

**CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC
COORDENAÇÃO GERAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL PESQUISA EM SAÚDE**

RAABE ALVES DE ARAÚJO ALCÂNTARA

**PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL PARA USUÁRIOS DE CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE MENTAL**

Maceió- Alagoas
2022

REDE DE BIBLIOTECAS CESMAC
SETOR DE TRATAMENTO TÉCNICO

A663r Araújo, Raabe Alves de

Promoção de saúde bucal para usuários de centros de atenção psicossocia: a perspectiva dos profissionais de saúde mental / Raabe Alves de Araújo .-- Maceió: 2022.

125 f. : il.

Dissertação (Mestrado Pesquisa em Saúde) - Centro Universitário CESMAC, Pró-Reitoria Adjunta de Pesquisa e Pós-Graduação, Pesquisa em Saúde do Centro Universitário CESMAC, Maceió - AL, 2022.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Evanisa Helena Maio de Brum

Coorientadora: Mara Cristina Ribeiro

1. Saúde mental. 2. Saúde bucal. 3. Promoção da saúde. 4. Clínica ampliada. 5. Integralidade. I. Brum, Evanisa Helena Maior de. II. Ribeiro, Mara Cristina. III. Título.

CDU: 613.86:616.341

Bibliotecário: Evandro Santos Cavalcante CRB-4 1700

**CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC
COORDENAÇÃO GERAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL PESQUISA EM SAÚDE**

RAABE ALVES DE ARAÚJO ALCÂNTARA

**PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL PARA USUÁRIOS DE CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Pesquisa em Saúde do Centro Universitário CESMAC, na modalidade Profissional, como requisito para obtenção do título de Mestra, sob a orientação da Profa. Dra. Evanisa Helena Maio de Brum e coorientação da Profa. Dra. Mara Cristina Ribeiro.

Maceió - Alagoas
2022

**CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC
COORDENAÇÃO GERAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL PESQUISA EM SAÚDE**

RAABE ALVES DE ARAÚJO ALCÂNTARA

**PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL PARA USUÁRIOS DE CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Pesquisa em Saúde do Centro Universitário CESMAC, na modalidade Profissional, como requisito para obtenção do título de Mestra sob a orientação da Profa. Dra. Evanisa Helena Maio de Brum e coorientação da Profa. Dra. Mara Cristina Ribeiro

Data da defesa: 26 de novembro de 2022

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Margarete Pereira Cavalcante
Examinadora externa

Profa. Dra. Sônia Maria Soares Ferreira
Examinadora Interna

Prof. Dr. Natanael Barbosa dos Santos
Examinador Interno

CESMAC

CENTRO UNIVERSITÁRIO

Rua Cônego Machado, 917 - Farol, Maceió-AL, Brasil, CEP 57051-160 - CP 124
Fones: (+55) 82 3215-5000 - Telefax (+55) 82 3221-0402 - www.cesmac.com.br e-mail: presidencia@fajal.com.br

PARECER DOS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA

NOME: RAABE ALVES DE ARAÚJO ALCÂNTARA

DATA: 26 de novembro de 2022

LOCAL: Campus IV do Centro Universitário Cesmac

Rua Prof. Ângelo Neto, Nº 51 – Farol – Sala de Aula 32

HORA: 09:00h

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Natanael Barbosa dos Santos – 1º Examinador Interno

Profa. Dra. Sonia Maria Soares Ferreira – 2º Examinador Interno

Profa. Dra. Margarete Pereira Cavalcante – 3º Examinadora Externo ao programa

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: “PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL PARA USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL”

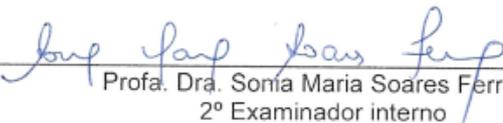
ORIENTADORA: Profa. Dra. Evanisa Helena Maio de Brum

COORIENTADORA: Profa. Dra. Mara Cristina Ribeiro

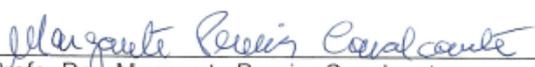
CONCEITO EMITIDO: APROVADA



Prof. Dr. Natanael Barbosa dos Santos
1º Examinador interno



Profa. Dra. Sonia Maria Soares Ferreira
2º Examinador interno



Profa. Dra. Margarete Pereira Cavalcante
3º Examinador externo ao programa

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os atores sociais que fazem a política de saúde mental: gestores, profissionais de saúde mental, familiares e usuários da rede de atenção psicossocial, em especial aos protagonistas da política de saúde mental de Satuba/AL.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me conceder fé, saúde, discernimento e perseverança para trilhar os caminhos da vida, às vezes cheios de percalços.

Agradeço às minhas orientadoras Dr.^a Mara Ribeiro e Dr.^a Evanisa Brum, por todo o cuidado e compromisso com que conduziram este trabalho.

Agradeço ao meu querido companheiro de vida, Joel Alcântara, por acreditar em mim, às vezes mais do eu mesma, por todo incentivo de sempre e pela paciência.

Agradeço à Prof.^a Dr.^a Sônia Ferreira, ao Prof. Dr. Natanael Barbosa e à Prof.^a Dr.^a Margarete Cavalcante, por todas as contribuições.

Agradeço aos meus familiares — pais, irmãos, tias, tios, cunhado, sobrinhos —, pelo amor incondicional e pelos exemplos de vida.

Agradeço aos meus avós (*in memoriam*), por tantos ensinamentos e tanto amor ao longo da vida.

Agradeço aos colegas de turma, pelo incentivo e trocas de experiência, mesmo de forma on-line.

Por fim, agradeço aos meus queridos colegas de profissão em saúde mental e aos nossos usuários, pelo privilégio da convivência e por nos fazerem acreditar em dias melhores, onde prevaleça a justiça social.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Perfil sociodemográfico dos profissionais participantes da pesquisa 32

LISTA DE SIGLAS

ACS- Agentes Comunitários de Saúde

AVDs- Atividades da Vida Diária

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAPSAD- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CAPSI- Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil

CENTRO POP- Centro de Referência Especializado para a população em situação de rua

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CNSM- Conferência Nacional de Saúde Mental

ESF- Estratégia de Saúde da Família

MPPS- Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

PTS-Projeto Terapêutico Singular

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEMAS- Secretaria Municipal de Assistência Social

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TR- Técnico de Referência

UFAL- Universidade Federal de Alagoas

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 Reforma Psiquiátrica e os CAPS	16
2.2 Integralidade da saúde, concepção da clínica ampliada e saúde mental	19
2.3 Reabilitação psicossocial e a promoção à saúde bucal e geral	22
3 FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA.....	27
4 OBJETIVOS.....	31
4.1 Objetivo geral	31
4.2 Objetivos específicos.....	31
5 MATERIAIS E MÉTODOS	32
5.1 Local	32
5.2 Participantes.....	33
5.3 Procedimentos	33
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
8 APLICABILIDADE E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO PARA A SOCIEDADE....	58
REFERÊNCIAS.....	59
APÊNDICES	65
ANEXOS	93

RESUMO

A promoção de saúde bucal às pessoas com transtorno mental é uma ferramenta essencial que estimula maior adesão ao tratamento bucal e melhora as condições de saúde mental e geral, especialmente, para este público que possui vulnerabilidade para desenvolver problemas na boca. Desta forma, este estudo objetivou compreender a promoção da saúde bucal direcionada as pessoas com transtorno mental, na perspectiva dos profissionais de saúde mental. Para tanto, foi realizado um estudo transversal e exploratório de abordagem qualitativa em cinco Centros de Atenção Psicossocial de Maceió. Participaram do estudo 44 profissionais atuantes nos equipamentos pesquisados, para determinação dessa amostra foi utilizado o método de saturação. Para a coleta dos dados foi utilizada a técnica do grupo focal, com gravação das considerações dos participantes da pesquisa. Após, os dados foram transcritos de forma integral, organizados e analisados por categorias temáticas através de análise de conteúdo e, posteriormente interpretados de forma articulada aos referenciais teóricos que alicerçaram o estudo. Os principais resultados apontaram para 5 categorias temáticas: 1) Relação da saúde mental com a saúde bucal; 2) Principais motivos para pessoas com transtorno mental desenvolver problemas na boca; 3) A rede de atenção à saúde bucal e o acesso ao tratamento; 4) Fluxos de atendimento e principais procedimentos odontológicos observados pelos profissionais de saúde mental; 5) Ações de prevenção e promoção à saúde geral e bucal. Por fim, destaca-se a ausência de fluxos e de diálogo entre as políticas de saúde mental e bucal, demonstrando a ausência do Estado nesta articulação.

Palavras chaves: Saúde Mental. Saúde Bucal. Promoção da Saúde. Clínica ampliada. Integralidade.

ABSTRACT

The promotion of oral health for people with mental disorders is an essential tool that encourages adherence to oral treatment and improves mental and general health conditions, especially for this public that is vulnerable to developing mouth problems. Thus, this study aims to understand the promotion of oral health aimed at people with mental disorders, from the perspective of mental health professionals. Therefore, a cross-sectional and exploratory study with a qualitative approach was carried out in five Psychosocial Care Centers in Maceió. A total of 44 professionals working in the researched equipment participated in the study. To determine this sample, the saturation method was used. For data collection, the focus group technique was used, with the considerations of the research. Afterwards, the organized data were transcribed in full, from the analysis of thematic content and, later, through interpretations in an articulated way to the theoretical references that supported the study. The main results pointed to 5 thematic categories: 1) Relationship between mental health and oral health; 2) Main reasons for people with mental disorders to develop mouth problems; 3) The oral health care network and access to treatment; 4) Flows of care and main dental procedures observed by mental health professionals; 5) Prevention and promotion of general and oral health. Finally, the absence of flows and dialogue between mental and oral health policies is highlighted, demonstrating the absence of the State in this articulation.

Keywords: Mental Health. Oral Health. Health Promotion. Expanded Clinic. Comprehensiveness.

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo serviço público sempre esteve presente em meu contexto familiar, pois, sendo filha e neta de servidores públicos, presenciei o ímpeto de meus antepassados na prestação do serviço público de qualidade e com presteza à população. Cresci vendo exemplos de servidores públicos íntegros, comprometidos e, sobretudo, conscientes de suas origens e da importância da intervenção do Estado na vida de grupos vulneráveis, na busca por equidade e justiça social.

A aproximação com a área da saúde ocorreu quando iniciei minha carreira profissional como servidora pública municipal, no cargo de assistente administrativo, em uma unidade de saúde em Maceió. Na época, como estudante de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), já vivenciava a inquietação com a gestão e o controle social nas políticas públicas, especialmente a política de saúde, na qual me inseria enquanto trabalhadora e prestadora de serviços à população.

Ao término da graduação em Serviço Social, ingressei no curso de especialização em Gestão e Controle social das políticas públicas, também na UFAL, onde meu interesse pelas políticas sociais despertou ainda mais. Logo após, fui nomeada servidora pública de Maceió, desta vez no cargo de assistente social, tendo sido lotada na Secretaria de Assistência Social (SEMAS). Em paralelo, também fui nomeada como assistente social na Prefeitura de Satuba, onde permaneci exercendo a profissão na política de saúde, lotada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A partir de então, iniciei minha trajetória na saúde mental, que teve duração de dois anos, período no qual participei do processo de implantação do CAPS na cidade de Satuba. Entretanto, por questões familiares, me mudei para São Paulo, onde também trabalhei como servidora pública em várias políticas, tais como: educação, recursos humanos, assistência social, saúde hospitalar, etc. Retornei para Maceió após três anos e retomei meu trabalho na SEMAS e no CAPS de Satuba, onde permaneço exercendo minhas atividades laborais.

Nesse contexto, a reabilitação psicossocial sempre foi um desafio profissional para mim. Trabalhá-la com usuários sem referência familiar, sem expectativas de vida social e comunitária, por vezes desprovidos do básico para a sobrevivência, é algo que sempre me inquietou. No dia-a-dia observava usuários desdentados com

dificuldades de acesso à rede de saúde bucal, estigmatizados e sofrendo preconceitos diversos.

Neste sentido, o mestrado profissional na área da odontologia, juntamente com a experiência na saúde mental, me permitiu refletir acerca da relação entre os dois setores da saúde — saúde bucal e saúde mental —, na perspectiva da integralidade da saúde e da reabilitação psicossocial.

Ao ingressar no Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde (MPPS) soube do projeto guarda-chuva na área da saúde mental, orientado por duas Doutoradas de formação em Odontologia e Terapia Ocupacional, que trabalhava as relações da saúde mental e as intercorrências na saúde geral, a exemplo do estudo do uso de psicofármacos em estudantes de Medicina. Assim, no decorrer do curso, a afinidade com a área da saúde mental encaminhou-me para compor, juntamente com três profissionais de áreas diferentes (Psiquiatria, Medicina do trabalho e Serviço Social), uma vertente deste projeto maior. Dessa forma, esta pesquisa de cunho comunitário tem como proposta a articulação dos saberes na perspectiva de apreender sobre as práticas de saúde bucal direcionadas às pessoas com transtorno mental e tem como linha de pesquisa o Processo saúde-doença-cuidado-comportamento.

O interesse em compreender o processo de saúde-doença relacionado à saúde da boca e da mente, sob a ótica dos profissionais de saúde mental, reflete minha inquietação profissional e de pesquisadora, sobretudo no contexto atual, no qual vivenciamos o desmonte das políticas públicas com o congelamento de verbas para o serviço público e na particularidade da saúde mental, incentivo às práticas excludentes, como o investimento em hospitais psiquiátricos.

1 INTRODUÇÃO

O movimento de reforma psiquiátrica, fruto do movimento sanitário, permeou os anos 1970 em busca de novos modelos de atenção à saúde mental, contrapondo-se à lógica das internações hospitalares. A luta antimanicomial, como ficou conhecido o movimento, contou com a participação de atores sociais como trabalhadores da saúde, usuários, familiares e entidades que compartilhavam do mesmo ideário: a superação do modelo hospitalocêntrico, visando uma atenção à saúde mental de portas abertas e comunitária, com práticas humanitárias e reabilitadoras (BRASIL, 2004).

Nesse contexto surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivos de portas abertas, comunitários, configurando-se como local de referência para indivíduos em sofrimento psíquico grave. Os CAPS propõem que o usuário e seus familiares sejam protagonistas no processo saúde-doença. Desenvolvem práticas de reabilitação psicossocial através do acolhimento, diálogo, escuta qualificada e estabelecimento de vínculos afetivos, visando a inserção social das pessoas em sofrimento psíquico (ESPERIDIÃO *et al.*, 2013).

Desse modo, os CAPS passaram a trabalhar com a reabilitação psicossocial, que pressupõe prover aos sujeitos o melhor nível de funcionamento, de modo a minimizar incapacidades e desvantagens físicas ou mentais, buscando protagonismos e vivências na sociedade (ALMEIDA *et al.*, 2010; ESPERIDIÃO *et al.*, 2013).

Além disso, o movimento sanitário brasileiro representou um marco na política de saúde, pois trouxe ao cenário a discussão acerca de uma proposta de atenção à saúde para superar o conceito de saúde na perspectiva de ausência de doença (PINHEIRO, 2022). Partindo deste pressuposto a integralidade na saúde “[...] refere-se ao ato de cuidar integral que tem as práticas de saúde como eixos políticos-organizativos, formas de construir inovações e novas tecnologias de atenção aos usuários no SUS” (PINHEIRO, 2022, p. 2). Portanto, a integralidade no cuidado à saúde propõe pensar o sujeito no processo saúde-doença na totalidade, considerando o contexto histórico, político e social de cada indivíduo e seus aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais (CHAVES *et al.*, 2016).

Nesse sentido, trabalhar com reabilitação psicossocial exige uma visão de integralidade em saúde e é neste aspecto que se verifica a conexão da saúde bucal com a saúde mental, sendo essencial trabalhar a relação entre estas áreas com vistas à reabilitação psicossocial, na perspectiva da integralidade da saúde.

Uma das intervenções possíveis no contexto da reabilitação psicossocial para pessoas em sofrimento psíquico é investir em ações de prevenção e promoção da saúde bucal, objetivando uma boca saudável e possibilitando trocas de saberes, afetos e experiências entre as pessoas, tanto no âmbito familiar quanto no comunitário. Nesse sentido, compreende-se que as singularidades dos sujeitos se refletem também na boca, nos dentes, no sorriso. Além disso, uma boca saudável facilita a comunicação e o protagonismo dos sujeitos em processo de reabilitação. Soma-se ao exposto que pessoas com transtorno mental são vulneráveis ao desenvolvimento de problemas na boca, conforme aponta a literatura, devido a aspectos relacionados ao uso de psicofármacos, maus hábitos de higiene bucal, uso de cigarro, precariedade na alimentação e nos cuidados da vida diária; e dificuldades de acesso ao tratamento odontológico devido à estigmatização e preconceito, dentre outras questões (OLIVEIRA *et al.*, 2016; CORRIDORE *et al.*, 2017).

Nesta perspectiva, realizou-se um levantamento da literatura científica relativa à saúde bucal das pessoas com transtorno mental nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE), com os seguintes descritores: “*health promotion*”, “*oral health*” e “*mental disorders*”, no período de agosto e setembro do ano de 2021. Os principais achados apontaram que pessoas com transtorno mental possuem maior predisposição para problemas de saúde bucal que a população em geral (PATEL; GAMBOA, 2012). Como principais causas foram observados o uso de psicofármacos, a associação do uso do cigarro e álcool, a dieta rica em açúcar e a higiene bucal precária (CHARNOCK *et al.*, 2004).

Além disso, a ausência de motivação para o autocuidado, a estigmatização e o preconceito por parte dos profissionais de odontologia foram identificados como prejudiciais ao acesso deste público aos serviços de saúde bucal (JAMELLI *et al.*, 2010). Os estudos evidenciaram ainda a dor de dente como causa principal da procura pelo tratamento odontológico (PATEL; GAMBOA, 2012) e a exodontia como o principal procedimento realizado (SHEKARCHIZADEH *et al.*, 2013). Ademais, os

estudos sugeriram como alternativa possível — na perspectiva da promoção da saúde bucal, repercutindo na melhoria na saúde bucal para as pessoas com transtorno mental — a educação em saúde (ALMOMANI; BROWN; WILLIAMS, 2006) e a articulação entre os profissionais de saúde bucal e saúde mental (UNA *et al.*, 2005; LAM *et al.*, 2019). Por fim, a literatura aponta que poucos estudos investigaram os efeitos da educação em saúde bucal ou intervenções na saúde da boca de pessoas com transtorno mental grave (KUO *et.al*, 2020).

Partindo do exposto, é possível constatar a importância do estudo da promoção de saúde bucal direcionada às pessoas com transtorno mental, na perspectiva dos profissionais de saúde mental.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Reforma psiquiátrica e os CAPS

Historicamente os “insanos” foram tratados com esquecimento, inicialmente com pouca importância, apenas como uma falha na razão. No decorrer da história, após a manifestação de doenças contagiosas, a “loucura” passou a ser tratada com exclusão, como herança da lepra, preenchendo os espaços antes ocupados pelos leprosos na sociedade (FOUCAULT, 1972).

Nesse sentido, as internações emergem como alternativas convenientes, conforme afirma Foucault:

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido (FOUCAULT, 1972, p. 78).

Ao longo do processo histórico, apesar das pequenas mudanças de concepção, o pressuposto excludente hospitalocêntrico na atenção à saúde mental manteve-se hegemônico até o emergir da perspectiva Basagliana, compreendendo uma nova forma de assistência às pessoas com transtorno mental (VASCOCELOS, 2016; AMARANTE, 2007). A proposta da psiquiatria democrática teve como principal representante o médico Italiano Franco Basaglia, protagonista na condução da transformação da assistência psiquiátrica. Esta perspectiva tinha como pressuposto o fechamento dos manicômios a partir de questionamentos sobre os saberes psiquiátricos que fundamentavam a existência destas instituições e trouxe a discussão acerca dos processos de exclusão, não apenas da loucura, mas problematizando com processos semelhantes, a exemplo do racismo e do nazismo (ZAMBENEDETTI, 2019).

Desta perspectiva surge a proposta de reforma psiquiátrica, no Brasil, com origem nos anos 1970, a partir do movimento sanitário. Esta proposta buscou a

mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, a defesa da saúde coletiva e a equidade na oferta dos serviços, além de propor a participação de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde na gestão da política de saúde. Também acompanhou ideais internacionais que, à época, visavam a superação do modelo de assistência centrado nos hospitais psiquiátricos. A nova proposta de modelo de atenção em saúde mental foi fruto da mobilização social de diversos protagonistas, como usuários dos serviços, familiares e trabalhadores de saúde mental, e surgiu em oposição ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (AMARANTE; OLIVEIRA, 2018).

No mesmo sentido, a partir da Reforma Psiquiátrica, a luta antimanicomial surge enquanto movimento contrário às internações psiquiátricas; sua concretização, no Brasil, ocorreu em 1987, com a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) e do II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, São Paulo, tendo como lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Nesses eventos foram discutidas a priorização de investimentos em serviços extra-hospitalares e as práticas multiprofissionais na atenção em saúde mental. Além disso, neste mesmo ano foi instituído o primeiro CAPS, baseado em um modelo de atenção em saúde mental com portas abertas e no âmbito da comunidade, em contraponto aos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2021).

Apesar da Constituição Federal Brasileira de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) consolidarem o movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica brasileira, somente em 2001 foi sancionada e aprovada a Lei Federal nº 10.216, de 06/04/2001, com base no projeto do então deputado Paulo Delgado. Esta Lei, apesar de algumas modificações do projeto inicial, representou avanços significativos no modelo de assistência em saúde mental, ampliando os dispositivos de atenção em saúde mental na comunidade, a participação da família no tratamento e gestão da saúde mental (SANTOS *et al.*, 2016). Além disso, a regulamentação dos CAPS e a criação do “Programa de Volta pra Casa” representaram avanços significativos na operacionalização da rede de atenção psicossocial, baseados no modelo antimanicomial (BRASIL, 2005).

Neste contexto, os CAPS emergem como proposta de referência de cuidado em saúde, “[...] aberto e comunitário, para pessoas que sofrem com transtornos mentais, e demais quadros, cuja gravidade e persistência justifiquem sua

permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida” (BRASIL, 2004. p.13). Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2004, p. 14), os CAPS possuem os seguintes objetivos:

- Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- Gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas;
- Organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

Portanto, os CAPS assumem um papel estratégico na rede comunitária de cuidados, sendo a referência local para a saúde mental, bem como direcionando as políticas e os programas de saúde mental do território, além de subsidiar e assessorar o trabalho de outros serviços, como a ESF (BRASIL, 2004).

De acordo com a portaria Ministerial 336/2002, os CAPS devem ter uma equipe mínima interdisciplinar, composta por profissionais das áreas de Psiquiatria, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Terapia Ocupacional, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico educacional, artesão, técnico administrativo, pedagogo ou outro profissional necessário à proposta do projeto terapêutico do serviço. A modalidade do CAPS vai determinar o quantitativo de profissionais e especificar o público prioritário ou exclusivo, bem como as demais minúcias pertinentes a cada tipo de CAPS. Quanto às modalidades, os CAPS podem ser (BRASIL, 2011):

- CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
- CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- CAPSI: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPSAD- Álcool e Drogas: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

CAPS ad III Álcool e Drogas: Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

No tocante à composição das equipes dos CAPS, a interdisciplinaridade, como articulação e trocas dos vários saberes na perspectiva do cuidado as pessoas com sofrimento mental, tem se confirmado como estratégia promissora, visando a compreensão das pessoas com transtorno mental como um ser holístico, biológico, psíquico e social (ZANARDO; BIANCHESSI; ROCHA, 2018), conforme preconiza o conceito de integralidade e a concepção da clínica ampliada na saúde mental, como veremos no próximo tópico.

2.2 Integralidade da Saúde, concepção da clínica ampliada e saúde mental.

A integralidade constitui um dos princípios do SUS e sua origem remete à Reforma Sanitária brasileira, nos anos 1970 e 1980, período no qual vários movimentos políticos e sociais manifestaram-se na luta por melhores condições de trabalho e atenção à saúde da população, contrapondo-se ao modelo biomédico, que tinha como algumas das características o entendimento de saúde apenas como ausência de doenças e a centralidade do cuidado no médico (BORGES; BAPTISTA, 2021; OCCHIUZZO; LEMOS, 2022; PINHEIRO, 2009).

Nesse sentido, a integralidade como princípio da política de saúde emergiu na perspectiva da articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento mediante ação intersetorial (PAIM, 2008).

Assim, a integralidade pressupõe compreender os sujeitos em sua totalidade. Tem como proposta a atenção à saúde, abrangendo as dimensões sociais, políticas e históricas dos indivíduos, considerando o contexto familiar, o meio ambiente e o território em que estão inseridos (BRASIL, 2013). Pensar a integralidade na saúde é

olhar os sujeitos para além da doença, distanciando-se do modelo fragmentado e reducionista que, além de entender a saúde apenas como ausência de doença, foca no diagnóstico e no médico como caminho para a cura (PINHEIRO, 2009).

No tocante ao conceito de integralidade na saúde, o Ministério da Saúde afirma:

A integralidade implica, além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, na ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário (BRASIL, 2010, p. 13).

Nesta perspectiva, Pinheiro acrescenta:

A 'integralidade' como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade (PINHEIRO, 2009, p. 26).

Portanto, a partir do conceito da integralidade, o usuário da política de saúde, os profissionais da saúde, os familiares e a comunidade em geral passam a ser protagonistas no processo de saúde-doença, em uma relação mútua de compromisso e responsabilidade, buscando as potencialidades dos sujeitos envolvidos.

Na mesma linha de pensamento, a proposta da clínica ampliada traz a reflexão sobre a responsabilidade do profissional de saúde no processo de saúde-doença, propondo que o profissional de saúde trabalhe com os usuários não apenas a capacidade de combater as doenças, mas também desenvolvendo habilidades de convivência com a doença, entendendo seus limites e suas possibilidades no cotidiano (BRASIL, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (2008, p. 12), podemos inferir que a clínica ampliada propõe ao profissional de saúde:

Um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular;
Assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde;
Buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de intersetorialidade;

Reconhecer os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores.

Assumir um compromisso ético profundo.

Nesse sentido, a clínica ampliada busca, a partir da escuta técnica qualificada e da troca de saberes entre profissionais de saúde, usuários dos serviços, rede de atenção socioassistencial, familiares e comunidade, discutir as potencialidades do sujeito para a melhor superação do quadro da doença, ou melhor convivência com a doença, se for o caso. Defende, portanto, a autonomia dos usuários para exercer atividades de vida diária com responsabilidade (BAETA; MELO, 2020). Portanto, “A atenção psicossocial propõe uma ampliação e uma alteração na forma de entender o problema, atribuindo importância ao sujeito como protagonista do tratamento, além de proporcionar dispositivos de reinserção social” (BERMUDEZ; SIQUEIRA-BATISTA, 2017, p. 912)

O conceito de clínica ampliada é bastante utilizado na particularidade da saúde mental, considerando a complexidade das situações dos sujeitos com transtorno mental. A relação afetiva entre o usuário da política de saúde mental e o profissional de saúde é um dos focos da concepção da clínica ampliada. Nesse sentido, o Técnico de Referência (TR) tem fundamental importância, pois é o profissional que terá o vínculo mais próximo com um número restrito de usuários, visando a construção do projeto terapêutico dos usuários-referência, com metas a curto, médio e longo prazos (FURTADO, 2001), além de possibilitar o vínculo afetivo com os usuários aos quais referência.

Neste mesmo sentido, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), como um instrumento materializador da concepção da clínica ampliada, se configura em:

Um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. (...) No fundo é uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe, valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações (BRASIL, 2008, p. 40).

Ainda no tocante a construção do PTS, demanda compromisso do sujeito como protagonista de seu percurso terapêutico. Dessa forma, aumenta o poder contratual do usuário no momento em que este se disponibiliza para a construção do PTS. Portanto, o PTS possibilita ao usuário traçar projetos pautados pela significação do seu sofrimento psíquico, para produção de vida e autonomia com vistas a reinserção social, através de ações concretas (SACARENO, 2001; KINOSHITA *et.al*, 2020).

Ademais, outra forma de intervenção possível aos profissionais atuantes no CAPS junto ao território é o matriciamento de Equipes de Saúde da Família da atenção básica. Segundo o Ministério da Saúde (2003), o matriciamento consiste em um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico-pedagógico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população.

O apoio matricial ao mesmo tempo em que se trata de arranjo organizacional é também uma metodologia, baseada na integralidade, que possibilita o compartilhamento, através do diálogo, entre núcleos de saberes: equipe de referência e demais profissionais especializados em diferentes áreas (BAETA; MELO, 2020). Ademais, permite ainda a realização da clínica ampliada através da integração entre distintas especialidades e profissões. A comunicação possibilita o compartilhamento do trabalho e das responsabilidades qualificando o cuidado (MATSUKURA; TÃNO, 2019).

Nesse sentido, é imprescindível a articulação entre saúde mental e atenção básica buscando a troca de saberes. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) aponta como princípios fundamentais desta articulação: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/ interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; construção da autonomia possível de usuários e familiares.

Ainda segundo as diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), a articulação entre a rede de atenção básica e a rede de saúde mental, na perspectiva do matriciamento, pressupõe a responsabilização compartilhada das situações, com vistas ao aumento da capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local, facilitando o processo de inclusão da pessoa com transtorno mental na rede de atenção básica, contribuindo para a reabilitação psicossocial, tópico a ser discutido a seguir.

2.3 Reabilitação psicossocial e a promoção à saúde bucal e geral

O Movimento de Reforma Psiquiátrica trouxe ao cenário da saúde mental o conceito de reabilitação psicossocial como uma nova abordagem no campo do cuidado a pessoa com sofrimento psíquico. Na definição da *International Association of Psychosocial Rehabilitation Services*, a reabilitação psicossocial seria o processo de facilitar ao indivíduo com limitações a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade (MOWBRAY *et al.*, 2014).

Nesta mesma direção, Pertersen *et al.* (2005) afirma que reabilitação psicossocial significa o provimento do ótimo nível de funcionamento de indivíduos e sociedade, através da minimização de incapacidades e desvantagem física ou mental, acentuando escolhas individuais, buscando viver prosperamente na comunidade. Reabilitação psicossocial, portanto, trata-se de pensar alternativas conjuntas para aumentar as habilidades das pessoas com transtorno mental com vistas à realização das atividades de vida diária e comunitária (ALMEIDA; DIMENSTEIN; SEVERO, 2010).

Nesse sentido, a reabilitação psicossocial pode ser entendida ainda como processo de identificar, juntamente com o usuário do serviço, limitações e potencialidades no processo de saúde-doença e, a partir desses achados, trabalhar as peculiaridades deste indivíduo, visando a autonomia e o exercício da cidadania (SARACENO, 2016), tomando como pressupostos a integralidade na saúde e a concepção da clínica ampliada.

Ações de promoção e proteção à saúde são essenciais para reabilitação dos sujeitos. Desse modo, o Ministério da Saúde estabelece na Política Nacional de Promoção a Saúde algumas considerações:

Entende-se que a promoção da saúde se apresenta como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não-governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida. Vê-se, portanto, que a promoção da saúde se realiza na articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a

vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem (BRASIL, 2010, p. 15).

Portanto, assim como o conceito de reabilitação social propõe ações articuladas entre os sujeitos envolvidos no contexto do processo saúde-doença, as ações de promoção à saúde caminham na mesma direção, na medida em que propõem responsabilidades e compromissos conjuntos na proteção e cuidado com a vida e com a saúde. Nessa perspectiva, as ações de saúde no território onde os sujeitos realizam suas atividades de vida diária se apresentam como alternativas importantes, como é possível observar nas considerações a seguir:

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham (BRASIL, 2010, p. 11).

O conceito de reabilitação na política de saúde bucal, por sua vez, especifica que estas ações “[...] consistem na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional” (BRASIL, 2004, p. 11). Desse modo, as propostas da reabilitação psicossocial e da saúde bucal possuem objetivos semelhantes e devem ser trabalhadas de forma articulada, assim como as demais políticas públicas.

No tocante às ações de promoção da saúde bucal, o Ministério da Saúde (2004) propõe um conceito amplo de saúde para além da dimensão técnico-operacional da odontologia, na perspectiva da integralidade entre saúde bucal e as demais práticas de saúde coletiva. Como se vê:

Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentive a fluoretação das águas, o uso de dentífrico fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal

e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes (BRASIL, 2004, p. 8).

No contexto da saúde bucal, a literatura aponta que pessoas com transtorno mental possuem uma predisposição para problemas na boca (PATEL; GAMBOA, 2012). Portanto, é fundamental realizar intervenções no âmbito da promoção à saúde bucal neste público específico, estimulando maior adesão ao tratamento e melhorando as condições de saúde mental e geral (KUO *et al.*, 2020). Além disso, a reabilitação psicossocial pressupõe ainda a reabilitação da saúde bucal dos sujeitos, em busca da autoestima, autonomia, protagonismo social e exercício da cidadania.

Nesse sentido, ações de promoção da saúde bucal no campo da Proteção à Saúde são intervenções que devem ser pensadas em articulação com a saúde mental, buscando a reabilitação psicossocial dos sujeitos, podendo ser desenvolvidas pelo SUS, em suas unidades descentralizadas ou em articulação com instituições da sociedade civil organizada, tais como: empresas, associações comunitárias, conselhos, instituições não-governamentais, etc. Dentre as ações possíveis neste campo, merecem destaque aquelas que visam reduzir os fatores de risco e difundir informações sobre fatores de promoção e proteção à saúde, como ações educativas-preventivas (BRASIL, 2004).

Portanto, um instrumento de promoção da saúde geral e bucal é a educação em saúde, que se apresenta como ação fundamental na apropriação do conhecimento. Nesse sentido, o Ministério da Saúde afirma:

Educação em Saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS. Como prática transversal proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema, representando dispositivo essencial tanto para formulação da política de saúde de forma compartilhada, como às ações que acontecem na relação direta dos serviços com os usuários. Nesse sentido, tais práticas devem ser valorizadas e qualificadas a fim de que contribuam cada vez mais para a afirmação do SUS como a política pública que tem proporcionado maior inclusão social, não somente por promover a apropriação do significado de saúde enquanto direito por parte da população, como também pela promoção da cidadania. É preciso também repensar a Educação em Saúde na perspectiva da participação social, compreendendo que as verdadeiras práticas educativas somente têm lugar entre sujeitos sociais e, desse modo, deve estar presente nos processos de educação permanente para o controle social, de mobilização em defesa do SUS e como tema relevante para os movimentos sociais que lutam em prol de uma vida digna (BRASIL, 2007, p. 10).

No âmbito da saúde bucal, a educação em saúde “[...] compreende ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como a possibilitar ao usuário mudar hábitos apoiando-o na conquista de sua autonomia” (BRASIL, 2007, p. 9). O processo de aprendizagem sobre boas práticas na saúde permite à incorporação e / ou mudança de hábitos e incorporação de novos valores, repercutindo na melhoria da qualidade de vida e prevenção de possíveis doenças (TOKAIRIN *et al.*, 2020).

O que se propõe com a educação em saúde bucal são ações articuladas com as equipes e unidades de saúde que considerem as particularidades dos sujeitos, suas histórias, contextos sociais, culturais, território e vivências. Quanto aos espaços de realização destas atividades, o Ministério da Saúde afirma que todos os espaços institucionais nos quais os sujeitos vivenciam seus cotidianos — escolas, instituições de longa e curta permanências, postos de saúde, centros comunitários, dentre outros — são fundamentais para que os profissionais possam desenvolver atividades que fomentem a reflexão e a apropriação do conhecimento com vistas ao autocuidado, ou seja, para práticas de educação em saúde (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, os CAPS, pela sua condição de referência para o cuidado das pessoas com transtorno mental, com uma proposta de atenção à saúde aberta no território, apresentam-se como locais estratégicos para ações de promoção e proteção da saúde geral e bucal, na perspectiva da reabilitação psicossocial, visto que a reabilitação psicossocial inclui uma boca saudável que favorece a autoimagem, a autonomia, a comunicação e a socialização, a busca da cidadania e o acesso às tecnologias de cuidado, além de representar a singularidade do sujeito (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Portanto, investir em ações articuladas entre a saúde mental e a saúde bucal é promover saúde na perspectiva da reabilitação psicossocial — e os profissionais de saúde mental têm fundamental importância neste processo, pois possuem vínculos afetivos com os usuários e conhecem as particularidades, podendo, em articulação com a rede de atenção à saúde bucal, promover ações direcionadas e em consonância com os projetos terapêuticos individuais, preferencialmente nos territórios onde os sujeitos desenvolvem suas atividades diárias de vida.

3 FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA

Uma pesquisa com abordagem qualitativa é indicada para estudo de temas que não podem ser quantificados em equações e estatísticas, a exemplo de símbolos, crenças, valores e relações humanas e sociais (MINAYO, 2015). Nesse sentido, pressupõe que os sujeitos envolvidos no processo da pesquisa, os protagonistas ou atores sociais, explorem respostas para alguma problemática através de perspectivas, modalidades, abordagens, metodologias, desenhos e técnicas utilizadas no planejamento, condução e avaliação de estudos, indagações ou investigações. Busca, portanto, descrever, interpretar, compreender, entender ou superar situações sociais ou educacionais (JACOB, 1987; JORDAN, 2018). Envolve os contextos sociais, históricos, políticos, econômicos e culturais nos quais o objeto a ser estudado está inserido, considerando ainda os atores sociais envolvidos nessa dinâmica. A pesquisa qualitativa foca na subjetividade dos sujeitos (MINAYO, 2015).

Minayo (2015) afirma que o objetivo da pesquisa qualitativa é explicitar dados, indicadores, tendências verificadas e/ou construir modelos teóricos aplicáveis na prática. Acrescenta que a finalidade da pesquisa qualitativa é o estudo da história, das representações, das relações, das crenças, das percepções e das opiniões a partir das vivências dos sujeitos, além de pressupor o profundo estudo do objeto.

Na particularidade da saúde, as abordagens qualitativas ainda são bem tímidas, embora várias problemáticas na saúde necessitem de técnicas de compreensão para serem solucionadas (TAQUETTE, 2016). A maioria dos problemas de saúde são investigados a partir da metodologia quantitativa que utiliza pressupostos das ciências biológicas (TAQUETTE; VILLELA, 2017). Em geral, a maioria dos estudos realizados com abordagem qualitativa na área da saúde são de autores das áreas de Enfermagem, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Psicologia (TAQUETTE, 2016).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), o conceito de saúde abrange o bem estar físico, mental e social, ultrapassando a ideia de saúde como ausência de doença. Portanto, entender o contexto social, histórico e cultural dos sujeitos, suas relações socioafetivas, o território, as crenças, as opiniões e o

cotidiano são fundamentais para compreender os processos de saúde-doença. Nesse sentido, a pesquisa de abordagem qualitativa é essencial.

Em relação à produção de dados no âmbito da pesquisa qualitativa, o grupo focal se aplica por possibilitar a coleta de informações sobre um tema específico a partir da interação entre os participantes e o pesquisador. Nessa técnica participantes e pesquisador permanecem em um mesmo local durante dado período de tempo, realizando a discussão a partir de um roteiro norteador pré-estabelecido baseado no objetivo da pesquisa. A proposta do grupo focal é construir coletivamente os resultados da pesquisa, a partir do diálogo, com pesquisador e participantes da pesquisa sendo os protagonistas no processo de construção do resultado (DALL'AGNOL, 2012). O ambiente de realização da pesquisa, no caso da técnica de grupo focal, precisa ser previamente preparado, de modo a acolher os participantes ocasionando um ambiente que propicie fluidez nas trocas de experiências e considerações sobre o tema proposto (PATTON, 1990; MINAYO, 2015).

Ainda em relação à produção de dados em pesquisa qualitativa, o método de saturação vem sendo bastante utilizado. Trata-se de “[...] estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes [...]” (FONTANELLA, RICAS, TURATO, 2008, p. 17) quando as contribuições dos participantes da pesquisa forem exauridas, tornando-se redundantes no processo de produção de dados (FONTANELLA *et al.*, 2011). Nesse sentido, Fontanella, Ricas e Turato (2008, p. 25) acrescentam que a “[...] amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual de inequívoca aplicabilidade prática, podendo, a partir de sucessivas análises paralelas à coleta de dados, nortear sua finalização”.

Frequentemente utilizado nas pesquisas qualitativas, o método de análise de conteúdo, a partir da perspectiva de Bardin, tem o seguinte conceito:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 42).

Em relação às mensagens, Franco (2008, p.12) aponta a possibilidade de que ocorram de forma “verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental

ou diretamente provocada”. Por isso a importância de o pesquisador estar atento a todo o contexto envolvido durante o processo de pesquisa, pois muitas significações serão apresentadas de forma não verbal, através de diversas formas, a exemplo da linguagem corporal do participante da pesquisa.

A metodologia de análise de conteúdo tem como propostas a decomposição do discurso e a categorização dos fenômenos, possibilitando a reconstrução dos significados e uma percepção mais profunda da interpretação da realidade (SILVA *et al.*, 2005).

O objetivo básico da análise de conteúdo, de acordo com Taquette,

[...] é realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos de modo a compreender seu funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção de seus sentidos. Suas técnicas visam inferir, a partir dos efeitos de superfície (a linguagem e sua organização), uma estrutura profunda: os processos de sua produção (TAQUETTE, 2016, p. 529).

Nessa perspectiva, Bardin apresenta as três fases fundamentais da análise de conteúdo: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, e inferência e interpretação. A fase da pré-análise é o momento da sistematização das ideias iniciais, organizando todo o material a ser analisado. Possui quatro etapas: leitura flutuante (momento inicial de conhecimento dos textos); escolha dos documentos (demarcação do que será analisado); formulação de hipóteses e objetivos; referenciação dos índices e elaboração de indicadores, determinação dos indicadores que permearão os recortes de textos nos documentos, e preparação do material (BARDIN, 2011).

Já a fase da exploração consiste na organização do material por categorias (sistemas de codificação) e a definição das unidades de registro. É nela que ocorrem a codificação, a classificação e a categorização dos elementos do texto. A categorização é um processo de duas etapas: o inventário (isolar os elementos) e a classificação (repartir os elementos e organizá-los).

De acordo com Mozzato e Grzybovski, a fase da exploração do material:

[...] consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido a um

estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011, p.735).

Por fim, a fase do tratamento dos dados é o momento em que “[...] os resultados brutos são tratados como significativos e válidos” (BARDIN, 2011, p. 101). Trata-se, portanto, do momento da análise reflexiva e crítica, da materialização do que foi construído nas demais fases, das interpretações inferenciais (BARDIN, 2011).

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Compreender a promoção de saúde bucal direcionada às pessoas com transtorno mental na perspectiva dos profissionais de saúde mental.

4.2 Objetivos específicos

- Traçar o perfil sociodemográfico dos participantes;
- Apreender sobre a relação da saúde mental com a saúde bucal, na perspectiva dos profissionais de saúde mental;
- Conhecer as ações relacionadas à saúde bucal nas instituições estudadas;
- Conhecer a rede de atenção de saúde bucal e o atendimento às pessoas em sofrimento psíquico, na perspectiva dos profissionais de saúde mental.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e de abordagem qualitativa. Para a coleta de dados foi utilizada a técnica do grupo focal, que se fundamenta na interação entre as pessoas para obter os dados necessários à pesquisa. Na condução desta técnica os critérios são previamente determinados pelo pesquisador, de acordo com os objetivos da pesquisa. Além disso, o ambiente precisa ser preparado para favorecer a discussão, proporcionando aos participantes da pesquisa condições adequadas para manifestar suas percepções e pontos de vista (PATTON, 1990; MINAYO, 2015).

Ademais, em relação à produção de dados, utilizou-se ainda o método de saturação, pois através dele é possível interromper a pesquisa quando o pesquisador avalia que se exauriu a produção de dados, observada através da redundância ou repetição de informações (FONTANELLA *et al.*, 2011). Como análise dos dados da pesquisa, o principal método utilizado foi a análise de conteúdo desenvolvida por Bardin, que compreende um conjunto de instrumentos metodológicos; através da decodificação do conteúdo e da sistematização por categorias temáticas é possível aprofundar a interpretação da realidade (BARDIN, 2011).

5.1 Local

A pesquisa foi realizada nos 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSI) e no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSAD). Os 5 serviços representam a totalidade de dispositivos de atenção psicossocial de modalidade CAPS da cidade de Maceió; todos atendem pessoas com transtorno mental severo dentro dos territórios. A escolha considerou o fato de as instituições apresentarem especificidades de intervenção na saúde mental e atuarem na promoção e no tratamento de saúde mental, com a presença cotidiana de usuários, desenvolvendo suas atividades de vida diária dentro destas instituições, com orientações dos profissionais.

5.2 Participantes

Participaram da pesquisa profissionais com vínculo empregatício nas instituições escolhidas para a pesquisa, devidamente registrados nos respectivos conselhos de classe. Os CAPS de Maceió/AL são compostos por equipes multiprofissionais de nível superior e médio. Cada CAPS possui uma equipe mínima, conforme Portaria nº 336/2002/MS, no entanto, a composição das equipes profissionais depende das propostas de intervenção de cada instituição. Portanto, em cada CAPS de Maceió, em média 15 profissionais estavam aptos à participação na pesquisa.

Para essa etapa requisitou-se a participação de 1 profissional de cada categoria por unidade, de modo que todas as categorias fossem contempladas na pesquisa, de nível médio e superior, das unidades referenciadas que se enquadravam nos critérios de inclusão na pesquisa. No entanto, considerando as dificuldades de agrupar os profissionais para realização da pesquisa e ainda a limitação do quadro para atender a adequação da técnica de grupo focal, priorizou-se a participação de profissionais de categorias diferentes de cada instituição, sem excluir aqueles de categorias semelhantes. De modo que a discussão nos grupos focais envolveu diferentes saberes e perspectivas, mas também pontos de vistas semelhantes e complementares, enriquecendo ainda mais o debate. Assim, a pesquisa foi composta por 44 participantes de 13 categorias profissionais diferentes.

5.3 Procedimentos

Inicialmente realizou-se contato com as Gerência de Saúde Mental de Maceió para autorização de realização da pesquisa. Após, realizou-se a submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), que o aprovou através do Parecer Consubstanciado nº 4.451.356.

Como forma de aproximação com as equipes profissionais dos locais pesquisados e com o apoio das Gerência de Saúde Mental, realizamos o contato com os coordenadores técnicos de cada instituição, seguido do agendamento da apresentação da pesquisa e recrutamento dos participantes. No dia previamente

agendado, sendo estrategicamente o dia da reunião técnica das equipes dos CAPS, foi apresentada a pesquisa em cada instituição e realizado o convite para participação no grupo focal, inclusive com a leitura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e esclarecimentos das dúvidas relativas à pesquisa.

Para fins da coleta de dados, foram realizados grupos focais com uso de Roteiro Norteador (APÊNDICE B) em cada instituição participante, totalizando 5 (cinco) encontros. As reuniões ocorreram em local previamente escolhido e adequado para os objetivos da pesquisa; todas foram gravadas com a permissão dos participantes. A leitura dos TCLE e assinatura, por livre e espontânea vontade, precedeu o grupo focal. Em seguida, cada participante respondeu a um questionário estruturado com informações sobre o seu perfil sociodemográfico (APÊNDICE C).

Para fins de preservar a identidade dos participantes da pesquisa e facilitar a análise, os grupos foram substituídos por letras maiúsculas de A a E (diferenciando, desta forma, cada instituição participante) e os partícipes foram identificados por números.

A coleta dos dados foi iniciada em agosto de 2021 e finalizada em dezembro de 2022. Os grupos focais foram conduzidos por um pesquisador moderador que articulava as discussões e um pesquisador observador que tinha a função de auxiliar nas conduções dos trabalhos, além de observar o comportamento dos participantes da pesquisa. Ademais, a medida em que as considerações dos participantes da pesquisa sobre um determinado conteúdo chegavam à exaustão, restando o silêncio ou repetição de falas, passava-se para o próximo tópico do roteiro norteador até concluir todo o conteúdo da pesquisa.

Após a coleta, os dados foram integralmente transcritos, organizados e analisados por categorias temáticas e interpretados de forma articulada aos referenciais teóricos que alicerçaram o estudo. Os dados sociodemográficos e as informações obtidas no questionário estruturado foram tabulados em uma planilha do *Excel* e posteriormente submetidos à realização de uma análise estatística descritiva.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira etapa da pesquisa constituiu a tabulação dos dados relativos à condição social e laboral dos profissionais, coletados através do questionário. Nesse sentido, a tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos profissionais que participaram da pesquisa.

TABELA 1 – Perfil sociodemográfico dos profissionais participantes da pesquisa

Sexo	n	%
Feminino	38	86,4
Masculino	6	13,6
Estado Civil		
Solteiro(a)	13	29,5
Casado(a)	17	38,6
Divorciado(a)	8	18,2
Viúvo(a)	2	4,5
União Estável	1	2,3
N/R	3	6,8
Escolaridade		
Médio Completo	2	4,5
Superior Incompleto	4	9,1
Superior Completo	9	20,5
Pós-Graduado	26	59,1
N/R	3	6,8
Tempo de Trabalho		
Menos de 1 Ano	6	13,6
De 1 Ano Até 2 Anos	1	2,3
Mais de 2 Anos até 3 Anos	1	2,3
Mais de 3 Anos	35	79,5
N/R	1	2,3
Idade		
18-30	4	9,1
31-40	9	20,5
41-50	25	56,8
51-60	6	13,6
Acima de 61	0	0,0
Profissão		
Agente de Ação Social	2	4,5

Assessor(a) Técnico(a)	2	4,5
Assistente Social	6	13,6
Educador(a) Físico(a)	2	4,5
Enfermeiro(a)	6	13,6
Estudantes/Estagiários	4	9,2
Farmacêutico(a)	1	2,3
Fonoaudiólogo(a)	1	2,3
Médico(a)	1	2,3
Nutricionista	1	2,3
Psicólogo(a)	12	27,3
Técnico(a) de Enfermagem	3	6,8
Terapeuta Ocupacional	3	6,8
<hr/>		
Vínculo Empregatício		
Contratado	11	25,0
Efetivo	24	54,5
Comissionado	2	4,5
Outro	4	9,2
N/R	3	6,8

N/R: Não respondeu

Pode-se observar que 86,4% dos participantes são do sexo feminino e 56,8 % possuem idade entre 40 e 50 anos. Um dado importante refere-se ao quantitativo de profissionais efetivos (54,5%), bem como ao percentual significativo (79,5%) de trabalhadores dos CAPS participantes da pesquisa que possuem vínculos trabalhistas de mais de 3 anos na instituição. Desse resultado podemos inferir que, em sua maioria, os profissionais possuem vivência significativa em saúde mental, o que sugere a efetivação de vínculos de pertencimento e afetividade com os usuários dos serviços, conforme preconiza a política de saúde mental.

Em relação à escolaridade, destaca-se o quantitativo de profissionais pós-graduados, sendo de 59,1 %, demonstrando o investimento em capacitação profissional de mais de 50% dos profissionais participantes da pesquisa.

Os dados apontam a predominância na participação da pesquisa de profissionais de Psicologia (27,3%), seguido dos profissionais de Serviço Social e Enfermagem, ambos com 13,6%. No entanto, podemos inferir que a pesquisa contou com a participação de diversas categorias profissionais, repercutindo em uma percepção ampliada das diversas áreas de atuação profissional dos CAPS pesquisados.

A próxima etapa da pesquisa consistiu na análise dos dados levantados a partir das considerações dos profissionais participantes¹, o conteúdo foi dividido em 5 categorias temáticas: 1) Relação da saúde mental com a saúde bucal; 2) Principais motivos para pessoas com transtorno mental desenvolver problemas na boca; 3) A rede de atenção à saúde bucal e o acesso ao tratamento; 4) Fluxos de atendimento e principais procedimentos odontológicos observados pelos profissionais de saúde mental; 5) Ações de prevenção e promoção à saúde geral e bucal, conforme exposto a seguir.

Relação da saúde mental com a saúde bucal

A literatura traz a discussão da concepção da clínica ampliada e da integralidade da saúde e, especificamente, em relação à temática da saúde mental com a saúde bucal, evidenciando a associação entre estas áreas. As considerações dos participantes da pesquisa¹ corroboram nessa perspectiva:

“Trazendo essa imagem corporal que a pessoa tem de si, então, quando você tem um sorriso agradável, você tem o hálito agradável, a boca, os dentes... Acaba contribuindo também para a auto estima, para o reconhecimento da pessoa.” C6

“A saúde bucal faz muita diferença na autoestima da pessoa. Até pra comer, pra sorrir, pra falar. Então faz toda diferença não só pra pessoas com transtorno mental, mas para todos.” B4

Observa-se nas considerações dos profissionais que a autoestima está intrinsecamente vinculada à saúde bucal e à saúde mental. Uma boca saudável repercute diretamente na autoestima, que repercute no autocuidado, em uma troca simultânea. Portanto, ações que possibilitem a pessoa com transtorno mental protagonizar os cuidados em saúde que inclui o cuidado com o corpo e com a boca são imprescindíveis.

¹ As considerações dos participantes da pesquisa foram reduzidas, em alguns casos. No entanto, a essência da fala foi preservada, sem causar prejuízo para o conteúdo.

Os participantes da pesquisa trazem considerações acerca da relação da dor, neste caso da dor causada pela boca afetada por algum tipo de doença e a consequência no cotidiano das pessoas repercutindo na saúde mental.

Outra coisa é a questão da dor, a importância de ir ao dentista como forma de prevenir uma dor futura. Uma dor que pode causar desestabilidade, sensação de angústia, a dor física que afeta também o emocional, o desconforto. Uma forma de evitar a dor é cuidar dos dentes, da boca. É uma dor que limita, a dor de dente [...]. C4

A dor de dente interfere diretamente na saúde mental, muitos dos nossos usuários não conseguem expressar a dor que está sentindo daí fica mais agressivo, então a família acha logo que está em crise. Às vezes é a dor do dente. C3

Nesse sentido, fica evidenciada, através da fala dos profissionais, a dificuldade do usuário em expressar a dor, sendo o sofrimento potencializado pela dor, e, principalmente, pela impossibilidade de expressar com clareza o que está sentido.

A literatura aponta que pessoas com transtorno mental são mais predispostas que a população em geral para problemas na boca (PATEL; GAMBOA, 2012). É, portanto, bastante comum esse público apresentar a saúde bucal prejudicada, conforme se observa nas falas dos profissionais:

A saúde bucal da grande maioria deles é bem precária, por que nas AVD, tinham que estar higienizando, escovando. Então, realmente quando a família observa que a situação está complicada é que arca com algum tipo de intervenção. A2

Muitos usuários não fazem a escovação, muitos tem os dentes extraídos, podres, a maioria não tem dentes. C3

Aqui é difícil a gente encontrar alguém com dentição completa, principalmente por causa do uso do crack. Alguns pacientes jovens a gente ainda observa a preservação dos dentes. [...] A gente tem uma situação de um paciente aqui que trabalha, está em tratamento e abstinência do álcool a bastante tempo e não tem nenhum dente. E ele relata que a máscara é quem tá ajudando porque ele pode disfarçar a falta dos dentes. E1

Na particularidade das pessoas com transtorno mental a integralidade do cuidado fica ainda mais comprometida, uma vez que a pessoa com transtorno mental é negligenciada em todas as dimensões da saúde, conforme podemos observar:

Focando na questão da integralidade da saúde, no caso do paciente com transtorno mental ele não é visto como um todo. Não é. Ele é partido. É só o transtorno. Então, a questão orgânica ela nunca é vista como uma questão clínica é sempre associado ao transtorno mental. A questão orgânica fica de lado [...]. D8

[...] A boca fica negligenciada porque o paciente é de saúde mental, não se enxerga mais nada nele. Muitas vezes eles estão no grupo e fazem alguma queixa sobre a medicação ou associado ao transtorno e muitas vezes a gente percebe que tem tantas outras coisas que podem estar ocasionando aquela queixa. Então, os próprios usuários não conseguem se perceber para além do transtorno mental. D9

Embora a maioria dos profissionais participantes da pesquisa consigam ter a percepção da importância do cuidado na perspectiva da clínica ampliada e da integralidade da saúde — realizando a articulação entre os saberes, no sentido da atenção à saúde, para além do transtorno mental —, algumas considerações refletem, ainda, a fragmentação na atenção à saúde e em paradigmas conservadores a serem superados.

A gente não olha a boca. A gente só identifica quando o paciente está com o dente preto. Ou alguma situação em que a criança quebrou o dentinho ou quando elas estão falando é que a gente consegue identificar algum problema. B11

CAPS não trabalha na área de saúde bucal. Não é nosso foco e não será. Por que o que a gente faz é quando a gente identifica como o ser humano é um ser holístico, então quando a gente nota a gente faz os encaminhamentos. Só que a boca é algo que a gente precisa pra investigar um local específico, tem que abrir a boca e isso não é perfil de profissional de Caps.[...]. B11

Observa-se a partir das falas acima que o conceito da integralidade e da clínica ampliada parece muito distante da prática institucional, uma vez que tais conceitos abrangem a corresponsabilização entre profissionais, familiares, usuários e comunidade no processo de adoecimento, bem como uma proposta de olhar na totalidade. As considerações parecem remeter a práticas reducionistas e fragmentadas no cuidado a saúde, sobretudo da saúde mental.

Estudos apontam que a condição de saúde bucal é ainda mais prejudicada em pacientes institucionalizados, se comparados à população em geral (CORRIDORE *et al.*, 2017). No entanto, quando a comparação envolve os usuários de serviços de saúde mental em tratamento comunitário à população geral, verificou-se uma melhora

nos quadros de saúde bucal (CORRIDORE *et al.*, 2017). Nessa perspectiva, as considerações dos participantes da pesquisa apontam semelhante entendimento.

Temos situações de usuários que perderam os dentes durante a internação. Que apresentaram um quadro de crise ou até mesmo situação de violência na internação que causou o trauma. C6

Nós que trabalhamos com usuário em meio aberto, no ambiente comunitário e já identificamos a saúde bucal desses usuários tão precarizadas, ficamos indagando com estão esses usuários das residências terapêuticas, porque lá os usuários já vêm dos hospitais sequelados e ainda tem a questão da cultura, por exemplo, do cigarro de palha. E a higienização bucal deve ser muito debilitada. A4

A violência, fenômeno social e historicamente determinado, fica evidenciada nos relatos dos profissionais de saúde mental. As instituições de tratamento de saúde, neste caso os hospitais psiquiátricos, que deveriam fornecer proteção social, como prevê a política de saúde, reproduzem formas de violência física institucionalizada quando adotam tratamentos radicais e invasivos em saúde bucal, e quando não possibilitam formas de prevenção e autocuidado em saúde geral e bucal para os usuários em regime de internação, causando ainda mais adoecimento mental. Portanto, apesar dos avanços nos cuidados em saúde mental a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica, ainda é preciso discutir propostas concretas de intervenção em condutas como as relatadas (DELGADO, 2012). A forma de cuidados em saúde relacionados às pessoas com transtornos mentais coloca-se como um desafio à afirmação da humanidade, enquanto profissionais de saúde e pessoas.

Historicamente a questão da loucura e o tratamento nos hospitais psiquiátricos decorreram da lepra (FOUCAULT, 1972). Assim, os ditos “loucos” foram associados às pessoas com doenças transmissíveis que necessitavam de isolamento. Essas simbologias permeiam as relações com a saúde mental até hoje, sendo um agravante da interlocução da atenção à saúde mental com a saúde geral e bucal, questões passíveis de identificação nas falas a seguir:

Eu acho que tem uma questão simbólica nas questões da boca que torna a saúde bucal ainda mais distante. Porque ainda tem essa coisa simbólica, cultural. E mesmo que a gente não tenha consciência, no dia a dia, está na nossa formação. Está naquilo que fomos prendendo sobre loucura, sobre contato, sobre cuidado, sobre aproximação. Então essas coisas elas ficam aí

permeando nossas práticas. A literatura traz a associação da loucura com a transmissão através do contato [...]. A4

Está idealizado na gente o cuidado com a secreção, com o contato. Como se transtorno mental fosse transmissível. A7

No mesmo sentido, os profissionais apontam a questão da subjetividade como algo complexo e que vai se enraizando a partir das vivências, dos saberes e do que se apreende e reproduz no cotidiano.

A subjetividade no sentido de que nós aprendemos e reproduzimos que a saúde mental não tem importância. E daí é muito trabalhoso quebrar esse paradigma. A gente se coloca nesse lugar de que aprendemos que é assim e é muito difícil e trabalhoso mudar a realidade. A dificuldade, o estigma, a dificuldade no acesso estão lá na atenção básica, mas também está aqui no nosso meio. [...] Esse é o maior desafio de trabalhar com saúde mental.[...] A6

[...] E eu penso que gente se acostumou a ver aquela imagem de fotografia do louco como uma pessoa sem dente. O riso do louco é um riso desdentado. Parece que virou um protótipo da loucura esse retrato associado a falta de higiene. E eu gostaria que nós tivéssemos outra visão. Ampliasse esse olhar. D1

No entanto, apesar da necessidade da quebra de paradigmas, o reconhecimento de que alguns conceitos intrínsecos precisam ser repensados na perspectiva da interdisciplinaridade na atenção à saúde faz parte do cotidiano dos profissionais do CAPS, conforme observa-se:

Mas o bom de estar dentro e de fazer parte (referindo-se a ser um profissional de saúde mental) é a gente se perceber e tentar mudar. Porque chega uma hora que não nos cabe mais a reprodução de certos pensamentos, mas na verdade o fato de estarmos dentro nos permite refletir e mudar esse contexto. Refletindo a prática nos faz rever, mudar. A6

É nítida a percepção do profissional sobre a necessidade da ampliação do cuidado em saúde mental, a partir de um olhar para a totalidade do ser, para além do estigma, do preconceito. Cuidado este que perpassa a saúde da boca, especialmente considerando a vulnerabilidade das pessoas com transtorno mental em apresentar problemas nesta área da saúde, como veremos no próximo tópico.

Principais motivos para pessoas com transtorno mental desenvolver problemas na boca

Dentre os motivos da vulnerabilidade das pessoas com transtorno mental para desenvolver problemas de saúde geral e bucal, a literatura aponta o uso de medicamentos psicoativos, além da ausência de higienização bucal e autocuidado. A fala a seguir sugere tais características deste público específico.

As medicações de uma forma geral interferem no metabolismo da boca, então termina interferindo no dente. Algumas medicações alteram a quantidade de salivação, causando secura ou o excesso da saliva. D4

No entanto, embora os profissionais consigam perceber as características específicas nos usuários de psicofármacos, a exemplo da hipossalivação, a maioria dos profissionais não conseguiu associar essa característica ao uso da medicação. As considerações a seguir mostram claramente essa limitação dos profissionais.

A gente não tem o hábito de perguntar sobre os efeitos das medicações, não temos o hábito de ler a respeito disso. E aí a gente não sabe responder sobre os efeitos dos psicofármacos na boca. A1

Nos casos de impregnação a língua fica com a característica diferenciada. Em alguns casos o excesso da saliva ou a ausência (xerostomia). Mas existe dificuldades em a gente acompanhar isso enquanto processo. Na verdade, a gente só consegue identificar alguma coisa mais clara quando ocorre uma queixa mais explícita. A4

Quanto ao uso do álcool e do tabaco, os profissionais, em sua maioria, conseguem identificar efeitos direto na saúde bucal dos usuários.

Dos sinais mais claros, assim, por exemplo, tem usuários aqui que tem também fazem uso de algum tipo de outras drogas, então a gente consegue perceber nos lábios, manchas, a depender da droga que for utilizada. A coloração do dente por conta do tabaco excessivo. A4

O uso do cigarro é comum no serviço em um ambiente mais afastado. A gente sabe que o cigarro ajuda a acalmar, diminuir a ansiedade. E muitos usam aquele cigarro de palha, forte. Então, a gente observa as extremidades queimadas, o cheiro na boca, a cor do dente mais amarelado. Fora que prejudica a saúde como um todo. D6

Em um CAPS de Maceió não foi observado o uso do cigarro ou do álcool pelos usuários.

A gente não recebe aqui usuários em uso de álcool e outras drogas. Eles são encaminhados para outro CAPS. B8

A gente recebe usuários com diagnóstico secundário de álcool e outras drogas, mas com diagnóstico primário de saúde mental. Daí a gente faz a parceria junto com o CAPSAD. Mas não atende quando o diagnóstico é primário de álcool e outras drogas. B11

Na particularidade dos usuários do CAPSAD, a correlação do uso do álcool e/ou outras drogas, bem como a repercussão na saúde geral e bucal, é ainda mais evidenciada, como podemos observar nas considerações dos participantes da pesquisa.

Apesar deles (usuários) não fazerem muito uso de psicotrópicos e/ou psicofármacos o uso do álcool e outras drogas, como o crack e o tabaco, são muito prejudiciais à saúde deles, inclusive da saúde bucal. A maioria das queixas de doenças na boca é por causa do uso do crack. E1

Nossos usuários de álcool e outras drogas, além do uso abusivo ainda possuem outros transtornos associados. Mas são usuários orientados. A questão maior é que a maioria é usuário de rua. A aparência é bem prejudicada, não só na vestimenta, mas na higiene. Então isso já vai sendo mais obstáculos para obter acesso aos serviços de saúde. Tanto é que nos terminamos sendo referência para eles para tudo. Não só quanto aos cuidados devido ao uso de substâncias psicoativas, mas também para os cuidados clínicos. E3

Outros fatores relacionados às causas da vulnerabilidade das pessoas com transtorno mental para o desenvolvimento de problemas na saúde geral e bucal são aspectos relativos às vivências diárias — como maus hábitos de cuidados com a saúde da boca, a exemplo do consumo de alimentos com alto teor de açúcar, dieta rica em carboidratos e a ausência de higienização da boca e dentes (SHEKARCHIZADEH *et al.*, 2013). As considerações dos profissionais acerca desta questão, corroboram com a literatura:

Vão juntar as questões que são próprias do processo do adoecimento com questões das vivências, da rotina familiar e se foi alguém estimulado desde a infância a escovação, a higiene. Então, a vivência fez com que a pessoa aprendesse e criasse o hábito. E veio a adoecer psicicamente, mas já tinha o hábito e essa estrutura de funcionamento que não foi quebrada pelo

processo de adoecimento. Por que não são todos os usuários que entra em um processo de surto e fica tão desorganizado ao ponto de negligenciar a higienização. C6

A própria alimentação também com excesso de açúcar, doces, comida industrializada tudo isso repercute na saúde da boca. Então teria que ser um trabalho integrado com a nutrição também. B13

Os maus hábitos alimentares e ausência de autocuidado, conforme especificado pelos participantes da pesquisa, associados à vulnerabilidade social das pessoas com transtorno mental, especialmente aquelas em tratamento nos CAPS de Maceió, colaboram ainda mais para o prejuízo na saúde geral e bucal destes usuários. Nas falas dos profissionais é possível observar a ausência de alternativas por parte de alguns usuários, quando se trata de ingerir alimentos mais baratos e menos saudáveis, devido à situação socioeconômica.

Nossos usuários comem o que o dinheiro dá para comprar. Uma coisa é saber o que é uma alimentação adequada capaz de produzir saúde. Outra coisa é o que a nossa população consegue acessar, quando consegue acessar. Então é muito frustrante fazer ambulatório, ter um paciente diabético, por exemplo, e saber que ele come pão, mas é só o que ele consegue comprar e é só o que ele tem em casa. Então, nossos usuários comem o que tem. C1

E eles sabem o que é bom, o que é saudável. Por que é bom e é difícil mudar o hábito. Mas, mais do que isso, é difícil quando não se tem condições financeiras para adquirir aquilo que sabe que é bom e saudável. As escolhas, nem sempre são escolhas. É o que eu consigo fazer naquele momento. É o que eu tenho pra comprar naquela hora, então eu só posso escolher isso. C5

Neste sentido, as falas dos profissionais evidenciam que as condições de alimentação dos usuários dos CAPS refletem as condições sociais, culturais e econômicas dos seguimentos mais vulneráveis da sociedade. Nesse sentido, não se trata de maus-hábitos ou escolhas ruins, mas da falta de condições econômicas das famílias no provimento de uma alimentação saudável. Assim, buscam aquilo que favorece a saciedade e nem sempre é saudável.

Outra questão bastante discutida pelos participantes da pesquisa é o acesso aos itens de higiene bucal. De acordo com os profissionais, o acesso a itens de higiene bucal de qualidade é dificultado pelos altos preços, sobretudo considerando a situação de vulnerabilidade social em que vivem os usuários dos CAPS, conforme nota-se nas falas:

A vulnerabilidade dos nossos usuários é muito grande. A maioria vem pra o serviço sem tomar café por que economiza a primeira refeição de casa. Imagina gastar com escova e pasta de dente. B11

Material de higiene bucal adequado é caro. Principalmente para nossos usuários que são carentes de tudo. Nossos usuários não tem condições de comprar alimentos, imagine escova e creme dental de boa qualidade. A água que eles utilizam também é de baixa qualidade. D9

Em linhas gerais, não existem na literatura apontamentos de que os itens de higiene bucal possuam preços altos. A percepção dos profissionais, neste aspecto, aparece como uma barreira na articulação entre os serviços de saúde mental e saúde bucal, na medida em que se pressupõe que os cuidados preventivos em saúde bucal são acessíveis apenas para quem possui condições socioeconômicas melhores.

Por outro lado, estudos apontam como fatores que dificultam o acesso aos serviços odontológicos, por parte de pessoas com transtorno mental, os altos custos destes serviços (HALL, LAMPIERRE, KURTH, 2018). Na percepção dos participantes da pesquisa, o acesso aos serviços odontológicos pelo SUS é difícil por diversos fatores, a exemplo da pouca oferta em detrimento da amplitude da demanda. Quanto ao tratamento odontológico particular, os usuários dos CAPS, em sua maioria, não conseguem acessar devido ao alto custo.

De todo modo, é dever do poder público proporcionar as condições para que os usuários realizem a higienização bucal adequada, bem como acessem os serviços odontológicos. Portanto, observa-se um descaso do Estado com a saúde bucal das pessoas com transtorno mental.

Outro ponto essencial é a presença da família/do cuidador auxiliando no processo de cuidado em saúde da pessoa com transtorno mental. Usuários com relações familiares mais organizadas, nas quais o familiar ou o cuidador é protagonista, juntamente com o usuário, no processo saúde-doença, consegue aderir melhor ao tratamento e, conseqüentemente, melhorar a saúde geral e bucal. No entanto, a realidade dos usuários dos CAPS de Maceió retrata a ausência da família ou prejuízo no cuidado de famílias inteiras, conforme podemos inferir das falas a seguir:

Usuários com familiar mais presente, que possuem menos comprometimento da saúde mental e com condições sociais melhor, acessam mais os serviços odontológicos e normalmente tem a saúde da boca melhorada. A7

A maioria dos familiares não são presentes. Existe aqueles que têm o familiar presente. Mas a maioria não tem referência familiar. Agora os poucos que tem a referência o familiar é bem presente. D1

Na particularidade dos usuários de álcool e outras drogas a situação é ainda mais grave, pois os vínculos estão, em sua maioria, rompidos. No entanto, ainda existem situações positivas neste contexto, conforme podemos observar:

A relação com a família ou é fragilizada ou é rompida em 90% dos casos. Especialmente nos casos dos usuários em situação de rua. E06

Aqui tem um ponto bem positivo em relação a família. Nós temos um grupo com familiares. E temos algumas famílias, poucas, mas ainda assim temos, principalmente daqueles em que estão em internação involuntária, que as famílias se fazem presentes. E05

Conforme podemos inferir a partir das falas acima, os vínculos afetivos familiares e comunitários interferem diretamente na condução da saúde das pessoas com transtorno mental. Além disso, a rede de atenção em saúde bucal é bastante fragilizada, dificultando ainda mais a procura por tratamento odontológico, como veremos na categoria temática a seguir.

A rede de atenção à saúde bucal e o acesso ao tratamento

Estudos apontam que pessoas com transtorno mental apresentam maior dificuldade para acessar tratamentos de saúde bucal devido a vários fatores, dentre estes a estigmatização e o preconceito (JAMELLI *et al.*, 2010). A percepção dos profissionais é semelhante à literatura.

Uma das coisas que a gente observou foi o preconceito, é demais! Há, mas a gente precisa de alguém que acompanhe, não só o familiar que acompanhe porque se ele entrar em crise na hora do tratamento com a broca na boca ou algum outro equipamento? Então a gente já passou por tudo isso... pelo menos eu enquanto profissional já observei este tipo de situação. A7

Além da questão da autoestima que fica prejudicada, os usuários sofrem o preconceito por terem uma higienização prejudicada. É uma fala inclusive do consultório de rua que escutam dos profissionais da saúde 'porque não deu

um banho nele antes de trazer para a consulta', por exemplo. Então os usuários já passam por situações dessas em um atendimento médico, quem dirá como um dentista que se pressupõe a aproximação com saliva, secreção, contato com a boca, etc. E5

Nesse sentido, a estigmatização e o preconceito aparecem como mais uma barreira nos cuidados em saúde bucal para pessoas com transtorno mental, na percepção dos participantes da pesquisa. Ademais, já existe a predisposição do profissional em entender que o usuário de saúde mental será retaliado no atendimento odontológico, considerando as situações já vivenciadas nos atendimentos clínicos e ainda as particularidades do atendimento de saúde bucal, o que dificulta a articulação entre a rede de saúde mental e saúde bucal.

Na realidade de Maceió as ESF não contemplam 100% dos territórios. Além disso, a rede de atenção à saúde geral e bucal é bastante fragilizada, conforme podemos inferir das falas dos profissionais.

É difícil falar de rede quando a rede é tão fragilizada no município. [...]. Esse problema de ter o profissional e não o equipamento, por exemplo, não atinge somente nossas demandas. Nossos usuários não estão na estratégia da saúde da família por que muitas vezes não existe a ESF. Não é somente a questão do preconceito, por que de fato existe, estigmatização que é cultural. Até a gente que está nos municípios. Nós temos acesso a ESF? A6

A rede não dá condições de trabalho. É faltando material para tratamento odontológico, os instrumentos quebrados. Então assim, a gente não sabe como está a rede hoje, depois da pandemia, em relação a saúde bucal. Mas durante um certo tempo o atendimento odontológico esteve mais tempo parado do que acontecendo, por falta de condições de trabalho. [...]Então os encaminhamentos que a gente faz perde efeito, vira uma bola de neve. Isso é em saúde bucal, são nas questões clínicas. Então o usuário volta pra gente sem resolução como se a gente tivesse o poder de resolver. D8

A dificuldade de acesso ao tratamento, devido uma rede desestruturada, onde faltam materiais e equipamentos de trabalho, aparece em diversas falas dos profissionais, evidenciando a ausência do poder público quanto ao dever de ofertar serviços de saúde de qualidade à população — neste caso, serviços de saúde bucal. Na concepção dos profissionais falta assistência em saúde bucal para a população em geral.

Nos casos dos usuários de substâncias psicoativas, o acesso à rede de atenção à saúde geral e bucal é extremamente problemático, pois a maioria não possui documentação civil básica, além de encontrar-se em situação de rua.

O nosso serviço, na realidade, é um dos poucos que atende sem documentação, por exemplo. Até o momento a gente não sabe dizer se tem outro serviço que atenda sem documentos. Então, a questão da oferta de segundas vias de documentos é essencial para nossos usuários acessarem outros serviços, inclusive o tratamento odontológico. Ou rever a questão da restrição do atendimento. Porque enquanto a realidade for essa nossos usuários permanecerão desprovidos de acesso aos serviços básicos. E6

[...]. Sobretudo os usuários que estão em situação de rua que é nosso maior público que tem o seu direito totalmente violado, em muitos aspectos. Não ter referência de endereço é um outro problema que os usuários enfrentam para acessar a rede. E4

Outro ponto bastante discutido pelos participantes da pesquisa é a necessidade de um profissional mais humanizado e preparado para lidar com pessoas com transtorno mental, visto que os relatos trazidos demonstram a necessidade de avançar no ponto de vista da matriz curricular dos profissionais de saúde, neste caso, dos cirurgiões-dentistas, para conferir maior qualidade aos atendimentos prestados às pessoas com transtorno mental, como se vê:

Eu já ouvi de dentista que trabalha com pessoa com transtorno mental falar do risco que é trabalhar com paciente psiquiátrico, uma vez que ele usa instrumentos que são extremamente perigosos, perfuro cortantes. E o profissional dizia se sentir inseguro, em um risco constante. D1

Existe um receio de como o paciente vai se comportar, principalmente aqueles com transtorno. 'Mas e se ele fechar a boca, morder meu dedo, ou ficar agressivo, ou querer me agredir...'. E7

Em muitos relatos podemos evidenciar que os profissionais da área de saúde bucal solicitam diversas condutas específicas quando se trata de pessoa com transtorno mental, como, por exemplo, a presença de um profissional do CAPS ou um documento que assegure a não agressividade por parte do usuário. Tal conduta parece indicar a necessidade de uma qualificação desse profissional frente aos cuidados odontológicos destinados às pessoas com transtornos mentais. O SUS tem

a responsabilidade de prover aos profissionais as condições necessárias ao desempenho de seu trabalho na rede de serviços.

Eu já atendi um usuário aqui no CAPS com solicitação de um atestado que ele não iria agredir o profissional durante um tratamento odontológico. Então sempre recai nesse mito da periculosidade, de não poder fazer, de precisar de condições especialíssimas pra fazer o atendimento. A4

Em alguns casos pedem até anestesia geral. A7

Muitas vezes quando o usuário chega naquele serviço que ele é diferenciado, é transtorno não atende. E quando atende pede atestado médico, laudo e acompanhante junto pra garantir que o usuário tenha condições de ser atendido. D8

A discussão de alternativas em conjunto com os profissionais de saúde mental aparece nas considerações dos participantes da pesquisa como possibilidade para melhorar os cuidados de saúde bucal as pessoas com transtorno mental.

O profissional de odontologia precisa se permitir o que não pode é dar um não sem nem pensar nas alternativas. E a gente tem paciente que as pessoas podem achar que ele é muito grave e que são super “calminhos”, tranquilos que não parece. Então são situações que não se pode rotular. Por que ninguém tem o controle da situação. C4

A pergunta é sempre ‘como é que a gente vai lidar com o usuário? Porque a gente tem medo, receio de usuário ser agressivo’. Mas o surto pode acontecer com qualquer um e o profissional tem que saber que é uma pessoa que precisa do cuidado e que ele precisa pensar em como fazer a intervenção. Se vai ser fácil? Não. É algo que foge a rotina deles. Mas é preciso pensar em como fazer a intervenção, achar alternativas, discutir com as equipes. Então um medo do profissional em lidar com um usuário com sofrimento mental muito grande. C5

Consideradas as falas dos profissionais de saúde mental, podemos observar um distanciamento do profissional de odontologia em relação aos usuários de saúde mental, seja por medo ou falta de capacitação para lidar com este público. Por outro lado, quando se pensa nos fluxos de atendimento observa-se uma fragilidade na articulação entre a rede e no acompanhamento, por parte do profissional de referência do usuário do CAPS, para fins de efetivação e qualidade no atendimento em saúde bucal.

Além disso, considerando as dificuldades encontradas pelo usuário do CAPS no acesso à rede, bem como o vínculo do usuário com o serviço, muitas vezes o

próprio usuário não consegue se perceber para além do CAPS. A especialização do atendimento odontológico às pessoas com transtorno mental também foi uma questão bastante discutida pelos profissionais de saúde mental, visto que, embora capaz de facilitar o atendimento, poderia gerar o problema da segregação, dificultando o processo de reabilitação psicossocial, como é possível observar nas falas seguintes:

Outro problema que eu penso é quando você cria um atendimento especializado, por que termina rotulando o usuário e com a ideia de que todo o paciente de transtorno mental só pode ser atendido lá. Quando temos pessoas que podem e devem ser atendidas na rede normalmente. Por que o transtorno mental não está na testa, não está na cara descrito. Então nós temos muitos usuários nossos aqui que fazem acompanhamento normalmente. C6

Eles (usuários) precisam acessar a rede. Ter esse contato com a comunidade. Acessar as instituições. Não pode se limitar ao CAPS. C5

Através das falas dos profissionais de saúde mental podemos observar o entendimento da importância da inserção do usuário nos espaços da atenção básica e na rede de atenção à saúde. Nesse sentido, discutiremos os fluxos de atendimentos e os procedimentos em saúde bucal, no tópico a seguir.

Fluxos de atendimento e principais procedimentos odontológicos observados pelos profissionais de saúde mental

Apesar de pessoas com transtorno mental apresentarem alta prevalência de necessidade odontológica, a literatura evidencia a baixa procura por tratamento bucal (JAMELLI *et al.*, 2010). Em relação aos procedimentos realizados, a exodontia é o mais utilizado (SHEKARCHIZADEH *et al.*, 2013), conforme as falas dos participantes da pesquisa.

Não se fala em saúde bucal com paciente de transtorno mental. A gente tem usuário aqui que quando tem uma questão dentária, quando consegue acessar o dentista, o procedimento é de extração dentária. Tem usuário nosso aqui que a boca não tem dente nenhum. [...] Não se fala em restauração, limpeza, somente em extrair o dente. O que o usuário quer é acabar com o incomodo, acabar com a dor. Então só pensa em extrair o dente que a forma mais rápida de acabar com o incomodo. D8

É muito comum a gente ver a extração dos dentes. Não se fala em cuidados com os dentes, limpeza. É sempre da extração. Os próprios usuários já

chegam com a fala que vai ao dentista para arrancar o dente. E a gente questiona: porque arrancar o dente? E eles falam que é mais fácil arrancar logo para sanar a dor. As vezes eles não entendem que vai prejudicar na fala, na estrutura da face, na mastigação, na socialização. [...] C6

Quanto aos fluxos de encaminhamentos para tratamento de saúde bucal, as equipes, em sua maioria, articulam com a rede e com a família o atendimento do usuário no território de referência. No entanto, as dificuldades no atendimento são muitas, com destaque para a ausência de assistência odontológica para a população em geral e dificuldades de acesso ao tratamento em saúde bucal.

Quando necessita fazer alguma intervenção de saúde bucal o usuário ou familiar é encaminhado para a unidade de saúde mais próxima da residência. Se tiver autonomia o próprio usuário vai, se não a gente orienta o familiar. C2

Em relação ao acesso ao tratamento e o encaminhamento a rede nós temos conseguido fazer. Não é tão fácil, mas é possível fazer parceria sim, com diálogo. As duas situações que eu identifiquei a usuária conseguiu o tratamento dentário, retirou todos os dentes, no caso dela foi uma cirurgia. No outro caso foi um encaminhamento para uma faculdade parceira e o atendimento foi super rápido, em articulação com conhecidos de lá. B11

Como podemos observar nas falas, muitos atendimentos ocorrem em parceria com instituições, a exemplo das Instituições de Ensino Superior (IES), ou a partir da articulação com colegas cirurgiões-dentistas ou outros profissionais de influência em algum serviço. Neste caso, ocorre por meio do companheirismo e da troca de favores, não como um direito pelos fluxos comuns da rede socioassistencial. Observa-se, portanto, a ausência do Estado na assistência em saúde bucal.

Ademais a rede fragilizada, sem assistência odontológica, e a ausência de articulação entre os profissionais de saúde mental e saúde bucal parecem dificultar ainda mais os atendimentos. Além disso, o acompanhamento dos encaminhamentos à rede de saúde bucal por parte dos profissionais do CAPS, que são os técnicos de referência dos usuários, não foi observado nas considerações dos participantes da pesquisa, sendo que estas práticas devem fazer parte do cotidiano dos CAPS, pois são prerrogativas da política da saúde mental, corroborada nos conceitos de reabilitação psicossocial e concepção da clínica ampliada.

Quanto à queixa principal para tratamento e encaminhamento para rede de atenção à saúde bucal, a dor de dente aparece como principal motivo. Em muitos

casos as questões relacionadas à saúde bucal dos usuários de saúde mental só aparecem quando há a queixa da dor, como podemos inferir das considerações a seguir:

Enquanto não dói, não causa a dor, vai ficando no final da lista das prioridades das urgências. A1

Na verdade, a dor altera o comportamento do usuário e a família se incomoda com a alteração e daí procura uma solução para a queixa. A2

Cabe ressaltar a situação dos usuários em uso de psicoativo, sem referência familiar e muitas vezes em situação de rua; suas condições de saúde bucal, os encaminhamentos e as formas de atendimentos são ainda mais complexos:

Primeiro que já chegam com uma situação (saúde bucal) que nem dá para fazer outro procedimento de tão agravada que está, por exemplo, já chegamos a levar um usuário para extrair o dente de urgência na UPA. E segundo por que como o acesso ao atendimento odontológico não é facilitado, então, quando eles conseguem acessar eles querem logo resolver o problema, então extrair logo o dente. E7

Então, quando a gente recebe com essa queixa (dor de dente) a gente só recebe quando está no limite, já morrendo com dor de dente, daí a gente articula com os conhecidos do posto, da rede, para que no conhecimento atenda, na indicação. E quando não é possível a nossa médica prescreve remédio de dor e anti-inflamatório e vamos fazendo o paliativo, que é o que dar e o problema persiste. E7

Podemos inferir, a partir das considerações dos profissionais participantes da pesquisa, que existem fragilidades nos fluxos de atendimento para a rede de atenção em saúde bucal no que diz respeito ao atendimento de pessoas com transtorno mental. No entanto, a literatura aponta que as ações de promoção em saúde bucal em instituições de vivências dos usuários de saúde mental, como os CAPS, estimulam o interesse e a procura pelos serviços odontológicos (KUO *et al.*, 2020). Neste sentido, no próximo tópico abordaremos as ações de promoção em saúde bucal realizadas nas instituições estudadas.

Ações de prevenção e promoção à saúde geral e bucal

Trabalhar promoção e prevenção em saúde geral e bucal nas instituições pesquisadas, na percepção dos profissionais participantes, é essencial e ao mesmo tempo um desafio diário, na medida em que na particularidade do usuário de saúde mental as demais dimensões da saúde, como a parte clínica e odontológica, são esquecidas. Além disso, trabalhar ações de prevenção e promoção à saúde geral e bucal com qualquer público pressupõe o uso de linguagem acessível ao receptor, como se observa nas considerações:

A questão da educação em saúde é fundamental, mas é preciso ter o cuidado de como as orientações serão passadas para o outro. Se essa informação vai chegar de forma clara para o receptor [...]. Então, isso nos faz refletir no alcance da minha fala em relação ao outro. As nossas atividades de educação em saúde precisam ser bem planejadas, sem pressa, clara, pensadas para atingir ao público específico a quem está sendo destinado, senão não tem o efeito desejado. É preciso ter a preocupação de saber como chegou para o receptor a mensagem. Questionar, perguntar. D6

Trabalhar a educação em saúde é uma falha nos serviços. As vezes um usuário tem um transtorno não sabe o diagnóstico, não sabe o que é. Faz uso da medicação não sabe para que serve. [...] As vezes um esclarecimento é uma coisa tão longe da nossa realidade. Nós temos usuários antigos no CAPS que não sabem o que tem. Estão a anos fazendo uso de remédios, anos em acompanhamento, anos com Cid-10 diagnosticado e não sabe dizer o que tem. Então é uma deficiência que precisamos urgentemente resolver nos serviços de saúde. D6

Nas considerações dos profissionais podemos observar a percepção da importância da educação em saúde em relação à saúde geral e bucal, e ainda o entendimento de que o usuário adere bem às orientações e age como disseminadores dos temas trabalhados nos grupos. No entanto, é pouco utilizada nos CAPS pesquisados.

E eles interagem muito nos grupos. Eles perguntam, pedem permissão para falar, contribuem. Guardam as informações e reproduzem. C7

A realidade, por exemplo, das pessoas em uso de substância psicoativa eles não se importam com a higiene bucal. Aqui é importante a orientação sobre os cuidados na boca e esse olhar do profissional para a saúde bucal, embora a diretriz central não é essa do CAPS, mas não nos impede de trabalhar a orientação e a importância da saúde bucal. B8

Em algumas considerações profissionais observa-se um entendimento equivocado dos cuidados em CAPS, reforçando um paradigma fragmentado do

processo saúde-doença. Trabalhar os aspectos da saúde geral e bucal dos usuários dos CAPS, em consonância com seus projetos terapêuticos individuais, é investir na reabilitação psicossocial, portanto, é um dos objetivos primordiais dos CAPS.

Em relação à realização das atividades de educação em saúde nos serviços, a maioria dos locais pesquisados executam atividades de educação em saúde. No entanto, não são ações continuadas, mas esporádicas, e, na maioria das vezes, vinculadas aos profissionais de Enfermagem ou Nutrição.

As práticas de educação em saúde acontecem nos grupos, mas esporadicamente, não é algo contínuo. A2

A gente faz educação em saúde aqui. Antes da pandemia a gente vinha fazendo o grupo educação em saúde pela equipe de enfermagem. A gente já fez atividade de educação em saúde sobre a higiene bucal, já vieram algumas Faculdades e fizeram algumas palestras e momentos com os usuários. Pessoal da secretaria de saúde também já fez atividades de saúde bucal no CAPS. D8

Evidencia-se, ainda na percepção dos participantes da pesquisa, a importância da articulação entre os serviços de saúde de diferentes áreas, neste caso saúde mental e saúde bucal, para orientações e esclarecimentos tanto voltados às pessoas com transtorno mental quanto as questões de saúde que não são de domínio da saúde mental. Nesse sentido, demandar do profissional cirurgião-dentista da ESF ações de educação em saúde, nos CAPS, em parceria com os profissionais destes serviços, parece uma estratégia de promoção à saúde fundamental para melhoria da saúde bucal das pessoas com transtorno mental, em consonância com os projetos terapêuticos destes e a proposta da integralidade da saúde, da clínica ampliada e da reabilitação psicossocial.

Quanto às práticas de higienização bucal por parte dos usuários dentro das instituições pesquisadas, em sua maioria, são inexistentes. Alguns usuários, por demanda própria, utilizam seus itens de higiene bucal e realizam o autocuidado. No entanto, um dado marcante é a ausência de kits de higienização geral e bucal, disponíveis para uso dos usuários tanto diariamente nas instituições como nas atividades de educação em saúde.

Quanto a prática da escovação, higiene bucal não existe na instituição. Pelo menos não rotineiramente promovida pela instituição. A5

Depende (se referindo as práticas de escovação dos dentes na instituição). Por que alguns trazem de casa o kit de escovação e fazem aqui. A gente já teve esse tipo de acompanhamento, mas hoje não existe mais. A agente não tem institucionalmente esse tipo de acompanhamento. A1

a gente já recebeu um quantitativo significativo de material de higiene geral e bucal, mas faz bastante tempo e não foi o suficiente para todos. Então a gente socializou com alguns usuários, fez alguns brindes, mas somente isso. E2

Através das falas dos profissionais podemos identificar, mais uma vez, o distanciamento entre as políticas de saúde mental e saúde bucal — ou seja, não existe diálogo entre os setores, no sentido de viabilizar promoção de saúde bucal às pessoas com transtorno mental. Além disso, observa-se a ingerência do Estado na articulação das políticas e o descaso quanto à oferta e manutenção de kits básicos de higiene bucal para os usuários dos CAPS.

No tocante aos usuários em situação de rua, as problemáticas devido ao contexto em que estão inseridos repercutem em todas as dimensões da vida, inclusive na saúde. Nestes casos, trabalhar educação em saúde, com foco na higiene geral e bucal é quase impossível quando o público é desprovido do mínimo para a sobrevivência, conforme podemos ver:

Nossos usuários em situação de rua tem um agravante maior que mesmo que se faça um trabalho de educação em saúde bucal, eles não têm acesso nem a habitação, nem a água potável, por que para muitos deles a única fonte de água potável é aqui. Então, muitas vezes eles vêm encher a garrafinha deles aqui. Fazer higiene bucal não tem como. E6

O consultório de rua faz um trabalho bastante constante de levar água potável para consumo e para higienização, exatamente pela escassez de água. E2

Como podemos observar, as práticas de promoção a saúde bucal nas instituições são bastante limitadas e com a pandemia de COVID-19 a situação ficou ainda mais agravada. A pandemia demandou dos serviços em geral uma reorganização da atenção em saúde, considerando as recomendações sanitárias e as especificidades de cada local de atendimento. As falas dos profissionais corroboram com estas estratégias adotadas e as dificuldades na execução das atividades neste período.

Com a pandemia estamos fazendo grupos com até no máximo 10 usuários. Então os que estão em crise ou menos instáveis são os que estão frequentando o CAPS. Mas mesmo antes da pandemia poucos eram aqueles que traziam as escovas. Alguns trazem os kits de higiene. A gente orienta sobre isso. Mas poucos fazem a higiene bucal aqui. D6

A gente tem grupo de educação em saúde com a enfermagem, mas desde a pandemia que não está funcionando, estão suspensas essas atividades. A7

No caso dos serviços de atenção em saúde mental, com a pandemia de COVID-19 os atendimentos focaram as situações de maior gravidade, sendo necessário diminuir o quantitativo de usuários e de atividades nos serviços, evitando a aglomeração e precavendo contaminação em massa, agravando ainda mais o distanciamento entre os setores de saúde mental e saúde bucal.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como proposta compreender a promoção da saúde bucal direcionada às pessoas com transtorno mental, na perspectiva dos profissionais participantes da pesquisa. Nesta linha de pensamento, a partir das considerações dos profissionais de saúde mental, traçamos o perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde mental, apreendemos sobre a relação da saúde mental com a saúde bucal, conhecemos as ações relacionadas à saúde mental nas instituições estudadas, bem como conhecemos a rede de atenção à saúde bucal e o atendimento às pessoas com transtorno mental.

No que diz respeito à relação da saúde mental com a saúde bucal, fica evidenciada a vulnerabilidade das pessoas com transtorno mental para apresentar problemas na boca, sendo essencial o desenvolvimento de práticas contínuas de promoção e prevenção da saúde bucal a este público específico. Fatores como o uso de psicofármacos, dieta rica em açúcar e carboidratos, higienização bucal precária ou inexistente, situações de vulnerabilidade social e o uso associado de cigarro e outras drogas corroboram para a piora no quadro de saúde das pessoas em sofrimento psíquico.

Com relação à rede de atenção em saúde bucal, a ausência de uma rede estruturada, a estigmatização, o preconceito e a falta de capacitação dos profissionais de área de saúde bucal parecem dificultar a qualidade no atendimento a estes usuários. Ademais, a ausência de fluxos e diálogo entre as políticas de saúde mental e bucal são notórias, a partir das considerações dos profissionais de saúde mental, demonstrando a ausência do Estado nesta articulação.

As considerações dos profissionais de saúde mental sugerem a questão da fragilização dos vínculos afetivos, familiares e sociais das pessoas com transtorno mental como mais um desafio a ser trabalhado para melhorar a saúde mental, bucal e geral do usuário, objetivando a reabilitação psicossocial.

Quanto às ações de promoção da saúde bucal realizadas nas instituições estudadas, a educação em saúde, as ações de higiene bucal e a articulação entre os profissionais da rede socioassistencial e das demais políticas setoriais parecem ser alternativas viáveis para minimizar os desafios apresentados, no entanto são pouco

utilizadas nas instituições e não possuem uma continuidade. A pandemia do COVID-19 dificultou ainda mais a situação.

Compreender os motivos da vulnerabilidade das pessoas com transtorno mental para o desenvolvimento de problema na boca, bem como conhecer a rede socioassistencial e seus avanços e fragilidades, na perspectiva do atendimento integral, possibilita direcionar as políticas públicas de saúde bucal, mental e geral para este coletivo.

A política de saúde mental, através de suas portarias e documentos legais, preconiza um cuidado em saúde mental integral, com um olhar ampliado no cuidado, com responsabilização dos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença; bem como estabelece a necessidade de trabalhar a saúde geral e bucal com vistas à reabilitação psicossocial das pessoas com transtorno mental.

A política de saúde bucal, por sua vez, também estabelece em seus aparatos legais uma série de ações com vistas à promoção da saúde, abordando temas relacionados ao autocuidado com a higiene corporal e bucal, eliminação do tabagismo; e que proporcionem o acesso à alimentação saudável, água potável, bem como assegurem os cuidados básicos odontológicos. Além disso, preconiza a realização de estratégias que atuem nos fatores de risco para desenvolvimento de problemas de saúde bucal, junto à comunidade.

Nesta perspectiva, este estudo aponta que é necessário investir em políticas públicas, não apenas com vistas à reabilitação da boca e da saúde mental e geral, mas também na formação e capacitação dos profissionais de saúde, desde a graduação, buscando qualidade nos atendimentos prestados à população em geral e especificamente às pessoas com transtorno mental.

Por fim, as limitações deste estudo referem-se ao fato da pesquisa ter ocorrido apenas em CAPS. Além disso, a pesquisa ficou limitada à percepção dos profissionais quanto à promoção de saúde bucal para os usuários destes serviços. Neste sentido, novos estudos precisam ser realizados abrangendo outros dispositivos atuantes na atenção em saúde mental — a exemplo dos hospitais psiquiátricos, as residências terapêuticas, as comunidades terapêuticas e os ambulatórios de saúde mental.

No entanto, a pesquisa foi realizada nos 5 CAPS de Maceió, a totalidade desta modalidade de serviço no município e abrangeu categorias diferentes de profissionais, repercutindo na percepção de vários saberes na pesquisa. Ademais, o estudo abre

possibilidades para novos estudos mais aprofundados sobre a relação da saúde mental com a saúde bucal.

8 APLICABILIDADE E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO PARA A SOCIEDADE

A divulgação dos resultados deste estudo, através da dissertação de mestrado e artigo publicado sobre a temática, traz ganhos significativos para a comunidade científica, bem como a disponibilização dos resultados para as instituições de saúde mental e demais serviços e setores com interesse no tema, possibilita subsidiar ações integradas entre a política de saúde mental e de saúde bucal.

Além disso, o estudo sobre as ações de promoção da saúde bucal direcionadas às pessoas com transtorno mental abre caminhos para reflexões e novos estudos mais aprofundados acerca dos avanços e desafios da rede de atenção psicossocial na perspectiva da integralidade da saúde e da reabilitação psicossocial.

Por fim, os produtos desenvolvidos a partir da pesquisa, quais sejam o artigo da revisão integrativa sobre a promoção da saúde mental, direcionadas às pessoas com transtorno mental e o relatório técnico, contribuirá para o desenvolvimento de ações nas instituições estudadas com vistas à promoção da saúde bucal das pessoas com transtorno mental, na perspectiva da clínica ampliada, integralidade da saúde e reabilitação psicossocial.

REFERÊNCIA

- ALMEIDA, K. S.; DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K. Empowerment and psychosocial care: notes on a mental health association. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 34, p. 577-589, 2010.
- ALMOMANI, F.; BROWN, C.; WILLIAMS, K. B. The effect of an oral health promotion program for people with psychiatric disabilities. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, v. 29, n. 4, pág. 274, 2006.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, pp. 2067-2074, 2018.
- ANTHONY, W. A. et al. A functional definition of empowerment. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, v. 20, n. 4, p. 43-45, 1997.
- ANTHONY, W.A. et al. **Psychiatric Rehabilitation**. 2nd ed. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, Sargent College of Allied Health Professions, 2002.
- BAETA, S. R.; MELO, W. O apoio matricial e suas relações com a teoria da complexidade. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 25, n. 6, pp. 2289- 2295, 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BERMUDEZ, K. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. “Um monte de buracos amarrados com barbantes”: o conceito de rede para os profissionais da saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 904-919, 2017.
- BORGES, C.F.; BAPTISTA, T.W.F. Leituras sobre o sanitarismo desenvolvimentista e interpretações para a reforma sanitária brasileira e a saúde coletiva. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 28, n.1, 79-99, 2021.
- BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988
- BRASIL. Ministério da Saúde, **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010..

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal: Brasil Sorridente**, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: HTTPS://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2002/PRT0336_19_02_2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: MS, p. 77-84, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CHAMBERLIN, J. A functional definition of empowerment. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, v. 20, n. 4, p. 43-45, 1997.

CHAMBERLIN, J. **On our own**. London: MIND, 1988.

CHARNOCK, S. et al. A community based programme to improve access to dental services for drug users. **British dental journal**, v. 196, n. 7, p. 385-388, 2004.

CHAVES, L. D. P. *et al.* Supervisão de enfermagem para a integralidade do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 1106-1111, 2017.

COLEMAN, R. (ed). **Recovery: an alien concept?** Port of Ness: P7P Press, 2011.

CORRIDORE, D. *et al.* Oral Health Status and Oral Health-Related Quality of Life in Italian Deinstitutionalized Psychiatric Patients. **La Clinica terapeutica**, v. 168, n. 2, p. e77-e83. Março/abril. 2017. COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In*: AMARANTE, P. (org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 141-168, 2000.

DALL'AGNOL, C. M. *et al.* A noção de tarefa nos grupos focais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 186-190, mar. 2012.

DELGADO, P. G. G. Violência e saúde mental: os termos do debate. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano 15, n. 28, p.187-198, 2012.

Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2022.

ESPERIDIÃO, E. et al. The Psychiatric Nursing, ABEn and the Scientific Department of Psychiatric and Mental Health Nursing: progress and challenges. **Revista brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 171-176, 2013.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimento para constatar saturação teórica. **Caderno Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FURTADO, J. P. Responsabilização e Vínculo no Tratamento de Pacientes Cronificados: da Unidade de Reabilitação de Moradores ao CAPS Estação. In: ARARI, A.; VALENTINI, W. (orgs.) **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, p. 32-48, 2001.

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. 460-479, out. 2018.

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

KINOSHITA, R. T. *et al.* Atenção psicossocial e bem viver: relato de experiência de um Projeto Terapêutico Singular pelas dimensões da Felicidade Interna Bruta. **Saúde em Debate [online]**, v. 44, spe 3, p. 320-332, 2020.

KUO, M. W. et al. Effectiveness of oral health promotion program for persons with severe mental illness: a cluster randomized controlled study. **BMC Oral Health**, v. 20, n. 1, p. 1-9, 2020.

LAM, P. C. et al. Oral health-related quality of life among publicly insured mental health service outpatients with serious mental illness. **Psychiatric Services**, v. 70, n. 12, p. 1101-1109, 2019.

LYNCH, U. *et al.* Making equity a reality: oral health promotion in a psychiatric setting. **The International Journal of Psychiatric Nursing Research**, v. 10, n. 2, p. 1078-1092, 2005.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, p. 335-342, 2007.

MATSUKURA, T.S.; TÃNO, B.L. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Revista Physis**. V.29. n 1. p 1-27, 2019.

McCAFFREY, G. A humanism for nursing? **Nursing Inquiry**, v. 26, n. 2, p. e12281, 2019.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

MOWBRAY, C.; MOXLEY, D.; COLLEEN, J.; HOWELL, L. **Consumers as providers in psychiatric rehabilitation**. Columbia (US): International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, 1997.

NOAL, M. H. O. et al. **O significado de uma associação de usuários e familiares no tratamento e trajetória de vida de seus sócios**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) -- Universidade Federal de Santa Maria, RS, 2014.

OCCHIUZZO, A.R.S.; LEMOS, M.S.; SILVA, M.F.O.C. Concepções sobre saúde mental infantojuvenil de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista SPAGESP**, v.22, n.1, p. 67-82, 2021.

OLIVEIRA, R. M. P. et al. A clínica de enfermagem psiquiátrica e suas novas tecnologias de cuidado. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 3922–3934, 2016.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA, 2008.

PATEL, R.; GAMBOA, A. Prevalence of oral diseases and oral-health-related quality of life in people with severe mental illness undertaking community-based psychiatric care. **British dental journal**, v. 213, n. 9, p. E16-E16, 2012.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. 2. ed. Thousand Oaks: SAGE, 1990.

PETERSEN, P. E. et al. The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, n. 9, p. 661-669, 2005.

PINHEIRO, R. Integralidade. In: FIOCRUZ. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>". <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em: 10 abr. 2022.

RODRIGUES, M. P. et al. Reframing the work in health family strategy: challenges for the entire health care. **Revista Brasileira Inovação Tecnológica em Saúde**, v. 7, n. 2, p. 32-44, 2017

SANTOS, Q. G. et al. Os serviços de saúde mental na reforma psiquiátrica brasileira sob a ótica familiar: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 3740- 3757, 2016.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A.M.F.(org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec; v.4, p. 19-26, 2016.

SHEKARCHIZADEH, H. et al. Oral health behavior of drug addicts in withdrawal treatment. **BMC Oral Health**, v. 13, n. 1, p. 1-7, 2013.

SILVA, R. C.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, Minas Gerais, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.

SOUZA, M. T. D.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, p. 102-106, 2010.

TAQUETTE, S. R. Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde. In: **Atas do V Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa - CIAIQ**; p. 1111-1120, 2016,

TAQUETTE, S. R.; VILLELA, W.V. Pesquisa qualitativa em medicina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 4, 2017.

TOKAIRIN, A. S. C. P. et al. Avaliação do Conhecimento de Escolares Sobre Saúde Bucal, Dieta e Higiene: Ferramenta Diagnóstica para Direcionamento de Atividade Educativa. **Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas.**, v. 21, n. 3, p. 365-369, 2020.

TORRACO, R. J. Writing Integrative Literature Reviews: Using the Past and Present to Explore the Future. **Human Resource Development Review**, v. 15, n. 4, p. 404-428, 2016.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social**. Campinas: Papel Social, 2016.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, dezembro. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**.

Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2022 ZAMBENEDETTI, G. Contribuições basaglianas na interseção da perspectiva institucional com as políticas públicas. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 9, n. spe, p. 54-74, 2019.

ZANARDO, G. L. P.; BIANCHETTI, D. L. C.; ROCHA, K. B. Dispositivos e conexões da rede de atenção psicossocial (RAPS) de Porto Alegre - RS. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n. 3, p. 80-101, set./dez. 2018.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(T.C.L.E.)**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do estudo **“IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DAS AÇÕES RELACIONADAS À PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL DIRECIONADAS ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL”**, que será realizada no Centro Psiquiátrico Judiciário de Alagoas (CPJ), Hospital Escola Portugal Ramalho e 05 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS Infante Juvenil Luiz da Rocha Sirqueira, CAPS II Noraci Pedrosa, CAPS II Sadi Feitosa de Carvalho, CAPS AD III dr Everaldo Moreira). A pesquisa está sendo orientada pela Dra Aleska Dias Vanderlei e coordenada pelas Dras Mara Cristina Ribeiro e Kristiana Cerqueira Mousinho e os mestrandos Jorge Luis Bezerra Guedes, Lívia Jatobá Ramirez, Raabe Alves de Araújo Alcântara e Volia da Soledade Brandão, o(a) sr(a) receberá de um dos pesquisadores as seguintes informações que o farão entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

Este estudo se destina a identificar e analisar as ações relacionadas à promoção de saúde bucal e os tratamentos odontológicos direcionados a pessoas com transtorno mental e entender os efeitos nos mesmos na visão dos profissionais e dos pacientes envolvidos nessa situação.

Considerando que a importância deste estudo é o prejuízo de saúde bucal presente em indivíduos em tratamento para transtorno mental grave; que os resultados que se desejam alcançar são: Entender as dificuldades gerais e pessoais que envolvem o usuário do serviço de saúde mental receber cuidado em saúde bucal adequado; tendo início planejado para começar a pesquisa em março de 2021 e terminar em junho de 2022.

O(a) Senhor(a) participará do estudo da seguinte forma:

Se profissional de odontologia, responderá um questionário eletrônico através do aplicativo Formulários Google acerca do tema saúde bucal e saúde mental.

Caso seja usuário de CAPS, Centro Psiquiátrico Judiciário de Alagoas (CPJ), Hospital Escola Portugal Ramalho, respondendo perguntas de forma oral, em forma de entrevista individual, o quais serão realizadas nos locais onde recebe atendimento

para saúde mental em horários que não interfiram no seu tratamento. As entrevistas serão gravadas em áudio.

No caso dos profissionais de saúde mental, serão abordados durante o período de trabalho, quando geralmente realizam reuniões em grupo, em um primeiro momento serão realizados grupos de discussão sobre o tema e em seguida será solicitado o preenchimento de um questionário semiestruturado. Os encontros serão gravados em áudio. Para todos os casos, a participação é opcional.

Os riscos aos quais os sujeitos poderão ser expostos nesta pesquisa seriam:

- O desrespeito à sua confidencialidade e privacidade;
- Pode ocorrer constrangimento em não saber responder determinadas questões da entrevista;
- Há o risco de alterações emocionais produzidas pelo envolvimento dos participantes, com possibilidade de aumento da ansiedade ou tristeza ao falar de assuntos relacionados ao tema.

Para minimizar tais riscos, serão adotadas as seguintes medidas:

- A identidade do sujeito não será divulgada em hipótese alguma;
- Serão utilizados códigos numéricos para a identificação dos instrumentos de coleta e produção dos dados;
- As entrevistas, tanto as individuais quanto as grupais (grupo focal) serão realizadas em ambiente reservado, garantindo o conforto e privacidade dos respondentes;
- Será garantido ao sujeito o direito de não responder questões que não se sinta à vontade;
- Na produção coletiva, não serão feitos questionamentos diretos para cada participante, apenas aqueles que se sentirem à vontade para responder o farão dentro da discussão grupal, e não de forma individual;
- Aplicação da tecnologia social com profissionais de saúde mental participantes da pesquisa na perspectiva de promover conhecimento e práticas de promoção à saúde bucal em sua relação com a saúde mental, repercutindo em efetividade nas práticas profissionais nas instituições e

- melhorando a qualidade de vida dos usuários;
- Proposta de um protocolo de ações de promoção à saúde bucal aos usuários nas instituições de saúde mental;
 - Aplicação da tecnologia social com usuários das instituições onde serão realizadas as pesquisas na perspectiva de ampliar seus conhecimentos e práticas sobre a relação saúde mental e a saúde bucal repercutindo em melhoria na qualidade de vida dos usuários;
 - Proposta de um protocolo de higiene bucal nas instituições de saúde mental;
 - Proposta de um protocolo de atendimento odontológico específico para pessoas com transtorno mental;
 - Ampliação do conhecimento científico quanto ao tratamento odontológico e a promoção da saúde bucal em portadores de transtorno mental, bem como quanto à percepção dessas questões por parte dos profissionais e dos usuários envolvidos nesse contexto;
 - Realização de um aplicativo informativo sobre os efeitos colaterais dos principais psicofármacos usados no tratamento de saúde mental, seus efeitos colaterais mais especificamente na saúde bucal e as possíveis formas de combate a esses efeitos, ampliando conhecimento profissional e autoconhecimento aos usuários para maior adesão aos tratamentos e cuidados com a saúde mental e oral.

O (a) Senhor (a) contará com a assistência para caso venha a ter algum problema de saúde por causa da pesquisa sendo responsável por ela a Dra Aleska Dias Vanderlei o qual se responsabilizará por providenciar atendimento na clínica de odontologia do CESMAC, incluindo atendimento em situação de urgência.

A sua participação no estudo poderá ser interrompida em caso de alguma das instituições, onde será realizada a pesquisa suspenda as atividades profissionais ou caso a situação de pandemia piore interrompendo as atividades presenciais, incluindo pesquisas nas instituições.

Durante todo o estudo, a qualquer momento que se faça necessário, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo e/ou nova assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A qualquer momento, o (a) Senhor (a) poderá recusar a continuar participando do estudo e, retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação dos resultados será realizada somente entre profissionais no meio científico pertinente.

O (a) Senhor (a) deverá ser ressarcido (a) por qualquer despesa que venha a ter com a sua participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas é garantida a existência de recursos.

O Comitê de Ética em Pesquisa é um colegiado (grupo de pessoas que se reúnem para discutir assuntos em benefício de toda uma população), interdisciplinar (que estabelece relações entre duas ou mais disciplinas ou áreas de conhecimento) e independente (mantém-se livre de qualquer influência), com dever público (relativo ao coletivo, a um país, estado ou cidade), criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade, dignidade e bem-estar. É responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. São consideradas pesquisas com seres humanos, aquelas que envolvam diretamente contato com indivíduo (realização de diagnóstico, entrevistas e acompanhamento clínico) ou aquelas que não envolvam contato, mas que manipule informações dos seres humanos (prontuários, fichas clínicas ou informações de diagnósticos catalogadas em livros ou outros meios).

O (a) Senhor (a) tendo compreendido o que lhe foi informado sobre a sua participação voluntária no estudo **“IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DAS AÇÕES RELACIONADAS À PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL DIRECIONADAS ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL”**, consciente dos seus direitos, das suas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que terá com a sua participação, concordará em participar da pesquisa mediante a sua assinatura deste Termo de Consentimento.

Ciente,

DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Nome e Endereço do Pesquisador Responsável:

Aleska Dias Vanderlei (Doutora em Odontologia Restauradora).

Instituição Afiliada: Centro Universitário Cesmac

Endereço Postal: R. Cônego Machado, 918, Farol CEP: 57021-160 Fone: (82) 99669-6668. E-mail: aleskavanderlei@hotmail.com

Instituição: Centro Universitário CESMAC. Endereço Postal: R. Cônego Machado, 918, Farol CEP: 57021-160 Telefone: 3215.5000

ATENÇÃO:

Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pertencente ao Centro Universitário Cesmac: Rua Cônego Machado, 918. Farol, CEP: 57021-060. Telefone: 3215-5062. Correio eletrônico (e-mail): coepe.cesmac@cesmac.edu.br. Horário de funcionamento: Segunda, Terça e Quinta-feira de 7h30 às 12h00 e das 13h00 às 17h30; Quarta-feira de 7h30 às 12h; Sexta-feira de 7h30 às 12h00 e das 13h00 às 16h30.

Informamos que este Comitê de Ética tem dois recessos anuais, um em junho com período de 10 dias o outro no período, aproximadamente, de 20 de dezembro a 20 de janeiro.

Maceió, _____ de _____ de

**Assinatura ou impressão datiloscópica
do(a) responsável legal**
(Rubricar as demais folhas)

Assinatura do responsável pelo Estudo
(Rubricar as demais folhas)

APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

Rua Cônego Machado, 918 – Farol – Maceió (AL) – CEP 57021-160. Fone (82)
3215-5073

PROJETO: Identificação e Análise das Ações Relacionadas à Promoção de Saúde Bucal direcionadas às Pessoas com Transtorno Mental na perspectiva dos profissionais de saúde mental.

DATA: ____/____/____

Dados relacionados à Promoção de saúde bucal na instituição - (Perguntas norteadoras para o grupo focal)

1. Percepção dos profissionais com relação à importância do tratamento odontológico e da promoção da saúde bucal para os usuários de transtorno mental (temas transversais que devem ser explorados: Autoestima, sociabilidade, prevenção ao câncer de boca, outras comorbidades).
2. Efeitos colaterais do uso de psicotrópicos (Boca seca, excesso de salivação, outros).
3. Efeitos do uso do cigarro e outras drogas na saúde da boca?
4. Ações desenvolvidas na instituição relacionadas à higiene bucal (escovação, fio dental, outras – frequência).
5. Atividades de orientação e promoção à saúde bucal? (Orientação quanto à escovação, efeitos colaterais de medicamentos psicotrópicos, educação em saúde bucal - frequência).
6. Importância dos usuários estarem informados sobre as questões relacionadas ao tratamento de saúde mental e outros sintomas, bem como efeitos colaterais do tratamento para adesão ao tratamento proposto pela instituição.
7. Fluxo para encaminhamentos de usuários com problemas relacionados à boca? Qual/ como se dá o fluxo?

8. Algum usuário da instituição já apresentou câncer de boca ou língua, ou outra doença que precisou de uma intervenção mais intensa (procedimento cirúrgico, internação, tratamento odontológico prolongado).
9. Quanto ao tratamento odontológico quando é necessário encaminhar o usuário observa alguma diferença / dificuldade no atendimento? É exigido do usuário ou da instituição algum documento ou conduta específica?
10. Principais procedimentos odontológicos realizados com os usuários de saúde mental observados pelo participante da pesquisa.
11. Gostaria de falar mais alguma coisa relacionada ao tema que não foi perguntado?

APÊNDICE C – Instrumento para a coleta de dados com os profissionais de saúde mental



Rua Cônego Machado, 918 – Farol – Maceió (AL) – CEP 57021-160. Fone (82) 3215-5073

PROJETO: Identificação e Análise das Ações Relacionadas à Promoção de Saúde Bucal direcionadas às Pessoas com Transtorno Mental na perspectiva dos profissionais de saúde mental.

DATA: ____/____/____

Identificação: _____

Dados sociodemográficos

1. Sexo: () Feminino () Masculino () Não desejo responder.
2. Idade: ____ (Nascimento: ____/____/____) () Não desejo responder.
3. Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a) () União estável () Não desejo responder.
4. Profissão: _____
5. Escolaridade: () Médio completo () Superior incompleto () Superior completo () Pós-graduado () Não desejo responder.
6. Vínculo institucional: () Contratado () Efetivo () Comissionado () Outros Qual? _____ () Não desejo responder.
7. Tempo de trabalho na instituição: () Menos de 01 ano () Mais de 01 até 02 anos () Mais de 02 até 03 anos () Mais de 03 anos () Não desejo responder.

APÊNDICE D - Relatório Técnico da Pesquisa: Promoção de saúde bucal para usuários de centros de atenção psicossocial na perspectiva dos profissionais de saúde mental

**CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC
MESTRADO PROFISSIONAL PESQUISA EM SAÚDE**

**RELATÓRIO TÉCNICO DA PESQUISA: PROMOÇÃO DE SAÚDE
BUCAL PARA USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE MENTAL**

RAABE ALVES DE ARAÚJO ALCÂNTARA

MACEIÓ

2022

CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC
MESTRADO PROFISSIONAL PESQUISA EM SAÚDE

**RELATÓRIO TÉCNICO DA PESQUISA: PROMOÇÃO DE SAÚDE
BUCAL PARA USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE MENTAL**

RAABE ALVES DE ARAÚJO ALCÂNTARA

Relatório técnico apresentado ao Programa de Pós-Graduação Pesquisa em Saúde do Centro Universitário CESMAC, na modalidade Profissional, como requisito para obtenção do título de Mestra, sob a orientação da Profa. Dra. Evanisa Helena Maio de Brum e coorientação da Profa. Dra. Mara Cristina Ribeiro

MACEIÓ

2022

REDE DE BIBLIOTECAS CESMAC
SETOR DE TRATAMENTO TÉCNICO

A663r Araújo, Raabe Alves de

Relatório técnico da pesquisa: promoção de saúde bucal para usuário de centros de atenção psicossocial na perspectiva dos profissionais de saúde mental / Raabe Alves de Araújo .– Maceió: 2022.

94 f. : il.

“Relatório Técnico da Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação Pesquisa em Saúde do Centro Universitário CESMAC, Maceió - AL, 2022”.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Evanisa Helena Maio de Brum
Coorientadora: Mara Cristina Ribeiro

1. Saúde mental. 2. Saúde bucal. 3. Promoção da saúde. 4. Clínica ampliada. 5. Integralidade. I. Brum, Evanisa Helena Maior de. II. Ribeiro, Mara Cristina. III. Título.

CDU: 613.86:616.341

Bibliotecário: Evandro Santos Cavalcante CRB-4 1700

RESUMO

A promoção de saúde bucal às pessoas com transtorno mental é uma ferramenta essencial que estimula maior adesão ao tratamento bucal e melhora as condições de saúde mental e geral, especialmente, para este público que possui vulnerabilidade para desenvolver problemas na boca. Nesse sentido, este relatório técnico foi elaborado para fins de subsidiar intervenções práticas às equipes profissionais dos CAPS, bem como nortear as ações da Gerência de Saúde Bucal e da Gerência da Rede de Atenção Psicossocial, ambas de Maceió, a partir do resultado da pesquisa que foi realizada com os profissionais de saúde mental dos CAPS de Maceió, acerca da promoção de saúde bucal às pessoas com transtorno mental. A pesquisa objetivou compreender a promoção da saúde bucal direcionada às pessoas com transtorno mental, na perspectiva dos profissionais de saúde mental. Para tanto, foi realizado um estudo transversal e exploratório de abordagem qualitativa em cinco Centros de Atenção Psicossocial de Maceió. Participaram do estudo 44 profissionais atuantes nos serviços pesquisados, para determinação dessa amostra foi utilizado o método de saturação. Para a coleta dos dados foi utilizada a técnica do grupo focal, com gravação das considerações dos participantes da pesquisa. Após essa etapa, os dados foram transcritos de forma integral, organizados e analisados por categorias temáticas através de análise de conteúdo e, posteriormente, interpretados de forma articulada aos referenciais teóricos que alicerçaram o estudo. Os principais resultados apontaram para 5 categorias temáticas: 1) Relação da saúde mental com a saúde bucal; 2) Principais motivos para pessoas com transtorno mental desenvolver problemas na boca; 3) A rede de atenção à saúde bucal e o acesso ao tratamento; 4) Fluxos de atendimento e principais procedimentos odontológicos observados pelos profissionais de saúde mental; 5) Ações de prevenção e promoção à saúde geral e bucal. Por fim, destaca-se a ausência de fluxos e de diálogo entre as políticas de saúde mental e bucal, demonstrando a ausência do Estado nesta articulação. Sugere-se a necessidade de investir em políticas públicas, não apenas com vistas à reabilitação da boca e da saúde mental e geral, mas também na formação e capacitação dos profissionais de saúde, desde a graduação, buscando qualidade nos atendimentos prestados às pessoas com transtorno mental.

Palavras chaves: Saúde Mental. Saúde Bucal. Promoção da Saúde. Clínica ampliada. Integralidade.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

MPPS - Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 RELATÓRIO TÉCNICO DA PESQUISA: PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL PARA USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL	06
1.1 Tipo de produto	06
1.2 Público alvo	06
1.3 Introdução	06
1.4 Desenvolvimento	07
1.4.1 Objetivos	07
1.4.2 Metodologia	08
1.4.2.1 Percurso metodológico de elaboração do relatório técnico	08
1.4.2.2 Metodologia da pesquisa	08
1.5 Resultados	09
1.6 Considerações finais	15
1.7 Recomendações	17
REFERÊNCIAS	17

1 RELATÓRIO TÉCNICO DA PESQUISA: PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL PARA USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

1.1 Tipo de produto

Relatório Técnico

1.2 Público alvo

Este Relatório é destinado à Gerência de Saúde Bucal de Maceió, à Gerência da Rede de Atenção Psicossocial de Maceió e aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Maceió, onde foi realizada a pesquisa intitulada: Promoção de saúde bucal para usuários de centros de atenção psicossocial na percepção dos profissionais de saúde mental. O mesmo também será apresentado à banca de defesa do MPPS do Cesmac como um produto técnico de intervenção necessário para a obtenção do título de Mestre.

1.3 Introdução

O relatório técnico traz uma perspectiva sobre a promoção de saúde bucal a partir da visão dos profissionais de saúde mental que exercem suas atividades laborais nos CAPS de Maceió. Sobre o tema proposto, a literatura aponta que pessoas com transtorno mental possuem maior predisposição para apresentar problemas de saúde bucal que a população em geral (PATEL, GAMBOA, 2012). Como principais causas foram observados o uso de psicofármacos, associação do uso do cigarro e álcool, dieta rica em açúcar e higiene bucal precária (CHARNOCK *et al.*, 2004). Além disso, a ausência de motivação para o autocuidado, a estigmatização e o preconceito por parte dos profissionais de odontologia foram identificados como prejudiciais ao acesso deste público aos serviços de saúde bucal (JAMELLI *et al.*, 2010). Ademais, estudos evidenciaram a dor de dente como sendo a causa principal para a procura pelo tratamento odontológico (PATEL, GAMBOA, 2012) e a exodontia como o principal procedimento realizado (SHEKARCHIZADEH *et al.*, 2013). Por fim, estudos

sugeriram como alternativa possível, na perspectiva da promoção da saúde bucal, repercutindo na melhoria na saúde bucal para as pessoas com transtorno mental, a educação em saúde (ALMOMANI, BROWN, WILLIAMS, 2006) e a articulação entre os profissionais de saúde bucal e saúde mental (UNA *et al.*, 2005; LAM *et al.*, 2009).

A política de saúde mental, através de suas portarias e documentos legais, preconiza um cuidado em saúde mental integral, com um olhar ampliado no cuidado, com responsabilização dos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença; bem como, estabelece a necessidade de trabalhar a saúde geral e bucal com vistas a reabilitação psicossocial das pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2004).

A política de saúde bucal, por sua vez, também estabelece em seus aparatos legais, uma série de ações com vista à promoção da saúde que abordem temas relacionados ao autocuidado com a higiene corporal e bucal, eliminação do tabagismo; e proporcionem o acesso a alimentação saudável, água potável, bem como assegurem os cuidados básicos odontológicos. Preconiza, ainda, a realização de estratégias que atuem nos fatores de risco para desenvolvimento de problemas de saúde bucal, junto à comunidade (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, os CAPS enquanto dispositivos de portas abertas, comunitário, local de referência para pessoas com transtorno mental grave, são essenciais para a prática de promoção de saúde geral e bucal. Nos CAPS o cuidado em saúde mental propõe o desenvolvimento de práticas de reabilitação psicossocial, através do acolhimento, diálogo, escuta qualificada e estabelecimento de vínculos afetivos. Tais práticas visam a inserção social das pessoas em sofrimento psíquico (ESPERIDIÃO *et al.*, 2013). Assim, trabalhar os aspectos da saúde geral e bucal dos usuários dos CAPS, em consonância com seus projetos terapêuticos individuais, é investir na reabilitação psicossocial. Portanto, é um dos objetivos primordiais dos CAPS.

Partindo do pressuposto acima, esta pesquisa se propôs a compreender a promoção de saúde bucal direcionada às pessoas com transtorno mental, na perspectiva dos profissionais de saúde mental, a partir do seguinte questionamento: quais as ações de promoção em saúde bucal realizadas nos CAPS de Maceió?

1.4 Desenvolvimento

1.4.1 Objetivos

- Apresentar os resultados da pesquisa a respeito da percepção dos profissionais dos CAPS em relação à promoção da saúde bucal para pessoas com transtorno mental.
- Promover reflexões a respeito da promoção da saúde bucal para as pessoas com transtorno mental a partir dos resultados da pesquisa.
- Propor intervenções às instituições envolvidas no contexto da saúde bucal e saúde mental (CAPS, Gerência da Rede de Atenção Psicossocial e Gerência de Saúde Bucal de Maceió) a partir dos resultados da pesquisa.

1.4.2 Metodologia

1.4.2.1 Percurso Metodológico de elaboração do Relatório técnico

A elaboração do relatório técnico foi pensada a partir do estudo que foi realizado com os profissionais de saúde mental dos CAPS de Maceió acerca da promoção de saúde bucal às pessoas com transtorno mental. Após o resultado da pesquisa, considerando a importância da disseminação das evidências do estudo e considerando a relevância do tema e os poucos estudos acerca do assunto, este relatório técnico foi elaborado para fins de subsidiar intervenções práticas às equipes profissionais dos CAPS, bem como nortear as ações da Gerência de Saúde Bucal e da Gerência da Rede de Atenção Psicossocial, ambas de Maceió, junto aos profissionais da rede de atenção à saúde, com vistas à promoção de saúde bucal das pessoas com transtorno mental.

Ademais, a pesquisa foi realizada no âmbito do Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde (MPPS) do Cesmac que tem como proposta a devolutiva à comunidade em geral de produtos tecnológicos aplicáveis, a exemplo deste relatório técnico.

1.4.2.2 Metodologia da pesquisa

Foi realizado um estudo transversal e exploratório de abordagem qualitativa nos cinco Centros de Atenção Psicossocial de Maceió.

Inicialmente foi realizado a submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) que foi aprovado através do Parecer Consubstanciado de nº 4.451.356. Em seguida foi realizado contato com a Gerência de Saúde Mental, através da Secretaria de Saúde de Maceió, que autorizou a pesquisa.

Como forma de aproximação com as equipes profissionais dos locais da pesquisa, foi realizado na primeira etapa o contato com os coordenadores de cada instituição, seguido do agendamento da apresentação da pesquisa e recrutamento dos participantes. No dia previamente agendado, sendo estrategicamente o dia da reunião técnica das equipes dos CAPS, foi apresentada a pesquisa, em cada instituição e realizado o convite para participação no grupo focal, inclusive com a leitura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) e esclarecimentos das dúvidas relativas à pesquisa.

Para fins da coleta de dados da pesquisa, foram realizados grupos focais com uso de Roteiro Norteador em cada instituição participante, totalizando 05 (cinco) encontros. As reuniões ocorreram em local previamente escolhido e adequado para os objetivos da pesquisa e todas foram gravadas com a permissão dos participantes. Antes do início do grupo focal, foi procedida a leitura do TCLE e assinatura, por livre e espontânea vontade. Em seguida, cada participante respondeu a um questionário estruturado com informações sobre o seu perfil sociodemográfico.

Após a coleta, os dados foram transcritos de forma integral, organizados e analisados por categorias temáticas e interpretados de forma articulada aos referenciais teóricos que alicerçaram o estudo. Os dados sociodemográficos e as informações obtidas no questionário estruturado foram tabulados em uma planilha Excel e realizado a estatística descritiva.

Para fins de preservar a identidade dos participantes da pesquisa e facilitar a análise, os grupos foram substituídos por letras maiúsculas de A à E e, os partícipes, foram identificados por números.

1.5 Resultados

A primeira etapa da pesquisa constituiu a tabulação dos dados relativos à condição social e trabalhista dos profissionais, coletados através do questionário. Neste sentido, a tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos profissionais que participaram da pesquisa, conforme se vê a seguir.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos profissionais participantes da pesquisa

Sexo	n	%
Feminino	38	86,4
Masculino	6	13,6
Estado Civil		
Solteiro(a)	13	29,5
Casado(a)	17	38,6
Divorciado(a)	8	18,2
Viúvo(a)	2	4,5
União Estável	1	2,3
N/R	3	6,8
Escolaridade		
Médio Completo	2	4,5
Superior Incompleto	4	9,1
Superior Completo	9	20,5
Pós-Graduado	26	59,1
N/R	3	6,8
Tempo de Trabalho		
Menos de 1 Ano	6	13,6
De 1 Ano Até 2 Anos	1	2,3
Mais de 2 Anos até 3 Anos	1	2,3
Mais de 3 Anos	35	79,5
N/R	1	2,3
Idade		
18-30	4	9,1
31-40	9	20,5
41-50	25	56,8

	51-60	6	13,6
	Acima de 61	0	0,0
<hr/>			
Profissão			
<hr/>			
	Agente de Ação Social	2	4,5
	Assessor(a) Técnico(a)	2	4,5
	Assistente Social	6	13,6
	Educador(a) Físico(a)	2	4,5
	Enfermeiro(a)	6	13,6
	Estudantes/Estagiários	4	9,2
	Farmacêutico(a)	1	2,3
	Fonoaudiólogo(a)	1	2,3
	Médico(a)	1	2,3
	Nutricionista	1	2,3
	Psicólogo(a)	12	27,3
	Técnico(a) de Enfermagem	3	6,8
	Terapeuta Ocupacional	3	6,8
<hr/>			
Vínculo Empregatício			
<hr/>			
	Contratado	11	25,0
	Efetivo	24	54,5
	Comissionado	2	4,5
	Outro	4	9,2
	N/R	3	6,8

N/R: Não respondeu

Pode-se observar que 86,4% dos participantes da pesquisa são do sexo feminino e 56,8 % possuem idade entre 40 e 50 anos. Um dado importante refere-se ao quantitativo de profissionais efetivos (54,5%) e ainda o percentual significativo (79,5%) de trabalhadores dos CAPS, participantes da pesquisa, que possuem vínculos trabalhistas de mais de 3 anos na instituição. Desse resultado podemos inferir que, em sua maioria, os profissionais possuem uma vivência significativa em saúde mental o que possibilita a efetivação de vínculos de

pertencimento e afetividade com os usuários dos serviços, conforme preconiza a política de saúde mental.

Em relação a escolaridade destaca-se o quantitativo de profissionais pós-graduados, sendo de 59,1 %. Os dados demonstram o investimento em capacitação profissional de mais de 50% dos profissionais participantes da pesquisa.

Os dados apontam também uma predominância na participação da pesquisa de profissionais de psicologia (27,3%), seguido dos profissionais de serviço social e enfermagem, ambos com 13,6%. No entanto, podemos inferir, a partir dos dados, que a pesquisa contou com a participação de diversas categorias profissionais, repercutindo em uma percepção ampliada das diversas áreas de atuação profissional dos CAPS pesquisados.

A segunda etapa da pesquisa constitui na análise das falas dos profissionais de saúde mental. Os principais resultados da pesquisa, a partir das considerações dos profissionais de saúde mental, apontaram para 5 categorias temáticas: 1) Relação da saúde mental com a saúde bucal; 2) Principais motivos para pessoas com transtorno mental desenvolver problemas na boca; 3) A rede de atenção à saúde bucal e o acesso ao tratamento; 4) Fluxos de atendimento e principais procedimentos odontológicos observados pelos profissionais de saúde mental; 5) Ações de prevenção e promoção à saúde geral e bucal.

Neste sentido, pontuamos dentro das categorias temáticas os principais resultados e destacamos algumas considerações dos participantes da pesquisa para fins de ilustração.

Relação da saúde mental com a saúde bucal

- Existe uma associação direta entre a saúde mental e a saúde bucal, a partir da concepção de clínica ampliada e da integralidade da saúde.

“Trazendo essa imagem corporal que a pessoa tem de si, então, quando você tem um sorriso agradável, você tem o hálito agradável, a boca, os dentes... Acaba contribuindo também para a autoestima, para o reconhecimento da pessoa.” C6

“A saúde bucal faz muita diferença na autoestima da pessoa. Até pra comer, pra sorrir, pra falar. Então faz toda diferença não só pra pessoas com transtorno mental, mas para todos.” B4

- Existe uma predisposição das pessoas com transtorno mental para desenvolver problemas na boca em relação a população em geral (PATEL, R.; GAMBOA, A., 2012).

“A saúde bucal da grande maioria deles é bem precária, por que nas AVD, tinham que estar higienizando, escovando. Então, realmente quando a família observa que a situação está complicada é que arca com algum tipo de intervenção.” A2

“Muitos usuários não fazem a escovação, muitos tem os dentes extraídos, podres, a maioria não tem dentes.” C3

- Em pacientes institucionalizados a saúde bucal é mais prejudicada que a população geral e que pacientes em tratamento comunitário (CORRIDORE, D. *et al.*, 2017).

“Temos situações de usuários que perderam os dentes durante a internação. Que apresentaram um quadro de crise ou até mesmo situação de violência na internação que causou o trauma.” C6

“Nós que trabalhamos com usuário em meio aberto, no ambiente comunitário e já identificamos a saúde bucal desses usuários tão precarizadas, ficamos indagando com estão esses usuários das residências terapêuticas, porque lá os usuários já vêm dos hospitais sequelados e ainda tem a questão da cultura, por exemplo, do cigarro de palha. E a higienização bucal deve ser muito debilitada.” A4

Principais motivos para pessoas com transtorno mental desenvolver problemas na boca

- O uso de medicamentos psicoativos interfere na saúde bucal

“As medicações de uma forma geral interferem no metabolismo da boca, então termina interferindo no dente. Algumas medicações alteram a quantidade de salivagem, causando secura ou o excesso da saliva.” D4

- Os profissionais de saúde mental possuem a limitação quanto o conhecimento das intercorrências dos medicamentos, principalmente psicofármacos, na saúde bucal.

“A gente trabalha com os medicamentos, eles fazem uso e a gente tem pouca informação sobre a parte farmacológica, uma formação fraca em farmacologia. Nas faculdades não ensinam. Acredito que a maioria de nós tem essa dificuldade. As faculdades não preparam para a questão dos medicamentos.” A6

- Maus hábitos alimentares (consumo de açúcar, dieta irregular) e ausência de autocuidado (higienização bucal) contribuem para saúde bucal prejudicada (SHEKARCHIZADEH, H., *et al.*, 2013)

“Vão juntar as questões que são próprias do processo do adoecimento com questões das vivências, da rotina familiar e se foi alguém estimulado desde a infância a escovação, a higiene. Então, a vivência fez com que a pessoa aprendesse e criasse o hábito. E veio a adoecer psicicamente, mas já tinha o hábito e essa estrutura de funcionamento que não foi quebrada pelo processo de adoecimento. Por que não são todos os usuários que entra em um processo de surto e fica tão desorganizado ao ponto de negligenciar a higienização.” C6

“A própria alimentação também com excesso de açúcar, doces, comida industrializada tudo isso repercute na saúde da boca. Então teria que ser um trabalho integrado com a nutrição também.” B13

- Vulnerabilidade social (situação socioeconômica), os preços dos itens de higiene bucal e ausência do familiar/cuidador interfere nos cuidados na saúde geral e bucal

“Material de higiene bucal adequado é caro. Principalmente para nossos usuários que são carentes de tudo. Nossos usuários não tem condições de comprar alimentos, imagine escova e creme dental de boa qualidade. A água que eles utilizam também é de baixa qualidade.” D9

“E eles sabem o que é bom, o que é saudável. Por que é bom e é difícil mudar o hábito. Mas, mais do que isso, é difícil quando não se tem condições financeiras para adquirir aquilo que sabe que é bom e saudável. As escolhas, nem sempre são escolhas. É o que eu consigo fazer naquele momento. É o que eu tenho pra comprar naquela hora, então eu só posso escolher isso.” C5

“Usuários com familiar mais presente, que possuem menos comprometimento da saúde mental e com condições sociais melhor, acessam mais os serviços odontológicos e normalmente tem a saúde da boca melhorada.” A7

A rede de atenção à saúde bucal e o acesso ao tratamento

- Pessoas com transtorno mental possuem dificuldade em acessar o tratamento de saúde bucal, devido a estigmatização e o preconceito) (JAMELLI, S. R. *et al.*, 2010)

“Uma das coisas que a gente observou foi o preconceito, é demais! Há, mas a gente precisa de alguém que acompanhe, não só o familiar que acompanhe porque se ele entrar em crise na hora do tratamento com a broca na boca ou algum outro equipamento? Então a gente já passou por tudo isso... pelo menos eu enquanto profissional já observei este tipo de situação.” A7

- A rede de atenção em saúde bucal é fragilizada em Maceió

“A rede não dá condições de trabalho. É faltando material para tratamento odontológico, os instrumentos quebrados. Então assim, a gente não sabe como está a rede hoje, depois da pandemia, em relação a saúde bucal. Mas durante um certo tempo o atendimento odontológico esteve mais tempo parado do que acontecendo, por falta de condições de trabalho. [...]Então os encaminhamentos que a gente faz perde efeito, vira uma bola de neve. Isso é em saúde bucal, são nas questões clínicas. Então o usuário volta pra gente sem resolução como se a gente tivesse o poder de resolver.” D8

- Em usuários de substância psicoativa a situação é ainda mais complexa (sem documentação civil básica e sem referência de endereço)

“O nosso serviço, na realidade, é um dos poucos que atende sem documentação, por exemplo. Até o momento a gente não sabe dizer se tem outro serviço que atenda sem documentos. Então, a questão da oferta de segundas vias de documentos é essencial para nossos usuários acessarem outros serviços, inclusive o tratamento odontológico. Ou rever a questão da restrição do atendimento. Porque enquanto a realidade for essa nossos usuários permanecerão desprovidos de acesso aos serviços básicos.” E6

- Profissionais de odontologia são despreparados para lidar com o público de pessoas com transtorno mental

“Eu já ouvi de dentista que trabalha com pessoa com transtorno mental falar do risco que é trabalhar com paciente psiquiátrico, uma vez que ele usa instrumentos que são extremamente perigosos, perfuro cortantes. E o profissional dizia se sentir inseguro, em um risco constante.” D1

“Existe um receio de como o paciente vai se comportar, principalmente aqueles com transtorno. ‘Mas e se ele fechar a boca, morder meu dedo, ou ficar agressivo, ou querer me agredir...’” E7

Fluxos de atendimento e principais procedimentos odontológicos observados pelos profissionais de saúde mental

- Existe uma baixa procura por tratamento bucal e o principal procedimento odontológico realizado é a exodontia, sendo a principal queixa e quase exclusiva é a dor de dente (JAMELLI, S. R. *et al.*, 2010; SHEKARCHIZADEH, H. *et al.*, 2013)

“Não se fala em saúde bucal com paciente de transtorno mental. A gente tem usuário aqui que quando tem uma questão dentária, quando consegue acessar o dentista, o procedimento é de extração dentária. Tem usuário nosso aqui que a boca não tem dente nenhum. [...] Não se fala em restauração, limpeza, somente em extrair o dente. O que o usuário quer é acabar com o incomodo, acabar com a dor. Então só pensa em extrair o dente que a forma mais rápida de acabar com o incomodo.” D8

- Fluxo – articulam com a rede e com o familiar cuidador

“Quando necessita fazer alguma intervenção de saúde bucal o usuário ou familiar é encaminhado para a unidade de saúde mais próxima da residência. Se tiver autonomia o próprio usuário vai, se não a gente orienta o familiar.” C2

- Em usuários de substancias psicoativas a situação é ainda mais complexa

“Primeiro que já chegam com uma situação (saúde bucal) que nem dá para fazer outro procedimento de tão agravada que está, por exemplo, já chegamos a levar um usuário para extrair o dente de urgência na UPA. E segundo por que como o acesso ao atendimento odontológico não é facilitado, então, quando eles conseguem acessar eles querem logo resolver o problema, então extrair logo o dente.” E7

Ações de prevenção e promoção à saúde geral e bucal.

- Promoção e prevenção em saúde geral e bucal nas instituições pesquisadas é essencial e um desafio diário

“Trabalhar a educação em saúde é uma falha nos serviços. As vezes um usuário tem um transtorno não sabe o diagnóstico, não sabe o que é. Faz uso da medicação não sabe para que serve. [...] As vezes um esclarecimento é uma coisa tão longe da nossa realidade. Nós temos usuários antigos no CAPS que não sabem o que tem. Estão a anos fazendo uso de remédios, anos em acompanhamento, anos com Cid-10 diagnosticado e não sabe dizer o que tem. Então é uma deficiência que precisamos urgentemente resolver nos serviços de saúde”. D6

- Educação em saúde são ações fundamentais, no entanto são esporádicas e sem continuidade (enfermagem e nutrição) e higiene oral praticamente inexistente nas instituições

“As práticas de educação em saúde acontecem nos grupos, mas esporadicamente, não é algo contínuo.” A2

“Quanto a prática da escovação, higiene bucal não existe na instituição. Pelo menos não rotineiramente promovida pela instituição.” A5

- Pandemia da COVID-19 dificultou ainda mais as atividades nas instituições estudadas

“A gente tem grupo de educação em saúde com a enfermagem, mas desde a pandemia que não está funcionando, estão suspensas essas atividades.” A7

1.6 Considerações finais

A pesquisa teve como proposta compreender a promoção da saúde bucal direcionada as pessoas com transtorno mental, na perspectiva dos profissionais participantes da pesquisa. Nesta linha de pensamento, a partir das considerações dos profissionais de saúde mental, traçamos o perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde mental, apreendemos sobre a relação da saúde mental com a saúde bucal, conhecemos as ações relacionadas à saúde mental nas instituições estudadas, bem como conhecemos a rede de atenção à saúde bucal e o atendimento às pessoas com transtorno mental.

Nesse sentido, no que tange a relação da saúde mental com a saúde bucal fica evidenciado a vulnerabilidade das pessoas com transtorno mental para apresentar problemas na boca, sendo essencial o desenvolvimento de práticas contínuas de promoção e prevenção da saúde bucal a este público específico. Fatores como o uso de psicofármacos, dieta rica em açúcar e carboidratos, higienização bucal precária ou inexistente, situações de vulnerabilidade social e o uso associado de cigarro e outras drogas corroboram para a piora no quadro de saúde das pessoas em sofrimento psíquico.

Com relação a rede de atenção em saúde bucal, a ausência de uma rede estruturada, a estigmatização e o preconceito e a falta de capacitação dos profissionais de área de saúde bucal parecem dificultar a qualidade no atendimento a estes usuários. Ademais a ausência de fluxos e diálogo entre as políticas de saúde mental e bucal são notórias, a partir das considerações dos profissionais de saúde mental, demonstrando a ausência do Estado nesta articulação.

As considerações dos profissionais de saúde mental sugerem a questão da fragilização dos vínculos afetivos, familiares e sociais, das pessoas com transtorno mental como mais um desafio a ser trabalhado com vistas a melhoria na saúde mental, bucal e geral do usuário, objetivando a reabilitação psicossocial.

Quanto as ações de promoção a saúde bucal realizadas nas instituições estudadas, a educação em saúde, as ações de higiene bucal e a articulação entre os profissionais da rede socioassistencial e das demais políticas setoriais parecem ser uma alternativa viável para minimizar os desafios apresentados, no entanto são pouco utilizadas nas instituições e não possuem uma continuidade. A pandemia do COVID-19 dificultou ainda mais a situação.

Compreender os motivos da vulnerabilidade das pessoas com transtorno mental para o desenvolvimento de problema na boca, bem como conhecer a rede socioassistencial e seus avanços e fragilidades, na perspectiva do atendimento integral, possibilita direcionar as políticas públicas de saúde bucal, mental e geral para este coletivo.

Nesta perspectiva, o estudo aponta que é necessário investir em políticas públicas, não apenas com vistas a reabilitação da boca e da saúde mental e geral, mas também investir na formação e capacitação dos profissionais de saúde, desde da graduação, buscando qualidade nos atendimentos prestados à população em geral e especificamente as pessoas com transtorno mental.

1.7 Recomendações

As recomendações estão pautadas nos resultados da pesquisa e serão direcionadas a Gerência da Rede de Atenção Psicossocial de Maceió, aos 5 CAPS que participaram da pesquisa e a Gerência de Saúde bucal de Maceió:

- ✓ Buscar, através de discussões entre a Gerência de Saúde bucal e a Gerência da Rede de Atenção Psicossocial de Maceió, sugestões coletivas para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde bucal, a exemplo de ações de educação em saúde nos espaços de saúde mental e disponibilização de kits de higiene bucal;
- ✓ Construir coletivamente uma proposta de fluxo de

encaminhamento e atendimento entre a rede de saúde mental e saúde bucal do município;

- ✓ Desenvolver ações de capacitação profissional para os profissionais da atenção em saúde bucal, visando qualidade nos atendimentos prestados as pessoas com transtorno mental, bem como para os profissionais de saúde mental para apreensão sobre a política de saúde bucal.

REFERÊNCIAS

ALMOMANI F.; BROWN C.; WILLIAMS K. B. The effect of an oral health promotion program for people with psychiatric disabilities. **Psychiatr Rehabil J.**, Spring;29(4):274-81, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal: Brasil Sorridente, 2004.

CHARNOCK, S. et al. A community based programme to improve access to dental services for drug users. **Br Dent J.** Apr 10;196(7):385-8, 2004.

CORRIDORE, D. *et al.* Oral Health Status and Oral Health-Related Quality of Life in Italian Deinstitutionalized Psychiatric Patients. **Clin Ter.**, v. 168, n. 2, mar./apr. 2017

ESPERIDIÃO, E.; SILVA, N. S.; CAIXETA, C. C.; RODRIGUES, J. The Psychiatric Nursing, ABEn and the Scientific Department of Psychiatric and Mental Health Nursing: progress and challenges. **Revista brasileira de Enfermagem**, n. 66, p. 171-176. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700022>

JAMELLI, S. R. et al. Saúde bucal e percepção sobre o atendimento odontológico em pacientes com transtorno psíquico moradores de residências terapêuticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700091>

PATEL, R.; GAMBOA, A. Prevalence of oral diseases and oral-health-related quality of life in people with severe mental illness undertaking community-based psychiatric care. **Br Dent J.**, Nov;213(9):E16, 2012. doi: 10.1038/sj.bdj.2012.989.

SHEKARCHIZADEH, H. *et al.* Oral health behavior of drug addicts in withdrawal treatment. **BMC Oral Health**, Jan 31;13:11, 2013. Disponível em: 10.1186 / 1472-6831-13-11.

UNA, L. *et al.* Making equity a reality: oral health promotion in a psychiatric setting. **Int J Psychiatr Nurs Res.** v. 34, 2005. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0011>

ANEXO 1- REGISTRO DAS ENTREGAS DO RELATÓRIO TÉCNICO AS EQUIPES DOS CAPS E ÀS GERÊNCIAS DE SAÚDE BUCAL E DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE MACEIÓ.



GERÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE MACEIÓ



GERÊNCIA DE SAÚDE BUCAL DE MACEIÓ



CAPS- ENFERMEIRA NORACI PEDROSA

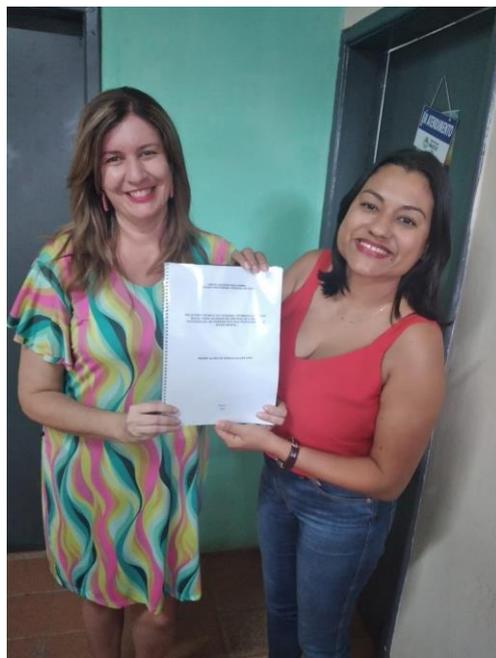


CAPS- DR. SADI FEITOSA DE CARVALHO



CAPS -DR. ROSTAN SILVESTRE

CAPSAD- ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS



CAPSI- INFANTO JUVENIL

ANEXO 2- FORMULÁRIO DE SATISFAÇÃO DO DEMANDANTE



Formulário de Satisfação do Demandante

PROJETO	RESPONSÁVEL (MPPS)
<p>PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL PARA USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL</p> <p>MACEIÓ/AL, 2020 - 2022</p>	<p>MESTRADO PROFISSIONAL PESQUISA EM SAÚDE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC</p>

Dados do Demandante

1. Nome:	Secretaria Municipal de Saúde de Maceió/ Gerência de Saúde Bucal
2. CNPJ ou CPF:	00.204.125/0001-33
3. Endereço:	R. Dias Cabral, 569 - Centro, Maceió - AL, 57020-250
4. Pessoa de contato:	Ducy Lily Joazeiro de Farias Costa (Gerente)
5. Telefone de contato:	(82) 3312-5400
6. E-mail de contato:	saudebucal@sms.maceio.al.gov.br

Satisfação com o relatório

Quesito	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito Satisfeito
Clareza do texto					x
Qualidade da linguagem					x
Qualidade databela					x
Clareza na exposição dos					x

resultados					
Qualidade da Discussão					x
Qualidade Técnica Geral do Relatório					x
Tempo de execução do projeto					x

Impacto do Relatório

Quesito	Muito Improvável	Improvável	Indiferente	Provável	Muito Provável
Os resultados obtidos promovem reflexão em algum setor da Instituição?					x
Os resultados obtidos alteram algum procedimento da Instituição?					x
Os resultados obtidos podem impactar no lucro da Instituição? Entenda-se como lucro os benefícios para a instituição e/ou para os seus servidores e/ou para a população					x

Interface com a equipe técnica do Curso

Quesito	Muito	Insatisfeit	Indiferent	Satisfeit	Muito
---------	-------	-------------	------------	-----------	-------

	Insatisfeito				Satisfeito
Qualidade científica e tecnológica da equipe técnica executora do projeto					X
Comprometimento da equipe executora do projeto					X
Facilidade de relacionamento com a equipe executora do projeto					X
Presteza na realização das atividades planejadas/executadas do projeto					X

Comentários: a pesquisa vai ajudar a Gerência de Saúde Bucal a traçar as estratégias para o retorno das atividades educativas , preventivas e curativa aos pacientes do CAPS .,

Lucy Lily Joazeiro Farias Costa

Gerente de Saúde Bucal de Maceió

Lucy Lily Joazeiro Farias Costa
Gerência de Saúde Bucal
SMS / MACEIÓ
Matrícula - 954682-0



Formulário de Satisfação do Demandante

PROJETO	RESPONSÁVEL (MPPS)
<p>PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL PARA USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL</p> <p>MACEIÓ/AL, 2020 - 2022</p>	<p>MESTRADO PROFISSIONAL PESQUISA EM SAÚDE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC</p>

Dados do Demandante

1. Nome:	Secretaria Municipal de Saúde de Maceió/ Gerência de Atenção Psicossocial
2. CNPJ ou CPF:	00.204.125/0001-33
3. Endereço completo:	R. Dias Cabral, 569 - Centro, Maceió - AL, 57020-250
4. Pessoa de contato:	Roseane Farias
5. Telefone de contato:	(82) 3312-5400
6. E-mail de contato:	saudemental@sms.maceio.al.gov.br

Satisfação com o relatório

Quesito	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeit o	Muito Satisfeito
Clareza do texto					X
Qualidade da linguagem					X
Qualidade da tabela					X
Clareza na					X

exposição dos resultados					X
Qualidade da Discussão					X
Qualidade Técnica Geral do Relatório					X
Tempo de execução do projeto					X

Impacto do Relatório

Quesito	Muito Improvável	Improvável	Indiferente	Provável	Muito Provável
Os resultados obtidos promovem reflexão em algum setor da Instituição?					X
Os resultados obtidos alteram algum procedimento da Instituição?					X
Os resultados obtidos podem impactar no lucro da Instituição? Entenda-se como lucro os benefícios para a instituição e/ou para os seus servidores e/ou para a população					X

Interface com a equipe técnica do Curso

Quesito	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito Satisfeito
Qualidade científica e tecnológica da equipe técnica executora do projeto					X
Comprometimento da equipe executora do projeto					X
Facilidade de relacionamento com a equipe executora do projeto					X
Presteza na realização das atividades planejadas/ executadas do projeto					X

Comentários: O estudo já vem trazendo importantes reflexões entre a área de Saúde mental e saúde Bucal. Para do planejamento de 2023 já estão sendo pensadas articulações para ampliação do acesso da população.

Roseane da Silva Farias
Gerente de Atenção Psicossocial
Matrícula nº 944598-6

Gerente de Atenção Psicossocial de Maceió

ANEXO 3 – EM FASE DE EDIÇÃO NA REVISTA CADERNOS UNIFOA

PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Resumo

Trata-se de revisão integrativa sobre publicações relativas à saúde bucal das pessoas com transtorno mental, tendo como referencial teórico a estratégia de promoção da saúde, objetivou-se evidenciar aspectos relacionados à vulnerabilidade das pessoas com transtorno mental em desenvolver problemas bucais, ao acesso aos serviços odontológicos e à educação em saúde bucal por este público específico. Foram realizadas buscas por artigos em inglês, português e espanhol nas bases de dados BVS e Pubmed, utilizando vocábulos controlados; 10 artigos compuseram a pesquisa por estarem de acordo com os critérios estabelecidos. Os principais achados apontam que pessoas com transtorno mental possuem maior predisposição para problemas na saúde bucal do que a população geral por diversos fatores, tais como o uso de medicamentos psicotrópicos e aspectos de vida diária. Além disso, o acesso destes indivíduos aos serviços odontológicos é prejudicado pela estigmatização e pela ausência de motivação. Os achados sugerem que a educação em saúde é uma alternativa eficaz para fomentar o protagonismo nesta população, visando melhorias na saúde geral e bucal.

Palavras-chave: Promoção da saúde; Saúde bucal; Transtorno mental.

Abstract

PROMOTION OF ORAL HEALTH TO PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS: AN INTEGRATIVE REVIEW

This is an integrative review of publications related to the oral health of people with mental disorders. Using health promotion as a theoretical framework, the aim was to highlight aspects related to the vulnerability of people with mental disorders to develop oral problems, access to dental services and oral health education for this specific audience. Searches were carried out for articles in English, Portuguese and Spanish, in the BVS and Pubmed databases, using controlled words, and 10 articles composed the search for being in accordance with the established criteria. The main findings show that people with mental disorders are more prone to oral health problems than the general population due to several factors, such as the use of psychotropic medications and aspects of daily life. In addition, these individuals' access to dental services is hampered by stigmatization and lack of motivation. The findings suggest that health education is an effective alternative to foster protagonism in this population, aiming at improvements in general and oral health.

Keywords: Health promotion; oral health; mental disorder.

Introdução

A promoção da saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na Carta de Ottawa de 1986 como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Define como princípios da promoção da saúde: desenvolvimento de habilidades pessoais e ação comunitária; política pública saudável e existência de um ambiente de apoio adequado (*supportive environment*); reorientação dos serviços de saúde, dentro do que se pode considerar como sendo a nova saúde pública, na qual a saúde é cada vez mais buscada por meio das atividades para além dos serviços médicos (tratamento), mas que atuem na prática de prevenção de doenças em espaços comunitários e de relevância social para os indivíduos, a exemplo de espaços laborais, escolas, centros comunitários, etc. (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, a política de promoção da saúde brasileira considera a promoção da saúde como estratégia de articulação capaz de criar mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade e os riscos à saúde da população, defendam a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas. Portanto, este conceito elucida a importância do protagonismo dos indivíduos no processo saúde-doença (BRASIL, 2010).

Na especificidade das pessoas com transtorno mental que possuem predisposição para desenvolver problemas na boca (PATEL; GAMBOA, 2012), a promoção de saúde bucal é fundamental, pois estimula maior adesão ao tratamento e melhora as condições de saúde mental e geral desse público específico (KUO *et al.*, 2020).

Assim, buscou-se evidenciar na literatura, por meio da revisão integrativa, a relação entre saúde mental e saúde bucal sob os aspectos do acesso de pessoas com transtorno mental ao tratamento odontológico e os efeitos da educação em saúde bucal nestes indivíduos enquanto mecanismo de promoção da saúde, além das principais causas da vulnerabilidade para doenças na boca em pessoas com transtorno mental.

Metodologia

Trata-se de um artigo qualitativo de revisão integrativa da literatura. A escolha pelo método ocorreu por possibilitar, através da pesquisa, a formulação de novas abordagens teóricas, considerando o conhecimento produzido sobre temas emergentes e maduros

(TORRACO, 2016). Além disso, o método potencializa as análises mais densas e qualificadas, a partir de uma visão integrada de diferentes teorias ou modelos de análise (SOUZA *et al.*, 2010).

A elaboração da revisão integrativa percorreu as seguintes etapas: estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão integrativa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise dos resultados, discussão e apresentação dos resultados (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Para guiar a elaboração da busca de artigos e da revisão integrativa, o tema da promoção da saúde bucal às pessoas com transtorno mental embasou a pesquisa e formulou-se a seguinte questão: quais são as ações de promoção à saúde bucal direcionadas às pessoas com transtorno mental?

Para a seleção dos artigos foram utilizadas duas bases de dados, a saber: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE). Foram utilizados termos específicos baseados na pergunta da pesquisa utilizando-se da ferramenta DESC (Descritores da Ciência em Saúde). A combinação dos descritores selecionados foi realizada por meio dos operadores booleanos OR, AND e NOT. Utilizou-se como estratégia de pesquisa: “health promotion” AND “oral health” AND “mental disorders”.

Os critérios de inclusão dos artigos definidos, inicialmente, foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol, com os resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas, sem limite de período de publicação. A pesquisa na base de dados foi realizada no mês de setembro de 2021 e resultou em 12 artigos na MEDLINE e 25 na BVS, totalizando 37 artigos. Após leitura dos títulos, resumos e palavras chaves, 14 artigos foram selecionados e lidos na íntegra. Destes, 10 foram selecionados para compor a revisão integrativa, considerando a relação específica com o tema proposto, alocados no QUADRO 1 que apresenta as referências dos artigos e seus objetivos, visando análise posterior.

Quadro 1: Agrupamento dos artigos utilizados na revisão integrativa

Referência	Objetivos
HALL, J.P.; LAPIERRE, T.A., KURTH, N.K. Oral Health Needs and Experiences of Medicaid Enrollees With Serious Mental Illness. Am J Prev Med. 2018. Oct;55(4):470-479. doi: 10.1016/j.amepre.2018.05.013. Epub 2018 Aug 17. PMID: 30126670.	Investigar as experiências de inscritos no Kansas Medicaid com doenças mentais graves no acesso a serviços odontológicos, examinando seus fatores de risco de saúde bucal e identificando as necessidades e resultados de saúde bucal.

KUO, M.W. et al., Effectiveness of oral health promotion program for persons with severe mental illness: a cluster randomized controlled study. **BMC Oral Health**. 2020. Oct 27;20(1):290. doi: 10.1186/s12903-020-01280-7.

CORRIDORE, D. et al., Oral Health Status and Oral Health-Related Quality of Life in Italian Deinstitutionalized Psychiatric Patients. **Clin Ter**. 2017. Mar-Apr;168(2):e77-e83. doi: 10.7417/CT.2017.1987. PMID: 28383618.

LAM, P.C. et al., Oral Health-Related Quality of Life Among Publicly Insured Mental Health Service Outpatients With Serious Mental Illness. **Psychiatr Serv**. 2019. Dec 1;70(12):1101-1109. doi: 10.1176/appi.ps.201900111. Epub 2019 Sep 16. PMID: 31522632.

SHEKARCHIZADEH, H. et al., Oral health behavior of drug addicts in withdrawal treatment. **BMC Oral Health**. 2013. doi: 10.1186 / 1472-6831-13-11. PMID: 23368406; PMCID: PMC358370.

PATEL, R., GAMBOA, A. Prevalence of oral diseases and oral-health-related quality of life in people with severe mental illness undertaking community-based psychiatric care. **Br Dent J**. 2012. Nov;213(9):E16. doi: 10.1038/sj.bdj.2012.989.

ALMOMANI F.; BROWN C.; WILLIAMS K.B., The effect of an oral health promotion program for people with psychiatric disabilities. **Psychiatr Rehabil J**. 2006. ID: mdl-16689038

UNA, L. et al., Making equity a reality: oral health promotion in a psychiatric setting. **Int J Psychiatr Nurs Res**. 2005. PMID: 15715319.

CHARNOCK, S. et al., A community based programme to improve access to dental services for drug users. **Br Dent J**. 2004. doi: 10.1038/sj.bdj.4811193. PMID: 15071524

JAMELLI, S. R. et al., Saúde bucal e percepção sobre o atendimento odontológico em pacientes com transtorno psíquico moradores de residências terapêuticas. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. V.15. 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700091>>.

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa, 2021.

Avaliar a eficácia de um programa composto de promoção de saúde bucal projetado para reduzir a placa dentária entre pessoas com doença mental grave em uma instituição psiquiátrica.

Investigar o estado de saúde bucal e a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (OHRQoL, medida com OHIP-14) em pacientes psiquiátricos atendidos pelo sistema único italiano de saúde mental, de acordo com a Lei 180 / 78.

Investigar os fatores associados à necessidade não atendida de atendimento odontológico e qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHQoL) entre indivíduos com doença mental grave em atendimento ambulatorial em um programa público de saúde mental que atende a uma população de baixa renda, principalmente de raça -grupos minoritários étnicos

O objetivo do nosso estudo foi investigar OHB (comportamento de saúde bucal) e seus determinantes entre viciados em drogas em tratamento de abstinência.

Descrever a prevalência de doenças bucais e seu impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal em pessoas com doença mental grave em atendimento psiquiátrico comunitário.

Examinar a eficácia da viabilidade de uma intervenção de saúde bucal para pessoas com deficiências psiquiátricas.

Abordar a precariedade no estado de saúde bucal de pacientes psiquiátricos de longa permanência, promovendo uma abordagem de equipe interdisciplinar para a promoção da saúde bucal.

Melhorar o acesso ao atendimento odontológico para clientes do CDAT (Equipe Comunitária de Drogas e Álcool)

Avaliar as condições de saúde bucal dos moradores, assim como a percepção dos mesmos em relação ao atendimento odontológico recebido.

Resultado/discussão

Predisposição à problemas de saúde geral e bucal

A temática sobre a integralidade da saúde, mais especificamente da relação da saúde mental com a bucal, foi evidenciada em todos os estudos. Altas taxas de condições de saúde física comórbidas, incluindo diabetes e doenças cardiovasculares, bem como o uso atual ou anterior de tabaco foram observados (HALL; LAPIERRE; KURTH, 2018). A literatura indica que pessoas com transtorno mental grave apresentam maior risco de desenvolver doenças na saúde geral, do tipo: cardíaca coronária, diabetes, hiperlipidemia e doenças respiratórias, bem como doenças na boca. Além disso, a saúde bucal também pode afetar significativamente a qualidade de vida dos indivíduos, sua autoestima, fala, nutrição e outras áreas sociais e psicológicas da vida (KUO *et al.*, 2020).

Foi observado ainda que quanto maior a gravidade do transtorno mental mais comprometida é a saúde bucal. Nos achados, evidenciou-se que indivíduos com doenças mentais graves, como esquizofrenia ou transtorno bipolar, por exemplo, tendem a ter pior saúde bucal do que indivíduos sem essas condições psiquiátricas, incluindo maiores taxas de cárie não tratada e distúrbio da articulação temporomandibular, maior necessidade de extrações dentárias e pior saúde periodontal (LAM *et al.*, 2019).

Quanto às principais causas apontadas como fatores de risco para problemas de saúde bucal foram citadas a alta ingestão diária de drogas psicotrópicas, com um potencial efeito de boca seca, interferindo no fluxo salivar (xerostomia), higiene oral deficiente, tabagismo, uma quantidade média diária de ingestão de alimentos e álcool (CORRIDORE *et al.*, 2017).

No que tange aos pacientes institucionalizados, a literatura demonstra que a saúde bucal dos pacientes psiquiátricos era geralmente muito ruim em comparação à população em geral. No entanto, quando comparados os usuários de serviços de saúde mental em tratamento comunitário à população geral, verificou-se uma melhora nos quadros de saúde bucal (CORRIDORE *et al.*, 2017).

Na especificidade dos usuários de medicamentos psicoativos, além da negligência com a saúde bucal, observou-se um aumento da incidência de cáries de superfície lisa. Alguns fatores foram associados aos resultados, por exemplo, uma tendência ao consumo de alimentos com alto teor de açúcar. Os opioides demonstraram gerar diretamente o desejo por alimentos açucarados, além de causar xerostomia (CHARNOCK *et al.*, 2004). Ademais, a má higiene oral, padrões alimentares irregulares, má nutrição e visitas ao dentista irregulares são prevalentes entre estes usuários (SHEKARCHIZADEH *et al.*, 2013).

Acesso ao tratamento de saúde bucal

Na categoria temática referente ao acesso ao tratamento de saúde bucal, os estudos evidenciaram que a procura por estes serviços é muito baixa, mesmo entre os usuários que possuem cobertura de plano odontológico (HALL; LAPIERRE; KURTH, 2018). Os atendimentos em geral só ocorrem em situações de emergência associada à dor de dente ou boca (PATEL; GAMBOA, 2012). Apesar da alta prevalência de necessidade odontológica, foi observada por meio de um estudo a baixa qualidade de vida relacionada à saúde bucal, mesmo nas situações em que foram evidenciadas altas taxas de consultas com cirurgião-dentista (LAM *et al.*, 2019). Em relação aos procedimentos realizados, a exodontia é o mais utilizado (SHEKARCHIZADEH *et al.*, 2013).

No que diz respeito às causas para a baixa procura por serviços odontológicos, fatores como problemas para se registrar com um dentista, acesso negado ao tratamento, estigmatização, ansiedade, medo dos tratamentos odontológicos e pouca motivação e importância quanto a aparência pessoal foram evidenciados nos artigos (JAMELLI *et al.*, 2010). Além desses, merecem destaque como fatores que dificultam o acesso aos serviços odontológicos os altos custos destes serviços e a falta de percepção da necessidade de serviços odontológicos, sobretudo os preventivos (HALL; LAPIERRE; KURTH, 2018).

A dificuldade no acesso aos serviços de saúde bucal fica mais evidenciada nos casos de usuários de psicoativos e pessoas com transtorno mental grave, institucionalizadas. Estudos apontam que, além dos fatores já mencionados, indivíduos institucionalizados são ainda mais estigmatizados e enfrentam situações de negativa de acesso ao tratamento e atitudes negativas dos profissionais de saúde, repercutindo no acesso ainda mais limitado que a população em geral aos serviços de saúde bucal (UMA *et al.*, 2005).

Promoção de saúde bucal

Em relação à temática da promoção de saúde bucal às pessoas com transtorno mental, os estudos sugerem que ações educativas e preventivas são instrumentos essenciais na melhoria da saúde da boca desta população. Programas de promoção da saúde bucal desenvolvidos em colaboração com os serviços de saúde mental, que incluíram o paciente como parte integrante do processo de reabilitação, mostraram-se eficazes (KUO *et al.*, 2020). Instruções associadas a ações preventivas de saúde bucal tiveram impactos significativos em pessoas com transtorno mental (ALMOMANI; BROWN; WILLIAMS, 2006).

De modo semelhante, estudos frisam que as pessoas com doenças mentais graves possuem uma relação mais aproximada com os profissionais de saúde mental, o que facilitaria o diálogo para adesão ao tratamento e estimularia o protagonismo do usuário nas práticas preventivas e autocuidado relacionadas à saúde bucal. Sugere-se que estes profissionais atuem com práticas de educação em saúde geral e bucal, informando sobre a predisposição de intercorrências na saúde bucal dessa população específica, além de recomendar e acompanhar os encaminhamentos da rede intersetorial (LAM *et al.*, 2019).

No caso de usuários de substâncias psicoativas, os estudos evidenciaram que existe uma falta de informação quanto aos programas e serviços direcionados a este público (CHARNOCK *et al.*, 2004). Destaca-se ainda a importância da integralidade de práticas educativas e preventivas em saúde bucal com outros cuidados, considerando a especificidade destes usuários (SHEKARCHIZADEH *et al.*, 2013). Ademais, os artigos analisados apontam que abordagens de equipe interdisciplinar para a promoção da saúde apresentam melhorias significativas na saúde bucal das pessoas com transtorno mental (UMA *et al.*, 2005).

Conclusão

Os estudos evidenciam uma relação direta entre a saúde mental e a vulnerabilidade para problemas de saúde bucal, e que pessoas com transtorno mental possuem um risco maior que a população em geral para apresentar algum problema de saúde na boca por diversos fatores, sendo os hábitos de vida e o uso dos psicotrópicos principais motivos. Além disso, aspectos como dificuldade no acesso aos serviços odontológicos, devido à estigmatização, e pouca motivação para realizar atendimentos com o cirurgião-dentista são algumas das causas para piora na saúde bucal destes usuários.

Os achados apontam como alternativa eficaz para minimizar as questões apresentadas a educação em saúde geral e bucal, visto que enquanto práticas democráticas e inclusivas potencializam o autocuidado e estimulam a prevenção, incorporando como protagonistas no processo de saúde-doença as pessoas portadoras de transtorno mental.

Estudos mais aprofundados devem ser realizados, principalmente os que possam evidenciar a importância das práticas de promoção da saúde geral e bucal às pessoas com transtorno mental, visando melhorias nas condições de saúde deste público.

Referências

- ALMOMANI F.; BROWN C.; WILLIAMS K. B. The effect of an oral health promotion program for people with psychiatric disabilities. **Psychiatr Rehabil J.**, Spring;29(4):274-81, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 26 set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- CHARNOCK, S. *et al.* A community based programme to improve access to dental services for drug users. **Br Dent J.** Apr 10;196(7):385-8, 2004. doi: 10.1038/sj.bdj.4811193.
- CORRIDORE, D. *et al.* Oral Health Status and Oral Health-Related Quality of Life in Italian Deinstitutionalized Psychiatric Patients. **Clin Ter.**, v. 168, n. 2, p. 7-83, mar./apr. 2017. doi: 10.7417/CT.2017.1987.
- HALL, J. P.; LAPIERRE, T. A.; KURTH, N. K.; Oral Health Needs and Experiences of Medicaid Enrollees With Serious Mental Illness. **Am J Prev Med.**, v. 55, n. 4, p. 470-479, oct. 2018. doi: 10.1016/j.amepre.2018.05.013.
- JAMELLI, S. R. *et al.* Saúde bucal e percepção sobre o atendimento odontológico em pacientes com transtorno psíquico moradores de residências terapêuticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700091>.
- KUO, M. W. *et al.* Effectiveness of oral health promotion program for persons with severe mental illness: a cluster randomized controlled study. **BMC Oral Health**, Oct 27;20(1):290.,2020.
- LAM, P. C. *et al.* Oral Health-Related Quality of Life Among Publicly Insured Mental Health Service Outpatients With Serious Mental Illness. **Psychiatr Serv.**, 12 01; 70(12):1101-1109.,2019. doi: 10.1176/appi.ps.201900111. PMID: 31522632.
- PATEL, R.; GAMBOA, A. Prevalence of oral diseases and oral-health-related quality of life in people with severe mental illness undertaking community-based psychiatric care. **Br Dent J.**, Nov;213(9): E16, 2012. doi: 10.1038/sj.bdj.2012.989.
- SHEKARCHIZADEH, H. *et al.* Oral health behavior of drug addicts in withdrawal treatment. **BMC Oral Health**, Jan 31;13:11, 2013. Disponível em: 10.1186 / 1472-6831-13-11.
- SOUZA, M. T. D. *et al.* Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, p. 102-106, 2010.
- TORRACO, R. J. Writing Integrative Literature Reviews: Using the Past and Present to Explore the Future. **Human Resource Development Review**, 15(4), 404-428, 2016. Disponível em: 10.1177/1534484316671606.
- UNA, L. *et al.* Making equity a reality: oral health promotion in a psychiatric setting. **Int J Psychiatr Nurs Res.** v. 34, 2005. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0011>
- WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, dec. 2005.

ANEXO 4 – Artigo publicado na revista Research, Society and Development

Research, Society and Development, v. 10, n. 4, eXX, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 |

DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.XXXXX>

Impacto no cotidiano das pessoas com a manifestação de hanseníase na região de cabeça e pescoço

Impact of head and neck leprosy presentations on the daily lives of people with the disease

Impacto cotidiano en personas con manifestación de lepra en la región de cabeza y cuello

Recebido: 00/01/2021 | Revisado: 00/03/2021 | Aceito: 00/04/2021 | Publicado: 10/04/2021

Danielle de Oliveira Teodósio Assis

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5899-7171>

Centro Universitário CESMAC, Brasil

E-mail: daniteodosio@hotmail.com

Clodis Maria Tavares

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6804-3064>

Universidade Federal de Alagoas

E-mail: clodistavares@yahoo.com.br

Raabe Alves de Araújo Alcântara

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9665-6247>

Centro Universitário CESMAC, Brasil

E-mail: raabe_alves@hotmail.com

Lívia Jatobá Ramirez

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0780-0038>

Centro Universitário CESMAC, Brasil

E-mail: livjatoba@gmail.com

Evanisa Helena Maio de Brum

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0128-591X>

Centro Universitário CESMAC, Brasil

E-mail: evanisa.brum@gmail.com

Kevan Guilherme Nóbrega Barbosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9410-7356>

Centro Universitário CESMAC, Brasil

E-mail: kevanguilherme@gmail.com

Mara Cristina Ribeiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6963-8158>

Centro Universitário CESMAC, Brasil

E-mail: maracrisribeiro@gmail.com

Resumo

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica, transmissível, de notificação compulsória e investigação obrigatória em todo o território nacional. O estudo tem como objetivo avaliar o impacto no cotidiano das pessoas atingidas com manifestações de hanseníase na região cabeça e pescoço. Trata-se de um estudo do tipo exploratório descritivo com abordagens qualitativa, realizado em uma Unidade de Referência em Saúde para tratamento de hanseníase, em Maceió. Foi aplicado um formulário semiestruturado referente aos impactos no cotidiano dos participantes atingidos pela hanseníase. Foram identificados 6 fatores que se destacaram e dizem respeito ao impacto da hanseníase no cotidiano desses

pacientes. A partir dessa percepção, foram geradas 6 categorias temáticas, a saber: Trajetória percorrida até chegar ao diagnóstico de hanseníase; Vivência e sentimentos das pessoas atingidas pela Hanseníase; Mudanças ocorridas no convívio social, familiar e profissional; Impacto das manifestações na região de cabeça e pescoço no cotidiano das pessoas atingidas pela hanseníase; O estigma e o meio social; e, Superação das dificuldades decorrentes das manifestações na região de cabeça e pescoço. Por fim, a hanseníase causa um impacto significativo na vida e cotidiano das pessoas atingidas. O diagnóstico precoce, tratamento adequado e acompanhamento multidisciplinar contínuo e qualificado são de suma importância.

Palavras-chave: Hanseníase; Manifestação bucal; Estigma social; Doenças transmissíveis.

Abstract

Leprosy is a chronic infectious and transmissible disease, of compulsory notification and investigation in the entire national territory. The objective of this study was to evaluate the impact of head and neck clinical presentations on the daily life of people affected by leprosy. This is an exploratory, descriptive study, using a qualitative approach, carried out at a reference health unit for leprosy treatment, in Maceió. A semi-structured form was applied regarding the impacts on the daily lives of the participants affected by leprosy. Six factors were identified, as they stood out regarding the impact of leprosy on the daily lives of these patients. This perception resulted in six thematic categories, namely: the Path taken to reach the diagnosis of leprosy; Experience and feelings of people affected by leprosy; Changes in social, family and professional life; Impact of the head and neck presentations of the disease on the daily lives of people affected by leprosy; social Stigma and environment; and, Overcoming the difficulties arising from the head and neck presentations of the disease. Thus, leprosy has a significant impact on the daily lives of people affected by the disease. Early diagnosis, proper treatment and continuous multiprofessional and qualified follow-up are extremely important.

Keywords: Leprosy; Oral manifestation; Social stigma; Communicable diseases.

Resumen

La lepra es una enfermedad infectocontagiosa, crónica, transmisible, de notificación compulsiva e investigación obligatoria en todo el territorio nacional. El estudio objetiva evaluar el impacto cotidiano en las personas alcanzadas por manifestaciones de lepra en región de cabeza y cuello. Estudio de tipo exploratorio, descriptivo, con abordaje cualitativo, realizado en Unidad de Referencia en Salud para tratamiento de lepra en Maceió. Fue aplicado formulario semiestructurado referente a los impactos cotidianos en los participantes afectados por lepra. Fueron identificados 6 factores que destacaron respecto del impacto de la lepra en el cotidiano de los pacientes. Partiendo de dicha percepción, fueron generadas 6 categorías temáticas, a saber: Trayecto recorrido hasta llegar al diagnóstico de lepra; Vivencia y sentimientos de personas alcanzadas por la lepra; Cambios ocurridos en la convivencia social, familiar y profesional; Impacto de las manifestaciones en región de cabeza y cuello en el cotidiano de personas afectadas por lepra; El estigma y el medio social; y Superación de dificultades derivadas de manifestaciones en región de cabeza y cuello. La lepra provoca impacto significativo en la vida y en el cotidiano de las personas afectadas. Diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y seguimiento multidisciplinario, continuado y calificado resultan de suma importancia.

Palabras clave: Leprosy; Oral manifestation; Social stigma; Enfermedades transmisibles.

1. Introdução

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica, transmissível, de notificação compulsória e investigação obrigatória em todo o território nacional. Possui como agente etiológico o *Mycobacterium leprae*, bacilo que atinge principalmente a pele e os nervos periféricos, com capacidade de ocasionar lesões neurais, o que lhe confere um alto poder incapacitante, principal responsável pelo estigma e discriminação em relação às pessoas acometidas pela doença (Brasil, 2020).

Segundo as Diretrizes para o diagnóstico, tratamento e prevenção da hanseníase, da Organização Mundial da Saúde, publicado em 2019, em 2018 foram reportados 208.619 casos novos de hanseníase no mundo, resultando em uma taxa de detecção de 2,74 casos por 100.000 habitantes. No Brasil, no mesmo ano, foram notificados 28.660 casos com uma taxa de detecção de 13,70 casos/100.000 habitantes. Desta

forma, o Brasil está entre os 22 países com as mais altas cargas de hanseníase do mundo, ocupando a 2ª posição em relação à detecção de casos novos (Brasil, 2020).

A hanseníase ainda é um problema de saúde pública no Brasil, pela sua magnitude, gravidade e alto poder incapacitante associado ao estigma que desenvolve impactos físicos, psicológicos, sociais e econômicos no cotidiano da pessoa acometida por esta doença. Cotidianamente, as pessoas atingidas pela hanseníase reagem impactadas pela desesperança, tristeza, raiva, culpa, vergonha, sentem medo de enfrentar as pessoas, a sociedade e, muitas vezes, são julgadas pela falta de conhecimento e assombradas pelo estigma milenar e histórico que envolve esse agravo, visto que a hanseníase tem tratamento e cura (Brasil, 2019). Assim, este estudo teve por objetivo avaliar o impacto das manifestações na região de cabeça e pescoço no cotidiano das pessoas atingidas pela hanseníase.

O estudo tem como objetivo avaliar o impacto no cotidiano das pessoas atingidas com manifestações de hanseníase na região cabeça e pescoço.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo exploratório descritivo com abordagens qualitativa, realizado em uma Unidade de Referência em Saúde para tratamento de hanseníase, em Maceió. Foi aplicado um formulário semiestruturado referente aos impactos no cotidiano dos participantes atingidos pela hanseníase.

Este estudo obteve autorização da Secretária de Saúde do Município de Maceió e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob número de parecer nº- 3. 942.098, autorizada em 30 de março de 2020, emenda nº 4.33.8.205, de 14 de outubro de 2020, CAAE- 26966619.0.0000.0039.

O estudo contou com uma amostra de 41 participantes que no momento estavam inseridos como casos novos em tratamento e/ou em tratamento de reação hansênica, notificados no período compreendido entre os anos de 2018 a 2020, registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Teve como critério de inclusão homens e mulheres classificados como casos novos e/ou em tratamento de reação hansênica, notificados e em atendimento no período de 2018 a 2020 e que tenham idade igual ou maior de 18 anos que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E exclusão daqueles participantes menores de 18 anos e com idade igual ou maior de 18 anos que se sentiram desconfortáveis com a pesquisa e não desejaram responder o formulário semiestruturado, e/ou que não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e/ou não se sentiram seguros em participar deste estudo.

Os participantes da pesquisa receberam, inicialmente, uma ligação telefônica da enfermeira da Unidade, nesse momento foram expostos os objetivos e informações referentes à pesquisa. Após o aceite, entrou-se em contato com os participantes novamente por meio de ligação telefônica, marcando o melhor dia e horário para comunicação via rede social (*WhatsApp*[®]) por chamada de vídeo, oportunidade em que foi lido e disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e explicado a importância da pesquisa.

Para os participantes que tinham consulta médica agendada na Unidade, a entrevista foi realizada de forma presencial na sala da enfermeira, de forma reservada e individualizada, momento em que foi realizada a leitura e assinatura do TCLE.

Cada participante foi identificado por um código para garantir o seu anonimato. Para os participantes contatados via *WhatsApp*[®], o preenchimento do formulário de perguntas fechadas foi realizado pela pesquisadora

e as entrevistas gravadas (dos participantes via *WhatsApp*[®] e presencial) e posteriormente transcritas. Após transcrições das entrevistas, os dados foram analisados segundo a análise de Conteúdo de Bardin (2011) na modalidade Categorical. Dessa maneira, a análise proporcionou uma interpretação mais apurada do conteúdo apresentado pelos participantes da pesquisa, de acordo com as manifestações da hanseníase na região de cabeça e pescoço e os impactos no seu cotidiano.

Considerando a situação da pandemia que os brasileiros estão vivenciando no país. E por conseguinte, a reorganização dos serviços de saúde para atender à síndrome respiratória aguda (COVID-19), algumas pesquisas foram prejudicadas pela inacessibilidade ao serviço de saúde decorrente dessa situação e das restrições impostas pelas autoridades sanitárias.

A pesquisa qualitativa se propõe a obter informações de natureza subjetiva que não podem ser quantificados, buscando aprofundar a compreensão de um grupo social ou organização. É tratado por meio da história, do universo, dos significados individuais, crenças, valores e das atitudes dos atores sociais (Minayo, 2013).

O formulário semiestruturado constitui-se como um instrumento essencial nas pesquisas sociais que visam obter informações diretas, face a face entre os sujeitos da pesquisa e o pesquisador. Trata-se de um procedimento utilizado na investigação social, coleta de dados, para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social (Marconi & Lakatos, 2010).

Para a análise dos dados qualitativos, foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin que consiste em uma metodologia que se aplica a discursos diversos, categorizando e classificando os componentes do significado das mensagens, de forma objetiva e sistemática (Bardin, 2011).

De acordo com Bardin, para a realização da análise do discurso são necessárias três etapas: (1) pré-análise – quando se organiza o material, compondo o corpus da pesquisa; (2) exploração do material quando se faz a leitura flutuante, assim como a escolha das unidades de registro e a categorização do material; (3) tratamento dos resultados por meio de inferências, retornando ao referencial teórico para dar sentido em profundidade às interpretações (Bardin, 2011).

3. Resultados e Discussão

A partir da transcrição das falas dos 41 participantes do estudo foi realizada a análise do conteúdo apresentado nas falas. Foram identificados 6 fatores que se destacaram e dizem respeito ao impacto da hanseníase no cotidiano desses pacientes. A partir dessa percepção, foram geradas 6 categorias temáticas, a saber: Trajetória percorrida até chegar ao diagnóstico de hanseníase; Vivência e sentimentos das pessoas atingidas pela Hanseníase; Mudanças ocorridas no convívio social, familiar e profissional; Impacto das manifestações na região de cabeça e pescoço no cotidiano das pessoas atingidas pela hanseníase; O estigma e o meio social; e, Superação das dificuldades decorrentes das manifestações na região de cabeça e pescoço.

Tais categorias foram discutidas a seguir, sendo apresentadas as falas dos participantes que expressam como estes se sentem com relação a doença, as dificuldades do diagnóstico de hanseníase e como vivenciam o estigma e a exclusão, muitas vezes desenvolvendo transtornos físicos e emocionais. Importante destacar que, para garantir o sigilo dos entrevistados, eles foram identificados pela sigla “HAS” seguida de ordem numérica crescente.

A trajetória percorrida até chegar ao diagnóstico de hanseníase

A OMS lançou a estratégia mundial de eliminação da hanseníase com o objetivo de assegurar a adesão ao tratamento, promover a detecção precoce de casos e reforçar a conscientização dos pacientes e das comunidades sobre hanseníase (OMS, 2016; Brasil, 2016).

O diagnóstico da hanseníase ainda acontece de forma tardia, aproximadamente em um ano e meio a dois anos após o aparecimento dos sintomas que, por vezes, quando surgem lesões sensitivas e/ou motoras, deformidades e incapacidades físicas. A busca tardia do atendimento nos serviços de saúde, a falta de informação sobre os sinais e sintomas, a dificuldade de acesso ao serviço de saúde de referência e profissionais não capacitados para detectar a hanseníase, são fatores que influenciam o diagnóstico tardio e impactam na qualidade de vida dessas pessoas (Tavares, 2014).

Os relatos, expostos a seguir, contam as experiências vivenciadas pelos participantes da pesquisa até chegar ao diagnóstico e tratamento, percorrendo um caminho de incertezas e estigmas.

O primeiro diagnóstico foi que eu cai de moto ai ralou o braço, ai sangrou e eu não senti, passei a mão e tinha muito sangue, ai ficou, tomei medicamento sarou, ai ficou, ai uma faixa de 02 a três meses, saiu as manchas ai procurei o médico, ai me encaminhou para um dermatologista, ai fui para o João Paulo II, lá no jacintinho, ai fui, chegou lá ele passou a biopsia do cotovelo, voltei para pegar o resultado e deu negativo, mas ele disse que iria tratar como hanseníase, ai passou o medicamento que é um ano para tomar, ai voltei para Rio Largo, que mora lá, fui ao posto e a enfermeira disse que não irai tratar hanseníase, porque não era, era apenas dermatite, ai olho o diagnóstico do médico e disse que não ia fazer, ai que se alastrou-se mais, ai que saiu manchas, passou 03 meses nisso, vai e volta, ia lá e ela não queria fazer o tratamento, ai voltei para o João Paulo II, me consultei com a enfermeira ai comecei o tratamento, lá em Rio Largo a enfermeira recusou. (HAS 4)

Para mim foi chocante, apesar do meu marido ter tido há 05 anos, só que o dele descobriu logo e não fico como estou hoje, naquele tempo passaram para eu tomar BCG, eu não dei valor, não fui e quando apareceu a mancha, eu procurei tratamento e os médicos diziam que não era, até chega nessa condição que estou hoje, é um negócio meio assim, que nem a todo mundo eu digo viu. (HAS 23)

[...] tenho revolta, eu procurei o tratamento muito antes de chegar nesse tratamento que estou tomando agora, porque pelo amor de Deus me deixa debilitada, eu fiquei revoltada por procurar atendimento antes, os médicos que eu fui ficaram dizendo que não era, nenhum dermatologista que eu fui, diagnosticou. (HAS23)

O tratamento da hanseníase está disponível nas Unidades Básicas de Saúde pública. A Poliquimioterapia (PQT) é uma associação de Rifampicina, Dapsona e Clofazimina. Esse tratamento é efetivo para matar o bacilo e evitar a evolução da doença, proporcionando a cura. Com o tratamento adequado, a transmissão da doença é interrompida, rompendo a cadeia epidemiológica. A dose da PQT é ajustada de acordo com classificação operacional e/ou forma clínica, delimitando também o tempo do tratamento e alta por cura (Brasil, 2017).

A PQT trouxe novas possibilidades de eliminação da doença e fez avançar a atenção para a prevenção, evitando as complicações clínicas decorrentes dos processos inflamatórios. Existem estudos buscando a identificação e associação laboratorial entre carga bacilar e formas multi ou paucibacilares, mas quando se procuram prevenções clínicas efetivas, seguras e de baixo custo, buscar associar o conhecimento das formas clínicas da doença, o diagnóstico preciso dos tipos de reação hansênica e sua evolução, é fundamental para definir critérios que decidam ações preventivas clínicas em hanseníase (Souza, 2010).

Devido aos danos neurais associados às reações hansênicas, as pessoas atingidas pela hanseníase podem apresentar deformidades e incapacidade físicas. E estes fenômenos inflamatórios agudos, são provocados pelo sistema imunológico à presença do bacilo de Hansen e se traduzem por alterações corporais que comprometem a aparência e que estão ligadas ao diagnóstico tardio. Tais reações, quando não tratadas, são responsáveis pelos danos neurais que conduzem a incapacidades físicas, podendo ocorrer antes, durante ou após a instituição da poliquimioterapia. Uma proporção considerável de pacientes sofre de reações hansênicas a qualquer momento no processo da doença: antes, durante ou após o tratamento (Santos et al, 2018).

[...] foi triste, fiquei 6 meses para descobrir essa doença, depois disso fui internado no hospital para descobrir que estava com essa doença, os médicos só faziam tratamento errado, fiquei todo inchado, cheio de nódulos no corpo, depois de 15 dias tive alta e fui em um atendimento no II Centro para fazer tratamento, essa doença não é fácil, é uma doença que todos os pacientes ficam com deficiência, tinha caroço no corpo todo, no rosto, nas orelhas, o corpo todo inchado, doía o corpo todo. (HAS 39)

Com frequência, as pessoas atingidas pela hanseníase são vítimas de estigma e discriminação. Isso tem impacto negativo no acesso ao diagnóstico, resultados do tratamento, além de afetar o relacionamento social. O estigma é uma causa importante de atraso do diagnóstico, o que facilita a transmissão da infecção nas famílias e comunidade (Brasil, 2016).

Fiquei triste, porque isso é terrível, atrapalha a vida da pessoa, quando eu descobri, a minha patroa me colocou para fora, tem gente que tem muito preconceito, que ela que me levou no Hospital, uma amiga dermatologista disse que era hanseníase, mas tinha que fazer exame para confirmar, quando soube mesmo, ela me colocou para fora, eu trabalhava lá 4 anos. (HAS 18)

Vivência e sentimentos das pessoas atingidas pela hanseníase

No que diz respeito ao processo saúde–doença, homens e mulheres vivenciam, de modos diferentes, a hanseníase. Nos dias atuais, o corpo tem sido valorizado nos aspectos relacionados à estética, à sexualidade e às relações sociais de gêneros. O diagnóstico de hanseníase gera uma instabilidade psicológica, orgânica, impacta diretamente na autoestima, na plenitude da relação sexual, na relação com familiares e, por efeito, gera o medo de não aceitação no meio social (Dias et al, 2017).

A maneira em que a pessoa se comporta perante as mudanças vivenciadas pela hanseníase no tratamento, embora tenha cura, há um receio constante em relação às sequelas irreparáveis que afetam a funcionalidade dos órgãos importantes para locomoção ou que afetam a imagem, tais como, feridas na face, mancha, caroços. As medicações alteram a pigmentação da pele. Essas transformações impactam na autoimagem (Costa & Brandão, 2016).

[...] foi difícil, foi bem devastador, primeiro pela falta de informação, segundo pelo preconceito, meu próprio preconceito, eu não queria que ninguém soubesse, nem a minha família, na primeira vez e agora na segunda vez foi devastador, eu não acreditava que iria passar tudo de novo, porque eu já tinha feito o tratamento todo certinho, tinha recebido alta, e na minha cabeça nem existia aquele período na minha vida, aí tive que reviver tudo novamente. Só que agora com mais informações, mesmo sabendo de tudo, foi bem difícil. (HAS 16)

[...] não, quando saía na rua o povo não sabia o que era, mas quando eu me olhava no espelho eu achava horrível, negócio feio, aí eu disse vou comprar um pó para passar no rosto para esconder, mas que é feio é, e ainda tava pior, depois que comecei a tomar o remédio melhorou um pouco, muito ruim, Deus me livre, ainda bem que meus filhos não tem. (HAS 18)

A hanseníase traz marcas socioculturais dolorosas até os dias atuais. Percebe-se que o medo, a falta de informação, o preconceito e a discriminação encontram-se enraizados no processo de construção social da hanseníase e, infelizmente, ainda são fatores predominantes que dificultam ao extremo o enfrentamento da doença (Leão e Silva et al, 2020).

Fiquei surpreso, depois não quis aceitar por conta que os exames tinham dado negativo, depois normal e fui tratar, porque todo mundo pode ser acometido e fui fazer o tratamento. (HAS 3)

[...] para mim foi uma surpresa, descobrir que ia fazer um tratamento que era demora, eu não fiquei muito legal não, aí tive que passar por psiquiatra e psicólogo para poder entender mais. (HAS 5)

Por muitas vezes ocorrem mudanças físicas com o desenvolvimento da doença, o que contribui para a formação de estigmas sociais. É visível a forma pela qual a hanseníase, além de afetar fisicamente as pessoas, também pode provocar repercussões na autoestima, levando as pessoas afetadas ao auto preconceito por medo de conviver em sociedade de encarar a sociedade, tendo de esconder as manchas da doença por vergonha (Argentino, Costa & Silva 2019). Em sendo assim, as pessoas afetadas tornam-se pessoas retraídas, tímidas e, por vezes, desmotivadas.

[...] é preocupante, foi triste, eu não falei para as pessoas, só os meus parentes porque tive que trazer, mas eu encaro a doença seja ela qual for, encaro com naturalidade, é preocupante ter de passar para outra pessoa, para mim é triste isso, mas fiquei tranquilo, só deixei de fazer umas coisas que fazia antes. (HAS 17)

[...] terrível, não gosto, não queria ter essa praga, mas fazer o que né, é uma coisa que a gente não pode nem contar para ninguém, o povo tem muito preconceito, tem que conviver só para você e família, quando fala para o povo, já se afastam, é muito ruim. (HAS 18)

[...] eu achei que iria ser moleza, não era nada de mais, mas agora estou vendo que é bem difícil, pelos sintomas que sinto desde quando comecei o tratamento, é uma sensação que você vai morrer, devido o que sente. (HAS 27)

Viver com a hanseníase exige empoderamento do paciente e foco na redução de estigma. É necessário que haja incentivo a programas de reabilitação, participação em grupos de apoio e integração social, para minimizar as dificuldades vivenciadas no dia a dia (D’Azevedo et al, 2019).

[...] alterou, a minha vida porque as vezes queria fazer outras coisas e não conseguia fazer, as vezes me desmotivava, não vou mentir. (HAS 1)

Foi muito difícil, porque eu era uma pessoa sadia e de repente, foi como uma bomba, através disso acabou a minha vida, perdi de trabalha, deixei de fazer as coisas que eu gosto, nem pescar eu posso mais, quer dizer, perdeu tudo para mim, vou dizer um negócio a senhora, a pessoa sem saúde a pessoa não é nada, eu não esperava isso, ninguém pede para adoecer. (HAS 28)

Mudanças ocorridas no convívio social, familiar e profissional

É perceptível, nas narrativas, que as pessoas atingidas pela hanseníase passam a conviver com o medo no seu cotidiano, bem como com angústia, pesar, receio, ao ponto de fazê-las mudar sua rotina, com medo de sofrer discriminação por amigos e por familiares. Nas atividades laborais, o afastamento dos amigos torna o processo de adoecimento mais doloroso. Aliás, as narrativas expostas apresentam o mesmo problema em outras áreas da vida para a pessoa afetada.

[...] no começo, quando eu trabalhava, e descobri a doença em 2005, um amigo da sala ficava jogando, dizendo uma coisa comigo, e eu ia para o banheiro chorar, dizendo que ia pegar, por ser um ambiente fechado, na época eu era estagiária de recursos humanos. (HAS 1)

[...] os grupos de colegas do trabalho que ficaram preocupados comigo, se eu estava bem, que por exemplo quando eu sair do hospital, fui fazer perícia em Sergipe, ai meu amigo lembrou que tínhamos nos inscrito em um concurso do IFAL, ai viajei para Bahia, 10 dias após sair do hospital, meu amigo ficava preocupado comigo, porque meus pés inchavam, tinha dificuldade para andar, os amigos ajudaram no processo. (HAS 2)

[...] sim, alterou muito, perdi a força do braço esquerdo, a sensibilidade dos dedos, e como eu trabalhava como cozinheiro, agora trabalho como servente com o meu tio, tem que está olhando os dedos, porque machuca e a gente não sente e com esse negócio de pandemia, deu ruim para ganhar o sustento. (HAS 5)

A falta de informação impacta na vida social, pelo fato de precisar esconder a doença das pessoas com quem convive no dia a dia. O acolhimento dos familiares no serviço de saúde para conversas francas e

esclarecedoras sobre a doença, irá servir para mostrar que a hanseníase tem tratamento e cura e, em sendo assim, terá como propósito levar informações para que a pessoa afetada pela hanseníase vivencie esse processo de uma maneira mais leve junto a seus familiares e amigos

A hanseníase causa grande impacto em todas as áreas da vida do seu portador, seja no ambiente de trabalho, nas relações sociais e até mesmo no âmbito familiar. Problema ocasionado pelo impacto histórico da doença, que permanece na mentalidade da sociedade como doença mutilante e incurável, tendo como consequência rejeição, discriminação e exclusão social do doente. Além do sofrimento causado pelo estigma da doença, as deformidades e incapacidades físicas também trazem grande impacto psicossocial. Limitações que impactam na qualidade de vida das pessoas atingidas por essa doença (Santos & Ignotti, 2020).

[...] não, logo quando comecei o tratamento a pele da gente fica meio escura, aí eles perguntavam o que vc está fazendo que o seu rosto da escuro, os caras falavam você está igual ao Michel Jackson, os caras lá, mudando de cor, aí eu também não dizia que estava fazendo tratamento de Hanseníase. Porque se disser sempre tem a discriminação. (HAS 4)

[...] os amigos depois que sabe que você tem essa doença eles se afastam, se afasta muito, quem tem sabe que é complicada essa doença. (HAS 9)

As pessoas com hanseníase sofrem mais restrições profissionais, principalmente aquelas que possuem baixa qualificação, possuindo mais chances de ficarem sem emprego, o que as leva, portanto, a esconderem a existência da doença no intuito de evitarem problemas financeiros que podem inclusive dificultar a realização do tratamento da doença (Silva et al., 2020).

[...] na firma que eu trabalhei, quando soube que eu estava com essa doença me mandou ir embora, tive que ir no médico para conseguir voltar a trabalhar. (HAS 11)

Até hoje estou no trabalho e nunca falei para eles, para não ser rejeitado, né?! (HAS 14)

[...] fui demitida a patroa tinha medo de pegar nos filhos dela. (HAS 18)

Nas entrevistas, percebe-se que as pessoas atingidas pela hanseníase precisam mudar a forma de pensar e de agir, para que haja a possibilidade de aceitação no meio social. Por isso, torna-se imprescindível que sejam orientadas acerca da doença e de seu tratamento, a fim de ser possível as mudanças necessárias no dia a dia, pois esconder-se em nada vai propiciar o enfretamento da doença. Como de fato convivem com a tristeza pela falta de informação das pessoas que coabitam, o acolhimento por parte dos serviços de saúde se faz necessário como estratégia de promoção do autocuidado. Ações e atividades que o próprio paciente realize, entendendo os riscos e promovendo por meio de medidas a promoção, a prevenção e a recuperação da sua saúde, tornando possível o emponderamento pessoal, e sua inserção em grupos de apoio ao autocuidado (D'Azevedo et al, 2019).

Impacto das manifestações na região de cabeça e pescoço no cotidiano das pessoas atingidas pela hanseníase

O impacto causado pela hanseníase pode interferir negativamente no cotidiano das pessoas, devido às situações de preconceito, exclusão, discriminação e abandono, dessa forma, os problemas psicossociais são

potencializados. Os acometimentos dos nervos, as incapacidades físicas e deformidades são de grande impacto no cotidiano, sendo responsáveis pela exclusão dos trabalhadores do mercado de trabalho, do convívio social e da sua participação na comunidade (Leão e Silva et al, 2020; Brasil, 2017), como podemos ver abaixo:

[...] apareceu uma mancha no rosto, eu pensava que era um sinal vermelho, quando ia para o sol ficava aquele vermelhão, muita gente se afastava, e no trabalho muita gente teve medo, meu patrão não aceita que eu volte para o trabalho. (HAS 24)

[...] tive nódulos e manchas, no rosto, a visão também foi atingida, enxergava e não enxergo mais, atingiu meus osso, atingiu a minha força, não tenho mais força para nada, através disso, essa doença é maldita, acabou com tudo isso, não levanto um saco de cimento, não tenho força nas pernas também, não aguento subir uma escada, para andar também fico cansado, fraco, fico parando nos cantos, dói os meus ossos todos, não tenho força nem nas pernas, nem no braço, acabou mesmo, só quem sabe é quem passa. (HAS 28)

[...] tive manchas e caroços no rosto, alterou muito a minha vida, é um negócio que a pessoa não fica bom, está dentro dos ossos, nos nervos, sinto um monte de agulha furando, eu dou até tapa quando sinto furando. (HAS 36)

A avaliação das incapacidades é de extrema relevância para a educação e promoção do autocuidado. A prevenção é feita por meio de procedimentos e exercícios, que o próprio indivíduo, devidamente orientado, incentivado e capacitado, deverá realizar regularmente no próprio domicílio, durante o tratamento e após a alta. Para tanto, é preciso haver uma mudança de comportamentos, com uma relação de confiança entre o paciente e a equipe de saúde, além da incorporação do autocuidado na rotina dos indivíduos (D'Azevedo, Freitas & Nascimento, 2018).

Percebe-se que os entrevistados apresentam manifestações na região de cabeça e pescoço ou algum tipo de incapacidade física, o que reflete no diagnóstico tardio da doença, e impacta diretamente no cotidiano, trazendo revolta, vivenciando o estigma, tristeza, medo, angústia, vergonha, rejeição, exclusão e por vezes a depressão.

[...] tive manchas no rosto, não saio mais na rua, tenho vergonha de fazer até feira, porque estou toda manchada, as pernas tudo meu mudou, mudou minha rotina, eu fico com vergonha, porque as pessoas ficam perguntando, fica perguntando se essa mancha são queimaduras, e eu fico sem saber o que falar, ai prefiro não sair de casa, peço para alguém fazer a minha feira, minha rotina mudou totalmente, eu gostava de fazer as minhas coisas, minhas compras, cuidar dos meu filhos, da minha neta, e não faço mais nada hoje, e isso mudou demais a minha vida. (HAS 38)

[...] nódulos na orelha, mancha no pescoço, eu estou triste, devido as coisas que sinto, não poder exercer a minha profissão nas coisas que trabalho, quando a Dra falou que eu ria usar protetor solar, casaco, devido a pele, ai falei tudo bem, vou continuar trabalhando, só que devido as coisas que estou sentindo

já bateu angustia, tristeza, então para mim já não foi legal, tenho família, esposa, filha, vejo eles precisando e não posso ajudar. (HAS 27)

O estigma e o meio social

As metas da Estratégia Global para 2020 são alcançar: a redução da taxa de grau 2 de incapacidade física para menos de um caso por 1.000.000 de habitantes até 2020; o índice zero para crianças diagnosticadas com grau de incapacidade grau 2; zero países com leis discriminatórias contra pessoas acometidas pela doença (BRASIL, 2019).

A hanseníase mantém-se como importante endemia para a saúde pública do Brasil, sobretudo por sua magnitude e pelo poder incapacitante, fatores que contribuem para a ocorrência desse estigma e de atitudes discriminatórias e exclusão social associados à doença (Brasil, 2019), como podemos observar nas falas abaixo, onde são relatados tais fatos.

[...] o povo me chamava de jacaré, e ficavam mangando, mais depois se acostumaram, no meio do povo, é complicado, não é fácil não, quando chega perto de alguém um diz uma coisa, é muita coisa que você ouve no dia a dia. (HAS 9)

No começo fui discriminado 03 vezes, no INSS por duas mulheres, por minha prima e meu cunhado. (HAS 7)

[...] porque nem todo mundo quer ficar perto de você, então não é coisa boa não. (HAS 10)

Desse modo, considerando as peculiaridades clínicas, epidemiológicas e psicossociais da hanseníase, as ações para o controle da doença no país baseiam-se, por exemplo, na busca ativa para detecção precoce dos casos, tratamento oportuno, prevenção e tratamento das incapacidades; reabilitação; manejo das reações hansênicas e dos eventos pós-alta; investigação dos contatos de forma a interromper a cadeia de transmissão, além da formação de grupos de autocuidado e ações adicionais que promovam o enfrentamento do estigma e discriminação às pessoas acometidas pela doença (Brasil, 2019).

O conhecimento da condição de portador de hanseníase desencadeia nos indivíduos preocupações e mudanças significativas em sua vida pessoal, principalmente relacionadas à família. Quando não tratada, as sequelas podem ser desfigurantes, mutilantes e incapacitantes. Estas incapacidades constituem, na realidade, a grande causa do estigma e isolamento das pessoas atingidas pela hanseníase na sociedade, fazendo com que se instale o isolamento social e familiar (Oliveira et al, 2016).

[...] senti, quando peguei essa doença as pessoas se afastaram, até eu fiquei com medo, que a minha família se aproximasse de mim, não chegava mais perto dos meus netos. (HAS 39)

[...] na minha casa era tudo separado, copos, pratos, gafo e faca. (HAS 36)

O estigma é um atributo que desvaloriza a pessoa, gerando desigualdade social, reduzindo as oportunidades, impondo a perda da sua própria identidade, a pessoa passa a enxergar-se diferente do modelo que a sociedade impõe, com uma imagem deteriorada é preciso tratar a hanseníase e os doentes acometidos por essa patologia como qualquer outra doença. Acabando com o mito que o indivíduo doente recebeu castigo divino, visando reparar décadas de isolamento social (Dantas et al, 2020).

Podemos observar nas falas aqui reproduzidas que são expressas as sensações vivenciadas pelo estigma no cotidiano, insegurança em conviver no meio social, as pessoas afetadas pela hanseníase escolhem não falar para seus familiares, amigos e colegas de trabalho sobre sua doença, por medo de ser discriminado e passa a conviver com o peso do estigma mesmo sabendo que se trata de uma doença que tem cura.

Só tive manifestações no corpo, quando alguém perguntava eu dizia que era pano branco, não falava, porque para mim era constrangedor, feio, mas tranquilo. (HAS 17)

As pessoas quando sabem se afastam um pouco, achando que vão pegar, mas fazendo o tratamento certinho não passa para as outras pessoas. (HAS 22)

Teve muita gente que se afastou de mim, me chamaram de corpo de pereba, tem pouco tempo que estou começando a sair. (HAS 25)

[...] lesado, as pessoas têm nojo da pessoa, não querem nem chegar perto da pessoa, quando eu era bom as pessoas chegavam perto de mim, brincava, me abraçava, hoje as pessoas estão afastadas, principalmente onde eu trabalhava, que trabalha em condomínio, hoje quando eu passo as pessoas falam de longe, achando que vai pegar, não vai pegar mais, mas quem está com os sintomas sou eu, com manchas no rosto. (HAS 28)

O estigma traz consequências negativas ao tornar as interações sociais desconfortáveis, ao limitar redes sociais, comprometer a qualidade de vida e gerar desemprego, perpetuando o ciclo da exclusão social e econômica. Dessa forma, o estigma aumenta a vulnerabilidade de pessoas e grupos, gerando prejuízos diretos à saúde e à representação social daqueles que atinge (Levantezi, Shimizu & Garrafa, 2020).

Mesmo a hanseníase tendo tratamento e cura, a redução do aparecimento das incapacidades físicas, devido à inserção de tratamento precoce, ainda é uma doença que provoca estigmas e exclusão, pelo fato de ser constituir uma doença milenar, cercada de histórias e preconceitos na antiguidade.

Os profissionais, que atuam na atenção básica de saúde, têm a qualificação técnica para aplicar medidas socioeducativas em ambiente escolar e em comunidades, como também podem ministrar educação em saúde em sala de espera. Em razão disso, caso tais ações sejam colocadas em prática, o preconceito poderá ser minimizado. Facilmente, esses profissionais poderão promover concretamente esse trabalho de alcance pela inclusão social e transmitir o conhecimento sobre a doença para a comunidade. As ações referem-se às orientações acerca da transmissão e do tratamento da doença, e ressaltam a cura.

Em sendo assim, se forem postas à execução, poderá ser promovido melhor entendimento a respeito da doença e, dessa maneira, as estratégias aplicadas, em ambiente escolar, nas comunidades e em sala de

espera, vão minimizar a discriminação, a intolerância, o repúdio e a rejeição impostas pela doença e, assim, possibilitar a reintegração à sociedade das pessoas atingidas pela hanseníase.

Superação das dificuldades decorrentes das manifestações na região de cabeça e pescoço das pessoas atingidas pela hanseníase

A origem da palavra “superação” vem do latim *superatio.onis*. O significado de superação está voltado para a ação de superar, de ultrapassar uma situação desagradável, perigosa, ação de vencer, de conseguir a vitória; sobrepujamento (Ferreira, 2010).

A hanseníase tem um potencial incapacitante bastante significativo. Pode resultar em diversos transtornos para o desempenho das atividades de vida diária da pessoa acometida. Transtornos podem ser evitados por meio de diagnóstico e tratamento precoces. Nesse sentido, há uma estratégia em curso no Brasil, para a implantação de grupos de apoio ao autocuidado nos serviços de saúde, dando suporte a pessoas atingidas pela doença. A proposta central dos grupos de apoio ao autocuidado é reunir pessoas com os mesmos agravos e interesses, que desejam aprender a conviver com suas dificuldades, por meio da troca de experiências (D’Azevedo, Freitas & Nascimento, 2018).

Há, nas narrativas das pessoas acometidas pela hanseníase, a latente necessidade de colocar em prática um novo pensamento para conquistar comportamentos de vitória.

Vou levando como Deus quer, só não posso para de tomar o remédio que eu quero ficar boa, não vejo a hora de ter alta e parar de tomar o remédio. (HAS 6)

O preconceito eu tiro de letra, mas a sequela que é o problema eu quero dar um nó no cadarço e ele não vai, aí eu xingo eu mesmo, se pegar um copo com a direita eu sinto dificuldade aí já faço com a esquerda, essas coisas assim, o que me atrapalha mesmo é só o pé e a mão desse jeito. (HAS 13)

[...] foi difícil até no modo de vestir, eu só usava saia longa e calça comprida, porque apareceu mancha nas pernas, eu só usava essas roupas para não está explicando para ninguém o que era, eu achava horrível. (HAS 16)

[...] tipo força de vontade, porque eu tinha uma rotina e tive que me adaptar a outra totalmente diferente. (HAS 22)

[...] ainda não superei não, ainda não visto as roupas que gosto de vestir, não visto roupa sem manga, não visto short e essas roupas eu gostava de vestir, e quando eu chego em casa perto dos vizinhos que pergunta que manchas são essas, eu digo é coisa de pele, estou fazendo tratamento, mas quando saio de casa só saio de calça. (HAS 23)

Nos grupos de apoio de autocuidado, devem residir ações educativas voltadas para a melhora da qualidade de vida dos participantes, para transmitir informações de qualidade sobre a doença e ensinar uma nova maneira de entender e de pensar a doença em contextos diferentes.

Levadas a efeito, estarão as pessoas acometidas motivadas a ultrapassar as dificuldades impostas pela doença, aprendendo a lidar com os obstáculos com foco em resultados expressivos do que não imaginava ser capaz numa verdadeira troca de conhecimentos entre as pessoas acometidas e os profissionais mutuamente.

O desejo de cada uma delas é não se permitir permanecer abalada pelas dificuldades, mas vencer os limites que a doença impõe. A vontade de vencer medos e fraquezas com apoio de amigos e da família e, também, através da fé, são as expectativas de cada uma das pessoas entrevistadas. Confiança em Deus, torna-se impulso para acreditar na cura. Por isso tudo, o grupo de autocuidado serve como ferramenta de acolhimento, vínculo, interação e troca de experiências.

4. Considerações Finais

As manifestações clínicas da hanseníase causam impacto direto na sua qualidade de vida, convívio em sociedade e dificuldade na aceitação relacionada a autoimagem. As dificuldades encontradas pelos participantes iniciaram desde antes da descoberta do diagnóstico. O preconceito com relação as mudanças físicas foram descritas por estes entrevistados, com a mudança da sua rotina e atividades diárias em detrimento da patologia. Apesar da hanseníase ser uma doença endêmica no estado de Alagoas, a falta de capacitação e/ou educação permanente dos profissionais da atenção primária fragilizam o diagnóstico precoce, como também, a ausência de uma equipe multidisciplinar para suprir também as demandas voltadas a saúde mental dos pacientes acometidos.

Por fim, a hanseníase causa um impacto significativo na vida e cotidiano das pessoas atingidas, principalmente para aqueles que apresentam manifestações clínicas visíveis em regiões que não conseguem ficar cobertas, como a cabeça e o pescoço. O diagnóstico precoce, tratamento adequado e acompanhamento multidisciplinar contínuo e qualificado são de suma importância.

O estudo ainda indica ser necessário o aprofundamento da temática, com pesquisas que considerem a perspectiva de outros contextos que envolvem a doença, tais como os familiares, os serviços e os profissionais de saúde, buscando o conhecimento e possíveis contribuições direcionadas para o foco em busca ativa, tratamento precoce, incentivo a grupos de autocuidado, acolhimento e garantia de atendimento de qualidade.

Referências

- Argentino, S; Costa. N. L; Silva. W.C.S.S. (2019). Os Estigmas Sociais Vivenciados por Pacientes de Hanseníase em Marabá – Pará. *X Semana Acadêmica. Amazônia: desafios, avanços e contribuições na Educação, Saúde e Meio ambiente*. <https://paginas.uepa.br/campusmaraba/wp-content/uploads/2019/10/OS-ESTIGMAS-SOCIAIS-VIVENCIADOS-POR-PACIENTES-DE-HANSEN%C3%8DASE-EM-MARAB%C3%81-%E2%80%93PAR%C3%81.pdf>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. 4. ed. São Paulo: Edições.
- Brasil. Ministério da Saúde (2019). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022/Ministério da Saúde*, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. Ministério da Saúde (2017). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Guia prático sobre a hanseníase* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde. <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseníase-WEB.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. *Guia de Vigilância em Saúde: volume 2* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 1. ed. atual. – Brasília : Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_volume_2.pdf

- Brasil. Ministério da Saúde. (2020). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico Especial. Hanseníase*. <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/22/boletim-hansenia-se-2020-web.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde. <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hansenia-se-4fev16-web.pdf>
- Costa, V.D; Brandão, A. A. R (2016). Mulheres vivendo com hanseníase: as representações sociais da doença e o impacto na identidade. Simpósio Linguagens e Identidades da/na Amazônia Sul-Occidental. *Anais do Simpósio Linguagens e Identidades da/na Amazônia Sul-Occidental*, Rio Branco.1: 1-15.
- D’Azevedo S.S.P., Freitas, E. N., Nascimento, L.O., Santos, D. C. M. & Nascimento, R. D. (2018). Percepção de pacientes com hanseníase acerca dos grupos de autocuidado. *Rev enferm UFPE on line*. 12(6), 1633-1639. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a230855p1633-1639-2018>
- D’Azevedo, S. S. P., Santos, D. C. M., Alves, M. G. T., Souza, N. M. N., Arruda, G. A. & Lima, M. C. V. (2019). Qualidade de vida de pessoas afetadas pela hanseníase inseridas em grupos de apoio ao autocuidado. *Cogitare enferm*. 24: e64266. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.64266>
- Dantas, M. M., Reis, Y. da S., Portugal, J. K. A., Reis, M. H. da S., Dantas, J. de S., Junior, J. C. F. P., Souza, T. T. G., Germano, S. N. F., Cavalcante, A. P. A., & Silva, L. R. S. (2020). A trajetória de uma vida marcada pelo preconceito e exclusão social em decorrência do estigma da hanseníase: relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (43), e3208. <https://doi.org/10.25248/reas.e3208.2020>
- Dias, A. C.N. S., Almeida, R. A. A. S., Coutinho, N. P. S., Correa, R. G. C. F., Aquino, D. M. C. & Nascimento, M. D. S. B. (2017). Vivência e Sentimentos de Mulheres Portadoras de Hanseníase. *Rev Enferm UFPE on line*. Recife, 11(supl. 9):3551-7. DOI: 10.5205/reuol.10620-94529-1-SM.1109sup201707
- Ferreira, A.B.H. (2010). *Dicionário Aurélio*. 5, Curitiba: Melhoramentos.
- Leão e Silva, L. O., Rodrigues, S. M. B., Brandão, M. B. F., Dias, C. A. & Fernandes, E. T. P. (2020). Representações Sociais do Processo de Diagnóstico e Cura da Hanseníase. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(2), 73-87. DOI: <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.859>
- Levantezi, M., Shimizu, H. E. & Garrafa, V. (2020). Princípio da não discriminação e não estigmatização: reflexões sobre hanseníase. *Rev. Bioét.* 28(1). Doi: 10.1590/1983-80422020281362
- Marconi, M.; Lakatos, E. M. (2020). *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Minayo, M.C.S. (2013). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: HUCITEC, p. 406.
- Oliveira, S.V.S., Moura, A.D.A., Rodrigues, A. S., Rouberte, E.S.C., Lima, G.G. & Rodrigues, C.N.A. (2016). Estigma Social em indivíduos com sequelas da hanseníase. *Rev. Tendên. da Enferm. Profis.* ; 8(3): 1936-1942.
- OMS. Organização Mundial da Saúde (2016). *Enhanced global strategy for further reducing the disease burden due to leprosy* (2011-2015). Genebra. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205004/B4304.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Santos, A. R. & Ignotti, E. (2020). Prevenção de incapacidade física por hanseníase no Brasil: análise histórica. *Ciênc. saúde coletiva*. 25(10), 3731-3744. DOI: 10.1590/1413-812320202510.30262018
- Santos, A. L.S., Pereira, I.V., Ferreira, A.M.R. & Palmeira, I.P. (2018). Percepções de portadores de hanseníase sobre as reações hanseníase e o cuidado de si. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 9(4), 37-46. <https://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232018000400004>
- Silva, W.C.S., Argentino, N. L. C. S., Oliveira, N. P. & Rodrigues, D. S. (2020). A estigmatização da Hanseníase: Vivências dos pacientes tratados em uma unidade básica de saúde. *Braz. J. of Develop.* 6(3), 15824-15833. DOI:10.34117/bjdv6n3-453
- Souza, L.W.F. (2010). Reações hanseníase em pacientes em alta por cura pela poliquimioterapia. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 43(6):737-739.
- Tavares, C.M. (2014). *A saúde reprodutiva de mulheres portadoras e exportadoras de hanseníase em uma capital do Nordeste- Brasil*. (Tese de Doutorado) Universidade de São Paulo, São Paulo. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-22052014->