

LILIANE DE OLIVEIRA MIRANDA

**SENSO DE COERÊNCIA, CONDIÇÃO E PERCEPÇÃO DA SAÚDE
BUCAL DE DROGADITOS**

CAMPO GRANDE
2015

LILIANE DE OLIVEIRA MIRANDA

**SENSO DE COERÊNCIA, CONDIÇÃO E PERCEPÇÃO DA SAÚDE
BUCAL DE DROGADITOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Valéria Rodrigues de Lacerda.

CAMPO GRANDE
2015

FOLHA DE APROVAÇÃO

LILIANE DE OLIVEIRA MIRANDA

**SENSO DE COERÊNCIA, CONDIÇÃO E PERCEPÇÃO DA SAÚDE
BUCAL DE DROGADITOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Valéria Rodrigues de Lacerda.

Resultado _____.

Campo Grande (MS), _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Valéria Rodrigues de Lacerda
Faculdade de Odontologia/ UFMS - orientadora

Prof. Dr. Paulo Zárate Pereira
Faculdade de Odontologia/ UFMS

Prof. Dr. Rafael Aiello Bomfim
Faculdade de Odontologia/ UFMS

DEDICATÓRIA

Se Deus me permitisse ir além da vida terrestre, e alcançar o que existe à frente da existência humana, chegaria até a minha avó **Eucalice** (*in memoriam*), e lembraria que além da saudade que ela me traz, dedico este trabalho a ela. Muito do que sou e até onde cheguei, é por ela e para ela.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é nobre e único, é reconhecer os que são essenciais na minha vida!

A Deus pela vida, pela saúde, e pela vontade de vencer sem me deixar abater ou, jamais, cogitar a hipótese de desistir.

À minha querida orientadora pela oportunidade de realizar o mestrado, pelos ensinamentos, pelas ajudas, e por ser tão humana e paciente. *“Querida professora Valéria, ensinar e ter paciência é um dom divino e a você esse dom pertence. Obrigada por além de me orientar, ter se tornado uma amiga, e praticamente a minha mãe dentro da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Palavras ainda seriam muito pouco para agradecer ou demonstrar o significado que você tem para mim! Meu eterno muito obrigada!”*.

Aos meus pais, Julião e Marly, por sempre me incentivarem os estudos, apoiarem e fortalecerem o pensamento de que quem quer, ao procurar com fé, força e coragem, sempre alcança! Obrigada!

À minha irmã Lilian, por ser irmã, amiga, companheira, estudiosa e dedicada. Sem você, tudo seria muito mais difícil. Obrigada!

Ao meu namorado Marcos Paulo pelo apoio, por tornar essa caminhada mais tranquila; por estar presente nos momentos de incertezas e ansiedade, iluminar o meu caminho, e mostrar que sempre há uma solução, mesmo quando tudo parece impossível e sem fim. *Desde quando te conheci a vida se tornou mais leve, meus sorrisos mais intensos, e minhas alegrias maiores.* Obrigada! Sem você, grande parte do que já conquistei não teria sido tão simples, e o percurso seria bem mais difícil.

Aos professores da pós-graduação, aos DOUTORES, que me ensinaram que aprender e educar vai muito além do simples repassar de conhecimento, mas sim equivale a um dom que pertence àqueles que se dedicam a transmitir o que sabem com amor, generosidade, humanidade e humildade. Obrigada!

Aos professores que, de prontidão, aceitaram os convites de pertencerem à minha banca da qualificação e, em seguida, da defesa da dissertação do mestrado. Muitíssimo obrigada! Vocês enriqueceram os meus conhecimentos e a história da minha vida.

À Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande (MS) (SESAU), pelo apoio e possibilidade em tornar essa pesquisa real.

Aos funcionários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) pelo acolhimento, em especial à gerente Gabriela e psicóloga Kátia, obrigada!

Aos pacientes do CAPS-AD que me receberam tão bem, e tornaram essa pesquisa concreta, ultrapassando o que poderia ter ficado como apenas uma teoria. Sem vocês novos conhecimentos não seriam gerados! Obrigada!

À aluna da graduação Polyanna pelo apoio na anotação dos dados coletados. Obrigada!

À coordenação do Mestrado, e às secretárias Vera e Osvalda, vocês ajudaram a tornar o meu sonho realidade, obrigada!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento desta pesquisa.

À Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Aos amigos e amigas, que fazem da minha vida uma caminhada mais alegre e feliz!

Aos meus colegas do mestrado.

À Odontologia por me ajudar a estabelecer sorrisos, saúde e realizar os meus sonhos e os dos pacientes.

A quem esqueci, todos são essenciais para esse momento único!

Obrigada!

*“Seja você quem for,
seja qual for a posição social que você tenha na vida,
a mais alta ou a mais baixa,
tenha sempre como meta muita força, muita determinação
e sempre faça tudo com muito amor e com muita fé em Deus,
que um dia você chega lá.
De alguma maneira você chega lá.”*

Ayrton Senna

RESUMO

Miranda LO. Senso de coerência, condição e percepção da saúde bucal de drogaditos. Campo Grande – MS; 2015. [Dissertação – Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul].

Introdução: Mesmo com a melhora na condição da saúde bucal da população brasileira, a sociedade ainda sofre com a alta prevalência da cárie e perdas dentárias, subentendendo-se que a determinação do processo saúde-doença ultrapassa o determinismo biomédico. Essa condição é frequente entre usuários de drogas ilícitas que estão expostos a situações estressoras. A teoria Salutogênica, cujo ponto central é o senso de coerência (SOC), proposta por Antonovsky, avalia a saúde e a sua relação com fatores estressores. O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) do município de Campo Grande-(MS), instituição responsável pelo atendimento aos dependentes químicos, não apresenta o profissional odontólogo para atender à essa demanda. Além disso, há poucos estudos relacionando a condição de saúde bucal de dependentes químicos, suas percepções bucais e o SOC e, mais especificamente, em referência à promoção da saúde. **Objetivo:** Verificar a relação entre senso de coerência, condição e percepção da saúde bucal de drogaditos. **Metodologia:** Estudo transversal com 131 usuários adultos de ambos os gêneros do CAPS-AD de Campo Grande (MS), os quais passaram por exame clínico e responderam a perguntas socioeconômicas, percepção da saúde bucal, hábitos de cuidados e usos de serviços odontológicos, além do questionário SOC, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento. As variáveis foram testadas e relacionadas aos valores médios do índice CPO-D, uso de prótese, e necessidade de tratamento odontológico. **Resultados:** A maioria dos pacientes tem uma percepção ruim de sua saúde bucal (51,1%), o escore CPO-D médio dos pacientes foi de $15,63 \pm 0,64$ dentes, o SOC foi de $40,75 \pm 0,70$ pontos. Houve associação entre o gênero dos pacientes e a percepção da saúde bucal dos mesmos, porém, sem diferença significativa entre os gêneros. O número de dentes cariados nos pacientes com até 39 anos foi maior do que entre os pacientes com 40 anos ou mais, por outro lado, a quantidade de dentes perdidos e o escore CPO-D total, entre os pacientes com 40 anos ou mais, foi maior do que para os pacientes com até 39 anos de idade. **Conclusão:** Houve uma correlação linear positiva fraca, entre SOC e a quantidade de dentes cariados dos pacientes, e uma tendência de correlação linear negativa entre SOC e quantidade de dentes a serem tratados, e os pacientes com até 39 anos de idade apresentaram um escore SOC maior do que aqueles com 40 anos ou mais.

Palavras-chave: saúde bucal, senso de coerência, usuários de drogas, drogas ilícitas.

ABSTRACT

Miranda LO. Sense of coherence, oral health condition and perception of drug users. Campo Grande – MS; 2015. [Dissertation – Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul].

Introduction: Even with the improved condition in population's oral health, society still suffers with the high prevalence of caries and tooth loss, what makes it possible to infer that the health-disease process goes beyond the biomedical determinism. This condition is common among illicit drug users that are exposed to stressful situations. The salutogenic theory, which central point is the sense of coherence (SOC), proposed by Antonovsky, assesses the health and its relationship to stress factors. The Drug and Alcohol Psychosocial Care Center (CAPS-AD) in Campo Grande-(MS), is responsible for taking care of drug addicts, does not have a professional dentist to meet this demand. Furthermore, there are few studies linking oral health condition of drug addicts, their oral perceptions and the SOC and, more specifically, in reference to health promotion. **Objective:** To investigate the relationship between sense of coherence, oral health condition and perception of drug users. **Methods:** Cross-sectional study with 131 adult users of both genders, which answered to clinical and socioeconomic questions, perception of oral health, care habits and dental services usage, and also answering a SOC quiz, after signing the Informed Consent and Informed Consent and Agreement forms. The variables were tested and correlated to the average values of the DMFT index, use of prosthesis and need for dental treatment. **Results:** Most patients have a poor perception of their oral health (51.1%), the average DMFT score of the patients was 15.63 ± 0.64 teeth, the SOC was $40.75 \pm 0, 70$ points. There was association between patient gender and the perception of oral health of these, however, no significant difference between the genders. The number of decayed teeth in patients up to 39 years was higher than among patients aged 40 years or more, on the other hand, the number of missing teeth and the DMFT score among patients aged 40 years or more, was higher than for patients up to 39 years of age. **Conclusion:** The study demonstrated a weak positive linear correlation, between SOC and the number of decayed teeth of patients, and a negative linear correlation trend between SOC and number of teeth to be treated, and patients up to 39 years old had an SOC score greater than that with aged 40 years or more.

Keywords: oral health, sense of coherence, drug users, street drugs

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados referentes à idade, escolaridade, estado civil, renda, quantidade de filhos, escovação diária e uso de fio dental, entre os drogaditos, de acordo com o gênero (n=131). Campo Grande (MS) – 2014.....	34
Tabela 2 - Distribuição dos drogaditos de acordo com a percepção da saúde bucal e da necessidade de tratamento dentário, dor nos últimos 6 meses, tempo e motivo da última consulta, dificuldade de falar por causa dos dentes e percepção de necessidade de uso de prótese, segundo o gênero (n=131). Campo Grande (MS) - 2014.....	36
Tabela 3 - Distribuição dos drogaditos de acordo com o uso e a necessidade de prótese superior ou inferior, segundo o gênero (n=131). Campo Grande (MS) - 2014.....	37
Tabela 4 - Resultados referentes ao índice CPO-D, SOC e quantidade de dentes por necessidade de tratamento dos drogaditos, de acordo com o gênero (n=131). Campo Grande (MS) - 2014.....	38
Tabela 5 - Resultados referentes à avaliação da correlação linear do escore SOC com os componentes do índice CPO-D (em separado e agrupado) e com a quantidade de dentes a serem tratados (n=131). Campo Grande (MS) - 2014.....	40
Tabela 6 - Resultados referentes ao escore SOC em relação às variáveis percepção da saúde bucal, escolaridade, motivo da última consulta, necessidade de uso de prótese total ou troca da atual e necessidade de prótese superior ou inferior (n=131). Campo Grande (MS) - 2014.....	42
Tabela 7 - Resultados referentes ao índice CPO-D, SOC e quantidade de dentes por necessidade de tratamento dos drogaditos, de acordo com a faixa etária (n=131). Campo Grande (MS) - 2014.....	43

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Gráfico apresentando a quantidade de dentes cariados, perdidos, obturados e o escore CPO-D, entre os pacientes do gênero masculino, gênero feminino e total. Cada coluna representa a média e a barra o erro padrão da média..... 39
- Figura 2 - Gráfico de dispersão apresentando a correlação linear significativa entre o componente “Cariados” do CPO-D e o escore SOC para um único paciente. A linha tracejada representa a linha de regressão linear. p =valor de p no teste de correlação linear de Pearson; r =coeficiente de correlação linear..... 41
- Figura 3 - Gráfico apresentando a quantidade de dentes cariados, perdidos, obturados e o escore CPO-D, entre pacientes com diferentes faixas etárias e no total. Cada coluna representa a média e a barra o erro padrão da média. * Diferença significativa em relação aos pacientes com 40 anos ou mais de idade (teste t-student, $p < 0,001$). ** Diferença significativa em relação aos pacientes com até 39 anos de idade (teste t-studente, $p < 0,001$)..... 44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS - AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEINF	Centro de Educação Infantil
CEP/UFMS	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
CG	Campo Grande
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ceo-d	cariados, extraídos, obturados - dentes
CPO-D	Cariados, Perdidos, Obturados - Dentes
GO	Goiás
GRR	Recursos Gerais de Resistência
MS	Mato Grosso do Sul
OIDP	Impacto das Condições de Saúde Bucal sobre a vida diária
OMS	Organização Mundial de Saúde
PB	Paraíba
SB BRASIL 2010	Saúde Bucal Brasil 2010
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde Pública
SOC	Senso de coerência
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Termo de Assentimento
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1. Senso de Coerência	18
2.1.1 Teoria Salutogênica e Senso de Coerência.....	18
2.1.2 SOC e condições socioeconômicas e saúde.....	20
2.1.3 SOC e saúde bucal.....	21
2.2 Percepção de saúde bucal e condições comportamentais	23
2.2.1 Drogaditos e a condição de saúde bucal.....	23
2.2.2 Diretrizes básicas do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e estratégia de funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD)	24
2.2.3 Saúde Bucal e CAPS-AD.....	25
2.3 Cárie	26
2.3.1 Índice de Dentes Permanentes, Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D).....	26
2.3.2 Aspectos sociais e comportamentais relacionados à doença cárie.....	27
3 OBJETIVOS	30
3.1 Objetivo geral	30
3.2 Objetivos específicos	30
4 METODOLOGIA	31
4.1 Caracterização do estudo	31
4.2 Aspectos éticos	31
4.3 Caracterização do local da Pesquisa	31
4.4 Amostra	31
4.5 Autorização para a pesquisa	31
4.6 Procedimentos de coleta	32
4.7 Análise estatística dos dados	33
5 RESULTADOS	34
6 DISCUSSÃO	45
7 CONCLUSÕES	52
REFERÊNCIAS	53

APÊNDICES	61
ANEXOS	62

1 INTRODUÇÃO

A preocupação com o uso em excesso de álcool e outras drogas é constante em nível mundial. O ser humano ao vivenciar uma rotina característica do atual mundo competitivo, acaba por ultrapassar os limites da sua saúde, e convive com o proibido e ilegal. Os dependentes químicos pertencem ao grupo do que não seria aceitável social e judicialmente. As drogas ilícitas apresentam consequências trágicas, e até desconhecidas, em relação às reações geradas no organismo humano. Quando se fala da cavidade bucal, as consequências geradas pelo uso dessas drogas são pouco conhecidas.

Os usuários habituais de álcool e drogas, por não serem julgados como adequados pela sociedade, fazem parte de um grupo não aceitável socialmente. O fato de pertencerem a tal grupo, os torna, além de mais debilitados pelo uso dessas drogas, pessoas recusadas socialmente, com reflexos pouco conhecidos para a sua saúde, em especial para a saúde bucal. Conforme proposto por Bauer (2004), os diferentes segmentos de excluídos do contexto social e produtivo são produtos de um processo ideológico pensado e reproduzido pelas elites brasileiras, que os representam como personagens que precisam ser reeducados, reduzidos à condição de marginais e indigentes, a cargo dos serviços sociais ou de segurança pública. Ou seja, a esse segmento, só restaria a filantropia ou a força repressiva, negando deliberadamente a determinação histórica e social dessa exclusão, bem como a compreensão da natureza desse processo.

O abuso do álcool é responsável por aproximadamente 350 doenças físicas e psíquicas. No Brasil, 90% das internações em hospitais psiquiátricos por dependência de drogas acontecem devido ao abuso de álcool (FERNANDES et al., 2008).

O crescente consumo do *crack* vem chamando a atenção do poder público e da sociedade pelos seus efeitos nocivos (ANTONIAZZI et al., 2013). O consumo de drogas entre jovens e adultos, fenômeno conhecido como “drogadição”, é fato de ocorrência frequente nas sociedades ocidentais, e seu incremento em faixas etárias cada vez mais precoces vem sendo observado nas últimas décadas.

A variação nos padrões de consumo abrange situações de uso eventual, ou eventos isolados movidos por curiosidade até quadros de dependência psíquica e/ou química (PEDREIRA et al., 1999).

O termo “drogadito” é derivado da palavra “drogadição”, o qual refere-se ao mesmo que dependente, usuário dependente, toxicômano, dependente químico e farmacodependente (São Paulo, 2014).

Observa-se, diariamente, um aumento significativo de indivíduos dependentes químicos, bem como a falta de aprofundamento nesse assunto por parte da Odontologia (COLODEL et al., 2009). Acompanhar o modo de vida e hábitos dos drogaditos é uma maneira de proporcionar apoio e suporte para diminuir esse aumento, além de compreender se, nesses indivíduos, a dependência pode alterar a condição de saúde bucal.

Entender o processo saúde doença ultrapassa o determinismo biomédico, e alcança o limite social e psicológico. A saúde da população, inclusive a saúde bucal, está relacionada diretamente às condições do meio no qual está inserida e, fundamentalmente, às relações estabelecidas entre as pessoas e a família. Dessa forma, deve ser entendida como o resultado do equilíbrio entre forças que determinam a saúde e a doença, forças essas, geradas a partir dos espaços social, político e cultural, transcendendo a compreensão dos determinantes biológicos (BONANATO et al., 2008).

Além de compreender o meio que vivem os dependentes químicos é necessário entender a saúde deles em um contexto mais amplo. Nesse sentido, buscou-se a teoria Salutogênica proposta por Antonovsky, que auxilia repensar a saúde e o estresse fora do determinismo biomédico (NIELSEN; HANSSON, 2007) para compreender essa população.

A teoria salutogênica tem como ponto central, o senso de coerência (SOC) que é a capacidade de adaptação ao estresse (SAVALOINEN et al., 2005). É possível quantificar o SOC através de uma escala ordinal, cujos escores indicam o grau de adaptabilidade das populações ao ambiente no qual está inserida. Quanto maior o escore, mais forte é o SOC. Os valores do SOC expressam um sentimento global e abrangente em relação aos acontecimentos da vida. Esse sentimento pode ser entendido, administrado e ter um significado. Reflete a capacidade individual em responder a situações estressantes proporcionando proteção para a sua saúde (LARSSON; KALLENBERG, 1996; VOLANEN et al., 2006).

Usuários habituais de droga e álcool estão propensos a momentos de estresse, muito mais do que um indivíduo com pouco contato com as drogas ilícitas. Torna-se, portanto, importante compreender a relação de drogaditos com situações de estresse.

Além disso, saúde e doença são fenômenos clínicos e sociais vividos culturalmente. Para promover saúde de maneira efetiva, deve-se levar em conta não só aspectos objetivos deste processo, mas também os subjetivos, relativos às opiniões das pessoas que o vivenciam. Pesquisas sobre percepção em saúde são importantes, pois possibilitam entender os comportamentos e a influência que o processo saúde e doença exerce na qualidade de vida das pessoas (SILVEIRA; STANKE, 2008).

Considerando que há poucos estudos relacionando o SOC, a condição e percepção da saúde bucal de drogaditos, e, mais especificamente, em referência à promoção da saúde, esta pesquisa, justifica-se, diante de perguntas que se colocam na realidade dos pacientes em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) de Campo Grande (MS).

Também, reconhecer a condição da saúde bucal, além de verificar a necessidade de uma equipe multiprofissional, incluindo o profissional odontólogo, uma vez que a instituição, CAPS-AD, não apresenta a oferta de atendimento do cirurgião - dentista aos seus usuários, poderá proporcionar uma população menos propensa a recaídas pela dependência química e com uma melhor condição de saúde bucal.

Diante do exposto, esse trabalho teve por objetivo verificar a relação entre SOC, a condição e percepção da saúde bucal de drogaditos no CAPS-AD do município de Campo Grande (MS).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Senso de Coerência

2.1.1 Teoria Salutogênica e Senso de Coerência

A teoria salutogênica, proposta pelo doutor em sociologia, Aaron Antonovsky, afirma, de acordo com o atual paradigma de promoção de saúde, que para se promover saúde é necessário pensar saúde. O ponto central da teoria é o senso de coerência (SOC) que objetiva quantificar o grau de adaptabilidade das populações ao seu ambiente. É composto de três elementos: compreensibilidade (capacidade de compreender um evento), maneabilidade (potencial de manipulá-lo ou solucioná-lo) e significância (o significado que se dá ao evento) (BONANATO et al., 2008).

De acordo com Antonovsky¹ (1987 *apud* Lacerda 2010) a teoria salutogênica fundamenta-se em dois conceitos: recursos gerais de resistência (GRR – *general resistance resources*) e senso de coerência (SOC – *sense of coherence*).

Os recursos gerais de resistência (GRR) são de caráter externo e interno, o que facilita na administração da vida. Esses recursos proporcionam ao indivíduo um conjunto de experiências de vida caracterizadas pela consistência, pela participação individual na obtenção de resultados da ação, e pela possibilidade de fazer um balanço positivo/negativo da sua ação. A capacidade que uma pessoa tem de usar os seus GRR baseia-se no seu senso de coerência (LINDSTRÖM, 2001).

Conforme Antonovsky (1993), em um estudo realizado em mulheres que viveram em campos de concentração durante a Segunda Guerra Mundial, verificou-se que devido a um pensamento mais positivo, algumas dessas mulheres conseguiam manter uma saúde física e mental melhor em relação às outras, mesmo diante da situação adversa vivida. Esse fato despertou o interesse para um estudo mais aprofundado dessa condição.

Para Antonovsky, explicar a saúde é mais importante do que explicar a doença. Vitais à saúde são as contribuições por meio de estabilidade social e paz,

¹ Antonovsky A. Unraveling the mystery of health – How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey Bass Publishers; 1987.

trabalho psicologicamente gratificante e lugar digno na sociedade. Ao propor o senso de coerência, faz uma tentativa de administrar um conjunto de atitudes para buscar melhores resultados à saúde (GÜNTHER; MACHADO, 2002).

Silva et al. (2008) discutiram a teoria salutogênica e sua aplicação às estratégias de promoção de saúde bucal nos seus cinco domínios: criar ambientes saudáveis, promoção de saúde através de política pública, reforçar a ação da comunidade, desenvolver habilidades pessoais, reorientar os serviços de saúde. Para os autores é mais importante centrar sobre recursos e capacidade de gerar saúde do que em causas de doença. O conceito da salutogênese explica por qual razão indivíduos em situações difíceis e estressantes conseguem manter uma boa saúde. O SOC reflete o modo de vida e a capacidade de responder a situações estressantes.

Em relação ao SOC, Antonovsky definiu-o como a capacidade de enfrentamento ao estresse. É um sentimento global do indivíduo que expressa um forte sentimento de confiança em relação aos ambientes internos e externos, encarando-os como sendo previsíveis e manejáveis. Considera que mesmo diante de situações adversas, esse indivíduo consegue dar um significado a sua vida (BONANATO et al., 2009).

Alguns eventos como escolarização, configuração de relacionamentos e condições socioeconômicas influenciam o SOC. Eventos negativos na vida como morte, problemas no trabalho ou com familiares também influenciam o SOC (VOLANEN et al., 2010).

O SOC irá se desenvolver como resultado de experiências de aprendizagem que acumula ao longo da vida. Não há informações precisas sobre a idade de um desenvolvimento integral do SOC (GEYER, 1997).

Antonovsky, em 1987, criou para mensurar o SOC, um questionário apresentando inicialmente 29 questões, com 7 respostas, com formato *Likert*, sendo algumas das perguntas em desenho afirmativas e outras negativas. No Brasil, na cidade de Goiânia (GO), foi usada em inspiração ao questionário de Antonovsky, a primeira versão curta, com 13 questões, para verificar o SOC e comportamentos preventivos em saúde bucal. As perguntas foram respondidas em uma escala de 7 pontos, na qual o número 1 corresponde ao extremo negativo e o número 7, ao extremo positivo. A escala que mensura o SOC foi desenvolvida por Antonovsky

para ser aplicada no formato de entrevista ou autopreenchimento (BONANATO et al., 2008).

O questionário SOC brasileiro foi avaliado entre profissionais de enfermagem e os resultados obtidos indicaram a existência de adequada consistência interna e presença de validade da versão adaptada para o português do Questionário de Senso de Coerência. O estudo possibilitou a ampliação de tal questionário entre profissionais de diversas áreas de atuação de enfermagem e consequente comparação com estudos feitos em outros países (SCHMIDT; DANTAS, 2011).

Eriksson; Lindström (2005), revisaram e analisaram sistematicamente a validade e confiabilidade do questionário de Antonovsky. O estudo foi uma integração sistemática da base de conhecimento contemporâneo sobre a pesquisa salutogênica publicado 1992-2003. A revisão inclui 458 publicações científicas e 13 teses de doutorado. Concluíram que a escala SOC parece ser confiável, válida, além de medir como as pessoas agem em situações de estresse e ficam bem.

2.1.2 SOC, condições socioeconômicas e saúde

Um estudo realizado por Lantz et al. (2001) revelou que tanto a educação como a renda têm forte associações com a mudança no estado de saúde. A renda pode representar o acesso a recursos tangíveis, tanto em nível individual e da comunidade, que tenham implicações para o estado de saúde, incluindo habitação, condições de trabalho, alimentação e cuidados de saúde, e um maior apoio social e de coesão da comunidade.

Outro estudo realizado por Bernabé et al. (2009a) mostrou a influência do senso de coerência em relação a condição socioeconômica na infância e condição de saúde bucal de adultos. Os autores concluíram que um SOC mais forte foi significativamente associado com melhor condição de saúde bucal em adultos. O SOC mais fraco associou-se a fatores socioeconômicos.

A relação existente entre níveis de renda e o SOC já foi analisada em Israel, com casais de meia idade, constatando a associação entre o conjunto das variáveis encontradas em ambientes domésticos e o sentido da coerência na família.

Concluiu-se que quanto maior a renda, maior o senso de coerência familiar (GUSTAVSSON; BRANHOLM, 2003).

Para Lindström; Eriksson (2005), a teoria salutogênica pode ser um referencial teórico para a promoção da saúde, uma vez que melhora a qualidade de vida. Segundo a teoria, poderia criar um quadro teórico sólido para a promoção da saúde já que o SOC tem uma forte correlação com a saúde percebida, bem-estar mental e qualidade de vida.

Boman et al. (2012) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar como a saúde oral está relacionada com a saúde, qualidade de vida e o senso de coerência. O estudo incluiu 500 mulheres suecas, entre 38 a 50 anos de idade, que foram avaliadas por meio de questionários com perguntas globais referentes ao status socioeconômico, saúde oral, atendimento odontológico, e testes de qualidade oral e de vida e o senso de coerência. Os autores concluíram que o baixo senso de coerência previu baixa qualidade de saúde oral e de vida.

Em 2010, Torradi et al. avaliaram o senso de coerência de indivíduos internados para a realização de cirurgia cardíaca. Concluíram que na área das doenças cardiovasculares, um forte senso de coerência para os pacientes na fase de reabilitação cardíaca, relaciona-se a uma melhor chance de recuperação e encorajamento para enfrentar a doença, e defenderam a aplicação dos questionários a esses pacientes em tratamento, inclusive para auxiliar aqueles que apresentarem um SOC baixo a enfrentarem a doença de forma a ter menos estresse durante a internação quando na espera pelo procedimento cirúrgico.

Um estudo realizado em Campo Grande (MS), avaliou 640 mães ou responsáveis do gênero feminino de alunos de quatro a cinco anos de idade matriculados nos Centros de Educação Infantil (CEINF), verificando a relação entre SOC das mães e as variáveis renda, escolaridade, trabalho e moradia. Os autores concluíram que houve uma associação entre menores valores do SOC materno e condições socioeconômicas desfavoráveis (LACERDA et al., 2012).

2.1.3 SOC e saúde bucal

Segundo Freeman (1989), os hábitos da saúde bucal de um indivíduo estão diretamente relacionados com o modo de vida das pessoas, uma vez que atuarão como determinantes de comportamentos e percepções na saúde.

Para investigar a relação entre senso de coerência e a saúde bucal, Freire et al. (2001) realizaram um estudo em Goiânia, Centro-Oeste do Brasil, em uma amostra de 664 adolescentes de 15 anos, selecionados aleatoriamente em escolas. Os dados foram coletados por meio de questionários, a versão curta da escala de Antonovsky SOC (13 itens) e exames odontológicos clínicos. O estudo avaliou o estado de saúde bucal, limpeza oral, e doença periodontal, e comportamentos relacionados à saúde bucal como frequência de ingestão de açúcar, a frequência da escovação, e padrão de atendimento odontológico. Os resultados revelaram que o SOC foi identificado como determinante psicossocial do comportamento dos adolescentes relacionados com a saúde oral, que afeta particularmente seu padrão de cuidados e atendimento odontológico.

Um estudo realizado com adultos finlandeses, a fim de verificar a relação entre o SOC e os comportamentos relacionados à saúde oral (escovação dentária, frequência e consumo de açúcar, hábito de fumar e procura por cirurgião-dentista) confirmaram uma forte associação entre SOC e comportamentos favoráveis em relação à saúde bucal. Nesse estudo, o SOC forte foi associado a indivíduos com maior frequência de escovação dentária, não fumante, menos consumo de produtos açucarados e visitas mais frequentes ao cirurgião-dentista, isto é, houve relação do SOC a comportamentos positivos em relação à saúde bucal (BERNABÉ et al., 2009b).

Em 2009, Ayo-Yusuf et al. relacionaram o SOC a comportamentos envolvidos com a escovação dentária em adolescentes no Sul da África. Concluíram que a predisposição da família em relação ao ambiente pode influenciar significativamente o comportamento dos filhos em relação à escovação dentária.

Bernabé et al. (2009a) avaliaram 5.318 indivíduos dentados com mais de 30 anos na Finlândia. O estudo objetivou avaliar a relação entre SOC, fator socioeconômico na infância e comportamentos com a saúde bucal. Concluíram que um SOC forte está relacionado ao melhor comportamento com a saúde oral na fase adulta.

Bonanato et al. (2008) ao realizarem um estudo entre mães e pré-escolares, concluíram que a relação entre saúde bucal de pré-escolares e o senso

de coerência materno não existiu. A supervisão dos pais, o uso de dentifrício fluoretado e frequência de higiene bucal não tiveram associação com a experiência de cárie. O fator que mostrou influência para cárie dessas crianças foi a relação com a idade, quanto maior, mais elevado é o ceo-d.

Lacerda et al. (2012) avaliaram a relação entre o senso de coerência materno das mães de pré-escolares e as variáveis idade, renda, escolaridade, trabalho, moradia e percepção da saúde bucal. Houve associação entre menores valores do senso de coerência materno e condições socioeconômicas desfavoráveis, assim como, em situação de estresse. Nesse estudo, as mães apresentaram uma relação pessimista em relação à própria saúde bucal. Portanto, o senso de coerência materno tem forte característica psicológica e pode ser um determinante de saúde bucal.

2.2 Percepção de saúde bucal e condições comportamentais

2.2.1 Drogaditos e a condição de saúde bucal

O conceito de drogadição na sociedade contemporânea é vista como além do consumo de drogas, como também, para os usuários, como a ilusão do fim da angústia e do fetiche enquanto defesa, promovendo uma tentativa de findar com as incertezas. O termo adição começou a ser entendido como doença em meados do século XX. A mudança no entendimento de drogas e adição, ocorreu em meio a uma atmosfera de pós-guerra, xenofobia, ascensão da medicina e questões político econômicas, contribuindo para o fenômeno do medo da adição. Hoje fala-se muito em discursos associados às drogas, adições e drogaditos (MOUNTAIN, 2002).

Relacionada de alguma forma à “dependência” está a palavra “adição” e a correlata “drogadito”. Esta última adquiriu uma conotação distintiva, inconveniente e pejorativa que não reflete o conceito de abuso de substância como um transtorno médico. A palavra “adição” também é trivializada pelo uso popular (KAPLAN et al., 2003).

Aqueles com características ou comportamentos diferentes da maior parte da sociedade fazem parte de um novo grupo, denominado excluídos. O fato desses pacientes também pertencerem, de uma forma geral, aos estratos socialmente

menos favorecidos, os levam a negligenciar sua própria higiene bucal, determinando o deterioramento ou agravamento das condições de saúde bucal (SHIRAKAWA, 1999).

Em 1999, Pedreira et al. avaliaram pacientes drogaditos em recuperação, por meio de questionários, medidor de fluxo salivar, avaliação de CPO-D e perfil psicológico. Apresentaram um fluxo salivar e a capacidade tampão normais, e o CPO-D elevado. Concluíram que o CPO-D aparece com valores elevados, resultado que valida a hipótese que a drogadição está associada a fatores locais de risco à cárie. Além disso, o índice de cárie apresentado pela amostra relatou um possível reflexo do uso contínuo de drogas, e que a ação local das drogas na cavidade bucal apresenta efeitos deletérios, resultando em níveis aumentados de cárie dentária e perdas dentais.

Alves et al.(2013) afirmaram que há poucos estudos que relatam a condição dos usuários habituais de álcool e drogas, e que possam subsidiar a conduta dos profissionais frente a um dos maiores problemas de saúde pública, afetando tanto direta como indiretamente a qualidade de vida dos usuários de drogas e seus familiares. Além disso, os autores afirmaram que há uma carência de informações sobre características e condição de tratamentos voltados à Odontologia para essa população específica.

Os drogaditos constituem uma classe de pacientes especiais pouco estudada, com escassez de dados precisos sobre a realidade do consumo de drogas, apesar do crescente aumento deste fenômeno social. Isso contribui para que cirurgiões-dentistas e outros profissionais da saúde desconheçam sobre como atuar sobre essa parcela da população (RIBEIRO et al., 2002).

2.2.2 Diretrizes básicas do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Estratégia de funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS - AD)

O texto da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, marco legal da reforma Psiquiátrica, ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei garante aos usuários de serviço de saúde mental – e, conseqüentemente, aos que sofrem transtornos decorrente do consumo de álcool e outras drogas – a universalidade de acesso e direito à assistência, bem

como à sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população. Refere-se, então, aos CAPS, e para os drogaditos o CAPS-AD, o qual oferece as seguintes modalidades de tratamento: intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Entende-se por tratamento intensivo a modalidade de tratamento direcionada a pessoas com grave sofrimento psíquico, que precisam de atenção contínua – nessa modalidade o paciente é atendido diariamente. O tratamento semi-intensivo é uma modalidade oferecida a pacientes que necessitam de atenção direta da equipe, mas apresentam menos sofrimento e melhor estruturação psíquica do que no caso anterior – nessa modalidade o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Já o tratamento não intensivo é oferecido a pacientes que não necessitam de suporte contínuo, limitando-se o seu atendimento em até três dias no mês. As atividades consistem em atendimento individual, em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, repouso e desintoxicação ambulatorial (BRASIL, 2004).

O consumo de álcool e drogas têm se tornado um dos maiores responsáveis pelos altos índices de criminalidade e violência no país. Diante disso, o governo tem adotado estratégias que proporcionem o combate desses usos. Entre essas estratégias, está a implantação do Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPS-AD) em cidades com mais de 150 mil habitantes, com a finalidade de disponibilizar tratamento a pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, por meio de uma proposta baseada em serviços comunitários e apoiada por leitos psiquiátricos em hospital geral de acordo com as necessidades dos pacientes (BRASIL, 2013).

Conforme a Lei Municipal 4.401 de 08 de Agosto de 2006, foi criado e denominado de Fátima Maria Mendes Medeiros o CAPS-AD de Campo Grande (MS), localizado inicialmente na rua Joaquim Murtinho, Centro (Campo Grande, 2006).

2.2.3 Saúde Bucal e CAPS-AD

Para Costa et al. (2011) o uso de drogas causa modificações como alteração do humor e perda da autoestima levando a um descuido com a saúde geral e bucal.

No mesmo sentido, Souza; Kantorski (2009) em estudo realizado no CAPS-AD da região sul do Brasil, relataram que o uso de substâncias psicoativas, muitas vezes, consiste em uma alternativa encontrada pelo indivíduo para lidar com o estresse gerado pelo ambiente familiar. No CAPS-AD avaliado, constataram que durante anos, a única alternativa de “tratamento” do usuário foram as repetidas internações psiquiátricas quem em nada ajudavam, a não ser no prolongamento da abstinência, interrompida pela descontinuidade da assistência extramuros; já com os CAPS-AD os equipamentos de saúde mental capazes de impulsionar o cuidar centrado na reabilitação psicossocial do usuário e de sua família, congregando esforços também nos espaços comunitários que os envolve, por meio de um processo de trabalho e cuidado em saúde caracterizado pelo acolhimento, atenção integral, humanização, vínculo e corresponsabilização. A recuperação do paciente com o auxílio de um profissional da odontologia é de extrema importância para a sua reabilitação psicossocial, uma vez que além de conter os problemas de saúde bucal ajuda a reabilitá-lo emocional e psicologicamente, pela autoestima elevada devido à melhora na condição de saúde bucal. Conhecer a saúde bucal pelo cirurgião-dentista pode evitar a administração de medicações ou interações indesejáveis. O termo CPO-D em usuários do CAPS-AD remete também à influência em fatores psicológicos gerados pela perda dentária.

2.3 Cárie

2.3.1 Índice de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D)

O índice CPO-D vem sendo largamente utilizado em levantamentos epidemiológicos de saúde bucal. Trata-se de um índice recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para medir e comparar a experiência de cárie dentária em populações, seu valor expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos (GENEVA, 1997).

No ano 2000, o Ministério da Saúde realizou a discussão sobre um amplo projeto que avaliasse a condição de saúde bucal da população brasileira, incluindo desde a urbana até a rural. Nesse projeto identificado como SB Brasil – Condições de Saúde Bucal na População Brasileira, houve sorteio dos municípios amostrais, com oficinas de treinamento e calibração das equipes. Em seguida foi realizado o trabalho de campo, com exames e entrevistas. Esse relatório apresenta dados da saúde bucal no Brasil, com avaliação de prevalência de cárie dentária (tendo como base o CPO-D, para dentes permanentes, e o ceo-d, para dentes decíduos), prevalência de alterações gengivais, oclusopatias, fluorose dental, necessidade de tratamento e uso de prótese. Na faixa etária de 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, observou-se uma tendência de crescimento na prevalência de cárie dentária em função da idade. Nos adultos, o CPO-D médio foi de 20,1 na faixa etária de 35 a 44 anos e 27,8 na de 65 a 74. Menores índices para o grupo de 35 a 44 anos encontraram-se nas Regiões Norte e Nordeste. Para o grupo de 65 a 74 anos, os menores índices foram encontrados na Região Nordeste e Sul. Destaca-se o fato que o componente perdido é responsável por cerca de 66% do índice no grupo de 35 a 44 anos e quase 93% no grupo de 65 a 74 anos (BRASIL, 2001).

Em 2011, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Saúde Bucal, concluiu, o quarto levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de Saúde Bucal, intitulado SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. O índice de Dentes Permanentes Cariados Perdidos e Obturados - CPO-D, na região centro-oeste, no município de Campo Grande (MS), entre os adolescentes de 15 a 19 anos foi de 4,96. Entre a população de 35 a 44 anos houve uma média de CPO-D de 18,66, já nos habitantes entre 65 a 74 anos a média do CPO-D foi de 26,38 (BRASIL, 2011).

2.3.2 Aspectos sociais e comportamentais relacionados à doença cárie

A cárie dentária é uma doença infecciosa, transmissível, multifatorial e que resulta de uma combinação de três principais fatores: hospedeiro, microbiota e substrato. Porém, a cárie não pode ser explicada somente por uma relação causal entre esses três fatores, pois é resultado de interações mais complexas, envolvendo

múltiplos determinantes que interferem nos fatores principais (FEJERSKOV e KIDD, 2005).

A classificação socioeconômica e a prevalência de cárie dentária em escolares está associada com os fatores socioeconômicos, renda familiar, grau de instrução dos pais e moradia (MENEHIM et al., 2007).

Peres et al. (2000) ao avaliarem crianças de 12 anos, concluíram que o alto CPO-D encontrado estava relacionado com a baixa renda. Crianças cuja renda familiar foi menor do que 5 salários mínimos tiveram 4,18 vezes mais chances de apresentar alta severidade de cárie, quando comparadas com crianças cuja renda familiar foi superior a 15 salários mínimos.

Pinho et al. (2008) relataram sobre a possível reabilitação psicossocial de indivíduos consumidores de álcool e droga. Concluíram que para tanto, é necessário a ampliação da rede social que envolve os profissionais da saúde, os quais atendem esses usuários. Portanto, tais dependentes podem apresentar deficiência na condição odontológica, relacionado à carência de ações multiprofissionais, e um precário comportamento.

Devido ao uso de álcool e droga, muitos dependentes, apresentam influência na condição da sua saúde bucal, o que torna necessário incentivar uma ampla rede social e profissional, auxiliando no processo saúde-doença (VENTURA et al., 2011).

Machado et al. (2010) realizaram uma pesquisa da saúde bucal dos adolescentes internados em unidade socioeducativas e verificaram, em sua maioria, estarem livres de cárie dentária e doença periodontal. Apesar deste grupo ter homogeneidade em relação às condições de vida, notou-se que entre os adolescentes que já tinham feito algum tratamento psicológico não apresentaram necessidade de tratamento odontológico. Dessa forma, o comportamento exerce influência na condição da saúde bucal.

Skeie et al. (2008) realizaram um estudo para avaliar a relação entre atitudes dentárias dos pais e o aumento de cárie em seus filhos a partir da idade de 3 a 5 anos, ou seja, a condição comportamental com a existência de cárie, agora em uma população de crianças e sem dependência química. Os autores estimaram a experiência de cárie nessa população por meio de itens classificados como positivo, caso promovessem uma boa saúde dental, e negativo se não, além da avaliação de dados relativos à higiene, alimentação por meio de um somatório das respostas.

Concluíram que as atitudes odontológicas dos pais estão claramente associadas com aumento de cárie na primeira infância. A relação é tão forte que merece ser levada em conta em futuras estratégias odontológicas preventivas. Portanto, há uma relação entre o comportamento e a condição de saúde bucal.

Em outro estudo, Lacerda (2010) analisou a associação entre SOC materno e a condição de saúde bucal de filhos pré-escolares, entre 4 e 5 anos de idade. Concluiu que o SOC tem fortes características psicológicas, sendo determinante para a saúde bucal. Houve, ainda, associação entre menores valores do SOC e condições socioeconômicas adversas. Além disso, as mães apresentaram uma visão desfavorável em relação a sua saúde bucal.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Verificar a relação entre senso de coerência, condição e percepção da saúde bucal de drogaditos do CAPS-AD do município de Campo Grande (MS).

3.2 Objetivos específicos

- Verificar o CPO-D de drogaditos;
- Verificar a percepção de saúde bucal dos drogaditos;
- Avaliar o SOC dos drogaditos;

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização do estudo

Realizou-se um estudo transversal, com usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) do município de Campo Grande (MS). Essa instituição é a única vinculada ao poder público, responsável pelo atendimento dos dependentes químicos.

4.2 Aspectos éticos

Por se tratar de pesquisa com seres humanos, a mesma foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS) para apreciação e obtendo aprovação (Parecer N. 617.025) (Anexo A).

4.3 Caracterização do local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) da sede urbana de Campo Grande (MS).

4.4 Amostra

A amostra constituiu-se de usuários adultos, de ambos os gêneros, do CAPS-AD. A frequência de usuários do CAPS-AD é variável. No mês de junho de 2014, que foi realizada a coleta dos dados, estavam cadastrados 169 usuários. Porém, a coleta finalizou com 131 usuários.

4.5 Autorização para a pesquisa

Solicitou-se autorização (Apêndice A) da Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande (SESAU/CG) para realização da pesquisa.

Os participantes e seus responsáveis assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento (TA) (Apêndice B), em duas vias, uma via para a pesquisadora e outra para o participante. A coleta de dados iniciou após a autorização da SESAU/CG (ANEXO B).

4.6 Procedimentos de coleta

Primeiramente, foi realizado o estudo piloto, com 16 usuários cadastrados. Esse teve a finalidade de calibrar, ajustar os questionários e evitar dificuldade no seu preenchimento. Os exames foram realizados por uma única examinadora, sob luz natural, com o usuário sentado e a examinadora em pé, com uso de equipamento de proteção individual (EPI) completo. Foram utilizadas sondas do tipo *ball point* apenas para remoção de placa e detritos, espelho bucal devidamente esterilizados e em alguns casos, abaixadores de língua de madeira. Uma anotadora, devidamente treinada, preencheu a ficha.

Após a realização do estudo piloto, e obtenção do valor de Kappa (intraexaminador = 0,96), iniciou-se a coleta dos dados, nos meses de maio e junho de 2014.

O CAPS-AD é composto por profissionais da área da psicologia, educação física, medicina, farmácia, assistência social e enfermagem. Cada um desses profissionais, com exceção do profissional que está na farmácia, realiza atendimento em grupo com usuários.

Num primeiro momento, os sujeitos da pesquisa foram informados do propósito do estudo e do destino dos dados, além da leitura e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento (TA) (Apêndice B). Quando o usuário era menor de idade, procurava o responsável, que o acompanhava, para assinatura do termo. Solicitou-se, em seguida, responderem um questionário socioeconômico, sobre serviços odontológicos e auto percepção em saúde bucal, adaptados do Projeto SB Brasil 2010 (Apêndice C). Além desses questionários responderam também o questionário sobre o senso de coerência (SOC) (Anexo C). Ambos os questionários foram lidos pela pesquisadora,

e marcada a resposta do usuário também pela pesquisadora, uma vez que nem todos sabiam ler.

Após responderem os questionários, os usuários foram submetidos a um exame clínico para verificar a prevalência de cárie (CPO-D), necessidade de tratamento, uso e necessidade de prótese. A ficha utilizada para o exame (Anexo D) foi adaptada do manual da OMS *Oral Health Surveys – Basic Methods* 1997 e do Projeto SB Brasil 2010.

A coleta de dados baseou-se nas recomendações no manual da OMS *Oral Health Surveys – Basic Methods*.

4.7 Análise estatística dos dados

A comparação entre gêneros ou ainda entre faixas etárias, em relação às variáveis idade, CPO-D (em separado e agrupado), SOC e quantidade de dentes por necessidade de tratamento, foi realizada por meio do teste t-student. O mesmo teste foi utilizado para a comparação entre pacientes com ou sem percepção da necessidade de uso de prótese total ou troca da atual, em relação ao escore SOC. A avaliação da associação entre gênero e as demais variáveis qualitativas avaliadas neste estudo foi realizada por meio do teste do qui-quadrado. A avaliação da correlação linear entre o escore SOC com os componentes do índice CPO-D (em separado e agrupado) e com a quantidade de dentes a serem tratados, foi realizada por meio do teste de correlação linear de Pearson. Finalmente, a comparação entre os níveis das variáveis percepção da saúde bucal, escolaridade, motivo da última consulta, necessidade de uso de prótese total ou troca da atual e necessidade de prótese superior ou inferior, em relação ao escore SOC, foi realizada por meio do teste ANOVA de uma via. Os demais resultados das variáveis avaliadas neste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabelas e gráficos. A análise estatística foi realizada utilizando-se o “software” SPSS, versão 20.0 ou SigmaPlot, versão 12.5, considerando um nível de significância de 5% (SHOTT, 1990).

5 RESULTADOS

Tabela 1: Resultados referentes à idade, escolaridade, estado civil, renda, quantidade de filhos, escovação diária e uso de fio dental, entre os drogaditos, de acordo com gênero (n=131). Campo Grande (MS) - 2014

Variável	Gênero		Total
	Feminino (n=16)	Masculino (n=115)	
Idade (p=0,768)	39,69±3,43	40,76±1,26	40,63±1,18
Escolaridade (p=0,344)			
Fundamental incompleto	75,0 (12)	48,7 (56)	51,9 (68)
Fundamental completo	6,2 (1)	16,5 (19)	15,3 (20)
Ensino médio incompleto	0,0 (0)	13,9 (16)	12,2 (16)
Ensino superior incompleto	6,2 (1)	3,5 (4)	3,8 (5)
Ensino médio completo	12,5 (2)	16,5 (19)	16,0 (21)
Ensino superior completo	0,0 (0)	0,9 (1)	0,8 (1)
Estado Civil (p=0,535)			
Casado	25,0 (4)	26,1 (30)	26,0 (34)
Solteiro	56,2 (9)	60,9 (70)	60,3 (79)
Separado	18,8 (3)	9,7 (10)	9,9 (13)
Viúvo	0,0 (0)	4,3 (5)	3,8 (5)
Renda (salários mínimos)(p=0,566)			
Até 1	68,8 (11)	61,7 (71)	62,6 (82)
Entre 1 e 3	18,8 (3)	30,4 (35)	29,0 (38)
Acima de 3	12,5 (2)	7,8 (9)	8,4 (11)
Quantidade de filhos (p<0,001)			
0	25,0 (4)a	38,3 (44)a	36,6 (48)
1	6,2 (1)a	19,1 (22)a	17,6 (23)
2	0,0 (0)a	22,6 (26)a	19,8 (26)
3 ou mais	68,8 (11)a	20,0 (23)b	26,0 (34)
Escovação diária (p=0,269)			
Nenhuma	0,0 (0)	2,6 (3)	2,3 (3)
1 vez	6,2 (1)	27,0 (31)	24,4 (32)
2 vezes	56,2 (9)	41,7 (48)	43,5 (57)
3 vezes ou mais	37,5 (6)	28,7 (33)	29,8 (39)
Uso de fio dental (p=0,068)			
Não	56,2 (9)	77,4 (89)	74,8 (98)
Sim	43,8 (7)	22,6 (26)	25,2 (33)

Os resultados estão apresentados em média±erro padrão da média ou em frequência relativa (frequência absoluta). Os valores de p apresentados são

referentes ao teste t-student (idade) ou ao teste do qui-quadrado (demais variáveis). Letras diferentes na linha para a variável quantidade de filhos representa diferença significativa entre os gêneros no teste do qui-quadrado ($p < 0,001$).

Tabela 2: Distribuição dos drogaditos de acordo com a percepção da saúde bucal e da necessidade de tratamento dentário, dor nos últimos 6 meses, tempo e motivo da última consulta, dificuldade de falar por causa dos dentes e percepção de necessidade de uso de prótese, segundo o gênero (n=131). Campo Grande (MS) - 2014

Variável	Gênero		Total
	Feminino (n=16)	Masculino (n=115)	
Percepção da saúde bucal (p=0,039)			
Ruim	56,2 (9)a	50,4 (58)a	51,1 (67)
Boa	37,5 (6)a	43,5 (50)a	42,7 (56)
Ótima	0,0 (0)a	6,1 (7)a	5,3 (7)
Excelente	6,2 (1)a	0,0 (0)a	0,8 (1)
Percepção de necessidade de tratamento dentário (p=0,802)			
Não	12,5 (2)	10,4 (12)	10,7 (14)
Sim	87,5 (14)	89,6 (103)	89,3 (117)
Dor nos dentes nos últimos 6 meses (p=0,662)			
Não	68,8 (11)	73,9 (85)	73,3 (96)
Sim	31,2 (5)	26,1 (30)	26,7 (35)
Tempo da última consulta ao dentista (p=0,430)			
Menos de um ano	50,0 (8)	45,2 (52)	45,8 (60)
Um a dois anos	12,5 (2)	27,0 (31)	25,2 (33)
Três anos ou mais	37,5 (6)	27,8 (32)	29,0 (38)
Motivo da última consulta (p=0,163)			
Prevenção	0,0 (0)	13,9 (16)	12,2 (16)
Dor	18,8 (3)	12,2 (14)	13,0 (17)
Extração	12,5 (2)	14,8 (17)	14,5 (19)
Tratamento	50,0 (8)	53,9 (62)	53,4 (70)
Outros	18,8 (3)	5,2 (6)	6,9 (9)
Dificuldade para falar por causa dos dentes (p=0,619)			
Não	62,5 (10)	68,7 (79)	67,9 (89)
Sim	37,5 (6)	31,3 (36)	32,1 (42)
Percepção de necessidade de uso de prótese total ou troca da atual (p=0,477)			
Não	62,5 (10)	53,0 (61)	54,2 (71)
Sim	37,5 (6)	47,0 (54)	45,8 (60)

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Os valores de p apresentados são referentes ao teste do qui-quadrado. Letras iguais na linha para a variável percepção da saúde bucal representa diferença não significativa entre os gêneros no teste do qui-quadrado ($p > 0,05$).

Tabela 3: Distribuição dos drogaditos de acordo com o uso e a necessidade de prótese superior ou inferior, segundo o gênero (n=131). Campo Grande (MS) - 2014

Variável	Gênero		Total
	Feminino (n=16)	Masculino (n=115)	
Uso de prótese superior (p=0,928)			
Sem prótese	68,8 (11)	69,6 (80)	69,5 (91)
Prótese fixa	0,0 (0)	0,9 (1)	0,8 (1)
Prótese parcial removível	12,5 (2)	15,7 (18)	15,3 (20)
Prótese total	18,8 (3)	13,9 (16)	14,5 (19)
Uso de prótese inferior (p=0,830)			
Sem prótese	87,5 (14)	83,5 (96)	84,0 (110)
Prótese fixa	0,0 (0)	0,9 (1)	0,8 (1)
Prótese parcial removível	6,2 (1)	12,2 (14)	11,5 (15)
Prótese total	6,2 (1)	3,5 (4)	3,8 (5)
Necessidade prótese superior (0,213)			
Sem prótese	43,8 (7)	36,5 (42)	37,4 (49)
Fixa unitária	12,5 (2)	2,6 (3)	3,8 (5)
Fixa ou removível unitária/múltipla	31,2 (5)	40,9 (47)	39,7 (52)
Combinação fixa/removível unitária e/ou múltipla	6,2 (1)	2,6 (3)	3,1 (4)
Total	6,2 (1)	17,4 (20)	16,0 (21)
Necessidade prótese inferior (p=0,909)			
Sem prótese	25,0 (4)	29,6 (34)	29,0 (38)
Fixa unitária	6,2 (1)	4,3 (5)	4,6 (6)
Fixa ou removível unitária/múltipla	56,2 (9)	53,9 (62)	54,2 (71)
Combinação fixa/removível unitária e/ou múltipla	6,2 (1)	2,6 (3)	3,1 (4)
Total	6,2 (1)	9,6 (11)	9,2 (12)

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Os valores de p apresentados são referentes ao teste do qui-quadrado.

Tabela 4: Resultados referentes ao índice CPO-D, SOC e quantidade de dentes por necessidade de tratamento dos drogaditos, de acordo com o gênero (n=131). Campo Grande (MS) - 2014

Variável	Gênero		Total
	Feminino (n=16)	Masculino (n=115)	
CPO-D			
Cariados (p=0,500)	4,38±1,01	3,73±0,33	3,81±0,31
Perdidos (p=0,909)	8,56±2,35	8,28±0,86	8,31±0,81
Obturados (p=0,940)	3,50±0,74	3,58±0,38	3,57±0,34
CPO-D (p=0,636)	16,44±1,63	15,51±0,69	15,63±0,64
SOC (p=0,079)	37,44±1,86	41,21±0,75	40,75±0,70
Quantidade de dentes por necessidade de tratamento			
Nenhum (p=0,765)	10,56±1,41	11,17±0,72	11,09±0,66
Cuidado Preventivo	0,00±0,00	0,00±0,00	0,00±0,00
Selante	0,00±0,00	0,00±0,00	0,00±0,00
Restauração 1 face (p=0,851)	1,88±0,57	1,99±0,22	1,98±0,20
Restauração 2 ou mais faces (p=0,048)	1,25±0,040	0,37±0,07	0,48±0,08
Coroa qualquer motivo (p=0,585)	0,19±0,14	0,31±0,08	0,30±0,07
Faceta Laminada	0,00±0,00	0,00±0,00	0,00±0,00
Tratamento pulpar e restauração (p=0,517)	0,00±0,00	0,03±0,01	0,02±0,01
Extração (p=0,872)	1,69±0,53	1,60±0,19	1,61±0,18
Outros Cuidados (p=0,572)	9,75±2,00	8,50±0,78	8,65±0,72
Outros Cuidados 2 (p=0,576)	6,63±2,15	7,97±0,85	7,81±0,79
Sem registro (p=0,711)	0,00±0,00	0,01±0,01	0,01±0,01

Os resultados estão apresentados em média±erro padrão da média. Os valores de p apresentados são referentes ao teste t-student.

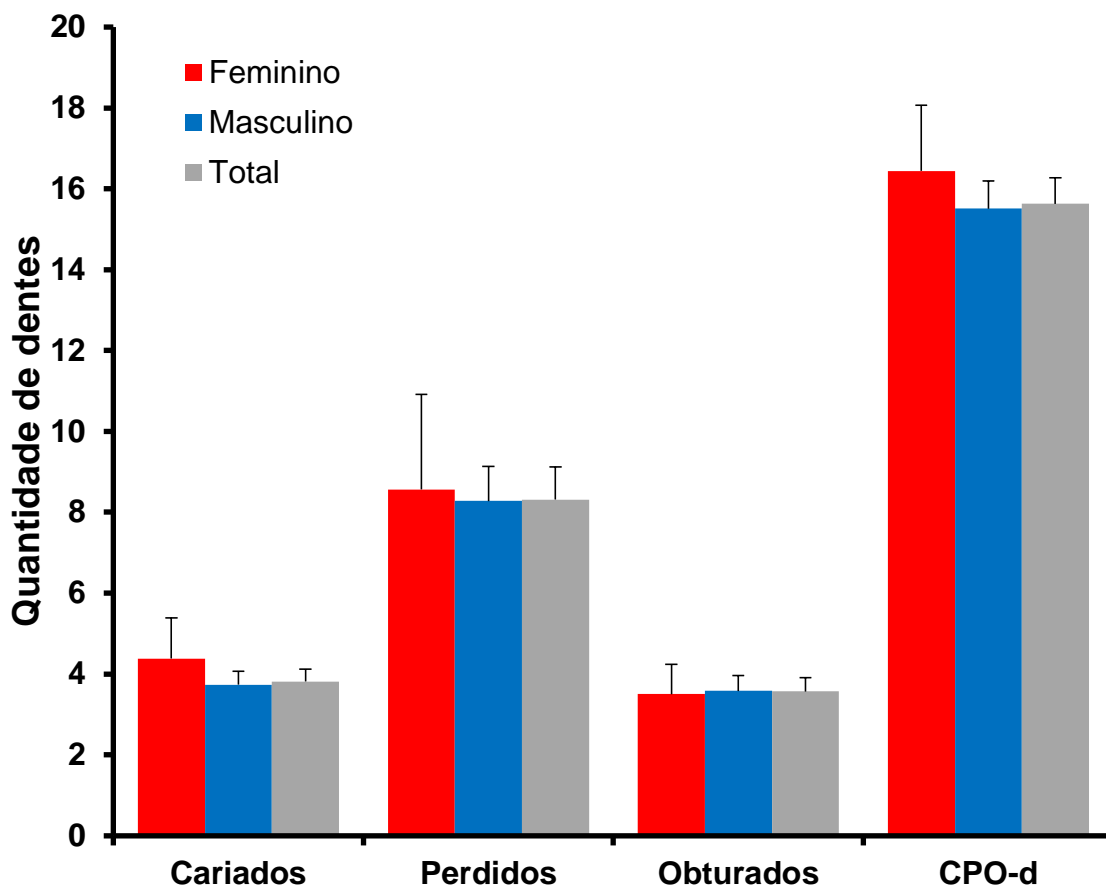


Figura 1: Gráfico apresentando a quantidade de dentes cariados, perdidos, obturados e o escore CPO-D, entre os drogaditos do gênero masculino, gênero feminino e total. Cada coluna representa a média e a barra o erro padrão da média.

Tabela 5: Resultados referentes à avaliação da correlação linear do escore SOC com os componentes do índice CPO-D (em separado e agrupado) e com a quantidade de dentes a serem tratados (n=131). Campo Grande (MS) - 2014

Variável	SOC
Cariados	p=0,029; r=0,191
Perdidos	p=0,138; r=-0,130
Obturados	p=0,880; r=0,013
CPO-D	p=0,513; r=-0,058
Quantidade de dentes a serem tratados	p=0,050; r=-0,171

Os valores de p apresentados são referentes ao teste de correlação linear de Pearson e os valores de r são referentes ao coeficiente de correlação linear de Pearson.

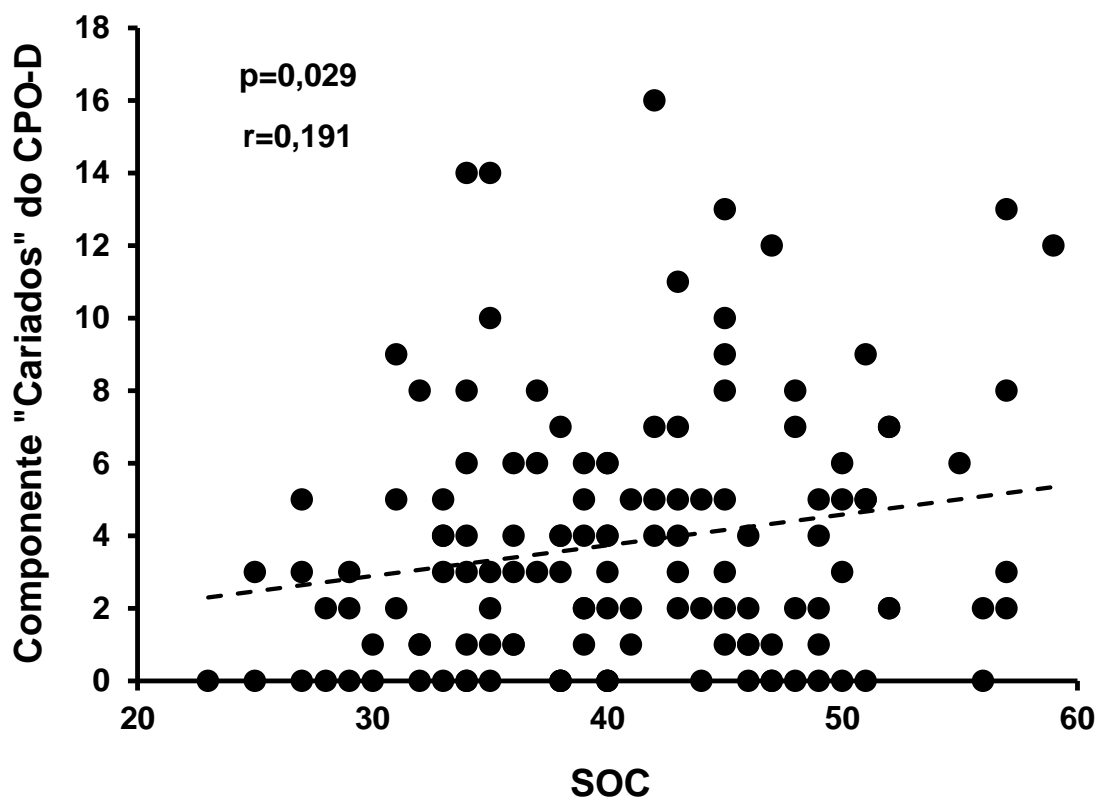


Figura 2: Gráfico de dispersão apresentando a correlação linear significativa entre o componente "Cariados" do CPO-D e o escore SOC. Cada símbolo representa a quantidade de dentes cariados e o escore SOC para um único paciente. A linha tracejada representa a linha de regressão linear. p =valor de p no teste de correlação linear de Pearson; r =coeficiente de correlação linear.

Tabela 6: Resultados referentes ao escore SOC em relação às variáveis percepção da saúde bucal, escolaridade, motivo da última consulta, necessidade de uso de prótese total ou troca da atual e necessidade de prótese superior ou inferior (n=131). Campo Grande (MS) - 2014

Variável	SOC
Percepção da saúde bucal	
Ruim	40,10±0,99
Boa	42,04±1,09
Ótima ou excelente	37,13±2,08
Valor de p	0,176
Escolaridade	
Fundamental (incompleto/completo)	40,31±0,85
Ensino médio (incompleto/completo)	41,05±1,41
Ensino superior (incompleto/completo)	45,33±2,17
Valor de p	0,325
Motivo da última consulta	
Prevenção	44,69±1,48
Dor	38,41±2,01
Extração	40,68±1,69
Tratamento	40,67±1,02
Outros	38,89±2,32
Valor de p	0,219
Percepção de necessidade de uso de prótese total ou troca da atual	
Sim	39,52±0,96
Não	41,79±1,00
Valor de p	0,108
Necessidade de prótese superior	
Sem necessidade de prótese	41,49±1,24
Prótese fixa unitária	38,60±1,94
Prótese fixa ou removível unitária e/ou múltipla	39,83±1,14
Combinação de prótese fixa e/ou removível unitária e/ou múltipla	47,50±2,25
Prótese total	40,52±1,47
Valor de p	0,372
Necessidade de prótese inferior	
Sem necessidade de prótese	42,68±1,42
Prótese fixa unitária	39,00±2,16
Prótese fixa ou removível unitária e/ou múltipla	39,93±0,94
Combinação de prótese fixa e/ou removível unitária e/ou múltipla	47,50±2,25
Prótese total	38,08±2,02
Valor de p	0,117

Os resultados estão apresentados em média±erro padrão da média. Os valores de p apresentados são referentes ao teste t-student (percepção de necessidade de uso de prótese total ou troca da atual) ou ao teste ANOVA de uma via (demais variáveis).

Tabela 7: Resultados referentes ao índice CPO-D, SOC e quantidade de dentes por necessidade de tratamento dos drogaditos avaliados neste estudo, de acordo com a faixa etária (n=131). Campo Grande (MS) - 2014

Variável	Faixa etária	
	Até 39 anos (n=64)	40 anos ou mais (n=67)
CPO-D		
Cariados (p<0,001)	5,20±0,43	2,48±0,39
Perdidos (p<0,001)	2,36±0,40	14,00±1,17
Obturados (p=0,837)	3,64±0,46	3,50±0,51
CPO-D (p<0,001)	11,20±0,63	19,85±0,80
SOC (p=0,023)	42,38±1,00	39,19±0,96

Os resultados estão apresentados em média±erro padrão da média. Os valores de p apresentados são referentes ao teste t-student.

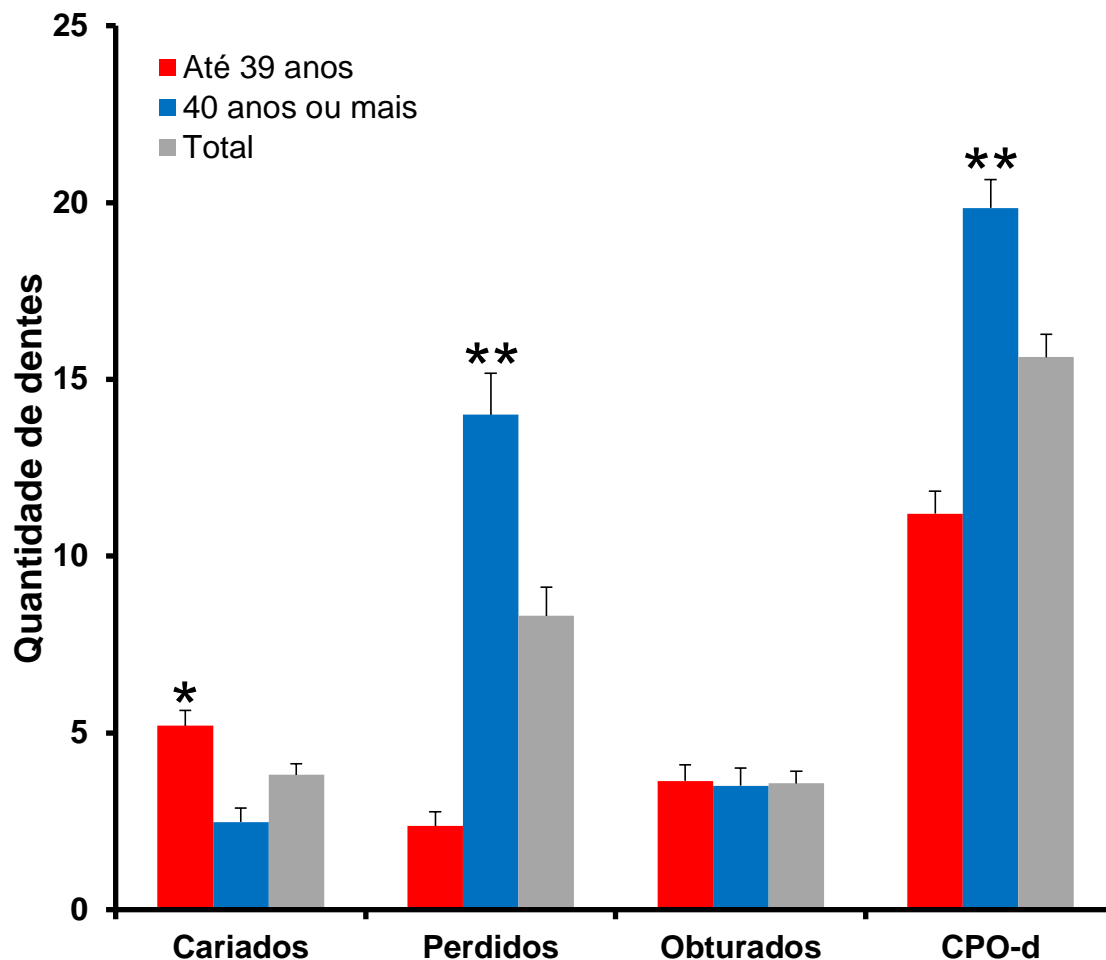


Figura 3: Gráfico apresentando a quantidade de dentes cariados, perdidos, obturados e o escore CPO-D, entre pacientes com diferentes faixas etárias e no total. Cada coluna representa a média e a barra o erro padrão da média. * Diferença significativa em relação aos pacientes com 40 anos ou mais de idade (teste t-student, $p < 0,001$). ** Diferença significativa em relação aos pacientes com até 39 anos de idade (teste t-student, $p < 0,001$).

6 DISCUSSÃO

Neste estudo foram avaliados 131 pacientes com idade variando entre 14 e 73 anos, sendo a idade média de $40,63 \pm 1,18$ anos (média \pm erro padrão da média). A média do CPO-D da população até 39 anos foi de $11,20 \pm 0,63$ e para aqueles com 40 anos ou mais foi $19,85 \pm 0,80$. A quantidade de dentes cariados nos pacientes com até 39 anos foi significativamente maior do que aquela observada entre os pacientes com 40 anos ou mais (teste t-student, $p < 0,001$). Por outro lado, a quantidade de dentes perdidos e o escore CPO-D total, entre os pacientes com 40 anos ou mais, foi significativamente maior do que aquela para os pacientes com até 39 anos de idade ($p < 0,001$) (Tabela 7) (Figura 3). Além disso, em relação à quantidade de dentes obturados, não houve diferença significativa entre as duas faixas etárias ($p = 0,837$). Dessa maneira, o resultado obtido nesta pesquisa corrobora com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, realizada em 2010, ao avaliar o índice de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados - CPO-D, na região centro-oeste, no município de Campo Grande (MS). Nessa pesquisa, para os adolescentes de 15 a 19 anos houve uma média de CPO-D de 4,96, para a população de 35 a 44 anos houve uma média de CPO-D de 18,66, já nos habitantes entre 65 a 74 anos a média do CPO-D foi de 26,38 (BRASIL, 2011). Costa et al. (2011) ao avaliarem a condição de saúde bucal quanto à presença de cárie e perda do elemento dental, verificaram que 77,15% dos avaliados apresentaram tais condições deficientes, em estudo realizado no CAPS-AD de Campina Grande/PB.

O escore CPO-D médio dos pacientes foi de $15,63 \pm 0,64$ dentes (Figura 1). O índice cariado, perdido e obturado, do gênero masculino, foi 3,73, 8,28, 3,58, respectivamente; já ao considerar ambos os gêneros, o índice cariado foi 3,81, perdido 8,31, e obturado 3,57 (Tabela 4). Pedreira et al. (1999) realizaram um estudo com 38 indivíduos, com idade entre 18 e 54 anos, gênero masculino, ex-usuários de drogas, internos em uma instituição de recuperação localizada em Bauru/SP. Na ocasião os examinados foram divididos em 4 grupos conforme o tipo de droga utilizada. Para o grupo do álcool, a média do CPO-D foi 27,83, e para o grupo da maconha 25,71. Ao avaliar o CPO-D separadamente, para o grupo do álcool, o elemento cariado foi 6,31, o perdido 34,52 e o obturado 3,45, para o grupo

da maconha o elemento cariado foi 16,69, o perdido 23,47 e o obturado 4,80. Comparado com a pesquisa realizada no CAPS-AD de Campo Grande (MS), o número de dentes perdidos foi menor do que dos internos da cidade de Bauru. Tal fato pode sugerir a existência de uma diferença na condição de saúde bucal de drogaditos dependendo da região do país, ou em relação ao acesso ao serviço odontológico.

Observou-se nesse estudo que a maior parte dos pacientes avaliados não usava prótese, nem superior (69,5% - n=91), nem inferior (84,0% - n=110). A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010 avaliou o uso de prótese superior na região centro-oeste, entre adolescentes de 15 a 19 anos, revelando que 95,6% não usava prótese, para a população de 35 a 44 anos a porcentagem caiu para 61,1%, e os da faixa etária de 65 a 74 anos, 26,9% não usava prótese. Ao avaliar o uso de prótese inferior nessa mesma região, entre adolescentes de 15 a 19 anos, 99,6% não usava prótese, já para a população de 35 a 44 anos o índice caiu para 88,6%, e os da faixa etária de 65 a 74 anos, 48,4%% não usava prótese (BRASIL, 2011). Portanto, é possível verificar uma relação entre os dados dessa pesquisa e o estudo realizado, pois grande parte da população apresenta uma deficiência no uso de prótese.

O percentual dos participantes que necessitavam de pelo menos um dos tipos de prótese, foi ligeiramente maior, ou seja, a necessidade da prótese superior foi 62,6% (n=82) e inferior 71,0% (n=93). Tanto na arcada superior como na arcada inferior, a prótese mais indicada foi a fixa ou removível, unitária ou múltipla (superior: 39,7% - n=52; inferior: 54,2% - n=71). Na Tabela 2, a maior parte dos pacientes afirmou não apresentar dificuldade para falar por causa dos dentes (67,9% - n=89) e refere que não necessita usar prótese total ou trocar a prótese atual (54,2% - n=71). De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010 ao avaliar a necessidade de prótese entre adolescentes de 15 a 19 anos constatou-se que 11,5% necessita do uso de prótese, a população de 35 a 44 anos 73,4% necessita de algum tipo de prótese, e os da faixa etária de 65 a 74 anos 94,8% necessitavam de prótese (BRASIL, 2011).

Constatou-se nessa pesquisa que mais da metade dos pacientes foi ao dentista pela última vez há um ano ou mais (54,2% - n=71), sendo que para 53,4% (n=70) deles, o motivo da última consulta foi para tratamento dentário. Na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010, observou-se que em relação à última consulta ao

dentista, na região centro-oeste, entre os adolescentes de 15 a 19 anos, 56,4% ocorreu há menos de 1 ano, 25,6% foram entre 1 a 2 anos, 16,6% foram há 3 ou mais anos; a população de 35 a 44 anos, 46,4% foram ao dentista há menos de 1 ano, 24,3% foram entre 1 a 2 anos, 27,1% foram há 3 ou mais anos; e os da faixa etária de 65 a 74 anos 26,4% relataram que foram ao dentista a última vez há menos de 1 ano, 20,1% relataram entre 1 a 2 anos, 47,5% foram há mais de 3 anos. Quando perguntados sobre motivo da última consulta entre os adolescentes de 15 a 19 anos, 25,3% devido prevenção, 18,7% por dor, 9,8% extração, 39,6% tratamento, 4,7% outros; a população de 35 a 44 anos, 15,5% prevenção, 16,4% dor, 18,7% extração, 45,7% tratamento, 3,2% outros, e os da faixa etária de 65 a 74 anos, 36,5% para tratamento. Dessa maneira, percebe-se que quanto maior a idade, menor o número de visitas ao cirurgião-dentista. Os resultados encontrados nesse estudo, quando relacionados ao motivo da última consulta, corroboram o do SB-Brasil 2010, para a população a partir de 35 anos. Portanto, é possível afirmar que, em geral, em relação ao motivo da consulta, aqueles com uma idade superior a 35 anos procuram o profissional odontólogo com o intuito de realizar tratamento.

Na pesquisa SB-Brasil 2010, entre todas as idades avaliadas, de 15 a 19 anos, de 35 a 44 anos, e de 65 a 74 anos consideraram-se satisfeitos com a sua saúde bucal, sendo 48,8%, 38,6% e 51,3%, respectivamente. Na avaliação realizada no impacto das condições de saúde bucal (OIDP) sobre a dificuldade de falar, na região centro-oeste para adolescentes entre 15 a 19 anos foi de 8,4%, entre 35 a 44 anos 13,7%, e entre 65 a 74 anos 16,8%. Ao falar sobre dor de dente, na região centro-oeste, na faixa etária de 15 a 19 anos, 74,1% não teve dor de dente nos últimos 6 meses, na idade entre 35 a 44 anos, 76,4% não teve dor de dente nos últimos 6 meses, e 87,0%, entre 65 e 74 anos, não teve dor de dente nos últimos 6 meses (BRASIL, 2011). Já neste estudo, os resultados foram diferentes daquele realizado em nível nacional, pois uma parcela dos pacientes teve uma percepção ruim de sua saúde bucal (51,1% - n=67), sendo que apenas 6,1% (n=8) deles tem uma percepção ótima ou excelente de sua saúde bucal. A maioria dos pacientes percebe que necessita de tratamento dentário (89,3% - n=117), porém não sentiu dor nos últimos 6 meses (73,3% - n=96). Não houve associação significativa do gênero dos pacientes com as variáveis percepção da necessidade de tratamento dentário, dor nos últimos 6 meses, tempo e motivo da última consulta, dificuldade de falar por causa dos dentes e percepção de necessidade de uso de prótese (teste do

qui-quadrado, $p > 0,05$). Entretanto, houve associação entre o gênero dos pacientes e a percepção da saúde bucal dos mesmos (teste do qui-quadrado, $p = 0,039$), porém, sem diferença significativa entre os gêneros em cada uma das percepções (teste do qui-quadrado, $p > 0,05$) (Tabela 2). Com tais dados é possível sugerir que os drogaditos apresentam uma visão mais pessimista da sua saúde bucal, e que inclusive, devido ao descuido com a mesma, abandonam os cuidados com os dentes, e também a valorização da sua aparência física, seria a influência dos fatores psicológicos nessa população.

Verificou-se ainda nesta pesquisa que a maior parte dos drogaditos avaliados tinham escolaridade até o ensino fundamental completo (67,2% - $n=88$), eram solteiros (60,3% - $n=79$), tinham renda até 1 salário mínimo (62,6% - $n=82$) e possuíam pelo menos 1 filho (63,4% - $n=83$) (Tabela 1). Em relação à renda familiar na pesquisa SB-Brasil 2010, em Campo Grande (MS), observou-se que 9,8% do indivíduos avaliados recebiam até 1 salário mínimo, 76,9% entre 1 e 3 salários mínimos, e 13,2% acima de 3 salários mínimos. Em relação à escolaridade, em Campo Grande (MS), em anos de estudo, no grupo etário de 15 a 19 anos possuiu a maior média que é de 9,1 anos. Para Costa et al. (2011), o baixo nível intelectual dos pacientes entrevistados, representado pelo baixo nível de escolaridade, e a própria questão cultural que discrimina de maneira preconceituosa os dependentes químicos em nossa sociedade, representou o principal fator limitante da pesquisa, pois boa parte dos usuários se negaram a participar, limitando a amostra recolhida. Meneghim et al. (2007) relacionaram a classificação socioeconômica e a prevalência de cárie dentária em Piracicaba/SP em escolares, e concluíram que há associação estatisticamente significativa entre os fatores socioeconômicos (renda familiar, grau de instrução dos pais e moradia) e classe socioeconômica com a prevalência de cárie dentária. Peres et al. (2000) realizaram em Florianópolis, um estudo para conhecer os fatores de risco para a alta severidade de cárie dentária em crianças de 12 anos de idade, e concluíram que os fatores de risco para cárie foram a frequência de consumo de doces e a renda familiar. Sendo assim, há divergência, para menos, na renda familiar das pessoas avaliadas, quando comparado com o SB-Brasil 2010. Já Peres et al. (2000), Meneghim et al. (2007) corroboram com esta pesquisa que a baixa renda gera também deficiência na condição de saúde bucal. Não houve associação significativa do gênero dos pacientes com as variáveis idade, escolaridade, estado civil, renda,

escovação diária e uso de fio dental (teste t-student ou teste do qui-quadrado, $p > 0,05$). Porém, houve associação entre o gênero dos pacientes e o número de filhos dos mesmos, sendo que o percentual de pacientes do gênero feminino com 3 ou mais filhos (68,8% - $n=11$) é significativamente maior do que aquele de pacientes do gênero masculino, também com 3 ou mais filhos (teste do qui-quadrado, $p < 0,001$).

Notou-se que, quanto ao hábito de escovação dentária, 2,3% ($n=3$) dos pacientes não escovavam os dentes nenhuma vez ao dia, 24,4% ($n=32$) escovavam os dentes uma vez ao dia, 43,5% ($n=57$) escovavam os dentes duas vezes ao dia e apenas 29,8% ($n=39$) escovavam os dentes mais de duas vezes ao dia. Além disso, a maioria dos pacientes não usava o fio dental em sua higiene bucal (74,8% - $n=98$). Para Costa et al. (2011) avaliar a condição de saúde bucal em usuários dos CAPS-AD é primordial para a inserção do profissional de odontologia nos projetos de recuperação oferecidos a estes pacientes. Esses autores realizaram um estudo descritivo transversal, com 70 pacientes, com exame clínico e aplicação de questionário específico. A média de idade dos pacientes foi de 40,44 anos, sendo que 90% era do gênero masculino, e a maioria dos dependentes apresentou saúde bucal deficiente. Tal deficiência provavelmente está associada ao descaso com a higiene corporal gerada pelo uso abusivo de drogas, comprovando que a saúde bucal está diretamente relacionada com os hábitos de higiene. Ventura et al. (2011) detectaram, ao avaliar o CAPS-AD do Estado de São Paulo, um baixo nível de formalização administrativa, pois relataram que a organização não possuía um organograma ou grande volume de documentação escrita. A especialização mostrou-se baixa pelo pequeno número de funcionários e o fato de que cada profissional desempenhava várias tarefas, de acordo com a necessidade e demanda da organização, o que justificava a necessidade da inserção do profissional odontólogo. Conforme Pinho et al. (2008), a reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e droga propõem uma ampliação da rede social, que envolve além de vários profissionais, inclusive o cirurgião-dentista, todos os atores do processo de saúde-doença. O presente estudo corrobora com as três pesquisas anteriores, no sentido de que há necessidade de um profissional da odontologia acompanhar o tratamento dos dependentes, para melhorar a saúde bucal dos mesmos ou um local para referenciar o atendimento.

Os resultados referentes ao índice CPO-D, SOC e quantidade de dentes por necessidade de tratamento dos pacientes avaliados de acordo com o gênero dos mesmos, estão apresentados na Tabela 4. A quantidade média de dentes que necessitavam de restauração de 2 faces entre os pacientes do gênero feminino foi significativamente maior do que aquela observada para os pacientes do gênero masculino (teste t-student, $p=0,048$). Para os demais tratamentos, não houve diferença entre os gêneros, em relação à quantidade de dentes a serem tratados (valor de p variando entre 0,517 e 0,872). Ainda neste estudo, a média do SOC para pacientes até 39 anos foi de $42,38\pm 1,00$, já para aqueles com 40 anos ou mais foi $39,19\pm 0,96$. Portanto, os pacientes com até 39 anos de idade apresentaram um escore SOC maior do que aquele para os com 40 anos ou mais ($p<0,001$) (Tabela 7). Na Tabela 5 estão apresentados os resultados referentes à avaliação da correlação linear do escore SOC com os componentes do índice CPO-D (em separado e agrupado) e com a quantidade de dentes a serem tratados. Houve correlação linear positiva, porém fraca, entre SOC e a quantidade de dentes cariados dos pacientes (teste de correlação linear de Pearson, $p=0,029$; $r=0,191$ – Figura 2) e uma tendência de correlação linear negativa entre SOC e a quantidade de dentes a serem tratados ($p=0,050$; $r=-0,171$). Bonanato et al.(2008), em um estudo transversal com 42 crianças e suas mães, avaliaram a relação entre o estado de saúde bucal de crianças pré-escolares e o SOC materno, e o resultado não mostrou associação significativa entre o SOC e cariados, extraídos e obturados (ceo-d), o que contraria a principal hipótese. Os dados encontrados corroboram com os resultados de Bonanato et al. (2008), pois não houve uma associação expressiva entre SOC e a condição de saúde bucal dos pacientes.

Nesta pesquisa não houve relação do escore SOC com a variável percepção de saúde bucal, bem como relação com a escolaridade, motivo da última consulta, necessidade de uso de prótese total ou troca da atual, e necessidade de prótese superior ou inferior (teste t-student ou ANOVA de uma via, valor de p variando entre 0,108 e 0,372). Em análise, Lantz et al. (2001) estudaram uma população norte-americana, com a faixa etária de 25 anos e idosos e concluíram que há uma relação entre a condição socioeconômica e a percepção de saúde. Na mesma linha de pesquisa, Lacerda et al. (2012) avaliaram a relação entre o SOC materno das mães de pré-escolares (4 a 5 anos de idade) e as variáveis renda, escolaridade, trabalho, moradia e percepção da saúde bucal e concluíram que o

senso de coerência materno tem fortes características psicológicas e pode ser um determinante de saúde bucal. Houve uma associação entre menores valores do SOC e aspectos socioeconômicos desfavoráveis, tais como, prole numerosa, baixa escolaridade, baixa renda, e moradia pequena e não própria. Nessa situação de estresse, as mães apresentaram uma visão pessimista em relação à própria saúde bucal, o que pode indicar uma postura negativa diante das dificuldades vividas. O resultado também foi similar para Bernabé et al. (2009a), em um estudo com 5318 indivíduos, com mais de 30 anos na Finlândia no ano 2000. Os autores avaliaram a relação entre SOC, fator socioeconômico na infância e comportamento em relação à saúde bucal, e concluíram que um SOC forte foi significativamente associado ao melhor comportamento relacionado à saúde oral na fase adulta. Bernabé et al. (2009b) em um estudo realizado na Finlândia, compararam o SOC e avaliação da condição socioeconômica com comportamentos relacionados à saúde bucal e concluíram que os efeitos sobre a saúde são moderados pelo SOC em situações estressantes, de tal forma que os indivíduos com SOC maior são mais resistentes sobre o estresse do que aqueles com o SOC menor. Os autores relataram que as diferenças individuais no SOC foram associadas com as escolhas de estilo de vida saudável, independentemente da situação socioeconômica dos indivíduos. Larsson e Kallenberg (1996) avaliaram uma população sueca, entre idade de 15 a 75 anos que responderam um questionário sobre SOC, condições socioeconômicas, com perguntas sobre gênero, idade, escolaridade, tipo de ocupação (operário, trabalhador de colarinho branco e não assalariados). Os resultados revelaram que o SOC aumenta com a idade, o tipo de ocupação está fortemente associada ao SOC, níveis de renda mais alta estão associados com maior pontuação no SOC, pessoas que viviam com a família apresentaram escores mais favoráveis para o SOC do que aqueles que viviam sozinhos, e aqueles com muitos amigos mostraram um SOC maior do que aqueles com pouco ou nenhum amigo. Assim, o SOC para os drogaditos que foram avaliados nesta pesquisa não teve relação com a qualidade de vida e saúde bucal, indo de encontro com as pesquisas de Lantz et al. (2001), Lacerda et al. (2012), Bernabé et al. (2009a), Bernabé et al. (2009b).

7 CONCLUSÕES

- Não houve relação do escore SOC e a percepção de saúde bucal de drogaditos.
- Quanto maior o SOC, maior foi a quantidade de dentes cariados dos pacientes.
- Verificou-se uma tendência, de quanto maior o SOC, menor a quantidade de dentes a serem tratados.
- A maioria dos drogaditos exibiu uma percepção ruim da sua saúde bucal.
- Os drogaditos apresentaram um alto SOC e alto índice CPO-D.
- É necessário a inclusão do cirurgião-dentista no CAPS-AD.

REFERÊNCIAS

Alves DM, Nai GA, Parizi JLS. Avaliação da ação do uso de drogas na saúde bucal de dependentes químicos. *Drogas e Saúde Bucal*. 2013; 5(1):1-19.

Antoniazzi RP, Bortolotto FC, Backes DS, Zanatta FB, Feldens CA. Efeito do *crack* nas condições bucais. *Braz J Periodontol*. 2013; 23(1):13-8.

Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med*. 1993; 36:725-33.

Ayo-Yusuf AO, Reddy OS, Van Den Borne BW. Longitudinal association of adolescent's sense of coherence with tooth-brushing using an integrated behaviour change model. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009; 37:68-77.

Bauer C. Sem-teto, sem pertencimento ou como a elite brasileira produziu ideologicamente a grande tribo dos excluídos brasileiros [homepage na internet]. 2004 *Videtur Letras* [acesso em 11 agos 2014]. Disponível em: Retirado em: <http://www.hottopos.com/vdletras7/Bauer.html> .

Bernabé E, Watt RG, Sheiham A, Suominen-Taipale AL, Nordblad A, Savolainen J, et al. The influence of sense of coherence on the relationship between childhood socioeconomic status and adult oral health-related behaviours. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009a; 37:357-65.

Bernabé E, Kiwimäki M, Tsakos G, Nordblad A, Savolainen J, Uutela A, et al. The relationship among sense of coherence, socio-economic status, and oral health

related behaviours among Finnish dentale adults. Eur J of Oral Sci. 2009b; 117:413-8.

Boman UW, Wennström A, Stenman U, Hakeberg M. Oral health-related quality of life, sense of coherence and dental anxiety: An epidemiological cross-sectional study of middle-aged women. BMC Oral Health. 2012; 12:14.

Bonanato K, Scarpelli AC, Goursand D, Mota JPT, Paiva SM, Pordeus IA. Senso de coerência e experiência de cárie dentária em pré-escolares de Belo Horizonte. Revista Odonto Ciência. 2008; 23(3):251-5.

Bonanato K, Branco DBT, Mota JPT, Ramos-Jorge ML, Kaepple KC, Paiva SM, et al. Trans-cultural adaptation ad psychometric properties of the sense of coherence scale of preschool children. R. Interam. Psicol. 2009; 43(1):407-16.

Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas – 2 ed Série B Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física dos centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento: orientações para elaboração de projeto de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2000: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000 – Manual de calibração dos examinadores. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Campo Grande. Lei Nº 4.401, de 08 de agosto de 2006. Denomina de Fátima Maria Mendes Medeiros o Centro de Atendimento Psicossocial de Álcool e Drogas – CAPS-AD, localizado na rua Joaquim Murtinho, centro [on line] Câmara Municipal de Campo Grande. 30 agosto 2006. [acesso em 15 dez 2014]. Disponível em: http://www.sglweb.com.br/sgl005ms_consulta2/lex_6.lbsp

Colodel EV, Silva ELFM, Zielak JC, Zaitter W, Michel-Crosato E, Pizzatto E. Alterações bucais presentes em dependentes químicos. Rev. Sul-brasileira de Odontologia. 2009; 6(1):44-8.

Costa da SKP, Godoy GP, Gomes de DQ, Pereira JV, Lins RDAU. Fatores sociodemográficos e condições de saúde bucal em droga-dependentes. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2011; 11(1):99-104.

Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky`s sense of coherence scale: a systematic review. J Epidemiol Community Health. 2005; 59: 460-6.

Fejerkov O, Kidd E. Cárie dentária. A doença e seu tratamento clínico. São Paulo: Santos; 2005.

Fernandes JP, Brandão VSG, Lima AAS. Prevalência de lesões cancerizáveis bucais em indivíduos portadores de alcoolismo. Rev. Brasileira de Cancerologia. 2008; 54(3):239-44.

Freeman HP. Cancer in the socioeconomically disadvantaged. *Cancer*. 1989; 39: 266–88.

Freire MDM, Sheiham A, Hardy R. Adolescent's sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. *Community dent oral epidemiol*. 2001; 29: 204-12.

Geneva. World Health Organization. *Oral Health Surveys – Basic Methods*. 4ed.; 1997.

Geyer S. Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Soc. Sci. Med*. 1997; 44(12):1771-9.

Günther IA, Machado SS. Revisitando a saúde: da visão patogênica à visão salutogênica de estresse. 2002.

Gustavsson A, Branholm IB. Experienced Health, Life Satisfaction, Sense of Coherence, and Coping Resources in Individuals Living with Heart Failure. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2003; 10:138-43.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Lacerda VR. *Contribuição do senso de coerência para a promoção da saúde bucal* [Tese]. Campo Grande: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2010.

Lacerda VR, Pontes ERJC, Queiroz CL. Relação entre senso de coerência materno, condições socioeconômicas e percepção da saúde bucal. Estudos de Psicologia/PUC - Campinas. 2012; 29(2):203-8.

Lantz PM, Lynch JW, House JS, Lepkowski JM, Mero RP, Musick MA, et al. Socioeconomic disparities in health change in a longitudinal study of US adults: the role of health-risk behaviors. Soc Sci Med. 2001; 53:29-40.

Larsson G, Kallenberg KO. Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. European Journal Oral Science. 1996; 6(3):175-80.

Lindström B. O significado de resiliência. Adolesc. Latinoam. 2001; 2(3):133-7.

Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. J Epidemiol Community Health. 2005; 59(6): 440-2.

Machado DB, Abreu MHNG, Vargas AMD. Situação de saúde bucal de adolescentes internados em unidades socioeducativas de Belo Horizonte. Arquivo em Odontologia. 2010; 46(3):160-7.

Meneghim MC, Kozłowski FC, Pereira AC, Ambrosano GMB, Meneghim ZMAP. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. Ciência & Saúde Coletiva. 2007; 12(2):523-9.

Mountain I. Questões éticas e morais do conceito de drogadição. In: Congresso Latino-Americano de Psicanálise. 2002; Buenos Aires, Argentina. Psicologia.com.pt: 2002. 1-8.

Nielsen AM, Hansson K. Associations between adolescents' health, stress and sense of coherence. *Stress and Health*. 2007; 23(1):331-41.

Pedreira RHS, Remencius L, Navarro MFL, Tomita NE. Condição de saúde bucal de drogaditos em recuperação. *Rev Odontol Univ São Paulo*. 1999; 13(4):395-9.

Peres KGA, Bastos JRM, Latorre MRDO. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(4):402-8.

Pinho, PH, Oliveira MA, Almeida MM. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Rev Psiquiatr Clín* 35. 2008;82-8.

Ribeiro EDP, Oliveira JA, Zambolin AP, Lauris JRP, Tomita NE. Abordagem integrada da saúde bucal de droga-dependentes em processo de recuperação. *Pesqui Odontol Bras*. 2002; 16(3):239-45.

São Paulo. Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo. Manual. <http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/Drogadit.htm>. Acesso em 13 dez 2014.

Savolainen J, Suominen-Taipale AL, Hausen H, Harju P, Uutela A, Martelin T. et al. Sense of coherence as a determinant of the oral health-related quality of life: a national study in Finish adults. *Eur J Oral*. 2005; 113 (1):121-7.

Schmidt DRC, Dantas RAS. Análise da validade e confiabilidade da versão adaptada para o português do Questionário de Senso de coerência de Antonovsky, entre profissionais de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011; 19(1): [08 telas].

Shirakawa IO. Ajustamento social na esquizofrenia. 3.ed. São Paulo: Lemos; 1999.

Shott S. Statistics for health professionals. London: W.B. Saunders Company; 1990.

Silva NA, Mendonça MHM, Vettore MV. A salutogenic approach to oral health promotion. Cad. Saúde Pública. 2008; 521-30.

Silveira JLGC, Stanke R. Condição e representações da saúde bucal entre os sete do município de Blumenau – Santa Catarina. Ciências & Cognição. 2008; 13(2):02-11.

Skeie MS, Espelid I, Riordan PJ, Klock KS. Caries increment in children aged 3-5 years in relation to parents` dental attitudes: Oslo, Norway 2002 to 2004. Community Dent Oral Epidemiol. 2008; 36: 441-50.

Souza de J, Kantorski LP. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(2)373-83.

Torrati FG, Gois CFL, Dantas RAS. Estratégia no cuidado ao paciente cardíaco cirúrgico: avaliação do senso de coerência. Ver Esc Enferm USP. 2010; 44(3):739-44.

Ventura CAA, Araújo AS, Moll MF. Dimensões organizacionais de um centro de atenção psicossocial para dependentes químicos. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24(5):650-5.

Volanen, S.; Suominen, S.; Lahelma, E.; Koskenvuo, M.; Silveitoinen, K. Sense of coherence and its determinants: a comparative study of the Finish-spenking majority and the Swedish-speanking minority in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health.* 2006; 34:515-25.

Volanen SM, Suominen S, Lahelma E, Koskenvuo M, Silventoinen K. Sense of Coherence and intentions to retire early among Finnish women and men. *BMC Public Health.* 2010; 10(22):1-12.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Solicitação de autorização para a SESAU

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento


APÊNDICE C - Questionário sobre perfil dos usuários do CAPS-AD

ANEXOS


- ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa
- ANEXO B - Autorização expedida pela Secretária de Saúde
- ANEXO C - Questionário Senso de coerência (SOC)
- ANEXO D - Ficha clínica avaliação cariados, perdidos e obturados. Necessidade de tratamento. Uso e necessidade de prótese.

APÊNDICE A

Cópia



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



Ofício 01

Campo Grande, 26 de fevereiro de 2014.

Ao Sr. Secretário Ivandro Corrêa Fonseca / SESAU – Secretário municipal de saúde
Aos cuidados c/c – Regina Furlanetti – Coordenadora Convênio Cooperação Mútua
De: Liliâne de Oliveira Miranda (Aluna do Programa de Pós Graduação em
Odontologia – Mestrado) e sua orientadora Dra. Valéria Rodrigues de Lacerda.
Para: Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande – SESAU/CG.
**Assunto: Solicitação de dados e autorização para realização de Projeto de
Pesquisa de Mestrado.**

Prezados,

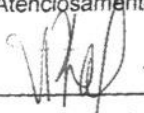
Considerando o convênio já existente entre a Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande (SESAU) e a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) a fim de integrar ensino e serviço, vimos por meio desta solicitar autorização para realizar o projeto de pesquisa intitulado "Condição e percepção da saúde bucal, e Senso de Coerência, entre os usuários do CAPSAD do município de Campo Grande (MS)", para obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica.

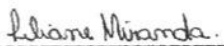
O objetivo desta solicitação é obter a autorização desta Secretaria para verificar a condição de saúde bucal, percepções bucais e SOC (Senso de Coerência) dos pacientes em tratamento do CAPSAD (Centro de atenção psicossocial álcool e drogas) do município de Campo Grande (MS).

O projeto de pesquisa já foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e necessita do aval da SESAU para sua completa aprovação.

Na certeza de Vossa compreensão e apoio, agradecemos a atenção e colocamo-nos a disposição para qualquer esclarecimento. Segue ainda uma cópia do projeto de pesquisa com a metodologia do que será realizado.

Atenciosamente,

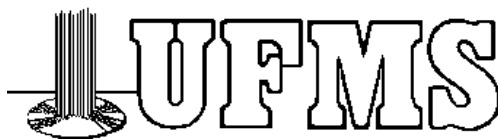

Valéria Lacerda
Professora FAODO/UFMS
Há URGÊNCIA para realizar a pesquisa.


Liliâne Miranda
Mestranda FAODO/UFMS
Contato: (67)9637-8788
e-mail: lilianemiranda_7@hotmail.com

PROTÓCOLO/SESAU RECEBIDO
Data: 26.02.14
Ass: 10.23

Faculdade de Odontologia " Prof. Albino Coimbra Filho "
Cidade Universitária, s/n * Caixa Postal 549 Fone: 067- 3345-7381 Fax 067- 3345-7380
CEP 79070-900 * Campo Grande (MS) *
<http://www.ufms.br> e-mail: odonto.faodo@ufms.br

APÊNDICE B



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

FACULDADE DE ODONTOLOGIA PROF. ALBINO COIMBRA FILHO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo, Liliane de Oliveira Miranda, qualquer dúvida que você tiver. Atenção, se você tiver idade menor que 18 anos o seu responsável deverá assinar esse documento.

Por que esse estudo está sendo feito?

Porque é de suma importância identificar a condição e percepção de saúde bucal dos usuários do CAPSAD, e relacioná-las com o senso de coerência. Conhecendo a condição e percepção de saúde bucal, e senso de coerência, é possível adotar medidas que melhorem a saúde bucal e geral desses indivíduos.

Quem participará deste estudo?

Poderão participar deste estudo os usuários do CAPSAD do município de Campo Grande – MS.

O que serei solicitado a fazer?

Um cirurgião-dentista examinará a sua boca, fará as devidas anotações, e você responderá um questionário sobre características socioeconômicas e serviços odontológicos. Este exame será feito com o uso de equipamento de proteção (luvas, óculos, gorro, máscara e avental) e com material descartável e/ou esterilizado. Este exame não oferece nenhum risco a você. Não será feito nenhum tipo de tratamento.

Quanto tempo estarei no estudo? Durante o ano de 2014, apenas para o exame bucal e questionário.

Que prejuízos podem acontecer comigo se eu participar deste estudo? Nenhum.

Que benefício eu posso esperar?

Ao final da pesquisa você receberá informações epidemiológicas sobre a saúde bucal e também considerações a respeito do senso de coerência.

Quem poderá ver as minhas respostas e saber que eu estou participando do estudo?

Seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso as suas informações para verificar as informações do estudo.

Quem devo chamar se tiver qualquer dúvida ou algum problema?

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para o pesquisador, no número 67 96477080. Para perguntas sobre seus direitos como participante nessa pesquisa chame o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS, no telefone 3345-7187.

Eu posso recusar participar ou pedir para sair do estudo?

Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito. Você não será proibido de participar de novos estudos. Mas saiba que a sua participação é de grande valia para a obtenção de resultados significativos.

Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Nome e Assinatura do Voluntário: _____

Tel. Para contato: _____ Data _____

Nome e Assinatura do Responsável pelo Voluntário: _____

Tel. Para contato: _____ Data _____

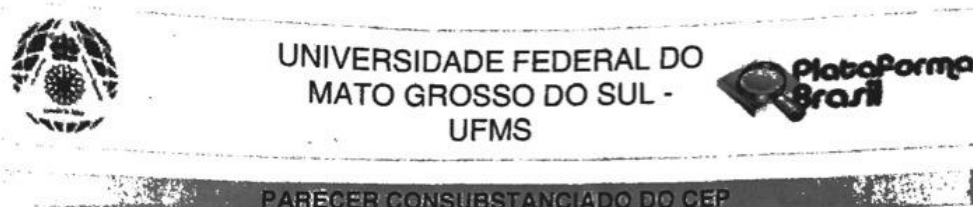
Assinatura do pesquisador: _____ Data: _____

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO SOBRE PERFIL DOS USUÁRIOS DO CAPS-AD

1. a. Idade:
 - b. Escolaridade: Ensino fundamental Completo Incompleto
Ensino médio Completo Incompleto
Ensino superior Completo Incompleto
 - c. Estado civil: Solteiro Casado Separado Viúvo
 - d. Renda familiar: Até 1SM Entre 1 e 3SM Acima de 3SM
 - e. Filhos: 0 1 2 3 ou acima de 3
2. Quantas vezes ao dia você escova os dentes?
 Nenhuma 1 2 3 ou acima de 3
3. Faz uso do fio dental?
 Sim Não
4. Como você percebe a sua saúde bucal?
 Excelente Ótima Boa Ruim
5. Acha que necessita de tratamento dentário atualmente?
 Sim Não
6. Nos últimos 6 meses teve dor de dente?
 Sim Não
7. Quando consultou o dentista pela última vez?
 Menos de um ano Um a dois anos Três anos ou mais
8. Qual o motivo da sua última consulta?
 Prevenção Dor Extração Tratamento Outros
9. Já teve dificuldade de falar por causa dos seus dentes?
 Sim Não
10. Considera que necessita usar prótese total (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente?
 Sim Não

ANEXO A

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Condição e percepção da saúde bucal, e Senso de Coerência, entre os usuários do CAPSAD do município de Campo Grande (MS).

Pesquisador: Liliane de Oliveira Miranda

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26957714.4.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 617.025

Data da Relatoria: 31/03/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo será transversal constituído pelos usuários em tratamento do CAPSAD Centro de atenção psicossocial álcool e drogas do município de Campo Grande (MS), os quais serão submetidos a participarem voluntariamente da pesquisa após a leitura, explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Utilizar-se-ão 3 instrumentos para a coleta de dados. Um questionário para o SOC (senso de coerência), outro para a percepção da saúde bucal, além da avaliação da condição de saúde bucal pelo índice CPOD para a cárie dentária, presença ou ausência de placa visível, uso de prótese e lesões bucais. O objetivo deste trabalho é verificar a condição de saúde bucal, percepções bucais e SOC (senso de coerência) ou seja capacidade de adaptação ao estresse dos pacientes em tratamento do CAPSAD do município de Campo Grande (MS)

Objetivo da Pesquisa:

Verificar a possível relação entre a condição de saúde bucal, percepção da saúde bucal e Senso de Coerência dos usuários do CAPSAD do município de Campo Grande (MS).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos significantes que comprometam a realização do trabalho

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br

Página 01 de 02

Odair Pimentel Martins
Coordenador do Comitê de Ética
Em Pesquisa - CER/UFMS
Matrícula SIAPE 0433088



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 617.025

Benefícios:

Auxiliar na melhoria do acesso e qualidade do atendimento aos usuários do CAPSAD da cidade de Campo Grande (MS), e subsidiar a implantação de políticas públicas voltadas à Promoção de Saúde. Os pacientes envolvidos na pesquisa, após a avaliação da sua condição de saúde bucal, serão atendidos no Estágio Supervisionado em Odontologia e Saúde Coletiva IV, coordenado pela orientadora desse projeto, Professora Dra. Valéria Rodrigues de Lacerda, da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Obterão, portanto, uma melhora na sua condição odontológica, uma vez que o município não proporciona atendimento gratuito a essa população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância para a sociedade

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória presentes

Recomendações:

Aprovação do projeto

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPO GRANDE, 15 de Abril de 2014

Assinador por:

Odair Pimentel Martins
(Coordenador)

Odair Pimentel Martins
Coordenador do Comitê de Ética
Em Pesquisa CEPIUFMS
Matrícula SIAPE 0433088

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br

ANEXO B



ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA
DGPS/ CCC



CI - COMUNICAÇÃO INTERNA N. 185/2014

De: **Coordenadoria de Convênios e Cooperação Mútua – CCC**

Para: **Coordenadoria de Atenção Especializada - CAE**

ASSUNTO: Autorização de Projeto de Pesquisa.

Informamos a Vossa Senhoria, que foi autorizada pela SESAU a pesquisadora **LILIANE DE OLIVEIRA MIRANDA**, do curso de Odontologia, da Universidade Federal de Mato Grosso do SUL-UFMS, a coletar dados no CAPSAD, para a pesquisa intitulada: **“CONDIÇÃO E PERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL, E SENSO DE COERÊNCIA, ENTRE OS USUÁRIOS DO CAPSAD DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE (MS)”**,

Vale ressaltar que será respeitado o sigilo e o anonimato das pessoas envolvidas conforme resolução 466/12 e acrescentado que a pesquisadora assinou o Termo de Responsabilidade com a SESAU e o Termo de Pareceria para a Pesquisa na Área da Saúde, onde está pontuado que iniciará a pesquisa após a aprovação do Comitê de Ética e ciência desta Secretaria, comprometendo-se em disponibilizar uma cópia do trabalho quando concluído.

Solicitamos que informem a unidade de saúde acerca do projeto de pesquisa.

Atenciosamente,

Regina L. Portioli Furlanetti

Coordenadoria de Convênios de Coop. Mútua

DATA DE EXPEDIÇÃO	RECEBIDO POR	DATA DE RECEBIMENTO
30/04/2014	Andréia	05/05/14

ANEXO C

	Um enorme sofrimento e aborrecimento	Sufrimento e aborrecimento	Nem sofrimento nem aborrecimento	Prazer e satisfação	Um enorme prazer e satisfação
1. No seu dia-a-dia você sente que sua vida é:					
	Sem sentido, sem objetivo	Com poucos objetivos	Com alguns objetivos	Com muitos objetivos	Repleta de objetivos
2. Até hoje a sua vida tem sido:					
	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
3. Você se interessa pelo o que está acontecendo no mundo?					
4. Você se sente tratada de maneira injusta?					
5. Você pensa ou sente coisas que não sabe explicar?					

6. Você acha que as coisas que você faz na sua vida têm pouco sentido?					
7. Você já se decepcionou com pessoas que você confiava?					
8. Você sente coisas que não gostaria de sentir?					
9. Você tem dúvida se pode controlar o que sente?					
10. Já lhe aconteceu de ficar surpreendida com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?					
11. Em algumas situações, as pessoas sentem-se fracassadas. Você já se sentiu fracassada?					
12. Você sente em alguns casos sem saber o que fazer?					
	Totalmente errada	Errada	Nem certa nem errada	Certa	Totalmente certa
13. Quando acontece uma coisa especial em sua vida, você acha que deu a importância:					

ANEXO D

CONDIÇÃO DENTAL E NECESSIDADE DE TRATAMENTO																										Nº Identificação											
																										<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>											
55 54 53 52 51 61 62 63 64 65													18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28																								
Coroa (66)																										(81)	A	0	0	Sadio	TRATAMENTO 0 = Nenhum P = Cuidado preventivo/ cariolítico F = Selante 1 = Restauração 1 face 2 = Restauração 2 ou mais faces 3 = Coroa por qualquer motivo 4 = Faceta laminada 5 = Tratamento pulpar e restauração 6 = Extração 7 = Outros cuidados 8 = Outros cuidados 9 = Sem registro						
Raiz (82)																										(97)	B	1	1	Cariado							
Trat. (98)																										(113)	C	2	2	Restaurado com cárie							
													85 84 83 82 81 71 72 73 74 75																								
													48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38																								
Coroa (114)																										(129)	-	8	8	Dente não erupcionado (coroa)/raiz não exposta							
Raiz (130)																										(145)	T	T	Trauma (fratura)								
Trat. (146)																										(161)	-	9	9	Sem registro							
USO DE PRÓTESE													NECESSIDADE DE PRÓTESE																								
0 = Sem prótese 1 = Prótese fixa 2 = Mais de uma prótese fixa 3 = Prótese parcial removível 4 = Prótese fixa e removível 5 = Prótese total 9 = Sem registro													0 = Sem necessidade de prótese 1 = Prótese fixa unitária 2 = Prótese fixa ou removível unitária e/ou múltipla 3 = Combinação de prótese fixa e/ou removível unitária e/ou múltipla 4 = Prótese total 9 = Sem registro													Sup Inf											
													(162) <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> (163)															(164) <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> (165)									