

DESORDENS SOCIAIS E SOCIOECONÔMICAS AFETANDO A SAÚDE BUCAL**MEMBERS AND SOCIOECONOMIC DISORDERS AFFECTING ORAL HEALTH**

Bianca Lima¹; Mariana Quindeler¹; Ernesto Garcia¹; Tula Barradas¹; Leila Chevitarese²

¹ Acadêmicos da Disciplina de Estágio Supervisionado I Cuidados Primários em Saúde do Curso de Odontologia da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), Barra da Tijuca – Rio de Janeiro.

² Coordenadora da Disciplina de Estágio Supervisionado I Cuidados Primários em Saúde do Curso de Odontologia UNIGRANRIO da Barra da Tijuca, RJ e do Pró-Saúde/UNIGRANRIO.

RESUMO

A típica discrepância social, afeta não somente condições básicas de vida, como moradia, saúde, escolaridade, higiene entre outras necessidades, que muitas vezes não tem uma devida atenção. Mais infelizmente são essas necessidades básicas que começam a afetar todo o conjunto social de uma família. Quando pensamos na saúde bucal, a situação se agrava, pois muitas vezes há necessidade de, por exemplo, alimentação que é muito mais necessária do que a atenção com problemas bucais, e vemos que é praticamente uma condição hereditária, pois crianças também não têm a consciência do valor das necessidades bucais.

PALAVRAS- CHAVE

HIGIENE; FAMÍLIA; SAÚDE BUCAL; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ABSTRACT

The typical social discrepancy, not only affects the basic living conditions such as housing, health, education, health and other needs, which often do not have a proper attention. But alas these are basic needs that begin to affect the whole social fabric

of a family. When we think of oral health, the situation is aggravated because there is often need for such power and more than necessary attention to oral problems, and we see that it is virtually a hereditary condition, because children will not have the awareness of the value of dental needs.

KEY-WORDS

HOUSING; HEALTH; FAMILY; ORAL HEALTH; HEALTH PRIMARY ATTENTION

INTRODUÇÃO

Como uma estratégia para remodelar a saúde brasileira, foi criado em 1994 pelo ministério da saúde o Saúde da família, que visa levar atendimento domiciliar multidisciplinar as famílias que muitas vezes habitam em moradia de risco, locais de difícil acesso, e apresentam baixo perfil econômico. Este projeto do governo abrange uma equipe de diversos profissionais que podem trabalhar de uma so vez, ou em diversas etapas. Tendo como principal objeto, a prevenção e promoção da saúde, logo muitas das vezes os profissionais realizam visitas para cadastro, e orientações convenientes, criando assim vínculos e facilitando tal trabalho, que vem obtendo excelentes resultados, segundo o Ministério da saúde brasileira⁴.

Criando vínculos familiares, e conhecendo um pouco mais do espaço e condições de vidas das famílias que recebem a visita, temos como principal objetivo atingir dentro do seu estilo e modo de vida, aquilo que possa estar sendo prejudicial à saúde, de uma forma geral⁴. Levando em consideração o que podemos notar com o auxílio do nosso maior instrumento que é a visita domiciliar, que podemos ter contato direto e promover a prevenção de forma mais eficaz e prática¹², evitando assim que o paciente so procure auxílio odontológico em caso de emergência.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pro – Saúde) criado pelo governo em 2005, em parceria com o Ministério da Saúde e Educação, tem como objetivo disponibilizar verbas para o auxílio de uma remodelação dos conceitos estudados por alunos, visando a prática e a visita domiciliar as comunidades, sempre buscando a melhoria da saúde brasileira por meio da criação de laços e integração de equipe multidisciplinar o projeto visa também a integração de profissionais acadêmicos capacitados, diante do seu

currículo e cargas horárias a competência de promover a saúde, objetivando a prevenção⁵.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional permitiu a criação do Pró-Saúde, com objetivo de formar profissionais mais ajustados as perspectivas de atenção básica, visando à saúde. E também com competências de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. A liderança envolvendo compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz. E capacidade de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática².

OBJETIVO

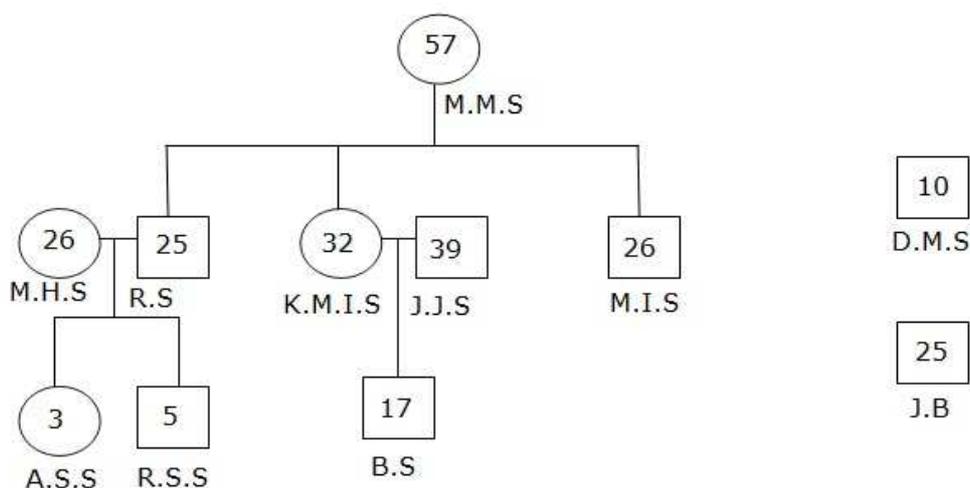
O principal objetivo deste trabalho em campo, na comunidade foi à visita domiciliar, buscando a prevenção, e promoção da saúde de cada membro da família por meio de orientações e com bases nas informações contidas nas fichas de cadastramento e anamnese.

RELATO DO CASO

Este trabalho foi aprovado pelo CEP da UNIGRANRIO, cujo nº de protocolo é 0014.0317.000-07, e realizado pelas acadêmicas do Curso de Odontologia da Escola de Ciências da Saúde supervisionadas por sua professora da Disciplina de Estágio Supervisionado I Cuidados Primários em Saúde. Nas visitas realizadas, foi utilizada a Ficha A do SIAB, ficha de anamnese, além de uma ficha clínica de odontologia a fim de pudessem ser reconhecidas as necessidades da família visitada. O cenário foi a família de M.H.S, moradora da Comunidade de Beira Rio (RJ), que aceitou o convite para participar de nossa capacitação no processo de trabalho em Saúde da Família em parceira com o Pró-Saúde (Ministérios da Saúde e Educação) ao mesmo tempo em que prestamos o cuidado à sua família após a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Fomos recebidos pela Sra. M.H.S, 26 anos, que relatou ser recém chegada na comunidade. Ela e a família vieram a cinco meses da Paraíba, para tentar uma vida melhor no Rio de Janeiro. Ao chegar à comunidade eles alugaram uma casa com 5

cômodos, pois a família é composta por 7 adultos e 2 crianças. Apesar de a família ser composta por 9 pessoas, coabitam com eles mais 1 adulto e 1 criança que não fazem parte desta família (Figura 1). Essas 2 pessoas agregadas possuem a seguinte situação: um é amigo de trabalho de um dos homens da casa e o outro é menor de idade, filho de amigos da família que não tem boa relação com os pais.



A figura acima representa o familiograma da família de M.H.S. Figura 1.

Tabela 1 - Apresenta o grau de instrução e ocupação da família de M.H.S.

INTEGRANTES DA FAMÍLIA	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO
	SIM	NÃO	
M.H.S	X		Do Lar
R.S	X		Servente
B.S	X		Servente
K.M.I.S	X		Agricultora
J.J.S		X	Servente
M.I.S	X		Jardineiro
M.M.S		X	Agricultora
J.B	X		Servente

Durante o preenchimento da ficha, percebemos que a família apresenta muitos casos de hipertensão arterial entre os adultos e doenças respiratórias, como exemplo a bronquite, nas crianças. Mas apesar das crianças aparentarem ser saudáveis, elas apresentam doenças sistêmicas. R.S.S (5 anos) estava com

suspeita de Hepatite e havia tido pneumonia a pouco tempo, mas como a família veio da Paraíba a menina saiu de lá sem receber alta e não procurou o médico para fazer outros exames. Orientamos que procurasse o posto de saúde mais próximo da comunidade a fim de dar continuidade ao tratamento de A.S.S (3 anos).

A Sra. M.H.S relatou para nós a precariedade do saneamento da comunidade. Segundo ela o abastecimento de água é feito pelo poço, não tem tratamento adequado de esgoto e nem de água encanada. A água que consomem e que usam para fazerem a comida retira do rio que passa atrás da casa. E é nesse mesmo rio que o esgoto é depositado sem tratamento prévio.

Apesar de simples a casa é muito bem cuidada, limpa, com ventilação adequada e é feita de tijolos. Não possuem animais de estimação, porém às vezes aparecem vetores que podem comprometer a saúde e a característica de limpeza do ambiente, devido às condições precárias de higienização da comunidade.

Como não tem transportes comunitários eles precisam andar cerca de 20 minutos até o local mais próximo onde passam os transportes coletivos. Isso é uma grande desvantagem, pois em caso de emergência o hospital usado por essa família é a 2 horas da comunidade. E os meios de comunicação utilizados são o rádio e a televisão.

A família apresenta boas condições de vestimenta, alimentação e higiene. Todos possuem suas próprias escovas de dente, não havendo assim trocas de materiais individuais. As crianças apresentavam boas roupas, brinquedos e calçados, mais no momento não estão freqüentando a escola, pois chegaram fora da época de matrícula escolar.

A Agente Comunitária de Saúde relatou que há forte laço de solidariedade entre os moradores da comunidade, isto é, que não só a família por nós visitada tem essas carências de necessidades básicas que aqui relatamos e sim todas as outras famílias daquela comunidade, e mesmo necessitando das coisas eles se ajudam uns aos outros com o que podem.

Ao retornamos à comunidade para execução de exames intra-orais na família em que visitamos. A família ficou muito feliz com a nossa volta e a recepção foi muito mais envolvente. Gerando uma esperança em cada individuo de um dia poder solucionar alguns problemas por eles apresentado.

Após a realização de todos os exames, uma alta prevalência da doença cárie nessa família pode ser observada. As crianças apresentavam mais lesões do que a mãe e nos foi relatado que elas não tinham o hábito de higienizar mais de uma vez ao dia os dentes e ingeriam muitos doces. Ao examinar a boca de R.S.S (5 anos) percebemos que ele apresentava lesões de cárie muito extensas e que algumas já haviam sido tratadas com restaurações provisórias de cimento de ionômero de vidro em dentes decíduos. Mesmo após a visita ao dentista, apresentou placa bacteriana, pois como chegou recentemente à cidade, a responsável relatou não ter procurado nenhum profissional no novo local de moradia. Nenhuma das pessoas examinadas apresentou doença periodontal, porém observamos grande presença de placa localizada em todos os examinados. Não apresentaram também sangramento, nem dor e a mucosa aparentava estar normal. A Sra. M.H.S e sua filha A.S.S. (3 anos) tinham ausências dentárias devido a Doença cárie.

Com relação ao acesso aos serviços odontológicos, a Sra. M.H.S já tinha ido ao dentista há menos de 1 ano para restaurar as cavidades nos elementos dentários que ela apresentava. Utilizou o serviço público para se consultar, porém relatou que o atendimento não foi muito bom, mas que ela havia recebido informações de como evitar problemas bucais.

O filho R.S.S (5 anos) também já foi ao dentista no período de menos de 1 ano para restaurar suas cavidades nos dentes como a mãe. Já a filha A.S.S (3 anos) nunca foi ao dentista mas apresenta cavidades nos dentes. Como também apresentava uma mordida aberta anterior notória, que segundo a mãe relatou a menina faz uso diário de chupetas e mamadeira.

DISCUSSÃO

Todos os acadêmicos da área de saúde deveriam vivenciar a experiência da aproximação com a comunidade e com famílias, pois isso significa vivenciar de diferentes maneiras a saúde no Brasil, ainda na graduação. Traduzindo assim as necessidades de saúde com a necessidade de aprendizado e ensino das Faculdades. Na disciplina de Estágio Supervisionado, tivemos oportunidade de conhecer a comunidade e ouvir o que as pessoas têm a nos dizer. Com base no estudo de Caprara e Rodrigues⁶, o profissional de saúde necessita de sensibilidade

para conhecer a realidade do paciente e podendo assim encontrar junto a ele, estratégias que facilitem sua qualidade de vida. Essa oportunidade nós encontramos na UNIGRANRIO e na parceria com o Pró-Saúde.

A condição social de uma população é fator determinante no estado de saúde da mesma⁸. Pesquisas demonstram que quanto mais baixo o nível socioeconômico, piores são as condições de saúde. Em se tratando de saúde bucal, a relação não poderia ser outra, uma vez que esta é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo¹⁴. O estudo de Caprara e Rodrigues⁶ mostrou que pessoas de categorias socioeconômicas elevadas apresentarem condições de saúde bucal melhor do que as de inferiores categorias o significa que os hábitos de higiene bucal foram considerados bons para a maioria dos indivíduos que participaram do estudo, havendo necessidade de melhoria para as pessoas que não pertencem a categoria socioeconômica privilegiada.

A família relatada apresentou casos de Hipertensão Arterial entre os adultos e doenças respiratórias nas crianças, suspeita de Hepatite também foi relatada na criança de 3 anos, e como são recém chegados no Rio de Janeiro não tiveram orientação para procurar uma unidade de Saúde. Nossa visita permitiu que déssemos orientações para que procurassem o posto de saúde mais próximo da comunidade a fim de dar continuidade ao tratamento de A.S.S. A Estratégia Saúde da Família foi lançada pelo Ministério da Saúde tendo a família como o centro do seu cuidado, e a partir dela sendo estruturada toda a rede de cuidado serviços do SUS, garantido-lhe atenção integral¹³. Porém, na comunidade de Beira Rio observamos ausência da UBS aos moldes de Saúde da família, que poderia resolver os problemas de saúde dessa família. No Brasil, a estratégia de Saúde da Família foi escolhida como forma de ofertar o cuidado em saúde na Atenção Básica, em caráter substitutivo às existentes nas que ofertam de forma convencional¹.

Como nos foi relatado pela Sra. M.H.S, o saneamento da comunidade é muito precário, a água encanada e o esgoto não tem tratamento adequado. O que caracteriza a falta de acesso ao saneamento básico gerando problemas de saúde, expondo-os a maiores riscos de adoecer ou morrer⁹. A Organização Mundial da Saúde mostrou que em torno de 20% da população mundial não têm acesso à água potável e 40% não têm saneamento adequado. As conseqüências da falta de

saneamento são o aumento no número de casos de diarreia e de contaminação por parasitas intestinais em moradores dessas comunidades, como as de Beira Rio e segundo Junqueira, Frias, Zilbovicius⁹ as crianças são as maiores vítimas e quando esta condição se associa à desnutrição infantil, esta reflete diretamente em um coeficiente de mortalidade infantil maior quando comparado com comunidades abastecidas por água e com coleta de esgoto.

No Brasil muitos indivíduos são atingidos pelas hepatites virais e a possibilidade de causarem complicações ainda é elevada³. R.S.S (3 anos) estava com suspeita de Hepatite ao deixar sua terra natal alguns meses antes de chegar a comunidade de Beira Rio e até aquele momento não havia procurado assistência médica para resolver esse problema. Como já discutido essa comunidade não apresenta saneamento básico adequado o que gera preocupação com um tipo específico de hepatite – a hepatite A – cuja principal via de contágio do vírus é a fecal-oral, por contato inter-humano ou através de água e alimentos contaminados³. O nível sócio-econômico da população está relacionado com a disseminação da doença, existindo variações regionais de endemicidade de acordo com o grau de saneamento básico, de educação sanitária e das condições de higiene da população³. Tal fato gera muita preocupação, pois como foi relatado, a água que consomem e que usam para fazer a comida retiram do rio que passa atrás da casa. E é nesse mesmo rio que o esgoto é depositado sem tratamento prévio.

Conforme dito pela agente Comunitária de Saúde existe forte laço de solidariedade entre os moradores da comunidade, e isto vai ao encontro do que Chor et al⁷. relataram em seu estudo que as redes sociais que são definidas como relações sociais que circundam o indivíduo bem como suas características (por exemplo, disponibilidade e frequência de contato com amigos e parentes), ou como os grupos de pessoas com quem há contato ou alguma forma de participação social. O que significa que os trabalhos que possamos desenvolver na comunidade em prol da mesma, nos unindo a esta para resolver ou tentar melhores soluções para os problemas de esgoto relacionado ao saneamento básico e a ausência de UBS poderá ter chances de sucesso, pois a comunidade já demonstra certo grau de organização social e pode lutar por seus direitos.

Ao retornarmos à comunidade para execução de exames intra-orais na família em que visitamos, a família ficou muito feliz com a nossa volta e a recepção foi muito mais envolvente. É importante para nós esse vínculo que obtivemos, pois passa uma imagem de segurança e confiança para essa família, naquilo que estamos oferecendo. Gerando uma esperança em cada indivíduo de um dia poder solucionar alguns problemas por eles apresentado.

Alguns membros da família apresentam higiene precária. A prática de higiene bucal é um dos hábitos que, se incorporados ao estilo de vida, favorecem a manutenção de uma boa condição de saúde bucal. A frequência de escovação usualmente recomendada na literatura é de duas a três vezes ao dia, havendo consenso em relação ao uso diário do fio dental. Os principais benefícios são a prevenção ou a redução do biofilme dental e suas conseqüências para os tecidos periodontais, podendo também favorecer a remineralização dentária por meio do dentifrício fluoretado¹⁰¹⁴. A cárie é presente na criança, e o relato de caso mostrou que se perpetua na família em todas faixas etárias, sendo presente na mãe também. Com todos os esforços da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁵ e a Federação Dentária Internacional (FDI) desde 1981, incluindo a redução da cárie dentária para o ano 2000 objetivando à melhorias no quadro epidemiológico de saúde bucal dos países, inclusive no Brasil, a cárie dentária ainda se constitui um dos principais problemas de saúde bucal no mundo. Mesmo com a descoberta de métodos de prevenção devido a multifatorialidade da doença e todo o contexto social atribuído ao campo da saúde que dificultam seu controle⁹.

Temos que chamar a atenção dos pais para alguns cuidados com os dentes das crianças. Temos que conhecer o valor e a importância dos dentes chamados decíduos. São temporários, nem por isto devem ser descuidados. A saúde dos dentes permanentes é uma conseqüência direta da saúde dos dentes decíduos. Dentes de leite com danos e não reparados podem causar sérios danos aos dentes permanentes. A doença cárie passa de um dente para outro. O cuidado com os dentes-de-leite desde cedo, gera na criança uma rotina de bons hábitos de higiene dentária. Os doces são saborosos, mas são um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença cárie⁴. Mas não se pode proibir as crianças de comerem doces. Sugerimos que comam quanto sentirem vontade, mas de

preferência em um único horário e logo depois, escovam bem os dentes e, dependendo da faixa etária sob supervisão.

É importante também explicar aos pais os fatores de risco da doença cárie, que incluem os fatores culturais e socioeconômicos, falta de acesso ao flúor, deficiente controle mecânico do biofilme, consumo excessivo e freqüente de açúcar⁴. Essas crianças apresentam lesões de cárie e estão dentro de todos esses fatores de risco, gerando assim uma grande preocupação.

Na família visitada é freqüente o uso de mamadeira e chupeta por A.S.S. (3 anos). Segundo estudos de profissionais da área de saúde, muitas crianças na faixa etária pré-escolar, ou seja entre 2 e 6 anos, fazem o uso rotineiro de mamadeiras, inclusive para dormir¹¹. Para evitar que a criança, continue convivendo com este vício pernicioso que tanto afeta a sua saúde bucal, é necessária orientação aos pais. Estivemos presentes na casa de M.H.S durante a visita domiciliar e orientamos para que só ofertasse a chupeta na hora de dormir e se a criança pedisse, e que a mamadeira noturna fosse gradativamente substituída pelo copo infantil com canudo até que houvesse uma adaptação da criança. O objetivo é fazer com que a oclusão decídua já bastante prejudicada voltasse ao padrão de normalidade evitando diversas complicações orais, tais como a própria doença cárie, que tem diversos fatores diretamente relacionados, com respiradores bucais.

CONCLUSÃO

Com isso podemos concluir que:

- 1) A visita domiciliar mostrou ser um importante instrumento de aproximação e intervenção familiar.
- 2) A família visitada necessita de cuidados de orientação e de assistência odontológica, e durante as visitas se mostraram muito interessados a receber orientações relacionadas sobre sua família e sua saúde.
- 3) A visita domiciliar permitiu trazer conhecimento e vivência no processo de trabalho em Saúde da Família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Programa de saúde da família. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 2001.
2. Brasil. Ministério da Educação. Resolução nº CNE /CES 3/2002 de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Farmácia e Odontologia. Diário Oficial, Brasília, 04 mar 2002, seção 1, p. 10.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hepatites virais: o Brasil está atento / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 40 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação.– Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 86 p.il.
6. CAPRARA, A; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico - paciente repensando o vínculo terapêutico. Revista ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n.1, p. 139-146, 2004.
7. CHOR, D. ET AL. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(4):887-896, julho, 2001.
8. FREIXINHO, A.B., ET AL. A IMPORTÂNCIA DO AUTOCUIDADO NA SAÚDE BUCAL. Rev. Rede de Cuidados em Saúde, Vol. 4, No 1 (2010)
9. JUNQUEIRA, S.R., FRIAS, A. C., ZILBOVICIUS, C. SAÚDE BUCAL COLETIVA: quadros social, epidemiológico e político. In: Rode, SM, Nunes, SG. Atualização clínica em odontologia. São Paulo: Artes Médicas, 2004. p. 591-604.

10. KLOCK, A.D., HECK, R.M., CASARIM, S.T. Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família/UFPEL-MS/BID, *Texto Contexto Enferm*; 2005; Abr-Jun; 14(2):237-45.
11. LIMA, G. N. Mordida aberta anterior e hábitos orais em crianças. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.* vol.15 no.3 São Paulo 2010.
12. PINHEIRO, Y. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciênc. saúde coletiva* vol.11 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2006.
13. RONCALLI A.G. O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC. *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: ArtMed; 2003. p.28-49.
14. 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. 228-34, jul./ago. 2009.
15. World Health Organization. *The World Oral Health Report, 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme*. Genebra: WHO/NMH/NPH/ORH; 2003. Disponível em: <http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf>. Acesso em 26 de novembro de 2010.