

SAÚDE DE ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE POBREZA EXTREMA RESIDENTES NO SUL DO BRASIL

Marcia C. Figueiredo^{1*}, Andressa N. Haas², Luana Silva³, Vanessa S. Santos⁴, Aline M. Silva⁴, Anna L.S.

Magrini⁴, Katia V.L.C. Silva⁵; Christofer S. Christofoli⁶

1. Faculdade de Odontologia-UFRGS - Departamento de Cirurgia e Ortopedia / Orientadora
2. Estudante de IC da Fac.de Odontologia da UFRGS
3. Estudante indígena da Fac.de Odontologia da UFRGS
4. Estudantes da Fac.de Odontologia da UFRGS
5. Professora titular do Instituto de Biofísica UFRGS
6. Estudante da Fac.de Enfermagem da UFRGS

Resumo:

A adolescência é a fase da vida em que ocorre a consolidação dos hábitos futuros de higiene sendo um período de múltiplas descobertas e mudanças na vida do ser humano. Devido a tantos sentimentos novos, os adolescentes acabam deixando sua saúde em 2º plano, havendo probabilidade de ocorrência de doenças gerais e bucais que muitas vezes atingem de maneira precoce esta população. Assim, objetivou-se avaliar a saúde geral e bucal de adolescentes que viviam em uma região de extrema pobreza no sul do Brasil. Foi um estudo quantitativo exploratório de corte transversal que analisou dados de 205 adolescentes residentes na Vila Augusta do município de Viamão, RS. Foi encontrada alta prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares, uma média de perda dentária de 1 dente por adolescente, altos índices de placa visível, sangramento gengival e cárie dentária, permitindo identificar um perfil precário de saúde geral e bucal relacionada ao nível sócio econômico destes adolescentes.

Autorização legal:

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre(CEP/SMS/POA), com o número de registro no CEP: 669 e processo nº. 001.032690.11.8.

Palavras-chave: Adolescência; Doenças; Nível sócio econômico

Apoio financeiro: PROEXT/UFRGS

Introdução:

De acordo com a World Health Organization (WHO, 1986) a adolescência tem um período cronológico que inicia aos 10 e termina aos 19 anos de idade e segundo o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF, 2011), no Brasil, 11% da população encontra-se nesta faixa etária. Durante esta transição, caracterizada por ser uma etapa intermediária do desenvolvimento humano, percebe-se a falta de um especialista em saúde geral e bucal para esta faixa etária, uma vez que no decorrer da infância há o pediatra e na idade adulta o clínico geral. O desafio de tratar adolescentes não está associado à terapêutica em si, mas em ajustar-se ao crescimento cognitivo, emocional e psicossocial em mudança e desenvolvimento.

Segundo Kaplan e Mammel, a forma que o profissional de saúde aborda inicialmente este adolescente pode determinar o sucesso ou o fracasso da consulta. Por outro lado, esta situação pode se tornar insignificante quando estes adolescentes vivem em comunidades em situação de extrema pobreza e não tem acesso a nenhum

tipo de atenção, seja ela médica ou odontológica. Infelizmente o nível socioeconômico é um fator que influencia as atitudes das pessoas, as experiências e a exposição a vários fatores de risco à saúde.

Para Drenowatz et al em 2010, de fato, os indicadores de nível socioeconômico, por exemplo, a renda familiar anual, o nível de educação parental e a situação de emprego dos pais, estão relacionados a uma variedade de doenças crônicas em crianças e adolescentes. Outro fator é atividade física regular que está associada com uma variedade de benefícios para a saúde na adolescência e, que os de nível socioeconômico baixo não teriam acesso com facilidade.

Diante do acima exposto, o presente trabalho teve como objetivo avaliar a saúde geral e bucal de adolescentes de nível social baixo, levando em consideração a análise da HAS (hipertensão arterial sistêmica) e, os fatores de risco para doenças cardiovasculares (sedentarismo, antecedentes familiares, sobrepeso/obesidade, sexo, tabagismo), presença de perdas dentárias dos adolescentes, placa dentária, sangramentos gengivais e cárie dentária e a possível associação com os fatores sociais e socioeconômicos.

Metodologia:

Foi um estudo quantitativo exploratório de corte transversal e analítico. A amostra foi composta por 205 adolescentes, moradores do bairro Augusta Meneghini localizado no município de Viamão, RS. Os responsáveis pelos adolescentes com idade abaixo de 18 anos e os adolescentes com idade igual e acima de 18 anos assinaram inicialmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após concordância, foi respondido um questionário padronizado, que continha informações socioeconômicas do chefe da família, além de dados sobre a saúde geral, como ingestão de açúcar diário, número de refeições diárias, escolaridade e características dos domicílios.

A condição dos dentes foi avaliada de acordo com os códigos e critérios para levantamento epidemiológico da World Health Organization (WHO, 1997). Os exames bucais foram realizados por acadêmicos/examinadores treinados mediante luz artificial nos ambientes mais claros das residências, sendo iniciados pela verificação da presença de placa visível (IPV), seguida da escovação supervisionada e observação de sangramento gengival (ISG), de acordo com o Índice de Higiene Oral–Simplificado (IHOS) descrito por Greene e Vermillion (1964). Após essa deplacagem, será realizada a secagem dos dentes com uma gaze e foi feita a contagem do número de dentes cariados e perdidos. Para a realização do exame clínico foi utilizada sondas recomendadas pela OMS e odontoscópio. Os acadêmicos de enfermagem foram calibrados para fazer a medição do peso, altura, glicemia e, a aferição da pressão arterial.

Estas ações aconteceram durante as visitas domiciliares à 87 famílias da Vila Augusta pré-agendadas com a gestão do município de Viamão situada no estado do Rio Grande do Sul, para serem realizadas aos sábados e guiadas pelas agentes comunitárias vinculadas a Estratégia de Saúde da Família (ESF) Augusta Meneghini. Os dados coletados foram armazenados no programa Microsoft Excel 2010 e, analisados quantitativamente, com tabelamento em percentual e apresentados em frequência relativa absoluta.

Resultados e Discussão:

Dos 205 adolescentes analisados, 83 são do gênero masculino (40,5%) e 122 do gênero feminino (59,5%). A idade média da amostra foi de 13,79 anos, selecionados de 10 a 19 anos de idade. Em relação a variável socioeconômica, 53,2% das famílias adolescentes tem renda de até 1SM. 70% dos adolescentes não completaram o 1º grau. 34,1% viviam em casa de madeira. A maior parte das residências apresentou banheiro no corpo da casa e, 63,5% dos dejetos vão direto para a rua. Deste modo, pode-se afirmar que os adolescentes viviam, em sua maioria, em condições precárias, com alta densidade domiciliar e em um local com falta de

saneamento básico. Resumidamente, a população de adolescente 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 (IBGE). Um entre cada dez brasileiros vive em condições de extrema pobreza.

Outra realidade encontrada na comunidade estudada reflete muitos dos achados na literatura, ou seja, uma dieta inadequada e a inatividade física compõem um complexo de causas de grande importância para a saúde de uma população. Menos de 50% dos adolescentes analisados praticavam algum tipo de atividade física e aproximadamente 60 % faziam mais três refeições diárias ao dia associada à ingestão de açúcar. Para Onywera em 2010, a atividade física e o sobrepeso/obesidade são influenciadas por fatores como o nível sócio econômico das pessoas e, a falta de atividade física e a alta prevalência de sobrepeso/obesidade de um adolescente continuam a ser um desafio combinado nos países em desenvolvimento e agora representam uma ameaça crescente à saúde pública.

Por outro lado, o excesso de açúcar tem uma relação direta entre os níveis de prevalência de cárie e indicadores sociais em populações com baixa renda e escolaridade. 70% dos adolescentes apresentaram placa visível, 60% apresentaram gengivite, o número de cáries variou entre 0 e 13 cáries, tendo um valor médio de 1,9 cáries por adolescente e, número médio de 1 perda dentária por adolescente, sendo que a faixa de renda de até 1 SM apresentou um valor médio descritivamente maior de perda que as demais faixas. Apesar de Chambrone et al. (2010) ter observado que a prevalência das doenças gengivais independe do status socioeconômico, estando diretamente associada à higiene bucal deficiente há estudos que afirmam que a prevalência de sangramento gengival está associada as condições socioeconômicas (ANTUNES et al., 2008).

Foi também realizado a análise da HAS (hipertensão arterial sistêmica), que é de extrema importância levar em consideração os fatores de risco para o hipertenso (Sedentarismo- 71,3%; antecedentes familiares - 57,3%; sobrepeso/obesidade- 54,7%; sexo masculino - 48,2%; tabagismo - 33,9%, HAS $\geq 140/x90$ mm/Hg - 31,6; HAS $\geq 160x95$ mm/Hg - 14,4%). Assim, estes fatores de risco que foram analisados, se relacionaram positivamente para o risco de doença cardiovascular.

Conclusões:

Concluindo, sabe-se que apesar da progressiva democratização do acesso à saúde para a população brasileira e os crescentes programas de combate à miséria, as condições de pobreza extrema ainda prevalecem nos centros urbanos. Fica um indicativo de que é necessário adaptar as políticas públicas de saúde às características de cada região e, de 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. Pensando na população estudada, que apresentou os fatores de risco para doença cardiovascular aumentados, alto índice de placa dentária, sangramento gengival, carie dentária e perdas dentárias, para oferecer saúde aos adolescentes, o profissional da área da saúde não pode apenas levar em consideração os procedimentos clínicos, uma vez que estes não são suficientes para fazê-los modificar os seus hábitos, e, conseqüentemente, reestabelecer o seu bem-estar biopsicossocial.

Referências bibliográficas

ANTUNES, J. L. S. et al. Saúde gengival de adolescentes e a utilização de serviços odontológicos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, 2008.

CHAMBRONE, L. et al. Prevalência e severidade de gengivite em escolares de 7 a 14 anos: condições locais associadas ao sangramento à sondagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 337-343, 2010.

- DRENOWATZ C, EISENMANN JC, PFEIFFER KA, WELK G, HEELAN K, GENTILE D, et al. Influence of socio-economic status on habitual physical activity and sedentary behavior in 8- to 11-year old children. **BMC Public Health**.v.10,p.214,2010.
- FIGUEIREDO, M. C.; SILVA, K. V.; FANEZE, J. L.; EMANUELE, G. L. Saúde bucal de moradores de um bairro pobre de Xangri-Lá, RS, **Brasil ConScientia e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 292-98, jun. 2011.
- 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
- 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.
- ONYWERA VO. Childhood obesity and physical inactivity threat in Africa: strategies for a healthy future. **Global Health Promot**.v.17p.45---6, 2010.
- RIGO, L. et al. Experiência de cárie dentária e fatores associados em escolares de um município com fluoretação na água. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 11, n. 3, p. 407-415, jul./set. 2011.
- SOBAL J, STUNKARD AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. **Psychol Bull**, v.105, n.2, p.260-75,1989
- SOUZA, R. P. Desenvolvimento psicológico na infância e na adolescência. In: COSTA, M. C. O.; SOUZA, R. P. **Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente**. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- UNICEF. Projeto SB Brasil. **Resultados principais SB Brasil 2010**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9418.htm>
- VIANA, A. R. P. et al. Prevalência de cárie dentária e condições socioeconômicas em jovens alistados de Manaus. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 4, dez. 2009.