompanhados no CAPS de Alfenas/MG e podem influenciar na percepção do indivíduo quanto à sua saúde bucal (KISELY et al., 2011).

Além disso, na presente pesquisa 67,40% dos entrevistados afirmaram necessidade de tratamento odontológico. Gounot et al. (2013), evidenciaram que 93% dos pacientes psiquiátricos internados na França e participantes da pesquisa necessitavam de algum tipo de atendimento odontológico. Segundo esses autores, o atendimento era acessível e livre. Ainda assim, a necessidade de atendimento entre a população pesquisada excedeu a da população em geral. Teng et al. (2011), também encontraram em seu grupo de estudo uma necessidade de tratamento odontológico próxima a totalidade, em que 1,50% não requeriam cuidado dental imediato.

Quanto ao recebimento de orientações sobre saúde bucal durante atendimento no CAPS, apenas 7,40% afirmaram terem sido abordados para essa finalidade, o que foi considerada uma porcentagem baixa haja vista que se trata de um ambiente de saúde. Sendo assim, considera-se importante e essencial que a equipe multidisciplinar seja treinada para incentivar a prática de higiene oral diária (HASS; ALVES; ROCHA, 2009).

### 6.3 AS CONDIÇÕES CLÍNICAS DE SAÚDE BUCAL

Constataram-se neste estudo condições de saúde bucal precárias em pacientes com transtornos mentais, sustentando resultados da literatura, inclusive nos indicadores descritores da condição periodontal (MUN et al., 2014; TANG et al., 2004; WHEY et al., 2016)

Transtornos mentais graves tem um curso crônico e as necessidades de cuidados em saúde bucal são muitas vezes negligenciadas, enquanto outras manifestações somáticas tais como hipertensão, diabetes e a própria manifestação aguda do sofrimento mental recebem maiores cuidados (GOUNOT et al., 2013; TANI et al., 2012).

Além disso, pessoas com doença mental grave tem um maior risco para doenças bucais.

Isto se deve ao tipo da manifestação psiquiátrica, o descaso histórico, a falta de cuidado pessoal, a falta de percepção para os problemas bucais, má higiene bucal, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o lado negativo do efeito das drogas psicotrópicas, má alimentação, falta de motivação e apatia, limitada cooperação, medo do tratamento bem como questões financeiras (KEBEDE, KEMAL e ABERA, 2012).

Desse modo, fatores inerentes a esses sujeitos (como idade, sexo, local de moradia, e outros aspectos econômicos, sociais e culturais) podem ser importantes nesse impacto.

O valor médio encontrado para o CPOD foi de 16,26 ( $\pm 11,31$ ), considerado alto. O edentulismo se mostrou bastante pronunciado nesse estudo. O componente perdido 'p' representa 60,45% do CPOD, em concordância com os resultados da amostra de Jovanovic et al. (2010). Ramon et al. (2003), Velasco et al. (1997) e Algelillo et al. (1995) também relataram escores de CPOD altos (26,74, 24,99 e 15,5), respectivamente.

O índice CPOD é recomendado pela Organização Mundial de Saúde para avaliar a condição de saúde bucal. Essa pontuação varia de 0 a 28, ou seja, um valor alto de CPOD indica mal estado dental do paciente (TANI et al., 2012).

Corroborando com os achados deste estudo, na comparação entre os sexos, RAMON et al (2003), também encontraram CPOD maior entre as mulheres. Isso se justificou por apresentarem uma maior falta de dentes em comparação aos homens.

De fato, inúmeros estudos internacionais originais (CHANDU; SHAFIULLA; 2006; KUMAR; LEWIS; JAGGER; TREASURE; 2001; TENG et al., 2011) e uma meta-análise (KISELY et al., 2011) relataram que o estado de saúde bucal de pacientes com doença mental foi inferior em comparação com o restante da população. Na literatura, o CPOD variou de 14,90 (TANG et al., 2004) a 26,70 (RAMON et al., 2003), exceto em Davagare, Índia, (KUMAR, et al. 2006), onde um baixíssimo índice CPOD (0,90 em pacientes com idade média de 36,7 anos). Essa discrepância foi atribuída pelos autores devido à concentração de flúor na água de abastecimento da região (1,5 – 2 ppm).

Arnaiz et al., (2011), atribui índices CPOD menores a pacientes não hospitalizados, que aparentam um melhor estado psicopatológico, principalmente em termos de sintomatologia negativa. A ausência de uma necessidade de hospitalização corresponde provavelmente a um melhor autocuidado e higiene pessoal.

É notória a tendência para extração de dentes em quadros de dor em pacientes psiquiátricos, em vez de tratá-los. Muitos cirurgiões-dentistas não estão dispostos a investir em complexos tratamentos conservadores ou de reabilitação devido à dificuldade no tratamento

desses pacientes.

Essa ausência de dentes naturais é suprida, em parte, por próteses. Há um predomínio no uso das próteses totais (12,17% para o arco superior e 9,12% para o arco inferior). Além de ser disponibilizada no serviço público e apresentar custo relativamente inferior a outras modalidades, há de se considerar que seu uso aparece frequentemente associado a maior comodidade (OLIVEIRA, 2006).

O uso de prótese no arco superior demonstrou-se bem maior que no inferior. Este fato não sinaliza a ocorrência mais grave de edentulismo na maxila. Pelo contrário, ratifica um insucesso histórico da Odontologia. A dificuldade na adaptação de próteses – principalmente totais - em um ambiente caracterizado por abundante saliva e presença de um avantajado e inquieto músculo tal qual a língua, conduz inúmeros edêntulos ao abandono de seus aparelhos. Isso ressoa em uma alimentação deficitária e em outros prejuízos estéticos, psicológicos e funcionais (OLIVEIRA, 2006).

No Brasil, Jamelli et al (2010) avaliando as condições de saúde bucal de 38 pacientes com transtornos psíquicos moradores de residências terapêuticas com idade média de 53,6 anos, identificaram 42,50% de indivíduos desdentados totais necessitando de prótese total e 30,30% necessitando de próteses parciais.

Dados epidemiológicos sobre edentulismo no país, advindos da última investigação sobre saúde bucal revelaram que para as idades de 65 a 74 anos, apenas 23,50% de idosos não usavam algum tipo de prótese dentária superior. A porcentagem de usuários de prótese total superior foi de 63,10% e 37,50% para inferior. Na faixa etária de 30 a 44 anos, na qual se encontra a média da idade da população da presente pesquisa, as estimativas indicam que apenas 31,20% dos examinados não necessitavam de próteses (SB BRASIL, 2010).

Não obstante, nota-se a condição periodontal dos remanescentes. Demandas por prevenção e controle não devem ser desprezadas, haja vista que 36,23% dos sujeitos na presente pesquisa apresentaram cálculo dentário, o que evidencia uma situação de higiene oral insatisfatória. O quadro de edentulismo pode ser ainda agravado em tal população, uma vez que mais de 25% apresentam bolsas periodontais. Entretanto, é de grande importância a conservação dos poucos elementos remanescentes, uma vez que esses representam o único suporte disponível para aparelhos protéticos que apresentem razoável capacidade mastigatória.

Segundo Carvalho et al. (2004), analisando o perfil periodontal de portadores de transtorno mental e comportamento de um hospital na Bahia, a cárie e a doença periodontal foram as causas mais importantes da perda dentária, provocando impacto na autoestima desses

indivíduos e prejudicando o prognóstico do tratamento da doença mental.

A precariedade da higiene bucal, justificada pelo déficit intelectual e motor e pela incapacidade dos pacientes com sofrimento mental para o desempenho correto dos procedimentos necessários à remoção mecânica da placa bacteriana torna a doença periodontal a patologia bucal mais prevalente. Além disso, não se pode desconsiderar a negligência a qual esses indivíduos foram submetidos durante a permanência em hospitais psiquiátricos. Jameli et al. (2010), registraram relatos entre moradores e profissionais sobre a inexistência de escova dental durante anos de confinamento hospitalar (JAMELI et al., 2010).

Índices de sangramento menores que aqueles aqui observados foram registrados em levantamentos com esquizofrênicos por CHU et al. (2012), TANG et al. (2004) e TENG et al. (2011). Além disso, WHY et al. (2016), observaram frequências de bolsas periodontais consideravelmente semelhantes (19,20% dos sujeitos apresentaram bolsas rasas e 6% bolsas profundas) às do presente estudo. O índice de cálculo dentário aferido pelos autores também foi semelhante aos encontrados no presente estudo.

O desenvolvimento dos meios de comunicação para a educação em saúde bucal de pacientes com transtornos mentais e diretrizes baseadas em evidências para a equipe multiprofissional que assiste o indivíduo e seus familiares são fundamentais (MUN et al., 2014).

Ademais, medidas para melhorar a saúde bucal dos pacientes, como auxílio a pacientes que podem enfrentar dificuldades na higienização, auxílio a pacientes em surtos ou aqueles internados, devem ser desenvolvidos. O apoio educacional e institucional são necessários para assegurar a promoção da saúde oral e aumento do bem-estar.

#### 6.4 QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE BUCAL

O impacto de condições de saúde bucal na qualidade de vida têm se tornado uma constante e importante investigação atrelada aos levantamentos epidemiológicos. Hobdell et al. (2003), afirmam que até mesmo a O.M.S. tem reconhecido essa importância ao incluir a redução do impacto das doenças bucais e craniofaciais na saúde e no desenvolvimento psicossocial como uma de suas metas para o ano de 2020.

Jain et al. (2012) e Fernandes et al. (2006) afirmam que quanto maiores os escores da dimensão ‘dor física’, mais elevados serão também os valores do OHIP-14. De fato, um sujeito com sintomatologia dolorosa tende a apresentar qualidade de vida reduzida. Tal dimensão foi a

que apresentou escores mais altos neste estudo, depois da dimensão ‘desconforto psicológico’. Porém, isso não foi suficiente para refletir em um impacto geral elevado.

Os escores relativos a alto impacto foram raros neste estudo. Isso deve ser atribuído ao impacto psicossocial do problema de saúde bucal. Tal população caracteriza-se por enfrentar grandes dificuldades quanto à comunicação, à socialização, à aceitação pessoal e outras áreas psicológicas da vida. Dessa forma, a capacidade social (expressa pela dimensão ‘incapacidade psicológica’) concentra maior proporção de sujeitos com alto impacto na qualidade de vida.

Patel e Gamboa (2012) questionaram a qualidade de vida impactando na saúde oral na população que sofre de doença mental grave em Londres. Nesta pesquisa, 79,80% dos entrevistados relataram ter um dos mais impactos do questionário OHIP-14 afetando sua qualidade de vida. O impacto relatado frequentemente era ‘dor física’.

É importante notar que o predomínio das classificações ‘sem’ e ‘fraco impacto’ decorrem de altas frequências da resposta ‘nunca’ em todas as questões do OHIP-14, o que também foi observado em outros estudos, abrangendo diferentes populações do presente estudo, como aqueles conduzidos por Miotto, Barcellos e Veltren (2012), Chapelin, Barcellos e Miotto (2008), entre outros.

Uma hipótese para a ocorrência de baixos escores se fundamentaria na baixa percepção das pessoas em relação à precariedade de sua saúde bucal (SILVA; FERNANDES, 2001). SMITH E SHEIHAM (1979) já faziam essa constatação em um dos primeiros estudos ao colocar frente a frente aspectos clínicos de saúde bucal e sua repercussão social. Os referidos autores afirmavam que as desvantagens decorrentes de agravos da saúde bucal não se associam fortemente à percepção dos indivíduos.

Um fator que não pode ser desconsiderado nesse tipo de avaliação é a influência do contexto cultural, que torna ainda mais complexo e reafirma o caráter subjetivo do conceito qualidade de vida (BATISTA, 2010; JAIN et al., 2012). Enquanto a saúde bucal for incapaz de impactar amplamente a percepção de bem-estar na vida diária em uma população, provavelmente, a conservação dos elementos dentais e das estruturas orais de maneira geral não se colocará entre as prioridades desse determinado grupo de pessoas.

Questões culturais têm preocupado pesquisadores de todo o mundo. O próprio OHIP-14, proposto na Austrália por Slade (1997a), possui inúmeras versões validadas (submetidas a adaptações culturais) em diversos países, como aquela de Oliveira e Nadanovsky (2005) utilizada neste estudo.

Os baixos escores de impacto neste estudo corroboram com a obtenção de correlações



fracas entre as condições de saúde bucal e as dimensões do OHIP-14. Além disso, as dimensões que avaliam impactos no âmbito individual e no cotidiano aparecem mais associadas às variáveis descritoras da saúde bucal que as dimensões sociais, conforme o modelo da O.M.S. (WHO, 1980). São predominantes as correlações nas dimensões físicas e psicológicas do instrumento de Slade (1997b). Para Locker (1989), o grau mais elevado de impacto na qualidade de vida se manifesta nas dimensões sociais. Quando um preditor não é capaz de influenciar incapacidades ou desvantagens sociais, raramente é também para provocar o impacto geral, o que caracteriza, de forma geral, impactos mais brandos.

Limitações funcionais não se apresentaram correlacionadas a nenhuma variável de saúde bucal, sendo também, a dimensão, em geral, com mais baixos escores de impacto. Dessa forma, fala e paladar não são percebidos pelos sujeitos como funções com potencial influência na qualidade de vida.

As correlações entre as variáveis como autopercepção em saúde bucal e as descritoras de condições clínicas de saúde bucal e instrumentos como o OHIP-14 são importantes ao entendimento da saúde bucal como preditora de qualidade de vida, repercutindo sobre funções usuais na vida diária e no bem-estar individual e coletivo (LEÃO; LOCKER, 2006).

No presente estudo, embora o impacto tenha se apresentado baixo, em diversas ocasiões foi suficiente para correlacionar-se com as variáveis descritoras das CCSB e a aupercepção sobre saúde bucal. Necessidade de tratamento odontológico e satisfação em relação à saúde bucal mantiveram relação estatisticamente significativa com o OHIP-14, diferente dos achados de Guerra et al. (2014), que não obtiveram essa significância.

É interessante observar que diante da satisfação com a saúde bucal, há um decréscimo em pelo menos seis dimensões como também no OHIP-14 total. O mesmo ocorre quando a percepção de saúde bucal é boa - o desconforto psicológico, a incapacidade psicológica, a incapacidade social bem como o OHIP-14 total decrescem.

Segundo Alvarenga et al. (2011), quando se trata das múltiplas mediações psicossociais sobre a qualidade de vida, observa-se que o campo da saúde bucal não constitui exceção. Muito provavelmente, os indivíduos contentam-se com pouco nessa área, nutrindo baixas expectativas em termos de saúde bucal.

Outas relações ainda fora observadas no presente estudo: a incapacidade física diminui na presença de dentes hígidos e os desconfortos psicológicos são atenuados com o aumento do componente 'perdido' do CPOD (composto majoritariamente por elementos perdidos) e do número de sextantes excluídos. A incapacidade física e o desconforto social aumentam com o

aumento da necessidade por prótese, seja ela superior ou inferior.

Isso sugere que a presença de dentes, sobretudo dentes funcionais, seja um motivo de tensão, e preocupação, ao mesmo tempo em que ajuda na ressocialização do paciente com transtornos mentais. Não obstante, uma reflexão cautelosa conduz a constatação de que em uma população com alto índice de edentulismo, a dentição significa um problema em decorrência da experiência da vasta destruição que cárie e doença periodontal deixaram como herança da marginalização de séculos de história. As correlações evidenciam a percepção que o indivíduo tem sobre a importância de se ter dentes no contexto social, mas também, desmascaram a negligência do atendimento odontológico.

Segundo Jamelli et al. (2010), a odontologia parece trazer enraizada a concepção de tratar as doenças bucais e o estigma do cirurgião-dentista como aquele que providencia saúde através do tratamento das consequências das doenças. Há, no entanto, uma diferença entre essa visão e uma odontologia que promove saúde e movimenta-se nesta direção. Para esta população, especificamente, a falta de cuidados odontológicos ocorre de maneira ainda mais grave, sendo extração dentária praticamente o único tratamento odontológico recomendado para o controle da doença e a recusa dos profissionais em atendê-los.

Em relação à condição periodontal, a presença de bolsas não repercutiu nas dimensões físicas ou psicológicas do questionário proposto. Somente a presença de sangramento e cálculo mostraram-se associados ao aumento na desvantagem social.

A saúde periodontal é uma preditiva para uma saúde bucal completa. Fatores como idade, ansiedade e medo em relação ao tratamento odontológico, juntamente com visitas infrequentes ao cirurgião-dentista, a negligência quanto a escovação são fatores que podem contribuir para uma pior saúde periodontal dos indivíduos com transtornos mentais (TENG et al., 2011).

Observou-se ainda que a necessidade de próteses impacta mais representativamente a qualidade de vida dos indivíduos com transtornos mentais que o simples uso. De acordo com os resultados desta pesquisa, a incapacidade física e a desvantagem social aumentam de acordo com a necessidade por prótese tanto superior como inferior. Se por um lado a dentição natural é vista como um fator de inclusão social e bem-estar, por outro, as próteses trazem preocupações, embaraços, dores e dificuldades que repercutem negativamente na qualidade de vida.

Miotto; Almeida; Barcellos (2014), concluem que os desconfortos gerados pelos grampos da prótese, possíveis dificuldades na higienização e na instalação/desinstalação do aparelho, a possibilidade de movimentação e capacidade mastigatória questionável, a vergonha

da boca e a sensação de que a vida ficou pior colocam as próteses como um fator de incômodo e medo.

Manifestações bucais muitas vezes não tem prioridade sobre a saúde global do paciente, mas certamente elas impactam sobre a saúde geral do indivíduo e sua qualidade de vida (CHU et al., 2012).

Os resultados dessa pesquisa oferecem indicações que podem contribuir na elaboração de futuras propostas de intervenção, objetivando mudar a realidade de grupo social. Além disso, há uma carência de informação, prevenção, promoção e reabilitação no âmbito de saúde bucal coletiva. A atenção odontológica aos indivíduos com transtornos mentais a partir da reforma psiquiátrica e da criação do SUS, com princípios incorporados e reafirmados pela Estratégia de Saúde da Família, deve ser organizada, planejada e trabalhada por meios das relações familiares, multiprofissionais e interdisciplinares.

## 7 CONCLUSÕES

Em relação à autopercepção sobre as condições de saúde bucal e seus impactos na qualidade de vida, pode-se concluir:

- a) A maioria dos entrevistados afirmou necessidade de tratamento odontológico, mesmo considerando sua saúde bucal boa;
- b) Os valores de CPOD são considerados altos, porém não houve diferenças significativas entre os sexos, exceto para os componentes cariado e perdido;
- c) Registraram-se altas taxas de edentulismo parcial para a média da idade populacional;
- d) As necessidades de substituição e confecção de próteses parciais e totais são ainda elevadas;
- e) Sujeitos que relataram halitose apresentam impacto mais elevado nas dimensões físicas, psicológicas e sociais;
- f) A dentição natural relaciona-se mais a impactos psicológicos e sociais. Assim, a presença de dentes é percebida como fator de inclusão e ressocialização;
- g) É baixa a autopercepção do impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, M. H. N. G., ACÚRCIO, F. A., REZENDE, V. L. S. Utilização de psicofármacos por pacientes odontológicos em Minas Gerais. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v. 7, n. 1, p. 17-23, 2000.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002, 293 p.
- ALVARENGA, F. A. Z., et al. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pacientes maiores de 50 anos de duas instituições públicas do município de Araraquara-SP, Brasil. **Revista Odontologia da UNESP**, v. 40, n. 3, p. 118-124, 2011.
- ALVES, H., FELIX KESSLERB, F., RATTOC, L. R. C. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n.1, p. 51-53, 2004.
- AMANCIO, V.R. A construção de uma clínica para os CAPS a partir da direção da psicanálise. **Revista Fluminense de Extensão Universitária**, v.3, n.1, p. 5-9, 2015.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS, NORTH AMERICAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 65, n. 2, p. 267-272, 2004.
- AMM. Associação MÉDICA MUNDIAL. **Declaração de Helsinki**. Aprovada na 18ª Assembleia Médica Mundial. Helsinki: AMM, 1964 (Online). Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/helsin1.htm>. Acesso: 19 Jul. 2016.
- ANDERSON, et al. Chronic administration of antipsychotics attenuates on going and ketamine-induced increases in cortical  $\gamma$  oscillations. **International Journal of Neuropsychopharmacology**, v. 17, n. 1, p. 1895-1904, 2014.
- ANGELILLO, I. F., et al. Dental health and treatment needs in institutionalized psychiatric patients in Italy. **Community Dentistry and Oral epidemiology**, v. 23, n. 1, p. 360-364, 1995.
- ARNAIZ, A., et al. Oral health and the symptoms of schizophrenia. **Psychiatry Research**, v. 188, n. 1, p. 24-28, 2011.
- BARBOSA, et al. Comorbidades clínicas e psiquiátricas em pacientes com transtorno bipolar do tipo I. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n. 4, p. 271-276, 2011.
- BARBOZA, P. S., SILVA, D. A. Medicamentos antidepressivos e antipsicóticos prescritos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Porciúncula – RJ. **ACTA Biomedica Brasiliensia**, v. 3, n.1, p. 85-97, 2012.

BORBA, et al. Tratamento no modelo hospitalocêntrico: percepções de familiares e portadores de transtorno mental. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 1, p. 88-94, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 b.

BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde – Coordenação Geral de Saúde Mental (MS) Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. **Documentos apresentado à Conferência Regional de Reforma e Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS, Brasília, nov, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **SB-BRASIL 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Manual da Equipe de Campo**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **SB-BRASIL 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Principais Resultados**. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**, sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília. Publicada no DOU n. 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.

BUSNELLO, et al. Diagnostic reliability of mental disorders of the International Classification of Diseases – primary care. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 487-494, 1999.

CAMPIOTTO, L. G.; YAMAGUCHI, M. U. Reforma Psiquiátrica no Brasil: estratégias adotadas. **Revista UNINGÁ**, v. 43, n.1, p. 86-90, 2015.

CAMPOS, R. N., CAMPOS, J. A. O., SANCHES, M. Historical evolution of mood disorders and personality disorders concepts: difficulties in the differential diagnostic. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 4, p. 162-166, 2010.

CANALE, A., FURLAN, M. M. D. P. Depressão. **Revista Arquivos do Mudi**, v.10, n. 2,

p. 23-31, 2006.

CARDOSO, et al. Factors associated with a low quality of life in schizophrenia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p.1338-1348, 2005.

CARDOSO, et al. Quality of life and occupational domain in schizophrenia: a gender comparison. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1303-1314, 2006.

CARVALHO, E.M.C.; ARAÚJO, R.P.C. A saúde bucal em portadores de transtornos mentais e comportamentais. **Pesquisa Brasileira Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 4, n. 1, p. 65-75, 2004.

CHAPELIN, C. C.; BARCELLOS, L. A.; MIOTTO, M. H. M. B. Efetividade do tratamento odontológico e redução do impacto na qualidade de vida. **UFES Revista de Odontologia**, v. 10, n. 2, p. 46-51, 2008.

CHIOCA, et al. Antidepressants and local anesthetics: drug interactions of interest to dentistry. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 7, n. 4, p. 466-473, 2010.

CHU, K., et al. Comparison of oral health between inpatients with schizophrenia and disabled people or the general population. **Journal of the Formosan Medical Association**, v. 111, n. 11, p. 214-219, 2012.

COHEN, J. K.; JAGO, J. D. Towards the formulation of sociodental indicators. **International Journal of Health Services**, v. 6, n.4, p. 681-687, 1976.

COGO, et al. Sedação consciente com benzodiazepínicos em odontologia. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 18, n. 2, p. 181-188, 2006.

COPPINI, R. Z. **Perfil de qualidade de vida - Lancashire** [Dissertação].São Paulo: UNIFESP - Escola Paulista de Medicina; 2001.

COSTA, A. M. N. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 3, p. 104-110, 2008.

DELGADO, P. G. G. Saúde mental e direitos humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 2, n. 63, p. 1-121, 2011.

DRUMOND-SANTANA, et al. Impact of periodontal disease on quality of life for dentate diabetics. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 95, n. 1, p. 637-644, 2007.

EKLUND, S.; MOLLER, I. J.; LECLERCQ, M. H. **Calibration of examiners for oral epidemiological surveys**. Geneva: World Health Organization, 1993.

FERNANDES, M. J. et al. Assessing oral health-related quality of life in general dental practice in Scotland: validation of the OHIP-14. **Community Dentistry And Oral Epidemiology**, v. 34, n. 1, p. 53-62, 2006.

FRIEDLANDER, A. H., MARDER, S. R. The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia. **Journal American Dental Association**, v.133,

n. 5, p. 603-610, 2002a.

FRIEDLANDER, A. H., FRIEDLANDER, I. K., MARDER, S. R. Bipolar disorder: psychopathology, medical management and dental implications. **Journal American Dental Association**, v. 133, n. 9, p. 1209-1217, 2002b.

GALLARRETA, F. W. M., et al. Histórico de saúde: atenção a condições sistêmicas e suas implicações, sobretudo nos fatores de risco de cárie. **Revista Odonto Ciência**, v. 23, n. 2, p. 192-196, 2008.

GUERRA, M. J. C., et al. Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4777-4786, 2014.

GOUNOT, V. B., et al. Oral health status and treatment needs among psychiatric inpatients in Rennes, France: a cross-sectional study. **BMC Psychiatry**, v.13, n.1, p. 227-235, 2013.

HAAS, N.A.T.; ALVES, M.U.; ROCHA, V.C.F. O desafio do diagnóstico oral em pacientes especiais. **Revista da Faculdade de Odontologia UPF**, v. 14, n. 3, p. 211-215, 2009.

HODBELL, M. et al. Global goals for oral health 2020. **International Dental Journal**, v. 53, n. 5, p. 285-288, 2003.

IBGE. **Censo Demográfico 2000 – Características gerais da população**. Resultados da amostra. IBGE, 2003. Disponível em [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default\\_populacao.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default_populacao.shtm). Público acesso em 02 de julho de 2016.

JAIN, M. et al. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two states samples of Gujarat and Rajasthan. **Journal of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences**, v. 9, n. 2, p. 135-144, 2012.

JAMELLI, S.R. et al. Saúde bucal e percepção sobre o atendimento odontológico em pacientes com transtorno psíquico moradores de residências terapêuticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1795-1800, 2010.

JOVANOVIC, et al. Oral health status of psychiatric in-patients in Serbia and implications for their dental care. **Croatian Medical Journal**, v. 51, n. 5, p. 443-450, 2010.

KEBEDE, B., KEMAL, T., ABERA, S. Oral Health of patients with mental disorders in Southwest Ethiopia. **Journal Plos One**, v. 5, n. 6, p. 1-6, 2012.

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

KUMAR, M. CHANDU, G. N., SHAFIULLA, M. D. Oral health status and treatment requirements of hospitalized psychiatric patients in Balgalori city: a comparative study.



**Indian Journal Dental Research**, v. 17, n.1, p.171-177, 2006.

LEÃO, A. T.; LOCKER, D. Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida. In: ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2006, p. 260-268.

LEWIS, S., JAGGER, R. G., TREASURE, E. The oral health of psychiatric in-patients in South Wales. **Special Care in Dentistry**, v. 21, n. 5, p. 182-186, 2001.

LINDNER, et al. Avaliação econômica do tratamento da esquizofrenia com antipsicóticos no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n.1, p. 62-69, 2009.

LUCCHESI, et al. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, 2009.

MACHADO, A. P. C., MOCINHO, R. R. Saúde Mental: Um desafio no programa saúde da família. **Boletim da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 159-170, 2003.

MASSUKADO-NAKATANI, M. S. **Métodos e técnicas de pesquisa em turismo: Amostragem**. 2009. Disponível em: <http://www.turismo.ufpr.br/drupal5/files/Aula%2022%20-%20Amostragem.pdf>. Acesso em: 23 janeiro 2017.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: OPAS, 2012.

MINIHAN, et al. At-home oral care for adults with developmental disabilities. **The Journal of the American Dental Association**, v. 145, n. 10, p. 1018-1025, 2014.

MIOTTO, M. H. M. B.; BARCELLOS, L. A.; VELTEN, D. B. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da região sudeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 397-406, 2012.

MIYAMATO S., JARSKOG, L. F., FLEISCHHACKER, W. W. Newtherapeutic approaches for treatment-resistant schizophrenia: A look to the future. **Journal of Psychiatric Research**, v. 58, n.11, p. 1-6, 2014.

MONTEIRO, A. X. **Relação do medo, dor, ansiedade e condições de saúde bucal com o acesso aos serviços de saúde bucal e qualidade de vida de adolescentes**. 2013. 177f. Tese (Doutorado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2013.

MONTERO-MARTIN, et al. Validation of Oral Health Impact Profile (OHIP-14 sp) for adults in Spain. **Medicina Oral Patología Oral Y Cirugía Bucal**, v. 14, n. 1, sup. 1, p. 44-50, 2009.

MORALES-CHÁVEZ, et al. Prevalence of bucco-dental pathologies in patients with psychiatric disorders. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, v.6, n.1, p. 7-11, 2014.

MORENO, R. A., MORENO, D. H., SOARES, M. B. M. Psicofarmacologia de

antidepressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.21, n. 1, p. 24-40, 1999.

MORRENS, et al. Evolution of First-generation and Second-generation Antipsychotic Prescribing Patterns in Belgium Between 1997 and 2012: A Population-based Study. **Journal of Psychiatric Practice**, v. 21, n. 4, p. 248-258, 2015.

MUGAYAR, L.R.F. **Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral**. São Paulo: Pancast Editora, 2000. 262 p.

MUN, S. J., et al. Reduction in dental plaque in patients with mental disorders through the dental hygiene care programme. **International Journal of Dental Hygiene**, v.12, n.2, p.133-140, 2014.

NAGAOKA, A. P.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Psychosocial care center users and their experience of living with a mental illness. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p. 912-917, 2011.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 3, p. 983-1010, 2005.

OLIVEIRA, A. G. R. C. Edentulismo. In: ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2006. cap. 16, pt. I, p. 205-218.

OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile-short form. **Community Dentistry And Oral Epidemiology**, v. 33, n. 4, p. 307-314, 2005.

OLIVEIRA, R. M., FACINA, P. C. B. R., SIQUEIRA JUNIOR, A. C. The reality of living with schizophrenia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, p. 309-406, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **O peso dos transtornos mentais e comportamentais**. In: Relatório sobre a saúde no mundo - Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial de Saúde (OMS); p. 61-63, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10**. Centro Colaborador da OMS para a classificação de Doenças em Português. 10 ed. São Paulo: Editora Universidade São Paulo, 2007.

PATEL, R., GAMBOA, A. Prevalence of oral diseases and oral-health-related quality of life in people with severe mental illness undertaking community-based psychiatric care. **British Dental Journal**, v. 213, n. 16, p. 1-5, 2012.

PEIXOTO, C., et al. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas

(CAPSad). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 4, p. 317-321, 2010.

RAMON, et al. Oral health treatment needs of institutionalized chronic psychiatric patients in Israel. **European Psychiatry**, v.18, n. 2, p. 101-105, 2003.

RIBEIRO, M. C. Os Centros de Atenção Psicossocial como espaços promotores de vida. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 24, n. 3, p. 174-182, 2013.

ROSA, C.M.; VILHENA, J. Do manicômio ao CAPS da contenção (im)pedosa à responsabilização. **Revista Barbarói**, v. 37, n. 2, p.154-176, 2012.

SACCHETTO, et al. Evaluation of oral health in patients with mental disorders attended at the clinic of oral diagnosis of a public university. **Revista Odontologia da UNESP**, v.42, n.5, p. 344-349, 2013.

SAFER, D. J. Mood squing and mood stabilizer: how specific are these terms? **Bipolar Disord**, v. 12, n. 1, p. 685-690, 2010.

SANTOS, M.T.; SABBAGH- HADDAD, A. **A abordagem do paciente com necessidade especial para o tratamento odontológico ambulatorial**. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

SEVERO, A. K. S.; DIMENSTEIN, M. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. **Estudos de Psicologia**, v. 14, n. 1, p. 59-67, 2009.

SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A. C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p. 349-355, 2001.

SILVA, M. E. S., et al. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 841-850, 2010.

SILVA, L. I., et al. Experiências dos familiares de pessoas com transtorno mental. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, n. 2, p. 316-325, 2014.

SILVA, et al. Psychiatric client embracement on Primary Health Care. **Bioscience Journal**, v. 31, n. 4, p. 1279-1282, 2015.

SILVEIRA, D. **Sofrimento psíquico e serviços de saúde: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde**. 2003. Dissertação de Mestrado não-publicada, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2003.

SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the oral health impact profile. **Community Dental Health**, v. 11, n. 1, p. 3-11, 1994a.

SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 25, n. 1, p. 284-290, 1997a.

SLADE, G. D. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina, **Dental Ecology**, 1997b.

SLADE, G.D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dentistry Oral Epidemiology**, v.25, n.4, p. 284-290, 1997.

SOUZA, et al. Qualidade de vida do cuidador e saúde bucal do indivíduo com necessidade especial. **Pesquisa Brasileira Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 11, n.2, p. 257-262, 2011.

SOUZA, L. A., COUTINHO, E. S. F. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 1, p. 50-58, 2006.

TANG, W. K., et al. Oral Health of Psychiatric in-patients in Hong Kong. **International Journal of Social Psychiatry**, v.50, n.2, p. 186-191, 2004.

TANI, H., et al. Dental conditions in inpatients with schizophrenia: A large-scale multi-site survey. **BMC Oral Health**, v. 12, n. 32, p. 2-6, 2012.

TEIXEIRA, P. J. R., ROCHA, F. L. Efeitos adversos metabólicos de antipsicóticos e estabilizadores de humor. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 28, n. 2, p. 186-196, 2006.

TENG, P., et al. Oral Health of psychiatric inpatients: A survey of central Taiwan hospitals. **General Hospital Psychiatry**, v. 33, n. 1, p. 253-259, 2011.

VALESCO-ORTEGA, et al. A comparison of the dental status and treatment needs of older adults with and without chronic mental illness in Sevilla, Spain. **Medicina Oral Patología Oral Y Cirugía Bucal**, v. 18, n. 1, p. 71-75, 2013.

ZIMMERMANN, et al. Epidemiology, implications and mechanisms underlying drug-induced weight gain in psychiatric patients. **Journal of Psychiatric Research**, v. 37, n. 3, p.193-220, 2003.

WEY, M. C., et al. The oral of people with chronic schizophrenia: A neglected public health burden. **Australian e New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 50, n. 7, p. 685-694, 2016.

WIRSHING, D. Schizophrenia and obesity: impact of antipsychotic medications. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 65, n. 18, p. 13-26, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps**. Geneva: WHO, 1980.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_ portador (a) do RG \_\_\_\_\_, DECLARO, para fins de participação em pesquisa ou na condição de sujeito da pesquisa, que fui devidamente esclarecido sobre o estudo: “**Autopercepção associada às condições de saúde bucal e impacto na qualidade de vida de pacientes com transtornos mentais do CAPS/Alfenas-MG**” desenvolvido pela mestrandia Marília Beatriz Ferreira Figueiredo (Matrícula 2015.2.01.012), do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL/MG), e pelo residente em Saúde d Família Diego Viana Venturelli, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Daniela Coelho de Lima, quanto aos seguintes aspectos:

**Objetivos:** avaliar a autopercepção e as condições de saúde bucal e o impacto na qualidade de vida dos pacientes com transtornos mentais no CAPS/Alfenas-MG.

**Justificativa:** a pesquisa poderá auxiliar na melhor identificação das manifestações bucais relacionadas a estes pacientes e planejar um tratamento odontológico com mais informações, mais seguro, aumentando a qualidade de vida desses pacientes.

**Procedimento do estudo:** após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você responderá a dois questionários acerca de sua percepção quanto a sua saúde bucal e outro sobre o impacto na qualidade de vida. Após esses questionamentos será realizado o exame clínico bucal para diagnosticar possíveis lesões e um exame de sondagem periodontal para diagnosticar a doença periodontal, que consiste em inserir uma sonda periodontal milimetrada entre a gengiva e o dente para obter registros da presença de doença. O entrevistador estará presente no momento da coleta de dados caso haja alguma dúvida.

**Riscos e benefícios:** os riscos previstos são os mesmos de um exame dentário de rotina, não sendo, portanto, específicos da pesquisa. Poderá existir um desconforto na inserção da sonda periodontal, mas este procedimento não causa nenhum prejuízo ao paciente, não necessitando de anestesia prévia. E os benefícios esperados, tal como a possível melhora na qualidade de vida e disponibilização de informações acerca do assunto, como demonstrações com macromodelos sobre a higiene bucal, além do ensino de técnicas da escovação e o uso do fio dental, favorecendo a saúde bucal do paciente. Caso seja necessário o paciente será encaminhado a sua ESF (Estratégia Saúde da Família) de origem para tratamento odontológico.

**Custo/Reembolso para o participante:** você não terá nenhum custo para participar da pesquisa e nem receberá qualquer vantagem financeira.

**Confidencialidade da pesquisa:** as informações obtidas durante este estudo serão mantidas em sigilo.

Declaro ainda que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que poderei consultar o pesquisador responsável (abaixo identificado) ou o CEP- UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3299-1318, no e-mail: [comite.etica@unifal-mg.edu.br](mailto:comite.etica@unifal-mg.edu.br) sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e que tenho o direito de retirar minha participação do mesmo, sem que este ato acarrete algum dano a minha pessoa.

**TÍTULO DO PROJETO:** “Autopercepção associada às condições de saúde bucal e impacto na qualidade de vida de pacientes com transtornos mentais do CAPS/Alfenas-MG.”

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Profa. Dra. Daniela Coelho de Lima

**TELEFONE DE CONTATO:** (035) 3299-1470

**ENDEREÇO:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep – 37130-000

**PESQUISADORA PARTICIPANTE:** Marília Beatriz Ferreira Figueiredo - mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal de Alfenas e Diego Viana Venturelli – residente do Programa de Pós-graduação em Residência Multiprofissional da Saúde da Família da Universidade Federal de Alfenas.

DECLARO que após convenientemente esclarecido pelas pesquisadoras e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

---

Assinatura do Paciente/Representante Legal

---

Testemunha

Alfenas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

## APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

**Dados pessoais:**

**1 - Nome:** \_\_\_\_\_ **2 - Sexo:** M ( ) F ( )

**3 - Data de Nascimento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **4 - Idade (anos):** \_\_\_\_\_

**5 – Religião:** ( ) católico ( ) evangélico ( ) espírita ( ) ( ) ateu ( ) outra

**6 - Raça:** ( ) branca ( ) parda ( ) negra ( ) amarela ( ) indígena

**7 – Escolaridade** ( ) Sem estudos ( ) Ensino Fund. Incompleto ( ) Ensino Fund. Completo  
( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Incompleto  
( ) Ensino Superior Completo

**8 - Profissão:** ( ) trabalha ( ) não trabalha

**9 - Estado civil:** ( ) solteiro ( ) casado ( ) viúvo ( ) divorciado ( ) amasiado

**História Médica:**

**10 – Início da doença psiquiátrica** \_\_\_\_\_

**11 – Evento desencadeante** \_\_\_\_\_

**12 – Diagnóstico médico** \_\_\_\_\_

**13 - Faz uso de algum medicamento?** ( ) Sim ( ) Não

**14– Se sim, qual (is) os medicamentos e qual (is) são as dosagens?** \_\_\_\_\_

**15 - Já teve ou tem algum problema de saúde como:**

( ) Hepatite ( ) Hipertensão Arterial ( ) Anemia ( ) Alterações gastrintestinais

( ) Diabetes ( ) Tuberculose ( ) Herpes

( ) Doenças Cardiovasculares.

( ) DST

Qual(is)? \_\_\_\_\_

( ) Outros \_\_\_\_\_

**16 – Dorme bem?** ( ) Sim ( ) Não

**17 - É fumante?** ( ) Sim ( ) Não

**18- Faz uso de bebidas alcoólicas?** ( ) Sim ( ) Não

**19- Usa drogas?** ( ) Sim ( ) Não

**20 - Apresenta halitose (mau-hálito)?** ( ) Sim ( ) Não

21 - Tem a sensação de “boca seca” ou falta de saliva? ( ) Sim ( ) Não

**Higiene Bucal**

22 - Você traz sua escova de dente para o CAPS? ( ) Sim ( ) Não

23 – Precisa de ajuda para realizar sua higiene bucal? ( ) Sim ( ) Não

24 – Quantas vezes ao dia escova os dentes? ( ) 1 vez ( ) 2 vezes ( ) 3 vezes

( ) Mais de 3 vezes ( ) não escova

25 - Após iniciar o acompanhamento psiquiátrico você observou alguma alteração bucal?

( ) Sim ( ) Não

25.1 - Se sim, qual (is)? \_\_\_\_\_

26 - Em sua opinião, você necessita de algum tratamento odontológico? ( ) Sim ( ) Não

26.1 - Se sim, qual (is)? \_\_\_\_\_

27 - Há quanto tempo você foi ao dentista (**marque somente uma resposta**)?

( ) nunca fui ao dentista ( ) 1 mês a 6 meses ( ) 6 meses a 1 ano

( ) mais de 1 ano ( ) de 5 a 10 anos ( ) mais de 10

28 - Qual foi o motivo da sua última consulta odontológica?

( ) dor ( ) problema de gengiva

( ) estética ( ) exame de rotina

( ) outros

29 - Aonde foi realizada a sua última consulta odontológica (**marque somente uma resposta**)?

( ) Posto de Saúde ( ) Consultório Particular ( ) Faculdade de Odontologia

( ) nunca fui ao dentista

( ) Outros **29.1 – Outros, especifique:**

30 - Você já recebeu alguma informação sobre saúde bucal enquanto atendido no CAPS?

( ) Sim ( ) Não **30.1 - Se sim, de quem?** \_\_\_\_\_

31 - Para você sua saúde bucal é: ( ) Boa ( ) Ótima ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssima

32 - Você está satisfeito com a sua saúde bucal? ( ) Sim ( ) Não

*Muito obrigada!*



APÊNDICE C – Avaliação do impacto de saúde bucal sobre a qualidade de vida por meio do questionário Oral Health Impact Profile (OHIP-14).

Dimensão	Perguntas	Resposta					Peso	OHIP-14
		0	1	2	3	4		
Limitação funcional	Você teve problema em pronunciar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?						0,51	
	Você sentiu mudança no sabor dos alimentos por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?						0,49	
Dor física	Você teve dores na sua boca?						0,34	
	Você teve desconforto para comer por causa de problemas no seus dentes, boca ou dentaduras?						0,66	
Desconforto psicológico	Você ficou preocupado por causa de problemas nos seus dentes, boca ou dentaduras?						0,45	
	Você se sentiu estressado por causa de problemas nos seus dentes, boca ou dentaduras?						0,55	
Incapacidade física	A sua alimentação foi prejudicada por causa de problemas nos seus dentes, boca ou dentaduras?						0,52	
	Você teve que interromper uma refeição por causa de problemas nos seus dentes, boca ou dentaduras?						0,48	
Incapacidade psicológica	Você teve dificuldade para descansar por causa de problemas nos seus dentes, boca ou dentaduras?						0,60	
	Você se sentiu um pouco envergonhado por causa de problemas nos seus dentes, boca ou dentaduras?						0,40	
Incapacidade social	Você ficou um pouco irritado por causa problemas nos seus dentes, boca ou dentaduras?						0,62	
	Você tem dificuldades para fazer suas atividades diárias por causa de problemas no seus dentes, boca ou dentaduras?						0,38	
Deficiência	Você sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas no seus dentes, boca ou dentaduras?						0,59	
	Você teve sua capacidade de trabalho reduzida por causa de problemas no seus dentes, boca ou dentaduras?						0,41	

Fonte: Slade (1997) e Oliveira e Ndanovsky (2005).

A escala de respostas (0 = nunca, 1 = dificilmente, 2 = às vezes, 3 = quase sempre e 4= sempre) será multiplicada pelo peso correspondente, sendo o impacto negativo das condições de saúde bucal sobre a qualidade de vida considerado fraco com índice entre 0 e 9, médio entre 10 e 18, forte entre 19 e 28.

APÊNDICE D - Ficha Clínica - SB 2010 (modificada)

NÚMERO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_  
 DATA: \_\_/\_\_/\_\_ SEXO: M ( ) F ( )

**1- CONDIÇÃO DENTÁRIA (CPO-D)**

	18	17	16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26	27	28
Coroa																
Raiz																
Trat.																
	48	47	46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	36	37	38
Coroa																
Raiz																
Trat.																

**2- CONDIÇÃO PERIODONTAL**

		<b>CPI</b>		<b>PIP</b>
17/16				
11				
26/27				
37/36				
31				
46/47				
<b>SANGRAMENTO GENGIVAL</b>		<b>CÁLCULO DENTÁRIO</b>	<b>BOLSA PERIODONTAL</b>	

**3 - CONDIÇÕES PROTÉTICAS**

<b>USO DE PRÓTESE</b>	
Sup	Inf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>NECESSIDADE DE PRÓTESE</b>	
Sup	Inf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG**  
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000



## APÊNDICE E:

### 1- NO MOMENTO DO EXAME VERIFICAR:

- 1- Apresenta alterações bucais/lesões? ( ) Sim ( ) Não
- 2- Apresenta língua saburrosa? ( ) Sim ( ) Não
- 3- Apresenta língua fissurada? ( ) Sim ( ) Não
- 4- Apresenta lábios secos e fissurados? ( ) Sim ( ) Não
- 5- Apresenta odor oral urêmico? ( ) Sim ( ) Não
- 6- Apresenta aftas ? ( ) Sim ( ) Não
- 7- Apresenta queilite ? ( ) Sim ( ) Não
- 8- Apresenta herpes viral ? ( ) Sim ( ) Não
- 9- Apresenta dentes amolecidos ? ( ) Sim ( ) Não
- 10- Apresenta áreas dormentes ? ( ) Sim ( ) Não
- 11- Apresenta áreas endurecidas (caroços ou abscessos) ? ( ) Sim ( ) Não
- 12- Apresenta inchaço ? ( ) Sim ( ) Não
- 13- Apresenta alguma lesão no assoalho de boca ou língua? ( ) Sim ( ) Não

#### 1.1- CASO IDENTIFIQUE ALGUMA LESÃO OU ALTERAÇÃO BUCAL AVALIAR:

- região acometida e distribuição –

\_\_\_\_\_

- número de lesões – \_\_\_\_\_

aspecto visual e palpação) – \_\_\_\_\_

- coloração – \_\_\_\_\_

- características das bordas –

\_\_\_\_\_


- disposição das lesões -

\_\_\_\_\_


- Aspecto macroscópico da lesão – ( ) lesões brancas ( ) vesículo-bolhosas  
 ( ) aftóides ( ) lesões de língua ( ) outras \_\_\_\_\_

## ANEXOS

## ANEXO A – Autorização da Coordenação de Atenção Básica – Secretaria Municipal de Alfenas/MG.



**Universidade Federal de Alfenas**  
**Faculdade de Odontologia**  
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Alfenas/MG - CEP: 37130-000  
FAX: (35) 3298-1008  
MESTRADO EM CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS  
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Alfenas/MG - CEP: 37130-000




Alfenas, 28 de outubro de 2015

Prezada Coordenadora,

Com o objetivo de produzir trabalhos científicos que possam contribuir para a melhoria das condições de saúde em nossa comunidade, **peço a permissão para que meus orientandos, os cirurgiões-dentistas Marília Beatriz Ferreira Figueiredo e Diego Viana Venturelli tenham contato com os clientes do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Alfenas.** Trata-se de uma pesquisa, intitulada: **"Autopercepção associada às condições de saúde bucal e impacto na qualidade de vida de pacientes com transtornos mentais do CAPS/Alfenas-MG"**. Será aplicado um questionário validado na literatura científica para medir o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos pacientes (OHIP-14), um questionário elaborado pelos pesquisadores dissertando sobre a autopercepção em saúde bucal, além de um exame clínico dos principais agravos orais (cárie, doença periodontal, uso e necessidade de prótese). Os dados serão coletados nas dependências do CAPS, após esclarecimentos e autorização para sua realização. Nenhum desconforto ou risco é esperado, nesse estudo por se tratar de aplicação de questionários em relação à saúde bucal e exame clínico. Porém, deixar-se-á claro aos sujeitos que esses podem se negar a responder a qualquer pergunta ou se submeter a qualquer fase do exame sem prejuízo algum. Espera-se com o estudo trazer o benefício do melhor conhecimento das condições de saúde bucal dessa população para que, assim, as ações em saúde possam ser melhor direcionadas.

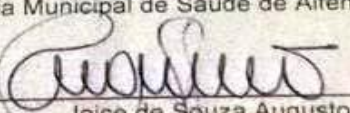
Sem mais, agradeço a atenção e aproveito para reiterar meus votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

  
Prof.ª Dr.ª Daniela Coêlho de Lima  
Orientador do Projeto

À Sua Senhora, a Senhora Joice de Souza Augusto,  
Coordenadora da Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas/MG


Em face ao exposto, eu, Joice de Souza Augusto, na função de Coordenadora da Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas, declaro autorizada a realização deste estudo.

  
Joice de Souza Augusto  
Coordenadora de Atenção Primária

Joice de Souza Augusto  
Coordenadora da Atenção Primária  
Secretaria Municipal de Saúde



## ANEXO B - Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa

<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS</b>		
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>		
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>		
<b>Título da Pesquisa:</b> Autopercepção associada às condições de saúde bucal e impacto na qualidade de vida de pacientes com transtornos mentais do CAPS/Alfenas-MG		
<b>Pesquisador:</b> Marília Beatriz Ferreira Figueiredo		
<b>Área Temática:</b>		
<b>Versão:</b> 1		
<b>CAAE:</b> 51310715.3.0000.5142		
<b>Instituição Proponente:</b> UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG		
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio		
<b>DADOS DO PARECER</b>		
<b>Número do Parecer:</b> 1.366.120		
<b>Apresentação do Projeto:</b>		
Trata-se de um projeto de pesquisa que visa avaliar a autopercepção associada às condições de saúde bucal e o impacto na qualidade de vida de pacientes com transtornos mentais do CAPS/Alfenas-MG, por meio de um questionário semiestruturado, composto por perguntas abertas e fechadas, a fim de que os resultados tenham maior abrangência quanto à abordagem sobre a autopercepção em saúde bucal e um questionário validado – OHIP- para verificar o impacto na qualidade de vida.		
<b>Objetivo da Pesquisa:</b>		
"Este estudo tem como objetivo avaliar as condições de saúde bucal dos pacientes atendidos no CAPS/Alfenas- MG, assim como a percepção dos mesmos em relação as suas necessidades odontológicas, investigando as afecções bucais que mais afetam os pacientes portadores de transtornos mentais e avaliar a qualidade de vida."		
<b>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</b>		
<b>RISCOS:</b> "Os riscos previstos são os mesmos de um exame dentário de rotina, não sendo, portanto, específicos da pesquisa. Poderá existir um desconforto na inserção da sonda periodontal, mas este procedimento não causa nenhum prejuízo ao paciente, não necessitando de anestesia prévia."		
<b>BENEFÍCIOS:</b> "Os benefícios esperados, tal como a possível melhora na qualidade de vida e		
<b>Endereço:</b> Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700		
<b>Bairro:</b> centro		<b>CEP:</b> 37.130-000
<b>UF:</b> MG	<b>Município:</b> ALFENAS	
<b>Telefone:</b> (35)3299-1318	<b>Fax:</b> (35)3299-1318	<b>E-mail:</b> comite.etica@unifal-mg.edu.br

Página 01 de 03

*Marília Beatriz Ferreira Figueiredo*

Continuação do Parecer: 1.366.120

disponibilização de informações acerca do assunto, como demonstrações com macromodelos sobre a higiene bucal, além do ensino de técnicas da escovação e o uso do fio dental, favorecendo a saúde bucal do paciente. Caso seja necessário o paciente será encaminhado a sua ESF (Estratégia Saúde da Família) de origem para tratamento odontológico."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto apresenta metodologia clara, bem definida, se vale de instrumentos já validados e é capaz de atender aos objetivos da pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Projeto de Pesquisa: OK
- Carta de anuência da Secretaria de Saúde: OK
- Cronograma: OK
- Folha de Rosto: OK
- TCLE: OK

**Recomendações:****Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O colegiado do CEP acata o parecer do relator.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_622764.pdf	19/11/2015 14:44:31		Aceito
Outros	permissao.pdf	19/11/2015 14:35:39	Márlia Beatriz Ferreira Figueiredo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	comitedeetica.pdf	19/11/2015 14:32:42	Márlia Beatriz Ferreira Figueiredo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimento.pdf	19/11/2015 14:30:36	Márlia Beatriz Ferreira Figueiredo	Aceito
Folha de Rosto	documentofolha.pdf	19/11/2015 14:28:04	Márlia Beatriz Ferreira Figueiredo	Aceito

**Situação do Parecer:**

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700  
 Bairro: centro CEP: 37.130-000  
 UF: MG Município: ALFENAS  
 Telefons: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



Continuação do Parecer: 1.366.120

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**  
Não

ALFENAS, 14 de Dezembro de 2015

Assinado por:  
Cristiane da Silva Marciano Grasselli  
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700  
Bairro: centro CEP: 37.130-000  
UF: MG Município: ALFENAS  
Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br