



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



MARCONI VITOR SANTOS XAVIER

**SIGNIFICADOS PRODUZIDOS PELO CIRURGIÃO-DENTISTA NO CUIDADO AO
PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL: UM ESTUDO QUALITATIVO**

UBERLÂNDIA

2023

MARCONI VITOR SANTOS XAVIER

**SIGNIFICADOS PRODUZIDOS PELO CIRURGIÃO-DENTISTA NO CUIDADO AO
PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL: UM ESTUDO QUALITATIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Alex Moreira Herval

UBERLÂNDIA

2023

**SIGNIFICADOS PRODUZIDOS PELO CIRURGIÃO-DENTISTA NO CUIDADO AO
PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL: UM ESTUDO QUALITATIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Álex Moreira Herval

Uberlândia, 01 de junho de 2023.

Prof. Dr. Álex Moreira Herval, UFU/MG

Profa. Dra. Jaqueline Vilela Bulgareli, UFU/MG

Prof. Thallys Félix Rodrigues, Faculdade Anhanguera/Pitágoras de Uberlândia/MG

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Solângela Flávia Xavier e ao meu pai, Vagner Vitor dos Santos. Por todas as vezes que se abdicaram de conquistar algo para suportar minhas conquistas. Tudo o que é meu é de vocês.

Aos meus irmãos e irmãs, de sangue e de fé, obrigado. Vocês serão recompensados.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Álex Moreira Herval. Por todos os ensinamentos e ajudas prestadas.

A todo louco que vive a loucura de viver nessa sociedade doente. Que esse trabalho agregue na luta antimanicomial.

Farol de carro vem de encontro. sinto algo me chamar.
Vou de encontro. a me procurar, mas não me encontro.
Se render ou se entregar? É o confronto a te afrontar.
Não deixa o medo que alimenta o monstro te amedrontar.
Já que a vida é uma avenida, onde a contramão convida.
E a calçada não é lugar, a criançada quer aprontar.
Sinal fechou, não intimida, quem fechou nessa batida.
Sofredor, nessa vida, quer viver pra descontar.
Vê bem pra quem aponta o dedo. vai viver quem tiver medo.
Não concorda, acorda cedo e com fome pra trabalhar.
Com o pé no chão, esse é o mundão. várias histórias, o mesmo enredo.
Psicão sentando o dedo pro arrebento não falhar.
Gargalhar pra não chorar. se for pedir, tem que implorar.
Minha vontade é de mandar tomar no...

Enredo (Interlúdio) - Síntese

RESUMO

Introdução: A atenção em saúde mental no Brasil avançou de forma significativa ao longo das últimas décadas, saindo de um modelo manicomial para um cuidado em comunidade. Contudo, os avanços no cuidado em saúde bucal a esses pacientes ainda se encontram incipientes, apesar do maior risco que esses pacientes têm para as doenças bucais. *Objetivo:* Compreender os significados produzidos pelos Cirurgiões-Dentistas em relação ao cuidado odontológico aos pacientes com transtorno mental. *Metodologia:* Foi realizada uma pesquisa qualitativa com Cirurgiões-Dentistas da Atenção Primária em Saúde sobre a atenção ao paciente com transtorno mental. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e analisados por meio da Teoria Fundamentada de Dados. *Resultados:* A partir da análise por meio da codificação inicial e focalizada foram elaboradas seis categorias: 1) Atendimento focado na demanda espontânea; 2) A gente não tem esse treinamento; 3) Complexidade do atendimento; 4) Um paciente “normal”; 5) Um paciente especial; 6) Necessidade de suporte da família. *Conclusão:* os Cirurgiões-Dentistas compreendem que o cuidado às pessoas com transtorno mental é deficiente, o que para eles decorre da falta de treinamento e desconhecimento sobre a pessoa com transtorno mental.

Palavras-chave: Transtornos mentais. Odontólogos. Pesquisa Qualitativa.

SUMÁRIO

1- Introdução	1
2- Metodologia	3
2.1- <i>Desenho de Estudo e Aspectos Éticos</i>	3
2.2- <i>Participantes do Estudo e Amostragem</i>	3
2.3- <i>Coleta de Dados</i>	3
2.4- <i>Análise de Dados</i>	3
3- Resultados	5
4- Discussão	9
5- Conclusão	13
Referências Bibliográficas	14
Apêndice	17

1- Introdução

O modelo tradicional de atenção em saúde mental, vigente desde os anos de 1880, promoveu o surgimento dos asilos psiquiátricos (ODA; DALGALARRONDO, 2005). Esses locais habitualmente se situavam mais afastados dos centros urbanos e o cuidado focava-se no suprimento das necessidades básicas para sobrevivência e contenção de tutela, reforçando padrões segregatícios e falhos de atenção e tratamento (BRASIL, 2005). Com o fim da Segunda Guerra Mundial e a busca por práticas mais humanistas de cuidado, novos modelos de atenção em saúde mental foram propostos, pautados em uma maior integração entre hospitais, serviços de saúde e a comunidade (MARI, 2011).

No Brasil, a transformação do modelo de saúde mental iniciou-se por volta dos anos de 1970, quando denúncias de maus-tratos para com os usuários dos hospitais psiquiátricos promoveram discussões políticas e sobre as práticas de cuidado em saúde mental da época (BRASIL, 2004). Esse processo, chamado de Reforma Psiquiátrica, alinou-se à construção do Sistema Único de Saúde (SUS), momento em que foram delimitados os campos de atuação da saúde mental com a modificação do modelo assistencial, dos recursos técnico-profissional e o redirecionamento da sua política terapêutica como tentativa de substituir os hospitais psiquiátricos por centros de assistência (MIELKE et al., 2011). Como resultado desse processo foram instituídos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), substituindo os hospitais psiquiátricos por uma assistência multiprofissional, em busca da autonomia e reinserção social dos usuários (BRASIL, 2004).

Os CAPS são dispositivos direcionados ao atendimento às pessoas que possuem ou atravessam uma situação de intenso sofrimento mental, sendo necessário um constante acompanhamento por profissionais capazes de particularizar terapêuticas que propiciem um atendimento adequado e intensivo (MIELKE et al., 2011). Dentre os principais transtornos mentais enfrentados pelos usuários do CAPS são a esquizofrenia, a demência, o transtorno bipolar, a ansiedade e a depressão (TORALES; BARRIOS; GONZÁLEZ, 2011; CLARK, 2016). São considerados, também, nesse escopo de transtornos, o uso abusivo de álcool e outras drogas (MIELKE et al., 2011). Cabe ressaltar a distinção entre transtornos mentais e deficiências mentais. Os transtornos mentais são condições clínicas que resultam em alterações significativas no pensamento, humor, comportamento ou emoções, causando sofrimento e impacto na vida diária. Por outro lado, as deficiências mentais afetam a capacidade intelectual de uma pessoa, sendo caracterizadas por baixo desempenho cognitivo e dificuldades em áreas como comunicação, habilidades sociais e atividades cotidianas (AMIRALIAN, 2000). Os

transtornos mentais e as deficiências mentais são conceitos distintos, embora possam coexistir em algumas situações.

Indivíduos com transtorno mental possuem maior risco às doenças bucais (MATEVOSYAN, 2010; TORALES; BARRIOS; GONZÁLEZ, 2011; HAPPELL et al., 2015; CLARK, 2016). Existe uma diversidade de fatores a serem explorados quanto ao meio bucal dessa população. Efeitos colaterais dos medicamentos e drogas podem causar xerostomia e bruxismo (MATEVOSYAN, 2010; HAPPELL et al., 2015; BOYLE; KOBURUNGA, 2010; THOMSON et al., 2018). Cárie e doenças periodontais, apesar de serem doenças bucais frequentes na população em geral, possuem maior prevalência nessa população, ocasionalmente, pela baixa percepção sobre a importância de cuidados em saúde bucal, pelo medo de ir ao Cirurgião-Dentista, pela dieta cariogênica e pelas práticas de autocuidado reduzidas (SHETTY; BOSE, 2014; CHEAH et al., 2017; KISELY et al., 2016; LEWIS; JAGGER; TREASURE, 2001; PARK et al, 2014). Outro fator de risco é o baixo acesso ao cuidado em saúde bucal (BRAUN et al., 2018), condição que poderia ser melhorada pela atuação estratégica entre Cirurgiões-Dentistas e profissionais da rede de saúde mental (DE MEY et al., 2010). Diante disso, o objetivo deste estudo foi compreender os significados produzidos pelos Cirurgiões-Dentistas da Atenção Primária à Saúde em relação ao cuidado odontológico dos pacientes com transtorno mental.

2- Metodologia

2.1- Desenho de Estudo e Aspectos Éticos

Foi realizado um estudo qualitativo conduzido segundo o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (CHARMAZ, 2014). O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU) (CAAE: 23356619.3.0000.5152).

2.2- Participantes do Estudo e Amostragem

O estudo foi realizado com Cirurgiões-Dentistas atuantes na Atenção Primária à Saúde da Rede Municipal de Saúde de Uberlândia (Minas Gerais) e o volume amostral foi determinado por saturação teórica proposto por Fontanella et al. (2011).

2.3- Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas divididas em duas partes. Na primeira parte, foram coletados dados de caracterização dos profissionais participantes do estudo, incluindo um conjunto de questões sociodemográficas do profissional e a inserção na Atenção Primária à Saúde. A segunda parte foi formada pelo roteiro de entrevista semiestruturada, composto por 8 questionamentos referentes aos cuidados executados pelos Cirurgiões-Dentistas nas diferentes Atenções onde trabalham, a compreensão sobre como deveria funcionar a organização dessa rede de saúde e sobre a responsabilidade compartilhada entre os personagens dessas práticas. As entrevistas foram gravadas em áudio digital para possibilitar a sua análise. O material gravado foi transcrito, com a remoção de nomes e qualquer informação que possibilite a identificação dos participantes.

2.4- Análise de Dados

A análise do material qualitativo foi realizada em três níveis de codificação subsequentes, de acordo com a Teoria Fundamentada nos Dados. Na primeira codificação, Codificação Inicial, ocorreu a exploração dos dados qualitativos por meio de sucessivas leituras do material qualitativo, identificação dos trechos com significado para o estudo e etiquetagem desses fenômenos (descrição curta). Na segunda codificação, Codificação Focalizada, as etiquetas dadas aos fenômenos na etapa anterior foram organizadas para formar categorias. No último nível de codificação, as categorias formadas foram interligadas a partir da classificação em seis categorias analíticas (causas, contextos, contingências, consequências, covariâncias e

condições). Nessa última etapa de codificação será empregada a teorização dos dados empíricos, com base no referencial teórico para criação do modelo explicativo, tendo como influência o Interacionismo Simbólico.

Essa abordagem busca identificar os padrões de interações simbólicas e compreender os significados atribuídos pelos participantes do estudo. Durante a teorização dos dados, os pesquisadores analisam os conceitos-chave e categorias emergentes a partir das informações coletadas, possibilitando a criação de um modelo explicativo que reflita a compreensão dos participantes em relação ao fenômeno em estudo. Dessa forma, o Interacionismo Simbólico desempenha um papel essencial ao ressaltar a importância dos significados compartilhados e das interações sociais na análise e construção de teorias a partir dos dados empíricos, permitindo uma compreensão mais profunda do fenômeno investigado. Durante a teorização dos dados, identificou-se os padrões e os significados atribuídos pelos participantes ao objeto de estudo. Essa análise aprofundada dos dados permite a construção de um modelo explicativo que capte as nuances e a complexidade do fenômeno estudado, levando em consideração os contextos sociais e os sistemas de significados.

3- Resultados

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

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

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

Categorias	Trechos exemplificativos
<i>Atendimento focado na demanda espontânea</i>	[...] a gente custa conseguir que eles façam o tratamento, muitas vezes eles vêm, resolvem a emergência, aquilo que está incomodando, e não retornam para dar essa continuidade (E2).
	A dificuldade do paciente dependente químico é que ele só procura quando tem dor, ele, geralmente por problemas familiares, não se sente motivado a procurar para fazer um controle, ele abandona muito o tratamento, só procura quando tem dor, a gente tenta captar, tenta colocar no sistema para ele fazer um tratamento ambulatorial, mas quase sempre ele rejeita (E4).
	Infelizmente nós não temos um programa voltado para abuso de álcool e drogas, a maioria dos pacientes que vão lá nessa condição são pacientes para a emergência mesmo (E1)
<i>A gente não tem esse treinamento</i>	O atendimento é feito como um paciente normal, respeitando os cuidados de não deixar nada muito à vista. Eu não sei se tem alguma outra coisa, porque a gente não tem esse treinamento. (E1)
	Durante a minha graduação eu tive muito pouco contato, estudo sobre isso, e eu acho que ainda há dificuldades, eu acho que está melhorando um pouco, mas ainda acho que todo mundo ainda tem um bloqueio, limitações, que eu acho que é do ser humano

	<p>Eu sinto que não tem muito lugar para direcionar essas pessoas caso eu não consiga realizar o atendimento (E3)</p>
	<p>Em relação aos dentistas, acho que falta um pouco de treinamento dos profissionais para lidarem com isso [...] também nunca tive um treinamento específico, o aprendizado foi mais na minha busca autodidata, no meu interesse de procurar dar a esse paciente um tratamento mais humanizado. (E2)</p>
	<p>Mas acho que mesmo assim ele tem direito de ser atendido na Unidade referência. Nunca aconteceu de receber encaminhamento do CAPS, não sei se existe esse protocolo. (E5)</p>
<i>Complexidade do atendimento</i>	<p>Infelizmente por conta do tempo, a gente não consegue dar atenção para um grupo específico, por conta dos outros grupos também, acaba que infelizmente eles se perdem, a gente insiste, insiste no paciente, mas acaba que a gente desiste também, não insistindo ou desistindo porque também tem outros pacientes. (E2)</p>
	<p>são pacientes que não tem como prever a reação, às vezes está tranquilo, às vezes ele se assusta com movimentos ou com a visão de algum instrumental, então eu busco sempre colocar fora da visão dele, não deixar nada ao alcance, e tem que ser com calma e tranquilidade (E1)</p>
	<p>Já tive um paciente com bipolaridade, que quando ele estava bem, ele ia tudo certinho, quando ele estava medicado ele estava tranquilo, mas aí quando ele não estava, já era essa mesma coisa, de não conseguir cuidar de si, aí ele ficava totalmente dependente, nesse caso, do marido nele, o marido que tinha que levá-lo, ficava totalmente dependente, então acho que é isso, de não conseguir dar uma continuidade. (E6)</p>
<i>Um paciente "normal"</i>	<p>Eu acho que a primeira coisa é a gente se despir desse julgamento e apontamento sobre a situação do outro, porque muitas vezes a maioria dessas pessoas têm uma história de vida muito complicada e que aos poucos vai fazendo ela chegar nessa situação. (E2)</p>
	<p>[...] ele estando alterado a gente não costuma fazer o atendimento interventivo, porque pode dar interação com alguma substância que ele tenha usado, normalmente a gente pede para ele retornar numa condição melhor para ser atendimento, e esse atendimento é feito como um paciente normal, respeitando os cuidados de não deixar nada muito à vista (E1)</p>
	<p>[...] a partir do momento que ele não permite, que ele tem alguma resistência, a gente não insiste para não levar a um acidente, a um transtorno pior [...] Ele estando fora do efeito do álcool e da droga, ele é um paciente tranquilo, normal de ser atendido. (E1)</p>
	<p>Quando o paciente está normal, ele é atendido como qualquer outro paciente, pacientes assim às vezes são encaminhados de clínicas que eles querem ser internados, geralmente eu fico sabendo por algum encaminhamento. Agora quando ele usa álcool não tem como eu saber, às vezes pelo cheiro, mas eu não consigo denominar se ele é um alcoólatra, se ele é usuário por estar com cheiro de álcool, é quando ele me diz na anamnese "eu sou usuário" ou "eu bebo com frequência", e ele é atendido normalmente. (E4)</p>
<i>Um paciente especial</i>	<p>O paciente com transtornos eu acho que entra na parte de Pacientes Especiais, então eles já têm a prioridade, mas o paciente com dependência química não tem não, por enquanto. (E5)</p>

	Todos possíveis, a nossa grande dificuldade é o acesso deles na média complexidade, eles são pacientes que precisam de média complexidade, e às vezes eles demoram muito a ter esse acesso (E7)
	Aqueles que não cooperam, que realmente não tem como fazer o tratamento no ambulatório convencional, aí nós temos que fazer um encaminhamento pro atendimento especializado a pacientes especiais, que é o setor que temos aqui pra encaminhar esses pacientes, pra atendimento com os especialistas e às vezes até sedação (E1)
<i>Necessidade de suporte da família</i>	O paciente de transtorno mental precisa muito do apoio da família, então a intervenção é mais voltada para a família, para os cuidados dessa família perante esse paciente. (E8)
	Tem que envolver a família, porque ele não tem a consciência de estar mantendo esse tratamento, tem muitos pacientes que não tem a compreensão do que está sendo proposto para ele, então tem que envolver a família e como eu falei, com um acompanhamento profissional mais de perto (E1)
	Mas eu creio que existe um programa do transtorno mental sim, eu não sei como ele funciona, mas a responsabilidade inicial é da família. (E1)

A gente não tem esse treinamento: os Cirurgiões-Dentistas incluídos no estudo apontaram elementos que dificultam o cuidado ao paciente com transtorno mental, dentre eles a falta de treinamentos e capacitações para torná-los aptos ao atendimento ao paciente com transtorno mental. Outro ponto foi a fragmentação da rede e falta de suporte dos CAPS, de psicólogos e psiquiatras para a promoção do cuidado à pessoa com transtorno mental.

Atendimento focado na demanda espontânea: apesar do reconhecimento dos Cirurgiões-Dentistas entrevistados sobre a necessidade de acompanhamento desses pacientes e realização de ações educativas e preventivas, inclusive compreendendo eles como um grupo prioritário, os profissionais indicam que os atendimentos aos pacientes com transtorno mental ocorrem principalmente em situações de urgência odontológica. Para os Cirurgiões-Dentistas entrevistados, os atendimentos apenas em situações de urgência decorrem da dificuldade de realizar ações continuadas de cuidado, pela alta evasão e abstenção, mas, também, por uma falta de autocuidado.

Complexidade do atendimento: devido às características desse grupo, os Cirurgiões-Dentistas apontam que o cuidado aos pacientes com transtorno mental exige maior dedicação para a criação de vínculos, estabelecimento de confiança e manutenção do paciente no cuidado odontológico. Atribui-se a esses pacientes um comportamento imprevisível, que é um complicador do atendimento.

Um paciente especial: Frequentemente os Cirurgiões-Dentistas equivalem os pacientes com transtorno mental a Pacientes com Necessidades Especiais (especialidade de Odontologia destinado a pacientes com síndromes e condições complexas de saúde), inclusive confundindo transtorno mental com deficiências mentais.

Um paciente "normal": Os Cirurgiões-Dentistas atribuem ao cuidado aos pacientes com transtorno mental a possibilidade de realizar o cuidado odontológico como um "paciente normal" quando ele está tranquilo, ou seja, não está sob efeito de álcool e drogas ou sem crises. Entretanto, fazem a ressalta da necessidade de despir-se do julgamento e do preconceito a esse grupo.

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

A partir das categorias formadas por meio da codificação focalizada e utilizando as 06 famílias de análise, foi possível elaborar uma teoria, também chamada de categoria central, sobre os significados que os Cirurgiões-Dentistas elaboram frente ao cuidado ao paciente com transtorno mental. Os significados emergem de um contexto em que os profissionais não se sentem capacitados a realizar um cuidado integral ao paciente com transtorno mental e, por desconhecerem as necessidades específicas desse grupo populacional acabam confundido com outros grupos, como os pacientes com deficiência mental (ou pacientes com necessidades especiais), ou realizando o tratamento quando se considera que esses pacientes estejam em um estado considerado "normal". Como consequência dessa falta de planejamento específico a esse grupo, o cuidado acaba sendo restrito a situações de urgência odontológica. Alguns elementos contingenciais são identificados nesse processo como facilitadores do cuidado, como a organização de uma rede de suporte ao cuidado odontológico ofertado a esses pacientes e a introdução da família como viabilizadora do cuidado.

4- Discussão

A construção da teoria sobre os significados produzidos pelos Cirurgiões-Dentistas da Atenção Primária à Saúde sobre os cuidados à pessoa com transtorno mental apontou para questões relevantes a serem discutidas, tais como a ideia de uma falta de treinamento para o cuidado dessa população, a equiparação entre pacientes com transtorno mental e pessoas com deficiência mental, o entendimento de que as pessoas com transtorno mental não são consideradas normais, a ideia da família como a responsável pelo cuidado e, por fim, o cuidado focado nas urgências odontológicas, revelando uma falta de organização estratégica para o cuidado de uma população com maior risco às doenças bucais.

A falta de treinamentos apontada pelos entrevistados encontra alinhamento à literatura científica (Liu et al. 2013; Cheah et al., 2017; Rotoli et al., 2018). Rotoli et al. (2018) afirmam que existe uma falta de capacitação de profissionais da saúde, sendo necessário investir em programas de treinamento em saúde mental para melhorar o atendimento e a aceitação dos pacientes com transtorno mental. Liu et al. (2013) destacam que a falta de treinamento para profissionais da saúde pode levar a tratamentos inadequados, estigmatização dos transtornos mentais e até mesmo violação dos direitos humanos, o que afeta na busca dos pacientes por tratamento.

Deve-se destacar, contudo, que o treinamento dos profissionais da Odontologia não deve estar direcionado exclusivamente às questões clínicas, mas também às habilidades de comunicação efetiva, à construção de vínculos de confiança e respeito e à adoção de uma perspectiva interdisciplinar e de cuidado integrado (Jorge et al., 2011). Cheah et al. (2017), em um estudo qualitativo com pacientes em abuso de álcool e outras drogas, apontaram que esses pacientes são desejosos de profissionais que realizem o cuidado livre de julgamentos, uma vez que experiências negativas vivenciadas nos serviços de saúde acabam por afastar esses pacientes do cuidado em saúde. Assim, os Cirurgiões-Dentistas também devem ser capacitados e treinados para lidar com as particularidades do cuidado aos pacientes com transtorno mental, sem discriminação e sem julgamento (Moll et al., 2017).

Os Cirurgiões-Dentistas incluídos neste estudo compreendem que indivíduos com transtorno mental são de difícil adesão aos cuidados odontológicos. Esse significado é reforçado pela literatura científica, que indica uma dificuldade para o autocuidado por parte dessa população (Clark, 2003; Denis et al., 2016; Baghaie et al., 2017). Denis et al. (2016) apontaram que muitos pacientes não têm capacidade de cooperar com os cuidados em função do transtorno mental, o que é uma limitação para compreender o impacto de medidas de promoção à saúde

nesta população. No mesmo sentido, Baghaie et al. (2017) indicaram que pacientes em abuso de drogas estão menos receptivos aos cuidados em saúde bucal. Clark (2003) também se alinha a essa perspectiva ao indicar que pacientes com transtorno bipolar, especialmente na fase depressiva, tendem a não ser cooperativos até mesmo em uma simples rotina de cuidados. A ansiedade, o medo e as agudizações dos quadros de transtornos afetam a capacidade dos pacientes em cuidar de si mesmos (Ulisses et al., 2020). Além disso, os resultados aferidos neste estudo e alinhados à literatura apontam para a necessidade de que a população com transtorno mental seja considerada como grupo prioritário para o cuidado odontológico. Canguilhem (2009) indica que deve haver a efetiva priorização dos pacientes com transtorno mental, buscando o fim das situações emergenciais e trazendo o pensamento preventivo do cuidado ao indivíduo a capacidade de ser normativo ao meio em que vive.

O desfecho do modelo teórico do cuidado em saúde bucal à população com transtorno mental, proposto como resultado deste estudo, apresenta uma prática voltada à resolução de urgências odontológicas. Entretanto, seguindo a lógica do cuidado integral prevista no âmbito do SUS, práticas de prevenção e promoção à essa população apresentam resultados satisfatórios. Estudo de Denis et al. (2016), realizado na França com pessoas com esquizofrenia, apontou que, apesar dos desafios impostos pelo transtorno mental, um programa educativo voltado a saúde bucal dessa população tem o potencial de impactar sobre a qualidade de vida dos pacientes esquizofrênicos. Estudo de Cheah et al. (2017) afirmou que os pacientes em abuso de álcool e outras drogas também podem se beneficiar de programas educativos, especialmente aqueles baseados na entrevista motivacional, livre de preconceitos e integrados a outros cuidados à situação de dependência química. Por fim, Clark (2003) também indica a necessidade de inclusão de programas preventivos intensos para pacientes com transtorno bipolar. Assim, deve-se compreender que os pacientes com transtorno mental são mais propensos a ter dificuldades em manter uma rotina de cuidados odontológicos, mas deve-se entender, simultaneamente, que isso não se deve apenas a características individuais, mas também a fatores como acesso limitado a serviços de saúde, estigma e discriminação.

A transformação do modelo de cuidado em saúde bucal parece depender de uma maior integração entre os serviços que cuidam das pessoas com transtorno mental (Denis et al., 2016; Baghaie et al., 2017) ou dependentes de álcool e drogas (Cheah et al., 2017) com as equipes de saúde bucal. Rotoli et al. (2018) afirmam que a falta de articulação entre os serviços da rede de saúde impõe obstáculos para o cuidado eficiente na Atenção Primária à Saúde. De forma uníssona, o trabalho de Athié et al. (2016) apontou que a falta de integração entre os serviços

de saúde mental e a Atenção Primária à Saúde pode dificultar o acesso dos pacientes a tratamentos efetivos e de qualidade.

Outro resultado deste estudo destaca que os Cirurgiões-Dentistas atribuem um significado de complexidade ao atendimento odontológico em função de um possível comportamento imprevisível. Esse significado encontra subsídio nas ideias moralmente intrínsecas na sociedade, que anormalizam as condições experienciadas pelos pacientes e podem ser usadas para manter as relações de poder (Cândido et al., 2012). O significado expresso na categoria “Um paciente normal” faz referência às situações em que os Cirurgiões-Dentistas consideram normatizado o cuidado aos pacientes com transtorno mental. Entretanto, deve-se estar atento para essa noção de normalidade, pois ela pode ser usada para excluir e marginalizar grupos que não se enquadram em uma determinada norma (Leão, 2011), situação em que o Cirurgião-Dentista dedicaria o seu trabalho apenas àqueles considerados normais. Essas afirmações reforçam a ideia de que o desconhecimento dos conceitos de normalidade leva à objetividade das patologias, generalizando o cuidado e enfraquecendo o protagonismo de cada indivíduo (Canguilhem, 2009). Ao adotar uma perspectiva mais empática e integrada da saúde, os Cirurgiões-Dentistas possibilitarão a inclusão e integralidade do cuidado a essa população.

Outro significado atribuído pelos Cirurgiões-Dentistas é de que os pacientes com transtorno mental seriam, necessariamente, pessoas com deficiências mentais, que trazem a luz novamente a falta de treinamento e carência de informação desses profissionais, que acarreta falta de compreensão e diferenciação, sendo um reforço dos estereótipos e preconceitos aos pacientes com transtorno mental. A realização de treinamentos e capacitações que abordem aspectos psicológicos, comportamentais e sociais relacionados ao cuidado desses pacientes são fundamentais na compreensão das diversas normas individuais e na criação de técnicas específicas que atendam esse grupo agora reconhecido como prioritário (Pereira et al., 2007). Canguilhem (2009) ressalta a importância de se reconhecer as diferenças entre as diversas formas de patologia, evitando equívocos na definição dos tratamentos e discriminações na abordagem dos pacientes. No caso dos transtornos mentais, se faz necessário pontuar a atualização semântica de pacientes com transtornos mentais para pacientes com transtorno mental, embora existam várias manifestações de transtornos mentais. Nesse entendimento, a ênfase é direcionada para o indivíduo e sua situação, sem priorizar a quantidade de transtornos que ele possa apresentar (Sasaki, 2005).

A discussão sobre a responsabilidade das famílias no cuidado dos pacientes com transtorno mental requer um olhar abrangente para um compromisso de cuidado a longo prazo, resultado da parceria entre o indivíduo e seus familiares (Kellermann, 2020). Entretanto,

segundo Pereira et al. (2007), a forma de cuidado idealizado pelas famílias de pessoas com transtorno mental está muitas vezes vinculada à internação psiquiátrica, baseado em conceitos fundamentados em ideologias caritativas. Essa compreensão estigmatizante pode influenciar no comportamento da pessoa com transtorno mental. Dito isso, os Cirurgiões-Dentistas precisam ter a consciência de que suas atitudes influenciam na forma como esses pacientes agirão nas situações de cuidado (Jorge-Monteiro, 2007; Moll et al., 2017).

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

5- Conclusão

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

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

Referências Bibliográficas

- AMIRALIAN, M. L. T., et al. Conceituando deficiência. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 97-103, 2000. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000100017>
- ATHIÉ, K. et al. Perceptions of health managers and professionals about mental health and primary care integration in Rio de Janeiro: a mixed methods study. **BMC health services research**, v. 16, p. 1-15, 2016. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1740-8>
- BAGHAIE, H. et al. A systematic review and meta - analysis of the association between poor oral health and substance abuse. **Addiction**, v. 112, n. 5, p. 765-779, 2017. <https://doi.org/10.1111/add.13754>
- BOYLE, C.; KOBURUNGA, S. Dental care for adults with mental health problems. **Dental Nursing**, v. 8, n. 8, p. 482-486, 2012. <https://doi.org/10.12968/denn.2012.8.8.482>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no. **Políticas de saúde mental e os efeitos da emergência da Agenda de Álcool e Outras Drogas: o caso do estado do Rio de Janeiro**, v. 105, 2014.
- BRASIL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, 2004.
- BRAUN, P. C. B. et al. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos pacientes usuários do centro de atenção psicossocial II do Município de Criciúma/SC. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 30, n. 2, p. 132-143, 2018. https://doi.org/10.26843/ro_unicidv3022018p132-143
- CÂNDIDO, M. R. et al. Concepts and prejudices on mental disorders: a necessary debate. **SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 8, n. 3, p. 110-116, 2012. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v8i3p110-117>
- CANGIULHEM, G. **O normal e o patológico**. 6ª ed. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- CHARMAZ, K. **Constructing Grounded Theory**. 2.ed. Los Angeles: Sage, 2014.
- CHEAH, A. L. S. et al. A qualitative study of patients' knowledge and views of about oral health and acceptability of related intervention in an Australian inpatient alcohol and drug treatment facility. **Health & Social Care in the Community**, v. 25, n. 3, p. 1209-1217, 2017. <https://doi.org/10.1111/hsc.12423>
- CLARK, D. B. Mental health issues and special care patients. **Dental Clinics**, v. 60, n. 3, p. 551-566, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2016.02.001>
- DE MEY, L.; et al. Oral hygiene in patients with severe mental illness: a pilot study on the collaboration between oral hygienists and mental health nurses. **Perspectives in psychiatric care**, v. 52, n. 3, p. 194-200, 2016. <https://doi.org/10.1111/ppc.12117>

- DENIS, F. et al. Study protocol: a cluster randomized controlled trial to assess the effectiveness of a therapeutic educational program in oral health for persons with schizophrenia. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 10, n. 1, p. 1-10, 2016. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0096-0>
- HAPPELL, B. et al. Access to dental care and dental ill-health of people with serious mental illness: views of nurses working in mental health settings in Australia. **Australian journal of primary health**, v. 21, n. 1, p. 32-37, 2015. <https://doi.org/10.1071/PY13044>
- JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental-Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3051-3060, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>
- KELLERMANN, C. Z. **Cárie dentária entre pacientes com transtornos mentais graves com e sem histórico de internação psiquiátrica**. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Odontologia): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2020.
- KISELY, S. et al. The oral health of people with anxiety and depressive disorders—a systematic review and meta-analysis. **Journal of affective disorders**, v. 200, p. 119-132, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.040>
- LEWIS, S.; JAGGER, R. G.; TREASURE, E. The oral health of psychiatric in - patients in South Wales. **Special Care in Dentistry**, v. 21, n. 5, p. 182-186, 2001. <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2001.tb00252.x>
- LIU, G. et al. Mental health training for health workers in Africa: a systematic review. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 1, p. 65-76, 2016. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00379-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00379-X)
- MARI, J. J. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4593-4596, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300005>
- MATEVOSYAN, N. R. Oral health of adults with serious mental illnesses: a review. **Community mental health journal**, v. 46, n. 6, p. 553-562, 2010. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9280-x>
- MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. 2.ed. São Paulo: Escrituras, 2006.
- MIELKE, F. B.; et al. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. 2, 265-276, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000200006>
- MOLL, M. F. et al. Profissionais de enfermagem e a internação psiquiátrica em hospital geral: percepções e capacitação profissional. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 2, 2017. <https://doi.org/10.5380/ce.v22i2.49933>
- MONTEIRO, M. F. J.; MADEIRA, T. Considerações sobre doença mental e comunicação social. **Análise psicológica**, p. 97-109, 2007.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. History of the first institutions for the insane in Brazil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 12, n. 3, p. 983-1010, 2005.

<https://doi.org/10.1590/S0104-59702005000300018>

PARK, S. J. et al. Association of oral health behaviors and status with depression: results from the Korean National Health and Nutrition Examination Survey, 2010. **Journal of public health dentistry**, v. 74, n. 2, p. 127-138, 2014. <https://doi.org/10.1111/jphd.12036>

PEREIRA, M. A. O., et al. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 567-572, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000400005>

ROTOLI, A. et al. Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. **Escola Anna Nery**, v. 23, 2019. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0303>

SASSAKI, R. K. Atualizações semânticas na inclusão de pessoas. **Revista Nacional de Reabilitação**, n.43, p. 9-10, 2005.

SHETTY, S.; BOSE, A. Schizophrenia and periodontal disease: An oro-neural connection? A cross-sectional epidemiological study. **Journal of Indian Society of Periodontology**, v. 18, n. 1, p. 69, 2014. <https://doi.org/10.4103/0972-124X.128222>

SILVA, M. M. A saúde mental e a fabricação da normalidade: uma crítica aos excessos do ideal normalizador a partir das obras de Foucault e Canguilhem. **Interação em Psicologia**, v. 12, n. 1, 2008. <https://doi.org/10.5380/psi.v12i1.8322>

SILVA, T. L. G. et al. O normal e o patológico: contribuições para a discussão sobre o estudo da psicopatologia. **Aletheia**, n. 32, 2010.

SOUSA, C. H. G.; STAMPA, I. T. **Pessoa com Deficiência Intelectual: desafios para inclusão nas empresas de grande porte do Pólo Industrial de Manaus/AM**. 2011. Dissertação de Doutorado (Programa de PósGraduação em Serviço Social): Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2011.

THOMSON, W. M. et al. The oral health of long-term psychiatric inpatients in Singapore. **Psychiatry research**, v. 266, p. 206-211, 2018.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.048>

TORALES, J.; BARRIOS, I.; GONZÁLEZ, I. Oral and dental health issues in people with mental disorders. **Medwave**, v. 17, n. 8, 2017. <https://doi.org/10.5867/medwave.2017.08.7045>

ULISSES, V. S. M. Saúde bucal em pacientes com transtorno mental: uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, n. 3, 2020.

ZEÃO, A.; BARROS, S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. **Interface-Comunicação, saúde, educação**, v. 15, p. 137-152, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000100011>

Apêndice



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS E PERCEPÇÕES DO CIRURGIÃO-DENTISTA
FRENTE AO PACIENTE COM TRANSTORNOS MENTAIS

Pesquisador: Álex Moreira Herval

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 23356619.3.0000.5152

Instituição Proponente: FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.402.405

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de resposta que os pesquisadores apresentaram à pendência apontada no parecer consubstanciado número 4.290.695, de 21 de Setembro de 2020.

A análise refere-se a proposição de uma emenda com a seguinte justificativa:

"Em função da extensão da epidemia local da Covid-19 e compreendendo que, diante de momento particular da nossa história, algumas alternativas foram viabilizadas para coletar o consentimento informado dos participantes da pesquisa e para a coleta de dados, apresentamos a Emenda 1 ao projeto acimacitado."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender as percepções e práticas de cuidado odontológico destinadas ao cuidado do paciente em transtorno mental.

Objetivo Secundário:

a) Identificar as práticas de cuidado desenvolvidas pelo Cirurgião-dentista no cuidado ao paciente em transtorno mental; b) Identificar as percepções do Cirurgião-dentista quanto ao cuidado ao

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 4.402.405

paciente em transtorno mental;c)Compreender como essas percepções Cirurgião-dentista frente ao paciente em transtorno mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Critério de Inclusão:

Serão incluídos no estudo Cirurgiões-dentistas da Atenção Básica, independentemente do vínculo empregatício (regime jurídico ou celetista), de instituição contratante (PMU; MST; PSDM), de idade, sexo,pós-graduação, de tempo de atuação na Rede Pública de Saúde e que proferirem o consentimento livre e informado mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critério de Exclusão:Serão excluídos participantes que não concordarem com os objetivos e métodos da pesquisa ou não assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que atuarem em serviços de Rede Pública de saúde que não oferta Atenção Básica ou que atuam nas áreas administrativas. Serão excluídos ainda os profissionais aposentados ou afastados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Segundo o autor, foram realizadas alterações na metodologia seguintes pontos:

- * Referentes ao convite dos participantes (será realizado por telefone e os números de telefone adquiridosatravés da Instituição Coparticipante).
- * Na coleta do consentimento informado (será realizada pelo GoogleForms®).
- * Na coleta de dados (que será realizada também por telefone).Foram ainda alterados o cronograma e o termo de consentimento livre e esclarecido.Ainda, sobre o TCLE, segundo os autores: "Todos os participantes, antes de iniciar da pesquisa, serão convidados a proferir de forma eletrônica a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE)."

Análise da pendência anterior:

Pendência única:

Segundo os pesquisadores: "b) O terceiro parágrafo foi alterado também: "Os cirurgiões-dentistas serão convidados a participar da pesquisa por meio de ligação telefônica. Os telefones serão fornecidos pela Coordenação de Saúde Bucal do Município de Uberlândia (Instituição Coparticipante).

Pendência: o CEP/UFU informa que Instituições ou terceiros não poderão fornecer dados pessoais

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLANDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 4.402.405

ou números de telefone para realização de pesquisa. Solicita-se que seja encaminhada outra forma de abordagem e recrutamento dos participantes. A instituição poderá enviar o convite ou ligar, porém somente para fazer o convite. Caso o Cirurgião dentista concordar e participar, o mesmo entrará em contato com pesquisador.

Resposta do pesquisador: "Alteramos o terceiro parágrafo da metodologia para incorporar a nova estratégia de convite dos participantes. Dessa forma, uma nova redação foi atribuída: "Os cirurgiões-dentistas serão convidados a participar da pesquisa por meio de Carta-Convite, contendo dados sobre a pesquisa e os contatos (telefone e e-mail) dos pesquisadores. Essa Carta-Convite será encaminhada aos Cirurgiões-Dentistas pela Coordenação de Saúde Bucal do Município de Uberlândia (Instituição Coparticipante). Aqueles profissionais que entrarem em contato com os pesquisadores receberão um link do GoogleForms® contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFU." A Carta-Convite indicada está em anexo a essa resposta ao parecer."

Ainda, segundo os autores, as modificações apresentadas foram realizadas no formulário Plataforma Brasil, no projeto detalhado e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Fazem parte da emenda os seguintes termos:

- * Alterações no projeto
- * Justificativa da emenda
- * Projeto detalhado
- * TCLE

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pendência apontada no parecer consubstanciado número 4.290.695, de 21 de Setembro de 2020., foi atendida.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, Resolução 510/16 e suas complementares, o CEP manifesta-se pela aprovação da emenda.

A emenda não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Maio de 2021.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLANDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 4.402.405

* Tolerância máxima de 06 meses para atraso na entrega do relatório final.

Considerações Finais a critério do CEP:

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo as Resoluções CNS 466/12 e 510/16, o pesquisador deverá manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento as Resoluções CNS 466/12, 510/16 e suas complementares, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12 e 510/16) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 4.402.405

e sucinta, destacando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_161983_3_E1.pdf	24/09/2020 18:04:19		Aceito
Outros	Resposta_Parecer_4290695_E1.docx	24/09/2020 18:03:58	Álex Moreira Herval	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Marconi_Detalhado_v2_emenda do_2.docx	24/09/2020 18:03:43	Álex Moreira Herval	Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_EMENDA1.docx	26/08/2020 19:29:29	Álex Moreira Herval	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Marconi_Emendado.docx	26/08/2020 19:28:50	Álex Moreira Herval	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaraca_Coparticipante_SDM.pdf	08/10/2019 10:31:16	Álex Moreira Herval	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Compromisso_Executora.pdf	08/10/2019 07:57:01	Alex Moreira Herval	Aceito
Outros	Links_Lattes.docx	30/09/2019 12:24:00	Álex Moreira Herval	Aceito
Outros	Instrumento_Coleta.docx	30/09/2019 12:19:19	Álex Moreira Herval	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Marconi_Assiando.pdf	30/09/2019 12:10:57	Álex Moreira Herval	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLANDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 4.402.405

UBERLANDIA, 16 de Novembro de 2020

Assinado por:
Karine Rezende de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLANDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br