



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

CONDIÇÕES DE VIDA: AVALIAÇÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA EM CRIANÇAS DE BAIXA RENDA

Waneska Ferreira Cavalcante de Albuquerque Reis (waneskareis@yahoo.com.br) -

Università degli Studi di Napoli

Mônica Elinor Alves Gama (academico@faculdadelaboro.com.br) - UFMA

Emma Montella (emma.montella@unina.it) Università degli Studi di Napoli

Maria Triassi (maria.triassi@unina.it) - Università degli Studi di Napoli

Eixo 5: Territórios, Desigualdades Sociais e Distribuição dos Serviços de Saúde

Resumo

As condições precárias de saúde em crianças refletem uma grave e preocupante situação de exclusão e desigualdade social, uma vez que más condições de saúde frequentemente estão associadas às condições socioeconômicas desfavoráveis. Considerando a equidade como princípio básico em saúde é que o presente estudo tem por objetivo avaliar a relação entre fatores socioeconômicos e condição de saúde em crianças residentes em uma localidade com alto índice de pobreza. Através de estudo transversal, foram analisadas as condições socioeconômicas e de saúde bucal em 358 crianças, de 6 a 71 meses, da zona urbana do município de Alcântara-MA. Verificou-se que aproximadamente 44% das crianças pertencem a famílias com renda inferior a 1 salário mínimo e que 78,78% das crianças com cárie residem em núcleos familiares numerosos, construídos em 55,66% dos casos com material inadequado para moradia por não serem totalmente de alvenaria. Considerando a utilização dos serviços de saúde observou-se que 81,56% das crianças nunca frequentaram um consultório odontológico. A pouca utilização dos serviços de saúde bucal e insuficiente oferta de atividades e procedimentos preventivos (18,44%) acentuaram a prevalência de cárie. Ações de prevenção e intervenção devem ser instituídas, minimizando a extensão deste agravo e favorecendo o bem-estar das crianças.

Palavras-chave: condições de saúde; fatores socioeconômicos; pré-escolar; equidade em saúde.

Abstract

The poor health in children reflect a serious and alarming situation of exclusion and social inequality, since poor health are often associated with unfavorable socioeconomic conditions. Considering equity in health as a basic principle is that the present study aims to evaluate the relationship between socioeconomic factors and health status in children living in a location with high poverty. Through cross-sectional study, we analyzed the socioeconomic conditions and oral health in 358 children aged 6 to 71 months, the urban area of the municipality of Alcantara, MA. It was found that approximately 44% of the children belong to families with incomes of less than 1 minimum wage and that 78.78% of children with caries reside in numerous households, constructed in 55.66% of cases with inappropriate material for housing not be totally masonry. Considering the use of health services was observed that 81.56% of children have never attended a dental office. The low utilization of oral health services and insufficient supply of activities and preventive procedures (18.44%) accentuated the prevalence of caries. Prevention and intervention should be instituted to minimize the extent of this disease and promoting the welfare of children.

Keywords: health conditions; socioeconomic factors; preschool; equity in health.



1. INTRODUÇÃO

A etiologia das desigualdades sociais frequentemente vem caracterizando a cárie dentária como uma “doença social”, uma vez que as condições de vulnerabilidade que cercam as pessoas como condições socioeconômicas, ambientais, acesso a bens de consumo e serviços de saúde estão relacionadas às condições de saúde bucal.

A cárie precoce é um grave problema de Saúde Pública, visto que crianças com cárie dentária na primeira infância têm maior probabilidade de desenvolver cáries subsequentes tanto na dentição temporária quanto na permanente, assim como apresentar dor, problemas oclusais, dificuldade em se alimentar, baixo peso, crescimento mais lento e traumas psicológicos.^{1,2,3,4,5}

Nas últimas décadas, apesar da redução dos indicadores de cárie dentária, da melhoria do poder aquisitivo e do saneamento básico, da adição de flúor à água de abastecimento público, do acesso aos serviços de saúde e diminuição do consumo de açúcar,^{6,7,8} ainda observa-se que os mais pobres têm geralmente pior saúde bucal que os mais ricos.⁹⁻¹⁷

Vale ressaltar que a saúde é o principal marcador de qualidade de vida e que o conhecimento das necessidades em saúde representa a reconstrução da universalidade dos direitos sociais, favorecendo a aplicação de políticas públicas equânimes que legitimem o direito à saúde como princípio fundamental do modelo assistencial.

A cidade de Alcântara, localizada a 18,3 km da capital do Estado do Maranhão na mesorregião norte maranhense, mas precisamente no litoral ocidental, apesar de fazer parte do Programa Nacional de Atividades Espaciais, ocupa o 4648º lugar em importância econômica entre as cidades brasileiras, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) equivalente a 0,636 e renda per capita média de R\$ 60,7. O município apresenta opções restritas de economia e renda, sendo 79,6% da população em situação de pobreza.¹⁸

Tendo em vista que as condições de vida podem estar relacionadas com a ocorrência de problemas de saúde é que o presente artigo tem por objetivo analisar os determinantes sociais em um grupo populacional socialmente desprotegido e exposto à privação social.

2. METODOLOGIA



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

No período de fevereiro de 2008 a janeiro de 2009 foi realizado um estudo transversal com população de referência constituída por crianças menores de 6 anos, residentes na zona urbana do município de Alcântara. A amostra final apresentou 358 crianças de 6 a 71 meses, de ambos os sexos, de baixa renda, sem distinção de raça ou cor. Aplicou-se uma técnica de amostragem probabilística por conglomerados, considerando as 14 áreas de atuação dos agentes comunitários de saúde. Em cada unidade territorial dos agentes de saúde, todas as crianças de 0 a 71 meses definidas pelo cálculo amostral foram examinadas.

Após o exame clínico, as crianças com atividade de cárie receberam como procedimento terapêutico aplicação tópica de flúor e aquelas com necessidade de tratamento foram encaminhadas para atendimento odontológico. Todas as crianças examinadas, após o término da avaliação odontológica, receberam kits de escovação contendo pasta e escova dental infantil. As mães ou responsáveis pela criança receberam cartilha sobre saúde bucal e orientação sobre higiene bucal e aconselhamento sobre hábitos alimentares saudáveis.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de execução da pesquisa a população de Alcântara era de 22.020 habitantes, sendo que 3.341 habitantes representavam a população infantil de 0 a 6 anos residente no município ¹⁸. Deste total, 550 crianças residiam na zona urbana da cidade, segundo dados obtidos na Secretaria Municipal de Saúde. Não existiam levantamentos epidemiológicos de cárie dentária nesta faixa etária, sendo este o primeiro estudo realizado. As águas de abastecimento público no município não eram fluoretadas.

Os indicadores municipais de saúde bucal do ano de 2006 revelam que a média de cobertura da 1ª Consulta Odontológica (5,8) e a média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais (0,2) estiveram inferiores às metas estimadas para o Brasil, sendo 12,3 e 0,6, respectivamente os valores apresentados, considerando os mesmos indicadores ¹⁹.

A análise das condições socioeconômicas demonstra que 51,59% das crianças com presença de cárie pertencem a famílias com renda inferior a 1 salário mínimo e que 52,97% recebem auxílio governamental Bolsa Família que complementa a renda familiar, sendo muitas vezes a única fonte de sustento e manutenção (Tabela 1). Os resultados indicaram que 78,78% das crianças com cárie residem em núcleos familiares numerosos (mais de 3 pessoas) e 55,66% residem em domicílios construídos com material misto, inadequados para moradia por não serem totalmente de alvenaria. Nenhuma das casas tem



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

ligação direta com a rede de esgoto, sendo o despejo dos dejetos sanitários realizado em fossas ou a céu aberto (Tabela 1).

Tabela 1: Variáveis socioeconômicas e demográficas conforme presença ou ausência de cárie (ceo-d modificado) em crianças de 6 a 71 meses em Alcântara, MA, 2008/09 (n = 358).

VARIÁVEIS	AUSÊNCIA DE CÁRIE		PRESENÇA DE CÁRIE		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%
Sexo						
Masculino	95	52,20	87	47,80	182	50,84
Feminino	95	53,98	81	46,02	176	49,16
Idade da criança						
6 a 36 meses	138	73,40	50	26,60	188	52,51
37 a 71 meses	52	30,59	118	69,41	170	47,49
Idade materna						
21 a 35 anos	145	51,79	135	48,21	280	78,21
≤ 20 anos	33	68,75	15	31,25	48	13,41
> 35 anos	12	40,00	18	60,00	30	8,38
Escolaridade materna						
≥ 8 anos de estudo	133	56,84	101	43,16	234	65,36
< 8 anos de estudo	53	46,49	61	53,51	114	31,84
Ausente	4	40,00	6	60,00	10	2,79
Renda familiar						
> 2 salários	53	60,23	35	39,77	88	24,58
1 a 2 salários	61	53,98	52	46,02	113	31,56
< 1 salário	76	48,41	81	51,59	157	43,85
Benefício governamental						
Previdência social	4	40,00	6	60,00	10	2,79
Bolsa família	103	47,03	116	52,97	219	61,17
Não recebe	83	64,34	46	35,66	129	36,03
Número de pessoas no domicílio						
Até 3 pessoas	47	61,84	29	38,16	76	21,22
4 a 7 pessoas	114	49,57	116	50,43	230	64,25
+ de 7 pessoas	29	55,77	23	44,23	52	14,53
Tipo de moradia						
Tijolo	136	56,20	106	43,80	242	67,60
Taipa	7	70,00	3	30,00	10	2,79
Taipa e adobe	47	44,34	59	55,66	106	29,61
Destino dos dejetos						
Fossa séptica	152	57,89	122	42,11	274	76,54
Fossa negra	38	55,47	27	44,53	65	18,16
Céu aberto	8	41,54	11	58,46	19	5,31



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

Em relação aos cuidados dispensados às crianças, observou-se que 54,29% das crianças examinadas com cárie ficavam sob os cuidados dos avós durante o dia. Quanto ao acesso a informações sobre saúde bucal, percebeu-se que 58,74% das crianças acometidas por lesão de cárie, os responsáveis declararam não ter recebido nenhum tipo de orientação (Tabela 2).

No que se refere à atenção às necessidades dos cuidados dos usuários das ações e serviços de saúde, percebeu-se que 54,55% das crianças com cárie não receberam assistência e visitas domiciliares da Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família e 81,56% das crianças pesquisadas nunca estiveram anteriormente em um consultório odontológico. Apenas 18,44% das crianças haviam realizado consulta odontológica anterior, e deste percentual, 4,47% referiram como motivo de consulta a cárie dentária. (Tabela 2).

Em relação à higiene bucal 69,72% das crianças que realizavam escovação sozinhas, sem nenhum acompanhamento ou auxílio familiar, apresentaram cárie. Verificou-se ainda que 11,73% das crianças não recebem procedimentos de limpeza ou higienização bucal e que 13,69% de crianças compartilham escovas dentais com seus familiares, apresentando um percentual de cárie de 91,84%. A aplicação tópica de flúor como medida terapêutica ou preventiva foi realizada em 23,74% das crianças pesquisadas (Tabela 2).

Tabela 2: Tipo de cuidado dispensado às crianças conforme presença ou ausência de cárie (ceo-d modificado) em crianças de 6 a 71 meses em Alcântara, MA, 2008/09 (n = 358).

VARIÁVEIS	AUSÊNCIA DE CÁRIE		PRESENÇA DE CÁRIE		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%
Cuidador caseiro						
Mãe	128	54,24	108	45,76	236	65,92
Avós	32	45,71	38	54,29	70	19,55
Informação sobre saúde bucal						
Sim	76	56,30	59	43,70	135	37,71
Não	92	41,26	131	58,74	223	62,29
Visita domiciliar da ESB						
Sim	18	64,29	10	35,71	28	7,82
Não	150	45,45	180	54,55	330	92,18
Consulta odontológica anterior						
Sim	18	40,41	50	59,59	68	18,44
Não	116	24,24	174	75,76	290	81,56
Motivo da consulta anterior						
Prevenção	14	50,00	14	50,00	28	7,26
Cárie	0	00,00	16	100,00	16	4,47



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

Dor	1	25,00	3	75,00	4	1,12
Outros	0	00,00	20	100,00	20	5,59
Responsável pela escovação						
Mãe	97	54,80	80	45,20	177	49,44
Criança escova sozinha	33	30,28	76	69,72	109	30,45
Outros	18	60,00	12	40,00	30	8,38
Não recebe escovação	42	100,00	0	00,00	42	11,73
Creme dental com flúor						
Sim	167	54,58	139	45,42	306	85,47
Não	1	1,92	51	98,08	52	14,53
Escova dental individual						
Sim	145	46,93	164	53,07	309	86,31
Não	4	8,16	45	91,84	49	13,69
Aplicação de flúor						
Sim	39	45,88	46	54,12	85	23,74
Não	122	44,69	151	55,31	273	76,26

A restrita utilização dos serviços de saúde bucal e insuficiente oferta de atividades e procedimentos preventivos contribuíram para a prevalência de cárie apresentada, uma vez que se observou grande parte das crianças sem realização de consultas preventivas e sem orientação sobre saúde bucal e uso de flúor, além do expressivo número de dentes que não tiveram suas necessidades de tratamento atendidas, refletindo indiretamente dificuldade de acesso às ações assistenciais em saúde bucal. Esta observação indica uma necessidade de atenção em saúde bucal diferenciada, que esteja voltada ao controle da cárie dentária, implementando procedimentos no combate a progressão e agravo da doença.

Considerando que a OMS estabeleceu como meta para o ano 2000 o percentual de 50% de crianças livres de cárie aos 5-6 anos e que no Brasil, a proporção de dentes cariados é consideravelmente maior nas regiões Norte e Nordeste, a pesquisa permitiu identificar a concentração de cárie dentária e conseqüentemente maior necessidade de tratamento em uma parcela da população, o que demonstra um panorama de exclusão e desigualdade, uma vez que a cárie dentária continua a ser a doença bucal mais prevalente da infância, apesar de evitável.



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

CONCLUSÃO

As más condições de saúde bucal estão associadas às condições socioeconômicas desfavoráveis. Torna-se essencial que ações de prevenção e intervenção sejam garantidas para o eficaz controle e combate à livre progressão da doença, minimizando a extensão deste agravo e favorecendo o bem-estar das crianças.

REFERÊNCIAS

1. Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *British Dental Journal*, 2006; 201(10):625-6.
2. Feitosa S, Colares V, Pinkham J. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. *Cad Saúde Pública*, 2005; 21:1550-6.
3. Filstrup SL, Briskie D, Fonseca M, Lawrence L, Wandera A, Inglehart MR. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatr Dent*, 2003; 25:431-40.
4. Ayhan H. Influencing factors of nursing caries. *J Clin Pediatr Dent*, Birmingham, 1996; 20(4):313-16.
5. Low W, Tan S, Schwartz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatr Dent*, Chicago, Sept./Oct; 1999; 21(6):325-6.
6. Marcenes W, Bonecker MJS. Aspectos epidemiológicos e sociais das doenças bucais. In: *Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica* (Y. P. Buischi, org.). São Paulo: Artes Médicas, 2000, p. 75-98.
7. Nadanovsky P. O declínio da cárie. In: *Saúde Bucal Coletiva* (V. G. Pinto, org.). São Paulo: Santos, 2000. p. 341-51.
8. Weyne SC. Cariologia: aplicações clínicas. In: *Baratieri LN e cols. Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades*. São Paulo: Santos, 2001, p. 3-29.
9. Furlani PA. Influências dos aspectos sócio-culturais na prevalência da cárie dentária em escolas de Jaraguá do Sul [Monografia]. Jaraguá do Sul (SC): Universidade Federal do Paraná, 1993.
10. Loretto NRM, Seixas ZA, Jardim MC, Brito RL. Cárie dentária no Brasil: Alguns aspectos sociais, políticos e econômicos. *Revista da ABO Nacional*, 2000; 8:45-49.



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

11. Martins MD, Araújo RG., Veloso NF. Avaliação das necessidades de tratamento odontológico de crianças de baixa renda. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê*, 1999; 2:132-136.
12. Maltz M. Cárie dental: fatores relacionados. In: Pinto, Vitor Gomes. *Saúde bucal coletiva*. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000. Cap. 11, p. 319-340.
13. Sheiham A, Watt RG. The Common Risk Factor Approach: A Rational Basis for Promoting Oral Health. *Community Dent Oral Epidemiol.*, 2000; 28(6):399-406.
14. Freitas STF. *História social da cárie dentária*. Bauru: EDUSC, 2001.
15. Ramos-Gomez FJ e cols. Bacterial, behavioral and environmental factors associated with early childhood caries. *J Clin Pediatr Dent*. 2002; 26:165-73.
16. Jones CM, Worthington H. Water fluoridation, poverty and tooth decay in 12-year-old children. *Journal of Dentistry*, 2000;28:389-393.
17. Peres KGA e cols. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(4):402-8.
18. IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores 2002*. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 16 abr. 2007.
19. Datasus. Departamento de Informação e Informática do SUS. Disponível em: URL: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 20 mar., 2010.