

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA - NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE BUCAL COLETIVA

Dissertação

**CÁRIE DENTÁRIA ENTRE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS
GRAVES COM E SEM HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA**

CAROLINA ZANCAN KELLERMANN

PORTO ALEGRE
2020

CAROLINA ZANCAN KELLERMANN

**CÁRIE DENTÁRIA EM PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS
GRAVES COM E SEM HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Odontologia com área de concentração Saúde Bucal Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Juliana Balbinot Hilgert

PORTO ALEGRE
2020

CÁRIE DENTÁRIA EM PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES COM E SEM HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Dissertação aprovada para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela banca examinadora formada por:

Porto Alegre, ____ de março de 2020.

Prof^a. Dr^a. Juliana Balbinot Hilgert – UFRGS

Dr^a. Karla Frichembruder – UFRGS

Prof. Dr. Roger Keller Celeste – UFRGS

Prof^a. Dr^a. Sheila Gonçalves Câmara - UFCSPA

Prof. Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva – GHC
(suplente)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Sergio e Marcia que são a base e a razão das minhas conquistas.

Ao meu namorado João Antônio que sempre me incentiva a prosperar, me dá força e equilíbrio em todos os momentos.

A amiga Lia que está ao meu lado desde o início da trajetória, que compartilhamos angústias e alegrias mesmo cada uma seguindo seu caminho.

Aos amigos e familiares que sempre estão na torcida.

A minha orientadora Juliana, minha inspiração, que teve toda a paciência de compartilhar seus conhecimentos para além da dissertação.

Aos professores doutores Fernando e Deison que são mentores desse tema de pesquisa importante e rico.

As alunas Juliana, Nicole, Minelle, Raquel, que me acompanharam nos dias de coleta.

Aos colegas da SBC que se tornaram amigos.

Aos colegas Luan e Julia da estomatologia que receberam os pacientes encaminhados.

Aos profissionais dos CAPS que nos receberam cordialmente e estavam sempre disponíveis para contribuir.

Aos gestores que cederam espaço de suas agendas para viabilizar a prática dessa pesquisa.

Ao Daniel Demétrio que gentilmente compartilhou seus ensinamentos para parte importante dessa pesquisa.

A Karla Frichebruder que se disponibilizou a nos ajudar para otimização dos recursos da pesquisa.

A colega Rafaela Rech sempre disposta a ajudar e ensinar.

As colegas Aline Macarevich e Marcela Comassetto que são inspiradoras e sempre me ajudaram com os materiais que produziram.

A Aline Justo, dentista do acolhimento da faculdade, que recebeu os pacientes encaminhados.

A CAPES pela bolsa de mestrado e a FAPERGS que financiou a pesquisa.

Aos pacientes que me surpreendiam constantemente pela gratidão que expressavam à nossa mínima oferta de cuidado e são a razão da busca por aprimoramento.

RESUMO

Kellermann, Carolina Zancan. **Cárie dentária em pacientes com transtornos mentais graves com e sem histórico de internação**. 2020. 70f. Dissertação (Mestrado em Saúde Bucal Coletiva) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Agravos em saúde mental são importantes indicadores de saúde, pois produzem incapacidades e geram impactos na qualidade de vida. Além disso, pessoas com transtornos mentais enfrentam barreiras no cuidado à saúde, inclusive no âmbito da saúde bucal. Porém, ainda existem poucos estudos, especialmente no Brasil que investigam a saúde bucal dessa população. A presente dissertação teve como objetivo avaliar a associação entre história de internação psiquiátrica e cárie dentária em usuários com transtornos mentais atendidos por Centros de Atenção Psicossocial em Porto Alegre, Brasil. Trata-se de um estudo transversal em que foi utilizado questionário e exame clínico odontológico. Foram coletadas variáveis socioeconômicas, frequência de higiene bucal e dados sobre a saúde mental. Participaram 502 usuários de seis serviços, incluindo CAPS II adulto, CAPS AD (álcool e outras drogas) e ambulatório de especialidades. A maioria dos participantes era do sexo feminino (51,9%), a média de idade foi 46,2 anos. Foram realizadas análises descritivas e foi utilizado o teste qui-quadrado ($p < 0,05$) e o teste exato de Fisher. A análise multivariada foi realizada pela regressão de Poisson com variância robusta, tendo como desfecho cárie não tratada e CPOD, resultando na razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança (IC95%). A análise foi realizada pelo software SPSS versão 21.0. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Para o desfecho cárie não tratada houve associação estatisticamente significativa para internação (RP=1,36; IC95%:1,10-1,69). E houve também associação positiva entre CPOD e internação verificada na análise bruta (RP=1,15; IC95%: 0,96-1,38) manteve-se após análise ajustada (RP=1,17; IC95%:0,99-1,38).. Este estudo mostrou que houve diferença estatística na experiência de cárie e cárie não tratada em pacientes com transtornos mentais graves, com histórico de internação psiquiátrica prévia. Os dados dessa dissertação tem o potencial de evidenciar a importância na organização da oferta de cuidados em saúde bucal no contexto da rede de saúde mental.

Palavras-chave: saúde mental, saúde bucal, cárie dentária, transtornos mentais.

ABSTRACT

Kellermann, Carolina Zancan. **Dental caries in patients with severe mental disorders with and without previous history of hospitalization.** 2020. 70f. Dissertation (Master's Degree in Collective Oral Health) – Faculty of Dentistry, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Mental health issues are important health indicators as they are sources of disabilities and have negative impacts on quality of life. Furthermore, people with mental disorders encounter barriers when accessing health care, including oral health. However, there are still few studies, particularly in Brazil, whose research is centered on the oral health of this population. This dissertation intended to evaluate the association between history of psychiatric hospitalization and dental caries in users with mental disorders attended by Psychosocial Care Centers (CAPS) in Porto Alegre, Brazil. This is a cross-sectional study in which a questionnaire and clinical dental examination were used. Socioeconomic variables, oral hygiene frequency, and mental health data were collected. It encompassed 502 users of six services, including CAPS II adult, CAPS AD (alcohol and other drugs) and outpatient specialties. Descriptive analyses were conducted and the chi-square test ($p < 0.05$) and Fisher's exact test were used. Multivariate analysis was conducted by the Poisson regression with robust variance, with untreated caries and CPOD as the outcome, resulting in the prevalence ratio (PR) and confidence interval (95%CI). The analysis was conducted by the SPSS software version 21.0. This study was approved by the Research Ethics Committee of the Municipal Health Secretariat (SMS) of Porto Alegre and the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande do Sul. For the untreated caries outcome, there was a statistically significant association for hospitalization (PR = 1.36; 95% CI: 1.10-1.69). And there was also a positive association between DMFT and hospitalization verified in the crude analysis (PR = 1.15; 95% CI: 0.96-1.38) remained after adjusted analysis (PR = 1.17; 95% CI: 0.99 -1.38). This study showed that there was a statistical difference in the experience of caries and untreated caries in patients with severe mental disorders, with a history of previous psychiatric hospitalization. The data from this dissertation can emphasize the importance of providing oral health care in the context of the mental health network.

Keywords: mental health, oral health, dental caries, mental disorders.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAIS - Centro de Atenção Integral à Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CNSB - Conferência Nacional de Saúde Bucal
COMPESQ - Comissão de Pesquisa
CONEP - Conselho Nacional de Saúde
CPO-D – Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
DMFT – *Decay, Missing, Filled Teeth Index*
DSS - Determinantes Sociais da Saúde
ESMA GCC- Ambulatório de Especialidades Vila dos Comerciários
EPI- Equipamento de Proteção Individual
FAPERGS – Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul
FO-UFRGS - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
GMH – *Global Mental Health*
IC - Intervalo de Confiança
IHOS - Índice de Higiene Oral Simplificado
LRPD - Laboratório de Referência em Prótese Dentária
MS - Ministério da Saúde
OHIP - *Oral Health Impact Profile*
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PNaPS - Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal
PPG - Programa de Pós-Graduação
PTS - Projeto Terapêutico Singular
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RS - Rio Grande do Sul

SB- Saúde Bucal

SF - Saúde da Família

SM - Saúde Mental

SMSPA - Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS

SPSS - Programa *Statistical Package for Social Science*

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

WHO - *World Health Organization*

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A	Parecer consubstanciado do CEP.....	62
ANEXO B	Checklist Strobe.....	67

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE 1	Características pacientes internação prévia x não internação.....	47
APÊNDICE 2	Razão de prevalência bruta e ajustada, desfecho carie não tratada e CPOD.....	48
APÊNDICE 3	Instrumentos de pesquisa utilizado.....	49
APÊNDICE 4	Termo de consentimento livre e esclarecido-pacientes.....	59

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1	SAÚDE MENTAL	15
2.2	ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	16
2.2.1	<i>CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</i>	19
2.3	SAÚDE BUCAL E SAÚDE MENTAL	20
3	OBJETIVO	24
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
5	REFERÊNCIAS	43
6	APÊNDICES	47
6.1	APÊNDICE A – TABELA 1	47
6.2	APÊNDICE B – TABELA 2	49
6.3	APÊNDICE C – INSTRUMENTOS DE PESQUISA UTILIZADO	50
6.4	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-PACIENTES	60
7	ANEXOS	63
7.1	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	63
7.2	ANEXO B – CHECK LIST STROBE	67

1 INTRODUÇÃO

Transtornos mentais são caracterizados por distorções no pensamento, percepções, emoções, linguagem, consciência do “eu” e comportamento. Esquizofrenia, bipolaridade, depressão, transtorno por uso de substância são alguns dos diagnósticos existentes (WHO, 2018). São condições bastante comuns na população e estão entre as principais causas de carga global de doenças (*Global Burden Disease - GBD*), bem como, possuem uma relação bidirecional com doenças crônicas não transmissíveis que por vezes são negligenciadas devido a condição mental subjacente (VIGO; THORNICROFT; ATUN, 2016). Os transtornos mentais podem atrasar a procura de ajuda e também tendem a reduzir a probabilidade de detecção e diagnóstico (PRINCE et al., 2007). Pacientes com transtornos mentais tem altas taxas de mortalidade atribuídas às condições físicas de saúde (CHARLSON et al., 2019).

A possível explicação dessa lamentável constatação consiste no fato de que tais pacientes possuem uma exposição diferencial a fatores de risco, tais como tabagismo, comportamento sedentário, baixo autocuidado em saúde, consumo de dietas não saudáveis (JAMES et al., 2018). Existe uma redução na expectativa de vida potencialmente perdidos por pessoas com transtornos mentais (WALKER; MCGEE; DRUSS, 2015). Muitas doenças crônicas criam uma carga psicológica, decorrente de fatores como o trauma do diagnóstico, mudanças necessárias no estilo de vida, dificuldade de conviver com a doença, a ameaça de declínio da qualidade de vida a longo prazo e a própria expectativa de vida reduzida; regimes terapêuticos complicados, e até sintomas como dor e estigma, que podem levar à culpa e perda de apoio social (PRINCE et al., 2007).

Alguns comportamentos como tabagismo, consumo exagerado de doces e carboidratos, comprometimento na adesão às recomendações de autocuidado e higiene, que constituem fatores de risco para doenças crônicas, também contribuem para problemas de saúde bucal em pessoas com transtornos mentais. (PRINCE et al., 2007). É importante ressaltar que a saúde bucal de pacientes com transtornos mentais, especialmente transtornos mentais graves, é pior do que a da população em geral (KISELY, 2016). Além disso, fatores como: efeito colateral das medicações,

higiene bucal precária, consumo excessivo de açúcar e período de internação, estiveram associados a uma condição de saúde bucal ruim para essa população (CANGA et al., 2019).

Cárie e doença periodontal são os dois problemas bucais mais encontrados nessa população, e se não tratados podem levar a perdas dentárias, chegando até ao edentulismo (TORALES; BARRIOS; GONZÁLEZ, 2017). É documentado que pessoas com doenças mentais graves tem 2,8 mais chances de perder todos os dentes se comparados com a comunidade em geral (KISELY et al., 2015). Pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, por exemplo, apresentam escores significativamente mais altos de cárie dentária e dentes perdidos se comparados a população em geral (YANG et al., 2018). O índice do número de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) é mais alto em mulheres com transtornos mentais e aumenta com a idade e com o tempo de internação (MATEVOSYAN, 2010).

A saúde bucal é uma parte importante da saúde física e está relacionada com autoestima e qualidade de vida, podendo contribuir no prognóstico do tratamento da saúde mental (NGO et al., 2018). Dor dentária, dificuldade para se alimentar, se comunicar e para se relacionar são efeitos psicossociais importantes, decorrentes de problemas orais e que podem ser prevenidos e tratados (HASHIOKA et al., 2019). No entanto, pessoas com transtornos mentais, justamente por essa condição acabam recebendo menos consultas odontológicas que a população em geral (YANG et al., 2018). Isso sugere que ainda existem barreiras no acesso a serviços odontológicos a esses e por esses pacientes. O estigma social que envolve a doença mental (PICH, 2019), assim como o despreparo e até o receio dos profissionais de odontologia para atender essa população (JAMELLI et al., 2010) são fatores a contribuir com esses entraves. Por fim, a de ser considerado, os altos custos envolvidos quando não há serviços odontológicos integrais oferecidos pela rede pública de saúde (HALL; LAPIERRE; KURTH, 2018).

Também é destacado na literatura uma baixa percepção de necessidade em saúde bucal, sendo percebida somente quando há o envolvimento de dor dentária (MCKIBBIN et al., 2014). Contudo, a prevenção é um elemento central da odontologia, e pode ser oferecida em diferentes momentos e locais. Uma orientação preventiva é empregada em todos os aspectos da prática odontológica, desde o diagnóstico e o planejamento do tratamento até o monitoramento dos procedimentos (PICH, 2019).

No Brasil, o sistema de saúde vigente é universal e gratuito. No Sistema Único

de Saúde (SUS) a saúde passou a ser tida como um direito de cidadania, dentro de uma perspectiva biopsicossocial (BRASIL, 2017). A política brasileira de saúde mental confere ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) o papel de ser um serviço voltado para essa população, de modo a fomentar sua autonomia, reestabelecer vínculos e reintegrá-los à vida em sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Embora exista entendimento ampliado sobre saúde, setores como o da saúde bucal e o da saúde mental acabam por concentrar sua oferta de serviços para o atendimento de demandas específicas, em unidades e processos de trabalho isolados. Conhecer a saúde bucal de pacientes com transtornos mentais graves, que fazem tratamento nos CAPS, pode contribuir com planejamento de ações para aproximação e trabalho integrado entre saúde bucal e saúde mental.

Assim sendo, a justificativa desse trabalho é que há poucos trabalhos produzidos na literatura com essa temática, que visa olhar para uma parte da saúde das pessoas com sofrimento mental que pode contribuir para a qualidade de vida se ficar claro que essa é parte importante do todo, visando um tratamento integral. Além disso, a variável internação é vista como uma proxy de gravidade, e também de contexto mais complexo de vida, sendo possível então, ver se dentro de um grupo vulnerável existe alguma característica que influencia ainda mais para a piora da saúde bucal.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 SAÚDE MENTAL

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde mental é um estado de bem-estar onde cada indivíduo realiza seu próprio potencial, pode lidar com estresse normal da vida, pode ser produtivo e contribuir para sua comunidade (OMS, 2004). Vários fatores influenciam para se usufruir de uma boa saúde mental. Eventos ambientais, fatores demográficos, cultura e características biológicas e econômicas são alguns (LUND et al., 2018). A estimativa global de doenças como esquizofrenia, depressão, estresse pós-traumático, ansiedade e transtorno bipolar é de uma a cada 14 pessoas, e para populações em regiões afetadas por conflitos esse número é ainda pior: uma em cada cinco pessoas (CHARLSON et al., 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), os transtornos mentais podem ser separados em grupos de transtornos mentais comuns e transtornos mentais graves e persistentes. Exemplo de transtorno comum seria tristeza/ sensação de depressão, sensação de ansiedade, nervosismo, tensão, somatização aguda ao estresse; já como exemplo de transtorno grave podemos citar a esquizofrenia e psicoses afetivas (BRASIL, 2013).

Saúde Mental Global (*Global Mental Health – GMH*) é um campo de estudos internacional de pessoas e profissionais que estão comprometidos em melhorar o acesso aos cuidados de saúde mental e promover os direitos humanos das pessoas afetadas por doenças mentais em todo o mundo (PATEL et al., 2008). Também são consideradas as complexas questões culturais que envolvem o diagnóstico e as múltiplas modalidades de abordagem dos transtornos mentais, nas diversas populações (JAMES et al., 2018). Uma série de artigos com esse assunto, inclusive com esse nome, foi lançado na revista *Lancet* em duas versões, 2007 e 2011 (JACOB et al., 2007) (RAVIOLA; BECKER; FARMER, 2011). Dados globais de comparação entre países podem ajudar a compreensão de doenças complexas e multifatoriais, como é o caso dos transtornos mentais. A GBD (*Global Burden Disease*) – carga global de doença fornece a informação para analisar perdas de saúde não fatais,

analisando prevalência, incidência e mortalidade (JAMES et al., 2018).

Transtornos mentais podem afetar as pessoas ao longo da vida de diferentes formas e intensidades. As pessoas que experimentam episódios leves de depressão ou ansiedade, conseguem lidar com elas com apoio relativamente simples, para continuar vivendo uma vida produtiva. No entanto, existem condições mais incapacitantes, como esquizofrenia, transtorno bipolar tipo I, depressão recorrente grave e distúrbios graves de personalidade. As doenças mentais graves exigem cuidados complexos e em vários níveis, que podem exigir um envolvimento de longo prazo com o indivíduo e a família (VIGO; THORNICROFT; ATUN, 2016).

Cerca de 14% da carga global de doenças foi atribuída a distúrbios neuropsiquiátricos, principalmente devido à natureza cronicamente incapacitante da depressão e outros transtornos mentais comuns, transtornos relacionados ao uso de álcool/substâncias e psicoses (PRINCE et al., 2007). A incidência e gravidade variam conforme características pessoais e locais (JONGSMA et al., 2019). Pessoas com graves condições de saúde mental têm uma mortalidade média duas a três vezes maior em comparação com a população em geral, o que se traduz em uma redução na expectativa de vida de 10 a 20 anos (WHO, 2013). Seus agravos representam 28% dos anos vividos com deficiência e 10% do total da expectativa de vida ajustada para incapacidade (ANDERSON, 2019).

Tendo em vista as evidências sobre saúde mental global, uma iniciativa da Organização das Nações Unidas (ONU), que em seus objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS), firmou a inclusão da assistência à saúde mental na cobertura universal, entre as metas de desenvolvimento humano sustentável até o ano de 2030 (UN General Assembly, 2015). Saúde mental também está intimamente relacionada à consecução de vários outros ODS, incluindo redução da pobreza, a conquista da igualdade de gênero, crescimento econômico sustentável, trabalho decente para todos e redução da desigualdade dentro e entre países (LUND et al., 2018).

2.2 ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

No século XIX a doença mental passou a ser vista como assunto para pesquisa científica, a psiquiatria se tornou disciplina médica e as pessoas em sofrimento mental passaram a ser consideradas pacientes da medicina (OMS, 2002). Com o nascimento da psiquiatria como a ciência médica, surge a concepção da loucura vista como um

desvio orgânico, sendo necessária sua correção em ambientes controlados e isolados da convivência social. O Hospital psiquiátrico passa a ser não apenas uma instituição para tratamento da loucura, mas também para proteção da sociedade dessas pessoas que desviam do normal (FOCAUT, 2003).

Mais adiante na segunda metade do século XX, alguns fatores fizeram com que houvesse mudança no paradigma de cuidados em saúde mental. Dentre eles, o avanço dos psicofármacos, com a descoberta de novos medicamentos, principalmente os antidepressivos; o movimento dos direitos humanos, o desenvolvimento de novas formas de intervenção psicossocial, a consolidação da saúde mental, no conceito de saúde definido pela OMS. Todos esses aspectos contribuíram para a substituição dos cuidados em grandes instituições manicomiais a favor de tratamento mais aberto e flexível na comunidade (OMS, 2002). No Brasil na mesma época também ocorre o movimento da Reforma Psiquiátrica, onde começa a reversão do modelo médico centrado e de internação, emergindo a reestruturação dos recursos terapêuticos para saúde mental, com a incorporação de programas de Saúde Mental na Atenção Primária (LEVAV; RESTREPO; GUERRA DE MACEDO, 1994).

Se antes havia apenas o manicômio como espaço de tratamento, atualmente no Brasil existe uma política eficaz em andamento: a Política Nacional de Saúde Mental. Esta abrange estratégias para ofertar assistência a pessoas com necessidade relacionadas a problemas de saúde mental, como depressão, ansiedade, esquizofrenia, bipolaridade, transtorno obsessivo compulsivo, e também pessoas com quadro de dependência de substâncias psicoativas como álcool, cocaína, crack e outras drogas. A Política é estabelecida pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que é composta por serviços e equipamentos, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo I, II e III, CAPS Álcool e outras drogas, CAPS Infantil, Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF), Ambulatórios de Saúde Mental, leitos em hospital geral, Serviços de Urgência e Emergência, e o cuidado prestado pelas Unidades Básicas de Saúde, além dos Centros de Convivência e outros espaços de socialização (BRASIL, 2011).

O eixo norteador da Política é a desinstitucionalização. É considerada um processo complexo que envolve não apenas a desospitalização dos moradores de hospitais psiquiátricos, mas também o desenvolvimento de condições para um cuidado comunitário contínuo e qualificado, em prol de tratamento, reabilitação e reinserção social. A publicação do Decreto nº 7.508/2011 estabeleceu a exigência da

atenção psicossocial para constituir a formação das Regiões de Saúde, um marco importante para a oferta de uma Rede de Saúde resolutiva e articulada (BRASIL, 2015).

O financiamento da atenção em saúde mental é tripartite e de ações municipalizadas. Devido ao tamanho do território brasileiro e a diversidade cultural, não é possível pensar em modelo de assistência que sirva igualmente para os diferentes perfis de cidade (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006). O investimento federal em recursos de Saúde Mental, no modelo comunitária/territorial, cresceu e os recursos dispensados ao atendimento hospitalar diminuíram entre o ano de 2002 a 2013. Houve uma reversão dos recursos, que eram quase exclusivamente voltados para atendimento hospitalar, sendo agora investidos em dispositivos mais eficientes, resolutivos e pautados nos direitos humanos. Consequentemente impulsionando a transformação do cenário da atenção pública em Saúde Mental do país (BRASIL, 2015).

Em municípios com menos de 15 mil habitantes, que é o caso de 1.705 cidades brasileiras, não há atendimento de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), porém, nesses há uma boa cobertura de ESF (superior a 50%). Tais dados evidenciam sofrimento psíquico, evitando assim o atendimento especializado como primeira estratégia, o tratamento medicamentoso excessivo, possíveis negligências aos estados de sofrimento mental, por vezes entendidos como não sendo demandas impossíveis de suprir na atenção básica (BRASIL, 2015).

A integração dos cuidados de saúde em serviços de Atenção Primária é uma estratégia para diminuir os ônus das doenças mentais, dentre elas, que podem contribuir para a redução do estigma, melhorar a qualidade do atendimento e o comportamento de busca de ajuda, adesão ao tratamento e consequentemente impacto nos resultados dos pacientes (REBELLO et al., 2014). Uma atenção primária forte com apoio do CAPS e do NASF proporcionaria um cuidado em saúde mental com recursos psicossociais e farmacológicos mais abrangente. Embora o SUS, seguindo as principais portais do Ministério da Saúde, reconheça que a atenção básica tem um papel fundamental na atenção à saúde mental, não ficam claros os limites de competência, causando dúvida por essa opção de porta de entrada dupla. Além disso, o modelo atual da atenção básica separado em programas ou áreas pode atrapalhar a integralidade e coordenação do cuidado já que procura classificar e encaixar o sujeito que busca o cuidado (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Uma revisão de literatura publicada por Rebello et al. (2014) sugere que a carga de doença produzida pelos transtornos mentais pode ser reduzida através de estratégias como a maior integração dos serviços de saúde mental com a atenção primária, o compartilhamento, a delegação de tarefas e a inovação tecnológica nas ofertas de serviço de saúde mental. A atenção primária pode ter um papel essencial na redução do estigma, inclusive quanto ao atendimento odontológico a esse público.

Ainda existem vícios de condutas do modelo manicomial nos tratamentos em saúde mental e o estigma ainda está presente, de modo estrutural, na sociedade (ARVANTI et al. 2008). Ainda é um desafio fazer a loucura e o sofrimento mental ser desconstruído do imaginário social. Promover a desconstrução dos estigmas e preconceitos, substituindo-o por um olhar sobre a diversidade com tolerância e respeito é maior do que buscar a aceitação de uma nova política assistencial (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006). Até mesmo para os profissionais de saúde em formação é comprovado que se sustentam estereótipos. Notícias nos meios de comunicação social, quando associadas a pessoas em sofrimento psicossocial, estão relacionadas a histórias negativas. Assim, é responsabilidade dos profissionais filtrar e discutir as informações de forma a evitar o estigma sobre saúde mental (VIOLANTE; AMORIM, 2017). Desinstitucionalização é um paradigma da atenção em saúde mental. O que parece prevalecer é uma mescla de modelo com práticas desenvolvidas e modernas e outras tradicionais e excludentes. O novo modelo de atenção é considerado uma potência, onde há caminhos para superação do estigma da loucura como necessidade de isolamento e periculosidade (MIELKE et al., 2012).

2.2.1 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Quadro 1 – Organização dos Centros de Atenção Psicossocial

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 20.000 habitantes
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 70.000 habitantes

CAPS III	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 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 200.000 habitantes
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 70.000 habitantes
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 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana	Indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes
CAPS i	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 150.000 habitantes

Fonte: Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011

O CAPS é considerado a principal estratégia da Reforma Psiquiátrica. É um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. São instituições destinadas a acolher pessoas em sofrimento mental, oferecer atendimento médico e psicológico e estimular a autonomia, a integração social e familiar como parte do tratamento. Elaborar estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas, promover atividades intersetoriais que envolvam educação, esporte, lazer, cultura. Atende pessoas com intenso sofrimento psíquico que lhes impossibilita viver e realizar seus projetos de vida. É constituído por uma equipe multiprofissional, que pode variar conforme o tipo de serviço, mas em geral os profissionais de nível superior são enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, educadores físicos ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Os CAPS contam ainda com equipes de limpeza e de cozinha (DF, 2004).

A reabilitação psicossocial constitui-se em estimular o protagonismo para o exercício dos direitos civis dos usuários, através da articulação, com recursos da comunidade de convivência possibilitando novos projetos para suas vidas. Fica claro que não se trata de um local ou ações isoladas e sim formas de sociabilidade. Uma das ferramentas de reabilitação é o chamado projeto terapêutico singular, que dentro das suas peculiaridades pressupõe a desconstrução de crenças e normas sobre o

louco e a loucura, manicômio, cura e custódia, separação de corpo e mente (BRASIL, 2015).

2.3 SAÚDE BUCAL E SAÚDE MENTAL

Pessoas com transtornos mentais são mais propensas a terem comportamentos ou estilo de vida que constituem fatores de risco para doenças crônicas (WHO, 2018). Alguns desses fatores de risco também influenciam para apresentar condições de saúde bucal pior do que a população em geral (KISELY et al., 2015). Por exemplo, tabagismo, estresse crônico e falta de autocuidado são fatores de risco em comum para doenças sistêmicas e doenças bucais (KISELY, 2016). No entanto, também existem peculiaridades em pessoas com doenças mentais, que podem afetar a saúde bucal. Exemplo disso é a falta de motivação com cuidados em saúde, sintoma comum de algumas dessas doenças e os efeitos das medicações (ARAÚJO et al., 2016).

O tabagismo é um hábito frequente entre as pessoas com transtornos mentais e foi identificado como uma das principais causas evitáveis de mortalidade prematura nessa população (JAMES et al., 2018). Na saúde bucal, ele altera a capacidade de tamponamento da saliva, podendo assim aumentar o risco de cárie dentária (HUGOSON et al., 2012). Fumar tem um efeito prejudicial na incidência e progressão da periodontite, pois compromete mecanismos imunológicos e vasculares da gengiva (LEITE et al., 2018). Além disso, o tabagismo está associado ao câncer de boca (PINTO et al., 2019).

Alta ingestão de carboidratos associada a uma higiene bucal ruim também constituem fatores de risco em pacientes com transtornos mentais. Esses dois hábitos contribuem para o desenvolvimento de cáries dentárias, que se não tratadas tendem a evoluir podendo levar a perda dentária (MATEVOSYAN, 2010). Uma coorte recente afirmou que o consumo de açúcar apresenta correlação significativa com cárie e perda dentária notadamente em pacientes com transtornos mentais (CANGA et al., 2019).

Efeitos adversos dos medicamentos utilizados no tratamento em saúde mental aparecem em vários estudos relacionados com saúde bucal. Tempo de tratamento com psicofármacos foi descrito como um dos principais fatores para desenvolvimento de doenças bucais (MATEVOSYAN, 2010). A sensação de boca seca causa problemas para engolir, falar ou comer alimentos secos (CANGA et al., 2019). O paciente ainda pode apresentar ressecamento dos lábios, rachaduras, halitose e úlceras na boca (SWAGER; MORGAN, 2011). A xerostomia é o efeito colateral mais comum (91%), porém de qualquer maneira são necessárias ações preventivas de

saúde bucal e atendimento multidisciplinar para pacientes com transtornos mentais (COCKBURN et al., 2017).

As barreiras mais comuns para o acesso a serviços odontológicos, por pessoas com transtornos mentais, são o medo (de dentista), os custos e o menor acesso aos serviços de saúde (MATEVOSYAN, 2010) (BALWANT, 2008) (LEWIS; JAGGER; TREASURE, 2001). A revisão sistemática de Yang et al. (2018) sugere também que esses pacientes receberam menos consultas odontológicas que a população em geral. No entanto, deve-se enfatizar que o despreparo e receio dos profissionais de odontologia para atender essa população (JAMELLI et al., 2010), assim como o estigma social que envolvem a doença mental (PICH, 2019), representam um desafio para o acesso de ações e serviços odontológicos.

Ademais, altos custos envolvidos quando não há serviços odontológicos integrais, oferecidos pela rede pública de saúde (HALL; LAPIERRE; KURTH, 2018), são pontos importantes que dificultam o acesso a serviços odontológicos por pessoas com transtornos mentais (SUASTEGUI; CEDEÑO, 2004). A baixa percepção de necessidades em saúde bucal também é encontrada na literatura. Por mais que em exame clínico existissem necessidades, para o paciente, ausência de dor significa ausência de necessidade. Porém, existem benefícios em visitar um dentista até mesmo quando não há mais dentes em boca (MCKIBBIN et al., 2014).

Auto estima e confiança são questões significativas nas doenças mentais, então a saúde bucal é parte importante no processo de tratamento (MCKIBBIN et al., 2014). Apresentar cáries, dor ou ausências dentárias podem atrapalhar no processo de reinserção social desses indivíduos visto que afetam a comunicação, alimentação, aparência e até aceitação social (KISELY et al., 2015). Conforme citado anteriormente, independente do diagnóstico de saúde mental ou do problema de saúde bucal, medidas preventivas podem ser tomadas através da união dos saberes das diferentes áreas.

O cirurgião-dentista pode contribuir com as equipes de saúde mental como avaliação dos efeitos de medicamentos psicoativos sobre a cavidade bucal, prevenção de doenças bucais, controle do biofilme, aplicação de fluoretos e oferta de tratamento (ALVES; HAAS; ROCHA, 2009). Problemas de saúde bucal, como já foi dito, trazem impacto significativo para a saúde, cuidado em saúde de forma integrada pode beneficiar e agregar qualidade de vida para os pacientes (KISELY et al., 2016).

3 OBJETIVO

- Avaliar a associação entre história de internação psiquiátrica e cárie dentária em usuários com transtornos mentais atendidos por Centros de Atenção Psicossocial em Porto Alegre, Brasil.

ARTIGO

Cárie dentária em pacientes com transtornos mentais graves com e sem histórico de internação psiquiátrica

Correspondência:

C. Kellermann, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Rua Ramiro Barcellos 2492, Porto Alegre, RS 90030-003, Brasil.

zk.carolina@gmail.com

Resumo

Agravos em saúde mental são importantes indicadores de saúde, pois produzem incapacidades e geram impactos na qualidade de vida. Além disso, pessoas com transtornos mentais enfrentam barreiras no cuidado à saúde, inclusive no âmbito da saúde bucal. Porém, ainda existem poucos estudos, especialmente no Brasil que investigam a saúde bucal dessa população. O presente trabalho teve como objetivo avaliar a associação entre história de internação psiquiátrica e cárie dentária em usuários com transtornos mentais atendidos por Centros de Atenção Psicossocial em Porto Alegre, Brasil. Trata-se de um estudo transversal em que foi utilizado questionário e exame clínico odontológico. Foram coletadas variáveis socioeconômicas, frequência de higiene bucal e dados sobre a saúde mental. Participaram 503 usuários de seis serviços, incluindo CAPS II adulto, CAPS AD (álcool e outras drogas) e ambulatório de especialidades. A maioria era do sexo feminino (51,9%), a média de idade foi 46,2 anos. Foram realizadas análises descritivas e foi utilizado o teste qui-quadrado ($p < 0,05$) e o teste exato de Fisher. A análise multivariada foi realizada pela regressão de Poisson com variância robusta, tendo como desfecho cárie não tratada e CPOD, resultando na razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança (IC95%). A análise foi realizada pelo software SPSS versão 21.0. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Para o desfecho cárie não tratada houve associação estatisticamente significativa para internação (RP=1,36; IC95%:1,10-1,69). E houve também associação positiva entre CPOD e internação verificada na análise bruta (RP=1,15; IC95%: 0,96-1,38) manteve-se após análise ajustada (RP=1,17; IC95%:0,99-1,38). Este estudo mostrou que houve diferença estatística na experiência de cárie e cárie não tratada em pacientes com transtornos mentais graves, com histórico de internação psiquiátrica prévia. Os dados desse trabalho tem o potencial de evidenciar a importância na organização da oferta de cuidados em saúde bucal no contexto da rede de saúde mental.

Palavras-chaves: saúde mental, saúde bucal, cárie dentária, dentes cariados-perdidos-obturados, transtornos mentais.

Abstract

Dental caries in patients with severe mental disorders with and without a history of psychiatric hospitalization

Mental health issues are important health indicators as they are sources of disabilities and have negative impacts on quality of life. Furthermore, people with mental disorders encounter barriers when accessing health care, including oral health. However, there are still few studies, particularly in Brazil, whose research is centered on the oral health of this population. This paper intended to evaluate the association between history of psychiatric hospitalization and dental caries in users with mental disorders attended by Psychosocial Care Centers (CAPS) in Porto Alegre, Brazil. This is a cross-sectional study in which a questionnaire and clinical dental examination were used. Socioeconomic variables, oral hygiene frequency, and mental health data were collected. It encompassed 502 users of six services, including CAPS II adult, CAPS AD (alcohol and other drugs) and outpatient specialties. Descriptive analyses were conducted and the chi-square test ($p < 0.05$) and Fisher's exact test were used. Multivariate analysis was conducted by the Poisson regression with robust variance, with untreated caries and CPOD as the outcome, resulting in the prevalence ratio (PR) and confidence interval (95%CI). The analysis was conducted by the SPSS software version 21.0. This study was approved by the Research Ethics Committee of the Municipal Health Secretariat (SMS) of Porto Alegre and the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande do Sul). For the untreated caries outcome, there was a statistically significant association for hospitalization (PR = 1.36; 95% CI: 1.10-1.69). And there was also a positive association between DMFT and hospitalization verified in the crude analysis (PR = 1.15; 95% CI: 0.96-1.38) remained after adjusted analysis (PR = 1.17; 95% CI: 0.99 -1.38). This study showed that there was a statistical difference in the experience of caries and untreated caries in patients with severe mental disorders, with a history of previous psychiatric hospitalization. The data from this dissertation can emphasize the importance of providing oral health care in the context of the mental health network.

Keywords: mental health, oral health, dental caries, decayed-missing-filled teeth, mental disorder.

Introdução

Pessoas com transtornos mentais, especialmente transtornos mentais graves, são definidos como um grupo de condições que incluem depressão moderada a grave, transtorno bipolar, esquizofrenia e outros transtornos psicóticos¹. A temática saúde mental está em evidência pois os transtornos mentais estão entre as principais causas de carga global de doenças (GBD)², principalmente devido sua natureza cronicamente incapacitante da depressão, outros transtornos mentais comuns, transtornos relacionados ao uso de álcool e substâncias e psicoses³. Seus agravos representam 28% dos anos vividos com deficiência e 10% do total da expectativa de vida ajustada para incapacidade⁵. Pessoas com doença mental grave tem mais chance de morrer prematuramente por doenças não transmissíveis, que são negligenciadas por causa da condição mental subjacente².

Depois de evidenciadas as estatísticas sobre saúde mental, uma iniciativa da Organização das Nações Unidas (ONU), em seus objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) foi firmar a inclusão da assistência à saúde mental na cobertura universal entre as metas de desenvolvimento humano sustentável até o ano de 2030⁶. A Organização Pan Americana da Saúde também manifestou recomendações aos países para que aumentem os investimentos em saúde mental, que sejam integrados com atenção primária ou em hospitais gerais acompanhados de apoio social⁷. No Brasil o CAPS é um dos principais dispositivos de atenção especializada, alternativos à internação, com papel estratégico na Rede de Atenção Psicossocial no país para o atendimento de pessoas com transtornos graves e persistentes⁸.

A situação de saúde bucal em pessoas em sofrimento mental é um tema negligenciado pela literatura odontológica⁹. A condição de saúde mental afeta comportamentos de autocuidado e prevenção em saúde, trazendo consequências físicas, como saúde bucal precária¹⁰. Esses pacientes apresentam prevalência de problemas bucais mais altos que na população em geral^{11,12}. Estudos prévios sugerem uma chance expressivamente maior de edentulismo entre pacientes de clínicas de saúde mental, quando comparados com a comunidade geral¹³. Todos os diagnósticos psiquiátricos foram associados a níveis significativamente maiores de cárie¹³. Entre os fatores de risco para piora de saúde bucal nos pacientes com transtornos mentais podem ser citadas: a hipossalivação (pelo consumo de medicamentos), tabagismo,

alta ingestão de açúcar, e também sintomas comuns a esses transtornos como a falta de autocuidado de higiene^{14,15,16,17}.

Autoestima e confiança são questões significativas nas doenças mentais, então a saúde bucal é parte importante no processo de tratamento¹⁸. Cárie e dor de dente podem atrapalhar o processo de reinserção social, visto que tais carências afetam a comunicação, alimentação, aparência e aceitação social¹³. Sendo assim, o objetivo foi avaliar a associação entre história de internação psiquiátrica e cárie dentária em usuários com transtornos mentais atendidos por Centros de Atenção Psicossocial em Porto Alegre, Brasil.

Métodos

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior que tem como objetivo conhecer as condições e demandas de saúde bucal de pacientes com transtorno mental em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Trata-se de um estudo transversal realizado entre junho de 2018 a junho de 2019.

A Rede de Saúde Mental é composta por Residencial Terapêutico, Programa de Redução de Danos, GerAção POA – oficina e saúde e trabalho, Comunidade Terapêutica, Plantão de Emergência em Saúde Mental, Ambulatórios e Equipes de Saúde mental nas Gerencias Distritais e as Unidades Básicas de Saúde e os CAPS. Esses são serviços estratégicos da Rede e em Porto Alegre existem quatro CAPS tipo II adulto, dois CAPS Álcool e Drogas, dois CAPS infância e adolescência que fazem parte da Rede. Nesse estudo participaram três CAPS adulto, dois CAPS AD e um ambulatório de especialidades. Previamente ao início da coleta de dados, em todos os locais de estudo foi realizada uma reunião com cada equipe para apresentação do projeto, explicação dos objetivos e métodos e para esclarecimentos em relação ao estudo.

Cada serviço disponibilizou uma lista prévia de todos os pacientes que utilizavam o serviço, o recrutamento foi baseado nessa lista. Para que houvesse uma tentativa de esgotamento de toda essa lista foi planejado que houvesse pelo menos quinze visitas em diferentes dias da semana em cada serviço até o fim da pesquisa. No final da coleta de dados foi abrangido 502 pacientes participantes.

A população alvo foi de usuários adultos com diferentes diagnósticos de doença

mental – incluindo esquizofrenia, bipolaridade, depressão, transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas. Foram excluídos pacientes que apresentavam comprometimento intelectual, comportamental ou de comunicação, em função de doença ou pelo uso de medicamentos.

As variáveis preditoras foram sexo, etnia, moradia, escolaridade, ocupação, frequência de higiene bucal, histórico de internação, diagnósticos de saúde mental, tempo de acompanhamento no CAPS. O desfecho cárie não tratada e escore de CPOD total. A coleta de dados se deu por entrevista e exame bucal, ambos realizados pela mesma examinadora e anotadora. Inicialmente foi realizado o questionário. O exame bucal foi realizado em sala reservada disponibilizada pelo serviço, por uma cirurgiã-dentista que utilizou iluminação artificial, gaze, espátula de madeira e espelho odontológico para afastar e examinar os dentes e mucosa. Quando havia presença de próteses era solicitado removê-las. As questões foram lidas pelo pesquisador e repetidas quando necessário. Os dados de histórico de internação e diagnóstico de saúde mental (documentados nos prontuários através do CID 10) foram coletados dos prontuários dos pacientes.

O instrumento de coleta foi composto por questionário estruturado seguido de ficha clínica para registro do exame bucal, contendo seguintes blocos: 1) sexo, etnia auto relatada, moradia (com a família ou sem a família), escolaridade (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio/superior), ocupação (ativo, aposentado, desempregado, em benefício); 2) saúde bucal, comportamentos de higiene bucal (escova menos de 1 vez por dia, 1 vez ao dia, 2 vezes ao dia, 3 vezes ou mais ao dia); 3) diagnóstico de saúde mental (esquizofrenia, depressão, bipolaridade, adição em álcool e/ou drogas tempo de tratamento no CAPS (menos de 1 ano, 1 ano, entre 1 a 2 anos, 2 a 5 anos, 5 anos ou mais), histórico de internação (sim ou não), medicamentos em uso; Um exame bucal foi realizado e a condição dentária registrada por meio do índice CPOD, seguindo as recomendações da OMS¹⁹.

O treinamento e calibração foram realizados em duas etapas, com intervalos semanais, a primeira laboratorial com dentes decíduos esfoliados e/ou extraídos, com a metodologia descrita por Cleaton – Jones et al. (1989) foram discutidos e estudados os diagnósticos seguindo o padrão da OMS (OMS, 1997) e a segunda etapa através de exames repetidos com intervalo de uma semana com uma amostra piloto. Foi alcançado escore Kappa 0,874.

O cálculo de amostra considerou o número total de pacientes vinculados nos CAPS de Porto Alegre. Foram incluídos na pesquisa cinco CAPS incluindo AD e do tipo II e um Ambulatório de Especialidades. Considerando uma estimativa de doença cárie não tratada de 50%, intervalo de confiança de 95% e amplitude de 10%, no total, a amostra final seria necessário o número de 502 indivíduos.

A construção e análise do banco de dados foi realizada através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Foram realizadas frequências de análise absolutas e relativas. A associação entre os preditores e os desfechos foram avaliados por análises descritivas e bivariadas utilizando o teste qui-quadrado ($p < 0,05$) e quando isso violou seu pressuposto, foi utilizado o teste exato de Fisher, ambos com níveis de significância de 5%. A análise multivariada foi realizada pela regressão de Poisson com variância robusta, tendo como desfecho cárie não tratada e CPOD, resultando na razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança (IC95%).

As variáveis independentes foram adicionadas ao modelo multivariado ajustado e as variáveis com valor de $p > 0,15$ na análise bruta foram consideradas. Um nível de significância de 15% foi adotado para reter as variáveis no modelo com uma seleção de variáveis anteriores.

As pessoas que foram identificadas com necessidades de tratamento odontológico foram encaminhadas aos serviços de saúde bucal existentes na rede municipal e/ou Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Este protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o nº 73679817.9.0000.5347. Os usuários foram orientados que não seriam identificados e que poderiam desistir a qualquer momento. Para cada paciente que aceitou participar, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que lessem e assinassem.

Resultados

No presente estudo foram avaliados 502 pacientes. As características dessa amostra estão na Tabela 1. Dentre os que aceitaram e participaram do estudo, pouco mais da metade era do sexo feminino (51,9%) e a média de idade foi 46,2 ($\pm 12,56$)

anos. A maioria autodeclarou-se etnia branca (61,0%), que mora com a família 399 (79,3%), tem menos que ensino fundamental 202 (40,2) e estava em acompanhamento no CAPS há pelo menos 1 ano (63,2%). Os diagnósticos de saúde mental mais frequentes foram esquizofrenia (33,0%), bipolaridade (31,4%), depressão grave (27,2%) e transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas (24,7%), sendo que 16,3% tem mais de um diagnóstico (Tabela 1).

As características pessoais e sua associação com internação estão apresentadas na Tabela 2. Para o desfecho cárie não tratada houve associação estatisticamente significativa para internação (RP=1,36; IC95%:1,10-1,69), sexo (RP=1,29; IC95%:1,05-1,59), idade a partir de 45 anos até 59 anos (RP=0,87; IC95%0,70-1,08) e para 60 anos ou mais (RP=0,53; IC95%:0,36-0,80) etnia negra (RP=1,21; IC95%:1,01-1,33), tempo de acompanhamento até 1 ano (RP=0,64; 0,45-0,91) e não houve associação estatisticamente significativa para etnia parda, escovar os dentes 1 vez ou 2 vezes ao dia, e o tempo de acompanhamento. O desfecho CPOD foi dicotomizado pelo valor 14 da mediana. A associação positiva limítrofe entre CPOD e internação verificada na análise bruta (RP=1,15; IC95%: 0,96-1,38) manteve-se após análise ajustada (RP=1,17; IC95%:0,99-1,38). Também esteve significativamente associado para pessoas acima de 35 anos ter ensino médio/superior (RP=0,76; IC95% 0,62-0,94) (Tabela 2).

Discussão

Esse estudo se destaca por trazer dados ainda pouco abordados em uma população que tem ganhado atenção em cenário mundial. Se diferencia do que já foi publicado por utilizar como cenário o serviço de saúde mental de base comunitária, com indivíduos com diagnóstico confirmado de doença mental, diferente de outros estudos com essa temática, cujos indivíduos foram selecionados em hospitais psiquiátricos ou instituições fechadas e controladas^{21,22}. Os achados também demonstram que pacientes com transtornos mentais graves, especialmente pessoas da etnia negra, que já passaram por internação tem piores condições de cárie não tratada. Dessa forma, fica claro as dificuldades de igualdade até mesmo entre um grupo já vulnerável. Sugere-se que é necessário abordar estratégias para que a saúde bucal esteja presente nos espaços de tratamento em saúde mental e não seja mais uma forma de exclusão e estigma.

Este estudo mostrou que pessoas com transtornos mentais são uma parcela populacional que permanece com escassa assistência em saúde bucal, apresentando altos índices de cárie dentária. O desfecho cárie não tratada foi utilizado para refletir a condição de saúde bucal mais recente, na tentativa de aproximar exposição e desfecho no tempo, já que os indicadores obturado e extraído, podem indicar experiência de cárie passada a mais longo prazo e também indica acesso aos serviços odontológicos²³.

O principal dispositivo para tratamento de transtornos mentais graves é feito nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pois nesse espaço é possível articular terapia, medicação, integração social e familiar²⁴. Usualmente o paciente passa a frequentar o CAPS por ser um caso identificado na atenção primária, após ter sido internado em instituição hospitalar ou já ter sido atendido em outros locais de saúde como ambulatórios, hospital-dia, entre outros. O aumento de oferta de cuidado em Atenção Básica e CAPS permite que pessoas com transtornos mentais tenham melhor acesso a tratamento, assim evoluir com menos frequência para agravamento do caso e necessidade de internação²⁵. Porém, alguns casos de internação sugerem que estes casos sejam os mais graves.

Embora existam muitas pessoas com transtornos mentais não diagnosticadas e sem tratamento, as pessoas em tratamento no CAPS possuem o diagnóstico

confirmado, dessa forma foi possível abranger os tipos de doenças mentais mais frequentes também em outros estudos nessa área^{21,26} ainda obter um panorama de diferentes locais da cidade, com diversas demandas e perfis socioeconômicos.

A esquizofrenia está entre as condições que contribuem para anos vividos com deficiência, o diagnóstico dessa doença se dá em idade precoce e o curso é frequentemente crônico²⁷. A incidência mundial de esquizofrenia é de 21,7 a cada 100.000 pessoas²⁸. É considerada uma doença desafiadora, por sua etiologia idiopática, sintomas positivos e negativos e déficit cognitivo. Os sintomas positivos são os mais conhecidos como alucinações auditivas e ideias delirantes. Os sintomas negativos passam mais despercebidos que são, por exemplo, falta de contato visual, apatia, aloxia – as respostas demoram mais, o pensamento é vazio, rígido e lento, diminuição da atividade motora e psíquica²⁹. É descrito na literatura que sintomas negativos são mais fortemente associados à falta de higiene bucal³⁰. Assim como encontrado em revisão sistemática recente, o CPOD dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia teve alto escore³⁰.

Bipolaridade é descrita como uma doença crônica que vai da mania (euforia) ao estado depressivo repentinamente. Dentre os sintomas encontrados estão alterações no apetite e no sono, capacidade comprometida de pensar, concentrar-se ou tomar decisões, atuação violenta. As medicações utilizadas podem trazer consequência para a saúde bucal como diminuição do fluxo salivar, desejo intenso por carboidratos, somado a isso as condições de saúde bucal tendem a avançar também pelo o desinteresse induzido pelo humor na fase depressiva³².

A depressão é uma doença complexa e multifatorial com fatores genéticos e não-genéticos envolvidos. Pessoas deprimidas apresentam mais risco de desenvolver cárie e periodontite, pois alterações emocionais podem influenciar a mucosa oral em função do aumento de citocinas pró-inflamatórias e modificação do sistema imunológico³³. Pessoas com depressão removem menos biofilme, e conseqüentemente podem ter mais doenças como cárie e gengivite¹⁷. Outros achados confirmaram a associação de cárie em indivíduos com depressão, porém não há dados suficientes para confirmar a relação com doença periodontal³⁴.

Embora as diferenças entre características e tratamentos para cada doença mental, a gravidade das doenças como um todo, medida pela internação, se mostrou associada com cárie dentária. As internações ocorrem quando um paciente passa por um momento de crise em que há um distúrbio de pensamento, emoções ou

comportamentos, na qual um atendimento médico se faz necessário imediatamente, para evitar maiores prejuízos a saúde do indivíduo e eliminar possíveis risco à sua vida ou a de outros³⁵. Desse modo, ter passado por internação em ala psiquiátrica ou hospital psiquiátrico foi significativo para os dois desfechos do estudo, ou seja, pessoas que já foram internadas tem mais cárie e histórico de cárie do que os que nunca foram internados, sendo esta variável uma proxy de gravidade de doença mental.

Em recente revisão sistemática foi relatado que homens e minorias étnicas tem maior risco para desenvolver transtornos mentais²⁸. Embora no presente trabalho este grupo não tenha sido a maioria, sobre o quesito etnia negra obteve-se um importante achado, já que foi estatisticamente significativo para cárie não tratada. No entanto, o registro etnia em pesquisas que envolvem a temática saúde mental ainda é reduzido, embora seja um dado de cunho social importante³⁶. Este trabalho mostrou que a proporção internados-não internados para etnia negra é maior (24,7% -16,7%) comparado com a proporção dos brancos (59,8% - 63,8%). A redução da desigualdade entre e dentro dos países também é um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU, desse modo, é importante destacar que mesmo em uma população vulnerável, a etnia negra tem piores condições de saúde bucal tornando ainda mais árduo o processo de inclusão.

As limitações desse estudo são relativas a metodologia transversal, que não é possível fazer inferências causais e não sabemos a condição de saúde bucal antes do tratamento em saúde mental. Considerando que as doenças mentais podem ter características que o paciente tem uma visão distorcida da realidade, somente pacientes em tratamento, aptos a responder de maneira acurada a entrevista foram incluídos. Esta avaliação foi realizada pelos profissionais do serviço. E, para o exame odontológicos, os dados foram coletados por uma cirurgiã-dentista calibrada e treinada.

Em conclusão, este estudo mostrou que houve diferença de experiência de cárie e cárie não tratada em pacientes com transtornos mentais graves, com histórico de internação psiquiátrica prévia. Já higiene bucal foi um fator de proteção para ambos os desfechos. A organização da oferta de cuidados em saúde bucal no contexto da rede de saúde mental é de fundamental importância.

Fontes de Financiamento: O presente trabalho foi realizado com apoio da

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001 e FAPERGS – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul

Conflito de interesse: Não há nenhum tipo de conflito de interesse nesse estudo.

Colaboradores:, F N. Hugo, D. Lucietto, participaram da elaboração do projeto, C.Kellermann e D. Lucietto na coleta de dados, F N. Hugo, D. Lucietto, C. Kellermann, J B. Hilgert na análise dos resultados e redação do artigo.

Agradecimentos: Nossos agradecimentos a Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul – FAPERGS que financiou a pesquisa aos gestores do município de Porto Alegre que permitiram a realização da pesquisa e ao acolhimento recebido pelos profissionais dos CAPS.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. 2018. p.89.
2. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry* 2016; 3:171–8.
3. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007; 370:859–77.
4. Making the Investment Case for Mental Health : A WHO / UNDP Methodological Guidance Note. 2019.
5. Anderson KK. Towards a public health approach to psychotic disorders. *Lancet Public Heal* 2019; 4:212–3.
6. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*. Elsevier Ltd; 2018. p. 357–69.
7. Pan American Health Organization. The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018. p.1–48.
8. BRASIL. Portaria Nº 3.088 De 23 De Dezembro De 2011. Ministério da Saúde Gab do Minist Institui a Rede Atenção psicossocial para pessoas com sofrimento Ment e com necessidades decorrentes do uso do crack, alcool e outras Drog no âmbito do Sist Único Saúde (SUS)
9. Kisely S, Sawyer E, Siskind D, Lalloo R. The oral health of people with anxiety and depressive disorders - A systematic review and meta-analysis. Vol. 200, *Journal of Affective Disorders*. 2016.
10. Corridore D, Guerra F, La Marra C, Di Thiene D, Ottolenghi L. Oral health status and oral health-related quality of life in Italian deinstitutionalized psychiatric patients. *Clin Ter*. 2017; p.168.
11. Slack-Smith L, Hearn L, Scrine C, Durey A. Barriers and enablers for oral health care for people affected by mental health disorders. *Aust Dent J*. 2017;62 :6–13.
12. Zusman SP, Ponizovsky AM, Dekel D, Masarwa AES, Ramon T, Natapov L, et al. An assessment of the dental health of chronic institutionalized patients with psychiatric disease in Israel. *Spec Care Dent*. 2010; 30:18–22.
13. Kisely S, Baghaie H, Lalloo R, Siskind D, Johnson NW. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and severe mental

- illness. *Psychosom Med*. 2015;77:83–92.
14. Pich J. Oral Health Education (Advice and Training) for People with Serious Mental Illness (Review). *Issues Ment Health Nurs*. 2019;40:929–30.
 15. Kisely S. No mental health without oral health. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2016.
 16. Hall JP, LaPierre TA, Kurth NK. Oral Health Needs and Experiences of Medicaid Enrollees With Serious Mental Illness. *Am J Prev Med*. 2018;55:470–9.
 17. Matevosyan NR. Oral health of adults with serious mental illnesses: A review. *Community Ment Health J*. 2010;46:553–62.
 18. McKibbin CL, Kitchen–Andren KA, Lee AA, Wykes TL, Bourassa KA. Oral Health in Adults with Serious Mental Illness: Needs for and Perspectives on Care. *Community Ment Health J*. 2014;51:222–8.
 19. Organização Mundial da Saúde. Levantamentos em Saúde Bucal: métodos básicos. 2013. p.140.
 20. Organização Mundial da Saúde. Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal- Manual de Instruções. 4ª. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1997. p.70.
 21. Teng P, Sc M, Su J, S DD, Chang W, S DD, et al. Oral health of psychiatric inpatients: a survey of central Taiwan hospitals. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011;33:253–9.
 22. Ngo DYJ, Thomson WM, Subramaniam M, Abdin E, Ang KY. The oral health of long-term psychiatric inpatients in Singapore. *Psychiatry Res*. 2018;266:206–11.
 23. Celeste RK, Nadanovsky P, De Leon AP. Associação entre procedimentos preventivos no serviço público de odontologia e a prevalência de cárie dentária. *Rev Saude Publica*. 2007;41:830–8.
 24. Df B. Ministério Da Saúde Saúde Mental No Sus : 2004. p.1–86.
 25. Miliauskas CR, Faus DP, Junkes L, Rodrigues RB, Junger W. Associação entre Internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2019;24:1935–44.
 26. Wey MC, Loh S, Doss JG, Abu Bakar AK, Kisely S. The oral health of people with chronic schizophrenia: A neglected public health burden. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016;50:685–94.
 27. Hjorthoj C, Sturup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The*

- Lancet Psychiatry 2017;4:295–301.
28. Jongsma HE, Turner C, Kirkbride JB, Jones PB. International incidence of psychotic disorders, 2002–17: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Heal* 2019;4:229–44.
 29. Friedlander AH, Marder SR. The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia. *J Am Dent Assoc.* 2002;133:603–10.
 30. Azodo CC, Ezeja EB, Omoaregba JO, James BO. Oral health of psychiatric patients: The nurse's perspective. *Int J Dent Hyg.* 2012;10:245–9.
 31. Yang M, Chen P, He MX, Lu M, Wang HM, Soares JC, et al. Poor oral health in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2018;201:3–9.
 32. Friedlander AH, Friedlander IK, Marder SR. Bipolar I disorder: Psychopathology, medical management and dental implications. *J Am Dent Assoc.* 2002;133(9):1209–17.
 33. Mohammadi TM, Sabouri A, Sabouri S, Najafipour H. Anxiety, depression, and oral health: A population-based study in Southeast of Iran. *Dent Res J (Isfahan).* 2019;16:139–44.
 34. Araújo MM, Martins CC, Costa LCM, Cota LOM, Faria RLAM, Cunha FA, et al. Association between depression and periodontitis: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol.* 2016;43:216–28.
 35. Silva NG, Barros S, de Azevedo FC, Batista LE, Policarpo VC. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. *Saude e Soc.* 2017;26:100–14.

Tabela 1- Características internação prévia x não internação nos serviços de saúde mental

	Internados		Não internados		Total		Valor-p
	N	%	n	%	n	%	
Sexo							
Feminino	168	64,6	92	35,4	260	51,8	0,049*
Masculino	342	50,9	160	42,5	242	48,0	
Idade							
Até 34 anos	77	75,5	25	24,5	102	20,3	0,116**
35 a 44 anos	66	67,3	32	32,7	98	19,5	
45 a 59 anos	154	68,4	70	31,6	225	44,8	
Acima de 60	45	58,4	32	41,6	77	15,3	
Etnia							
Branca	209	68,1	98	31,9	307	61,2	0,121**
Negra	83	74,1	29	25,9	112	22,3	
Parda	50	60,2	33	39,8	83	16,5	
Moradia							
Com a família	268	67,2	131	32,8	399	79,5	0,216*
Sem a família	342	21,6	160	18,1	102	20,5	
Escolaridade							
Ensino fundamental incompleto	151	74,8	51	25,2	202	40,3	0,034**
Ensino fundamental completo	102	29,8	55	34,6	157	31,3	
Ensino médio/superior	89	26,0	53	33,3	142	28,3	
Trabalho							
Ativo	59	61,5	37	38,5	96	19,2	0,002**
Aposentado	53	71,6	21	28,4	74	14,8	
Desempregado	95	59,7	64	40,3	159	31,7	
Em benefício	134	77,9	38	22,1	172	34,3	
Tempo de acompanhamento							
Menos de 1 ano	66	63,5	38	36,5	104	20,7	0,008**
1 ano	45	56,2	35	43,8	80	15,9	
Um a dois anos	56	63,6	32	20,0	88	17,5	
Dois a cinco anos	96	75,0	32	25,0	128	25,5	
Mais de cinco anos	79	77,5	23	22,5	102	20,3	
Frequência de higiene bucal							
Nenhuma	66	74,2	23	25,8	89	17,7	0,596**
1 vez ao dia	45	68,2	21	31,8	66	13,1	
2 vezes ao dia	89	66,9	44	33,1	133	26,5	
3 vezes ou mais	142	66,4	72	33,6	214	42,6	
Usuário de álcool							
Sim	264	65,8	137	34,2	90	18,3	0,010*
Não	71	78,9	19	21,1	401	81,7	
Diagnóstico de bipolaridade							

Sim	104	65,0	56	35,0	160	32,6	0,167*
Não	231	69,8	100	30,2	331	67,4	
Diagnóstico de depressão							
Sim	70	51,5	66	48,5	136	27,7	0,000*
Não	265	74,6	90	25,4	355	72,3	
Usuário de drogas							
Sim	55	70,5	23	29,5	78	15,9	0,371*
Não	280	67,8	133	32,2	413	84,1	
Diagnóstico de esquizofrenia							
Sim	138	83,1	28	16,9	166	33,8	0,000*
Não	197	60,6	128	39,4	325	66,2	
Local							
CAPS AD	110	30,4	27	19,6	137	27,4	0,000**
CAPS Tipo II	220	60,8	72	52,2	292	58,4	
Ambulatório de Especialidades	32	8,8	39	28,3	71	14,2	

Teste Exato de Fisher*

Qui-quadrado de Pearson**

Tabela 2 - Razão de prevalência bruta e ajustada, desfecho carie não tratada e CPOD

Variável	Cárie						CPOD					
	RP bruta	IC95%	P valor	RP ajustada	IC95%	P valor	RP bruta	(IC95%)	P valor	RP ajustada	(IC95%)	P valor
Sexo												
Masculino	1,30	1,13-1,51	0,001	1,29	1,05-1,59	0,014	0,79	0,67-0,94	0,006	0,83	0,71-0,97	0,02
Idade												
Até 34 anos	1			1			1			1		
35-44 anos	1,06	0,90-1,23	0,50	0,99	0,81-1,22	0,93	2,34	1,48-3,74	<0,01	2,31	2,46-3,64	<0,001
45-59 anos	0,72	0,61-0,85	<0,01	0,87	0,70-1,08	0,19	3,56	2,34-5,39	<0,01	3,16	2,08-4,80	<0,001
60 anos ou mais	0,49	0,36-0,67	<0,01	0,53	0,36-0,80	0,002	4,32	2,84-6,58	<0,01	0,53	0,36-0,79	0,002
Raça/cor												
Branca	1			1			1					
Negra	1,34	1,15-1,55	<0,001	1,21	1,01-1,33	0,03	0,73	0,58-0,92	0,01			
Parda	1,04	0,85-1,29	0,68	1,00	0,78-1,27	0,99	0,90	0,72-1,12	0,35			
Moradia												
Sem a família	1,20	1,03-1,40	0,02				1,19	0,99-1,42	0,06			
Escolaridade												
Ens. Fund. Incompleto	1						1			1		
Ens. Fund. Completo	0,99	0,84-1,18	0,94				0,63	0,51-0,79	<0,001	0,90	0,76-1,07	0,22
Ens. Médio/ Superior	0,96	0,80-1,15	0,65				0,77	0,64-0,93	0,006	0,76	0,62-0,94	0,01
Trabalho												
Aposentado	1						1			1		
Ativo	1,52	1,14-2,03	0,005				0,51	0,38-0,69	<0,001	0,79	0,59-1,07	0,12
Desempregado	1,34	1,01-1,78	0,04				0,65	0,52-0,81	<0,001	0,91	0,74-1,13	0,41
Em benefício	1,41	1,07-1,86	0,01				0,89	0,74-1,07	0,22	1,03	0,86-1,23	0,75
Frequência de higiene bucal < de 1 vez ao dia												
< de 1 vez ao dia	1			1			1			1		
1 vez ao dia	0,86	0,68-1,08	0,20	1,03	0,79-1,34	0,83	0,82	0,62-1,09	0,17	0,83	0,63-1,10	0,20
2 vezes ao dia	0,94	0,78-1,12	0,46	1,15	0,93-1,43	0,20	0,81	0,64-1,02	0,08	0,89	0,71-1,11	0,28
3 vezes ou mais	0,73	0,60-0,88	0,001	0,89	0,70-1,13	0,34	0,85	0,70-1,05	0,13	0,87	0,72-1,06	0,17
Uso de tabaco												
Sim	0,94	0,75-1,18	0,60	1,02	0,81-1,27	0,88	1,15	0,82-1,60	0,42			
Motivo tratamento												
Depressão	0,83	0,69-0,99	0,04				1,30	1,11-1,52	0,001			
Álcool	1,19	1,01-1,40	0,03				0,90	0,72-1,12	0,35			
Drogas	1,41	1,23-1,63	<0,01				0,59	0,43-0,81	0,001			
Esquizofrenia	0,98	0,84-1,14	0,79				1,16	0,99-1,37	0,06			
Bipolaridade	0,79	0,66-0,94	0,006				1,08	0,92-1,28	0,36			
Tempo de acompanhamento < de 1 ano												
< de 1 ano	1			1			1			1		
1 ano	0,67	0,52-0,85	0,001	0,64	0,45-0,91	0,010	1,27	0,95-1,70	0,10	1,17	0,93-1,48	0,19
Entre 1 e 2 anos	0,80	0,66-0,98	0,03	0,96	0,74-1,24	0,73	1,21	0,90-1,61	0,20	1,00	0,78-1,28	0,92
2 a 5 anos	0,81	0,68-0,97	0,02	0,88	0,71-1,08	0,22	1,18	0,90-1,55	0,23	1,01	0,77-1,33	0,98
5 anos ou mais	0,68	0,55-0,85	0,001	0,78	0,59-1,04	0,08	1,51	1,17-1,95	0,002	1,15	0,90-1,88	0,48
Internação												
Sim	1,32	1,10-1,57	0,002	1,36	1,10-1,69	0,005	1,15	0,96-1,38	0,13	1,17	0,99-1,38	0,06

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante conhecermos a situação de saúde bucal de pessoas com transtornos mentais atendidas nos CAPS. Através desse dado é possível planejar ações para aproximar as áreas de saúde mental e saúde bucal, visto que fazem parte de um Sistema Único de Saúde que visa o cuidado integral dos pacientes. Conhecer os fatores de risco e as peculiaridades das pessoas que sofrem de algum transtorno mental pode dar suporte para os profissionais das duas áreas de saber.

Dos principais achados desta pesquisa, está que mulheres da etnia negra, que já passaram por internação psiquiátrica, independente do diagnóstico têm pior condições de saúde bucal do que as que nunca foram internadas. Isto significa que há uma forte questão de estigma e desigualdade social envolvendo a etnia negra e casos mais graves de transtornos mentais.

Percebe-se a necessidade de priorizar atenção à saúde bucal desses pacientes, através de mais pesquisas e divulgação com o tema nos espaços de saúde. Além disso, é preciso que ações que facilitem o acesso desses usuários a serviços odontológicos, assim como ações de cuidado em saúde reabilitador, com atenção em saúde bucal e ações interssetoriais de promoção de saúde.

5 REFERÊNCIAS

ALVES, M. U.; HAAS, N. A. T.; ROCHA, V. C. F.; O desafio do diagnóstico oral em pacientes especiais. **Rfo**, v. 14, p. 211–215, 2009.

ANDERSON, K. K.; Towards a public health approach to psychotic disorders. **The Lancet Public Health**, v. 4, n. 5, p. e212–e213, 2019.

ARAÚJO, M. M., CASTRO, C., COSTA, L. C. M. COTA, L. O. M., FARIA, R. L. A. M., CUNHA, F. A. C., OLIVEIRA F., et al.; Association between depression and periodontitis: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 43, n. 3, p. 216–228, 2016.

AZODO, C. C. EZEJA, E. B. OMOAREGBA, J. O. JAMES, B. O.; Oral health of psychiatric patients: The nurse's perspective. **International Journal of Dental Hygiene**, v. 10, n. 4, p. 245–249, 2012.

BRASIL. Portaria Nº 3.088 de 23 de Dezembro De 2011. **Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Institui a Rede de Atenção psicossocial para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, v. 2011, p. 1–9, 2011.

BRASIL, Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial**. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016, 143 p

CANGA, M.; MALAGNINO, I.; MALAGNINO, G.; Evaluating therapy treatments in patients with mental disorders in relation to oral health. **Journal of Contemporary Dental Practice**, v. 20, n. 10, p. 1179–1183, 2019.

CELESTE, R. K.; NADANOVSKY, P.; DE LEON, A. P.; Associação entre procedimentos preventivos no serviço público de odontologia e a prevalência de cárie dentária. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 830–838, 2007.

CHARLSON, F.; VAN OMMEREN, M.; FLAXMAN, A.; CORNETT, J.; WHITEFORD, H.; SAXENA, S.; New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, v. 394, n. 10194, p. 240–248, 2019.

COCKBURN, N.; PRADHAN, A.; TAING, M. W.; KISELY, S.; FORD, P. J. Oral health impacts of medications used to treat mental illness. **Journal of Affective Disorders**, [s. l.], v. 223, p. 184–193, 2017.

CORRIDORE, D.; GUERRA, Fabrizio; LA MARRA, C.; DI THIENE, D.; OTTOLENGHI, L. Oral health status and oral health-related quality of life in Italian deinstitutionalized psychiatric patients. **Clínica Terapêutica**, [s. l.], v. 168, n. 2, 2017.

DF, Brasília. **Ministério Da Saúde Saúde Mental No Sus, 2015**.

FRIEDLANDER, A. H.; FRIEDLANDER, I. K.; MARDER, S. R.; Bipolar I disorder: Psychopathology, medical management and dental implications. **Journal of the American Dental Association**, v. 133, n. 9, p. 1209–1217, 2002.

FRIEDLANDER, A. H.; MARDER, S. R. The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia. **Journal of the American Dental Association**, v. 133, n. 5, p. 603–610, 2002.

HALL, J. P.; LAPIERRE, T. A.; KURTH, N. K. Oral Health Needs and Experiences of Medicaid Enrollees With Serious Mental Illness. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 55, n. 4, p. 470–479, 2018.

HASHIOKA, S.; INOUE, K.; MIYAOKA, T.; HAYASHIDA, M.; WAKE, R.; OH-NISHI, A.; INAGAKI, M.; The possible causal link of periodontitis to neuropsychiatric disorders: More than psychosocial mechanisms. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 20, n. 15, 2019.

HUGOSON, A.; HELLQVIST, L.; ROLANDSSON, M.; BIRKHED, D.; Dental caries in relation to smoking and the use of Swedish snus: Epidemiological studies covering 20 years (1983-2003). **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 70, n. 4, p. 289–296, 2012.

JAMELLI, S. R.; MENDONÇA, M. C.; DINIZ, M. G.; ANDRADE, F. B.; Saúde bucal e percepção sobre o atendimento odontológico em pacientes com transtorno psíquico moradores de residências terapêuticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 1, p. 1795–1800, 2010.

JAMES, S. L.; et al.; Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 Diseases and Injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v. 392, n. 10159, p. 1789–1858, 2018.

JONGSMA, H. E.; et al.; International incidence of psychotic disorders, 2002–17: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Public Health**, v. 4, n. 5, p. e229–e244, 2019.

KISELY, S.; N. PRADHAN; A. TAING; M. W. Ford, P. J. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and severe mental illness. **Psychosomatic Medicine**, v. 77, n. 1, p. 83–92, 2015.

KISELY, S.; No mental health without oral health. **Canadian Journal of Psychiatry**, 2016.

KISELY, S.; COCKBURN, N.; PRADHAN, A.; TAING, M. W.; FORD, P. J. The oral health of people with anxiety and depressive disorders - A systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, 2016.

LEITE, F. R. M.; LEITE, F. R. M.; NASCIMENTO, G. G.; SCHEUTZ, L. R.; Effect of Smoking on Periodontitis: A Systematic Review and Meta-regression. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 54, n. 6, p. 831–841, 2018.

LEVAV, I.; RESTREPO, H.; GUERRA DE MACEDO, C.; The Restructuring of Psychiatric Care in Latin America: A New Policy for Mental Health. **Source Journal of Public Health Policy**, v. 15, n. 1, p. 71–85, 1994.

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.

LUND, C.; BROOKE S.; CARRIE B.; FLORENCE B.; EMILY C. B.; ERICA C.; PRABHA H.; JOHANNES H.; HELEN J.; MARK K.; MEDINA-MORA C.; MORGAN M. E.; OMIGBODUN E. O.; PATEL T. W., VIKRAM S.; **Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews**The Lancet Psychiatry Elsevier Ltd, , 2018.

Making the Investment Case for Mental Health: A WHO / UNDP Methodological Guidance Note. n. May, 2019.

MATEVOSYAN, N. R.; Oral health of adults with serious mental illnesses: A review. **Community**

Mental Health Journal v. 46, n. 6, p. 553–562, 2010.

MCKIBBIN, C.; KITCHEN A.; KATHERINE A. L.; AARON A. W.; THOMAS L.B.; KATELYNN A.; Oral Health in Adults with Serious Mental Illness: Needs for and Perspectives on Care. **Community Mental Health Journal**, v. 51, n. 2, p. 222–228, 2014.

HERNÁNDEZ S. F.; VIVANCO C. B.; Afecciones bucodentales en pacientes psiquiátricos. **Revista de la Asociación Dental Mexicana**, v. 61, n. 6, p. 225–229, 2004.

MIELKE, F. B.; Avaliação qualitativa da relação de atores sociais com a loucura em um serviço substitutivo de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 3, p. 501–507, 2012.

MILIAUSKAS, C. R.; Associação entre Internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. **Ciência & saúde coletiva** v. 24, n. 5, p. 1935–1944, 2019.

MOHAMMADI, T. M. A.; Depression, and oral health: A population-based study in Southeast of Iran. **Dental Research Journal**, v. 16, n. 3, p. 139–144, 2019.

NGO, D. Y. J.; The oral health of long-term psychiatric inpatients in Singapore. **Psychiatry Research**, v. 266, n. May, p. 206–211, 2018.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P.; Entre a saúde coletiva e a saúde mental: Um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1053–1062, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal- Manual de Instruções**. 4ª ed. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Levantamentos em Saúde Bucal: métodos básicos**.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018**.

PATEL, V. L.; CRICK B. S.; CARRIE B.; FLORENCE B.; EMILY C. B.; ERICA C.; PRABHA H.; JOHANNES H.; JORDANS H.; KIELING M.; MEDINA-MORA C.; MORGAN M. E.; OMIGBODUN, E.; WIETSE O. T.; VIKRAM P.; SHEKHAR, S.; The Lancet's Series on Global Mental Health: 1 year on. **The Lancet**, v. 372, n. 9646, p. 1354–1357, 2008.

PICH, J.; Oral Health Education (Advice and Training) for People with Serious Mental Illness (Review). **Issues in mental health nursing**, v. 40, n. 10, p. 929–930, 2019.

PINTO, M.; BARDACH M.; PALACIOS A.; BIZ, A. A.; Burden of smoking in Brazil and potential benefit of increasing taxes on cigarettes for the economy and for reducing morbidity and mortality. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 8, p. 1–18, 2019.

PRINCE, M.; PATEL; VIKRAM S.; SHEKHAR M.; MASELKO M.; PHILLIPS, J.; RAHMAN M.; No health without mental health. **Lancet** v. 370, n. 9590, p. 859–877, 2007.

REBELLO, T. J.; Innovative strategies for closing the mental health treatment gap globally **Current Opinion in Psychiatry**, 2014.

SILVA, N. G.; O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 100–114, 2017.

SLACK-SMITH, L.; Barriers and enablers for oral health care for people affected by mental health disorders. **Australian Dental Journal**, v. 62, n. 1, p. 6–13, 2017.

SWAGER, L. W. M.; MORGAN, S. K.; Psychotropic-induced dry mouth: Don't overlook this potentially serious side effect. **Current Psychiatry**, v. 10, n. 12, p. 54–58, 2011.

TENG, P.; Oral health of psychiatric inpatients: a survey of central Taiwan hospitals. **General Hospital Psychiatry**, v. 33, n. 3, p. 253–259, 2011.

TORALES, J.; BARRIOS, I.; GONZÁLEZ, I.; Oral and dental health issues in people with mental disorders. **Medwave**, v. 17, n. 08, 2017.

VIGO, D.; THORNICROFT, G.; ATUN, R.; Estimating the true global burden of mental illness. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 2, p. 171–178, 2016.

VIOLANTE, C.; AMORIM, I.; **Programa de luta conta o estigma: resultados obtidos na formação nos profissionais da saúde mental.** v. 5, p. 19–24, 2017.

WALKER, E. R.; MCGEE, R. E.; DRUSS, B. G.; Mortality in mental disorders and global disease burden implications a systematic review and meta-analysis. **JAMA Psychiatry**. v. 72, n. 4, p. 334–341, 2015.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F.; Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: Perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface: Comunicação, saúde, Educação.** v. 19, n. 55, p. 1121–1132, 2015.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders**, 2018.

YANG, Mi et al. Poor oral health in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. **Schizophrenia Research**, v. 201, p. 3–9, 2018.

ZUSMAN, S.; PONIZOVSKY, A. M.; DEKEL, D.; MASARWA, A. B. D.; RAMON, E. S.; TIRZA N.; GRINSHPOON, L. A.; An assessment of the dental health of chronic institutionalized patients with psychiatric disease in Israel. **Special Care in Dentistry** v. 30, n. 1, p. 18–22, 2010.

6 APÊNDICES

6.1 APÊNDICE A– Tabela 1

Tabela 1- Características pacientes internação prévia x não internação

	Internados		Não internados		Total		Valor-p
	N	%	n	%	n	%	
Sexo							
Feminino	168	64,6	92	35,4	260	51,8	0,049*
Masculino	342	50,9	160	42,5	242	48,0	
Idade							
Até 34 anos	77	75,5	25	24,5	102	20,3	0,116**
35 a 44 anos	66	67,3	32	32,7	98	19,5	
45 a 59 anos	154	68,4	70	31,6	225	44,8	
Acima de 60	45	58,4	32	41,6	77	15,3	
Tabaco							
Sim	158	71,5	63	28,5	265		0,393*
Não	33	75,0	11	25,0	221		
Etnia							
Branca	209	68,1	98	31,9	307	61,2	0,121**
Negra	83	74,1	29	25,9	112	22,3	
Parda	50	60,2	33	39,8	83	16,5	
Moradia							
Com a família	268	67,2	131	32,8	399	79,5	0,216*
Sem a família	342	21,6	160	18,1	102	20,5	
Escolaridade							
Ensino fundamental incompleto	151	74,8	51	25,2	202	40,3	0,034**
Ensino fundamental completo	102	29,8	55	34,6	157	31,3	
Ensino médio/superior	89	26,0	53	33,3	142	28,3	
Trabalho							
Ativo	59	61,5	37	38,5	96	19,2	0,002**
Aposentado	53	71,6	21	28,4	74	14,8	
Desempregado	95	59,7	64	40,3	159	31,7	
Em benefício	134	77,9	38	22,1	172	34,3	
Tempo de acompanhamento							
Menos de 1 ano	66	63,5	38	36,5	104	20,7	0,008**
1 ano	45	56,2	35	43,8	80	15,9	
Um a dois anos	56	63,6	32	20,0	88	17,5	
Dois a cinco anos	96	75,0	32	25,0	128	25,5	
Mais de cinco anos	79	77,5	23	22,5	102	20,3	
Frequência de higiene bucal							
Nenhuma	66	74,2	23	25,8	89	17,7	0,596**
1 vez ao dia	45	68,2	21	31,8	66	13,1	

2 vezes ao dia	89	66,9	44	33,1	133	26,5	
3 vezes ou mais	142	66,4	72	33,6	214	42,6	
Usuário de álcool							
Sim	264	65,8	137	34,2	90	18,3	0,010*
Não	71	78,9	19	21,1	401	81,7	
Diagnóstico de bipolaridade							
Sim	104	65,0	56	35,0	160	32,6	0,167*
Não	231	69,8	100	30,2	331	67,4	
Diagnóstico de depressão							
Sim	70	51,5	66	48,5	136	27,7	0,000*
Não	265	74,6	90	25,4	355	72,3	
Usuário de drogas							
Sim	55	70,5	23	29,5	78	15,9	0,371*
Não	280	67,8	133	32,2	413	84,1	
Diagnóstico de esquizofrenia							
Sim	138	83,1	28	16,9	166	33,8	0,000*
Não	197	60,6	128	39,4	325	66,2	
Local							
CAPS AD	110	30,4	27	19,6	137	27,4	0,000**
CAPS Tipo II	220	60,8	72	52,2	292	58,4	
Ambulatório de Especialidades	32	8,8	39	28,3	71	14,2	

6.2 APÊNDICE B – Tabela 2

Tabela 2 - Razão de prevalência bruta e ajustada, desfecho carie não tratada e CPOD

Variável	Cárie						CPOD					
	RP bruta	IC95%	P valor	RP ajustada	IC95%	P valor	RP bruta	(IC95%)	P valor	RP ajustada	(IC95%)	P valor
Sexo												
Masculino	1,30	1,13-1,51	0,001	1,29	1,05-1,59	0,014	0,79	0,67-0,94	0,006	0,83	0,71-0,97	0,02
Idade												
Até 34 anos	1			1			1			1		
35-44 anos	1,06	0,90-1,23	0,50	0,99	0,81-1,22	0,93	2,34	1,48-3,74	<0,01	2,31	2,46-3,64	<0,001
45-59 anos	0,72	0,61-0,85	<0,01	0,87	0,70-1,08	0,19	3,56	2,34-5,39	<0,01	3,16	2,08-4,80	<0,001
60 anos ou mais	0,49	0,36-0,67	<0,01	0,53	0,36-0,80	0,002	4,32	2,84-6,58	<0,01	0,53	0,36-0,79	0,002
Raça/cor												
Branca	1			1			1			1		
Negra	1,34	1,15-1,55	<0,001	1,21	1,01-1,33	0,03	0,73	0,58-0,92	0,01			
Parda	1,04	0,85-1,29	0,68	1,00	0,78-1,27	0,99	0,90	0,72-1,12	0,35			
Moradia												
Sem a família	1,20	1,03-1,40	0,02				1,19	0,99-1,42	0,06			
Escolaridade												
Ens. Fund. Incompleto	1						1			1		
Ens. Fund. Completo	0,99	0,84-1,18	0,94				0,63	0,51-0,79	<0,001	0,90	0,76-1,07	0,22
Ens. Médio/Superior	0,96	0,80-1,15	0,65				0,77	0,64-0,93	0,006	0,76	0,62-0,94	0,01
Trabalho												
Aposentado	1						1			1		
Ativo	1,52	1,14-2,03	0,005				0,51	0,38-0,69	<0,001	0,79	0,59-1,07	0,12
Desempregado	1,34	1,01-1,78	0,04				0,65	0,52-0,81	<0,001	0,91	0,74-1,13	0,41
Em benefício	1,41	1,07-1,86	0,01				0,89	0,74-1,07	0,22	1,03	0,86-1,23	0,75
Frequência de higiene bucal												
< de 1 vez ao dia	1			1			1			1		
1 vez ao dia	0,86	0,68-1,08	0,20	1,03	0,79-1,34	0,83	0,82	0,62-1,09	0,17	0,83	0,63-1,10	0,20
2 vezes ao dia	0,94	0,78-1,12	0,46	1,15	0,93-1,43	0,20	0,81	0,64-1,02	0,08	0,89	0,71-1,11	0,28
3 vezes ou mais	0,73	0,60-0,88	0,001	0,89	0,70-1,13	0,34	0,85	0,70-1,05	0,13	0,87	0,72-1,06	0,17
Uso de tabaco												
Sim	0,94	0,75-1,18	0,60	1,02	0,81-1,27	0,88	1,15	0,82-1,60	0,42			
Motivo tratamento												
Depressão	0,83	0,69-0,99	0,04				1,30	1,11-1,52	0,001			
Álcool	1,19	1,01-1,40	0,03				0,90	0,72-1,12	0,35			
Drogas	1,41	1,23-1,63	<0,01				0,59	0,43-0,81	0,001			
Esquizofrenia	0,98	0,84-1,14	0,79				1,16	0,99-1,37	0,06			
Bipolaridade	0,79	0,66-0,94	0,006				1,08	0,92-1,28	0,36			
Tempo de acompanhamento												
< de 1 ano	1			1			1			1		
1 ano	0,67	0,52-0,85	0,001	0,64	0,45-0,91	0,010	1,27	0,95-1,70	0,10	1,17	0,93-1,48	0,19
Entre 1 e 2 anos	0,80	0,66-0,98	0,03	0,96	0,74-1,24	0,73	1,21	0,90-1,61	0,20	1,00	0,78-1,28	0,92
2 a 5 anos	0,81	0,68-0,97	0,02	0,88	0,71-1,08	0,22	1,18	0,90-1,55	0,23	1,01	0,77-1,33	0,98
5 anos ou mais	0,68	0,55-0,85	0,001	0,78	0,59-1,04	0,08	1,51	1,17-1,95	0,002	1,15	0,90-1,88	0,48
Internação												
Sim	1,32	1,10-1,57	0,002	1,36	1,10-1,69	0,005	1,15	0,96-1,38	0,13	1,17	0,99-1,38	0,06

6.3 APÊNDICE C – Instrumentos de pesquisa utilizado

Nome: _____ (uso interno)

Código Identificador:	Entrevistador:
Data: ___/___/___	
Localização: () CAIS MENTAL () CAPS PLP () CAPS Vila Nova	
() Ambulatório () CAPS Clínicas () CAPS GCC	

Bloco I – Dados

1. Qual a sua data de nascimento? ___/___/___

Sexo: Não perguntar

Feminino	(1)
Masculino	(2)

2. Onde você morou a maior parte da vida?

Cidade: _____
 () Área urbana () Área rural

3. Moradia atual?

() albergue () situação de rua () família () sozinho () outro: _____

4. Qual etnia você se considera? Ler as opções para a pessoa e considerar aquela que for declarada. Caso a declaração não corresponda a uma das alternativas enunciadas no quesito, deve-se esclarecer as opções para que a pessoa se classifique na que julgar mais adequada. (IBGE)

Branca	Negra	Parda	Amarela	Indígena	Não sabe	Outra
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

5. Ocupação:

() ativo () aposentado () desempregado () em benefício

6. Até que série você estudou?

(1) Sem escolaridade formal	(2) Menos que o ensino fundamental (primário/ 4ª série)	(3) Ensino fundamental completo (ginásio/1º ano)
(4) Ensino médio completo (magistério/científico)	(5) Ensino superior completo	(6) Pós-graduação completa

7. Quanto tempo está em acompanhamento no CAPS?

8. Qual o motivo do acompanhamento?

() álcool e drogas () álcool () drogas () esquizofrenia () bipolaridade
 () depressão () outro: _____

9. Já esteve internado?

() Hospital Espírita () Postão () Sanatório Partenon () Permanência
() outro: _____

10. Quais medicamentos você utiliza? (uso contínuo, prescritos)

Bloco III –

11. Quantos dentes naturais você possui?

12. Você usa próteses dentais removíveis?

SIM		NÃO	
Prótese parcial	(1) Sup (2) Inf	Motivo:	(3) Não há ausência dentária (4) Não adaptou-se ao uso (machucava/caia) (5) Não teve condições (financeiras) de fazer (6) Outro
Prótese total	(1) Sup (2) Inf		Não sei (7)

13. Com que frequência você limpa os seus dentes?

(Nunca) (1 vez ao dia) (2 vezes ao dia) (3 vezes ao dia ou mais)

() nem todo dia () 1 vez por semana () de vez enquanto

14. Quais dos seguintes itens (produtos) você usa para limpar os dentes?

	Sempre	Às vezes	Nunca
Escova de dente	(1)	(2)	(3)
Creme dental (marca _____)	(1)	(2)	(3)
Palito de madeira	(1)	(2)	(3)
Enxaguatório	(1)	(2)	(3)
Fio dental	(1)	(2)	(3)
Outros _____	(1)	(2)	(3)

15. Você tem escova só para você?	() Não, não tenho	() Sim	() Não, compartilho com outra pessoa
-----------------------------------	--------------------	---------	---------------------------------------

16. Quem ensinou você escovar os dentes?^d

() Ninguém	() Cirurgiã(o)-dentista
() Pai/mãe/responsável	() Não sabe
() Professor(a) da escola	() Não respondeu

17. No momento você está sentindo alguma dor ou desconforto na boca e/ou nos dentes?



18. Alguma vez já foi ao consultório do dentista?

- Não – Porquê?
 Sim
 Não sabe
 Não respondeu

19. Quando você consultou o dentista pela última vez?

- Menos de 1 ano
 Um a dois anos
 Três anos ou mais
 Não sabe
 Não respondeu

20. Qual o motivo da sua última consulta odontológica?

- Revisão, prevenção ou check-up
 Dor
 Extração
 Tratamento
 Outro
 Não sabe
 Não respondeu

21. Onde foi sua última consulta odontológica?

- Serviço público
 Serviço particular
 Plano de saúde ou convênios
 Outro
 Não sabe
 Não respondeu

22. O que achou do tratamento na última consulta odontológica?

- Muito bom
 Bom
 Regular
 Ruim
 Muito Ruim
 Não sabe
 Não respondeu

Dentes:	Gengivas:	Prótese:
<input type="checkbox"/> Muito bom	<input type="checkbox"/> Muito bom	<input type="checkbox"/> Muito bom
<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Bom
<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular
<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Ruim
<input type="checkbox"/> Muito Ruim	<input type="checkbox"/> Muito Ruim	<input type="checkbox"/> Muito Ruim
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe

23. O que mudaria primeiro no seu sorriso?

Nada mudaria
 Cor dos dentes
 Tamanho dos dentes (deixar maior, menor, etc.)
 Forma dos dentes (deixar mais redondo, mais quadrado, etc.)
 Posição dos dentes (endireitar, movimentar para a frente, para trás ou para lados)
 Colocar dentes
 Não sabe
 Não respondeu

24. Você acha que necessita de tratamento dentário atualmente?^a

Não
 Sim
 Não sabe
 Não respondeu

25. Se sim, por quê?

revisão
 para extrair dente
 resolver dor
 arrumar dente
 para colocar prótese
 outro – qual?

OHIP 14

Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:

Por favor, indique a melhor opção	nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Você ficou preocupado por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Você se sentiu estressado por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Você encontrou dificuldades para relaxar por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Você se sentiu envergonhado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Você ficou totalmente incapaz de realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Escala EBIA

1. Nos últimos três meses, você teve **preocupação** de que os alimentos acabassem antes de poder comprar ou receber mais comida?

() Sim () Não () Não sabe () Não respondeu

2 - Nos últimos três meses, os alimentos **acabaram antes que você tivesse dinheiro** para comprar mais comida?

() Sim () Não () Não sabe () Não respondeu

3 - Nos últimos três meses, você ficou sem dinheiro para ter uma **alimentação saudável** e variada?

() Sim () Não () Não sabe () Não respondeu

4 - Nos últimos três meses, você comeu apenas alguns **alimentos que ainda tinham** porque o dinheiro acabou?

() Sim () Não () Não sabe () Não respondeu

5 - Nos últimos três meses, você **deixou de fazer uma refeição** porque não havia dinheiro para comprar comida?

() Sim () Não () Não sabe () Não respondeu

6 - Nos últimos três meses, você alguma vez **comeu menos do que devia** porque não havia dinheiro para comprar comida?

() Sim () Não () Não sabe () Não respondeu

7 - Nos últimos três meses, você alguma vez **sentiu fome, mas não comeu**, porque não havia dinheiro para comprar comida?

() Sim () Não () Não sabe () Não respondeu

8 - Nos últimos três meses, você alguma vez, **fez apenas uma refeição** ao dia ou ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida?

() Sim () Não () Não sabe () Não respondeu

9 - Nos últimos três meses, alguma vez, **não comeu quantidade suficiente** de comida porque não havia dinheiro para comprar comida?

() Sim () Não () Não sabe () Não respondeu

Nome: _____ Registro _____
 Entrevistador: _____ DATA: ____/____/____

ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? <i>(somente uso não prescrito pelo médico)</i>	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- Se "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? <i>(primeira droga, segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
- c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, briho)
- e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
- g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mesalina, peiote, cacto)
- i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- j. outras – especificar:

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ALCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i> resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou éxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (<i>primeira droga, depois a segunda droga, etc</i>), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?					
	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

- **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (<i>primeira droga, depois a segunda droga, etc...</i>)?			
	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (<i>primeira droga, depois a segunda droga, etc...</i>) e não conseguiu?			
	NÃO, Nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

Guia de Intervenção para Padrão de uso Injetável

Uma vez por semana ou menos Ou menos de três dias seguidos	Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"
Mais do que uma vez por semana Ou mais do que três dias seguidos	Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo*

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma Intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Álcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.

Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).

Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.

Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.

Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

FICHA DE EXAME (SB BRASIL ADAPT)

Informações Gerais

Idade

--	--

 Sexo

--

 etnia

--

Uso de prótese

Sup	Inf

Não

Necessidade de prótese

Sup	Inf

Não

0 - hígido
 1 - cariado
 2 - restaurado
 3 - extraído por cárie
 4 - extração indicada
 (RR/ env endodôntico evidente)
 5 - ausente

Traumatismo dentário

12	11
42	41

21	22
31	32

Não

CPOD

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
Coroa														
Raiz														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
Coroa														
Raiz														

FICHA DE EXAME EXTRA-ORAL E DE MUCOSA ORAL (OMS, 1997)

AVALIAÇÃO CLÍNICA

EXAME EXTRA-ORAL

- 0 = Aparência extra-oral normal
- 1 = Ulceração, feridas, erosões, fissuras (cabeça, pescoço, membros)
- 2 = Ulceração, feridas, erosões, fissuras (nariz, bochechas, queixo)
- 3 = Ulceração, feridas, erosões, fissuras (comissuras)
- 4 = Ulceração, feridas, erosões, fissuras (linha cutâneo-mucosa)
- 5 = Cancro bucal
- 6 = Anormalidades dos lábios
- 7 = Linfonodos entumescidos (cabeça, pescoço)
- 8 = Outros inchaços da face e maxilares
- 9 = Sem registro

 (32)

MUCOSA ORAL

CONDIÇÃO

- 0 = Sem anormalidades
- 1 = Tumor maligno (câncer)
- 2 = Leucoplasia
- 3 = Líquen plano
- 4 = Úlcera (aftosa, herpética, traumática)
- 5 = Gengivite Necrosante Aguda
- 6 = Candidíase
- 7 = Abscesso
- 8 = Outras condições (especificar, se possível)
- 9 = Sem registro

(37)		(40)	
(38)		(41)	
(39)		(42)	

LOCALIZAÇÃO

- 0 = Linha cutâneo-mucosa
- 1 = Comissuras
- 2 = Lábios
- 3 = Sulco
- 4 = Mucosa oral
- 5 = Assoalho da boca
- 6 = Língua
- 7 = Palato duro e/ou mole
- 8 = Crista alveolar/gengiva
- 9 = Sem registro

6.4 APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido-pacientes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, portador de registro geral (RG) número _____ e do cadastro da pessoa física (CPF) número _____, através desse documento, declaro que aceito participar livremente da pesquisa chamada “Práticas, condições e demandas de saúde bucal em pacientes com sofrimento psíquico/transtorno mental” do pesquisador Deison Alencar Lucietto sob orientação do Professor Fernando Neves Hugo, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Fui bem informado(a) que a pesquisa tem por objetivo analisar a saúde bucal de pessoas atendidas em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Ambulatórios de Saúde Mental da cidade de Porto Alegre/RS. Além disso, a pesquisa busca conhecer os hábitos de alimentação, os hábitos de higiene bucal, as condições de saúde bucal, o uso de serviços de dentistas e a avaliação pessoal sobre as próprias condições de saúde bucal.

A pesquisa é importante porque existem poucas pesquisas que estudam saúde bucal de pessoas atendidas na área de saúde mental no país, bem como pela necessidade de entender as dificuldades que os pacientes enfrentam para depois propor soluções para os serviços.

Fui informado(a) que a pesquisa seguirá as normas da Resolução CNS Nº. 466/12, que trata dos cuidados que as pesquisas envolvendo seres humanos devem ter. Também recebi informação que essa pesquisa vai incluir pessoas que recebem atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Ambulatórios de Saúde Mental da cidade de Porto Alegre/RS bem como profissionais das equipes de saúde mental e coordenadores da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.

Todo o procedimento ocorrerá de forma gratuita, ou seja, sem custos para a minha pessoa. Também fui informado(a) que, sob o ponto de vista das pessoas usuárias dos serviços de saúde mental, a pesquisa ocorrerá por meio de observações que o pesquisador vai fazer no dia-a-dia nos serviços de saúde mental, durante as atividades de rotina, da aplicação de questionários, do estudo dos prontuários e através de exames bucais às pessoas atendidas.

Tenho conhecimento de que todos os procedimentos seguirão as normas de segurança e serão acompanhados pelo pesquisador responsável e pelo professor orientador da pesquisa. Sei que receberei resposta a qualquer dúvida que eu tiver sobre a pesquisa, além de outros assuntos relacionados com qualquer uma de suas etapas. Caso eu desejar, poderei ser informado posteriormente sobre o resultado da pesquisa.

Também tenho conhecimento que poderei sentir algum tipo de constrangimento durante as observações, ao responder aos questionários ou ao participar dos exames bucais (pontos negativos da pesquisa). Mas, caso eu me sinta desconfortável diante

de qualquer ação da pesquisa, se eu quiser a atividade será imediatamente parada e toda a assistência necessária será prestada até passar o desconforto.

Compreendo os pontos positivos (benefícios da pesquisa) que serão proporcionados a minha pessoa e a sociedade com esta pesquisa, uma vez que serão feitas orientações sobre a prevenção de doenças da boca, receberei um kit de higiene bucal e serão fornecidos panfletos sobre cuidados com a boca para os serviços participantes da pesquisa. Através da minha participação neste estudo serão produzidos dados e informações que ajudarão na busca por soluções para os problemas identificados.

Concordo com a divulgação dos dados obtidos durante a pesquisa, bem como entendo que não serei identificado e que se manterá sigilo das informações coletadas, bem como das imagens registradas, isto é, fotografias e vídeos dos CAPS e dos Ambulatórios de Saúde Mental participantes.

Também sei que os dados serão armazenados e futuramente a pesquisa será publicada em revistas científicas ou congressos da área da saúde para fornecer informações para os demais pesquisadores, professores e estudantes dos cursos da área da saúde.

Fui informado(a) que tenho total liberdade para retirar meu aceite e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso me traga qualquer tipo de prejuízo a mim.

Estou esclarecido que em caso de qualquer necessidade poderei entrar em contato com o pesquisador responsável, Deison Alencar Lucietto, por meio do telefone (54) 98130 5727 e do endereço Rua dos Andradas 497/1002, Centro, Porto Alegre/RS e do e-mail deisonlucietto@hotmail.com. Também poderei esclarecer as minhas dúvidas com o orientador da pesquisa, o Professor Fernando Neves Hugo, através do número (51) 33085023 e do e-mail fernando.hugo@ufrgs.br. Também poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS por meio do telefone (51) 3308 3738 ou pelo endereço Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317, Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro, Porto Alegre/RS e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, por meio do telefone (51) 3289 5517 ou pelo endereço Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar (Centro Histórico), Porto Alegre/RS.

Entendi que este documento tem duas cópias, ambas assinadas por mim e pelos pesquisadores, sendo que uma cópia ficará comigo e outra com eles.

Assinatura do participante

Nome dos pesquisadores que obtém a autorização para a minha participação na pesquisa:

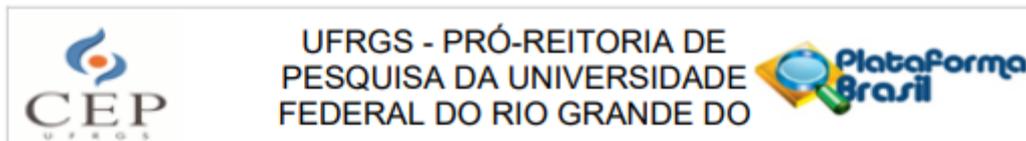
Deison Alencar Lucietto

Professor Fernando Neves Hugo

Porto Alegre/RS, ____ de _____ de 201_.

7 ANEXOS

7.1 ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS, CONDIÇÕES E DEMANDAS DE SAÚDE BUCAL EM PACIENTES COM SOFRIMENTO PSÍQUICO/TRANSTORNO MENTAL

Pesquisador: Fernando Neves Hugo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 73679817.9.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.378.065

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo a ser realizado com portadores de transtornos mentais, equipes de saúde mental, coordenadores de unidades e gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS em modalidades de CAPS II, CAPS III AD e Ambulatório de Especialidades.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a situação da saúde bucal de pessoas com transtornos mentais em serviços de Atenção Psicossocial da cidade de Porto Alegre/RS.

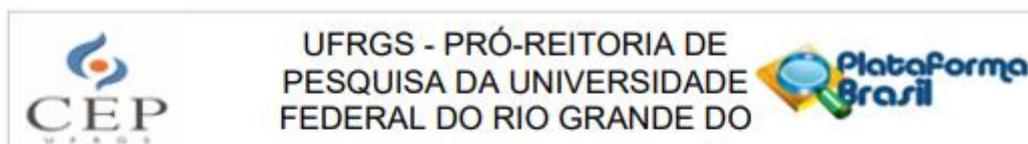
Objetivos Secundários:

- Identificar comportamentos em relação à saúde bucal, avanços, dificuldades e possibilidades de inserção de ações de saúde bucal no cotidiano da atenção psicossocial;
- Avaliar dieta, higiene bucal, acesso a serviços odontológicos, condições de saúde bucal e qualidade de vida oral dos pacientes atendidos;
- Analisar percepções das equipes de saúde mental sobre saúde bucal, práticas, demandas, formas de operacionalizar a atenção e anseios por cuidados em saúde bucal;
- Analisar percepções dos coordenadores e supervisores de serviços de Atenção Psicossocial e de gestores da SMSPA sobre a articulação de ações de saúde bucal na atenção em saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa acarreta apenas um risco mínimo à saúde dos pesquisados, relacionado a

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.378.065

possíveis

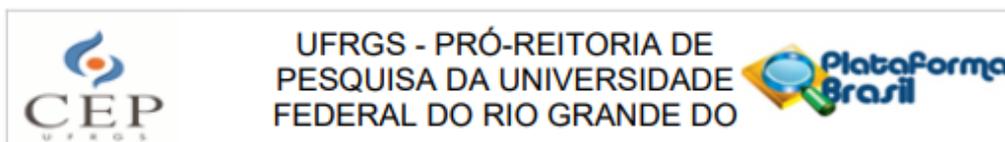
constrangimentos decorrentes da aplicação de questionários, das respostas às entrevistas ou da realização dos exames bucais. Caso o indivíduo sinta-se constrangido, poderá acessar o pesquisador responsável ou o CEP, através dos contatos disponibilizados.

Benefícios: Serão oferecidos treinamentos sobre prevenção de doenças bucais e kits de higiene bucal para os pacientes e para os profissionais das equipes de atenção em saúde mental. Além disso, familiares e pacientes receberão orientações em saúde bucal, folders explicativos e kits de higiene bucal. Dentre os benefícios da concessão do consentimento está a possibilidade de contribuir na produção de informações que possam ajudar a aprimorar os cuidados de saúde bucal aos pacientes atendidos nos serviços de Atenção Psicossocial do município de Porto Alegre/RS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa populacional com abordagem quanti-qualitativa, justificando-se pela busca de complementaridade, rigor e ampliação da perspectiva de análise em função da complexidade do objeto de estudo. Será realizado estudo misto do tipo sequencial exploratório. Este tipo de estratégia é indicada para a exploração de fenômenos e envolve fases sequenciais de coleta e análise de dados qualitativos e quantitativos, seguida da interpretação dos achados de pesquisa. A pesquisa será realizada em modalidades de CAPS II, CAPS III AD e Ambulatório de Especialidades, com portadores de transtornos mentais, equipes de saúde mental, coordenadores de unidades e gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS (SMSPA). A pesquisa tem duração prevista para 24 meses. Para a coleta de

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.378.065

dados

serão utilizadas técnicas e instrumentos variados: 1) Observações participantes: para identificar comportamentos em relação à saúde bucal, avanços, dificuldades e possibilidades de inserção de ações de saúde bucal no cotidiano da atenção psicossocial; 2) Formulários/Questionários: para avaliar dieta, higiene bucal, acesso a serviços odontológicos e qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos pacientes; 3) Exames bucais: para avaliar clinicamente as condições de saúde bucal dos pacientes; e 4) Entrevistas semiestruturadas: para analisar percepções das equipes de saúde mental sobre práticas, demandas e cuidados em saúde bucal e para analisar percepções dos coordenadores e supervisores dos CAPS e de gestores da SMSPA sobre a articulação de ações de saúde bucal na atenção em saúde mental. Os dados coletados serão transferidos para bancos de dados e analisados através de procedimentos qualitativos e quantitativos, em função do tipo de abordagem utilizada.

- Foram detalhados os critérios de inclusão para cada grupo de participantes do estudo. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

- Os pesquisadores incluíram o termo sofrimento psíquico, de forma a atender à solicitação do CEP com relação ao uso do termo transtorno mental utilizado para todas as pessoas que frequentam as unidades de saúde a partir das quais os participantes serão recrutados. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto e aprovação da COMPESQ: apresentados e em condições de aprovação.

Foi prestado esclarecimento quanto ao tamanho de amostra, conforme transcrição abaixo:

"Cada CAPS II atende, em média, 200 pacientes diferentes, constituindo um universo elegível de 800 pacientes (segundo informações dos CAPS participantes). Considerando uma estimativa de doença cárie não tratada de 50%, intervalo de confiança de 95% e amplitude de 10%, a amostra de pacientes atendidos em CAPS II será de 402 pacientes. Além dessas pessoas, por solicitação da

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 2.378.065

SMSPA, serão incluídos, por conveniência, 50 pacientes atendidos no CAPS AD III (Partenon) e outros 50 pacientes atendidos no Ambulatório de Especialidades Vila dos Comerciários (ESMA GCC). No total, a amostra final do grupo dos pacientes será de 502 indivíduos." (PENDÊNCIA ATENDIDA)

- Os pesquisadores realizaram adequação referente a abordagem dos potenciais participantes do estudo, afirmando que o convite será feito apenas uma vez. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

- TCLE: Foram adicionados os termos para cada grupo de pessoas que vai participar do estudo (PENDÊNCIA ATENDIDA)

- Termo de ciência e concordância da SMSPA: apresentado e em condições de aprovação.

- Instrumento de coleta de dados: Foi omitida a identificação dos participantes, estando, neste momento, em condições de aprovação. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

- A pedido do CEP, os pesquisadores descreveram que as fotografias e vídeos para ilustrar os espaços físicos dos serviços, de modo a verificar a estrutura disponível ou passível de uso para a realização de ações de prevenção de doenças bucais, como escovação e atividades de educação em saúde bucal. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

- Atendendo à solicitação do CEP, os pesquisadores esclareceram que a observação será realizada na recepção e nos espaços de circulação comum dos serviços participantes, como refeitórios, salas de oficinas, salas de estar, pátios e jardins (caso existam). (PENDÊNCIA ATENDIDA)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Na medida em que todas pendências foram atendidas, o parecer é pela aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_977543.pdf	07/10/2017 22:35:29		Aceito
Outros	roteiro_observacoes_participantes_modificado.pdf	07/10/2017 22:34:08	Fernando Neves Hugo	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_profissionais_saude_mental_modificado.pdf	07/10/2017 22:33:23	Fernando Neves Hugo	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_coordenadores_gestores_modificado.pdf	07/10/2017 22:32:46	Fernando Neves Hugo	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.378.065

Outros	oral_health_questionnaire_for_adults_2013_modificado.pdf	07/10/2017 22:32:10	Fernando Neves Hugo	Aceito
Outros	ohip14_qualidade_vida_oral_modificado.pdf	07/10/2017 22:31:30	Fernando Neves Hugo	Aceito
Outros	formulario_habitos_alimentares_hb_ace_sso_percepcoes_modificado.pdf	07/10/2017 22:31:12	Fernando Neves Hugo	Aceito
Outros	ficha_sbbrasil_exame_mucosa_lhos_modificado.pdf	07/10/2017 22:30:11	Fernando Neves Hugo	Aceito
Outros	respostas_pendencias_cep_ufrgs_07out2017.pdf	07/10/2017 22:29:07	Fernando Neves Hugo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_profissionais_trabalhadores_sm_modificado.pdf	07/10/2017 22:27:59	Fernando Neves Hugo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_pacientes_modificado.pdf	07/10/2017 22:27:44	Fernando Neves Hugo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_gestores_modificado.pdf	07/10/2017 22:27:28	Fernando Neves Hugo	Aceito
Outros	projeto_sm_sb_sofrimento_transtornos_corrigido_cep_alteracoes_grifadas_07out2017.pdf	07/10/2017 22:27:05	Fernando Neves Hugo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_sm_sb_sofrimento_transtornos_corrigido_cep_07out2017.pdf	07/10/2017 22:26:15	Fernando Neves Hugo	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	17/08/2017 11:04:18	Fernando Neves Hugo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 13 de Novembro de 2017

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

7.2 ANEXO B – Check list STROBE

CHECK-LIST STROBE			
Item	Nº	Recomendação	Reportado na página:
Título e Resumo	1	Indique o desenho do estudo no título ou no resumo, com termo comumente utilizado.	OK, pg 01
		Disponibilize no resumo um sumário informativo e equilibrado do que foi feito e do que foi encontrado	OK, pg 05
Introdução			
Contexto/Justificativa	2	Detalhe o referencial teórico e as razões para executar a pesquisa.	OK, pg 12
Objetivos	3	Descreva os objetivos específicos, incluindo quaisquer hipóteses pré-existentes.	OK, pg 22
Métodos			
Desenho do estudo	4	Apresente, no início do artigo, os elementos-chave relativos ao desenho do estudo.	OK, pg 23
Contexto (setting)	5	Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento (follow-up) e coleta de dados.	OK, pg 23
Participantes	6	Estudos de Coorte: Apresente os critérios de elegibilidade, fontes e métodos de seleção dos participantes. Descreva os métodos de acompanhamento.	NA
		Estudos de Caso-Controlle: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e o critério-diagnóstico para identificação dos casos e os métodos de seleção dos controles. Descreva a justificativa para a eleição dos casos e controles.	NA
		Estudo Seccional: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes.	OK, pg 23
		Estudos de Coorte: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de expostos e não expostos.	NA
		Estudos de Caso-Controlle: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de controles para cada caso.	NA
Variáveis	7	Defina claramente todos os desfechos, exposições, preditores, confundidores em potencial e modificadores de efeito. Quando necessário, apresente os critérios diagnósticos.	OK, pg 24
Fontes de dados/ Mensuração	8a	Para cada variável de interesse, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos utilizados na avaliação (mensuração). Quando existir mais de um grupo, descreva a comparabilidade dos métodos de avaliação.	OK, pg 25
Viés	9	Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de vies.	OK, pg 25
Tamanho do estudo	10	Explique como se determinou o tamanho amostral.	OK, pg 25
Variáveis quantitativas	11	Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Se aplicável, descreva as categorizações que foram adotadas e porquê.	NA
Métodos estatísticos	12	Descreva todos os métodos estatísticos, incluindo aqueles usados para controle de confundimento.	OK, pg 25
		Descreva todos os métodos utilizados para examinar subgrupos e interações.	NA

		Explique como foram tratados os dados faltantes ("missing data").	NA
		Estudos de Coorte: Se aplicável, explique como as perdas de acompanhamento foram tratadas.	NA
		Estudos de Caso-Controle: Se aplicável, explique como o pareamento dos casos e controles foi tratado.	NA
		Estudos Seccionais: Se aplicável, descreva os métodos utilizados para considerar a estratégia de amostragem. Descreva qualquer análise de sensibilidade.	OK, pg 25
Resultados			
Participantes	13a	Descreva o número de participantes em cada etapa do estudo (ex: número de participantes potencialmente elegíveis, examinados de acordo com critérios de elegibilidade, elegíveis de fato, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados)	OK, pg 32
		Descreva as razões para as perdas em cada etapa.	OK, pg, 32
		Avalie a pertinência de apresentar um diagrama de fluxo	NA
Dados descritivos	14a	Descreva as características dos participantes (ex: demográficas, clínicas e sociais) e as informações sobre exposições e confundidores em potencial.	NA
		Indique o número de participantes com dados faltantes para cada variável de interesse	NA
		Estudos de Coorte: Apresente o período de acompanhamento (ex: média e tempo total)	NA
Desfecho	15a	Estudos de Coorte: Descreva o número de eventos-desfecho ou as medidas-resumo ao longo do tempo	NA
		Estudos de Caso-Controle: Descreva o número de indivíduos em cada categoria de exposição ou apresente medidas-resumo de exposição.	NA
		Estudos Seccionais: Descreva o número de eventos-desfecho ou apresente as medidas-resumo.	OK, pg 33
Resultados principais	16	Descreva as estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, assim como sua precisão (ex: intervalos de confiança). Deixe claro quais foram os confundidores utilizados no ajuste e porque foram incluídos.	OK, pg 33
		Quando variáveis contínuas forem categorizadas, informe os pontos de corte utilizados. Se pertinente, considere transformar as estimativas de risco relativo em termos de risco absoluto, para um período de tempo relevante.	NA
Outras análises	17	Descreva outras análises que tenham sido realizadas. Ex: análises de subgrupos, interação, sensibilidade.	NA
Discussão			
Resultados principais	18	Resuma os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo	OK, pg 33
Limitações	19	Apresente as limitações do estudo, levando em consideração fontes potenciais de viés ou imprecisão. Discuta a magnitude e direção de vieses em potencial.	OK, pg 36
Interpretação	20	Apresente uma interpretação cautelosa dos resultados, considerando os objetivos, as limitações,	OK, pg 36

		a multiplicidade das análises, os resultados de estudos semelhantes e outras evidências relevantes	
Generalização	21	Discuta a generalização (validade externa) dos resultados.	OK, pg 36
Outras Informações			
Financiamento	22	Especifique a fonte de financiamento do estudo e o papel dos financiadores. Se aplicável, apresente tais informações para o estudo original no qual o artigo é baseado.	OK, pg 46

^aDescreva essas informações separadamente para casos e controles em Estudos de Caso-Control e para grupos de expostos e não expostos, em Estudos de Coorte ou Estudos Seccionais.

Nota: Documentos mais detalhados discutem de forma mais aprofundada cada item do checklist, além de apresentarem o referencial teórico no qual essa lista se baseia e exemplos de descrições adequadas de cada item (Vandenbroucke et al.^{24,25} A checklist do STROBE é mais adequadamente utilizada um conjunto com esses artigos (disponíveis gratuitamente no site das revistas PLoS Medicine [www.plosmedicine.org], Annals of Internal Medicine [www.annals.org] e Epidemiology [www.epidem.com]). No website da iniciativa STROBE (www.strobe-statement.org) estão disponíveis versões separadas de checklist para Estudos de Coorte, Caso-Control ou Seccionais.

Reproduzida de von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Declaração STROBE: Diretrizes para a comunicação de estudos observacionais [material suplementar na internet]. Malta M, Cardoso LO, tradutores. In: Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. Rev Saude Publica. 2010;44(3):559-65.