

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

MARINA MARIANTE VIANA
VANESSA APARECIDA FLORES DE ASSUNÇÃO

DESCRIÇÃO DA SAÚDE BUCAL E DOS INDICADORES SOCIOECONÔMICOS DA
POPULAÇÃO ADULTA RESIDENTE NO BAIRRO FIGUEIRINHA, XANGRI-LÁ RS

Porto Alegre

2011

MARINA MARIANTE VIANA

VANESSA APARECIDA FLORES DE ASSUNÇÃO

DESCRIÇÃO DA SAÚDE BUCAL E DOS INDICADORES SOCIOECONÔMICOS DA
POPULAÇÃO ADULTA RESIDENTE NO BAIRRO FIGUEIRINHA, XANGRI-LÁ RS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dra. Márcia Cançado Figueiredo

Porto Alegre

2011

CIP – Catalogação na Publicação

Viana, Marina Mariante

Descrição da saúde bucal e dos indicadores socioeconômicos da população adulta residente no bairro Figueirinha, Xangri-Lá RS / Marina Mariante Viana, Vanessa Aparecida Flores de Assunção. – 2011.

26 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2011.

Orientador: Márcia Cançado Figueiredo

1. Adultos. 2. Nível sócioeconômico. 3. Saúde bucal I. Assunção, Vanessa Aparecida Flores de. II. Figueiredo, Márcia Cançado III. Título.

RESUMO

ASSUNÇÃO, Vanessa Aparecida Flores de; VIANA, Marina Mariante. **Descrição da saúde bucal e dos indicadores socioeconômicos da população adulta residente no bairro Figueirinha, Xangri-lá RS.** 2011. 19 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

Introdução: A assistência odontológica ainda hoje é muito direcionada à faixa etária escolar, deixando milhões de indivíduos adultos desassistidos de políticas e planejamentos específicos. **Objetivo:** Descrever a saúde bucal e o perfil sócio-econômico da população adulta (18-60 anos) residente no Bairro Figueirinha no município de Xangri-Lá, RS. **Metodologia:** Estudo longitudinal observacional, com uma amostra composta de 250 pessoas cadastradas na ESF da UBS Figueirinha do município de Xangri-Lá, RS. **Resultados:** Do total da amostra, 38.6% foi composta por homens com uma média de idade de 37.7 anos e, 61.3% de mulheres com idade média de 39.5 anos. 94.3%, não apresentaram lesão em tecidos moles. Placa visível foi encontrada em 62.6% e o sangramento gengival ocorreu em 56%. A frequência de escovação dentária relatada foi de 60% de 2 a 3 vezes ao dia, sendo que 74,78% relatou não haver recebido orientação para fazê-la. O edentulismo estava presente em 13.4%, e a média de dentes perdidos foi de 9 por pessoa. 53.9% apresentaram cáries, numa média de 2 dentes cariados por indivíduo. 82% não completaram o Ensino Fundamental e o analfabetismo está presente em 10%. 59.5% relataram possuir uma renda de 1 a 2 salários mínimos. **Conclusão:** Através deste levantamento foi possível identificar um perfil carente de saúde bucal e de nível sócio-econômico da população adulta, jovem e madura, dos moradores do bairro Figueirinha: baixa remuneração e escolaridade, apresentando altos índices de placa visível, sangramento gengival, cárie e perdas dentárias.

Palavras-chave: Saúde do adulto. Classe social. Saúde bucal.

ABSTRACT

ASSUNÇÃO, Vanessa Aparecida Flores de; VIANA, Marina Mariante. **Description of the oral health and socioeconomic indicators of adults living in Figueirinha neighborhood, Xangri-lá- RS.** 2011. 19 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

Introduction: The dental care is still very focused on school age, leaving millions of adults without specific policies and plans. **Objective:** To describe the oral health and the socioeconomic profile of the adult population (18-60 years old) resident in the Figueirinha neighborhood, located in the city of Xangri-La, RS. **Methodology:** longitudinal observational study with a sample of 250 people enrolled in the Basic Health Unit of Figueirinha in the city of Xangri-La, RS. **Results:** Of the total sample, 38.6% are men with a mean age of 37.7 years and 61.3% are women with a mean age of 39.5 years. 94.3% had no lesions in soft tissues. Visible plaque was found in 62.6% and gingival bleeding occurred in 56%. The reported frequency of toothbrushing was 2 to 3 times daily in 60%, and 74.78% reported having never received oral hygiene education. Edentulism was present in 13.4%, and the mean loss is of 9 teeth per person. 53.9% were caries, in a mean of two decayed teeth per person. 82% had not completed primary education and illiteracy is present in 10%. 59.5% reported having an income of 1 to 2 minimum wages. **Conclusion:** Through this survey it was possible to identify a profile of poor oral health and socioeconomic status of the young and mature adult population resident in the Figueirinha neighborhood: low income and education level, with high levels of visible plaque, bleeding gums, tooth decay and tooth loss.

Key words: Adult health. Social class. Oral health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	ARTIGO	7
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
	REFERÊNCIAS	17
	ANEXO A – DADOS DO CUIDADOR	19
	ANEXO B – DADOS DA CRIANÇA	20
	ANEXO C – DADOS DO ADULTO	21
	ANEXO D – FICHA DE AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA	22
	ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	23
	ANEXO F – PARECER CONSUBTANCIADO	24
	ANEXO G – PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA	25
	ANEXO H – PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA	26

1 INTRODUÇÃO

Através da vigilância epidemiológica é que se conhece e se acompanha a situação de saúde de uma comunidade, com o intuito de planejar e executar ações dirigidas às necessidades específicas de determinada população, segundo Meneghin *et al* (2007). O desenvolvimento dessas ações, portanto, implica conhecimento situacional que pode ser conseguido por meio de estudos epidemiológicos, desenvolvidos conforme as características das doenças em questão ou dos indivíduos nos quais deseja-se intervir. (NARVAI *et al*, 2001).

Lacerda *et al* (2004) ressalta que o mais comum, até então, no Brasil tem sido a atenção e a assistência odontológica pública direcionada prioritariamente a escolares de seis a 12 anos de idade, havendo algumas exceções. Com enfoque para a população adulta, o que se observou, geralmente, foram ações pontuais, centradas em sua maioria no assistencialismo reparador ou mutilador. Essa visão curativa não se modificou significativamente ao longo do tempo, mesmo após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país.

Diante da, ainda presente em todos os grupos etários, cárie dental (e seus desfechos), o desafio, hoje, é a transformação do “pensar odontológico”, adaptando-o à realidade social da doença, que deve ser encarada dentro de um contexto muito mais amplo, para que se entenda o desenvolvimento desse processo nos diferentes indivíduos. Os fatores socioeconômicos, psicossociais, o nível educacional e cultural, o ambiente e os hábitos individuais são, também, fatores fundamentais para o desenvolvimento dessa doença, ainda tão prevalente em nossa população. (GOMES *et al*, 2008; SÁNCHEZ-GARCÍA *et al*, 2007; CIMÕES *et al*, 2007).

Com a piora das condições socioeconômicas, Meneghin *et al* (2007) também observaram uma maior prevalência de cárie, assim como Lacerda *et al* (2004) relacionaram, mais especificamente, o grau de escolaridade dos indivíduos com a gravidade da doença e a dor de origem dental. A renda familiar, tanto quanto a inserção social, igualmente apresentou relação direta na prevalência de cárie, com correlações significativas entre os indicadores de desenvolvimento social e a doença. (BALDANI *et al*, 2004).

Baldani *et al* (2004) complementam que quanto mais desigual for a distribuição de renda na sociedade, maiores serão os contrastes de saúde. Em um país em

desenvolvimento, como o nosso, onde ainda se encontra com grande frequência comunidades em extrema pobreza e precariedade de vida, muitas vezes contrastando com segmentos populacionais altamente desenvolvidos numa mesma região geográfica, é fundamental a realização de levantamentos epidemiológicos específicos. Essa é uma das formas de viabilizar o desenvolvimento de ações preventivas e curativas eficazes e necessárias, de fato, às demandas dos diferentes grupos populacionais, para que sejam tratados com a devida equidade preconizada no SUS.

2 ARTIGO

INTRODUÇÃO

A cárie dentária é uma doença presente em todas as populações do mundo, acompanhando-as ao longo da história, segundo Baldani *et al* (2004), e acometendo-as a diversos períodos de dor e sofrimento, sendo considerado um dos principais fatores que levam à perda dental. Com o desenvolvimento da odontologia durante o século XX, com ênfase na sua segunda metade, ficou evidente a modificação na experiência de cárie, principalmente nas populações infantis. No entanto, revelou-se também que a forma de encarar essa doença não poderia mais ser de forma tão simplista, principalmente no que se refere à sua conceituação. A própria compreensão de que a cárie dentária constitui uma doença resulta numa forma diferenciada de encará-la, tanto em seu aspecto diagnóstico, como em seu tratamento. (FEJERSKOV, 2005).

O processo saúde-doença da cárie vai muito além da tríade-conceito elaborada por Keyes em 1969, que correlaciona a presença de hospedeiro susceptível, microbiota específica e substrato adequado como os fatores etiológicos essenciais à cárie, em um modelo multicausal-biologicista clássico. O desafio, hoje, é a transformação do “pensar odontológico”, adaptando-o à realidade social da doença, que deve ser encarada dentro de um contexto muito mais amplo, para que se entenda o desenvolvimento desse processo nos diferentes indivíduos. Os fatores socioeconômicos, psicossociais, o nível educacional e cultural, o ambiente e os hábitos individuais são, também, fatores fundamentais para o desenvolvimento dessa doença ainda tão prevalente em nossa população. (GOMES *et al*, 2008; SÁNCHEZ-GARCÍA *et al*, 2007; CIMÕES *et al*, 2007).

Os diversos estudos epidemiológicos ao longo dos anos observaram um acometimento desigual da doença nos diferentes grupos populacionais ao redor do mundo. Tipicamente, a severidade da doença nas diferentes populações é descrita através de médias de números de lesões (por ex. médias dos índices CPOD ou CPOS), ou ainda através da distribuição da frequência, de acordo com números absolutos de lesão. Por meio estatístico, então, é possível estabelecer comparação entre povos, determinando diferentes graus de severidade de doença. Ao procurar causas para os índices obtidos, deve-se ir além da perspectiva individual imediatista (como grau de higiene bucal ou nível de consumo de sacarose, por ex.), pensando, portanto, em causas a nível populacional. Objetiva-se identificar

questões socioeconômicas, políticas, culturais e comportamentais, visando ao entendimento dessas diferentes realidades, para que se possa agir dentro da especificidade dos segmentos. (FEJERSKOV, 2005; BALDANI *et al*, 2002).

Sabe-se que a assistência odontológica e, até mesmo, a vigilância epidemiológica ainda hoje é muito direcionada à faixa etária escolar, dos 6 aos 12 anos, conforme Gonçalves *et al* (2002), com inegável impacto positivo no que diz respeito a sua saúde bucal. No entanto, o que tem-se também é um largo espectro da sociedade composto por milhões de indivíduos adultos, que são a força motriz do Estado brasileiro, desassistido de políticas e planejamentos preventivos e curativos específicos para as suas características e necessidades, segundo Amaral *et al* (2005). Ao longo do desenvolvimento e implementação do SUS, não se percebeu mudanças significativas na atenção às outras faixas etárias que não as infantis, havendo apenas ações pontuais em municípios específicos e quase sempre, centrados na assistência reparadora ou mutiladora, de acordo com Lacerda *et al* (2004). É imprescindível que as práticas de saúde evoluam junto com o pensar em saúde - que muito já se desenvolveu, mas ainda não foi disseminado nem aplicado a nível populacional, principalmente nesse segmento específico em questão.

Quando se pensa em estudar essa faixa etária específica - adulta de 18 a 60 anos de idade - dentro de um conceito ampliado de saúde bucal e cárie dentária, busca-se focar a atenção, o cuidado específico e imediato, para uma maior fatia da sociedade que precisa hoje de assistência e educação. Trabalhar com a saúde dessa população, que reflete sobre novos conceitos, estilo de vida e práticas saudáveis, acaba influenciando diretamente os seus dependentes, uma vez que, muitos deles são cuidadores e responsáveis por outrem. Diga-se: filhos, enteados, sobrinhos, netos, que herdarão hábitos e rotinas e que necessitam de um ambiente receptivo até mesmo para colocar em prática os ensinamentos diferenciados que recebem, por vezes diferentes dos que seus pais e/ou responsáveis receberam. Agindo deste modo, no cerne da sociedade, age-se no presente, mas também se interfere no futuro, abrindo caminhos para que ele seja cada vez melhor.

Este artigo tem como objetivo descrever a condição de saúde bucal (presença de placa visível, sangramento gengival, dentes cariados, extraídos e restaurados) e o perfil sócio-econômico da população adulta (18 aos 60 anos) dos moradores do Bairro Figueirinha que se encontram cadastrados na Estratégia Saúde da Família - ESF da Unidade Básica - UBS Figueirinha do município de Xangri-Lá, RS.

METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho transversal observacional analítico realizado no bairro Figueirinha, no Município de Xangri-Lá, localizado no litoral norte do Estado do Rio Grande do Sul. Esse bairro foi formado a partir do crescimento e desenvolvimento das cidades litorâneas nos últimos anos, com conseqüente movimento migratório. A população do estudo foi composta de adultos que se encontram cadastrados na Estratégia Saúde da Família - ESF da Unidade Básica - UBS Figueirinha, do município de Xangri-Lá, RS. Foi selecionada uma amostra consecutiva adequada ao presente estudo, sendo essa composta por 230 adultos divididos em 320 famílias cadastradas.

Os dados foram coletados através de visitas domiciliares realizadas no referido bairro, nas quais os moradores das casas visitadas responderam a um questionário padronizado, que continha informações socioeconômicas do chefe da família, além de dados sobre a saúde geral, nutrição, peso e pressão arterial de todos integrantes da família. (Anexos A, B e C). Levantou-se também as condições de saúde bucal desses moradores, utilizando-se os critérios de presença ou ausência de placa visível e sangramento gengival, número de dentes cariados, perdidos e número de dentes hígidos em boca. (Anexo B).

Os exames bucais foram realizados por examinadores treinados por um examinador calibrado mediante luz artificial nos ambiente mais claro das residências, sendo iniciados pela verificação da presença de placa visível, seguida da escovação supervisionada e observação de sangramento gengival. Após essa deplacagem, fez-se a secagem dos dentes com uma gaze e levantou-se o número de dentes cariados, perdidas e hígidos.

Os dados coletados foram armazenados no programa Microsoft Excel 2007, sendo analisados quantitativamente, com tabelamento em percentual e apresentados em frequência relativa absoluta.

Todos os participantes da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre esclarecido. Este foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS de Porto Alegre sob o número 001.004589.10.6, datado de 03/02/2010. (Anexos F, G, H).

RESULTADOS

Do total da amostra de 230 indivíduos, com idade média 38,8 anos de idade, 38.6% (n=89) são homens com uma média de idade de 37.7 anos, e 61.3% (n=141) são

mulheres com idade média de 39.5 anos. Essa amostra foi dividida para fins didáticos em adultos jovens (de 18 a 40 anos) e adultos maduros (de 41 a 60 anos), conforme Amaral *et al* (2005) e Figueiredo *et al* (2011), sendo que a maior parcela se constitui de jovens, com a média de idade de 28.5 anos. A média de idade dos adultos maduros foi de 50.3 anos, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Média de idade, número de indivíduos e percentual na população

	<i>Homens</i>	<i>Mulheres</i>	<i>Adultos Jovens</i>	<i>Adultos Maduros</i>
Média de Idade	37.7	39.5	28.5	50.3
Nº de Indivíduos	89	141	121	109
% na População	38.6%	61.3%	52.6%	47.3%

Na verificação das condições de saúde bucal dessa população, 94.3% (n=217) não apresentaram quaisquer tipos de lesão em tecidos moles. Com relação à presença de placa visível, ela foi encontrada em 62.6% (n=144) dos adultos, sendo um resultado semelhante ao encontrado nos subgrupos. Já quanto à presença de sangramento gengival, o resultado positivo igualmente prevaleceu na grandeza de 56% (n=129), repetindo-se também nos menores grupos. Quando questionados sobre a frequência de escovação, 60% (n=138) dos adultos relataram escovar de duas a três vezes ao dia. 74,78% (n=172) relataram nunca haver recebido orientação de higiene bucal ao longo de sua vida.

O edentulismo, configurado pela ausência total de dentes, estava presente em 13.4% (n=31) dos adultos. Quando verificado nos subgrupos, observou-se que ele era mais prevalente entre os adultos jovens, representando 14% (n=17) dessa amostra, do que entre os adultos maduros, dentre os quais 12.8% (n=14) são edêntulos. A média de dentes perdidos na população geral adulta, no entanto, é de 9 por pessoa.

Tabela 2 - Edentulismo e cárie na população

	<i>População Total</i>	<i>Adultos Jovens</i>	<i>Adultos Maduros</i>
Edentulismo	13.4%	14%	12.8%
Média de dentes perdidos	9	10	7
Presença de cárie	53.9%	38.8%	40.3%
Média de dentes cariados	2	2	2

Mais da metade da população, 53.9% (n=124) apresenta pelo menos uma lesão de cárie, havendo uma média de 2 dentes cariados por pessoa. Entre os adultos jovens, a cárie estava presente em 38.8% (n=47), e em 40.3% (n=44) entre os adultos maduros. A média de dentes cariados nos dois grupos foi igual da população geral, conforme a Tabela 2.

No levantamento socioeconômico, analisamos os índices de escolaridade e renda mensal. Verificou-se que 82% (n=189) não completaram o Ensino Fundamental (Tabela 3), dado esse aumentado quando entre os adultos jovens, subindo para 87.6% (n=106). O analfabetismo estava presente em 10% (n=23) da população geral, crescendo, por sua vez, entre os adultos maduros: 13.7% (n=15). 59.5% (n=137) dos entrevistados relataram possuir uma renda mensal que varia de um a dois salários mínimos. Em segundo lugar, figura a renda familiar de até um salário mínimo por mês, presente em 33.4% (n=77) da amostra total de adultos (Tabela 4).

Tabela 3 - Escolaridade da população

	<i>População Total</i>	<i>Adultos Jovens</i>	<i>Adultos Maduros</i>
Analfabetos	10% (23)	6,61% (8)	13,76% (15)
1º Incompleto	82,1% (189)	87,6% (106)	76,14% (83)
1º Completo	2,6% (6)	3,3% (4)	1,83% (2)
2º Incompleto	3,9% (9)	2,47% (3)	5,5% (6)
2º Completo	0,8% (2)	0	1,83% (2)
3º Completo	0,4% (1)	0	0,9% (1)

Tabela 4 - Renda mensal da população

	<i>População Total</i>	<i>Adultos Jovens</i>	<i>Adultos Maduros</i>
Até 1 SM	33,4% (77)	33,05% (40)	33,94% (37)
De 1 a 2 SM	59,5 (137)	55,37% (67)	64,22% (70)
De 3 a 5 SM	5,6% (13)	11,57% (14)	1,8% (2)

DISCUSSÃO

Apesar dos resultados apontarem altos índices de presença de placa visível e sangramento gengival, sendo ambos encontrados em mais da metade da amostra (62% e 56% respectivamente), a frequência de escovação relatada pela população é igualmente considerada alta, prevalecendo a frequência de duas a três vezes ao dia, de acordo com o analisado por Lisbôa *et al* (2006). Essa frequência de escovação dental foi encontrada também por Abegg (1997) numa amostra populacional adulta do município de Porto Alegre, em que 68% relataram escovar três vezes ao dia. Abegg (1997) encontrou associação significativa entre o nível socioeconômico e a presença de placa e sangramento, havendo maiores índices desses nos níveis socioeconômicos mais baixos. Considerando que a nossa população em estudo é composta majoritariamente por indivíduos de baixa escolaridade e renda, justifica-se a alta prevalência desses índices periodontais.

As condições sociais mais baixas, portanto, não resultaram em hábitos de higiene bucal que se possa chamar de inadequados (ainda que os resultados os demonstrem ineficazes), sugerindo que a alta frequência de escovação não necessariamente implica em melhor limpeza. Pode-se pensar, no entanto, que a discrepância entre auto-relato e exame clínico refletiria uma alta valorização do cuidado com a saúde por parte da população, o que colocaria em dúvida a confiabilidade das respostas aos questionários, conforme discutido por Soares *et al* (2009). Considerando que mais de 70% da amostra relatou não haver recebido em nenhum momento da vida qualquer orientação de higiene bucal por parte de um profissional da área, e, ainda assim, essa maioria julgar necessário pelo menos duas escovações diárias, torna-se compreensível tal especulação. Parece claro que, supondo-se verdadeiras as respostas ao questionário, os maus índices de higiene bucal podem derivar de técnica e/ou instrumentos inadequados. (FIGUEIREDO *et al*, 2011).

Diversos estudos, como Baldani *et al* (1996) e Gonçalves *et al* (2002), têm demonstrado forte relação entre os níveis de prevalência de cárie e indicadores sociais, por encontrarem elevados índices de dentes cariados, perdidos e obturados em populações com baixa renda e escolaridade, corroborando os resultados encontrados neste estudo. Outros pesquisadores, como Cimões *et al* (2007), afirmam também ter verificado influência significativa da classe social na determinação das razões clínicas das perdas dentárias de outras populações igualmente em situação de exclusão social.

A presença da cárie dentária foi expressiva, sendo verificada em mais da metade (53.9%) da população estudada. Mais preocupante ainda, entretanto, foi o dado de edentulismo, que ficou em 14% para o segmento de adultos jovens (indivíduos com idade entre 18 e 40 anos). Segundo Meneghim *et al* (2007), já é sabido que, em piores condições socioeconômicas, observa-se freqüentemente maior prevalência de cárie, sendo justamente o que se apresenta neste levantamento. Figueiredo *et al* (2011) trabalhou com a mesma população e verificou que muitos dos indivíduos entrevistados apontam o trabalho informal, juntamente com auxílios governamentais (Bolsa Família, por exemplo), como fontes de renda. Isso configura uma situação de exclusão social, tendo em vista ainda que 88.2% de tal renda sustentam uma família de pelo menos quatro pessoas, uma vez que esse percentual se refere a residências com quatro moradores ou mais. Tais condições precárias contribuem negativamente também no sentido da reabilitação bucal desses pacientes, os quais, conforme verificou-se, estão atingindo o edentulismo de forma precoce e não dispõem de recursos financeiros para ao menos se beneficiar de uma prótese dentária.

A situação se agrava quando consideramos perdas dentárias em geral, sem chegar ao extremo do edentulismo. Nesse caso, os índices aumentam drasticamente para 36,36% dos adultos jovens ao tomarmos como referência a perda dentária superior a 10 elementos. Número esse que já caracteriza prejuízo à funcionalidade da dentição, uma vez que ela é preservada quando mantidos, ao menos, 20 dentes bem distribuídos em ambas as arcadas. Uma dentição funcional prejudicada implica distúrbios essencialmente na mastigação e na fala, afetando diretamente a qualidade de vida e a auto-estima do indivíduo, pois se tratam de atividades ligadas ao prazer, ao suprimento de necessidades humanas e, ainda, à socialização na comunidade onde está inserido. Além dos danos devidos ao trauma mecânico repetido, como dores decorrentes de possíveis alterações e desgastes na articulação

temporomandibular, o edentulismo, sem a devida reabilitação protética, pode ainda alterar o padrão alimentar do indivíduo, podendo levá-lo a adquirir agravos, tais como a diabetes, doenças cardiovasculares, má nutrição e obesidade. (KOLTERMANN *et al*, 2011).

Apesar do Brasil, segundo dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em novembro de 2011, ter subido uma colocação no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) - figurando agora em 84º lugar no mundo e tendo o seu índice classificado como alto -, nota-se que o país tem crescido cada vez menos, principalmente nas áreas de educação e saúde, segundo especialistas. O pior desempenho do país está no índice de escolaridade, refletindo a dificuldade brasileira em manter seus estudantes no colégio. A escolaridade real do brasileiro acima de 25 anos é de 7,2 anos, o que apóia a situação encontrada no estudo, uma vez que 82% da amostra possui o 1º grau incompleto. (PERES, 2011).

Tais resultados nos levam a crer que a qualidade de vida dessas pessoas encontra-se seriamente prejudicada, não só em se tratando da saúde bucal, uma vez que as perdas dentárias não substituídas acarretam danos irreversíveis ao sistema estomatognático a longo prazo, mas também em relação ao nível sócio econômico dos mesmos. Dados aqui encontrados corroboram Figueiredo *et al* (2011), que verificou as precárias condições de moradia dessa população: 56,1% das famílias possui de três a cinco moradores por domicílio, a maior parte (51.9%) mora em casas de madeira, e 65.2% dos indivíduos da amostra residem em casas com três a cinco cômodos. Em relação às condições de infra-estrutura/instalações das moradias, obteve-se que 88.2% vivem em domicílios com banheiro dentro da estrutura da casa e 63.1% possuem entre três a cinco torneiras instaladas em casa (não houve relato de inexistência de torneira). Toda a localidade tem acesso à água proveniente de poços artesianos, portanto, a água não é tratada, nem possui adição de fluoretos. Além disso, 50.1% dos indivíduos residem em domicílios com fossa séptica, mostrando que a falta de saneamento básico é mais um grave problema enfrentado por essa comunidade, ficando evidente a necessidade de uma intervenção administrativa do município no sentido de resolver esta questão.

Finalizando, foi possível perceber a necessidade de uma adaptação nas políticas públicas, as quais deixam muito a desejar no suporte à população adulta. A essa fatia

potencialmente produtiva da sociedade acabam restando os tratamentos odontológicos de urgência em detrimento dos educativo-preventivos, resultando no perfil encontrado, no qual se percebe uma grande seqüela de doença na maioria da população.

CONCLUSÃO

Através deste levantamento foi possível identificar um perfil carente de saúde bucal e de nível sócio-econômico da população adulta, jovem e madura, dos moradores do bairro Figueirinha: baixa remuneração e escolaridade, apresentando altos índices de placa visível, sangramento gengival, cárie e perdas dentárias.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se perceber a necessidade de uma adaptação nas políticas públicas, as quais contemplam de forma cuidadosa as faixas etárias de escolares e também de idosos, mas que deixam muito a desejar no suporte à população adulta. A essa fatia potencialmente produtiva da sociedade acabam restando os tratamentos odontológicos de urgência em detrimento dos educativo-preventivos, conforme mostrado em nosso estudo o baixo índice de adultos que receberam instruções de higiene.

A amostragem por conveniência realizada neste estudo pode gerar vieses de seleção, pois não há como saber se todas as pessoas incluídas na amostra são representativas da população, impedindo uma declaração conclusiva sobre os resultados obtidos. Mesmo assim os resultados deste estudo poderão nortear a implantação de ações em saúde bucal no município de Xangri-Lá, RS, Brasil, contribuindo para o planejamento e a alocação de recursos em políticas públicas de saúde.

Estudos posteriores serão de grande importância, resultando em um levantamento mais específico das necessidades desse segmento populacional, buscando práticas adequadas de promoção de saúde e resolutividade curativa nas diferentes comunidades.

REFERÊNCIAS

- ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 6, p. 586-593, dez. 1997.
- AMARAL, M.A. et al. Dental caries in young male adults: prevalence, severity and associated factors. **Braz. Oral Res.**, São Paulo, v. 19, no. 4, p. 249-255, Oct./Dec. 2005.
- BALDANI, M.H., NARVAI, P.C., ANTUNES, J.L.F. Cárie dentária e condições sócio-econômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 755-763, maio/jun. 2002.
- BALDANI, M.H., VASCONCELOS, A.G.G., ANTUNES, J.L.F. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 143-152, jan./fev. 2004.
- CIMÕES, R. et al. Influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1691-1696, nov./dez. 2007.
- FEJERSKOV, O. **Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico**. São Paulo: Liv. Santos, 2005.
- FIGUEIREDO, M.C. et al. Saúde bucal de moradores de um bairro pobre de Xangri-lá, RS, Brasil. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 177-183, 2011.
- GOMES, D., ROS, M.A.D. A etiologia da cárie no estilo de pensamento da ciência odontológica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 1081-1090, mai./jun. 2008.
- GONÇALVES, E.R., PERES, M.A., MARCENES, W. Cárie dentária e condições sócio-econômicas: um estudo trasnversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 699-706, maio/jun. 2002.
- KOLTERMANN, A.P., GIORDANI, J.M.A., PATTUFFI, M.P. The association between individual and contextual factors and functional dentition status among adults in Rio Grande do Sul State, Brazil: a multilevel study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 173-182, jan. 2011.
- KEYES, P.H. et al. Present and future measures for dental caries control. **J. AM. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 79, no. 6, p. 1395-1404, Dec. 1969.
- LACERDA, J.T.L. et al. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 453-458, Jun. 2004.
- LISBÔA, C.I., ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 4, p.29-39, out./dez. 2006.

MENEGHIN, M.C. et al. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 523-529, mar./abr. 2007.

NARVAI, C.P. et al. Diagnóstico da cárie dentária: comparação dos resultados de três levantamentos epidemiológicos numa mesma população. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 72-80, ago. 2001.

PERES, L. Educação freia IDH brasileiro. **Zero Hora**, Porto Alegre, p. 24, 3 nov. 2011.

SÁNCHEZ-GARCÍA S. et al. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. **Salud. Publica Mex.**, Cidade do México, v. 49, n. 3, p. 173-181, mayo/jul. 2007.

SOARES, E.F., NOVAIS, T.O., FREIRE, M.C.M. Hábitos de higiene bucal e fatores relacionados em adultos de nível socioeconômico baixo. **Rev. Odontol. UNESP**, Araraquara, v. 38, n. 4, p. 228-234, jul./ago. 2009.

ANEXO A – DADOS DO CUIDADOR

DADOS DO CUIDADOR

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Parentesco: () mãe () pai () avó () avô () tia () tio () irmão () irmã () outro

Ocupação: () Empregado ____ () Desempregado

Gênero: () Feminino () Masculino

1- Escolaridade:

- () Analfabeto
 () 1º Grau Incompleto
 () 1º Grau Completo
 () 2º Grau Incompleto
 () 2º Grau Completo
 () 3º Grau Completo

2- Renda Familiar:

- () Até 1 Salário Mínimo/SM
 () De 1 a 2 SM
 () De 3 a 5 SM
 () Mais de 5 SM

3- Habitação

3.1 Tipo de Casa:

- () madeira
 () alvenaria
 () mista
 () outros

3.2 Número de peças:

- () até 2
 () de 3 a 5
 () mais de 5

3.3 Banheiro:

- () no corpo da casa
 () fora da casa
 () não apresenta

3.4 Número de torneira:

- () nenhuma
 () até 2
 () 3 ou mais

3.5 Número de Moradores:

- () até 2
 () de 3 a 5
 () mais de 5

3.6 Dejetos:

- () fossa séptica
 () fossa seca
 () direto na sua
 () rede de esgoto

4- Higiene Bucal:

4.1 Já recebeu alguma orientação de que se deve e como se deve fazer higiene bucal?

() Não () Sim - De quem? _____

4.2 Quantas vezes ao dia as pessoas desta casa costumam fazer a Higiene Bucal?

- () No máximo 1x ao dia
 () De 2x a 3x ao dia
 () Mais de 4x ao dia

4.3 As crianças menores que residem aqui abaixo de 6 anos são supervisionadas durante a escovação dentária? () Não () Sim, e se alguém faz a escovação dentária delas? () Sim () Não. Quem? _____

4.4 Qual a frequência de ingestão de açúcar entre as refeições (da família)?

- () 1x ao dia
 () 2x ao dia
 () 3x ao dia

4.5 Qual o número de refeições diárias que as pessoas desta casa costumam fazer?

- () 1x ao dia
 () de 2 a 3x ao dia

() mais de 4 ao dia

ANEXO B – DADOS DA CRIANÇA

DADOS DA CRIANÇA

Nº do prontuário da família:

Nome:

Idade:

Altura:

Peso:

IMC = peso/altura²:

PA:

HGT:

Como você descreveria a sua alimentação? Considere a base da pirâmide o que você come em maior quantidade ou com maior frequência e o pico da pirâmide o que você come em menor quantidade ou com menor frequência.

1- Óleos e Gorduras / Açúcares e Doces

2- Leite e Derivados / Carnes e Ovos / Leguminosas

3- Hortaliças / Frutas

4- Cereais, Pães, Tubérculos e Raízes

IDADE	MENINAS	MENINOS
2	18,0	18,4
3	17,6	17,9
4	17,3	17,6
5	17,1	17,4
6	17,3	17,6
7	17,8	17,9
8	18,3	18,4
9	19,1	19,1
10	19,9	19,8
11	20,7	20,6
12	21,7	21,2
13	22,6	21,9
14	23,3	22,6
15	23,9	23,3
16	24,4	23,9
17	24,7	24,5
18	25	25



Você utiliza muito sal na sua comida? () Pouco () Moderado () Muito

Você pratica exercícios? () sim () não

Quantas vezes por semana? () uma vez () duas vezes () três vezes () quatro vezes ou mais

Que medicamentos você utiliza? Há quanto tempo? _____

ANEXO C – DADOS DO ADULTO

DADOS DO ADULTO

Nº do prontuário da família:

Nome:

Idade:

Altura:

Peso:

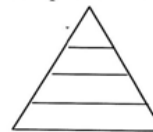
IMC = peso/altura²:

PA:

HGT:

Como você descreveria a sua alimentação? Considere a base da pirâmide o que você come em maior quantidade ou com maior frequência e o pico da pirâmide o que você em menor quantidade ou com menor frequência.

- 1- Óleos e Gorduras / Açúcares e Doces
- 2- Leite e Derivados / Carnes e Ovos / Leguminosas
- 3- Hortaliças / Frutas
- 4- Cereais, Pães, Tubérculos e Raízes



Você utiliza muito sal na sua comida? () Pouco () Moderado () Muito

Você pratica exercícios? () sim () não

Quantas vezes por semana? () uma vez () duas vezes () três vezes () quatro vezes ou mais

Que medicamentos você utiliza? Há quanto tempo? _____

ANEXO D – FICHA DE AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA

Ficha de Avaliação Odontológica

Nome:

Família:

Data de Nascimento:

IPV

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

1= placa visível

0= sem placa visível

ISG

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

1= sangramento

0= sem sangramento

CPOD

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Código H para Dente Hígido

Código C para Dente Cariado

Código O para Dente Restaurado

Código P para Dente Extraído

Código Ei para Extração Indicada

Código A para Dente Ausente

ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prefeitura Municipal de Xangri-Lá

Xangri-Lá, ___ de _____ de 2010.

Prezado (a) Senhor(a)

A Secretaria de Saúde e Educação do Município de Xangri-Lá em parceria com Universidade Federal do Rio Grande do Sul / UFRGS, estão desenvolvendo uma pesquisa **“O perfil da saúde bucal dos moradores do Bairro Figueirinha do município de Xangri-Lá”**, cujo objetivo é Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população residente no município de Xangri-Lá,RS.

Deste modo, além de ser aplicado um questionário sobre as condições sócio-econômico-cultural e o estado de saúde de toda a família incluindo as mulheres que estiverem grávidas, na prática será aferido peso, altura, índice de massa corpórea, percentil, pressão arterial. Também serão realizados exames na boca para ver a presença de dentes cariados ou não, presença de placa dentária ou não e gengivas saudáveis ou não. Tudo isto poderá ser realizado na residência durante as visitas domiciliares com a máxima segurança e higiene, conforme preconizam a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde.

Os instrumentos que serão utilizados não representam riscos nem desconforto para quem será examinado. Os dados individuais encontrados não serão divulgados apenas serão adicionados aos outros para finalizar esta pesquisa que pela primeira vez está sendo realizada nesta comunidade. Sua colaboração autorizando no quadro abaixo a realização dos questionários, registros fotográficos das pessoas e da residência, aferições e exames em seu domicílio aos sábados é muito importante: esclarecemos que sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgar necessária você não será prejudicado de nenhuma maneira caso sua vontade seja de não participar.

Toda informação que necessitar durante a execução desta pesquisa, comunique-se com o Dr. Roberto pelo telefone 36896650, ou o procure diretamente na UBS Figueirinha, com a Prof. Márcia Cançado pelo telefone (51) 33085026 na Faculdade de Odontologia da UFRGS em Porto Alegre, ou pelo seu celular (51) 98084128 e pelo telefone do Comitê de Ética em Pesquisa SMS de Porto Alegre, RS pelo telefone: (51) 32124623.

Esperando contar com o seu apoio e compreensão, agradecemos em nome de todos desta equipe de trabalho que se empenham para melhorar a saúde da população residente do bairro Figueirinha do Município de Xangri-Lá,RS.

Atenciosamente,

Responsável pela equipe de pesquisadores

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado (a) sobre as características da pesquisa **O perfil da saúde bucal dos moradores do Bairro Figueirinha do município de Xangri-la, residentes no bairro Figueirinha”,**
eu, _____ AUTORIZO a realização em visitas domiciliares aos sábados do questionário, da documentação fotográfica, das aferições e de todos os exames que se fizerem necessários.

XANGRILÁ ___ / ___ / ___ 2010.

Assinatura do Responsável

ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa


PARECER CONSUBSTANCIADO


Pesquisador (a) Responsável: Márcia Cançado Figueiredo
Registro do CEP: 463 **Processo N.º:** 001.005792.10.0
Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde Xangri-la
Utilização: T/CLE
Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.005792.10.0, referente ao projeto de pesquisa: **“O perfil da saúde bucal dos moradores do Bairro Figueirinha do município de Xangri-la”**, tendo como pesquisador responsável Márcia Cançado Figueiredo cujo objetivo é **“Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população residente no município de Xangri-Lá,RS. Específico :** - Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal de moradores do bairro Figueirinha que se encontram cadastrados na Estratégia Saúde da Família - ESF da Unidade Básica - UBS Figueirinha do município de Xangri-Lá,RS; - Avaliar o índice de sangramento gengival (ISG), de moradores do bairro Figueirinha que se encontram cadastrados na Estratégia Saúde da Família - ESF da Unidade Básica - UBS Figueirinha do município de Xangri-Lá,RS; - Avaliar o índice de cárie (CEOD dente permanente e ceod - dente decíduo), de moradores do bairro Figueirinha que se encontram cadastrados na Estratégia Saúde da Família - ESF da Unidade Básica - UBS Figueirinha do município de Xangri-Lá,RS; - Avaliar o índice de sangramento gengival (ISG), dos moradores de bairro Figueirinha que se encontram cadastrados na Estratégia Saúde da Família - ESF da Unidade Básica - UBS Figueirinha do município de Xangri-Lá,RS ; - Avaliar a presença de lesão de tecido mole na cavidade bucal, de moradores do bairro Figueirinha que se encontram cadastrados na Estratégia Saúde da Família - ESF da Unidade Básica - UBS Figueirinha do município de Xangri-Lá,RS; - Analisar o perfil sócio-econômico-cultural associando a saúde geral e bucal dos moradores do bairro Figueirinha que se encontram cadastrados na Estratégia Saúde da Família - ESF da Unidade Básica - UBS Figueirinha do município de Xangri-Lá,RS, envolvendo tanto a população infantil, adolescente, adulta e idosa”.

Projeto derivação de outro projeto intitulado *Convivência em Saúde . Programa de Educação pelo trabalho em saúde - PET Saúde Xangri-Lá* aprovado pelo comitê de ética da SMS de PORTO ALEGRE, sob o número 456 datado de 03/02/2010.

ANEXO G – PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA

 **UFRGS**
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

 **Faculdade de Odontologia**


PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA

Parecer em reunião do dia 09 de abril de 2010 ATA 03/10.

O Projeto nº 18.074 - O PERFIL DA SAÚDE BUCAL DOS MORADORES DO BAIRRO FIGUEIRINHA DO MUNICÍPIO DE XANGRI-LÁ, RS. Aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre sobre o Nº 463. Processo nº 001.005792.10.0, datado de 22/02/2010. O referido projeto é derivado de um projeto intitulado: CONVIVÊNCIA EM SAÚDE - PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO EM SAÚDE - PET SAÚDE - XANGRI-LÁ. Aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre sobre o Nº 456 - Processo nº 001.004589.10.6 datado de 03/02/2010. Por tratar-se de um projeto já analisado e aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa, cabe a COMESQ/ODONTOLOGIA/UFRGS referendar o parecer de aprovação no sistema pesquisa UFRGS.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Profa. MÁRCIA CANCADO FIGUEIREDO
OUTROS PESQUISADORES: Kátia Valença Correia Leandro da Silva, Manuelle Gass, Marian Mariante Viana, Vanessa Assunção e Jaqueline Lansing Faneze

Porto Alegre, 23 de abril de 2010.


Profa. Deise Ponzoni
Coordenadora da COMESQ/000

Profa. Dra. Deise Ponzoni
Coordenadora da Comissão de Pesquisa


ANEXO H – PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 231/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação de trabalho;
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 22/02/2010


Elen Maria Borba
Coordenadora do CEP