

Saúde bucal e percepção sobre o atendimento odontológico em pacientes com transtorno psíquico moradores de residências terapêuticas

Oral health and perceptions regarding dental care in patients with mental disorders living in therapeutic residences

Silvia Regina Jamelli¹
 Maria Cristina Mendonça²
 Maria das Graças Diniz²
 Felipe Bravo Machado de Andrade³
 Júlia Figueirêdo de Melo³
 Sergilene Rodrigues Ferreira³
 Polliana Vilaça Silva³

Abstract *Patients with mental disorders have considerable difficulty in access to dental care, including the refusal of oral health professionals to offer care to this clientele and the inadequate professional training of oral health professionals regarding this issue. The present study was carried out in therapeutic residences in order to assess the oral health conditions of the residents as well as their perceptions regarding the dental care they have received. Thirty-eight individuals participated in the study. Data were collected through clinical examinations and a semi-structured interview. Data analysis revealed a high number of caries and the need for dentures, with 42.5% of the individuals needing complete dentures and 30.3% needing partial dentures. Regarding periodontal conditions, 28.5% of the dental elements exhibited losses of over 4 mm of periodontal insertion. Data from the interviews were submitted to content analysis, which enabled the establishment of two categories: the association of pain with the presence of teeth and mutilating dental care. Oral health was associated to dental extraction, which was considered the only solution to oral health disturbances, indicating that, for this population, oral health signifies not having teeth.*

Key words *Oral health, Mental health, Dental caries, Psychiatric reform*

Resumo *Os pacientes portadores de transtornos psíquicos têm grande dificuldade de acesso ao tratamento dentário. Os problemas enfrentados vão desde a recusa dos profissionais em atender a essa clientela à inapropriada formação profissional dos mesmos. Este estudo, realizado em residências terapêuticas, objetivou avaliar as condições de saúde bucal dos moradores, assim como a percepção dos mesmos em relação ao atendimento odontológico recebido. Fizeram parte do estudo 38 indivíduos, sendo os dados coletados através de exame clínico e entrevista semiestruturada. A análise dos dados indicou elevado índice de cárie e de necessidade protética, com 42,5% dos indivíduos necessitando de prótese total e 30,3%, de próteses parciais. Com relação às condições periodontais, 28,5% dos elementos dentários apresentaram perda de inserção periodontal maior que 4 mm. Os dados da entrevistas foram averiguados pela análise de conteúdo temática, possibilitando a construção de duas categorias: associação de dor com a presença de dentes e o atendimento odontológico mutilador. A presença de saúde bucal foi associada à extração dentária, sendo esta a única solução para os incômodos na boca, indicando que, para esta população, ter saúde bucal é não ter dentes.*

Palavras-chave *Saúde bucal, Saúde mental, Cárie dentária, Reforma psiquiátrica*

¹ Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva, Universidade Federal de Pernambuco. Av. Prof. Artur de Sá s/n, Várzea. 50670-901 Recife PE.

silviajamelli@gmail.com

² Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal da Cidade do Recife.

³ Universidade Federal de Pernambuco.

Introdução

Desde a década de oitenta, vem sendo instituído no Brasil um conjunto de iniciativas políticas, científicas, sociais, administrativas e jurídicas com o intuito de transformar a compreensão cultural e a relação da sociedade com pessoas que apresentam transtornos psíquicos, prezando pela manutenção do portador em seu meio familiar e comunitário¹.

Um dos grandes desafios na implantação de uma reforma de assistência psiquiátrica está na capacidade de responder ao grave problema dos pacientes crônicos, internados em hospitais e sem vínculos sociais. A elaboração de um projeto de reformulação do atual perfil assistencial passa, necessariamente, pela construção de um conjunto de ações terapêuticas que possibilite a reintegração desses indivíduos na sociedade.

A desinstitucionalização e efetiva reintegração de portadores de distúrbios psíquicos graves na comunidade são tarefas a que o Sistema Único de Saúde (SUS) vem se dedicando com especial empenho nos últimos anos. Juntamente com os programas De Volta Para Casa e Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos, o Serviço Residencial Terapêutico vem concretizando as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico.

Baseado nas diretrizes propostas pelo SUS, nasceu o Projeto Rehabitar, proposto pela política de saúde mental da Secretaria de Saúde do Recife, elaborado para fazer frente à grave problemática da clientela de longa permanência nos hospitais psiquiátricos. O Rehabitar tem duas grandes linhas de ações: (1) residências terapêuticas destinadas aos pacientes que não possuem vínculos familiares e/ou cujos vínculos apresentam um grau de fragilidade tal que impede o seu retorno ao convívio familiar e (2) de volta à família de origem, destinado aos pacientes que possuem vínculos familiares com possibilidades de voltar ao convívio familiar. Nesse sentido, é um projeto de resgate da cidadania, baseado na reabilitação psicossocial e sintonizado com as atuais diretrizes da Organização Mundial da Saúde².

Como forma de manutenção do doente em seu meio social, a Declaração de Caracas, redigida em 1990, recomenda a reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à atenção primária de saúde².

Dentro dessa nova perspectiva, estariam as equipes de saúde preparadas para essa nova realidade? Segundo Pinto³, os profissionais do programa Saúde da Família se relacionam com os

pacientes portadores de transtorno psíquico com a lógica da exclusão, sendo necessária a mudança de conceitos e de práticas. Em parte, esse comportamento é fruto da formação universitária, a qual parece ter produzido profissionais de saúde que, independentemente da área, são direcionados para uma prática que privilegia a competência técnica em detrimento da sensibilidade social⁴.

Em relação à odontologia, também há uma inapropriada formação dos profissionais, dificultando o acesso dessa população ao tratamento dentário. Os problemas enfrentados vão desde a recusa dos profissionais em atender a esta clientela, ao medo e ansiedade, identificados por Gordon⁵ como barreiras ao acesso a tratamento dental em pacientes com necessidades especiais.

Os portadores de transtornos psíquicos, em geral, são acometidos por várias alterações bucais, sendo que a gravidade com que tais alterações estão presentes, neste grupo de pacientes, deve-se a uma associação de fatores. Entre esses fatores, destaca-se a falta de hábitos de higiene, danos psicomotores, ocasionando dificuldades na coordenação motora para a realização da higiene, diminuição do fluxo salivar devido ao uso de medicamentos e dificuldade de acesso a serviços odontológicos⁶.

Frente a este contexto de abandono e dificuldades, acreditamos que uma das áreas que poderiam ser exploradas é a das ações de educação em saúde, sendo focalizada a autoproteção e a autopercepção, conscientizando-os da necessidade de cuidado com sua saúde. Entretanto, as necessidades acumuladas nesses indivíduos são muito grandes, necessitando também de atividades curadoras e de reabilitação oral.

Objetivando uma adequada atenção odontológica a esse grupo de pacientes, a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco, integrada à Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Recife, se propôs a elaborar e executar uma proposta de intervenção odontológica, sendo o primeiro passo a identificação da condição de saúde bucal e a percepção do atendimento odontológico pelos moradores das residências terapêuticas, sendo apresentado, no presente estudo, os seus resultados.

Método

O estudo foi realizado na cidade do Recife (PE) e teve seu início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco.

Empregou-se metodologia quantitativa e qualitativa, tendo o estudo quantitativo avaliado a condição de saúde bucal e o estudo qualitativo, a percepção dos participantes em relação a sua experiência em consultórios odontológicos. A população foi constituída pelos moradores de sete residências terapêuticas da Secretaria Municipal de Saúde, totalizando 38 indivíduos.

Para que fosse alcançado um adequado preparo dos profissionais da equipe para o trabalho, foram realizadas reuniões com a equipe de saúde mental, as quais tinham como foco de discussão a reforma psiquiátrica e o acolhimento dessa clientela. Em seguida, realizou-se um trabalho de sensibilização nos moradores, para uma melhor aceitação das atividades.

Durante a primeira visita, a equipe foi apresentada e solicitado o pedido de autorização de cada morador para a participação da pesquisa. Somente a partir da segunda visita iniciou-se a coleta de dados, sendo realizada por meio de um exame clínico e de uma entrevista semiestruturada.

O exame clínico foi realizado por um examinador e um anotador, previamente calibrados, sob iluminação natural, com o uso de espelho bucal plano, sonda exploradora de ponta romba e sonda periodontal sonda milimetrada do tipo Williams.

Para avaliar a prevalência e severidade da cárie dental, foi utilizado o índice CPO-D, cujo valor expressa a média do número de dentes cariados, perdidos e obturados⁷. Para a avaliação periodontal, foi realizada a medida de profundidade de sondagem, recessão gengival e obtidos os valores de perda de inserção clínica. Tais observações foram procedidas e registradas em seis diferentes locais (disto-vestibular, médio-vestibular, mesio-vestibular, disto-lingual, médio-lingual, mesio-lingual) em todos os elementos dentários⁸.

Com relação ao uso e necessidade protética, foram utilizados dados da maxila e mandíbula, tendo como base a presença de espaços protéticos. Um mesmo indivíduo pode estar usando e, ao mesmo tempo, necessitar de prótese(s).

A coleta de dados para a análise qualitativa se fez por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada, objetivando informações sobre a experiência dos indivíduos em relação ao tratamento odontológico recebido.

O tratamento qualitativo dado ao material da pesquisa deu-se através de análise de conteúdo temático, sendo o tema “a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado seguindo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”⁹. As entrevistas foram

áudio-gravadas e, em seguida, transcritas na íntegra e de forma literal.

Após transcrição completa das entrevistas previamente gravadas, seguiu-se a análise destas por meio dos seguintes passos: leituras das entrevistas, de modo a entrar em contato com o material; procedimentos exploratórios, que foram empregados de forma a permitir que hipóteses pudessem surgir; preparação do material, desmembrando e agrupando as entrevistas de acordo com os tópicos e questões. A partir da análise desse material, procedeu-se à categorização dessa informação, identificando-se tipos de comportamento diferentes entre os entrevistados, e ao tratamento dos resultados, que permitiu colocar em destaque as informações obtidas.

Resultados e discussão

No estudo, foram examinados e entrevistados 38 moradores, sendo dezesseis homens e 22 mulheres com uma média de idade de 53,6 anos. Apenas dois indivíduos não quiseram participar da pesquisa, sendo demonstrado, pelos participantes, um grande interesse, tanto na fase de exame clínico como diante da possibilidade de ser realizado o tratamento curativo e reabilitador.

Os resultados obtidos evidenciaram um índice CPO-D médio de 27,8 para os homens e 26,6 para as mulheres, sendo considerado um índice elevado, especialmente em decorrência do grande número de dentes extraídos. O número de dentes cariados (componente ‘C’ do índice) e obturados (componente ‘O’ do índice), quando comparados ao número de dentes perdidos (componente ‘P’ do CPO-D), revelou-se mínimo (Tabela 1).

Existem pesquisas que indicam uma experiência média de cárie semelhante nos portadores de transtornos psíquicos e na população em geral¹⁰; contudo, a proporção maior de dentes não tratados e perdidos sugere que a exodontia é o tratamento adotado com mais frequência^{11,12}. O descaso histórico com essa parte da população e com sua saúde bucal, aliado a uma má formação de profissionais da área de saúde para atender a tal demanda, evidenciou-se, neste estudo, sendo identificado 42,5% indivíduos desdentados totais necessitando de prótese total e 30,3% necessitando de próteses parciais.

Dados epidemiológicos sobre o edentulismo no Brasil, advindos do último inquérito nacional, revelaram que, para as idades de 65 a 74 anos, a média de dentes extraídos foi de 25,8 dentes por indivíduo, estimando-se em 75% o total de

Tabela 1. Média do índice CPO-D e dos seus componentes, segundo o sexo, dos moradores das residências terapêuticas da cidade do Recife (PE), 2006.

Sexo	Cariados		Perdidos		Obturados		CPO-D	
	n	Média	n	Média	n	Média		
Masculino	16	38	2,4	401	25	6	0,4	27,8
Feminino	22	39	1,8	507	23	41	1,8	26,6

idosos desdentados no país. Na faixa etária de trinta a 44 anos, as estimativas indicam 30% de indivíduos sem nenhum dente sequer¹³. O impacto do edentulismo na qualidade de vida dos grupos afetados é verificado por alterações na capacidade mastigatória, restrições alimentares, além dos aspectos sociais e psicológico¹⁴.

Segundo Carvalho *et al.*¹⁵, a cárie e a doença periodontal foram as causas mais importantes da perda dentária, provocando impacto na autoestima desses indivíduos e prejudicando o prognóstico do tratamento da doença mental. Neste estudo, verificou-se que 28,5% dos elementos dentários presentes apresentaram perda de inserção periodontal maior que 4 mm.

A doença periodontal parece ser a patologia bucal mais prevalente em portadores de distúrbios psíquicos internados¹⁶⁻¹⁸, podendo este grupo ser considerado como de alto risco para a doença periodontal. Segundo Whyman *et al.*¹⁹, a alta prevalência da doença periodontal ocorre principalmente em decorrência da precariedade da higiene bucal, justificada pelo déficit intelectual e motor e pela incapacidade desses pacientes para o desempenho correto dos procedimentos necessários à remoção mecânica da placa bacteriana. Entretanto, não deve ser esquecida a negligência a que esses indivíduos foram submetidos quando da permanência em hospitais psiquiátricos. Há relatos, de moradores e profissionais, até mesmo da inexistência de escova dental durante anos de internamento hospitalar.

Em relação às entrevistas, foi observada certa dificuldade ao falar sobre saúde bucal. No entanto, após um maior contato, o conteúdo discorreu mais facilmente. Entretanto, dos 38 participantes que se dispuseram a participar do estudo, somente com 27 a entrevista teve um andamento adequado. Nos demais, as respostas eram monossilábicas ou muito confusas. É importante lembrar que nas residências terapêuticas há

uma heterogeneidade no que tange aos quadros de saúde mental. Existem transtornos graves e que comprometem a área intelectual e afetivo-emocional, limitando assim o entendimento da nossa proposta.

Na avaliação qualitativa, identificamos, pela análise de conteúdo, duas categorias, a associação de dor com a presença de dentes e o atendimento odontológico mutilador. A grande maioria enfatizou a extração dentária como a única experiência vivenciada em um consultório dentário. Apenas dois entrevistados mencionaram o tratamento restaurador e nenhum citou atividades preventivas. Este achado é semelhante ao encontrado por Ferreira *et al.*²⁰ que, ao avaliar as representações sociais do cuidado à saúde bucal, também identificaram, pela análise de conteúdo temático, apenas duas categorias, perda dentária e experiência de dor.

Relato do atendimento odontológico mutilador

Foi assim: eu estava com um dente estragado. Eu ainda morava no hospital. Eu disse pra arrancar tudinho para eu poder colocar uma chapa. Ai ela deu aquela injeção e foi tirando meus dentes. Estava tudo estragado. Não doeu nadinha.

Foi bom. Eu arranquei todos. Eles colocaram uma injeção, colocavam o ferro e puxavam. Quando tirou os dentes, eu não queria mas o pessoal queria. Eu disse “deixe eu com meus dentes”.

Faz muito tempo que fui ao dentista. Eu comecei a ir, achava ruim e depois me acostumei. Pra arrancar, eu achei muito ruim. Porque eu tinha um dente grande e sangrava muito.

A odontologia parece trazer enraizada a concepção de tratar as doenças bucais e o estigma do cirurgião-dentista como aquele que providencia saúde através do tratamento das consequências das doenças. Há, no entanto, uma diferença en-

tre essa visão e a de uma odontologia que promove saúde e movimenta-se nesta direção. Para esta população especificamente, a falta de cuidados odontológicos ocorrem de maneira ainda mais grave, sendo a extração dentária praticamente o único tratamento odontológico empregado para o controle da doença e a recusa dos cirurgiões-dentistas em atendê-los.

Associação de dor com a presença de dentes

Para uma moradora que associa a dor com a presença de dentes, o depoimento foi o seguinte:

A boca incomodava quando tinha dente. As dores perturbavam muito.

Esta moradora, desdentada total, em várias partes de seu depoimento associa dor à presença de dentes. Parece que a única solução para os incômodos na boca era a extração: ***Os dentes que eu arranquei eram doentes, deixe eu dizer. Quando eu arranquei os dentes, senti um alívio.***

Tinha noites que eu não dormia. Depois que arranquei, durmo a noite todinha sem dor.

Ter saúde bucal é não ter dentes. A presença de saúde bucal está associada por alguns moradores à retirada do dente doente.

Apenas um indivíduo manifestou a necessidade de medidas preventivas de higienização, colocando de maneira muito clara sua vivência durante anos de hospitalização. O quadro descrito a seguir é a realidade da maioria das pessoas que vivem em hospitais psiquiátricos:

O problema meu dos dentes é que meus dentes são assim meio enferrujados por causa do hospital. Eles não me davam pasta, não me davam escova, não me davam nada. Ai eu ficava com a boca suja, por isso que meus dentes tão assim preto, mas meu dente era branco, mas aqui eu escovo.

As ações preventivas em pacientes com transtorno psíquico são essenciais pelo fato de estarem expostos a fatores que podem gerar lesões tanto em tecidos duros como em tecidos moles na cavidade bucal. Um dado preocupante no planejamento das ações educacionais direcionadas a essa população é que, devido ao baixo nível de compreensão de alguns deles, não há participação efetiva nos procedimentos de educação em saúde bucal coletiva e individual²¹. Entretanto, ao serem restabelecidas melhores condições de vida, os hábitos de higiene bucal, praticamente suprimidos nos pacientes com transtorno mental, tendem a ser incorporados no cotidiano²².

O preconceito existente na sociedade em relação a esses pacientes, o medo da agressividade e o mito de que não colaboram para a execução dos procedimentos odontológicos, associados à falta de formação universitária adequada dos profissionais da área da saúde, são fatores que contribuem negativamente no planejamento de ações curativas e preventivas para essa clientela.

Nos depoimentos, observa-se que o medo ao tratamento dentário não foi enfocado. Observamos um alto grau de cooperação dos indivíduos, não só para a realização do exame bucal como também para a execução dos procedimentos odontológicos e atividades preventivas, o mesmo sendo observado por Carvalho¹⁵.

Os moradores das residências terapêuticas da cidade do Recife têm acesso a escovas e cremes dentais e, em alguns casos, são assistidos pelo programa Saúde da Família. Em relação à dieta, existe uma preocupação da equipe envolvida, na orientação de uma alimentação sadia, com pouco uso de açúcar e gorduras. Tais melhorias levam a crer que, em um futuro não muito distante, as condições de saúde bucal dos moradores estejam em níveis mais aceitáveis.

Considerações finais

A nossa experiência vem comprovar o grande comprometimento, no tange à saúde bucal, desta população. O índice de cárie é alto, especialmente devido ao número de dentes perdidos e em relação à necessidade de uso de prótese; apenas 27% não necessitavam de prótese, sendo que a maior necessidade estava relacionada à prótese total, evidenciando o alto índice de desdentados totais.

Os achados desta pesquisa oferecem indicações que podem contribuir na elaboração de futuras propostas de intervenção, objetivando mudar a realidade desse grupo social, para o qual o alívio é a perda dos dentes. Não há programas de saúde bucal dirigidos a estas pessoas, elas nunca foram prioridades nos serviços públicos, especialmente àquelas que viveram em hospitais por longas datas.

Se reconhecer que a privação dos direitos humanos produz doença e que, inversamente, a promoção desses direitos produz saúde, mesmo que os tempos sejam difíceis para os sonhadores da paz, me parece que a sociedade estará bem próxima de um belo recomeço²³[...].

Colaboradores

SR Jamelli, MC Mendonça e MG Diniz trabalharam na concepção do projeto do estudo, análise, interpretação dos resultados e redação do artigo. FBM Andrade e JF Melo participaram da coleta de dados clínicos e discussão dos resultados. SR Ferreira e PV Silva participaram da realização das entrevistas e discussão dos resultados.

Agradecimentos

Agradecemos o apoio da PROACAD e do PRO-EXT da UFPE.

Referências

- Melman J. *Família e doença mental. Repensando a relação entre profissionais e saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5ª ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Pinto JCSG. A abordagem aos transtornos mentais graves na atenção básica. Pólo de Capacitação em Saúde da Família do Estado do Rio de Janeiro. [acessado 2005 set 30]. Disponível em: <http://www.E:\saúde mentalat.básica.htm>
- Rodrigues CR, Figueiredo MAC. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. *Estudos de Psicologia* 2003; 8(1):189-197.
- Gordon SM, Dionea RA, Zinder J. Dental fear and anxiety as a barrier to accessing oral health care among patients with special health care needs. *Special Care Dentist* 1998; 8(3):151-162.
- Suastegui FH, Cedeño BV. Afecciones bucodentales en pacientes psiquiátricos. *Rev ADM* 2002; 61(6):255-259.
- Organização Mundial da Saúde. *Levantamentos epidemiológicos básicos em saúde bucal*. São Paulo: Santos; 1999.
- Lindhe J. *Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral*. São Paulo: Guanabara Koogan; 2005.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
- Nowak AJ. Dental disease in handicapped persons. *Spec Care Dent* 1984; 4(1):66-69.
- Costello PJ. The dental health status of mentally and physically handicapped children and adults in the community care area of the western health board. *J Irish Dent Assoc* 1990; 36(1):99-101.
- Cumella S, Ransford N, Lyons J, Burnham M. Needs for oral care among people with intellectual disability not in contact with community dental services. *J Intellect Disabil Res* 2000; 44(1):45-52.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Eustupinam-Day S, Charlotte N. The global burden of diseases and risks to oral health. *Bulletin of World Health Organization* 2005; 83:661-669.
- Carvalho EMC, Araujo RPC, Correa AP. Perfil Periorodontoal de portadores de transtornos mental e comportamental no hospital Juliano Moreira - Bahia. *Rev Fac Odontol Univ Fed Bahia* 2001; 22(1):26-44.
- Klinge V. Facilitating oral hygiene in patients with chronic schizophrenia. *J Am Dent Assoc* 1979; 99(4):675-680.
- O'Donnell JP, Cohen MM. Dental care for institutionalized retarded individual. *J Pedod*. 1984; 9(1):3-38.
- Tesini DA, Fenton SJ. Oral health needs of persons with physical or mental disabilities. *Dent Clin North Am* 1994; 38(3):483-498.
- Whyman RA, Treasure ET, Brown RH, MacFadyen EE. The oral health of long-term residents of a hospital for the intellectually handicapped and psychiatrically ill. *New Z Dent J* 1995; 91(6):49-56.
- Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):211-218.
- Swaw MJ, Swaw L. The effectiveness of differing dental health education programmes in proving the oral health of adults with mental handicaps attending Birmingham adult training centers. *Community Dental Health* 1991; 8(2):139-145.
- Kubota A, Miyazawa C, Sugano K, Shimizu T. Dental health measures to psychopathic patients. The improvement of tooth brushing habit and its relates factors. *Ou Daigaku Shigakushu* 1989; 16(2):91-101.
- Lescher AD. Saúde mental e direitos humanos. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2002; 24(1):46.

Artigo apresentado em 23/11/2007
Aprovado em 14/04/2008