

DESCRIÇÃO DA SAÚDE BUCAL E DOS INDICADORES SOCIOECONÔMICOS DOS MORADORES DE UMA REGIÃO DO SUL DO BRASIL.

INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil vem passando por mudanças significativas nos últimos 20 anos. Segundo Sandrini, o Sistema Único de Saúde (SUS) implementado em 1988, enfatiza que o foco do trabalho tem sido a promoção de saúde, levando em conta que processo saúde-doença é determinado socialmente e para explicá-lo é necessário compreender as condições em que o cidadão vive e suas relações com a família e com a comunidade. Nesse sentido, Sandrini JC enfatiza que qualquer proposta de intervenção em saúde deve-se analisar cada esfera social, a fim de conhecer as reais condições e, assim entender o indivíduo, bem como seu papel na sociedade.

De acordo com o Ministério da Saúde, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) serve para a reorientação do modelo assistencial de forma que as diretrizes e princípios do SUS sejam implementados com eficácia e os direitos sociais constitucionalmente garantidos. Dessa maneira, a dinâmica de serviço caracteriza-se pela aproximação dos profissionais de saúde à comunidade o que aprimora a qualidade do serviço e direciona o acesso de forma singular à população e oferece um atendimento que contempla a integralidade do indivíduo através de uma atenção multiprofissional, interdisciplinar focalizando nas reais necessidades do indivíduo.

O Brasil Sorridente, criado em 2004, teve como principal objetivo ampliar e democratizar a cobertura odontológica no país, tornando a assistência odontológica centrada na prevenção e promoção em saúde. Dentro dessa proposta, Lourenço EC et al. evidencia que a saúde bucal tem sido proporcionada contemplando a inserção social, o papel na sociedade, a saúde geral e o espaço físico do cidadão. Dessa forma, o desenvolvimento de trabalhos que revelam o perfil de uma população torna-se necessário para a elaboração de propostas que se adéquem à realidade local.

Nos últimos anos, a condição social tem sido enfatizada como determinante na situação de saúde bucal. Diversos estudos abordam a associação entre desenvolvimento social e cárie dentária. Estes estudos, como os de Baldani MH e colaboradores, revelam que a prevalência de cárie dentária expressada pelo do Índice CPO-D mostra-se significativamente pior para populações de baixo nível socioeconômico. A baixa renda

pode estar associada ao grau de educação, valor atribuído à saúde, estilo de vida e acesso à informação sobre cuidados de saúde. Como consequência, a renda familiar pode ser um fator indireto para a suscetibilidade à cárie, explica o autor Lucas SD.

Diante do contexto atual, este artigo tem como objetivo descrever a condição de saúde bucal (presença de placa visível, sangramento gengival, dentes cariados extraídos e restaurados) e correlacionar com o perfil socioeconômico de famílias cadastradas na Estratégia Saúde da Família da UBS Augusta Meneguine do município de Viamão, RS.

METODOLOGIA

O presente estudo é do tipo transversal, observacional, analítico. A amostra foi composta por 151 usuários pertencentes a 23 famílias cadastrados a Estratégia Saúde da Família da UBS Augusta Meneguine do município de Viamão, RS.

Os dados foram coletados através de visitas domiciliares realizadas no mesmo bairro aos sábados, nas quais os moradores das casas visitadas responderam a um questionário padrão, que continha informações socioeconômicas do chefe da família, além de dados sobre a saúde geral, nutrição, peso e pressão arterial de todos integrantes das 23 famílias visitadas.

Os exames bucais utilizados nesse estudo foram: presença ou ausência de placa visível e de sangramento gengival. Além disso, o número de dentes cariados, perdidos e restaurados também foi avaliado. Esses mesmos exames odontológicos foram realizados por examinadores calibrados mediante luz artificial nos ambientes mais claros das residências seguindo uma ordem, ou seja, foram iniciados pela verificação da presença de placa visível, seguida da escovação supervisionada e observação de sangramento gengival. Após a deplacagem, fez-se a secagem dos dentes com uma gaze e levantou-se o número de dentes cariados, perdidos e restaurados. Os dados foram analisados na relação de indicadores socioeconômicos e saúde bucal utilizando o método Qui quadrado observando o teste exato de Fisher $p \leq 0,05$. Quando houve associação utilizou-se o resíduo ajustado $\geq 1,96$.

Todos os participantes da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre esclarecido.

RESULTADOS

Do total da amostra de 151 indivíduos de 23 famílias, com idade média 23 anos de idade, 34% (n=52) eram homens com uma média de idade de 20 anos, e 65% (n=99) eram mulheres com idade média de 24,7 anos. Essa amostra foi separada para fins didáticos em crianças (≤ 12 anos), adolescentes (de 13 a 19 anos), adultos jovens (de 20 a 39 anos) e adultos maduros (≥ 40), sendo que a maior parcela se constituiu de crianças com o percentual de 41,7%.

Com relação aos dados dos indicadores socioeconômicos, 42% das famílias viviam com até 1 salário mínimo, 34,6% em moradia feita de alvenaria, 32% de madeira e 30% mista. 48,6% moravam com três a cinco pessoas por casa. Com base à escolaridade, 47,3% das pessoas possuíam o primeiro grau incompleto e 18,6% eram analfabetos.

De acordo com a análise estatística realizado pelo teste Qui quadrado a relação entre nível sócio econômico e saúde bucal encontrou-se uma associação significativa entre as variáveis: higiene bucal e renda familiar, frequência de ingestão de açúcar entre refeições e número de moradores ($p < 0,05$). (Tabela 2)

A associação significativa ocorreu entre renda de até 1 salário mínimo e a frequência de mais de três ingestões de açúcar entre as refeições, renda de três a cinco salários mínimos e frequência de 2 ingestões de açúcar entre as refeições e sem renda e 1 ingestão de açúcar entre as refeições. ($r_i > 1,96$). (Tabela 3)

Foi encontrada uma associação significativa entre: casa de alvenaria e a frequência de higiene bucal realizada de 2 a 3 vezes ao dia pelos seus moradores ($r_i > 1,96$). (Tabela 4)

DISCUSSÃO

A população pesquisada caracterizou-se por viver abaixo da linha da pobreza, uma vez que as famílias sobreviviam com menos de um salário mínimo por mês e em sua maioria eram compostas por três a cinco moradores por residência em situação precária. Isto vai de encontro com a realidade vivida também por outros 16,2 milhões de pessoas que se encontram em pobreza extrema de acordo com dados do Censo 2010, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) além disso, um entre cada dez brasileiros vive em condições de extrema pobreza.

Esta realidade encontrada neste estudo vai de encontro a outros estudos, como a relação inversamente proporcional da renda dos moradores com sua frequência de ingestão de açúcar entre refeições. Dados estes que corroboraram com os de Levy-Costa

et al. que, a partir de resultados da pesquisa de orçamentos familiares, verificaram que o consumo de açúcar na classe de menores rendimentos foi 50% superior ao observado na classe de maiores rendimentos. Tomita et al. fortaleceram a hipótese de que o nível socioeconômico influencia a preferência pelo açúcar e esta, por sua vez, estava associada à prevalência de cárie dentária na dentição decídua.

Os dados do estudo também revelaram uma associação significativa entre a estrutura da residência (alvenaria, madeira ou mista) e a frequência de higiene bucal por dia realizada pelos moradores. As famílias que residiam em domicílios do tipo alvenaria apresentaram uma maior frequência de higiene bucal do que aquelas cujas moradias eram feitas de madeira ou mesmo mista (Tabela 4). Fato este que caracterizou a relação saúde bucal e nível sócio econômico da população trabalhada. De acordo com Moreira et al., deve-se reconhecer uma reprodução de expressão espacial das condições de vida e saúde da população na medida em que o local de moradia do indivíduo reflete sua própria condição socioeconômica. Assim, o território, como reflexo das condições econômicas de seus habitantes e sujeito às iniquidades sociais e políticas, poderia influenciar negativamente as condições de vida de seus ocupantes. Segundo Moreira SR e colaboradores percebe-se, então, que o território passa a gerar (e gerir) a pobreza de forma sustentável,

Já a presença da cárie dentária foi expressiva, sendo verificada em quase 70% da amostra. Os adultos jovens apresentaram 66% de perdas dentárias, fator que contribui negativamente no sentido de perspectivas futuras de ingresso no mercado de trabalho, o qual exige uma boa apresentação e padrões mínimos de asseio para o desempenho das respectivas funções. Ademais resultados apontaram altos índices de presença de placa visível (75%) e sangramento gengival (60%).

Realmente foi possível perceber a necessidade de uma adaptação nas políticas públicas de saúde do município de Viamão, RS, as quais deixaram muito a desejar no suporte aos usuários da ESF da UBS Augusta Meneguine, aparente descaso sem nenhuma política deste lado.

Em vista disso, fica claro que há um indicativo de que é necessário adaptar as políticas públicas de saúde bucal às características de cada região, de forma singularizada. Também é importante que a formação do profissional de saúde esteja mais adaptada para atender a realidade vivida pela população brasileira através das reformas curriculares que contemplam os princípios do cuidado humanizado, integral e descentralizado à população.

CONCLUSÕES

Através deste levantamento foi possível identificar um perfil precário de saúde bucal e de nível sócio econômico da população dos moradores cadastrados na ESF da UBS Augusta Meneguine: baixa remuneração e escolaridade, apresentando altos índices de placa visível, sangramento gengival, cárie e perdas dentárias.

Uma associação significativa foi encontrada entre as variáveis: renda de até 1 salário mínimo e a frequência de mais de 3 ingestões de açúcar entre as refeições, renda de 3 a 5 salários mínimos e frequência de 2 ingestões de açúcar entre as refeições e sem renda e 1 ingestão de açúcar entre as refeições; casa de alvenaria e a frequência de higiene bucal realizada de 2 a 3

Ações interdisciplinares em saúde, semelhante às adotadas no desenvolvimento desta pesquisa, para promover saúde através do atendimento a uma população desassistida, devem ser adotadas pelas universidades de forma que haja uma contribuição para a sociedade e concomitantemente prepare o graduando para uma formação profissional inserida na realidade do país.

ANEXOS

Tabela 1 – Percentual do número de indivíduos por faixa etária relacionado com o percentual de número de dentes perdidos, cariados, obturados, presença de placa visível e sangramento gengival. Viamão, RS, 2012.

	Faixa Etária							
	≤ 12		13 – 19		20 - 39		≥ 40	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Perdidos	12	19,0%	10	50,0%	22	66,3%	28	80,0%
Obturados	4	14,2%	4	20,0%	13	39,4%	19	54,3%
Cariados	43	68,2%	11	55,0%	28	84,8%	21	60,0%
Placa Visível	48	76,1%	10	50,0%	21	78,8%	30	85,7%
Sangramento gengival	36	57,1%	10	50,0%	23	66,7%	23	65,7%

Tabela 2- Teste Exato de Fischer pelo Teste Qui quadrado na relação das variáveis: tipo de casa e higiene bucal por dia e na relação das variáveis renda e frequência de ingestão de açúcar entre refeições.

TESTE QUI-QUADRADO						
FREQUÊNCIA DE INGESTÃO DE AÇÚCAR ENTRE REFEIÇÕES X RENDA			HIGIENE BUCAL POR DIA X TIPO DE CASA			
	Valor	df	Significância	Valor	df	Significância
Pearson Qui quadrado	55,304 ^a	12	0,001 ^b	16,258 ^a	6	0,011 ^b
Relação de probabilidade	47,059	12	0,000 ^b	20,347	6	0,004 ^b
Teste Exato de Fischer	45,771		0,000 ^b	17,7		0,006 ^b

Tabela 3- Relação entre a renda e a frequência de ingestão de açúcar entre refeições. Viamão, RS 2012.

		FREQUÊNCIA DE INGESTÃO DE AÇÚCAR ENTRE REFEIÇÕES					Total	
		0	1X	2X	+ de 3X	Mamadeira noturna		
Renda	Sem Renda	n(resíduo ajustado)	0(-0,2)	2(3,0)	0(-0,9)	1(-1,1)	0(-0,2)	3
	Até 1 Salário Mínimo	n(resíduo ajustado)	2(1,7)	4(-1,8)	7(-2,7)	50(3,4)	0(-1,2)	63
	De 1 a 2 Salários Mínimos	n(resíduo ajustado)	0(-1,3)	11(1,4)	13(-0,8)	43(-0,3)	2(1,6)	69
	De 3 a 5 Salários Mínimos	n(resíduo ajustado)	0(-0,5)	1(-0,7)	13(6,1)	2(-4,5)	0(-0,5)	16
Total		n	2	18	33	96	2	151

Tabela 4- Relação entre Tipo de casa e higiene bucal por dia. Viamão RS, 2012.

			HIGIENE BUCAL POR DIA				Total
			Não	Até 1	De 2 a 3	+ de 4	
TIPO DE CASA	ALVENARI A	n(resíduo ajustado)	0(-2,5)	8(-1,6)	30(2,5)	10(0,3)	48
	MADEIRA	n(resíduo ajustado)	6(1,4)	11(-0,3)	24(0,6)	6(-1,4)	47
	MISTA	n(resíduo ajustado)	6(1,2)	17(1,9)	15(-3,1)	12(1)	50
TOTAL		n	12	36	69	28	145

REFERÊNCIAS

Sandrini JC. Saúde bucal coletiva: da reforma do Estado ao resgate da cidadania. Arq Ciênc Saúde Unipar. 1999;3(2):161-8.

Brasil. Ministério da saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. 1997. [acesso em 10 nov-2012]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em 10 nov. 2012.

Lourenço EC, Silva Baladelli AC, Meneguim MC, Pereira AC. A inserção das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(1):1367-77.

Baldani MH, Vasconcelos GA, Antunes Ferreira LJ. Associação do índice CPO-D com indicadores socioeconômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública. 2004 jan/fev; 20(1):143-52.

Lucas SD, Portela MC, Mendonça LL. Variações no nível de cárie dentária entre crianças de 5 e 12 anos em Minas Gerais, Brasil Cad Saúde Pública. 2005 jan-fev; 21(1):55-63.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico, análise preliminar da distribuição e diferenciais de rendimento. Rio de Janeiro. 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000006475711142011571416899473.pdf>. Acesso em 10 nov. 2012.

Levy-costa RB, Sichieri R, Pontes NS, Monteiro CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). Rev Saúde Pública 2005; 3(4):530-40.

Tomita NE, Nadanovsky P, Vieira LA, Lopes ES. Preferências por alimentos doces e cárie dentária em pré-escolares. Rev Saúde Pública. 1999; 33(6):542-46.

Moreira SR, Nico SL, Tomita NE. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12(1):275-84.