

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

LIANA TAVARES PEIXOTO

DESCRIÇÃO E RELAÇÃO DA SAÚDE BUCAL E DOS INDICADORES
SOCIOECONÔMICOS DOS USUÁRIOS DA ESF AUGUSTA MENEGUINE,
VIAMÃO, RS, BRASIL.

Porto Alegre

2012

LIANA TAVARES PEIXOTO

DESCRIÇÃO E RELAÇÃO DA SAÚDE BUCAL E DOS INDICADORES
SOCIOECONÔMICOS DOS USUÁRIOS DA ESF AUGUSTA MENEGUINE,
VIAMÃO, RS, BRASIL.

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 a obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof^a Dr^a Márcia Cançado Figueiredo

Porto Alegre

2012

Peixoto, Liana Tavares.

Descrição e relação da saúde bucal e dos indicadores socioeconômicos dos usuários da ESF Augusta Meneguine, Viamão, RS, Brasil / Liana Tavares Peixoto. – 2012.

26 f. : il.

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

Orientador: Márcia Caçado Figueiredo

1. Saúde bucal. 2. Classe social. 3. Cárie dentária. I. Figueiredo, Márcia Caçado.

II. Título.

Aos meus pais, que depositaram toda sua confiança, amor, dedicação e incentivos na minha formação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família por todo apoio e estrutura que me concederam, especialmente à minha mãe, por me oferecer amparo em todos os momentos, aos meus professores, principalmente à minha orientadora Márcia Cançado, aos meus colegas e amigos pela solidariedade e companheirismo, à UFRGS por me oportunizar um ensino de alto nível.

RESUMO

PEIXOTO, Tavares Liana. **Descrição e relação da saúde bucal e dos indicadores socioeconômicos dos usuários da ESF Augusta Meneguine, Viamão, RS, Brasil.** 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

Introdução: Para proporcionar ações efetivas na busca pela saúde bucal, o acesso à saúde deve ser singularizado, conforme as necessidades da população, isso deve ser planejado a partir de levantamentos e estudos que evidenciem o perfil da comunidade e que sirvam de parâmetro para o planejamento de futuras ações. **Objetivos:** Descrever a condição de saúde bucal e correlacioná-la com o perfil socioeconômico de famílias cadastradas na Estratégia Saúde da Família da UBS Augusta Meneguine do município de Viamão, RS. **Metodologia:** Foram colhidos e relacionados dados de saúde bucal (placa visível, sangramento gengival, dentes cariados extraídos e restaurados) e de nível socioeconômico (tipo de casa, Renda, escolaridade, número de moradores por domicílio) de 151 moradores durante visitas domiciliares. **Resultados:** 42% das pessoas viviam com até 1 salário mínimo e 48,6% moravam com 3 a 5 pessoas por casa. Houve associação significativa entre: renda familiar de até 1 salário mínimo e mais de 3 ingestões de açúcar entre refeições, de 3 a 5 salários mínimos e 2 ingestões de açúcar entre refeições; tipo de domicílio (alvenaria) e de 2 a 3 vezes higiene bucal por dia ($p < 0,05$). **Conclusões:** Através deste levantamento foi possível identificar um perfil precário de saúde bucal e de nível socioeconômico da população estudada: baixa remuneração e escolaridade, altos índices de placa visível, sangramento gengival, cárie, perdas dentárias e uma relação significativa entre nível socioeconômico e saúde bucal.

Palavras-chave: Saúde bucal. Classe social. Cárie dentária.

ABSTRACT

PEIXOTO, Tavares Liana. **Description and correlation of oral health and socioeconomic indicators of the users of ESF Augusta Meneguine, Viamão, RS, Brazil.** 2012. Final Paper (Graduation in Dentistry). – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

Introduction: To provide effective actions aiming oral health, the access to health must be singled to the needs of the population, it must be planned through studies that shows the profile of the community and serves as a parameter for future actions. **Objective:** Describe the oral health condition and correlate with the socioeconomic profile of the population registered in the Family Health Strategy of UBS Augusta Meneguine, Viamão city, RS. **Methodology:** The data was collected and correlated of oral health (visible plaque, bleeding gum, carious, extracted and restored teeth) and socioeconomic level (house made, income, scholarship), from 151 inhabitants during home visits. **Results:** 42% of the people lived with until 1 minimum salary and 48,6% lived between 3 to 5 people by residence. There was an association among the variables: income until 1 minimum salary and more than 3 ingestions of sugar between meals; 3 to 5 minimum salary and 2 ingestions of sugar between meals; house made of brickwork and 2 to 3 times oral hygiene per day ($p < 0,05$). **Conclusions:** Through this study it was possible to identify a needy oral health profile and socioeconomic level of the studied population: low income and scholarship, high levels of visible plaque, bleedings gum, caries, tooth loss and a significant correlation among socioeconomic level and oral health.

Key Words: Oral health. Social class. Dental caries.

LISTA DE TABELAS

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 gengivite. Viamão, RS, Brasil. 2012.....	11
Tabela 2 - Teste exato de Fischer pelo teste Qui quadrado na relação tipo de casa e Higiene bucal por dia e relação renda e consumo de açúcar entre refeições.....	12
Tabela 3 - Relação entre a renda e a frequência de ingestão de açúcar entre refeições. Viamão, RS, 2012.....	12
Tabela 4 - Relação entre tipo de casa e higiene bucal por dia. Viamão, RS, 2012.....	13

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	ARTIGO CIENTÍFICO	9
2.1	INTRODUÇÃO.....	9
2.2	METODOLOGIA.....	10
2.3	RESULTADOS.....	11
2.4	DISCUSSÃO.....	13
2.5	CONCLUSÕES.....	17
	REFERÊNCIAS	18
	APÊNDICE - Ilustração das visitas domiciliares.....	20
	ANEXO A - Ficha de avaliação odontológica.....	21
	ANEXO B - Ficha da Criança.....	22
	ANEXO C - Ficha do adulto.....	23
	ANEXO D - Ficha do cuidador.....	24
	ANEXO E - Ficha do observador.....	25
	ANEXO F - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	26

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos 20 anos o Brasil passou por mudanças significativas na saúde pública. Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, o foco do trabalho em saúde tem sido a promoção da saúde, levando em consideração que o processo saúde-doença é determinado socialmente e para explicá-lo é preciso conhecer as condições em que o indivíduo vive e suas interações com a família e a comunidade.¹ O Programa Saúde da Família (PSF) propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, aproximando os profissionais da comunidade, e assumindo o compromisso de prestar assistência integral e resolutiva, através de uma equipe interdisciplinar, que presta assistência de acordo com as reais necessidades da população.²

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou o Programa Brasil Sorridente, Política Nacional de Saúde Bucal, com o objetivo de ampliar e democratizar a cobertura odontológica do país. Desde então, a saúde bucal coletiva conta com a participação de profissionais integrados aos princípios de promoção de saúde, baseando-se em ações educativas e preventivas e não mais em tratamentos centralizados apenas em procedimentos operatórios e emergenciais. Assim, qualquer proposta de intervenção em saúde passa por observar, apreender a realidade, em cada espaço social, para poder compreender o indivíduo, o cidadão e as redes sociais que se constroem, podendo, desta forma, definir as necessidades do cidadão, seus problemas e processos coletivos de transformação do modo de vida em sociedade para conseguir a saúde bucal.²

Dentro deste novo contexto de Saúde Bucal, o objetivo do presente trabalho foi correlacionar as condições de saúde bucais e socioeconômicas da população usuária da Estratégia Saúde da Família (ESF) da UBS Augusta Meneguine, do município de Viamão, RS.

2 ARTIGO CIENTÍFICO

ASSOCIAÇÃO ENTRE SAÚDE BUCAL E INDICADORES SOCIOECONÔMICOS DOS USUÁRIOS DA ESF AUGUSTA MENEGUINE, VIAMÃO, RS, BRASIL

2.1 INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil tem passado por diversas mudanças no seu período de implementação do SUS tanto de forma burocrática quanto ideológica e, tem sido conduzida através do foco na promoção de saúde a partir da premissa de que o equilíbrio do processo saúde-doença só é obtido com êxito quando há ações que possibilitem autonomia ao indivíduo para estabelecer esse equilíbrio. Essas ações só são possíveis na presença de um reconhecimento dos determinantes de saúde do meio em que a população está inserida, de forma a moldar as ações para que se adaptem à realidade vivida por essas pessoas e direcioná-las de forma que causem um impacto positivo. 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. Essa 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 indivíduo¹.

Em 2004 realizou-se o programa Brasil Sorridente que objetivou ampliar e democratizar a cobertura odontológica no país, tornando a assistência odontológica centrada na prevenção e promoção em saúde opondo-se à antiga prática focalizada na tecnologia dura e operacional. Dentro dessa proposta, 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 evidenciam o perfil de uma população torna-se necessário para a elaboração de propostas que se adequam à realidade local².

Nas últimas décadas, a condição social tem sido enfatizada como determinante na situação de saúde bucal. Estudos têm demonstrado que o declínio da cárie dentária vem sendo acompanhado pela polarização da doença nos grupos menos privilegiados. Vários trabalhos têm abordado a associação entre

desenvolvimento social e cárie dentária, tanto no campo do indivíduo como no coletivo. Estes estudos revelam que a prevalência de cárie dentária expressada pelo Índice CPO-D demonstra-se significativamente pior para populações de baixo nível socioeconômico³. 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 susceptibilidade à cárie⁴.

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.

2.2 METODOLOGIA

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

Os dados foram coletados através de visitas domiciliares realizadas aos sábados, nas quais os moradores dos domicílios visitados 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 das 23 famílias visitadas (APÊNDICE).

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 e perdidos, foram avaliadas. Estes exames bucais foram realizados por examinadores treinados mediante luz artificial nos ambientes mais claros das moradias, 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, perdidos e restaurados.

As relações entre os indicadores socioeconômicos e de saúde bucal foram analisadas através do Teste Exato de Fisher, utilizando-se a opção EXATO do

software SPSS versão 18. Quando houve associação utilizou-se o resíduo ajustado para determinar as associações locais entre categorias, considerando-se significantes os resíduos ajustados $\geq 1,96$. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

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 nº 669, processo nº: 001.032690.11.8, datado de 09/08/2011.

2.3 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 dividida para fins didáticos em crianças (≤ 12 anos), adolescentes (de 13 a 19 anos), adultos jovens (de 20 a 39 anos) e adultos maduros (≥ 40), conforme Amaral et al.⁵ em 2005 e Figueiredo et al.⁶ em 2011, sendo que a maior parcela se constituiu de crianças com o percentual de 41,7%.

Com relação aos indicadores socioeconômicos, 42% das famílias viviam com até 1 salário mínimo, 34,4% em moradia feita de alvenaria, 31,8% de madeira e 33,8% mista, 48,6% moravam com 3 a 5 pessoas por casa. Com relação à escolaridade, 47,3% das pessoas possuíam o 1º grau incompleto e 18,6% eram analfabetos.

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

	Faixa Etária								População Total	
	≤ 12		13 – 19		20 - 39		≥ 40			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Perdidos	12	19,00%	10	50,00%	22	66,70%	28	80,00%	72	47,7%
Obturados	4	14,20%	4	20,00%	13	39,40%	19	54,30%	45	29,8%
Cariados	43	68,20%	11	55,00%	28	84,80%	21	60,00%	104	68,2%
Placa Visível	48	76,10%	10	50,00%	21	78,80%	30	85,70%	114	75,5%
Sangramento gengival	36	57,10%	10	50,00%	23	66,70%	23	65,70%	94	63,3%

Houve perda dentária média, na faixa etária de adultos maduros (≥ 40 anos) de 16,5 elementos dentários.

Analisando estatisticamente pelo Teste Exato de Fisher ($p < 0,05$) na relação entre nível socioeconômico 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 (Tabela 2).

Tabela 2 - Teste Exato de Fischer ($p < 0,05$) na relação das variáveis: higiene bucal por dia e tipo de domicílio e na relação das variáveis: frequência de ingestão de açúcar entre refeições e renda.

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

Foi encontrada uma associação significativa considerando o resíduo ajustado ($r_i \geq 1,96$) 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 (Tabela 3).

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

		n(resíduo ajustado)	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 salários mínimos	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

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

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

			HIGIENE BUCAL POR DIA				Total
			Não	Até 1	De 2 a 3	+ de 4	
TIPO DE MORADIA	Alvenaria	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			12	36	69	28	145

2.4 DISCUSSÃO

A população pesquisada foi caracterizada por viver abaixo da linha da pobreza porque as famílias sobreviviam com menos de um salário mínimo por mês e em sua maioria eram compostas por 3 a 5 moradores por residência em situação precária. Isto reflete a realidade vivida também por 16,2 milhões de pessoas que se encontram em pobreza extrema de acordo com dados do Censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Um entre cada dez brasileiros vive em condições de extrema pobreza, sendo o Nordeste (18,1%) e Norte (16,8%) as regiões do país com maior número de pessoas nesta condição e, as regiões Centro-Oeste (4%), Sudeste (3,4%) e Sul (2,6%), possuem as menores parcelas de população em situação de extrema pobreza⁷.

Esta realidade encontrada na comunidade estudada reflete muito dos achados deste estudo, 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.⁸ 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.⁹ sustentaram 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.

O presente estudo também revelou 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 socioeconômico da população trabalhada. Na literatura é consagrada a associação do nível socioeconômico com os hábitos de higiene bucal. Nos resultados de Abegg¹⁰, a porcentagem de indivíduos que escovam os dentes três vezes ao dia foi maior na categoria socioeconômica alta, sendo esta de 48,3%. Dentre as pessoas desta categoria, 28,3% declararam escovar seus dentes quatro vezes ou mais por dia comparado com 17,7% da categoria socioeconômica baixa. Pode-se dizer que o espaço físico onde a pessoa reside pode influir em sua saúde geral e bucal. Conforme Moreira et al.¹¹ (2007, p. 278-9):

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. Dessa maneira, 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. Percebe-se, então, que o território passa a gerar (e gerir) a pobreza de forma sustentável.

Por outro lado, a presença da cárie dentária foi expressiva, sendo verificada em quase 70% da população estudada. Mais preocupante ainda, entretanto, foi o dado de perdas dentárias, que ficou em 66% para o segmento de adultos jovens (indivíduos com idade entre 20 e 39 anos). Estas condições precárias de saúde bucal contribuem 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. Vargas e Paixão¹² verificaram em seu estudo que os sentimentos relatados pelos entrevistados, relacionados à perda dentária, foram bastante negativos deixando claro que esses sentimentos não são decorrentes apenas por problemas estéticos e/ou funcionais que a perda dentária traz, mas também, porque os dentes e a boca têm um significado psicológico importante na formação do psiquismo humano. Dentre os problemas de

natureza funcional e social relatados pelos entrevistados, os mais citados foram: dificuldades para mastigar, falar, mudanças no comportamento, insatisfação com a aparência, prejuízo na aceitação social e dificuldade de acesso ao mercado de trabalho causando forte impacto na qualidade de vida.

A situação se agravou ainda mais quando se considerou perdas dentárias em geral, sem chegar ao extremo do edentulismo. Nesse caso, a prevalência de perda dentária foi de 48% para toda a população e, ao tomar como referência os adultos maduros (≥ 40 anos), a perda dentária foi em média de 16,5 elementos dentários. Os achados no presente estudo estão em sintonia com os resultados da segunda edição da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010)¹³, onde 3 milhões de idosos precisam de prótese total nas duas arcadas dentárias e outros 4 milhões necessitam de prótese em apenas uma das arcadas. Esta alta média de perdas de elementos dentários por pessoa caracteriza prejuízo à funcionalidade da dentição, uma vez que ela é preservada quando mantidos, ao menos, 20 dentes bem distribuídos em ambas às arcadas. Uma dentição funcional prejudicada implica distúrbios essencialmente na mastigação e na fala, afetando diretamente a qualidade de vida e a autoestima 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 de acordo com Koltermann et al.¹⁴ em 2011.

Os resultados apontaram altos índices de presença de placa visível e sangramento gengival, sendo ambos encontrados em mais da metade da amostra (75% e 63% respectivamente). Esses resultados reiteram os achados de Abegg¹⁰ em 1997, em uma amostra populacional adulta do município de Porto Alegre, os quais revelaram que aproximadamente 50% das pessoas de categoria socioeconômica baixa apresentaram nível de placa bacteriana alto (escore entre 2 e 3) por contraste a apenas 23% das pessoas de categoria socioeconômica alta. Considerando que a população em estudo foi composta majoritariamente por indivíduos de baixa renda, justifica-se a alta prevalência desses índices periodontais.

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. Exemplificando, a população infantil (≤ 12 anos) apresentou 68,2% dentes cariados e apenas 14,2% de dentes restaurados significando que o tratamento odontológico para crianças praticamente inexistia. O próprio levantamento epidemiológico SB Brasil 2010¹³, demonstrou que crianças com 5 anos de idade tiveram 88% de seus dentes cariados e 80% destes dentes não foram tratados. Na literatura encontramos resultados coincidentes, segundo Bertoldi e Barros¹⁵, 77% de crianças de 0 a 6 anos analisadas em seu estudo nunca haviam ido ao dentista. 23% das crianças que consultaram o dentista, as que possuíam melhor nível socioeconômico consultaram cinco vezes mais do que as de menor nível socioeconômico no ano anterior à entrevista. Este resultado demonstrou que ainda há uma barreira no acesso ao atendimento odontológico nessa faixa etária, para as classes sociais mais baixas.

Finalizando, apesar da progressiva democratização do acesso à saúde para a população e os crescentes programas de combate à miséria, as condições de pobreza extrema prevalecem nos centros urbanos e, conforme afirmado anteriormente, contribuem substancialmente para a prevalência de doenças bucais. Fica um indicativo de que é necessário adaptar as políticas públicas de saúde bucal às características de cada região, se for um município de pequeno porte, o acesso será diferenciado dos de grande porte. Deve-se ressaltar a importância da realização de políticas intersetoriais de forma que melhore a condição socioeconômica dessa população, principalmente no que diz respeito à educação e condições de moradia. Também é importante que a formação do profissional de saúde esteja mais adaptada para atender à realidade vivida pela população brasileira através das reformas curriculares que contemplam os princípios do cuidado humanizado, integral e descentralizado à população.

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.

2.5 CONCLUSÕES

Através deste levantamento foi possível identificar um perfil carente de saúde bucal e de nível socioeconômico 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; domicílio de alvenaria e a frequência de higiene bucal realizada de 2 a 3 vezes ao dia pelos seus moradores.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde. [BR] Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. 1997. [acesso em 10 nov 2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf.
- 2 Lourenço EC, Silva 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.
- 3 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.
- 4 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.
- 5 Amaral MA, Nakamall L, Conrado CA, Matsuo T. Dental caries in young male adults: prevalence, severity and associated factors. Oral Res. 2005 Oct./Dec. 19(4):249-55.
- 6 Figueiredo MC, Silva KV, Faneze JL, Emanuele GL. Saúde bucal de moradores de um bairro pobre de Xangri-Lá, RS, Brasil. ConScientia e Saúde. 2011 jun 8;10(2):292-98.
- 7 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. [acesso em 10 nov, 2012] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000006475711142011571416899473.pdf>.
- 8 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.
- 9 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.
- 10 Abegg, C. Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses. Rev Saúde Pública. 1997 dez; 31(6):586-93.
- 11 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.
- 12 Vargas DM, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. Ciênc Saúde Coletiva. 2005 out/dez; 10(4):1015-24.

13 Ministério da Saúde. [BR] Programa SB Brasil 2010. Resultados principais. Brasília. 2011. [acesso em 11 nov 2012]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf.

14 Koltermann AP, Giordani JM, Pattuffi MP. A associação entre aspectos individuais e contextuais na dentição funcional de adultos do Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo multinível. Cad Saúde Pública. 2011 jan; 27(1):173-82.

15 Barros JA, Bertoldi DA. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. Ciênc Saúde Coletiva. 2002; 7(4):709-17.

APÊNDICE- Ilustração das visitas domiciliares.

ANEXO A - 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 O para Dente Restaurado

Código E para Extração Indicada

Código C para Dente Cariado

Código P para Dente Extraído

Código A para Dente Ausente

ANEXO B - Ficha 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.

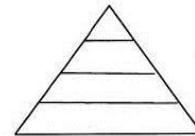
IDADE	MENINAS	MENINOS
2	18,0	18,4
3	17,6	17,9
4	17,3	17,6
5	17,1	17,4
6	17,3	17,6
7	17,8	17,9
8	18,3	18,4
9	19,1	19,1
10	19,9	19,8
11	20,7	20,6
12	21,7	21,2
13	22,6	21,9
14	23,3	22,6
15	23,9	23,3
16	24,4	23,9
17	24,7	24,5
18	25	25

1- Óleos e Gorduras / Açúcares e Doços

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 C - Ficha do adulto

DADOS DO ADULTO

Nº do prontuário da família:

Nome:

Idade:

Altura:

Peso:

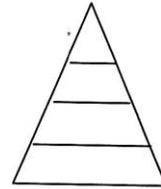
IMC = peso/altura²:

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 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 E - Ficha do observador**GUIA DO OBSERVADOR**

Nº prontuário da família:

Nº moradores da casa:

Qual a renda familiar? Quantas pessoas dependam dela?

Quantas peças a casa possui?

Onde se localiza o banheiro: Dentro da casa () Fora da casa () Não possui ()

Dejetos: Fossa Séptica () Fossa seca () Rede de Esgoto () Diretamente na rua ()

ANOTAÇÕES:

Observar o ambiente de modo geral, a higiene, os animais domésticos, anotar o que chamar a sua atenção e perguntar as famílias que têm animais:

1. Seu cavalo tem chip? _____
2. Seu cão é vacinado? _____.

ANEXO F - Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: **AÇÕES INTERDISCIPLINARES EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa, cujo objetivo visa desenvolver inicialmente durante os 12 meses de 2012, ações de promoção da saúde através de atividades interdisciplinares e intersetoriais visando a formação e capacitação de acadêmicos e profissionais da saúde comprometidos com a realidade social e regional conforme perfil solicitado pelas diretrizes curriculares nacionais da área da saúde e a política do Sistema Único de Saúde.

A coleta dos dados será realizada por meio de observação da dinâmica do trabalho da unidade de saúde da família e entrevista individual com o coordenador da ESF. As entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra. É assegurado ao participante, através deste termo, que a participação no estudo é voluntária, o anonimato das informações, o direito de desistir a qualquer momento do estudo, o direito de acesso aos dados em qualquer momento do estudo e recebimento de esclarecimentos referentes ao estudo, em conformidade com a Resolução nº196/1996, do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes do estudo não receberão nenhum benefício em valor, bem como não terão nenhum custo por sua participação.

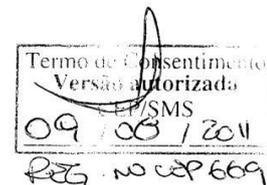
Caso tenha dúvidas sobre este estudo posso contatar o (a) pesquisador(a) responsável Prof^a. Marcia Cançado Figueiredo (pesquisadora responsável): (51) 98084128, e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre pelo telefone (51) 32895517 / 91441379.

Porto Alegre, ____/____/2011

Assinatura do responsável:

Assinatura dos acadêmicos:

Assinatura da orientadora:



Observação: o presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com o (a) pesquisador(a) responsável.

Rubrica Sujeito de Pesquisa	Rubrica Pesquisador Responsável	Data	TCLE - versão