

## Significados produzidos pelo cirurgião-dentista no cuidado ao paciente com transtorno mental: um estudo qualitativo

Meanings produced by dentists in caring for patients with mental disorders: a qualitative study

Significados producidos por el odontólogo en la atención a pacientes con trastornos mentales: un estudio cualitativo

Lucas Gonçalves de Sousa <https://orcid.org/0009-0007-1288-4383><sup>1</sup>; Marconi Vitor Santos Xavier <https://orcid.org/0009-0008-3632-0950><sup>1</sup>; Álex Moreira Herval <https://orcid.org/0000-0001-6649-2616><sup>2</sup>

**Resumo** A atenção em saúde mental no Brasil avançou notavelmente nas últimas décadas, migrando do modelo manicomial para o cuidado comunitário. Contudo, o avanço no cuidado em saúde bucal é incipiente e soma-se à falta de estratégias que incluam prevenção e promoção de saúde, mantendo esse grupo vulnerável às doenças bucais. O objetivo é compreender significados produzidos por Cirurgiões-Dentistas da Atenção Primária à Saúde sobre o cuidado odontológico ofertado a pacientes com transtorno mental. Foi realizada uma pesquisa qualitativa com Cirurgiões-Dentistas da Atenção Primária em Saúde. Os dados foram produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas, analisados pela Teoria Fundamentada de Dados e interpretados com base em ideias expostas por Canguilhem em “O normal e o patológico”. A partir da análise pela codificação aberta e axial foram elaboradas seis categorias: 1) atendimento focado na demanda espontânea; 2) “a gente não tem esse treinamento”; 3) complexidade do atendimento; 4) um paciente “normal”; 5) Um paciente especial; 6) necessidade de suporte da família. Cirurgiões-Dentistas compreendem que o cuidado às pessoas com transtorno mental é deficiente, para eles decorrente da falta de treinamento e desconhecimento sobre a pessoa com transtorno mental.

**Palavras-chave** Transtornos mentais, Odontólogos, Pesquisa Qualitativa

**Abstract** Mental health care in Brazil has advanced considerably over the last few decades, moving away from a mental institution model towards a community care model. However, advances in oral health care for these patients are still incipient, with a lack of promotion strategies, which leaves these patients with high level of vulnerability to developing oral diseases. The aim is to understand the meanings produced by Primary Health Care Dental Surgeons about the dental care offered to patients with mental disorders. A qualitative study was carried out with Primary Health Care Dentists. Data was produced through semi-structured interviews and analyzed using the Grounded Theory of Data and interpreted based on ideas presented by Canguilhem in his work “The normal and the pathological”. From the analysis using open and axial coding, six categories were drawn up: 1) care focused on spontaneous demand; 2) “we don’t have this training”; 3) complexity of care; 4) a “normal” patient; 5) A special patient; 6) need for family support. Dental Surgeons understand that care for people with mental disorders is poor, which for them stems from a lack of training and knowledge about people with mental disorders.

**Key words** Mental Disorders, Dentists, Qualitative Research

**Resumen** La atención a la salud mental en Brasil ha avanzado notablemente en las últimas décadas, pasando del modelo de asilo a la atención comunitaria. Sin embargo, el progreso en la atención a la salud bucodental es incipiente y, sumado a la falta de estrategias que incluyan la prevención y la promoción de la salud, mantiene a este grupo vulnerable a las enfermedades bucodentales. El objetivo es comprender los significados que los odontólogos de atención primaria producen en relación con la atención odontológica ofrecida a pacientes con trastornos mentales. Se realizó un estudio cualitativo con odontólogos de atención primaria. Los datos se recopilaron mediante entrevistas semiestructuradas, se analizaron mediante la Teoría Fundamentada y se interpretaron con base en las ideas presentadas por Canguilhem en “Lo Normal y lo Patológico”. A partir del análisis mediante codificación abierta y axial, se desarrollaron seis categorías: 1) atención centrada en la demanda espontánea; 2) “No contamos con esta formación”; 3) complejidad de la atención; 4) un paciente “normal”; 5) un paciente con necesidades especiales; 6) necesidad de apoyo familiar. Los odontólogos comprenden que la atención a las personas con trastornos mentales es deficiente, lo que, según ellos, se debe a la falta de formación y conocimiento sobre estas personas.

**Palabras clave** Trastornos mentales, Odontólogos, Investigación cualitativa

<sup>1</sup> Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia. Av. Pará 1720, Anexo B, Bairro Umuarama. 38405-320 Uberlândia MG Brasil. gdesousalucas@gmail.com

<sup>2</sup> Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia MG Brasil.

## Introdução

O modelo tradicional de atenção em saúde mental, vigente desde os anos de 1880, promoveu o surgimento dos asilos psiquiátricos<sup>1,2</sup>. Esses locais habitualmente se situavam mais afastados dos centros urbanos e o cuidado focava-se no suprimento das necessidades básicas para sobrevivência e contenção de tutela, reforçando padrões segregatórios de atenção e tratamento<sup>1-3</sup>. Com o fim da Segunda Guerra Mundial e a ascensão de movimentos progressistas, há a busca por práticas mais humanistas de cuidado, com a proposição de novos modelos de atenção em saúde mental, pautados em uma maior integração entre hospitais, serviços de saúde e a comunidade, desvincilhando-se da internação compulsória<sup>4</sup>.

No Brasil, a transformação do modelo de atenção em saúde mental iniciou-se por volta dos anos de 1970, quando denúncias de maus-tratos para com os pacientes de hospitais psiquiátricos promoveram discussões sobre as práticas de cuidado em saúde mental da época, além da criação de projetos e alternativas locais ao hospital psiquiátrico convencional<sup>1,4,5</sup>. Esse processo, chamado de Reforma Psiquiátrica, alinhou-se à construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e, influenciados pela Declaração de Caracas e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)<sup>1</sup>, adotaram-se estratégias específicas para a desinstitucionalização no Brasil, ocorrendo a expansão da rede ambulatorial de saúde mental<sup>5</sup>. Como resultado desse processo foram instituídos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), substituindo os hospitais psiquiátricos por uma assistência multiprofissional, em busca da autonomia e reinserção social dos usuários, diminuindo o número de internações e leitos psiquiátricos<sup>1,5</sup>.

Dentre os principais transtornos mentais enfrentados pelos usuários do CAPS estão a esquizofrenia, os transtornos de humor e personalidade, os transtornos relacionados ao estresse, a ansiedade e a depressão<sup>6,7</sup>. São considerados, também, nesse escopo de transtornos, o uso abusivo de álcool e outras drogas, com a presença de profissionais especializados também no tratamento de dependências<sup>5,8</sup>. É importante diferenciar transtornos mentais e deficiências intelectuais. A *American Psychiatric Association* caracteriza o transtorno mental como uma perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção psicobiológica ou de desenvolvimento subjacentes

ao funcionamento mental<sup>9</sup>. Essa condição resulta em sofrimento, dano social ou individual<sup>10</sup>. Já a deficiência intelectual é definida como a presença de limitações nas capacidades necessárias para participação na vida cotidiana<sup>11</sup>. As deficiências intelectuais estão relacionadas ao funcionamento do intelecto propriamente dito e não ao funcionamento da mente<sup>12</sup>, trazendo limitações significativas tanto no funcionamento intelectual como no comportamento adaptativo, expressas em competências conceituais, sociais e práticas<sup>13</sup>. Apesar de transtornos mentais e deficiências intelectuais comporem conceitos distintos, eles podem coexistir em algumas situações.

Do ponto de vista da saúde bucal, observa-se que indivíduos com transtorno mental possuem maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de patologias bucais e, apesar da cárie e das doenças periodontais serem muito frequentes na população em geral, elas possuem uma prevalência mais elevada nos pacientes com transtorno mental<sup>14-18</sup>. Diferentes fatores podem estar relacionados à maior vulnerabilidade às doenças bucais dessa população: efeitos colaterais dos medicamentos e drogas que podem causar xerostomia e bruxismo<sup>14,19-22</sup>; baixa percepção sobre a importância de cuidados em saúde bucal, medo de ir ao Cirurgião-Dentista, dieta cariogênica, práticas de autocuidado reduzidas e impacto das mídias sociais<sup>14,17,23-26</sup>.

Outro fator que coloca essa população em situação de vulnerabilidade é o baixo acesso ao cuidado em saúde bucal<sup>24,27,28</sup>, condição que poderia ser melhorada pela atuação estratégica entre Cirurgiões-Dentistas e profissionais da rede de saúde mental<sup>29</sup>. Ações de educação em saúde bucal, além de apresentarem potencial de melhorar as condições bucais, também podem favorecer a adesão ao tratamento<sup>30</sup>. Contudo, não há na literatura científica evidência de estratégias de educação em saúde bucal específicas para pessoas com transtorno mental<sup>31</sup>. Assim, aposta-se em estratégias que favoreçam o empoderamento, como a realização de pequenos grupos abertos<sup>32</sup>, assim como atividades dialógicas para estimular a troca de conhecimento, possibilitando o adequado acesso à informação e a reconquista da cidadania do paciente com transtorno mental<sup>33</sup>. O acolhimento e a criação de vínculos com o paciente, além de estabelecer laços afetivos e de confiança, valorizam os saberes dos usuários e, conseqüentemente, a responsabilização na produção do cuidado<sup>34</sup>.

Para o cuidado à pessoa com transtorno mental é exigida uma abordagem individuali-

zada e adequada às suas particularidades<sup>35</sup>. Essa abordagem deve, então, ser pluridimensional, não se restringindo às dimensões biológicas e incorporando a compreensão da existência de condições culturalmente distintas<sup>36</sup>. É esperado que o cuidado em saúde com competência cultural resulte em maior adesão ao tratamento, menos barreiras de comunicação, maior valorização do paciente<sup>35,37</sup>, além de tratamentos mais respeitosos e menos estigmatizadores<sup>14</sup>.

Portanto, considerando o modelo de cuidado em saúde mental proposto no âmbito do SUS e a necessidade de uma abordagem integral e culturalmente competente, este estudo teve como objetivo compreender os significados produzidos pelos Cirurgiões-Dentistas da Atenção Primária à Saúde em relação ao cuidado odontológico de pessoas com transtorno mental.

## Metodologia

### Desenho de Estudo e Aspectos Éticos

Foi realizado um estudo qualitativo conduzido segundo o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados pela vertente straussiana<sup>38</sup>. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU) (CAAE: 23356619.3.0000.5152).

### Participantes do Estudo e Amostragem

O estudo foi realizado com Cirurgiões-Dentistas atuantes na Atenção Primária à Saúde da Rede Municipal de Saúde de Uberlândia (Minas Gerais). A amostragem foi intencional, considerando profissionais que reconheciam ter realizado ações com pessoas com transtorno mental. A inclusão se deu pela técnica da “bola de neve”. A primeira profissional incluída na pesquisa foi indicada pela referência técnica em saúde bucal, que reconhecia que a profissional tinha habilidade com pacientes com transtorno mental. Após a entrevista com a primeira profissional foi solicitado que fossem indicadas outras pessoas que já haviam relatado atendimentos às pessoas com transtorno mental e assim sucessivamente.

O volume amostral foi determinado por saturação teórica, proposto por Fontanella *et al.*<sup>39</sup>, quando novos significados sobre o cuidado ao paciente com transtorno mental não emergiram e foi possível elaborar uma teoria sem lacunas explicativas.

## Produção dos Dados

A produção dos dados havia sido planejada para ocorrer no ano de 2020 e de forma presencial. Contudo, em função da Pandemia de COVID-19, a produção dos dados qualitativos precisou de adiada e ocorreu no período de janeiro a março de 2021. O cenário de restrição impostas pela pandemia também exigiu que as entrevistas ocorressem por meio de chamadas de vídeo. As chamadas de vídeo ocorreram quando os cirurgiões-dentistas estavam fora da Unidade Básica de Saúde, conforme pactuado inicialmente com cada profissional.

Os dados foram produzidos a partir do contato com os cirurgiões-dentistas, considerando duas etapas. Na primeira etapa, obtivemos informações de caracterização dos profissionais participantes do estudo, incluindo um conjunto de questões sociodemográficas do profissional e a sua atuação na Atenção Primária à Saúde. A segunda etapa foi a produção dos dados qualitativos, que ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas e foi apoiado por um roteiro composto por 8 temas referentes à organização do cuidado realizados pelos Cirurgiões-Dentistas, ao funcionamento da rede de cuidados de saúde mental, à responsabilidade do Cirurgião-Dentista dentro da rede de cuidados à pessoa com transtorno mental. As entrevistas foram audiogravadas e posteriormente transcritas, com a remoção de nomes e qualquer informação que pudesse possibilitar a identificação dos participantes.

## Análise de Dados

A análise do material qualitativo foi realizada em três níveis de codificação subsequentes, de acordo com a Teoria Fundamentada nos Dados pela vertente straussiana. Na primeira codificação, Codificação Aberta, ocorreu a exploração dos dados qualitativos por meio de sucessivas leituras do material qualitativo, identificação dos trechos com significado para o estudo e etiquetagem desses fenômenos (descrição curta). Na segunda codificação, Codificação Axial, as etiquetas dadas aos fenômenos na etapa anterior foram organizadas para formar categorias explicativas dos significados atribuídos pelo Cirurgião-Dentista ao objeto de estudo. No último nível de codificação, a Codificação Seletiva, as categorias formadas foram interligadas a partir da classificação em seis categorias analíticas (causas, contextos, contingências, consequências, covariâncias e condições). Nessa última

etapa de codificação foi realizada a teorização das categorias para criação do modelo explicativo, tendo como influência o Interacionismo Simbólico.

Essa abordagem busca identificar os padrões de interações simbólicas e compreender os significados atribuídos pelos participantes do estudo ao objeto de estudo. Durante a teorização dos dados, os pesquisadores analisam os conceitos-chave e categorias emergentes a partir das informações coletadas, possibilitando a criação de um modelo explicativo que reflita a compreensão dos participantes em relação ao fenômeno em estudo. O Interacionismo Simbólico desempenha um papel de ressaltar os significados compartilhados e as interações sociais na análise e construção de teorias a partir dos dados empíricos.

### Referencial Teórico-Interpretativo

Os códigos e categorias resultantes da análise com a Teoria Fundamentada dos Dados foram interpretados tendo como referencial teórico-interpretativo a obra de Georges Canguilhem, intitulada *O normal e o patológico*<sup>40</sup>. A obra traz fundamentos e ideais que romperam com o discurso vigente da época, propondo uma visão integrada dos conceitos de “normal” e “patológico”. Para Canguilhem<sup>40</sup>, o conceito de normal não deve ser compreendido como uma realidade estatística (o mais prevalente), mas sim a partir das adaptações morfológicas e funcionais às exigências impostas ao indivíduo. Ademais, o normal não obedece a rigidez de um fato coercitivo coletivo, mas é flexível a uma norma, que varia de acordo com as condições individuais.

Para Canguilhem<sup>40</sup>, a saúde é definida pela capacidade de instituir novas normas em novas situações, ou seja, a capacidade de ser normativo. Nessa lógica, o indivíduo deve ser considerado doente quando há incapacidade de ser normativo. O doente busca manter as únicas normas de vida dentro das quais ele se sente relativamente normal e nas quais ele consegue dominar o meio que lhe é próprio, sendo, consequentemente, normalizado dentro de seu cenário. A doença deve então ser reconhecida como uma nova dimensão da vida, mesmo que de um modo reduzido.

Por fim, uma vez que ser normal não significa necessariamente ser sadio, o patológico nem sempre pode ser considerado anormal, uma vez que o patológico não é a ausência de qualquer norma, mas sim uma norma inferior. Nesse sen-

tido, segundo Canguilhem<sup>40</sup>, o patológico não é anormal no sentido absoluto, mas apenas se comparado a uma determinada situação, pois o patológico não é a ausência de norma biológica, mas apenas uma norma diferente. Assim, o patológico, mesmo que seja uma norma diferente, pode ser considerado normal pois exprime uma relação com a normatividade da vida e é compatível com esta, ainda que de uma forma reduzida.

### Resultados

Foram realizadas oito entrevistas com Cirurgiões-Dentistas da Atenção Primária à Saúde, que se identificaram como mulheres com idades, com idade entre 24 e 50 anos, com experiência na rede pública de saúde, sem especialização nas áreas de saúde coletiva, saúde da família ou saúde pública. Parte dos entrevistados participam de reuniões da equipe de saúde e afirmaram ter recebido capacitação para atuar com pessoas em transtorno mental e/ou em abuso de álcool e outras drogas. Todos os participantes afirmaram conhecer pessoas com transtorno mental e pacientes em abuso de álcool e outras drogas residentes no território adstrito à Unidade Básica de Saúde. Nenhum entrevistado afirmou participar de ações coletivas de prevenção de agravos, promotoras de saúde mental e de prevenção do abuso de álcool e outras drogas.

As entrevistas semiestruturadas tiveram duração média aproximada de 21 minutos e todo material gravado foi transcrito e analisado nas etapas sucessivas de codificação. Após a codificação aberta e axial foram formadas seis categorias, as quais estão apresentadas aos trechos do discurso exemplificativos no Quadro 1: 1) Atendimento focado na demanda espontânea; 2) A gente não tem esse treinamento; 3) Complexidade do atendimento; 4) Um paciente “normal”; 5) Um paciente especial; 6) Necessidade de suporte da família.

A seguir são apresentados os memorandos escritos ao final da estruturação de cada uma das categorias formadas na codificação.

*Atendimento focado na demanda espontânea:* os Cirurgiões-Dentistas compreendem os pacientes com transtorno mental como um grupo prioritário, reforçando a necessidade de acompanhamento contínuo desses pacientes e realização de ações educativas e preventivas. Entretanto, os profissionais indicam que os atendimentos aos pacientes com transtorno mental ocorrem principalmente em situações de urgên-

**Quadro 1.** Categorias formadas a partir das codificações inicial e focalizada, bem como os trechos exemplificativos extraídos das transcrições das entrevistas.

| Categorias                               | Trechos exemplificativos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atendimento focado na demanda espontânea | [...] a gente custa conseguir que eles façam o tratamento, muitas vezes eles vêm, resolvem a emergência, aquilo que está incomodando, e não retornam para dar essa continuidade (E2).                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                          | A dificuldade do paciente dependente químico é que ele só procura quando tem dor, ele, geralmente por problemas familiares, não se sente motivado a procurar para fazer um controle, ele abandona muito o tratamento, só procura quando tem dor, a gente tenta captar, tenta colocar no sistema para ele fazer um tratamento ambulatorial, mas quase sempre ele rejeita (E4).                                                   |
|                                          | Infelizmente nós não temos um programa voltado para abuso de álcool e drogas, a maioria dos pacientes que vão lá nessa condição são pacientes para a emergência mesmo (E1)                                                                                                                                                                                                                                                      |
| “A gente não tem esse treinamento”       | O atendimento é feito como um paciente normal, respeitando os cuidados de não deixar nada muito à vista. Eu não sei se tem alguma outra coisa, porque a gente não tem esse treinamento. (E1)                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                          | Durante a minha graduação eu tive muito pouco contato, estudo sobre isso, e eu acho que ainda há dificuldades, eu acho que está melhorando um pouco, mas ainda acho que todo mundo ainda tem um bloqueio, limitações, que eu acho que é do ser humano                                                                                                                                                                           |
|                                          | Eu sinto que não tem muito lugar para direcionar essas pessoas caso eu não consiga realizar o atendimento (E3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                          | Em relação aos dentistas, acho que falta um pouco de treinamento dos profissionais para lidarem com isso [...] também nunca tive um treinamento específico, o aprendizado foi mais na minha busca autodidata, no meu interesse de procurar dar a esse paciente um tratamento mais humanizado. (E2)                                                                                                                              |
|                                          | Mas acho que mesmo assim ele tem direito de ser atendido na Unidade referência. Nunca aconteceu de receber encaminhamento do CAPS, não sei se existe esse protocolo. (E5)                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Complexidade do atendimento              | Infelizmente por conta do tempo, a gente não consegue dar atenção para um grupo específico, por conta dos outros grupos também, acaba que infelizmente eles se perdem, a gente insiste, insiste no paciente, mas acaba que a gente desiste também, não insistindo ou desistindo porque também tem outros pacientes. (E2)                                                                                                        |
|                                          | são pacientes que não tem como prever a reação, às vezes está tranquilo, às vezes ele se assusta com movimentos ou com a visão de algum instrumental, então eu busco sempre colocar fora da visão dele, não deixar nada ao alcance, e tem que ser com calma e tranquilidade (E1)                                                                                                                                                |
|                                          | Já tive um paciente com bipolaridade, que quando ele estava bem, ele ia tudo certinho, quando ele estava medicado ele estava tranquilo, mas aí quando ele não estava, já era essa mesma coisa, de não conseguir cuidar de si, aí ele ficava totalmente dependente, nesse caso, do marido nele, o marido que tinha que levá-lo, ficava totalmente dependente, então acho que é isso, de não conseguir dar uma continuidade. (E6) |

continua

cia odontológica, o que decorre da dificuldade de realizar ações continuadas de cuidado, pela alta evasão e abstenção, mas, também, por uma falta de autocuidado.

*A gente não tem esse treinamento:* ao analisarem os motivos que provocam essa dissociação entre o reconhecimento da necessidade de cuidado continuado e a atenção focada na urgência, os Cirurgiões-Dentistas indicam uma falta de aptidão o que, para eles, resulta da falta de treinamentos e capacitações. A essa dissociação também foram atribuídos significados como a fragmentação da rede de saúde e a falta de apoio

dos CAPS, de psicólogos e psiquiatras para a promoção do cuidado à pessoa com transtorno mental.

*Complexidade do atendimento:* devido às características desse grupo, os Cirurgiões-Dentistas atribuem o significado de complexidade ao atendimento das pessoas com transtorno mental. Para esse cuidado exige maior dedicação para a criação de vínculos, estabelecimento de confiança e manutenção do paciente no cuidado odontológico. Atribui-se a esses pacientes um comportamento imprevisível, que também é um complicador do atendimento.

**Quadro 1.** Categorias formadas a partir das codificações inicial e focalizada, bem como os trechos exemplificativos extraídos das transcrições das entrevistas.

| Categorias                        | Trechos exemplificativos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Um paciente “normal”              | Eu acho que a primeira coisa é a gente se despir desse julgamento e apontamento sobre a situação do outro, porque muitas vezes a maioria dessas pessoas têm uma história de vida muito complicada e que aos poucos vai fazendo ela chegar nessa situação. (E2)                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                   | [...] ele estando alterado a gente não costuma fazer o atendimento interventivo, porque pode dar interação com alguma substância que ele tenha usado, normalmente a gente pede para ele retornar numa condição melhor para ser atendimento, e esse atendimento é feito como um paciente normal, respeitando os cuidados de não deixar nada muito à vista (E1)                                                                                                                                                          |
|                                   | [...] a partir do momento que ele não permite, que ele tem alguma resistência, a gente não insiste para não levar a um acidente, a um transtorno pior [...] Ele estando fora do efeito do álcool e da droga, ele é um paciente tranquilo, normal de ser atendido. (E1)                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                   | Quando o paciente está normal, ele é atendido como qualquer outro paciente, pacientes assim às vezes são encaminhados de clínicas que eles querem ser internados, geralmente eu fico sabendo por algum encaminhamento. Agora quando ele usa álcool não tem como eu saber, às vezes pelo cheiro, mas eu não consigo denominar se ele é um alcoólatra, se ele é usuário por estar com cheiro de álcool, é quando ele me diz na anamnese “eu sou usuário” ou “eu bebo com frequência”, e ele é atendido normalmente. (E4) |
| Um paciente especial              | O paciente com transtornos eu acho que entra na parte de Pacientes Especiais, então eles já têm a prioridade, mas o paciente com dependência química não tem não, por enquanto. (E5)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                   | Todos possíveis, a nossa grande dificuldade é o acesso deles na média complexidade, eles são pacientes que precisam de média complexidade, e às vezes eles demoram muito a ter esse acesso (E7)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                   | Aqueles que não cooperam, que realmente não tem como fazer o tratamento no ambulatório convencional, aí nós temos que fazer um encaminhamento pro atendimento especializado a pacientes especiais, que é o setor que temos aqui pra encaminhar esses pacientes, pra atendimento com os especialistas e às vezes até sedação (E1)                                                                                                                                                                                       |
| Necessidade de suporte da família | O paciente de transtorno mental precisa muito do apoio da família, então a intervenção é mais voltada para a família, para os cuidados dessa família perante esse paciente. (E8)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                   | Tem que envolver a família, porque ele não tem a consciência de estar mantendo esse tratamento, tem muitos pacientes que não tem a compreensão do que está sendo proposto para ele, então tem que envolver a família e como eu falei, com um acompanhamento profissional mais de perto (E1)                                                                                                                                                                                                                            |
|                                   | Mas eu creio que existe um programa do transtorno mental sim, eu não sei como ele funciona, mas a responsabilidade inicial é da família. (E1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

Fonte: Autores.

*Um paciente especial:* Frequentemente os Cirurgiões-Dentistas equivalem os pacientes com transtorno mental a Pacientes com Necessidades Especiais (especialidade de Odontologia destinada a pacientes com síndromes e condições complexas de saúde). A partir dessa lógica, os profissionais compreendem que o cuidado ao paciente com transtorno mental deveria ser apoiado pelos Centros de Especialidades Odontológicas.

*Um paciente “normal”:* Os Cirurgiões-Dentistas atribuem ao cuidado aos pacientes com transtorno mental a possibilidade de realizar o cuidado odontológico como um “paciente normal” quando ele está tranquilo, ou seja, não

está sob efeito de álcool e drogas ou sem crises. Entretanto, fazem a ressalva da necessidade de despir-se do julgamento e do preconceito a esse grupo.

*Necessidade de suporte da família:* Partindo da ideia de que os pacientes com transtorno mental são incapazes de realizar o autocuidado de forma eficiente, atribuindo até mesmo uma falta de consciência a esses pacientes, os Cirurgiões-Dentistas indicam que a família deve realizar o cuidado e estimular esse paciente ao cuidado odontológico.

A partir das categorias foi elaborada a teorização sobre os significados que os Cirurgiões-Dentistas elaboram frente ao cuidado ao

paciente com transtorno mental. Os significados emergem de um contexto em que os profissionais não se sentem capacitados a realizar um cuidado integral ao paciente com transtorno mental. Por desconhecerem as necessidades específicas desse grupo populacional acabam direcionado o cuidado aos Centros de Especialidades Odontológicas ou realizando o cuidado apenas quando esses pacientes dentro do que é considerado um paciente normal, sem compreender o transtorno mental como parte da vida do paciente. Como consequência dessa falta de planejamento específico a esse grupo, o cuidado acaba sendo restrito a situações de urgência odontológica, reforçando um modelo de cuidado pautado em demandas e não em necessidades. Para os Cirurgiões-Dentistas, um maior suporte da rede de saúde mental e a responsabilização da família são fatores que podem intervir favoravelmente no processo de cuidado dos pacientes com transtorno mental.

## Discussão

A construção da teorização sobre os significados produzidos pelos Cirurgiões-Dentistas da Atenção Primária à Saúde sobre os cuidados à pessoa com transtorno mental apontou para questões relevantes a serem discutidas, tais como a ideia de uma falta de treinamento para o cuidado dessa população, a equiparação entre pacientes com transtorno mental e pessoas com deficiência intelectual, o entendimento de que as pessoas com transtorno mental devem se adequar ao um estado de normalidade para receberem o cuidado e, por fim, o cuidado focado nas urgências odontológicas, revelando uma falta de organização estratégica para o cuidado de uma população com maior risco às doenças bucais.

A falta de treinamentos, que foi exemplificada em algumas entrevistas (E1: “Eu não sei se tem alguma outra coisa, porque a gente não tem esse treinamento”; E2: nunca tive um treinamento específico), é apontada como causa da inaptidão para lidar com as pessoas com transtorno mental. Essa justificativa encontra alinhamento à literatura científica<sup>29,41,42</sup>. Rotoli *et al.*<sup>42</sup> e Mishu *et al.*<sup>27</sup> evidenciam que existe uma falta de capacitação de profissionais da saúde, sendo necessário investir em programas de treinamento em saúde mental para melhorar o atendimento, a aceitação e a comunicação com os pacientes com transtorno mental. Carrara *et al.*<sup>43</sup> destacam que os profissionais de saúde

são tão susceptíveis às crenças e comportamentos estigmatizantes em relação às pessoas com transtorno mental quanto a população em geral e, de mesmo modo, que a falta de treinamento pode levar a tratamentos inadequados, estigmatização dos transtornos mentais e, consequentemente, menor adesão ao tratamento, gerando uma barreira no acesso à saúde bucal para essa parcela da população que afeta na busca dos pacientes por tratamento<sup>41</sup>.

Deve-se ressaltar que ações de treinamento dos profissionais da Odontologia não devem estar direcionadas exclusivamente à procedimentos clínicos, mas também em habilidades interpessoais. Mishu *et al.*<sup>29</sup>, por meio de estudo qualitativo, apontou que pacientes com transtorno mental se sentem mais acolhidos e com melhores percepções do tratamento quando o profissional possui também habilidades efetivas de comunicação, preza pela construção de vínculos de confiança e respeito e procura uma perspectiva interdisciplinar e de cuidado integrado. Poudel *et al.*<sup>44</sup> apontaram que pacientes em abuso de álcool e outras drogas são mais responsivos a tratamentos pautados pela confiança, pelo apoio e pela comunicação, minimizando o estigma e o medo do tratamento odontológico. Assim, os Cirurgiões-Dentistas devem ser capacitados e treinados para lidar com as particularidades do cuidado aos pacientes com transtorno mental e, como dever ético e moral do Cirurgião-Dentista, devem atender essa população sem discriminação e sem julgamento<sup>45</sup>.

Ainda que ações de treinamento sejam relevantes, é necessário refletir que as queixas sobre a falta de treinamento e da complexidade do cuidado podem ser resultado do trabalho centrado na ação solitária do cirurgião-dentista, que mesmo sendo parte de uma equipe multiprofissional, não se vê fortalecido e atuando junto aos demais profissionais e serviços de saúde<sup>46,47</sup>. Há na Atenção Primária à Saúde ferramentas para o aprendizado em trabalho, como a educação permanente<sup>47</sup>, o apoio matricial<sup>48</sup> e as reuniões de equipe. O apoio matricial é tido como uma oportunidade para o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes, principalmente frente ao paciente com transtorno mental<sup>48</sup>, podendo ser fonte de segurança e aprendizado no atendimento odontológico a esses pacientes. O apoio matricial<sup>48</sup>, as reuniões de equipe e os atendimentos compartilhados<sup>47</sup> têm o potencial de subsidiar o cuidado ao paciente em casos complexos, quando a atuação multiprofissional é essencial para a resolutividade do cuidado. Contudo, apesar do cirurgião-dentista reconhe-

cer as potencialidades do trabalho interprofissional, observa-se uma baixa participação dos cirurgiões-dentistas nas reuniões de equipe<sup>48,49</sup>.

A dificuldade de planejar o cuidado apoiado pela equipe de saúde e guiado pelas necessidades dos pacientes parece ser reflexo da hegemonia do modelo de trabalho chamado de Odontologia de Mercado, típica dos serviços privados, mas que ainda predomina na prática dos profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde, promovendo uma prática individualizada, curativista, voltada para a clínica, orientada pelas demandas dos pacientes e para o cuidado da doença<sup>50</sup>. Em contraposição à essa lógica, espera-se para o paciente com transtorno mental uma lógica de cuidado enraizada na sua cultura, com uma comunicação horizontalizada, que o valorize<sup>35,36</sup>, levando em consideração a forma de existência que ele foi capaz de estabelecer diante do seu transtorno mental<sup>40</sup>.

Os Cirurgiões-Dentistas incluídos neste estudo compreendem que indivíduos com transtorno mental são de difícil adesão aos cuidados odontológicos (E2: “a gente insiste, insiste no paciente, mas acaba que a gente desiste também”). Esse significado é reforçado pela literatura científica, que indica uma dificuldade para o autocuidado por parte dessa população<sup>24,51,52</sup>. Turner *et al.*<sup>24</sup> apontaram que muitos pacientes não têm capacidade de cooperar com os cuidados em função do transtorno mental e que a educação em saúde, por si só, não é suficiente para a melhora da saúde bucal no paciente com transtorno mental. No mesmo sentido, Rossow<sup>53</sup> indicou que pacientes em abuso de drogas estão menos receptivos aos cuidados em saúde bucal e tendem a não aderir às medidas preventivas e consultas odontológicas. Turner *et al.*<sup>54</sup> indicaram que a interação negativa entre saúde mental e condições de saúde bucal, em que uma saúde mental deficiente reduz os comportamentos de saúde bucal, levando ao surgimento de doenças bucais, que por sua vez afetam negativamente a saúde mental de pacientes psicóticos. A ansiedade, o medo e as agudizações dos quadros de transtorno mental afetam a capacidade dos pacientes em cuidar de si mesmos<sup>55</sup>. Além disso, os resultados aferidos neste estudo e alinhados à literatura apontam para a necessidade de que a população com transtorno mental seja considerada como grupo prioritário para o cuidado odontológico. Canguilhem<sup>40</sup> indica que deve haver a efetiva priorização desses pacientes, buscando o fim das situações emergenciais e trazendo o pensamento preventivo do cuidado ao indivíduo a capacidade de ser normativo ao

meio em que vive. Contudo, revisão da literatura sobre o acesso ao cuidado odontológico no Brasil evidenciou que populações em vulnerabilidade social têm menor acesso aos serviços de saúde bucal<sup>56</sup>.

O desfecho do modelo teórico do cuidado em saúde bucal à população com transtorno mental, proposto como resultado deste estudo, apresenta uma prática de cuidado voltada à resolução de urgências odontológicas. Apesar das falas das Cirurgiões-Dentistas indicarem que uma característica do paciente com transtorno mental é buscar o cuidado em saúde bucal apenas “tem dor” (E4) ou em “casos de emergência” (E1), é necessário compreender que essa realidade não é exclusiva dessa população. Além disso, acesso restrito à Atenção Primária à Saúde e a persistência de um processo de trabalho pouco acolhedor e focado nas demandas mantém o acesso de grande parte da população em situações de urgência<sup>46,56</sup>.

Práticas de prevenção e promoção à essa população podem apresentar resultados satisfatórios. Estudo de Singhal *et al.*<sup>57</sup> avaliando os efeitos da educação em saúde bucal apontou que, apesar dos desafios impostos pelo transtorno mental, um programa educativo voltado a saúde bucal dessa população tem o potencial de aumentar a frequência de higiene bucal diária do paciente e, quando associada a uma escova elétrica, forneceu resultados ainda melhores. Estudos de Poudel *et al.*<sup>44</sup> e Cheah *et al.*<sup>26</sup> afirmaram que os pacientes em abuso de álcool e outras drogas também podem se beneficiar de programas educativos, especialmente aqueles baseados na entrevista motivacional, livre de preconceitos e estigmas e que são integrados a outros cuidados à situação de dependência química. Por fim, Kuipers *et al.*<sup>25</sup> também indicaram a necessidade essencial de inclusão de programas preventivos intensos e de intervenções de longo prazo para pacientes com transtorno mental. Assim, deve-se compreender que os pacientes com transtorno mental são mais propensos a ter dificuldades em manter uma rotina de cuidados odontológicos, mas deve-se entender, simultaneamente, que isso não se deve apenas a características individuais, mas também a fatores como acesso limitado a serviços de saúde, estigma, discriminação e marginalização.

A transformação do modelo de cuidado em saúde bucal parece depender de uma maior integração entre os serviços que cuidam das pessoas com transtorno mental ou dependentes de álcool e drogas com as equipes de saúde bucal<sup>4,27,44</sup>. Essa integração também pode ser

favorecida por ações de matriciamento, tanto a partir dos CAPS, quanto das equipes multiprofissionais de apoio à Atenção Primária à Saúde (e-Multi)<sup>48</sup>. Wright *et al.*<sup>41</sup> afirmam que a falta de articulação entre os serviços da rede de saúde impõe obstáculos para o cuidado eficiente na Atenção Primária à Saúde. De forma uníssona, o trabalho de Mishu *et al.*<sup>30</sup> aponta que a falta de integração entre os serviços de saúde mental e a Atenção Primária à Saúde pode dificultar o acesso dos pacientes a tratamentos efetivos e de qualidade.

Outro resultado deste estudo destaca que os Cirurgiões-Dentistas compreendem que o atendimento odontológico à pessoa com transtorno mental é mais complexo em função de um possível comportamento imprevisível. Esse significado encontra subsídio nas ideias moralmente intrínsecas na sociedade, que anormalizam as condições experienciadas pelos pacientes e podem ser usadas como exercício de dominação na relação paciente-profissional, visando manter as estruturas de poder<sup>58</sup>. O significado expresso na categoria “Um paciente normal” faz referência às situações em que os Cirurgiões-Dentistas consideram normatizado o cuidado aos pacientes com transtorno mental (E1: “a gente pede para ele retornar numa condição melhor para ser atendimento, e esse atendimento é feito como um paciente normal”). Entretanto, deve-se estar atento para essa noção de normalidade, pois ela pode ser usada como uma ferramenta autoritária para discriminar grupos que não se enquadram em uma determinada norma e, assim, perpetuar meios de opressão e desigualdade<sup>59</sup>, situação em que o Cirurgião-Dentista dedicaria o seu trabalho apenas àqueles considerados normais. Essas afirmações reforçam a ideia de que o desconhecimento dos conceitos de normalidade leva à objetividade das patologias, generalizando o cuidado e enfraquecendo o protagonismo de cada indivíduo<sup>40</sup>. Ao adotar uma perspectiva mais empática e integrada da saúde, os Cirurgiões-Dentistas possibilitarão a inclusão e integralidade do cuidado a essa população.

Outro significado atribuído pelos Cirurgiões-Dentistas é de que os pacientes com transtorno mental seriam, necessariamente, pessoas com deficiências mentais, que trazem a luz novamente a falta de treinamento e interação com outros profissionais (da própria equipe de saúde, de equipes multiprofissionais ou mesmo do CAPS), que acarreta falta de compreensão e diferenciação, sendo um reforço dos estereótipos e preconceitos aos pacientes com transtorno

mental. Portanto, capacitações e treinamentos eficientes que abordem a complexa relação entre transtornos mentais e saúde bucal devem envolver aspectos psicológicos, comportamentais, sociais e biológicos relacionados ao cuidado desses pacientes, mecanismos fundamentais na compreensão das diversas normas individuais e na criação de intervenções complexas e específicas<sup>22</sup> que atendam esse grupo agora reconhecido como prioritário. Canguilhem<sup>40</sup> ressaltava a importância de se reconhecer as diferenças entre as diversas formas de patologia, evitando equívocos na definição dos tratamentos e discriminações na abordagem dos pacientes. No caso dos transtornos mentais, se faz necessário pontuar a atualização semântica de pacientes com transtornos mentais para pacientes com transtorno mental, embora existam várias manifestações de transtornos mentais. Nesse entendimento, a ênfase é direcionada para o indivíduo e sua situação, sem priorizar a quantidade de transtornos que ele possa apresentar<sup>60</sup>.

É preciso compreender que a especialidade Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais abrange pacientes que apresentam limitações que impedem o tratamento odontológico convencional. Nessa especialidade são incluídos pacientes com deficiências e/ou comprometimento intelectual/comportamental severos, pacientes com condições crônicas descompensadas, pacientes oncológicos tratados com radioterapia de cabeça e pescoço, gestantes de alto risco e outras condições que exigem o manejo odontológico diferenciado, equipamentos, materiais e suporte básico e/ou avançado de vida<sup>61</sup>, podendo, em situações complexas, incluir o paciente com transtorno mental. Essa especialidade tem um escopo de atuação abrangente, mas não deve ser confundida com atendimento a “pessoas especiais” ou “pessoas excepcionais”, termos que já foram utilizados para pessoas com deficiência e hoje estão em desuso<sup>62</sup>.

A discussão sobre a responsabilidade das famílias no cuidado dos pacientes com transtorno mental requer um olhar abrangente para um compromisso de cuidado a longo prazo, resultado da parceria entre o indivíduo e seus familiares<sup>63</sup>. Entretanto, segundo Giacomini *et al.*<sup>64</sup> e Ramos *et al.*<sup>65</sup>, o cuidado idealizado pelas famílias de pessoas com transtorno mental, além de ser baseado em conceitos fundamentados em ideologias caritativas e solidárias, é enxergado como uma obrigatoriedade e gera nos familiares um sentimento satisfatório por cumprir com suas obrigações sociais ao cuidar do paciente, o que evidencia o vínculo entre essa noção de

cuidado com a internação psiquiátrica. Essa compreensão estigmatizante pode influenciar no comportamento da pessoa com transtorno mental. Dito isso, os Cirurgiões-Dentistas precisam ter a consciência de que suas atitudes influenciam na forma como esses pacientes agirão nas situações de cuidado<sup>66,67</sup>.

Este estudo encontrou como principal limitação para a teorização e discussão dos resultados o fato de que a grande maioria dos artigos citados são estudos que abrangem o cuidado médico e de enfermagem no âmbito dos CAPS, local em que não há a inserção dos Cirurgiões-Dentistas como parte da equipe. Assim, este estudo faz um chamamento a discussão sobre os cuidados odontológico à essa população, em especial sobre métodos de cuidado integral.

## Conclusão

Este estudo buscou compreender os significados que os Cirurgiões-Dentistas atribuem ao cuida-

do odontológico dos pacientes com transtorno mental, identificando que, a partir de uma visão de que esses pacientes são complexos no que se refere ao atendimento, por vezes sendo considerado anormais ou até confundindo com paciente com deficiência intelectual, os profissionais da Odontologia acabam destinando o cuidado a esses pacientes apenas em cenários de urgência em saúde bucal. Os profissionais, em um movimento de autocrítica, reconhecem que este não deveria ser o cuidado ofertado e atribuem essa postura a falta de treinamentos.

A discussão dos resultados possibilitou compreender que ações de treinamento dos Cirurgiões-Dentistas devem focar em aspectos psicológicos, comportamentais e sociais, além de promover um cuidado mais empático e livre de preconceitos. Outro ponto de que precisa ser esclarecido é a diferenciação dos pacientes com deficiência intelectual. Para a efetiva transformação do cuidado, deve-se promover uma maior integração entre os serviços da rede de saúde com as equipes de saúde bucal.

## Colaboradores

MVS Xavier contribuiu substancialmente para a concepção e planejamento da pesquisa; contribuiu significativamente na coleta e análise dos dados e elaboração do rascunho do manuscrito; e participou da aprovação da versão final do manuscrito. LG Sousa contribuiu substancialmente para a concepção e planejamento da pesquisa; contribuiu significativamente na coleta análise dos dados e elaboração do rascunho do manuscrito; e participou da aprovação da versão final do manuscrito. ÁM Herval contribuiu substancialmente para a concepção e planejamento da pesquisa, análise e interpretação dos dados; contribuiu significativamente na revisão crítica do conteúdo do manuscrito; e participou da aprovação da versão final do manuscrito.

## Declaração de disponibilidade de dados

As fontes de dados utilizados na pesquisa estão indicadas no corpo do artigo.

## Referências

1. Sade RMS, Sashidharan SP, Silva MNRMO. Paths and detours in the trajectory of the Brazilian psychiatric reform. *Salud Colect* 2021; 17:e3563.
2. Picon FA, Castaldelli-Maia JM. The current status of psychiatric education in Brazil. *Int Rev Psychiatry* 2019; 32(2):128-132.
3. Heleno JVG, Gomes AM. A inconstitucionalidade da reimplantação dos manicômios no Brasil. *RI-CFDF* 2021; 6(1):49-67.
4. Oliveira DI, Alencar FC, Reis LC, Viana MFB, Oliveira ARC. Reforma psiquiátrica brasileira e suas influências europeias e norte americanas. *Rev AMA-zônica* 2020; 25(2):333-354.
5. Santos Júnior JMA, Kuczynski K, Vicenzi C, Lorini A, Jansen K, Rakovski C. Correlation between the implementation of Psychosocial Care Centers and the rates of psychiatric hospitalizations and suicide in Porto Alegre-RS from 2008 to 2018. *Trends Psychiatry Psychother* 2023; 45:e20210220.
6. Carteri RB, Osés JP, Cardoso TA, Moreira FP, Jansen K, Silva RA. A closer look at the epidemiology of schizophrenia and common mental disorders in Brazil. *Dement Neuropsychol* 2020; 14(3):283-289.
7. Clark DB. Mental health issues and special care patients. *Dent Clin North Am* 2016; 60(3):551-566.

8. Castaldelli-Maia JM, Loreto AR, Guimarães-Pereira BBS, Carvalho CFC, Gil F, Frallonardo FP, Ismael F, Andrade AG, Ventriglio A, Richter KP, Bhugra D. Smoking cessation treatment outcomes among people with and without mental and substance use disorders: An observational real-world study. *Eur Psychiatry* 2018; 52:22-28.
9. American Psychiatric Association (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
10. Stein DJ, Palk AC, Kendler KS. What is a mental disorder? An exemplar-focused approach. *Psychol Med* 2021; 51(6):894-901.
11. Linden M. Definition and Assessment of Disability in Mental Disorders under the Perspective of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF). *Behav Sci Law* 2017; 35(2):124-134.
12. Simões J. Sobre deslizamentos semânticos e as contribuições das teorias de gênero para uma nova abordagem do conceito de deficiência intelectual. *Saude Soc* 2019; 28(3):185-197.
13. Schalock RL, Luckasson R, Tassé MJ. An Overview of Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports (12th ed.). *Am J Intellect Dev Disabil* 2021; 126(6):439-442.
14. Skallevoid HE, Rokaya N, Wongsirichat N, Rokaya D. Importance of oral health in mental health disorders: An updated review. *J Oral Biol Craniofac Res* 2023; 13(5):544-552.
15. Abdellatif HM. Poor mental health days is associated with higher odds of poor oral health outcomes in the BRFSS 2020. *BMC Oral Health* 2022; 22:500.
16. Magdaleno MO, Ramirez GR. Effects of drug abuse and mental disorders on oral health: A case report. *J Pak Med Assoc* 2021; 71(12):2820-2822.
17. Lopes AG, Ju X, Jamieson L, Mialhe FL. Oral health-related quality of life among Brazilian adults with mental disorders. *Eur J Oral Sci* 2021; 29(3):12774.
18. Jacob L, López-Sánchez GF, Carvalho AF, Shin JJ, Oh H, Yang L, Veronese N, Soysal P, Grabovac I, Koyanagi A, Smith L. Associations between mental and oral health in Spain: a cross-sectional study of more than 23,000 people aged 15 years and over. *J Affect Disord* 2020; 274(2020):67-72.
19. Choi J, Price J, Ryder S, Sisking D, Solmi M, Kisely S. Prevalence of dental disorders among people with mental illness: An umbrella review. *Aust N Z J Psychiatry* 2022; 56(8):949-963.
20. Comparelli A, Stampatore L, Costacurta M, Pompili M. Schizophrenia and Dental Health: A Systematic Review. *J Nerv Ment Dis* 2021; 209(9):684-690.
21. Oflezer OG, Bahadır, H, Gökkaya B, Altınbas K. Evaluation of Bruxism and Its Relation with Treatment Regimens among Remitted Bipolar Patients. *Psychiatr Danub* 2020; 32(2):205-209.
22. Ngo DYJ, Thomson WM, Subramaniam M, Abidin E, Ang KY. The oral health of long-term psychiatric inpatients in Singapore. *Psychiatry Res* 2018; 266:206-211.
23. Joury E, Kisely S, Watt RG, Ahmed N, Morris AJ, Fortune F, Bhui K. Mental Disorders and Oral Diseases: Future Research Directions. *J Dent Res* 2022; 102(1):5-12.
24. Turner E, Berry K, Aggarwal VR, Quinlivan L, Villanueva T, Palmier-Claus J. Oral health self-care behaviours in serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2021; 145(1):29-41.
25. Kuipers S, Boonstra N, Kronenberg L, Keuning-Plantinga A, Castelein S. Oral Health Interventions in Patients with a Mental Health Disorder: A Scoping Review with Critical Appraisal of the Literature. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(15):1-28.
26. Cheah ALS, Pandey R, Daglish M, Ford PJ, Patterson S. A qualitative study of patients' knowledge and views of about oral health and acceptability of related intervention in an Australian inpatient alcohol and drug treatment facility. *Health Soc Care Community* 2017; 25(3):1209-1217.
27. Mishu MP, Faisal MR, Macnamara A, Sabbah W, Peckham E, Newbronner L, Gilbody S, Gega L. A Qualitative Study Exploring the Barriers and Facilitators for Maintaining Oral Health and Using Dental Service in People with Severe Mental Illness: Perspectives from Service Users and Service Providers. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(7):4344.
28. Braun PCB, Vieira RA, Cristiano DP, Sonego FGF. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos pacientes usuários do centro de atenção psicossocial II do Município de Criciúma/SC. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo* 2018; 30(2):132-143.
29. Mishu MP, Faisal MR, Macnamara A, Sabbah W, Peckham E, Newbronner L, Gilbody S, Gega L. Exploring the contextual factors, behaviour change techniques, barriers and facilitators of interventions to improve oral health in people with severe mental illness: A qualitative study. *Front Psychiatry* 2022; 13:971328.
30. Kuo MW, Yeh SH, Chang HM, Teng PR. Effectiveness of oral health promotion program for persons with severe mental illness: a cluster randomized controlled study. *BMC Oral Health* 2020; 20(1):290.
31. Johnson AM, Kenny A, Ramjan L, Raeburn T, George A. Oral health knowledge, attitudes, and practices of people living with mental illness: a mixed-methods systematic review. *BMC Public Health* 2024; 24(2263):1-25.
32. Ruiz VR, Lima AR, Machado AL. Educação em saúde para portadores de doença mental: relato de experiência. *Rev Esc Enferm USP* 2004; 38(2):190-196.
33. Nóbrega MPSS, Silva GBF, Sena ACR. Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental. *5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ2016)* 2016; 2:41-49.
34. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Calvacante CM. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Cien Saude Colet* 2011; 16(7):3051-3060.
35. McGregor B, Belton A, Henry TL, Wrenn G, Holden KB. Improving behavioral health equity through cultural competence training of health care providers. *Ethn Dis* 2019; 29(2):359-364.
36. Fernandes AB, Monteiro AP. Contributo para o estudo de competência cultural em saúde mental de enfermeiros em Portugal. *RPESM* 2015; 14(14):39-47.

37. Rice AN, Harris SC. Issues of cultural competence in mental health care. *J Am Pharm Assoc* 2021; 61(1):e65-e68.
38. Santos JLG, Cunha KS, Adamy EK, Backes MTS, Leite JL, Sousa FGM. Análise de dados: comparação entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. *Rev Esc Enferm USP* 2018; 52:e03303.
39. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica* 2011; 27(2): 389-394.
40. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.
41. Wright WG, Averett PE, Benjamin J, Nowlin JP, Lee JGL, Anand V. Barriers to and Facilitators of Oral Health Among Persons Living With Mental Illness: A Qualitative Study. *Psychiatr Serv* 2021; 72(2):156-162.
42. Rotoli A, Silva MRS, Santos AM, Oliveira AMN, Gomes GC. Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. *Esc Anna Nery* 2019; 23(2):e20180303.
43. Carrara BS, Fernandes RHF, Bobbili SJ, Ventura CAA. Health care providers and people with mental illness: An integrative review on anti-stigma interventions. *Int J Soc Psychiatry* 2021; 67(7):840-853.
44. Poudel P, Kong A, Hocking S, Whitton G, Srinivas R, Borgnakke WS, George A. Oral health-care needs among clients receiving alcohol and other drugs treatment—A scoping review. *Drug Alcohol Rev* 2023; 42(2):346-366.
45. Poornachitra P, Narayan V. Management of Dental Patients with Mental Health Problems in Special Care Dentistry: A Practical Algorithm. *Cureus* 2023; 15(2):e34809.
46. Reis WG, Scherer MDDA, Carcereri DL. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. *Saude Debate* 2015; 39(104):56-64.
47. Alves HFC, Collares PMC, Alves RDS, Brasil CCP, Caruaíba JP. Interprofissionalismo na Estratégia Saúde da Família: um olhar sobre as ações de promoção de saúde bucal. *Saude Soc* 2021; 30(3):e200648.
48. Santos LCD, Domingos TDS, Braga EM, Spiri WC. Saúde mental na atenção básica: experiência de matriciamento na área rural. *Rev Bras Enferm* 2020; 73(1):e20180236.
49. Gurgel Filho AAG, Amaral RCD. O papel do cirurgião dentista na equipe multiprofissional da Atenção Básica em Saúde, após 19 anos de sua implantação. *Arch Health Invest* 2021;10(8):1287-1291.
50. Soares CLM, Paim JS, Chaves SCDL, Rossi TRA, Barros SG, Cruz DN. O movimento da saúde bucal coletiva no Brasil. *Cien Saude Colet* 2017; 22(6):1805-1816.
51. Chen C, Chen Y, Huang Q, Yang S, Zhu J. Self-Care Ability of Patients with Severe Mental Disorders: Based on Community Patients Investigation in Beijing, China. *Front Public Health* 2022; 10:847098.
52. Baghaie H, Kisely S, Forbes M, Sawyer E, Siskind DJ. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and substance abuse. *Addiction* 2017; 112(5):765-779.
53. Rossow I. Illicit drug use and oral health. *Addiction* 2021; 116(11):3235-3242.
54. Turner E, Berry K, Quinlivan L, Shiers D, Aggarwal V, Palmier-Claus J. Understanding the relationship between oral health and psychosis: qualitative analysis. *BJPsych Open* 2023; 9(3):e59.
55. Ulisses VSM, Melo DTA, Matos KF, Pereira RO, Costa KF, Fontes NM, Paulino MR. Saúde bucal em pacientes com transtorno mental: uma revisão da literatura. *Braz J Surg Clin Res* 2020; 32(3):59-66.
56. Rabello RELD, Monteiro AX, Lemos SM, Teixeira E, Honorato EJS. Desafios do acesso à saúde bucal: uma revisão integrativa da literatura. *Rev APS* 2021; 24(1):219-235.
57. Singhal V, Heuer AJ, York J, Gill KJ. The Effects of Oral Health Instruction, and the Use of a Battery-Operated Toothbrush on Oral Health of Persons with Serious Mental Illness: A Quasi-Experimental Study. *Community Ment Health J* 2020; 57(2):357-364.
58. Caminha ECCR, Jorge MSB, Carvalho RRS, Costa LSP, Lemos AM, Costa JP. Relações de poder entre profissionais e usuários da Atenção Primária à Saúde: implicações para o cuidado em saúde mental. *Saude Debate* 2021; 45(128):81-90.
59. Rost M, Favaretto M, De Clercq E. Normality in medicine: an empirical elucidation. *Philos Ethics Humanit Med* 2022; 17:15.
60. Sasaki RK. Atualizações semânticas na inclusão de pessoas. *Rev Reação* 2005; 9(43):9-10.
61. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *A saúde bucal no Sistema Único de Saúde*. Brasília: MS; 2018.
62. Figueira Junior E, Silva LRD, Solidão YDFB. O atendimento odontológico aos pacientes com necessidades especiais e a percepção dos cirurgiões dentistas e responsáveis/cuidadores. *Rev Saber Digital* 2020; 13(1):218-231.
63. Kellermann CZ. *Cárie dentária entre pacientes com transtornos mentais graves com e sem histórico de internação psiquiátrica* [dissertação]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2020.
64. Giacomini K, Alexandre LA, Rotoli A, Pinheiro JM. Desafios da família no cuidado da pessoa com transtorno mental: uma revisão integrativa. *Res Soc Dev* 2022; 11(6):e13311628816.
65. Ramos AC, Calais SL, Zotesso MC. Convivência do familiar cuidador junto a pessoa com transtorno mental. *Contextos Clín* 2019; 12(1):282-302.
66. Sølvhøj IN, Kusier AO, Pedersen PV, Nielsen MBD. Somatic health care professionals' stigmatization of patients with mental disorder: a scoping review. *BMC Psychiatry* 2021; 21:443.
67. Moll MF, Silva LD, Magalhães FHL, Ventura CAA. Profissionais de enfermagem e a internação psiquiátrica em hospital geral: percepções e capacitação profissional. *Cogit Enferm* 2017; 22(2):e49933.

Artigo apresentado em 14/10/2023

Aprovado em 10/12/2024

Versão final apresentada em 12/12/2024

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vania de Matos Fonseca

