



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

***AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CUIDADOS DE SAÚDE ORAL PRESTADOS
PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AOS DOENTES INTERNADOS NO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE VISEU***

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para a obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária

Por

Ana Patrícia Boloto Queirós

Viseu, 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

***AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CUIDADOS DE SAÚDE ORAL PRESTADOS
PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AOS DOENTES INTERNADOS NO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE VISEU***

*Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
Para a obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária*

Orientador: Professor Doutor Jorge Leitão

Coorientador: Mestre Nélio Jorge Veiga

Por

Ana Patrícia Boloto Queirós

Viseu, 2012

“A liberdade, ao fim e ao cabo, não é senão a capacidade de viver com as consequências das próprias decisões.”

(James Mullen)

*Aos meus pais e irmão pela força, incentivo
e coragem que sempre me transmitiram
Ao Elço um pilar importante e contributo da minha aprendizagem.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao *Prof. Doutor Jorge Leitão*, orientador deste trabalho, pelo contributo do seu conhecimento.

Ao *Dr. Nélio*, co-orientador deste trabalho, pela sua orientação, incentivo e disponibilidade. Ajudou-me a evoluir e cimentar a capacidade enquanto estudante, investigadora, jovem adulta e futura profissional de saúde.

À *Daniela Godinho*, companheira de trabalho e aprendizagem nestes 5 anos.

Às amigas e colegas de curso, *Brenda Janeth e Leonor Veiga* e a todos os amigos, que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho.

A todos um bem haja!!!

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AINES – Antiinflamatórios não-esteróides

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

DSM-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - Texto Revisto

ECT – Eletroconvulsivoterapia

MAO – Monoamina Oxidase

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

SNC – Sistema Nervoso Central

YLL – Years of Life Lost

YLD – Years Lived with Disability

RESUMO

A doença mental corresponde a um distúrbio mental ou de comportamento. Frequentemente as pessoas com doença mental são excluídas de atividades de promoção de saúde, e muitas vezes quando estas pessoas se encontram internadas descuidam a sua higiene oral, ou em alguns casos de incapacidade, os profissionais de saúde podem não assegurar este tipo de higiene. O desenvolvimento do tema situa-se no âmbito da avaliação do nível de cuidados de saúde oral prestados pelos profissionais de saúde aos doentes internados no Hospital Psiquiátrico de Viseu.

De forma a responder aos objetivos definidos, aplicámos um questionário a 36 profissionais de saúde do Hospital Psiquiátrico de Viseu (Enfermeiros e Auxiliares de ação médica), no período compreendido entre os meses de Abril e Maio de 2012. Este foi constituído por 23 questões na sua maior parte de resposta fechada e algumas perguntas de resposta aberta.

Concluimos que o nível de conhecimento dos profissionais envolvidos neste estudo era baixo em relação aos métodos de controlo de placa e aspetos a ter em consideração durante a observação da cavidade oral; que os profissionais de saúde admitem não ser da sua competência a higiene das próteses e desconhecem a forma como esta deve ser efetuada e desconhecem os medicamentos xerostomizantes como um factor de risco, bem como a associação desses medicamentos com surgimento de doenças orais.

Palavras-chave: Higiene oral, Saúde oral, Doenças mentais, Distúrbios psicológicos.

ABSTRACT

Mental illness accounts for a mental or behavioral disorder often people with mental illness are excluded from health promotion activities, and often when these people are hospitalized neglect their oral hygiene, or in some cases of disability, the health professionals cannot guarantee this kind of hygiene. The development of the theme lies in assessing the level of oral health care provided by health professionals to patients admitted to the Psychiatric Hospital of Viseu.

In order to meet the goals set, we applied a questionnaire to 36 health professionals from the Psychiatric Hospital of Viseu (nurses and medical auxiliaries) in the period between April and May 2012. This consisted of 23 issues mostly response closed and open answer a few questions.

As a result of inferential statistical analysis confirmed the existence of statistically significant relationship between the age variable and all variables analyzed, while the variables gender and profession only had a statistically significant relationship with some of the variables.

We conclude that the level of knowledge of the professionals involved in this study was low in relation to methods of plaque control and aspects to consider during the observation of the oral cavity; health professionals not admit the jurisdiction of the prosthesis hygiene and do not know how this should be done and they are unaware of medications that cause dry mouth as a risk factor, as well as the association of these drugs with the emergence of oral diseases.

Keywords: Oral hygiene, Oral health, Mental illness, Psychological disorders.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	I
RESUMO	V
ABSTRACT	VII
I. INTRODUÇÃO.....	1
II. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	3
1. Dados Epidemiológicos	3
1.1 Epidemiologia Mundial	3
1.2 Epidemiologia Nacional.....	3
2. Definição e Classificação das Doenças Orais	5
3. Diagnóstico e Classificação em Psiquiatria	6
3.1 Relação do Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais IV - Texto Revisto (DSM-IV-TR) com a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10).....	8
3.2 <i>Delirium</i>	9
3.3 Demência	9
3.4 Dependência/ Abuso de Álcool e de outras substâncias.....	10
3.5 Esquizofrenia.....	11
3.6 Depressão Major e Transtorno Bipolar.....	12
4. O Impacto das Doenças Mentais na Saúde Oral	14
4.1 Depressão	15
4.2 Transtorno Bipolar.....	16
4.3 Esquizofrenia.....	17
4.4 Demência	18
4.5 Dependência/ Abuso de Álcool e de outras substâncias.....	19
III. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA.....	21
IV. OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO	23

V. METODOLOGIA.....	25
1. Tipo de estudo	25
2. Amostra.....	25
3. Instrumento de recolha de dados	26
4. Tratamento de dados e fidelidade.....	29
VI. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	31
1. Análise Descritiva dos Resultados	31
1.1 Caracterização geral da amostra.....	31
1.2 Dados relativos aos profissionais de saúde	32
1.3 Dados relativos aos cuidados prestados aos doentes psiquiátricos no geral em regime de internamento.....	37
1.4 Dados relativos aos pacientes autónomos.....	39
1.5 Dados relativos aos pacientes não autónomos	43
2. Análise Inferencial.....	48
VII. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	55
VIII. CONCLUSÃO.....	63
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
X. ANEXOS	71

I. INTRODUÇÃO

As perturbações mentais e comportamentais são comuns e afetam mais de 25% da população em dada altura da vida. São universais, atingindo pessoas de todos os países e sociedades, de todas as idades, mulheres e homens, ricos e pobres, populações de zonas urbanas e rurais. Exercem um impacto económico sobre as sociedades e sobre o padrão de vida das pessoas e das famílias. Estão presentes, em qualquer momento, em cerca de 10% da população adulta (1-5).

A importância da saúde mental é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desde a sua origem, o que se reflete na sua própria definição de saúde, como “não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, mas como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (1).

No entendimento da Organização das Nações Unidas (ONU), deficiência é um conceito em evolução, resultado da interação entre a deficiência de uma pessoa e os obstáculos que impedem a sua participação na sociedade. Quanto mais obstáculos, como barreiras físicas e condutas atitudinais impeditivas da sua integração, mais deficiente é uma pessoa. Não importa se a deficiência é física, mental, sensorial, múltipla ou resultante da vulnerabilidade etária. Mede-se a deficiência pelo grau da impossibilidade de interagir com o meio da forma mais autónoma possível (6).

Desta forma, cada vez mais países se comprometem a proteger e a promover os direitos das pessoas com deficiência. Não obstante, muitas tarefas permanecem pendentes. As pessoas com deficiência apresentam os índices mais altos de pobreza e de privações e a probabilidade de que não tenham atendimento médico é duas vezes maior (7).

De acordo com a literatura, uma em cada quatro pessoas será afetada por uma perturbação mental numa determinada fase da vida (1). Estes distúrbios são complexos para tratar uma vez que muitas vezes mostram altas taxas de recorrência e comorbilidade, o que pode implicar elevados custos a longo prazo sobre o indivíduo, família e sociedade (8).

Devido à sua condição mental, o paciente psiquiátrico deixa a sua higiene pessoal e como consequência a sua higiene oral, levando-o mais facilmente a desenvolver lesões orais (9).

Além disso, terapias com antipsicóticos, tomados por um longo período de tempo, podem ter efeitos adversos sobre a saúde oral (8).

Lamentavelmente, na maior parte do mundo, está-se longe de atribuir à saúde mental e às perturbações mentais a mesma importância dada à saúde física. Em vez disso, são, em geral, ignorados ou negligenciados. Em grande parte por isso, o mundo está a sofrer de uma crescente carga de problemas de saúde mental e de um crescente “desnível de tratamento” (1).

II. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. Dados Epidemiológicos

1.1 Epidemiologia Mundial

A nível mundial, 70 milhões de pessoas sofrem de dependência de álcool, cerca de 50 milhões têm epilepsia e outros 24 milhões, esquizofrenia. Segundo os dados, um milhão de pessoas cometem anualmente suicídio (1, 10, 11).

Nos países europeus a Organização Mundial de Saúde estimou a prevalência de perturbações mentais em valores entre os 9,1% na Alemanha e os 20,5% na Ucrânia. Para Espanha, país geográfica e culturalmente mais perto do nosso, a taxa de prevalência estimada foi de 9,2% (12, 13).

O DALY é um indicador que procura medir simultaneamente o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos. Mede os anos de vida perdidos seja por morte prematura (YLL –YearsofLifeLost – Anos de vida perdidos por morte prematura) ou incapacidade (YLD – YearsLivedwithDisability – Anos de vida vividos com incapacidade) em relação a uma esperança de vida ideal (4, 14).

Desta forma, em 2002 as perturbações mentais já representaram cerca de 13% da carga da doença a nível mundial (definida como morte prematura combinada com anos de vida ajustados pela incapacidade). Excluindo a morte prematura, as perturbações mentais representaram mesmo 31% do total de anos vidas ajustados pela incapacidade (12).

Segundo a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e a OMS-Região Europeia, uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas de saúde mental e este peso tende a aumentar (15, 16).

1.2 Epidemiologia Nacional

Em Portugal, o recente Estudo Nacional de Saúde Mental aponta para uma taxa de prevalência de perturbações mentais de 22,9%. As doenças mentais mais importantes são as perturbações de ansiedade (16,5%), as perturbações depressivas (7,9%) e as perturbações de controlo dos impulsos (3,5%) (12).

De acordo com a situação atual, estima-se que a prevalência de perturbações psiquiátricas na população geral ronde os 30%, sendo aproximadamente de 12% a de perturbações psiquiátricas graves, embora não existam dados de morbilidade psiquiátrica, de abrangência nacional, que permitam uma melhor caracterização do País (17).

Realizou-se, em 2001, o terceiro censo psiquiátrico, em todas as instituições públicas e privadas no Continente e Regiões Autónomas, apontando os seus resultados para uma predominância de depressões na consulta externa, de alterações associadas ao consumo de álcool na urgência e de esquizofrenia no internamento (17).

A depressão pode atingir cerca de 20% da população, tendendo a aumentar, e é a primeira causa de incapacidade, na carga global de doenças, nos países desenvolvidos. Em conjunto com a esquizofrenia, é responsável por 60% dos suicídios (17).

Apesar das taxas baixas de suicídio, particularmente na população de idade inferior a 65 anos, em Portugal existem números elevados quando se combinam suicídio e causas de morte violenta e indeterminada. O Alentejo tem as taxas de mortalidade por suicídio mais elevadas nos últimos 10 anos, só tendo sido ultrapassado pelo Algarve nos anos de 1990, 1992 e 1994, sendo a população masculina com idade superior a 75 anos a que mais se suicida (16, 17).

No Censo Psiquiátrico de 2001, as esquizofrenias foram, no conjunto dos internamentos, das consultas e das urgências, as patologias mais frequentes (21,2%), sendo a principal causa de internamento (36,2%) e a terceira nas consultas (12,4%) (17).

Segundo o Inquérito Nacional de Saúde de 1998-1999, 7% dos homens e 18% das mulheres (15 anos ou mais) referiram ter tomado medicamentos para dormir, nas duas semanas anteriores à data de aplicação do questionário. Esta proporção aumenta de 14%, no grupo dos 45-54 anos de idade, para 28% no dos 85 anos ou mais (17).

No que diz respeito ao abuso e dependência de álcool, as estimativas apontam para a existência de, pelo menos, 580.000 doentes alcoólicos (síndrome de dependência de álcool) e 750.000 alcoólicos excessivos (síndrome de abuso de álcool), em Portugal (17).

Tem havido uma redução gradual dos doentes institucionalizados nos hospitais psiquiátricos. Observa-se uma insuficiência de cuidados de reabilitação nos serviços locais de saúde mental, nomeadamente de unidades de reabilitação para aquisição de competências, programas psicoeducacionais para doentes e familiares, unidades de vida para doentes crónicos mais dependentes e serviços de apoio domiciliário (17).

2. Definição e Classificação das Doenças Orais

As lesões elementares dividem-se em dois grupos: primitivas ou primárias, que aparecem sobre a pele ou mucosas sãs, e secundárias resultantes de modificações das primárias (9).

Regezi faz uma classificação clínica das patologias dos tecidos moles da cavidade oral:

- Lesões mucosas (de superfície): doenças vesículo-bolhosas
- Lesões ulcerativas
- Lesões brancas
- Lesões roxo-azuladas
- Pigmentações dos tecidos orais e periorais
- Lesões verrugo-papilares
- Tumefações submucosas
- Gengival
- Pavimento da boca
- Lábios e mucosa oral
- Língua
- Pescoço

As lesões manifestam-se quando se rompe o equilíbrio entre o hospedeiro e os micro-organismos dando origem às diferentes formas de lesão e afetando o organismo ao evitar a correta realização das suas funções (9).

De todas as lesões presentes na cavidade oral existem duas que são mais prevalentes: a doença periodontal e a cárie dentária. A doença periodontal é, hoje, reconhecida como doença de origem infecciosa e de natureza inflamatória, que envolve a destruição dos tecidos de suporte do dente por meio da ação direta de bactérias e de seus produtos, ou por ação indireta, onde as reações de destruição tecidular são mediadas pelo hospedeiro (18). A cárie dentária é uma doença multifatorial de caráter crônico, infecciosa, transmissível e dependente da dieta. Produz uma desmineralização das estruturas dentárias por ácidos orgânicos provenientes da fermentação dos hidratos de carbono pelas bactérias (19-22).

3. Diagnóstico e Classificação em Psiquiatria

Um transtorno mental é uma doença com manifestações psicológicas ou comportamentais associadas com comprometimento funcional devido a uma perturbação biológica, social, psicológica, genética, física ou química. É medido em termos do desvio em relação a algum conceito normativo. Cada doença possui sinais e sintomas característicos (23).

Doença mental é um termo geralmente que se refere a uma pessoa que não consegue realizar atividades importantes da vida quotidiana devido a um transtorno psiquiátrico ou emocional. Este contrasta com uma pessoa com retardo mental que tem disfunções similares devido a um déficit cognitivo ou intelectual (24).

No entanto, as perturbações mentais e comportamentais não são apenas variações dentro da escala do normal, mas sim fenómenos claramente anormais ou patológicos. Uma incidência de comportamento anormal ou um curto período de anormalidade do estado afetivo não significa em si mesmo a presença de perturbação mental ou comportamental. Para serem classificadas como perturbações, é preciso que essas anormalidades sejam continuadas ou recorrentes e que resultem numa certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal numa ou mais esferas da vida (1).

Em 1952 foi publicado pela primeira vez o Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM-I), da Associação Americana de Psiquiatria, cuja 4.^a edição, DSM-IV, foi publicada em 1994. Este manual proporciona um sistema de classificação que tenta separar as doenças mentais em categorias diagnósticas baseadas tanto nas descrições dos sintomas (o que dizem e como atuam os pacientes em relação aos seus pensamentos e sensações) como no curso da doença (25).

O Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, usa uma abordagem multiaxial ou multidimensional, que avalia os pacientes através de diversas variáveis. Os eixos I e II compreendem toda a classificação de transtornos mentais: 17 classificações principais e mais de 300 transtornos específicos. Em muitos casos os pacientes têm transtornos em ambos os eixos (26).

O sistema multiaxial divide-se em 5 eixos (25):

- **Eixo I:** Perturbações clínicas. Outras situações clínicas que podem ser foco de atenção médica (25).

Consiste em distúrbios clínicos ou outras condições que possam ser foco de atenção clínica (26):

- ✓ Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência (excluindo retardo mental)
- ✓ *Delirium*, demência, transtornos amnésicos e outros transtornos cognitivos
- ✓ Transtornos mentais devido a uma condição médica geral não classificados em outro local
- ✓ Transtornos relacionados a substâncias
- ✓ Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos
- ✓ Transtornos do humor
- ✓ Transtornos de ansiedade
- ✓ Transtornos somatoformes
- ✓ Transtornos factícios
- ✓ Transtornos dissociativos
- ✓ Transtornos sexuais e da identidade de gênero
- ✓ Transtornos da alimentação
- ✓ Transtornos do sono
- ✓ Transtornos do controle dos impulsos não classificados em outro local
- ✓ Transtornos da adaptação
- ✓ Outras condições que possam ser foco de atenção clínica

• **Eixo II:** Perturbações da Personalidade e Deficiência mental (25).

Consiste em transtornos de personalidade e retardo mental. O uso habitual de determinado mecanismo de defesa pode ser indicado neste eixo (26):

- ✓ Transtorno da personalidade paranoide
- ✓ Transtorno da personalidade esquizoide
- ✓ Transtorno da personalidade esquizotípica
- ✓ Transtorno da personalidade antissocial
- ✓ Transtorno da personalidade borderline
- ✓ Transtorno da personalidade histriônica
- ✓ Transtorno da personalidade narcisista
- ✓ Transtorno da personalidade esquiva
- ✓ Transtorno da personalidade dependente

- ✓ Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva
 - ✓ Transtorno da personalidade sem outra especificação
 - ✓ Retardo mental
- **Eixo III:** Estados físicos gerais (25).
Lista qualquer transtorno físico ou condição médica geral que esteja presente além do transtorno mental. A condição física pode ser causativa (p. ex., falência renal causa *delirium*), resultado de um transtorno mental (p. ex. gastrite alcoólica secundária á dependência de álcool) ou não estar relacionada ao transtorno mental (26).
 - **Eixo IV:** Problemas psicossociais e ambientais. Eventos na vida das pessoas que podem afetar os distúrbios listados no Eixo I e II (27).
 - **Eixo V:** Avaliação Global do funcionamento (25).

A Classificação das Perturbações Mentais e Comportamentais, contém uma lista completa de todas as perturbações mentais e comportamentais. Embora os sintomas variem consideravelmente, tais comportamentos caracterizam-se, geralmente, por uma combinação de ideias, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com outras pessoas (1).

A Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10) inclui uma classificação multiaxial diferente do DSM-IV-TR, na qual apenas são reconhecidos 3 eixos (1):

- **Eixo I:** O diagnóstico corrente do estado mental inclui os distúrbios de personalidade
- **Eixo II:** Desordens/ deficiências
- **Eixo III:** Fatores Contextuais

3.1 Relação do Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais IV - Texto Revisto (DSM-IV-TR) com a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10)

O texto revisto da quarta edição do DSM foi projetado para corresponder á décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10), desenvolvida em 1992. A CID-10 é o sistema de classificação oficial usado na Europa em outras partes do mundo. Todas as categorias usados do DSM-IV-TR são

encontradas na CID-10, mas nem todas as categorias desta estão no DSM-IV-TR. Além disso, alguns termos e categorias diagnósticas usados na CID-10 não são usados no DSM-IV-TR (26).

3.2 Delirium

O *Delirium* é uma síndrome neurocomportamental causada pelo comprometimento transitório da atividade cerebral, invariavelmente secundário a distúrbios sistêmicos. Pode ser comparado a uma síndrome de insuficiência cerebral aguda, decorrente da quebra da homeostase cerebral e da desorganização da atividade neural (28-32).

Segundo o DSM-IV-TR este tipo de perturbação pode se diferenciar com base na etiologia: *Delirium* secundário a estados físicos gerais, *Delirium* induzido por substâncias e *Delirium* por múltiplas etiologias (25, 33).

Em todas observam-se alterações da consciência e da atenção, défices cognitivos específicos (desorientação temporo-espacial, comprometimento da memória, do pensamento e de juízo), alterações da percepção sensorial (alucinações ou ilusões visuais, auditivas etc.), perturbações da psicomotricidade, do comportamento (apatia e agitação) e do humor. O início é geralmente agudo, variando de algumas horas até poucos dias. O curso é flutuante ao longo das 24 horas, frequentemente acompanhado de alterações do ciclo sono-vigília. Caracteristicamente, o paciente em *Delirium* apresenta sonolência diurna e agitação noturna (28, 34, 35). Existem 3 formas (36):

- **Hipoativo:** de pior prognóstico, caracteriza-se pela diminuição da atividade psicomotora, com aparente calma, perda da atenção e apatia intensa nos casos extremos.
- **Hiperativo:** caracteriza-se pela agitação, comportamento agressivo, desorientação e confusão após administração de sedativos.
- **Misto**

3.3 Demência

A característica essencial da demência é o desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos que incluem diminuição da memória e, pelo menos, uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou perturbações na capacidade de execução (25, 37).

Classificada como um distúrbio médico (neurológico) e / ou psiquiátrico, inclui a Doença de Alzheimer. A demência é uma perda de função intelectual suficientemente grave para interferir com as atividades sociais e ocupacionais. Esta perda envolve a memória, o julgamento, o pensamento abstrato, e uma variedade de funções corticais (38). Indivíduos de 65 anos de idade e mais velhos são mais suscetíveis a síndromes cerebrais orgânicas. Pacientes com demência, independentemente da fisiopatologia da sua condição, são caracterizados pela pobre memória de curto prazo, progressivamente, resultando num potencial de desorientação, agitação e comportamento inadequado em ambientes não familiares. Estados mais avançados da doença são tipicamente marcados por incontinência, maior incapacidade de realizar atividades de autocuidado, contratura dos membros e, eventualmente, marcado por um estado vegetativo e, em seguida, morte (24, 39).

Divide-se em seis subcategorias: (1) demência do tipo Alzheimer, que normalmente ocorre em pessoas acima dos 65 anos e manifesta-se por desorientação intelectual progressiva e demência, delírios ou depressão; (2) demência vascular, causada por trombos ou hemorragia; (3) outras condições médicas como SIDA, traumatismo craniano, doença de Pick, doença de Creutzfeld-Jakob (causada por vírus transmissível de crescimento rápido); (4) induzida por substâncias, causada por toxinas ou medicamentos, como vapores de gasolina, atropina; (5) etiologias múltiplas; e (6) sem outra especificação (se a causa for desconhecida) (26, 40, 41).

3.4 Dependência/ Abuso de Álcool e de outras substâncias

A característica essencial da dependência de substâncias é um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicativos de que o sujeito continua a utilizar a substância apesar dos problemas significativos relacionados com esta. Existe um padrão de autoadministração repetida que resulta geralmente em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo quanto ao consumo de drogas. A dependência é definida por um conjunto de três ou mais dos sintomas referidos abaixo que ocorrem em qualquer altura no mesmo período de 12 meses (25, 42, 43):

- A tolerância: necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou uma diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância.

- A abstinência: é uma alteração comportamental desadaptativa com concomitantes alterações fisiológicas e cognitivas, que ocorre quando as concentrações tecidulares ou sanguíneas de uma substância diminuem. Pode verificar-se num sujeito que manteve a utilização prolongada e “maciça” de uma substância.
- O sujeito pode utilizar a substância em grandes quantidades ou por um período de tempo superior ao inicialmente pretendido.
- O sujeito pode expressar um desejo persistente de diminuir ou regular a utilização da substância. Frequentemente existe história de vários esforços, sem êxito, para diminuir ou cessar a utilização da substância.
- O sujeito pode dispensar grande quantidade de tempo na obtenção e utilização da substância ou recuperação dos seus efeitos.
- Todas as atividades quotidianas giram em volta da substância. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou relacionais podem ser abandonadas ou reduzidas devido à utilização da substância.
- O sujeito pode retrair-se das atividades familiares e passatempos para utilizar a substância em privado ou passar mais tempo com amigos que também consomem a substância. Apesar de reconhecer o papel contributivo da substância num problema físico ou psicológico a pessoa continua a utilizar a substância

3.5 Esquizofrenia

Na esquizofrenia, anormalidades na maturação dos circuitos neuronais podem produzir alterações detetáveis na patologia a nível das células e dos tecidos grossos as quais resultam no processamento incorreto ou mal adaptado de informações (1, 44, 45).

O começo da doença é mais precoce no homem do que na mulher. Entretanto, na presença de história familiar positiva para distúrbios psicóticos, a idade de início é mais precoce para homens e para mulheres (46).

Os aspetos essenciais da Esquizofrenia são um misto de sinais e sintomas característicos (tanto positivos quanto negativos) que estiveram presentes por um período de tempo significativo durante 1 mês (ou por um tempo menor, se tratados com sucesso), com alguns sinais do transtorno persistindo por pelo menos 6 meses (25).

É caracterizado por diferentes graus de desorganização da personalidade o que diminui a capacidade do indivíduo para efetivamente trabalhar e se comunicar com os outros (24).

Os sintomas aparecem de forma lenta e progressiva. Estes pacientes normalmente têm dificuldade nas relações de amizade e profissionais. Podem ter problemas de ansiedade, depressão e pensamentos ou comportamentos suicidas. Inicialmente verificam-se os seguintes sintomas (47-49):

- Irritação
- Insónias
- Dificuldade de concentração

À medida que a doença se instala e progride, iniciam-se problemas relacionados com o pensamento, as emoções e comportamento, tais como (47):

- Falta de emoção
- Falsas crenças ou pensamentos (delírios)
- Alucinações
- Problemas de concentração
- Pensamento desordenado
- Comportamento estranho
- O isolamento social

3.6 Depressão Major e Transtorno Bipolar

O estado de humor pode apresentar-se normal, elevado ou deprimido. Os indivíduos normais experimentam uma ampla faixa de estados de humor e têm, da mesma forma um grande repertório de expressões afetivas; sentem-se no controlo dos seus estados de humor e afetos. Nos transtornos de humor, a sensação de controlo é perdida, e há uma experiência subjetiva de grande sofrimento (26, 50-52).

Um episódio maníaco é um período distinto de estado de humor anormal e persistentemente elevado expansivo ou irritável, durante pelo menos uma semana (25). Os pacientes com estado de humor elevado demonstram expansividade, fuga de ideias, redução do sono, elevada autoestima e ideias grandiosas (26, 53).

Os períodos de mania são geralmente caracterizados pela hiperatividade, que envolve a participação excessiva em múltiplas atividades (por exemplo, sexuais, profissionais, políticas, religiosas). Há uma intrusiva e exigente natureza dessas atividades, que passa despercebida pelo paciente. O discurso pressionado é comum: é alto,

rápido e difícil de interromper. Esse discurso é teatral e dramático, e há mudanças bruscas no tema (24, 54).

Um episódio hipomaníaco dura pelo menos quatro dias e é similar ao episódio maníaco, exceto por não ser grave o suficiente para causar comprometimento do desempenho social e ocupacional e por não estarem, presentes manifestações psicóticas (25, 53).

Depressão major é um transtorno afetivo caracterizado por um distúrbio depressivo prolongado de humor que afeta significativamente a vida da pessoa (25).

A depressão pode afetar as pessoas em qualquer fase da vida, embora a incidência seja mais alta nas idades médias (1, 55).

Os pacientes com humor deprimido exibem perda de energia e interesse, sentimento de culpa, dificuldade de concentração, perda de apetite e pensamentos de morte ou suicídio (26).

Há uma perda de interesse ou prazer em todas as ou quase todas as atividades diárias e passatempos. A perturbação é significativa, persistente e pode estar associada com (...) distúrbios do sono (geralmente a insônia) e redução de energia. O indivíduo aparecerá triste (frequentemente com medo) e expressa sentimentos de desesperança, inutilidade e culpa (24).

Outros sinais e sintomas incluem modificações do nível de atividade, das capacidades cognitivas, da fala e de funções vegetativas (p. ex. Sono, atividade sexual...). Essas alterações quase sempre levam a comprometimento do desempenho interpessoal, social e ocupacional (26).

Um transtorno depressivo major, ocorre sem história de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos. Cada episódio deve durar no mínimo dias ou semanas (25).

Aqueles com episódios tanto maníacos como depressivos ou somente com episódios maníacos têm transtorno bipolar (26).

O transtorno bipolar, é também chamado de psicose maníaco-depressiva. É um transtorno afetivo no qual o paciente sofre de alternância de episódios prolongados de extrema euforia e depressão (24).

O transtorno bipolar afeta aproximadamente 1% a 2% da população em geral (56, 57).

Segundo o DSM-IV-TR, o transtorno bipolar I é definido com tendo um curso clínico com um ou mais episódios maníacos e, por vezes, episódios depressivos major. Um episódio misto é um período, no mínimo, de uma semana, em que tanto o episódio maníaco, como o episódio depressivo major, ocorrem quase todos os dias. Uma variante do transtorno bipolar caracterizada por episódios de depressão major e de hipomania em vez de mania é conhecida como transtorno bipolar II (25).

Ambos os episódios maníacos e depressivos resultam num prejuízo no funcionamento social e ocupacional, que pode levar à instabilidade conjugal, à alienação da família e perda de emprego. O transtorno bipolar apresenta uma das maiores taxas de abuso de substâncias quando comparado com outras doenças psiquiátricas, alguns estudos mostram uma prevalência de 60% (56).

4. O Impacto das Doenças Mentais na Saúde Oral

Um grande grupo de doenças orais resulta de alterações orgânicas multifatoriais, sendo diretamente influenciado pela classe social, grau de instrução, condições financeiras, idade, estado de saúde geral e atitudes. Assim, determinados grupos, como os de baixa renda, idosos, pessoas com distúrbios físicos, dependentes químicos e com deficiência mental, enquadram-se numa categoria de risco aumentado para desenvolver alterações orais. Muitos indivíduos acometidos por transtornos psíquicos apresentam falta de pragmatismo, deficit cognitivo e dificuldade motora para controle do autocuidado, descuidando a higiene pessoal e, em especial, a higiene oral (58).

Tem sido documentada a existência de saúde oral precária entre indivíduos institucionalizados. Uma pesquisa mundial revelou que esta população vulnerável tem mais dentes extraídos, cáries, menos dentes restaurados, doença periodontal mais avançada, higiene oral pobre e presença de xerostomia, quando comparada com a população em geral (8).

Pacientes psiquiátricos precisam muitas vezes de tratamentos farmacológicos prolongados que produzem xerostomia como efeito colateral. A diminuição da secreção salivar destes pacientes tratados com drogas psicotrópicas tem sido associada a várias patologias orais, tais como: cárie dentária, doença periodontal e lesões da mucosa. Além de drogas psicotrópicas, há outras circunstâncias que faz deste grupo uma população de alto risco para o desenvolvimento de doenças orais, como falta de interesse e deterioração da higiene oral e consumo de substâncias nocivas, como álcool e tabaco (59).

Diante do exposto, percebe-se que muitos pacientes psiquiátricos estão mais vulneráveis que indivíduos sem alterações mentais a desenvolver certas lesões estomatológicas. De entre essas alterações podem-se destacar a leucoplasia, a eritroplasia, a leucoplasia verrucosa proliferativa, o carcinoma espinhocelular e a síndrome de boca ardente. As quatro primeiras apresentam os piores prognósticos, comparativamente com as dezenas de lesões possíveis de se diagnosticar na cavidade oral (58).

O descuido da higiene oral nestes pacientes, a deterioração e abandono dos hábitos de higiene como resultado da alteração de humor e a deterioração ou perda da responsabilidade dos doentes pela sua própria saúde, promove condições orais favoráveis ao crescimento e desenvolvimento bacteriano. No entanto, a higiene oral adquire, dadas as condições, extrema importância nestes pacientes, e é uma das responsabilidades mais básicas dos profissionais de saúde (59).

Alguns estudos relacionam a permanência prolongada na instituição com o elevado índice de cárie e perda dentária (8, 60, 61)

Um estudo longitudinal avaliou a saúde periodontal de pacientes esquizofrênicos hospitalizados. Os resultados demonstram que, significativamente, durante o período de cinco anos diminuiu a percentagem de saúde periodontal, a gengivite e cálculo, enquanto as bolsas periodontais aumentaram de 36,2% para 64,8% (61).

Antes de iniciar qualquer tratamento, o médico dentista deve consultar o médico do paciente ou psiquiatra para confirmar e atualizar informações sobre o esquema de medicação atual, o grau de cooperação e capacidade de fornecer um consentimento (56).

4.1 Depressão

Durante os episódios depressivos, muitos pacientes apresentam um declínio distinto no nível de higiene oral, juntamente com um aumento da cárie dentária e doença periodontal, que muitas vezes progride para uma situação incontrolável. Toda a parte dentária é negligenciada, e qualquer prótese já existente pode tornar-se desajustada e pode ser descartada (56).

Os problemas orais mais frequentes neste tipo de patologia são (24):

- Pobre higiene oral
- Cáries rampantes
- Periodontite avançada generalizada
- Ausência dentária múltipla
- Próteses desajustadas
- Vários síndromes dolorosos oro-faciais
- Xerostomia
- Má nutrição/ dieta precária

O uso de qualquer droga envolve reações adversas. Medicamentos antidepressivos não escapam a essa realidade. Um dos efeitos colaterais é a xerostomia (...) tendo como principais consequências o aumento da cárie, o favorecimento de outras doenças infecciosas nas gengivas e mucosas orais (62). No entanto, nem todos os antidepressivos têm o mesmo efeito no fluxo salivar (63).

Muitos destes indivíduos consomem grandes quantidades de fluidos cariogênicos, doces e pastilhas elásticas, de forma a combater esse sintoma. Anestésicos locais com epinefrina podem ser utilizados com prudência, com doentes a tomar medicamentos tricíclicos mas é contraindicada com aqueles que tomam inibidores da MAO (monoamina oxidase). No entanto, o uso de anestésicos locais com Neo-Cobefrin ou Hyponor é contraindicada em pacientes que receberam tricíclicos. O uso de meperidina (Demerol) é absolutamente contraindicado com doentes a tomar inibidores da MAO. O uso de sedativos deve ser criteriosamente escolhido para aqueles que tomam medicamentos tricíclicos. Deve ser feita uma goteira para os pacientes que realizem ECT (eletroconvulsivoterapia) (24).

4.2 Transtorno Bipolar

Durante os períodos maníacos, existe um excesso de zelo pelos auxiliares de higiene oral (como escovas de dentes e fio dentário), o que pode estar associado com uma incidência e severidade de abrasão cervical, bem como lacerações ocasionais na mucosa gengival (56).

As manifestações dentárias da fase depressiva são idênticas aos descritos para a depressão (24).

Do ponto de vista médico-dentário, o abuso de drogas em pacientes com transtorno bipolar é importante. A administração de epinefrina contida em anestésicos locais, na presença de intoxicação por cocaína, vai exacerbar a resposta do paciente às aminas simpaticomiméticas, podendo resultar em enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral ou crises de hipertensão (56).

Antiepiléticos, carbonato de lítio e neurolépticos (fenotiazina) são eficazes no tratamento da fase maníaca deste transtorno. Pessoas em tratamento com lítio podem queixar-se de uma xerostomia generalizada e estomatite simultâneas, embora a hipersalivação tenha sido relatada (56).

Com redução do fluxo salivar há um rápido aumento no grau de deterioração dentária, desidratação das mucosas e disfagia (56).

As principais interações adversas entre o lítio e medicamentos comumente utilizados em medicina dentária são raros. No entanto, o uso de antiinflamatórios não-esteroides (AINES), podem diminuir a depuração renal do lítio e levar a um acúmulo deste para níveis tóxicos (24). A administração concomitante de lítio e metronidazol ou tetraciclina pode causar retenção de lítio renal, que pode levar a efeitos tóxicos (56).

Os pacientes frequentemente experimentam um aumento de cárie cervical, não só por causa dos efeitos anticolinérgicos do lítio e outras medicações psicotrópicas, mas também porque usam doces ou bebidas açucaradas para fornecer alguma lubrificação oral. A ingestão de cafeína e o tabagismo pesado podem exacerbar os efeitos da xerostomia de vários medicamentos (56).

Benzodiazepínicos devem ser usados com cautela devido ao potencial de depressão do SNC. Grandes problemas com medicamentos antidepressivos utilizados para a fase depressiva deste transtorno têm sido discutidos (24).

4.3 Esquizofrenia

A esquizofrenia está associada a uma deterioração da conduta pessoal que faz com que o doente negligencie a sua higiene oral (61). Porque estes indivíduos estão frequentemente confusos, deprimidos, retraídos ou ansiosos, muitas vezes negligenciam ou recusam o tratamento médico-dentário (24).

Esta negligência dentária e muitas vezes a má higiene oral, em conjunto com a xerostomia causada por alguns medicamentos antipsicóticos, levam a um aumento da incidência de cárie e doença periodontal (24).

Foi encontrada uma relação significativa entre a gravidade dos sintomas psicopatológicos e sinais negativos (negligência emocional, retardo motor) com o grau de higiene oral. Um estudo americano mostrou que os pacientes esquizofrênicos têm um maior nível de placa e cálculo, e uma tendência maior para perda de inserção epitelial em comparação com pacientes do grupo controle. Além disso, um estudo espanhol encontrou um maior índice de gengivite e cálculo entre os pacientes esquizofrênicos quando comparados com os pacientes do grupo controle (61).

Pacientes com esquizofrenia paranoide, podem ser muito receosos, e devem ser abordados verbalmente e fisicamente muito lentamente. Não deve haver movimentos bruscos. O paciente deve ser advertido do que irá ser realizado e deve-lhe ser mostrado o que vai ser feito (24).

A esquizofrenia é geralmente tratada com antipsicóticos ou neurolépticos que incluem as fenotiazinas e outros agentes antipsicóticos, que geralmente têm alguns efeitos benéficos sobre o humor do paciente e processos de pensamento. Estes agentes neurolépticos podem causar, a curto prazo, sintomas extrapiramidais que incluem agitação generalizada ou agitação, espasmos musculares no pescoço e crises oculogíricas (24).

Efeitos a longo prazo de natureza similar como a discinesia tardia, também incluem trismo, disfunções de deglutição, protusão da língua ou movimentos parkinsonianos que incluem movimento facial contínuo, particularmente dos lábios e maxilares que incluem mastigação do lábio, movimentos de mastigação e movimentos esqueléticos gerais. A discinesia tardia está associada com a terapia antipsicótica a longo prazo, especialmente as fenotiazinas, e muitas vezes podem ser controlados por Cogentin e Artane. A acantúria pode desenvolver-se nestes pacientes e é manifestada por agitação, incapacidade de se sentar e ainda uma tendência para mover o corpo e as pernas durante o tratamento. Medicamentos sedativos devem ser usados com cuidado para evitar uma reação sinérgica com os neurolépticos, resultando em depressão respiratória excessiva. Anestesia local com adrenalina não causa efeitos adversos em pacientes normotensos (24).

4.4 Demência

Os pacientes tornam-se incapazes de reconhecer e fazer uso adequado dos objetos normalmente utilizados na vida diária (incluindo escovas de dentes, etc.). A muitos desses pacientes são prescritos neurolépticos para controlar os comportamentos. Estes muitas vezes causam xerostomia (24).

Pacientes com demência muitas vezes manifestam os seguintes problemas orais (24):

- Lesões maxilofaciais
- Úlceras traumáticas orais
- Pobre higiene oral
- Cavidades extensas a nível coronário e radicular
- Doença periodontal aumentada
- Elevada ausência dentária/ peças dentárias severamente fraturadas
- Atrição, abrasão, migração dentária
- Disfunção das glândulas salivares
- Atrofia severa do rebordo alveolar

- Próteses dentárias desajustadas
- Xerostomia
- Candidíase

O tratamento dentário deve ser concluído o mais cedo possível em demências progressivas (ex.: doença de Alzheimer), pois o comportamento disfuncional aumenta à medida que a demência progride. Se os cuidados de longa duração são antecipados, o status radiográfico deve ser elaborado de forma completa, para referência futura, pois as radiografias podem-se tornar impossíveis de realizar (24).

Relativamente aos métodos de higiene oral, o bochecho com cloro-hexidina e a limpeza da prótese devem ser adaptados à capacidade do paciente para usá-los adequadamente. Relativamente ao problema da cárie dentária, devem ser realizadas profilaxias e aplicações de flúor mais frequentemente. É necessário ter em atenção as interações entre drogas prescritas pelo médico dentista e os neurolépticos. Uma vez que as funções hepáticas e renais diminuem drasticamente na velhice, a prescrição de qualquer medicação deve ser feita com cautela (particularmente drogas de longa ação e uso prolongado de anti-inflamatórios não esteróides). A boa regra é lembrar que, em idosos uma dose única da maioria das drogas irá produzir um pico sanguíneo duas vezes maior e uma semivida duas vezes superior quando comparada com jovens. Muitas das técnicas de gestão e de comunicação utilizados nesta população incluem: comunicação, aceitação e confiança, aumento da utilização da comunicação não-verbal, repetição de instruções, evitar termos abstratos, usar palavras curtas e de comunicação verbal simples (24).

4.5 Dependência/ Abuso de Álcool e de outras substâncias

Se acoplado a um transtorno psiquiátrico ou apresentado como uma deficiência principal, o tratamento médico-dentário de pessoas com alcoolismo ou problemas de abuso de substâncias, tornam-se num grande desafio. A pessoa com alcoolismo tem maior probabilidade de abusar de substâncias ilícitas como a heroína e a cocaína. As implicações do alcoolismo a nível oral incluem (64):

- Má higiene oral
- Negligência dentária
- Bruxismo
- Xerostomia (atrofiadas glândulas salivares)

- Maior incidência de cancro oral
- Candidíase (má nutrição)
- Cicatrização demorada (lesões no fígado)
- Trauma orofacial
- Tendência para hemorragias (dano hepático)

O médico dentista deve ter atenção ao risco de hemorragia durante uma cirurgia. O dano perioral, incluindo maxilares fraturados, é geralmente tratado por um cirurgião maxilo-facial, no entanto, o médico dentista deve estar ciente de que um número significativo destes pacientes desenvolvera osteomielite da após uma fratura exposta. O maior risco do cancro oral exige observação detalhada e cuidadosa no momento do exame inicial da cavidade oral. Os pacientes alcoólicos podem ter uma resposta alterada a muitos medicamentos. À medida que desenvolvem uma tolerância ao etanol, também desenvolvem uma tolerância a drogas sedativas, e muitas vezes necessitam de doses superiores às habituais para alcançar o grau desejado de sedação. Todos os medicamentos metabolizados pelo fígado devem ser administrados com cautela (lidocaína, mepivacaína, ampicilina, aspirina, paracetamol, codeína, diazepam, e barbitúricos). Recomenda-se o uso de anestésicos locais do grupo éster para pacientes com cirrose (24).

As implicações dentárias do paciente que abusa ou é dependente de substâncias além do álcool, é semelhante para o paciente alcoólico. Pacientes que usam, abusam ou são dependentes de drogas ilícitas, muitas vezes, administradas por via intravenosa, estão claramente em maior risco para desenvolver Hepatite B e SIDA. A irritabilidade cardíaca e hipotensão são complicações importantes do uso da cocaína. O uso de um anestésico local com epinefrina é fortemente contraindicado num paciente que tenha consumido cocaína nas últimas 48 horas (24)

Consumidores da metanfetamina têm cáries rampantes devido ao efeito xerostômico, ao consumo de açúcar aumentado e negligência dos seus cuidados. Os consumidores de cannabis sofrem também de efeitos sobre a cavidade oral como o aumento da incidência de carcinoma de células escamosas, xerostomia, gengivite severa, necrose isquémica do palato e bruxismo. O tratamento com metadona produz xerostomia e os pacientes têm um consumo de açúcar aumentado (63).

III. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

Embora a saúde oral seja um dos principais determinantes de saúde, possui baixa prioridade no contexto da doença mental. Distúrbios psicológicos podem levar o paciente a negligenciar a sua própria higiene oral tendo consequências nefastas sobre a mucosa oral, dentes e periodonto. Doentes que sofrem de patologia psiquiátrica crónica, fazem medicação por longos períodos de tempo, sendo mais um fator que pode levar ao desenvolvimento consequente de patologia oral.

É neste contexto que os profissionais de saúde têm um papel imprescindível não só porque poderão prevenir os problemas na cavidade oral através de uma correta e adequada higiene da mesma, como poderão evitar que esses se tornem agentes complicadores do estado geral do paciente.

No entanto, o nível de conhecimento demonstrado pelos profissionais de saúde acerca da higiene oral e sua aplicação prática tem sido pouco consistente com os resultados que se pretendia encontrar. Desta forma observa-se que estes profissionais possuem poucos conhecimentos acerca dos métodos de controlo de placa e os diversos produtos que podem ser utilizados na higiene oral.

Em estudos acerca da atuação dos profissionais de enfermagem nos cuidados de higiene oral prestados a doentes institucionalizados, os profissionais de saúde consideraram o seu conhecimento na área da saúde oral como sendo limitado, sendo frequente a ausência deste conteúdo na sua formação, razão pela qual, na prática clínica, muitas vezes, a higiene oral não é priorizada. Os profissionais de saúde afirmam necessitar de uma intervenção educacional prática mais realista (65, 66).

Num estudo qualitativo, percebeu-se que a formação recebida pelos profissionais de Enfermagem foi incompleta, não atendendo às necessidades de cuidado quotidiano da saúde oral. O conhecimento que esses profissionais utilizavam como base para fundamentar as suas práticas era mais de carácter empírico, popular, do que de carácter técnico-profissional (67).

Aproximadamente 76% afirmam reconhecer os aspetos normais da cavidade oral e quando o assunto é referente às doenças mais comuns da cavidade oral, como cárie, gengivite, periodontite e candidíase, 29% desconhecem (66).

Observa-se ainda que os profissionais de saúde não correlacionam o cuidado com a higiene oral para além das possíveis complicações na própria cavidade oral, ou seja, não associam a não realização da higiene oral com as complicações sistémicas (68).

Verifica-se ainda que a forma pela qual os cuidados são priorizados, depende muito da visão do enfermeiro sobre a dimensão do cuidar (68).

No entanto, os enfermeiros que realizam a higiene oral (50%), fazem-no apenas uma vez por dia, sendo a hora do banho a mais frequentemente citada. Durante o turno noturno, a maioria (73,9%) não realiza higiene oral (...) apesar de haver uma refeição por volta das 20 h (65).

Por outro lado verifica-se o desconhecimento dos vários recursos de higiene oral que podem ser utilizados no ambiente hospitalar. Alguns enfermeiros relatam nunca terem ouvido falar desses produtos e, quanto ao uso em hospitais, nenhum deles narrou alguma experiência isolada de contacto com esses recursos. Para além disso, verificou-se que os recursos disponíveis nos hospitais visitados são escassos e impróprios, impossibilitando a manutenção da saúde oral e dificultando o controle de infeções orais (66).

Para refletir sobre esta forma de cuidar, e com intuito de melhorar os cuidados prestados, a proposta para esta investigação consiste em avaliar o nível de cuidados de saúde oral prestados pelos profissionais de saúde aos doentes internados no Hospital Psiquiátrico de Viseu.

IV. OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

Para refletir sobre esta forma de cuidar, e com intuito de melhorar os cuidados prestados ao nível da saúde oral, a proposta para esta investigação consiste em avaliar o nível de cuidados de saúde oral prestados pelos profissionais de saúde aos doentes internados no Hospital Psiquiátrico de Viseu.

Pelo facto de este tema ser muito abrangente, foram delimitados os seguintes objetivos principais:

- 1- Conhecer os cuidados de saúde oral prestados pelos profissionais de saúde aos doentes em internamento no Hospital Psiquiátrico de Viseu.
- 2- Analisar os conhecimentos sobre a saúde oral dos profissionais de saúde e restantes auxiliares de ação médica que cuidam destes doentes.
- 3- Identificar as medicações administradas aos doentes psiquiátricos internados, bem como a associação desses medicamentos no surgimento de doenças orais, nomeadamente a xerostomia

V. METODOLOGIA

1. Tipo de estudo

Pretendemos realizar um estudo epidemiológico observacional descritivo transversal que avalie o nível de cuidados de saúde oral prestados pelos profissionais de saúde aos doentes internados no Hospital Psiquiátrico de Viseu.

2. Amostra

A amostra compreendeu 36 profissionais de saúde (enfermeiros e auxiliares de ação médica) do Hospital Psiquiátrico de Viseu, no período entre os meses de Abril e Maio de 2012.

A amostra foi definida de forma não probabilística, por conveniência, a partir do retorno dos questionários e a análise foi feita com base nas respostas obtidas nos mesmos.

Neste tipo de amostragem são usados os sujeitos que se encontram disponíveis ao investigador (69).

No processo de amostragem procuramos obter uma “amostra de tamanho ou dimensão tão grande quanto possível dentro dos limites dos recursos disponíveis” à seleção dos participantes, baseado nos critérios inclusão e exclusão definidos (70).

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

- Profissionais de saúde que estão em contacto direto e constante com os pacientes psiquiátricos do serviço de internamento do Hospital Psiquiátrico de Viseu, como sendo, enfermeiros e auxiliares de ação médica.
- Ambos os sexos são incluídos.

Foram considerados os seguintes critérios de exclusão:

- Profissionais de saúde que não tenham contacto permanente com os pacientes, como sendo, médicos e enfermeiros/auxiliares de ação médica que trabalhem no serviço de ambulatório do Hospital Psiquiátrico de Viseu.

Os indivíduos foram informados e esclarecidos sobre as condições e objetivos do estudo, bem como da necessidade de posteriores contactos para a sua concretização. Foram ainda informados acerca da condição voluntária da sua participação.

Todos os questionários foram entregues aos participantes e recolhidos posteriormente, sendo estes informados que os dados recolhidos seriam confidenciais.

3. Instrumento de recolha de dados

Após reflexão originada pela pesquisa bibliográfica e tendo presentes os objetivos do estudo, optámos pelo método de inquérito por questionário, devido às facilidades da sua aplicabilidade no número dos sujeitos da amostra.

O questionário consiste numa “técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc.” (71).

A elaboração das questões é uma etapa fulcral do questionário, e deve obedecer a determinadas regras, de forma a não enviesar as respostas, as quais irão servir também para testar objetivos ou hipóteses de trabalho (71).

A apresentação do questionário é também outra etapa importante, pois constitui um estímulo para a obtenção de respostas, deve conter também as instruções para o seu preenchimento e a introdução ao questionário (71).

As principais razões de escolha deste instrumento devem-se à dimensão da população, economia de tempo, garantia de anonimato, liberdade de respostas e rapidez e facilidade de preenchimento.

Para a elaboração do questionário tivemos presente a bibliografia consultada, os objetivos do estudo e o tipo de informação requerida para a investigação.

O questionário é constituído por 23 questões na sua maior parte de resposta fechada (escolha múltipla), e algumas perguntas de resposta aberta consideradas importantes face aos objetivos do estudo, distribuídas por quatro grupos (Anexo III).

No 1º grupo foram incluídas três questões dirigidas à caracterização sociodemográfica dos indivíduos, composto por duas questões de resposta aberta, através das quais recolheremos informações acerca da idade e género, e uma pergunta de resposta fechada em que os profissionais escolhem o tipo de profissão, tendo como opções: “Enfermeiro” e “Auxiliar de Ação Médica”.

No 2º grupo foram incluídas sete questões, as quais são dirigidas aos profissionais de saúde, relativas à sua situação profissional. Abrange áreas como carga horária, competências e

aprendizagem, número de pacientes atribuídos, aspetos valorizados na observação da cavidade oral e fatores de risco para a saúde oral.

Carga Horária: para esta o melhor se adequa: “Igual ou inferior a 6 horas”, “Cerca de 8 horas”, “Superior a 8 horas”.

Competência: a esta questão os profissionais deverão indicar se a prática de higiene oral é ou não da sua competência. Para isso existem duas respostas fechadas “Sim” e “Não”.

Aprendizagem: nesta questão, os inquiridos deverão indicar se adquiriram conhecimentos suficientes durante o seu processo de aprendizagem, sobre cuidados de saúde oral. As opções de resposta são: “Sim” ou “Não”.

Número de pacientes atribuídos: haverá três hipóteses de resposta, sendo elas: “< 5”, “5-10 doentes”, “> 10 doentes”.

Observação da cavidade oral: relativamente a esta informação foram colocadas duas questões. A primeira foi “Costuma fazer observação da cavidade oral aos pacientes psiquiátricos do serviço de internamento?” e a segunda “Quando a observação é feita, que aspetos costumam ser valorizados?”. À primeira questão os profissionais poderiam responder “Sim, todos os pacientes são observados”, “Sim, mas apenas aos pacientes cuja autonomia está comprometida”, “Apenas quando o paciente refere algum tipo de sintomatologia”, “Não”. Para os profissionais de saúde responderem à segunda questão terão várias opções simultâneas ou não como sendo: “Halitose (mau hálito)”, “Quantidade de saliva”, “Aspeto e textura da língua”, “Aspeto da mucosa”, “Aspeto da gengiva”, “Tártaro nos dentes”, “Aspeto dos dentes”, “Mobilidade dos dentes”, “Contar os dentes superiores e inferiores”.

Fatores de risco para a saúde oral: os profissionais de saúde terão várias hipóteses de fatores de risco: “Fármacos”, “Xerostomia (boca seca)”, “Consumo de álcool”, “Consumo de tabaco”, “Alimentação Desequilibrada”, “Higiene oral ineficaz”, “Última visita no dentista há mais de um ano”.

No 3º grupo foram incluídas três questões de resposta fechada. Este grupo serve para analisar os cuidados de saúde oral em geral, prestados aos pacientes do regime de internamento do Hospital Psiquiátrico. Abrange áreas como a existência de sintomatologia dentária por parte dos pacientes, ida ao consultório médico-dentário durante o internamento, e importância dada pelos pacientes à sua própria saúde oral.

Existência de sintomatologia dentária por parte dos pacientes: para responder a esta questão os profissionais têm como opções “Sim” ou “Não”.

Consulta médico-dentária durante o internamento: para obtermos este tipo informação foram colocadas as seguintes opções: “Nunca vão ao médico dentista”, “Só vão

ao médico dentista quando existe sintomatologia”, “Visitam o médico dentista 1 vez por ano” ou “Desconhece se vão ao médico dentista”.

Importância dada pelos pacientes à sua própria saúde oral: os profissionais poderiam responder a esta questão de forma positiva (“Sim”), negativa (“Não”) ou “Desconhece”.

O 4º grupo serve para analisar os cuidados de saúde oral existentes nos pacientes autónomos e incentivo por parte dos profissionais de saúde. É constituído por cinco questões de resposta fechada. Abrange áreas como existência de hábitos de higiene oral, meios utilizados para a higiene oral e locais da cavidade oral que são higienizados. É ainda contemplada a higiene das próteses dentárias e existência de incentivo para realização da higiene oral pelos profissionais de saúde.

Práticas de higiene oral pelos pacientes: existem quatro questões com as respetivas opções de resposta: a primeira é “Considera que possuem hábitos de Higiene Oral?”, sendo as possibilidades de resposta: “Sim”, “Não” ou “Desconhece”. A segunda questão “Os que não possuem hábitos de Higiene Oral, existe algum incentivo por parte dos profissionais para a melhoria da mesma?”, tendo o profissional de saúde que responder “Sim” ou “Não”. A terceira questão é “Que meios são utilizados pelos mesmos para realizar a Higiene Oral?”. Esta questão tem várias opções de resposta, sendo elas “Compressa/ Gaze”, “Escova de dentes apenas”, “Escova de dentes + pasta dentífrica”, “Colutório”, “Fio dentário”, “Desconhece”. Finalmente a quarta questão: “Quais os locais da cavidade oral que estes pacientes costumam higienizar?”, sendo que as respostas poderão ser “Dentes”, “Língua”, “Palato”, “Bochechas”, “Desconhece”.

Higiene das próteses dentárias: nesta questão, os profissionais de saúde devem escolher a forma como o paciente executa a higienização das próteses dentárias, tendo várias opções: “O paciente não executa a higiene uma vez que as próteses ficam na posse de outro (guardadas/ fornecidas à família)”, “O paciente não executa a higiene”, “O paciente coloca a prótese num copo com água”, “O paciente usa uma escova própria”, “O paciente usa um produto específico para a higiene da mesma”, “Desconhece”.

O 5º grupo serve para analisar os cuidados de saúde oral prestados pelos profissionais de saúde aos pacientes não autónomos. É constituído por cinco questões de resposta fechada. Abrange áreas como a prática de hábitos de higiene oral aos pacientes e o respetivo número de vezes por turno, meios utilizados para a higiene oral e locais da cavidade oral que são higienizados. É ainda, contemplada a higiene das próteses dentárias.

Práticas de higiene oral pelos pacientes: existem quatro questões com as respectivas opções de resposta: a primeira é “São prestados cuidados de Saúde Oral por parte dos profissionais de saúde a estes pacientes? sendo as opções de resposta ”Sim”, “Apenas quando existe tempo para a mesma”, ou “Não”. Caso os profissionais respondam “Sim” a esta questão, uma outra se levanta “Diga quantas vezes por turno a Higiene Oral é realizada?”, podendo o inquirido responder “Nenhuma”, ”1 vez em qualquer um dos turnos”, “1vez, normalmente no período da manhã”, “2/3 vezes”, “+ de 3 vezes”. A terceira questão é “Que meios são utilizados pelos profissionais de saúde para realizar a Higiene Oral destes pacientes?”. Esta questão tem várias opções de resposta, sendo elas “Compressa/ Gaze”, “Escova de dentes apenas”, “Escova de dentes + pasta dentífrica”, “Colutório”, “Fio dentário”. Finalmente a quarta questão: “Quais os locais da cavidade oral do paciente que os profissionais de saúde costumam higienizar?”, sendo que as respostas poderão ser “Desconhece”, “Dentes”, “Língua”, “Palato”, “Bochechas”.

Higiene das próteses dentárias: nesta questão, os profissionais de saúde devem escolher a forma como executam a higienização das próteses dentárias dos pacientes, tendo várias opções “Não tem por hábito realizar a higiene das próteses”, “A prótese é colocada num copo com água”, “É utilizada uma escova própria”, “É utilizado um produto específico para a higiene da mesma”.

4. Tratamento de dados e fidelidade

Numa primeira parte realizou-se uma análise estatística descritiva com a finalidade de descrever e analisar a amostra em estudo, recorrendo às medidas de localização e de tendência central (média, mediana e moda) e às medidas de dispersão (desvio-padrão). Para a investigação descritiva “implica estudar, compreender e explicar a situação atual do objeto de investigação” (72).

Numa segunda parte, na análise estatística inferencial recorreu-se a testes estatísticos através do Programa de Análise Estatística, SPSS, versão 20.0 para Windows, com um nível de significância de 5% e um nível de confiança de 95%, sendo usado o teste Qui-quadrado para o estudo da associação entre variáveis.

A inferência estatística permite estimar os parâmetros e a verificação de hipóteses ou objetivos.

O teste Qui-quadrado é um teste de hipóteses que se destina a encontrar um valor da dispersão para duas variáveis nominais, e a avaliar a associação existente entre variáveis qualitativas. É um teste não paramétrico, ou seja, não depende de parâmetros populacionais, como média e variância. O princípio básico deste método é comparar proporções, isto é, as possíveis divergências entre as frequências observadas e esperadas para um certo evento. Evidentemente, pode-se dizer que dois grupos se comportam de forma semelhante se as diferenças entre as frequências observadas e as esperadas em cada categoria forem muito pequenas, próximas a zero (73, 74).

A fidelidade, também designada precisão, está relacionada com a capacidade para reproduzir resultados e é definida como a primeira qualidade que qualquer método deve possuir. Ou seja, consiste em saber se um instrumento mede bem o que está a medir, se fornece resultados consistentes em várias dimensões com os mesmos indivíduos (73).

A fidelidade das escalas foi verificada pela análise da consistência interna, que corresponde à homogeneidade dos enunciados do instrumento, estimada pela avaliação das correlações de todos os enunciados da escala utilizada. Os valores de fidelidade do instrumento traduzidos pelo coeficiente de correlação, situados entre 0.70 e 0.90, refletem valores aceitáveis para os coeficientes de fidelidade, que varia de -1.00 a 1.00, significando que o instrumento gera poucos erros e é considerado altamente fiel (73).

O alpha de Cronbach permite verificar a consistência interna de um grupo de variáveis (itens). A avaliação da fidelidade efetuou-se através do método da consistência interna mediante a análise do coeficiente alpha de Cronbach (74).

Após a realização das análises prévias dos dados, avaliou-se a consistência interna do questionário através do coeficiente de consistência interna alpha de Cronbach. Verifica-se que a escala apresenta um valor de alpha de Cronbach=0.643, o que revela uma consistência aceitável, logo revela fidelidade do instrumento (Quadro 1) (75).

Quadro 1 - Coeficiente de consistência interna – alpha de Cronbach

Número de itens	alpha de Cronbach
23	0,643

VI. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

1. Análise Descritiva dos Resultados

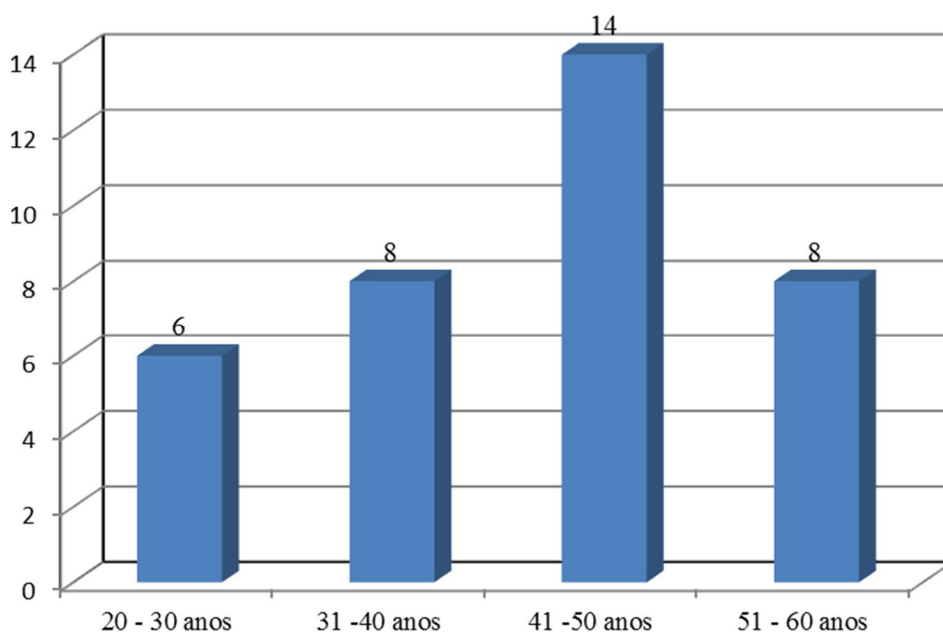
1.1 Caracterização geral da amostra

- Idade:

A idade dos 36 participantes no estudo oscilou entre os 29 e os 58 anos, com uma média de idades de 42.5 anos e um desvio padrão de 9.36. Verifica-se uma diversidade etária, como nos justifica o valor apresentado pelo desvio padrão.

A classe etária entre os 20 e os 30 anos de idade com 6 participantes, correspondem a 16.7% da amostra, seguindo-se a classe etária dos 31 aos 40 anos com 8 participantes, correspondendo a 22.2% da amostra. Quanto à classe etária entre os 41 e os 50 anos, esta foi a que se verificou com um maior número de participantes, com 14 elementos, correspondendo a 38.9% da amostra. Por último os participantes compreendidos entre os 51 e os 60 anos de idade, correspondem a 8 elementos, apresentando uma percentagem de 22.2% (Gráfico1).

Gráfico 1 - Distribuição dos participantes por classe etária



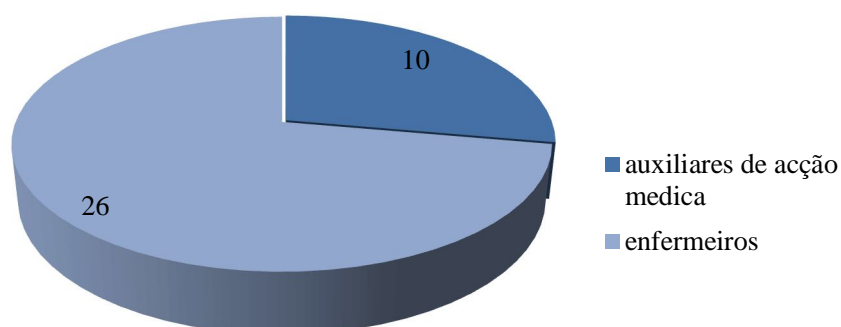
- Género:

Verifica-se que dos 36 participantes no estudo, 26 são do género feminino correspondendo a 72.2%, e 10 do género masculino, correspondentes a 27.8% da amostra. Logo, predomina maioritariamente o género feminino nesta amostra.

- Profissão:

Dos 36 participantes, 10 são auxiliares de acção médica, correspondendo a 27.8% da amostra, e 26 são enfermeiros, correspondendo a 72.7% da amostra (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição dos participantes por profissão



1.2 Dados relativos aos profissionais de saúde

- Qual a carga horária que lhe é atribuída diariamente?

Dos 36 participantes, todos os inquiridos têm um horário de cerca de 8 horas diárias, correspondendo desta forma a 100% dos indivíduos. Não foram registadas respostas relativamente a horários superiores a 8 horas, nem igual ou inferior a 6 (Quadro 2).

Quadro 2 - Distribuição das respostas dos participantes relativamente à questão “Qual a carga horária que lhe é atribuída diariamente?”

Qual a carga horária que lhe é atribuída diariamente?	n	%
Cerca de 8 horas	36	100
Igual ou inferior a 6 horas	0	0
Superior a 8 horas	0	0
Total	36	100

- Considera a realização da Higiene Oral como sendo da sua competência?

Relativamente a esta questão, 26 dos participantes responderam “Sim”, correspondendo desta forma a 72.2% do universo da amostra, 4 responderam que “Não era da sua competência”, sendo desta forma 11.1%, os restantes 6 indivíduos não responderam à questão, correspondentes a 16.7% (Quadro 3).

Quadro 3 - Distribuição das respostas dos participantes relativamente à questão “Considera a realização da higiene oral como sendo sua competência?”

Considera a realização da Higiene Oral como sendo da sua competência?	n	%
Sim	26	72.2
Não	4	11,1
Não responderam à questão	6	16.7
Total	36	100

- Considera que a sua aprendizagem na área da saúde oral foi suficiente?

Quanto a esta questão, 24 dos participantes responderam que “Sim”, que foi suficiente a aprendizagem na área, correspondendo a 66.7%, os restantes 12 indivíduos responderam que “Não foi suficiente”, correspondendo a 33.3% dos inquiridos (Quadro 4). Deste modo, não se verificam lacunas por falta de conhecimentos profissionais.

Quadro 4 - Distribuição das respostas dos participantes relativamente à questão “Considera que a sua aprendizagem na área da saúde oral foi suficiente?”

Considera que a sua aprendizagem na área da saúde oral foi suficiente?	N	%
Sim	24	66.7
Não	12	33.3
Total	36	100

- Em média quantos pacientes lhe são atribuídos por turno?

Relativamente a esta questão, dos 36 inquiridos, 4 responderam menos de 5 pacientes, correspondendo a 11.1%, outros 4 responderam mais de 10 pacientes, correspondendo a 11.1%, e 28 responderam que lhes eram atribuídos entre 5 e 10 pacientes por turno, correspondendo assim há maioria, com 77.8% (Quadro 5).

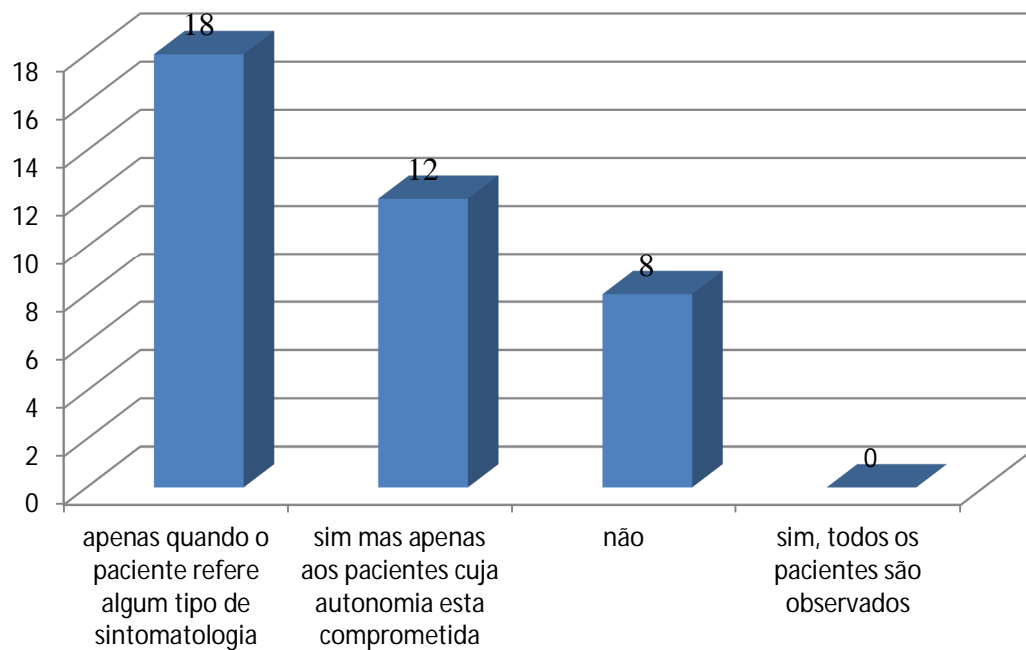
Quadro 5 - Distribuição das respostas dos participantes relativamente à questão “Em média quantos pacientes lhe são atribuídos por turno?”

Em média quantos pacientes lhe são atribuídos por turno?	N	%
<5	4	11.1
5-10 doentes	4	11.1
>10 doentes	28	77.8
Total	36	100

- Costuma fazer observação da cavidade oral aos pacientes psiquiátricos, do serviço de internamento?

Nesta questão, obtiveram-se 38 respostas, 18 das quais pertencem à opção “Apenas quando o paciente refere algum tipo de sintomatologia”, correspondendo a 47.4%, quanto à resposta “Sim mas apenas aos pacientes cuja autonomia está comprometida”, correspondem 12 respostas, ficando assim com 31.6%. Houve também 8 respostas do tipo negativo, assumindo assim 21% (Gráfico 3). Não se registaram respostas para a opção “Sim, todos os pacientes são observados”.

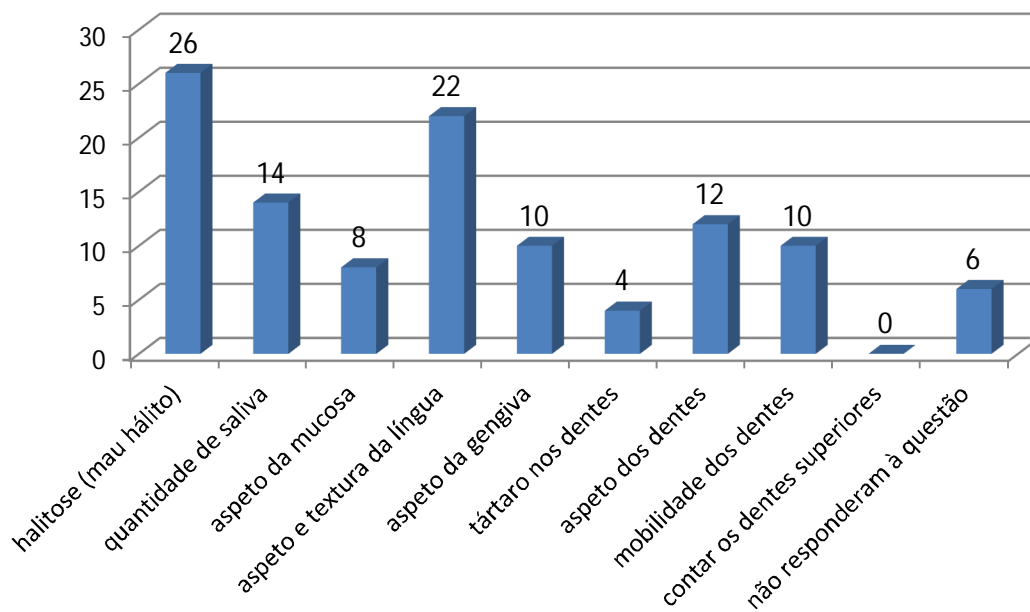
Gráfico 3 -Distribuição das respostas relativas à questão “Costuma fazer observação da cavidade oral aos pacientes psiquiátricos, do serviço de internamento?”



- Quando a observação é feita, que aspetos costumam ser valorizados?

Por parte dos colaboradores, relativamente a esta questão obtiveram-se 112 respostas a esta questão. A mais respondida foi a “Halitose” com 26 respostas, correspondendo assim a 23.2%, seguindo-se o “Aspeto e textura da língua”, com 22 respostas, correspondendo a 19.6%. A opção menos respondida foi a “Tártaro nos dentes”, com apenas 4 respostas, correspondendo assim apenas a 3.6%. Houve também 6 respostas em branco, que correspondem a 5.3% (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição das respostas relativas à questão "Quando a observação é feita, que aspetos costumam ser valorizados?"



- Quais dos seguintes fatores considera serem de risco para a saúde oral dos pacientes psiquiátricos?

Quanto a esta questão, foram registadas 124 respostas. A opção mais respondida foi “Higiene oral ineficaz”, com 26 respostas, correspondendo a 21%, seguindo-se a opção de resposta “Consumo de tabaco”, com 24 respostas, correspondendo a 19.3%. A opção de resposta menos evidente nos inquiridos foi o “Consumo de álcool”, com apenas 10 respostas, ficando desta forma com 8%.

Houve também 4 respostas em branco, correspondendo a 3.2% (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Distribuição das respostas relativas à questão, "Quais dos seguintes fatores considera serem de risco para a saúde oral dos pacientes psiquiátricos?"



1.3 Dados relativos aos cuidados prestados aos doentes psiquiátricos no geral em regime de internamento

- No geral, os pacientes costumam referir dor dentária?

Relativamente a esta questão, dos 36 inquiridos, 12 responderam que “Sim”, correspondendo desta forma a 33.3% das respostas. A maioria respondeu com um “Não”, correspondendo-lhe 20 respostas, assumindo assim 55.6%. Houve também 4 respostas em branco relativamente a esta questão, com um valor de 11.1% (Quadro 6).

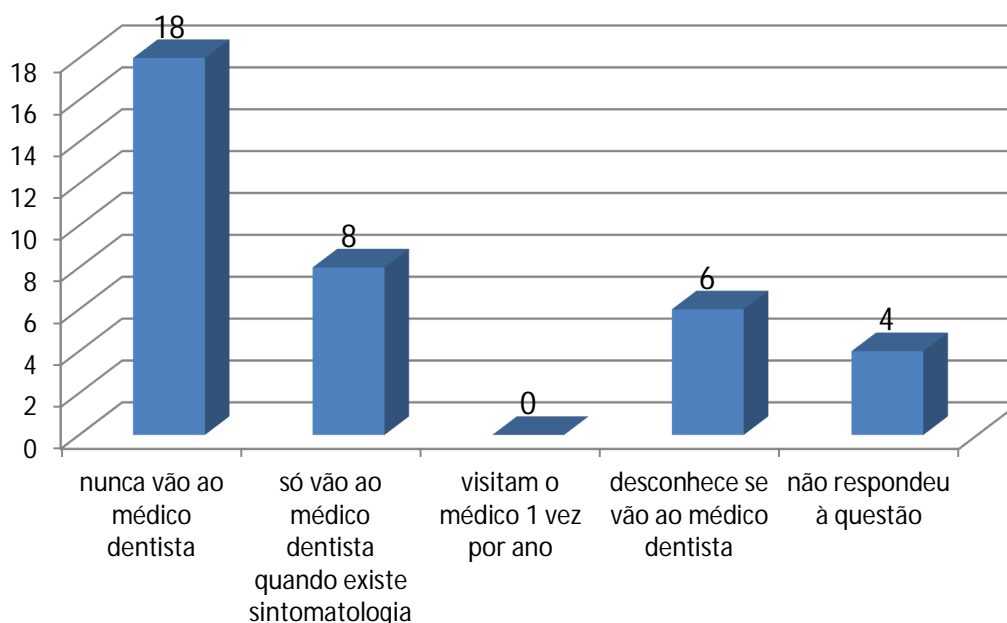
Quadro 6 - Distribuição das respostas dos participantes relativamente à questão “No geral, os pacientes costumam referir dor dentária?”

No geral, os pacientes costumam referir dor dentária?	n	%
Sim	12	33.3
Não	20	55.6
Não responderam à questão	4	11.1
Total	36	100

- Relativamente a uma consulta médico-dentária durante o internamento:

Relativamente a esta questão, obtiveram-se 36 respostas. Foram registadas um maior número de respostas à opção “Nunca vão ao médico dentista”, com 18 respostas, correspondendo a 50%, seguindo-se de “Só vão ao médico dentista quando existe sintomatologia”, com 8 respostas, correspondendo desta forma a 22.2%. Não se verificou respostas à opção “Visitam o médico dentista 1 vez por ano”, como também houve 4 questionários com esta questão não respondida, correspondendo a 11.1% das respostas (Gráfico 6).

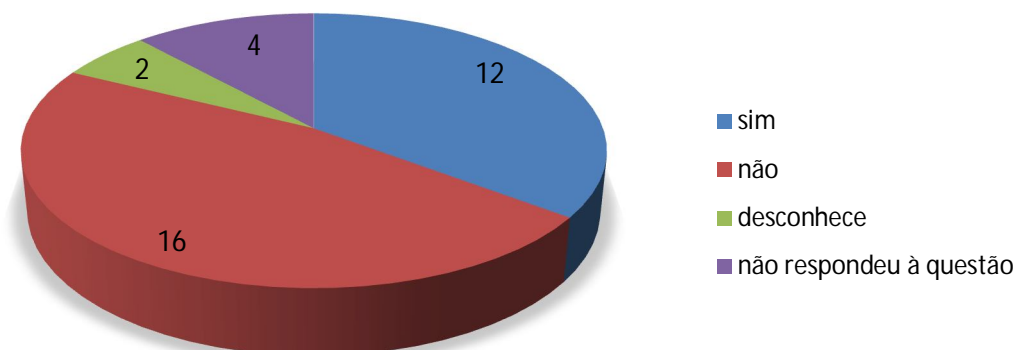
Gráfico 6 - Distribuição das respostas à questão "Relativamente a uma consulta médico-dentária durante o internamento:"



- Considera que os pacientes dão importância à sua própria saúde oral, ou manifestam vontade em cuidar da mesma?

Relativamente a esta questão, dos 36 inquiridos, a resposta mais escolhida pelos inquiridos foi o “Não”, com 16 respostas, correspondendo desta forma a 44.4% . A opção menos respondida foi a “Desconhece”, apenas com duas respostas, ficando com apenas 5.5%. Houve também 6 respostas em branco neste item, assumindo assim 16.6% (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Distribuição das respostas à questão "Considera que os pacientes dão importância à sua própria saúde oral, ou manifestam vontade em cuidar da mesma"



1.4 Dados relativos aos pacientes autónomos

- Considera que possuem hábitos de higiene oral adequados?

Quanto a esta questão, o maior número de respostas verificou-se pela negativa, com 22 respostas “Não”, correspondendo assim a 61.1%, e verificando-se 10 respostas positivas, “Sim”, correspondendo desta forma a 27.8% .

Verificaram-se também 4 questionários por responder a esta questão, correspondendo a 11.1% (Quadro 7).

Quadro 7 - Distribuição da resposta dos participantes relativamente à questão “Considera que possuem hábitos de higiene oral adequados?”

Considera que possuem hábitos de higiene oral adequados?	n	%
Sim	10	27.8
Não	22	61.1
Desconhece	0	0
Não responderam à questão	4	11,1
Total	36	100

- Os que não possuem hábitos de higiene oral, existe algum incentivo por parte dos profissionais para a melhoria da mesma?

Relativamente a esta questão, verificaram-se 30 respostas do tipo “Sim”, correspondendo a 83.3%, e 4 do tipo “Não”, sendo desta forma 11.1%. Houve ainda 2 inquiridos que não responderam à questão (Quadro 8).

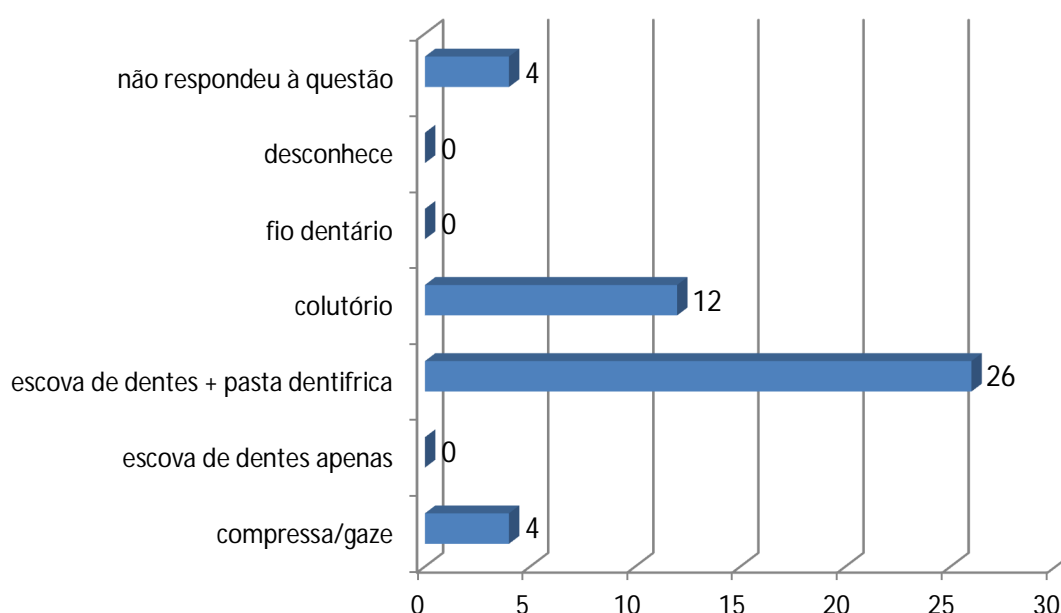
Quadro 8 - Distribuição da resposta dos participantes relativamente à questão “Os que não possuem hábitos de higiene oral, existe algum incentivo por parte dos profissionais para melhoria da mesma?”

Os que não possuem hábitos de higiene oral, existe algum incentivo por parte dos profissionais para melhoria da mesma?	n	%
Sim	30	83.3
Não	4	11.1
Não responderam à questão	2	5.6
Total	36	100

- Que meios são utilizados pelos mesmos para realizar a higiene oral?

Em resposta a esta questão, os inquiridos, responderam com 46 opções de resposta, sendo a mais utilizada, a opção “Escova de dentes + pasta dentífrica”, contabilizando 26 respostas, correspondendo desta forma a 56.5%, logo de seguida verifica-se a opção “Colutório”, com 12 respostas, correspondendo 26%. Verifica-se ainda 4 questionários por responder a esta questão (Gráfico 8).

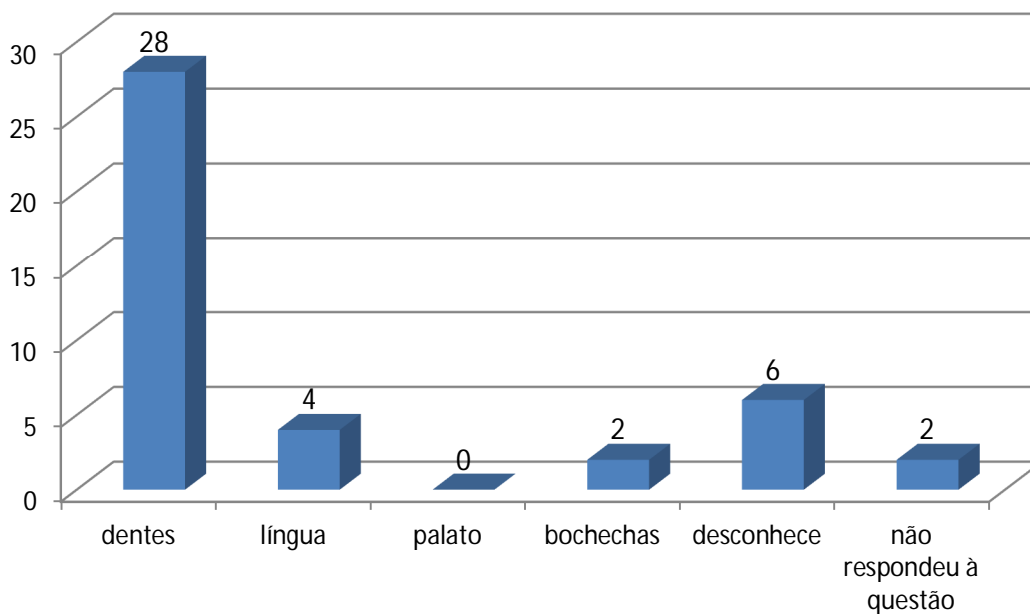
Gráfico 8 - Distribuição das respostas dos indivíduos relativamente à questão "Que meios são utilizados pelos mesmos para realizar a higiene oral?"



- Quais os locais da cavidade oral que estes pacientes costumam higienizar?

Quanto a esta questão, a resposta mais dada pelos indivíduos de entre as 42, foi a resposta “Dentes”, com 28 respostas, correspondendo assim com 66.7%. A opção menos respondida foi “Bochechas”, com apenas 2 respostas, correspondendo desta forma a 4.8%. Verificou-se ainda 2 questionários por responder a esta questão (Gráfico 9).

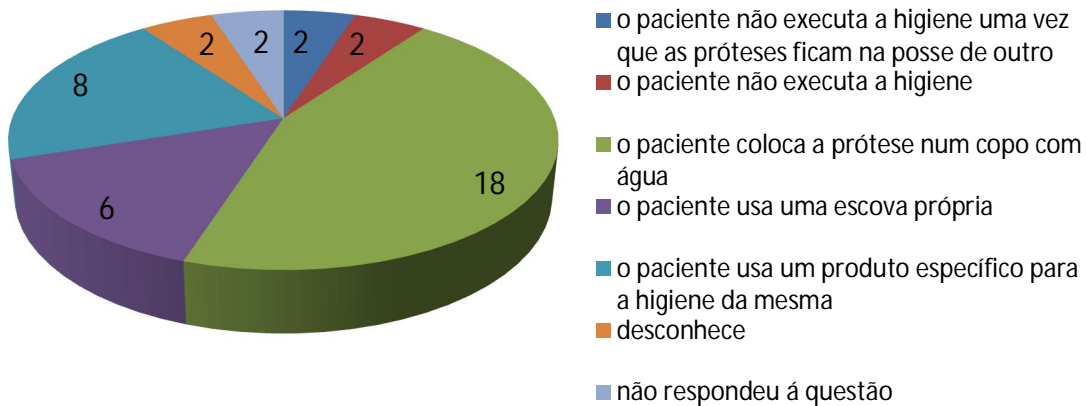
Gráfico 9 - Distribuição relativa das respostas à questão "Quais os locais da cavidade oral que estas pacientes costumam higienizar?"



- Relativamente aos pacientes que usam prótese dentária, como é executada a higiene da prótese?

Quanto a esta questão, das 40 respostas dadas pelos inquiridos, 18 foram atribuídas à opção “O paciente coloca a prótese num copo de água”, correspondendo a 45%, seguindo-se da resposta, “O paciente usa um produto específico para a higiene da mesma”, com 8 respostas, correspondendo desta forma a 20%. Verificaram-se ainda 2 inquiridos com esta questão por responder (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Distribuição das respostas dos indivíduos relativamente à questão, "Aos pacientes que usam prótese dentária, como é executada a higiene da prótese?"



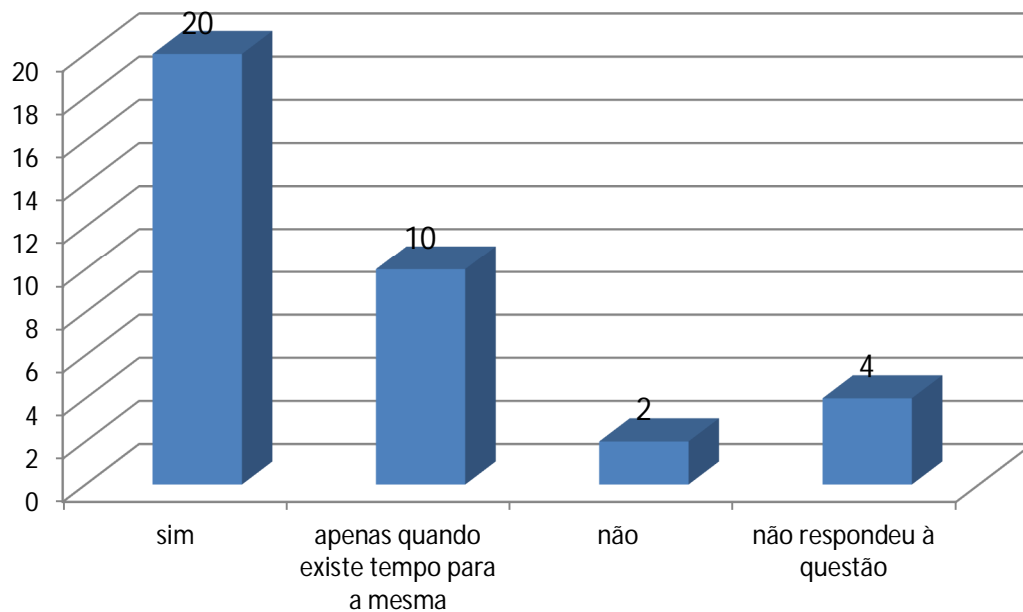
1.5 Dados relativos aos pacientes não autónomos

- São prestados cuidados de Saúde Oral por parte dos profissionais de saúde a estes pacientes?

Relativamente a esta questão, foram registadas 20 respostas do tipo “Sim”, correspondendo desta forma a 55.6%. A opção de resposta menos utilizada pelos inquiridos foi a opção “Não”, com apenas duas respostas, correspondendo assim a 5.6%.

Foram ainda recolhidos 4 inquéritos com esta questão por responder (Gráfico 11).

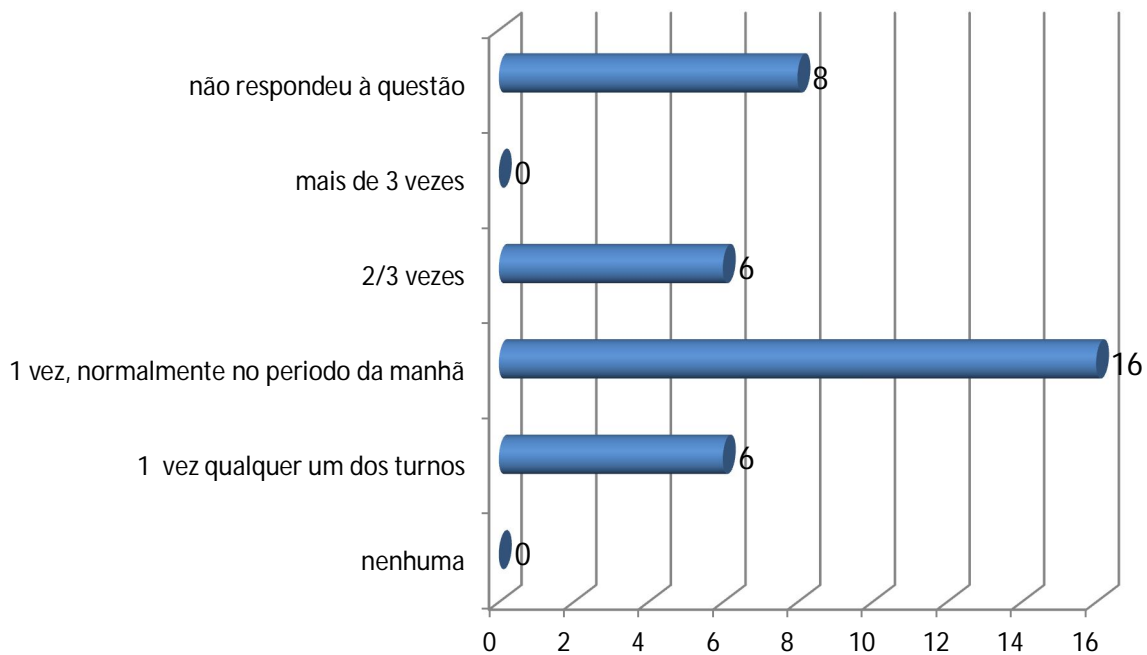
Gráfico 11 - Distribuição das respostas relativas à questão "São prestados cuidados de saúde oral por parte dos profissionais de saúde a estes pacientes?"



- Se respondeu sim à pergunta anterior, diga quantas vezes por turno a higiene oral é realizada?

Quanto a esta questão, a opção de resposta mais usada pelos inquiridos foi opção, “1 vez, normalmente no período da manhã”, com 16 respostas, correspondendo a 44.4%. Foram ainda verificadas 8 ausências de respostas a esta questão, correspondendo assim 22.2% (Gráfico 12).

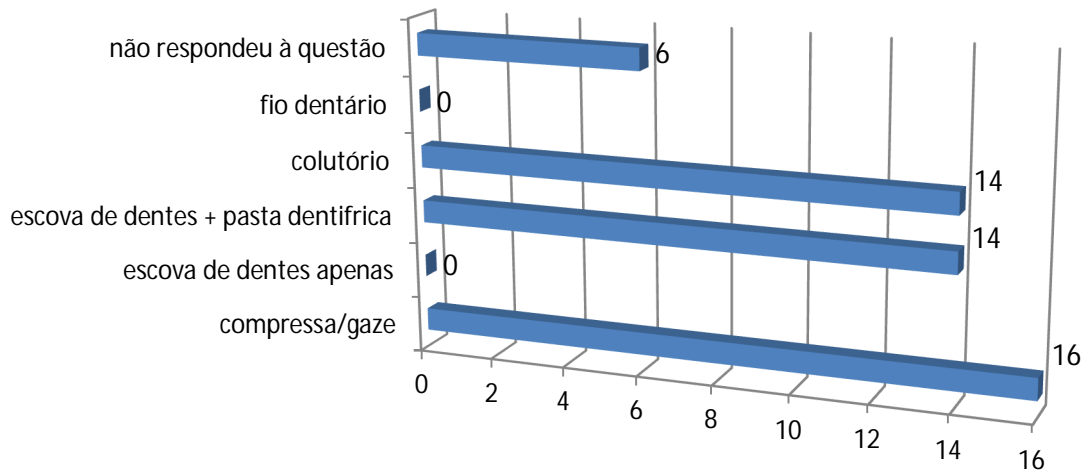
Gráfico 12 - Distribuição das respostas relativas à questão "Se respondeu sim à questão anterior, diga quantas vezes por turno a higiene oral é realizada?"



- Que meios são utilizados pelos profissionais de saúde para realizar a higiene oral destes pacientes?

Relativamente a esta questão, houve 50 respostas. Verificaram-se 16 respostas do tipo, “Compressa / gaze”, correspondendo desta forma a 32% das mesmas. Registaram-se 14 respostas do tipo “Escova de dentes + pasta dentífrica”, e “Colútorio”, ambas registando 28%. Obtiveram-se ainda 6 questionários sem resposta a esta questão, atribuindo-lhe assim 12%. Não se registaram respostas do tipo “Fio dentário” e “Escova de dentes apenas” (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Distribuição das respostas relativas à questão “Que meios são utilizados pelos profissionais de saúde para realizar a higiene oral destes pacientes?”



- Quais os locais da cavidade oral do paciente que os profissionais de saúde costumam higienizar?

Quanto a esta questão, registaram-se 78 respostas. A opção mais utilizada pelos inquiridos foi a opção “Dentes”, com 30 respostas, registando assim 38.5%, seguindo-se da opção “Língua”, com 24 respostas, correspondendo a 30.8%. Verificou-se ainda que a opção menos respondida pelos inquiridos foi “Bochechas”, com apenas 8 respostas, ficando assim com 10.3%. Recolheram-se 4 questionários, com esta questão por responder (Quadro 9).

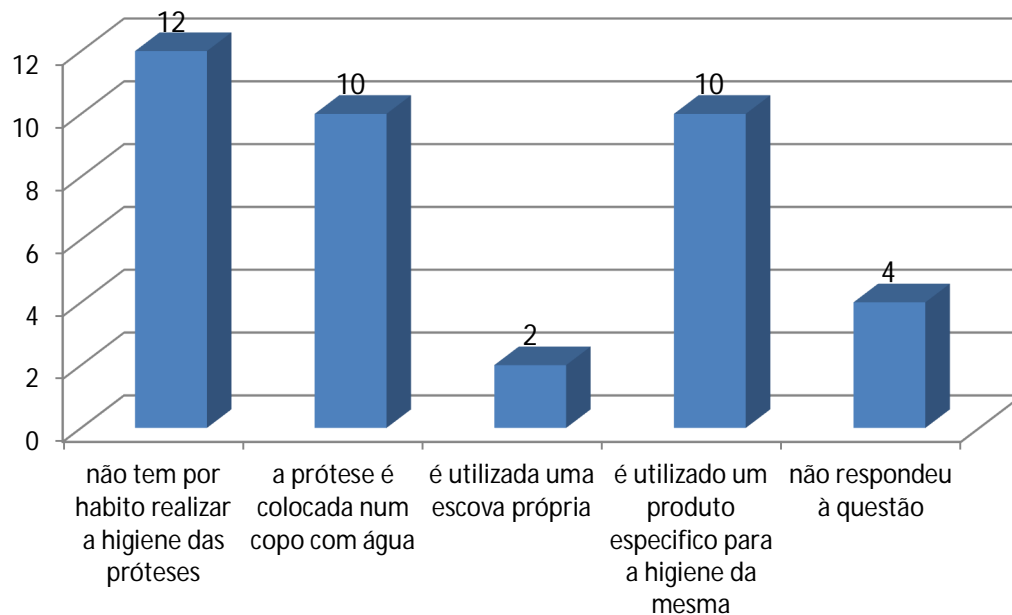
Quadro 9 - Distribuição das resposta dos participantes relativamente à questão “Quais os locais da cavidade oral do paciente que os profissionais de saúde costumam higienizar?”

Quais os locais da cavidade oral do paciente que os profissionais de saúde costumam higienizar?	n	%
Dentes	30	38,5
Língua	24	30,8
Palato	12	15,3
Bochechas	8	10,3
Não respondeu à questão	4	5,1
Total	78	100

- Como é executada a higiene das próteses dentárias pelos profissionais?

Quanto à questão em causa, registaram-se 38 opções de resposta, 12 das quais são relativas a “Não tem por hábito realizar a higiene das próteses”, correspondendo a 31,6%, seguindo-se a resposta “A prótese é colocada num copo com água” e “É utilizado um produto específico para a higiene da mesma”, com 10 respostas, registando desta forma 26,3%. A opção de resposta menos preenchida pelos inquiridos foi “É utilizada uma escova própria”, com apenas 2 respostas, ficando assim com 5,2%. Foram ainda verificados 4 questionários com ausência de respostas a esta questão (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Distribuição das respostas relativas à questão "Como é executada a higiene das próteses dentárias pelos profissionais?"



2. Análise Inferencial

Com vista a aprofundar os nossos conhecimentos, sentimos necessidade de efetuar uma prospeção de possíveis associações entre algumas variáveis, numa tentativa de explicação de várias opções de resposta.

Assim, para responder às questões que surgiram durante a leitura dos resultados, efetuamos associações entre variáveis que poderiam justificar o sentido das respostas das participantes, com base na bibliografia disponível sobre a temática estudada.

Neste estudo procuramos conhecer os cuidados de saúde oral prestados pelos profissionais de saúde aos doentes em internamento no Hospital Psiquiátrico de Viseu, analisar os conhecimentos sobre saúde oral dos profissionais de saúde e restantes auxiliares de ação médica que cuidam destes doentes, como também identificar as medicações administradas aos doentes psiquiátricos internados, bem como a associação desses medicamentos no surgimento de doenças orais, nomeadamente a xerostomia.

Neste sentido, foi utilizado o teste Qui-quadrado.

Para analisar as associações de que falamos anteriormente, começaremos por falar da idade. Entre as diversas associações realizadas com a idade dos profissionais de saúde destacamos:

- A associação entre a idade e a “realização da higiene oral como sendo da sua competência”, na qual se observou um $\chi^2 = 54.231$ e $p = 0.001$ o que nos indica uma relação estatisticamente significativa.
- A associação entre a idade e a “aprendizagem na área da saúde oral foi suficiente”, verificou-se um $\chi^2 = 22.500$ e $p = 0.048$, o que significa que existe relação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis.
- A associação entre a idade e “se costuma fazer observação da cavidade oral aos pacientes psiquiátricos do serviço de internamento”, na qual se observou um $\chi^2 = 89.550$ e $p = 0.0001$, o que referencia uma relação estatisticamente significativa entre elas.
- A associação entre a idade e “que aspetos costumam ser valorizados quando a observação da cavidade oral é feita”, verificou-se um $\chi^2 = 405.000$ e $p = 0.0001$, o que significa a existência de uma relação estatisticamente significativa.
- A associação entre a idade e “quais os fatores consideram serem de risco para a saúde oral dos pacientes”, na qual se observou um $\chi^2 = 441.000$ e $p = 0.0001$, o que indica que existe uma relação estatisticamente significativa entre elas.
- A associação entre a idade e “se são prestados cuidados de saúde oral aos pacientes não autónomos por parte dos profissionais de saúde”, verificou-se um $\chi^2 = 81.000$ e $p = 0.0001$, o que significa que existe uma relação estatisticamente significativa entre essas duas variáveis.
- A associação entre a idade e “quantas vezes os profissionais de saúde realizaram por turno a higiene oral aos pacientes não autónomos”, na qual se observou um $\chi^2 =$

87.000 e $p = 0.0001$, o que significa que existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis.

- A associação entre a idade e “que meios são utilizados pelos profissionais de saúde para realizar a higiene oral dos pacientes não autônomos”, na qual se observou um $\chi^2 = 153.000$ e $p = 0.0001$, o que significa que existe relação estatisticamente significativa.
- A relação entre a idade e “quais os locais da cavidade oral do paciente não autônomos que os profissionais de saúde costumam higienizar”, verificou-se um $\chi^2 = 135.857$ e $p = 0.0001$, o que referencia uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis.
- A relação entre a idade e “como é executada a higiene das próteses dentárias dos pacientes não autônomos pelos profissionais de saúde”, verificou-se um $\chi^2 = 118.000$ e $p = 0.0001$, o que significa que existe relação estatisticamente significativa.

No que respeita ao gênero, entre as diversas associações realizadas, destacamos:

- A associação entre o gênero e “a realização da higiene oral como sendo da sua competência”, verificou-se um $\chi^2 = 12.994$ e $p = 0.002$, o que significa que existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis.
- A relação entre o gênero e “a aprendizagem na área da saúde oral foi suficiente”, na qual se observou um $\chi^2 = 1.108$ e $p = 0.293$, o que significa que não existe relação estatisticamente significativa.
- A relação entre o gênero e “se costuma fazer observação da cavidade oral aos pacientes psiquiátricos do serviço de internamento”, na qual se observou um $\chi^2 = 1.606$ e $p = 0.658$, o que indica que não existe relação estatisticamente significativa.

- A associação entre o género e que aspetos costumam ser valorizados quando a observação da cavidade oral é feita, registou-se um $\chi^2 = 36.000$ e $p = 0.001$, o que significa que existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.
- A relação entre o género e quais os fatores que consideram serem de risco para a saúde oral dos pacientes, obteve-se um $\chi^2 = 31.015$ e $p = 0.009$, o que indica que existe relação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis.
- A relação entre o género e “se são prestados cuidados de saúde oral aos pacientes não autónomos por parte dos profissionais de saúde”, verificou-se um $\chi^2 = 3.102$ e $p = 0.376$, o que significa que não existe relação estatisticamente significativa.
- A associação entre o género e “quantas vezes os profissionais de saúde realizam por turno a higiene oral aos pacientes não autónomos”, na qual se observou um $\chi^2 = 19.800$ e $p = 0.0001$, o que significa que existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis.
- A associação entre o género e “que meios são utilizados pelos profissionais de saúde para realizar a higiene oral dos pacientes não autónomos”, na qual se observou um $\chi^2 = 12.738$ e $p = 0.047$, o que significa que existe relação estatisticamente significativa.
- A relação entre o género e “quais os locais da cavidade oral do paciente não autónomos que os profissionais de saúde costumam higienizar”, verificou-se um $\chi^2 = 4.787$ e $p = 0.442$, o que referencia que não existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis.
- A relação entre o género e “como é executada a higiene das próteses dentárias dos pacientes não autónomos pelos profissionais de saúde”, verificou-se um $\chi^2 = 5.594$ e $p = 0.232$, o que significa que não existe relação estatisticamente significativa.

No que respeita à profissão, entre as diversas associações realizadas, destacamos:

- A associação entre a profissão e a “realização da higiene oral como sendo da sua competência”, verificou-se um $\chi^2 = 20.151$ e $p = 0.0001$, o que significa que existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis.
- A relação entre a profissão e a “aprendizagem na área da saúde oral foi suficiente”, na qual se observou um $\chi^2 = 4.431$ e $p = 0.035$, o que significa que existe relação estatisticamente significativa.
- A relação entre a profissão e “se costuma fazer observação da cavidade oral aos pacientes psiquiátricos do serviço de internamento”, na qual se observou um $\chi^2 = 28.025$ e $p = 0.0001$, o que indica que existe relação estatisticamente significativa.
- A associação entre a profissão e “que aspetos costumam ser valorizados quando a observação é feita”, registou-se um $\chi^2 = 36.000$ e $p = 0.001$, o que significa que existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.
- A relação entre a profissão e “quais os fatores que consideram serem de risco para a saúde oral dos pacientes”, obteve-se um $\chi^2 = 31.015$ e $p = 0.009$, o que indica que existe relação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis.
- A relação entre a profissão e se “são prestados cuidados de saúde oral aos pacientes não autónomos por parte dos profissionais de saúde”, verificou-se um $\chi^2 = 10.080$ e $p = 0.18$, o que significa que não existe relação estatisticamente significativa.
- A associação entre a profissão e “quantas vezes os profissionais de saúde realizam por turno a higiene oral aos pacientes não autónomos”, na qual se observou um $\chi^2 = 12.738$ e $p = 0.005$, o que significa que existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis.
- A associação entre a profissão e “que meios são utilizados pelos profissionais de saúde para realizar a higiene oral dos pacientes não autónomos”, na qual se observou um χ^2

= 11.077 e $p = 0.086$, o que significa que não existe relação estatisticamente significativa.

- A relação entre a profissão e “quais os locais da cavidade oral do paciente não autónomos que os profissionais de saúde costumam higienizar”, verificou-se um $\chi^2 = 15.824$ e $p = 0.007$, o que referencia que existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis.
- A relação entre a profissão e “a forma como é executada a higiene das próteses dentárias dos pacientes não autónomos pelos profissionais de saúde”, verificou-se um $\chi^2 = 2.271$ e $p = 0.686$, o que significa que não existe relação estatisticamente significativa.

VII. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta fase, são discutidos os resultados expostos anteriormente. Neste sentido, destacam-se os aspetos mais significativos no âmbito desta investigação.

À medida que se vão discutindo os resultados, vão-se delineando algumas conclusões, tendo por base os resultados da investigação empírica e aspetos teóricos desenvolvidos ao longo da pesquisa feita na revisão bibliográfica.

Neste ponto, analisam-se também algumas das limitações sentidas ao longo da realização deste estudo.

Analisando a fidelidade do questionário, concluímos que tem uma consistência interna razoável.

Relativamente à análise descritiva constatamos que a amostra desta investigação é constituída por 36 indivíduos e revela ser um grupo bastante heterogéneo, sendo que a maioria dos inquiridos são do género feminino (72.2%). Esta predominação do género feminino também já foi explicado por Collière (1999), quando refere que a identificação da prática de cuidados esteve sempre (desde a idade média até à atualidade) associada à mulher, e apenas no século XX o enfermeiro ganha relevo (76). Para Collière, o cuidar aparece ligado à imagem feminina, quer pelas suas características fisiológicas quer pelo seu papel social (76). Neste sentido, os autores Thelan (1996) e Ferreira e Ferreira (1998) referem também que a enfermagem é essencialmente uma profissão constituída por mulheres (77, 78).

No que diz respeito às idades dos inquiridos da nossa amostra, verificamos que a classe etária mais representativa é dos 41-50 anos, sendo que se verifica uma grande diversidade etária entre os inquiridos pois as idades oscilam entre os 29 e 58 anos, como nos revela o valor do desvio-padrão (9.36). A média de idades é de 42.5.

Quanto à profissão dos inquiridos, 72.7% são enfermeiros e os restantes auxiliares de ação médica.

Relativamente aos dados correspondentes aos profissionais de saúde, na carga horária dos inquiridos, a totalidade trabalha cerca de 8 horas por dia

Quando questionados se consideram a realização da Higiene Oral como sendo da sua competência, 72.2% responde que “Sim”, 11.1% consideram que “Não era da sua competência” e 16.7% não responderam a esta questão.

No que respeita à questão “Considera que a sua aprendizagem na área da saúde oral foi suficiente”, 66.7% afirmam que foi suficiente a aprendizagem na área, 33.3% responderam

que “Não foi suficiente”, logo podemos dizer que a falta de conhecimento não é significativa nem se verifica neste caso. Convém lembrar que a enfermagem sofreu nos últimos anos um aumento progressivo de exigência relativamente à formação académica. Estes dados vêm contrariar alguns estudos que demonstram que os profissionais de saúde consideraram o seu conhecimento na área da saúde oral como sendo limitado, sendo frequente a ausência deste conteúdo na sua formação, razão pela qual, na prática clínica, muitas vezes, a higiene oral não é priorizada. Os profissionais de saúde afirmam necessitar de uma intervenção educacional prática mais realista (65, 66). Portanto, percebeu-se através de alguns estudos que a formação recebida pelos profissionais de Enfermagem foi incompleta, não atendendo às necessidades de cuidado quotidiano da saúde oral. O conhecimento que esses profissionais utilizavam como base para fundamentar suas práticas era mais de carácter empírico, popular, do que de carácter técnico-profissional (67).

No que respeita ao número de pacientes atribuídos por turno a cada inquirido, verifica-se que 11.1% tem menos de 5 pacientes, 11.1% tem mais de 10 pacientes e, uma grande maioria, 77.8% revela que lhe são atribuídos entre 5 e 10 pacientes por turno.

No que respeita à observação da cavidade oral dos pacientes psiquiátricos do serviço de internamento, verifica-se que 47.4% afirma que o faz “Apenas quando o paciente refere algum tipo de sintomatologia”, enquanto a resposta “Sim mas apenas aos pacientes cuja autonomia está comprometida”, corresponde a 31.6%. Houve também oito respostas do tipo negativo, assumindo assim 21%. Não se registaram respostas para a opção “Sim, todos os pacientes são observados”.

Nos casos em que a observação é feita, dos aspetos costumam ser valorizados destaca-se a “Halitose” com 23.2% das respostas, seguindo-se o “Aspeto e textura da língua”, com 19.6% das respostas. A opção menos respondida foi a “Tártaro nos dentes”, com 3.6%. Houve também respostas em branco, que correspondem a 5.3%.

Estes dados observados no nosso estudo contrariam outros estudos já realizados nos quais há a constatação de que na admissão do paciente em unidades de internamento são feitas questões sobre a sua saúde oral, mas sem a avaliação adequada (65). Neste nosso estudo, verificou-se que apenas são feitas as questões sobre a saúde oral aos pacientes quando os estes apresentam sintomatologia ou quando a sua autonomia está comprometida.

Sendo assim, são desperdiçadas excelentes oportunidades de identificar problemas, uma vez que protocolos de Enfermagem para avaliação sistemática da saúde oral e a consequente implementação de cuidados têm sido abandonados por algumas instituições de saúde (65), como é caso do Hospital Psiquiátrico de Viseu.

Os fatores de risco para a saúde oral dos pacientes psiquiátricos são a “Higiene oral ineficaz”, com 21% das respostas, seguindo-se a opção de resposta “Consumo de tabaco”, com 19.3%. A opção de resposta menos evidente nos inquiridos foi o “Consumo de álcool”, com apenas 8% das respostas. Houve também quatro respostas em branco, correspondendo a 3.2%.

Relativamente aos dados correspondentes aos cuidados prestados aos doentes psiquiátricos no geral em regime de internamento, verificamos que 33.3% referem sentir dor de dentes, mas a maioria (55.6%) referiu não sentir dor. Registaram-se quatro respostas em branco (11.1%).

Quando inquiridos se fazem consulta médico-dentária durante o internamento 50% respondem que “Nunca vão ao médico dentista”, seguindo-se a opção de resposta “Só vão ao médico dentista quando existe sintomatologia”, com 22.2%. Não se verificou respostas à opção “Visitam o médico dentista 1 vez por ano”, como também houve quatro questionários com esta questão não respondida, correspondendo a 11.1% das respostas.

Na questão “Considera que os pacientes dão importância à sua própria saúde oral, ou manifestam vontade em cuidar da mesma”, 44.4% respondem “Não”. A opção menos respondida foi a “Desconhece” com apenas 5.5% das respostas. Houve também seis respostas em branco neste item, assumindo assim 16.6%.

Relativamente aos dados relativos aos pacientes autónomos, verificamos que 61.1% consideram que não possuem hábitos de higiene oral adequada, enquanto 27.8% consideram possuir esses hábitos. Nesta questão existem quatro questionários por responder, correspondendo a 11.1%. Dos pacientes que não possuem hábitos de higiene oral, 83.3% dos profissionais refere que incentiva os pacientes a melhorar nesse sentido, enquanto 11.1% referem que não fazem nada nesse sentido. Houve ainda dois inquiridos que não responderão à questão.

Num estudo realizado, constatou-se que os enfermeiros que realizam a higiene oral (50%) fazem-no apenas uma vez por dia, sendo a hora do banho a mais frequentemente citada. Durante o turno noturno, a maioria (73.9%) não realiza higiene oral apesar de haver uma refeição por volta das 20 h (65). Os autores Veloso, Barbosa e Loures (2002), citados por Martins et al., “descrevem que a higiene oral deve ser feita pela manhã, à noite e após as refeições, para evitar a proliferação de bactérias (79). Koch et al (2004) acrescenta ainda que, esta deve ser feita pela manhã, após as refeições, e a cada duas horas em pacientes graves, febris ou com sonda nasogástrica” (80).

Deste modo, verifica-se que é de extrema importância salientar a importância da realização da higiene oral mais do que uma vez por dia, quer aos pacientes internados quer aos profissionais de saúde.

No nosso estudo, 56.5% pacientes utilizam a “Escova de dentes + pasta dentífrica” para realizar a sua higiene oral, de seguida 26% usa o “Colutório”. Existem quatro questionários por responder a esta questão.

No que respeita aos locais da cavidade oral que estes pacientes costumam higienizar, 66.7% refere os “Dentes”, e com a menor percentagem (4.8%) as “Bochechas”. Verificou-se ainda dois questionários por responder.

Quando usam prótese dentária, a respetiva higiene é feita da seguinte forma: “O paciente coloca a prótese num copo de água” (45%), seguindo-se “O paciente usa um produto específico para a higiene da mesma” (20%). Verificaram-se ainda dois inquéritos por responder. Deste modo, e no seguimento de outros estudos, constatou-se a existência de lacunas a nível da higienização das próteses dentárias. O estudo efetuado por Araújo (2010) revela que 79.2% dos profissionais afirmaram não realizar a higiene oral e das próteses (65). Quando esta é realizada, é apenas uma vez ao dia, sendo que o horário do banho é o momento mais assinalado para realização desta atividade (65).

Relativamente aos dados relativos aos pacientes não autónomos, na questão se “São prestados cuidados de saúde oral por parte dos profissionais de saúde a estes pacientes”, foram registadas 20 respostas do tipo “Sim” (55.6%) e em menor número a opção “Não” com 5.6% das respostas. Foram ainda recolhidos quatro inquéritos com esta questão por responder.

No caso de terem respondido sim à pergunta anterior, quantas vezes por turno a higiene oral é realizada? Quanto a esta questão, a opção de resposta mais usada pelos inquiridos foi opção, “1 vez, normalmente no período da manhã” correspondendo a 44.4% das respostas. Foram ainda verificadas oito ausências de respostas a esta questão, correspondendo assim a 22.2%.

Neste caso dos pacientes não autónomos, os profissionais de saúde ao realizarem a higiene oral dos pacientes, utilizam a “Compressa / gaze” (32%), “Escova de dentes + pasta dentífrica” (28%) e “Colutório” (28%). Obtiveram-se ainda seis questionários sem resposta a esta questão, atribuindo-lhe assim 12% das respostas. Não se registaram respostas do tipo “Fio dentário” e “Escova de dentes apenas”.

Os profissionais de saúde quando questionados sobre os locais da cavidade oral do paciente que costumam higienizar, 38.5% referem os “Dentes”, seguindo-se da opção “Língua”, com 30.8% das respostas. Verificou-se ainda que a opção menos respondida pelos

inquiridos foi a opção “Bochechas”, com apenas 10.3% das respostas. Recolheram-se quatro questionários por responder nesta questão.

Quanto à forma como é executada a higiene das próteses dentárias pelos profissionais, estes afirmam que “Não tem por hábito realizar a higiene das próteses” (31.6%), seguindo-se a resposta “A prótese é colocada num copo com água” e “É utilizado um produto específico para a higiene da mesma”, ambas com 26.3 % das respostas. A opção de resposta menos respondida foi a opção “É utilizada uma escova própria”, com apenas 5.2% das respostas. Foram ainda verificados quatro questionários com ausência de respostas a esta questão. Neste sentido, o estudo realizado por Ferreira *et al.* mostrou que, em relação às práticas de higiene oral e próteses (...), a maioria dos Enfermeiros (75%) apontou que a não realização é justificada pelo fato de ter que atender a muitos pacientes e não sobrar tempo para a realização desse procedimento. Assim, os autores concluem que o número de indivíduos submetidos, diariamente, aos cuidados dos Enfermeiros, interfere na realização das atividades de higiene oral e das próteses (81).

Posteriormente, na análise inferencial, pretendeu-se observar a existência ou não de relações estatisticamente significativas entre as variáveis idade, género e profissão e as seguintes variáveis: “Realização da higiene oral como sendo da sua competência”, “Aprendizagem na área da saúde oral foi suficiente”, “Se costuma fazer observação da cavidade oral aos pacientes psiquiátricos do serviço de internamento”, “Que aspetos costumam ser valorizados quando a observação da cavidade oral é feita”, “Quais os fatores consideram serem de risco para a saúde oral dos pacientes”, “Se são prestados cuidados de saúde oral aos pacientes não autónomos por parte dos profissionais de saúde”, “Quantas vezes os profissionais de saúde realizaram por turno a higiene oral aos pacientes não autónomos”, “Que meios são utilizados pelos profissionais de saúde para realizar a higiene oral dos pacientes não autónomos”, “Quais os locais da cavidade oral do paciente não autónomos que os profissionais de saúde costumam higienizar” e “Como é executada a higiene das próteses dentárias dos pacientes não autónomos pelos profissionais de saúde”.

Relativamente à variável idade, verifica-se que todas as associações efetuadas revelam relações estatisticamente significativas, logo existem associações entre a variável idade e as restantes variáveis em análise, mencionadas anteriormente.

Já na variável género verifica-se que existem associações estatisticamente significativas em todas as variáveis, exceto nas seguintes variáveis: “A aprendizagem na área da saúde oral foi suficiente”, “Se costuma fazer observação da cavidade oral aos pacientes psiquiátricos do serviço de internamento”, “Se são prestados cuidados de saúde oral aos

pacientes não autónomos por parte dos profissionais de saúde”, “Quais os locais da cavidade oral dos pacientes não autónomos que os profissionais de saúde costumam higienizar” e “Como é executada a higiene das próteses dentárias dos pacientes não autónomos pelos profissionais de saúde”.

No que respeita à variável profissão, verifica-se que não existem relações estatisticamente significativas entre a profissão e as seguintes variáveis: “São prestados cuidados de saúde oral aos pacientes não autónomos por parte dos profissionais de saúde”, “Que meios são utilizados pelos profissionais de saúde para realizar a higiene oral dos pacientes não autónomos” e “A forma como é executada a higiene das próteses dentárias dos pacientes não autónomos pelos profissionais de saúde”. As restantes variáveis apresentam associação com a variável profissão.

Face a alguns estudos e resultados podemos afirmar que existem várias lacunas na higiene oral e protética. De facto a grande parte dos entrevistados (99%) concordaram que uma infeção na cavidade oral pode prejudicar toda a parte sistémica (65), no entanto, grande parte dos profissionais continua a não executar a higiene oral pelas mais diversas razões.

Uma outra lacuna é a falta de conhecimento de meios/produtos para controlo de placa e o desconhecimento dos vários recursos de higiene oral que poderiam ser utilizados no ambiente hospitalar. Alguns estudos revelam que aproximadamente 90% dos entrevistados relatam nunca terem ouvido falar desses produtos e, quanto ao uso em hospitais, nenhum deles narrou alguma experiência isolada de contacto com esses recursos (66).

O facto de os profissionais terem que atender muitos pacientes e o tempo ser insuficiente para realizar todas as atividades de higiene oral, tal como não haver material disponível na instituição e encontrar dificuldades para se comunicar e enfrentar a indisposição do paciente dependente que não se dispõe a abrir a boca para facilitar a prática de higienização, foram alguns dos motivos mencionados para a não realização da higiene oral e das próteses. Entretanto, entre os motivos destacados, o que apareceu com maior frequência (20,8%) foi “Não ter tempo para realizar a higiene devido ao atendimento de muitos institucionalizados” (65).

O facto de estarmos a falar de uma área de Psiquiatria, leva-nos a ter em conta que muitas vezes esta higienização oral pode ser dificultada, principalmente nos casos de pacientes não autónomos, pelo facto de estes dificultarem ou mesmo pela falta de colaboração dos pacientes.

“O que irá garantir a eficácia de uma boa higiene oral em pacientes dependentes será a conscientização, a estimulação e o treinamento contínuo daqueles que estiverem diretamente

envolvidos com os mesmos. Acreditamos que a compreensão deste paradigma, por parte da equipe multiprofissional, é fundamental para que o paciente seja atendido de forma integral” (68).

Neste sentido, o mesmo autor refere que “a forma como cada profissional aborda e promove a higiene oral de seus pacientes depende da sua base académica (técnico-científica), do seu empenho como profissional, da maneira como interpreta situações de prioridade, na assistência de enfermagem prestada pela sua equipa e acima de tudo, da importância que o mesmo dará ao cuidado em si” (68).

Urge, portanto a necessidade de consciencializar os profissionais de saúde e respetivos pacientes acerca da importância da saúde oral.

Segundo Brito e colaboradores convém “lembrar que, a higiene oral não só ajuda a manter o estado sadio da boca, dos dentes, das gengivas e dos lábios, como atua como um fator de prevenção nas infeções do aparelho respiratório causadas por microaspirações. Assim, promover o cuidado com a higiene oral reduz a colonização da orofaringe por patógenos responsáveis pela pneumonia nosocomial (...)” (68).

Com este estudo pretendemos contribuir para que se desenvolvam melhores práticas e que exista uma valorização ou revalorização da higiene oral, demonstrando aos profissionais de saúde que podemos cuidar de pacientes tão diferentes e complexos sempre do mesmo modo, isto é, com qualidade.

“A higiene oral é de responsabilidade da equipe de enfermagem, sendo assim profissionais comprometidos com a qualidade na assistência anseiam em promover um atendimento integral, minimizando os riscos de complicações e o tempo de hospitalização dos pacientes” (79).

Desta forma, pretendemos enfatizar a importância de programas de medicina dentária preventiva para melhorar a saúde oral dos pacientes psiquiátricos internados e destacar a importância da educação nesta área.

Quanto às dificuldades/limitações, deveria ter sido feito um pré-teste do questionário, aplicado a cerca de 10 elementos de forma a testar falhas na redação do mesmo.

Por outro lado, o facto de nos termos limitado apenas a um único serviço, resultou na obtenção de uma amostra reduzida. Desta forma, destaca-se a importância da realização de estudos posteriores com amostras mais alargadas.

Apesar destas limitações/ dificuldades, acreditamos que os resultados deste estudo permitem-nos de alguma forma elucidar o estado atual da saúde oral dos pacientes psiquiátricos do Hospital Psiquiátrico de Viseu.

Verificamos ainda a necessidade de continuar a investigar o nível de cuidados de saúde oral prestados pelos profissionais de saúde aos doentes internados nos Hospitais Psiquiátricos e outros serviços.

VIII. CONCLUSÃO

O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de conhecer os cuidados de saúde oral prestados pelos profissionais de saúde aos doentes em internamento no Hospital Psiquiátrico de Viseu. Concluímos o seguinte:

- É preciso que investigações sobre esta temática não se limitem apenas aos enfermeiros e auxiliares deste Hospital em estudo. Deve-se proceder à realização de mais estudos deste género noutros Hospitais do país, de forma a abranger todos os restantes enfermeiros e auxiliares e assim revelarmos com maior rigor a realidade existente.
- O nível de conhecimento dos 2 grupos de profissionais revelou-se baixo em relação aos meios/produtos de controlo de placa e aspectos a ter em consideração durante a observação da cavidade oral.
- Os profissionais de saúde admitem não ser da sua competência a higiene das próteses e desconhecem a forma como esta deve ser efectuada.
- O desconhecimento dos medicamentos xerostomizantes como um factor de risco, bem como a associação desses medicamentos com surgimento de doenças orais.

Os resultados poderão incentivar os profissionais de saúde a adotarem outros estilos e comportamentos em relação a esta temática, como por exemplo ações de formação no serviço.

Concluímos esperando que este estudo tenha um contributo importante para a compreensão destes assuntos abordados e que têm sido alvo de preocupação ao nível da saúde oral dos pacientes internados. Pretendemos deixar uma maior consciencialização da importância da investigação nesta área.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Relatório Mundial de Saúde. Organização Mundial de Saúde; 2002; 1ª edição:[]
2. Sumali Gilberto S-W. As perturbações mentais. 2010; Available from: <http://www.psicoastro.com/artigos/as-perturbacoes-mentais>.
3. Perturbações mentais. Manual Merk - Biblioteca Médica Online; 2009; Available from: <http://www.manualmerck.net/?id=108>.
4. Ricardo Gusmão MX, M.^a João Heitor, António Bento, J. M. Caldas de Almeida. O PESO DAS PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS: Aspetos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal*. Ata Méd Port 2005;18:129-46.
5. Laura Helena S. G. de Andrade MCV, Camila Magalhães Silveira. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Revista de Psiquiatria Clínica.
6. Ferreira VdS, Oliveira LNd. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2007 27 dezembro 2011. Available from: <http://www.ampid.org.br/index.php>.
7. Ki-moon B. Dia Internacional das Pessoas com Deficiência ACESSIBILIDADE E INCLUSÃO 2011; Available from: <http://acessibilidadeviamao.blogspot.com/2011/12/dia-internacional-das-pessoas-com.html>.
8. Jovanovic S, Milovanovic SD, Gajic I, Mandic J, Latas M, Jankovic L. Oral health status of psychiatric in-patients in Serbia and implications for their dental care. Croatian medical journal. 2010;51(5):443-50. Epub 2010/10/21.
9. Figueroa DLS. Estado Bucodental de un Grupo de Pacientes Psiquiátricos de Oaxaca México [Tesis Doctoral]: Universidad de Granada España; 2010.
10. Barros RB. Aspetos da História e Epidemiologia das Doenças Mentais. 2012; Available from: <http://pt.scribd.com/doc/51195987/ASPETOS-DA-HISTORIA-E-EPIDEMIOLOGIA-DAS-DOENCAS-MENTAIS>.
11. Marchetti JGNRL. Epidemiologic aspects and relevance of mental disorders associated with epilepsy. Rev Bras Psiquiatria 2005;27(4).
12. Miguel LS. Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. In: Saúde Md, editor.: Alto Comissariado da Saúde; 2010. p. 23-7.
13. Jair de Jesus Mari MRJ. Psiquiatria: Epidemiologia dos Transtornos Mentais 2011; Available from: <http://saudeakira.blogspot.pt/2009/08/psiquiatria-epidemiologia-dos.html>.

14. Schramm JMdA, Oliveira AFd, Leite IdC, Valente JG, Gadelha ÂMJ, Portela MC, et al. Epidemiological transition and the study of burden of disease in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;897-908.
15. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo. 2008.
16. Queiroz MJTd. Editorial: Saúde Mental. *Saúde em Mapas e Números* 2009.
17. PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004-2010
Saúde mental e doenças psiquiátricas. Ministério da Saúde - Direção-Geral da Saúde 2004; Available from: <http://www.dgsaude.pt>.
18. Teresa Márcia Nascimento de Moraes, Antonio da Silva, Ana Luiza Ribeiro de Oliveira Avi, Patrícia Helena Rodrigues de Souza, Elias Knobel, Camargo LFA. A Importância da Atuação Odontológica em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2006 outubro – dezembro, 2006.
19. Lima JEdO. Cárie dentária: um novo conceito. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial* 2007;12(6):119-30.
20. Antonio Cesar Bortowski Rosa Leites MBP, Ezilmara Rolim de Sousa. Aspetos microbiológicos da carie dental. *Salusvita*. 2006;25(2):135-48.
21. Naylor MN. Recent advances in the prevention of dental caries. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 1969;45(5):305-13. Epub 1969/11/01.
22. Anderson CA, Curzon ME, Van Loveren C, Tatsi C, Duggal MS. Sucrose and dental caries: a review of the evidence. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2009;10 Suppl 1:41-54. Epub 2009/02/12.
23. Kaplan HL, Sadok BJ. *Manual de Psiquiatria Clínica*. 2ª Edição ed. Porto Alegre 1998.
24. CLINICAL CONCERNS IN DENTAL CARE FOR PERSONS WITH MENTAL ILLNESS. Self-Study Course [Internet]. Module 9.
25. DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4ª Edição ed: American Psychiatric Association; 2003.
26. Sadok BJ, Sadok VA, Kaplan HL. *Manual Conciso de Psiquiatria Clínica*. 2ª Edição ed 2008.
27. *Psychiatric Disorders*. AllPsych 2003.
28. Wacker P. Delirium a historical perspective. *Rev Psiq Clín*. 2005;97-103.
29. Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nature reviews Neurology*. 2009;5(4):210-20. Epub 2009/04/07.
30. van Eijk MM, Slooter AJ. Delirium in intensive care unit patients. *Seminars in cardiothoracic and vascular anesthesia*. 2010;14(2):141-7. Epub 2010/05/19.

31. Forlenza PWPVNOV. Delirium: uma perspectiva histórica. Rev psiquiatr clínica. 2005;32(3).
32. Delirium Disorder. Psyweb: Depression & Mental Health Resource; 2012; Available from: <http://www.psyweb.com/>.
33. Wass S, Webster PJ, Nair BR. Delirium in the elderly: a review. Oman medical journal. 2008;23(3):150-7. Epub 2008/07/01.
34. Young J, Inouye SK. Delirium in older people. BMJ. 2007;334(7598):842-6. Epub 2007/04/21.
35. Muhl E. [Delirium and intensive care unit syndrome]. Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin. 2006;77(5):463-71; quiz 72. Epub 2006/03/08. Delir und Durchgangssyndrom.
36. Veiga VC. PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE DELIRIUM 2009 27 dezembro 2011.
37. Paulo Caramellia MTB. How to diagnose the four most frequent causes of dementia? Rev Bras Psiquiatr 2002;24(Supl I):7-10.
38. Regiane Garrido OPA. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência. Arq Psiquiatria. 1999;57(2-B):427-34.
39. Senger J. Dementia prevention. Revista AMRIGS 2004;48(4):278-80.
40. Vital III ASMABF. Alzheimer's disease: pathophysiological and pharmacological features. Rev Psiquiatr RS. 2008;30.
41. Stern Y. Cognitive Reserve and Alzheimer Disease. Alzheimer Dis Assoc Disord 2006;20(2).
42. Edwards G, Gross MM. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. British medical journal. 1976;1(6017):1058-61. Epub 1976/05/01.
43. Suwaki H, Kalant H, Higuchi S, Crabbe JC, Ohkuma S, Katsura M, et al. Recent research on alcohol tolerance and dependence. Alcoholism, clinical and experimental research. 2001;25(5 Suppl ISBRA):189S-96S. Epub 2001/06/08.
44. Silva RCBd. Esquizofrenia: Uma Revisão. Psicologia USP. 2006;17(4):263-85.
45. Elkis H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. Rev Bras Psiquiatr 2000;22(Supl I):23-6.
46. Jair J Mari RJL. A epidemiologia da esquizofrenia Rev Bras Psiquiatria 2000;22(1).
47. Vorvick LJ. Esquizofrenia. Medline Plus - Información de la Salud para usted 2010.
48. Chris D. Frith S-JB, Daniel M. Wolpert. Explaining the symptoms of schizophrenia: Abnormalities in the awareness of action. Brain Research Reviews 2000;31:357-63.

49. Nancy C. Andreasen MF. Schizophrenia: The Characteristic Symptoms. *Schizophrenia Bulletin*. 1991;17(1).
50. Katon WJ. Clinical and Health Services Relationships between Major Depression, Depressive Symptoms, and General Medical Illness. *BIOL PSYCHIATRY* 217. 2003;54:216-26.
51. Trivedi MH. Major Depressive Disorder: Remission of Associated Symptoms. *J Clinic Psychiatry*. 2006;67(suppl. 6):27-32.
52. Ferreira B. Depressão “unipolar” de início precoce. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*. 2006:64-71.
53. Ratzke III RAMDHMR. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Rev Psiquiatria Clínica* 2005;32(supl.1).
54. Porto JAD. Depressão: Conceito e diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr* 1999;21(1).
55. Lima MSd. Epidemiologia e impacto social *Rev Bras Psiquiatria*. 1999;21(1).
56. Clark DB. Dental care for the patients with Bipolar Disorder. *Can Dent Assoc*. 2003;69(1):20-4.
57. Maurício Silva de Lima JLT, Ingrid Parra Novo, Jair de Jesus Mari. Epidemiologia do transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*.
58. Haas NAT. The challenge of oral diagnosis in psychiatric patients. *RFO*. 2009 2009:211-5.
59. Sancho1 SC. Valoración enfermera de la salud bucodental de los pacientes ingresados en una unidad de psiquiatria 2005 27 dezembro 2011.
60. Chu K-Y. Factors associated with dental caries among institutionalized residents with schizophrenia in Taiwan: a cross-sectional study 2010.
61. E. VO. Las enfermedades periodontales en pacientes esquizofrénicos - Un estudio de casos-controles. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral [Internet]*. 2005; 17(1):[235-43 pp.].
62. Rojas G. Major Depression and Oral Health: Role of Antidepressants Medications *Rev Chilena de Neuro-Psiquiatria*. 2000:126-30.
63. MP JP. Depression and drug dependency: effects on dental health. *AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA*. 2009 2011:41-6.
64. Marisa de Souza Cardim SGdA, Marcy Sberze, Takumi Iguchi, Anastácio Ferreira Morgado. Epidemiologia descritiva do alcoolismo em grupos populacionais do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* R J. 1986;2(2):191-211.

65. Araújo MVM, Vieira MA, Bonan PRF, Costa SdM. ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS COM A HIGIENE BUCAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS EM MONTES CLAROS - MG. Rev APS, Juiz de Fora. 2010 Jan./Mar. 2010:10-7.
66. Rodolfo José Gomes de Araújo, Oliveira LCGd, Hanna LMO, Corrêa AM, Carvalho LHV, Alvares NCF. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de tratamento intensivo. Rev Bras Ter Intensiva. 2009:38-44.
67. Melo ALSFd, Erdmann AL. Revelando Contradições e Incorporando Melhores Práticas no Cuidado à Saúde Bucal de Idosos. PHISIS: Rev Saúde Coletiva. 2007:139-56.
68. BRITO LFSd, VARGAS MAdO, LEAL SMC. Higiene oral em pacientes no estado de síndrome do déficit no autocuidado. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2007:359-67.
69. D. Polit BH. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
70. M.M. Hill AH. Investigação por Questionário. Lisboa: Edições Sílabo; 2000.
71. Gil A. Métodos e técnicas de pesquisa social 3ª ed. São Paulo: Editora Atlas; 2006
72. H. Carmo MF. Metodologia de investigação: guia para autoaprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta; 1998.
73. Fortin M. O processo de Investigação: Da Conceção à Realização 2ª ed. Loures: Editora Lusociência; 2000.
74. Freire A. *Estratégia*. Lisboa: Editorial Verbo; 1997.
75. J. Hair FJ, R. Anderson, R. Tatham, W. Black, . Multivariate Data Analysis: Upper Saddle River: Prentice Hall; 1998.
76. Collière M. Promover a vida. 2ª ed. Lisboa 1999.
77. C. M. M. Ferreira MMSVF. O stress em enfermagem - Sinais Vitais 1998. 21 p.
78. Thelan LA. Enfermagem em cuidados intensivos : diagnóstico e intervenção. 2ª ed. Lisboa Lusodidacta; 1996.
79. G. Martins NS, E. Gomes. Higiene Oral: Atuação da Equipe de Enfermagem Integrada. Ipatinga: Unileste. 2009;2(1).
80. G. W. Koch SCS, G. M. Jennings, S. D. Davis The limits to tree height. . 2004:851-4.
81. Ferreira RC, Rocha ES, Coutinho NN, Ribeiro MTdF, Magalhães CSd, Moreira AN. La actuación del equipo de enfermería en la higiene bucal de los ancianos dependientes hospitalizados. Invest Educ enferm. 2006 Mar. 2006:48-57.

X. ANEXOS

ANEXO I - INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Coeficiente de consistência interna – alpha de Cronbach.....	30
Quadro 2 - Distribuição das respostas dos participantes relativamente à questão “Qual a carga horária que lhe é atribuída diariamente?”	33
Quadro 3 - Distribuição das respostas dos participantes relativamente à questão “Considera a realização da higiene oral como sendo sua competência?”	33
Quadro 4 - Distribuição das respostas dos participantes relativamente à questão “Considera que a sua aprendizagem na área da saúde oral foi suficiente?”	34
Quadro 5 - Distribuição das respostas dos participantes relativamente à questão “Em média quantos pacientes lhe são atribuídos por turno?”	34
Quadro 6 - Distribuição das respostas dos participantes relativamente à questão “No geral, os pacientes costumam referir dor dentária?”	37
Quadro 7 - Distribuição da resposta dos participantes relativamente à questão “Considera que possuem hábitos de higiene oral adequados?”	40
Quadro 8 - Distribuição da resposta dos participantes relativamente à questão “Considera que possuem hábitos de higiene oral adequados?”	40
Quadro 9 - Distribuição das resposta dos participantes relativamente à questão “Quais os locais da cavidade oral do paciente que os profissionais de saúde costumam higienizar?”	47

ANEXO II - INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos participantes por classe etária	31
Gráfico 2 - Distribuição dos participantes por profissão	32
Gráfico 3 - Distribuição das respostas relativas à questão “Costuma fazer observação da cavidade oral aos pacientes psiquiátricos, do serviço de internamento?”	35
Gráfico 4 - Distribuição das respostas relativas à questão "Quando a observação é feita, que aspetos costumam ser valorizados?"	36
Gráfico 5 - Distribuição das respostas relativas à questão, "Quais dos seguintes fatores considera serem de risco para a saúde oral dos pacientes psiquiátricos?"	37
Gráfico 6 - Distribuição das respostas à questão "Relativamente a uma consulta médico-dentária durante o internamento:"	38
Gráfico 7 - Distribuição das respostas à questão "Considera que os pacientes dão importancia à sua própria saúde oral, ou manifestam vontade em cuidar da mesma"	39
Gráfico 8 - Distribuição das respostas dos indivíduos relativamente à questão "Que meios são utilizados pelos mesmos para realizar a higiene oral?"	41
Gráfico 9 - Distribuição relativa das respostas à questão "Quais os locais da cavidade oral que estas pacientes costumam higienizar?"	42
Gráfico 10 - Distribuição das respostas dos indivíduos relativamente à questão, "Aos pacientes que usam prótese dentária, como é executada a higiene da prótese?"	43
Gráfico 11 - Distribuição das respostas relativas à questão "São prestados cuidados de saúde oral por parte dos profissionais de saúde a estes pacientes?"	44
Gráfico 12 - Distribuição das respostas relativas à questão "Se respondeu sim á questão anterior, diga quantas vezes por turno a higiene oral é realizada?"	45
Gráfico 13 - Distribuição das respostas relativas à questão “Que meios são utilizados pelos profissionais de saúde para realizar a higiene oral destes pacientes?”	46
Gráfico 14 - Distribuição das respostas relativas à questão "Como é executada a higiene das próteses dentárias pelos profissionais?"	48

ANEXO III – QUESTIONÁRIO / CONSENTIMENTO INFORMADO

A aluna Ana Queirós do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, no âmbito da unidade curricular de Monografia, está a desenvolver um estudo sobre: **“Avaliação do nível de cuidados de saúde oral prestados pelos profissionais de saúde aos doentes internados no Hospital Psiquiátrico de Viseu”**.

Pelo facto de este tema ser muito abrangente, foram delimitados os seguintes objetivos principais:

- 1- Conhecer os cuidados de saúde oral prestados pelos profissionais de saúde aos doentes em internamento no Hospital Psiquiátrico de Viseu.
- 2- Analisar os conhecimentos sobre saúde oral dos profissionais de saúde e restantes auxiliares de ação médica que cuidam destes doentes.
- 3- Identificar as medicações administradas aos doentes psiquiátricos internados, bem como a associação desses medicamentos no surgimento de doenças orais, nomeadamente a xerostomia.

Como tal solicitamos a sua colaboração na obtenção de dados, bastando para isso responder a todas as questões que lhe são colocadas.

As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico, pelo que não deve assinar nem rubricar em lugar algum o questionário.

Solicitamos a sua participação rigorosa e honesta no preenchimento das questões.

Gratos pela sua colaboração e disponibilidade.

(Ana Queirós)

Avaliação do nível de cuidados de saúde oral prestados pelos profissionais de saúde aos doentes internados no Hospital Psiquiátrico de Viseu.

Data: __/__/____

N.º

I. DADOS BIOGRÁFICOS

1. Idade: _____ anos
2. Género:
 - Masculino
 - Feminino
3. Profissão:
 - Enfermeiro
 - Auxiliar de Ação Médica

II. DADOS RELATIVOS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. Qual a carga horária que lhe é atribuída diariamente?
 - Igual ou inferior a 6 horas
 - Cerca de 8 horas
 - Superior a 8 horas
2. Considera a realização da Higiene Oral como sendo da sua competência?
 - Sim
 - Não
3. Considera que a sua aprendizagem na área da saúde oral foi suficiente?
 - Sim
 - Não

4. Em média quantos pacientes lhe são atribuídos por turno?
- < 5
 - 5-10 doentes
 - > 10 doentes
5. Costuma fazer observação da cavidade oral aos pacientes psiquiátricos do serviço de internamento?
- Sim, todos os pacientes são observados
 - Sim, mas apenas aos pacientes cuja autonomia está comprometida
 - Apenas quando o paciente refere algum tipo de sintomatologia
 - Não
6. Quando a observação é feita, que aspetos costumam ser valorizados?
- Halitose (mau hálito)
 - Quantidade de saliva
 - Aspeto e textura da língua
 - Aspeto da mucosa
 - Aspeto da gengiva
 - Tártaro nos dentes
 - Aspeto dos dentes
 - Mobilidade dos dentes
 - Contar os dentes superiores e inferiores
7. Quais dos seguintes fatores considera serem de risco para a saúde oral dos pacientes psiquiátricos?
- Fármacos (na área da psiquiatria)
 - Xerostomia (boca seca)
 - Consumo de álcool
 - Consumo de tabaco
 - Alimentação desequilibrada
 - Higiene oral ineficaz
 - Última visita no dentista há mais de um ano

III. DADOS RELATIVOS AOS CUIDADOS PRESTADOS AOS DOENTES PSQUIÁTRICOS NO GERAL EM REGIME DE INTERNAMENTO

1. No geral, os pacientes costumam referir dor dentária?

- Sim
- Não

2. Relativamente a uma consulta médico-dentária durante o internamento:

- Nunca vão ao médico dentista
- Só vão ao médico dentista quando existe sintomatologia
- Visitam o médico dentista 1 vez por ano
- Desconhece se vão ao médico dentista

3. Considera que os pacientes dão importância à sua própria saúde oral, ou manifestam vontade em cuidar da mesma?

- Sim
- Não
- Desconhece

IV. RELATIVAMENTE AOS PACIENTES AUTÓNOMOS

4. Considera que possuem hábitos de Higiene Oral adequados?

- Sim
- Não
- Desconhece

5. Os que não possuem hábitos de Higiene Oral, existe algum incentivo por parte dos profissionais para a melhoria da mesma?

- Sim
- Não

6. Que meios são utilizados pelos mesmos para realizar a Higiene Oral?

- Compressa/ Gaze
- Escova de dentes apenas
- Escova de dentes + pasta dentífrica
- Colutório
- Fio dentário
- Desconhece

7. Quais os locais da cavidade oral que estes pacientes costumam higienizar?

- Dentes
- Língua
- Palato
- Bochechas
- Desconhece

8. Relativamente aos pacientes que usam prótese dentária, como é executada a higiene da prótese?

- O paciente não executa a higiene uma vez que as próteses ficam na posse de outro (guardadas/ fornecidas à família)
- O paciente não executa a higiene
- O paciente coloca a prótese num copo com água
- O paciente usa uma escova própria
- O paciente usa um produto específico para a higiene da mesma
- Desconhece

V. RELATIVAMENTE AOS PACIENTES NÃO AUTÓNOMOS

9. São prestados cuidados de Saúde Oral por parte dos profissionais de saúde a estes pacientes?

- Sim
- Apenas quando existe tempo para a mesma
- Não

10. Se respondeu sim à pergunta anterior, diga quantas vezes por turno a Higiene Oral é realizada?

- Nenhuma
- 1 vezem qualquer um dos turnos
- 1 vez, normalmente no período da manhã
- 2/3 vezes
- + de 3 vezes

11. Que meios são utilizados pelos profissionais de saúde para realizar a Higiene Oral destes pacientes?

- Compressa/ Gaze
- Escova de dentes apenas
- Escova de dentes + pasta dentífrica
- Colutório
- Fio dentário

12. Quais os locais da cavidade oral do paciente que os profissionais de saúde costumam higienizar?

- Dentes
- Língua
- Palato
- Bochechas

13. Como é executada a higiene das próteses dentárias pelos profissionais?

- Não tem por hábito realizar a higiene das próteses
- A prótese é colocada num copo com água
- É utilizada uma escova própria
- É utilizado um produto específico para a higiene da mesma

