



VALE AZUL: CONHECER PARA ATUAR NA SAÚDE

Geovana Scaldelai Oliveira¹; Beatriz Paula de Lima²; Ana Claudia Baladelli Silva Cimardi³

¹Acadêmica do Curso de Odontologia, UNICESUMAR, Maringá-PR. Bolsista PIBIC/Unicesumar.

²Acadêmica do Curso de Odontologia, UNICESUMA, Maringá-PR. Colaborador-Unicesumar.

³Orientadora, Doutora, Departamento de Odontologia, UNICESUMAR, Maringá-PR.

RESUMO: A qualidade de vida reflete a percepção dos indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto realização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas. Objetivo deste trabalho foi associar a auto percepção sobre saúde bucal pelo questionário OHIP e as condições sócio econômicas de uma população rural. A metodologia consistiu em trabalho de campo com questionário validado e aplicado afim de conhecer o perfil de risco a vulnerabilidade social, a condição de moradia dessas famílias e a sua auto percepção sobre saúde bucal. Os dados foram tabulados em uma planilha de EXCELL, os resultados apontaram que: 84% são mulheres, 60% são casados, média de idade de 45 anos. Das características domiciliares, a média de cômodos foi 7, 56% apresentam cerâmica como piso predominante, 100% apresentam instalação sanitária de banheiro completo, 64% apresentam tijolo com revestimento como parede externa, em 100% o lixo é coletado por serviço de limpeza, além disso, a água e a energia elétrica são suficientes, desta forma sendo um baixo risco de vulnerabilidade social. Em relação ao score obtido pelo OHIP a autopercepção da saúde bucal foi satisfatória mesmo a realidade apresentando uma condição contrária, comprovada pelo atendimento odontológico prestado a comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Comunidade Rural; Qualidade de Vida; Vulnerabilidade.

1 INTRODUÇÃO

Apesar de haver inúmeras definições, não existe um conceito de qualidade de vida que seja amplamente aceito ainda. O principal exemplo que pode ser citado é o conceito preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no qual qualidade de vida reflete a percepção dos indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas (OMS, 1998).

Os ambientes rurais e seu modo de organização expõem as famílias a diversos riscos ambientais, os quais se configuram em fatores agressivos a saúde, ou seja, a população rural pode ser tão ou mais acometível do que a população urbana em diversos fatores (WUNSCH et al., 2014). Porém há escassez de publicação sobre esta população e principalmente relacionando com os indicadores de saúde.

No Brasil quando se trata do acesso da população aos serviços de saúde, a Atenção Básica em Saúde (ABS) ou APS, tem sido pensada, tanto como a porta de entrada do sistema, como o primeiro nível de contato da população com o sistema, aquele mais próximo às famílias e à comunidade (CECÍLIO et al, 2012), para as famílias rurais isto não é diferente, onde para uma assistência adequada a localização destes locais é fundamental.

Para Starfield (2002), a Atenção Básica em Saúde deve coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde, buscando garantir maior equidade ao acesso e à efetiva utilização das demais tecnologias e serviços do sistema, para responder às necessidades de saúde da população.

A comunidade Vale Azul localiza-se no limite dos municípios de Maringá e Sarandi no Paraná, compreendendo duas mil pessoas que vivem em vulnerabilidade social, onde a assistência à saúde é prestada somente por um médico que utiliza a Unidade Básica de Saúde quatro períodos por semana e uma auxiliar de enfermagem que permanece na unidade todos os dias pela manhã. A assistência



odontológica é prestada em parceria com a ONG JOCUM e o Centro Universitário Unicesumar quatro turnos por semana.

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal é um conceito multidimensional que reflete principalmente a percepção que o indivíduo tem do impacto da sua saúde bucal em diferentes aspectos de sua vida, como sono, alimentação, interação social, autoestima, bem como sua experiência de dor (fatores funcionais, psicológicos e sociais) (OHA, 2000).

Estudos mostram que indivíduos que apresentam alto grau de alfabetismo em saúde bucal reportam melhores condições de saúde bucal e demonstram ter mais cuidado e critério com a condição odontológica (LEE *et al*; 2012; DIVARIS *et al*; 2012). Além de estar relacionado aos comportamentos e hábitos de saúde bucal, o letramento também influencia o aspecto clínico, visto que quanto menor o grau de alfabetismo em saúde bucal, maior foi a gravidade da doença periodontal em adultos (WEHMEYER *et al*; 2014).

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo de abordagem quantitativa, transversal, amostra definida por conveniência, de execução em apenas uma etapa de coleta de dados em campo. Menezes (2004) retrata que o trabalho de campo é momento de coleta de informação e integração com o objeto de pesquisa, permite múltiplos aprendizados e é também um espaço gerador de questionamentos, o que possibilita a revelação de limites e contribui para a reformulação de novas análises dos fenômenos sociais.

Neste sentido, através do trabalho de campo, realizou-se o diagnóstico da qualidade de vida das pessoas com risco de vulnerabilidade social, a partir da visão da comunidade, permitindo identificar os problemas, as potencialidades e os anseios de seus moradores no que diz respeito às ações de saneamento básico, condições socioeconômicas, e o acesso aos serviços básicos de saúde e de que forma esses determinantes interferem nos impactos à saúde local. Tendo em vista que boa parte das doenças mais comuns nas comunidades rurais é causada pela baixa qualidade da água e ao restrito acesso aos serviços de saúde e a informação.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR. Para a obtenção dos dados utilizou-se um questionário validado aplicado a pessoas que residiam na comunidade, com o intuito de buscar subsídios que possibilitassem o estabelecimento de diagnóstico e traçar uma perspectiva de melhoria da qualidade de vida destes.

Vários instrumentos já foram propostos com o objetivo de mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, dentre os quais destaca-se o Oral Health Impact Profile (OHIP). Inicialmente esse questionário era composto de 49 perguntas que visavam fornecer medidas autoperceptivas sobre disfunções, desconfortos e deficiências atribuídas a condições bucais (SLADE, 1997). Posteriormente, o OHIP foi resumido para uma versão com 14 itens (OHIP-14), e a sua versão em português foi testada e validada, apresentando propriedades psicométricas similares ao original (COHEN-CARNEIRO *et al*; 2010; OLIVEIRA, NADANOSVSKY; 2005), tendo sido escolhido para avaliar a qualidade de vida da população nesta pesquisa.

O questionário é utilizado para avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida considerando os últimos seis meses. É dividido em domínios que abrangem limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, deficiência física, psicológica e social, e incapacidade, sendo que quanto maior a pontuação obtida em suas respostas, piores as consequências das alterações bucais para a qualidade de vida. Para se calcular o escore médio do OHIP-14 foi considerada a pontuação de 0 a 4. Cada uma das possíveis colunas de marcação de resposta ("nunca, raramente, às vezes, repetidamente, sempre") recebeu escore crescente de frequência de ocorrência do problema, ressaltando maior impacto negativo na qualidade de vida quanto maior a pontuação final obtida (COHEN-CARNEIRO *et al*; 2010; OLIVEIRA, NADANOSVSKY; 2005).



Para participação o responsável pelas informações aceitasse participar da pesquisa, residisse na comunidade há pelos menos 24 meses e ser maior de 18 anos. Sendo assim, o critério de exclusão foi não ser residente a pelo menos 24 meses, recusa na participação da pesquisa e ser menor de 18 anos.

O questionário foi aplicado pelas alunas bolsistas que explicitavam os objetivos e métodos da pesquisa às famílias da comunidade. Conforme os membros da família aceitavam participar, foi preciso que assinassem o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Os dados foram anotados no formulário da família, e na sequência foi criado um banco de dados no programa EXCELL da Microsoft.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A família é considerada um dos mais importantes eixos da sociedade. E como podemos avaliar através dos censos demográficos realizados pelo IBGE (2010), as mudanças em seu interior são notórias, principalmente quando se trata da diversidade dos tipos de famílias. No presente trabalho, das 25 famílias avaliadas na pesquisa, estabeleceu-se que a média de indivíduos por família é 3, além disso, foi possível estabelecer a configuração familiar de cada uma delas, no qual somente uma apresenta-se unipessoal, ou seja, o entrevistado vive sozinho, já o restante apresenta uma, duas ou mais pessoas com parentesco.

Em 48% número maior de mulheres, este dado é contestado com o Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010), nele consta que existe um maior contingente de população masculina na área rural, devido a participação em atividades específicas nesta área. O Censo também aponta que temos o maior aumento da idade média na área rural, fato este que diverge da pesquisa, pois as famílias deste estudo com a média das idades dos indivíduos de 56% são adultos jovens, apresentando faixa etária entre 20 à 40 anos, 32% adultos maduros, com faixa etária entre 40 à 60 anos, e somente 12% apresenta-se como família idosa, ou seja, acima com a média acima de 60 anos, um fato que pode explicar este dado conflitante é que a maior parte da amostra procurou o serviço odontológico, sendo esta uma população jovem. Com relação ao estado civil dos entrevistados 60% casados, 28% solteiros, 8% divorciados e 4% viúvos.

Das 25 famílias, 9 delas apresentaram crianças de até cinco anos de idade e destas, foi constatado que 22,2% dessas crianças apresentaram infecção respiratória aguda no último ano, 33,3% apresentaram quadro diarreico e infecção respiratória aguda, um dado importante quando o relacionamos com os fatores socioeconômicos da comunidade, principalmente porque o local não apresenta rede de esgoto, e os dejetos humanos da casa são tratados através de fossa simples. Siqueira em 2005 apontou que em unidades básicas de saúde, cerca de 40% das crianças apresentam algum tipo de problema de saúde, sendo os mais comuns, os problemas do aparelho respiratório (59,3%), seguido dos problemas dermatológicos (33,3%) e gastrintestinais (7,4%), sendo que na nossa amostra houve 53% de crianças com problemas e os problemas gastrointestinais sendo cinco vezes maior que a literatura consultada.

Todas as crianças da amostra relataram que fizeram acompanhamento de desenvolvimento e crescimento (peso, altura e vacinação) na Unidade Básica de Saúde, isso nos implica em mais um motivo para a busca na melhoria na qualidade e acesso aos serviços de saúde, pois a população, neste quesito, demonstrou preocupação com o então desenvolvimento das crianças.

Uma questão proposta para os entrevistados foi se alguma mulher da família teve filhos nos últimos 12 meses, e somente três deles responderam que sim. O Ministério da Saúde (2018), o programa Rede Mãe Paranaense, propõe a organização da atenção materno-infantil nas ações do pré-natal e puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, tendo em vista a captação precoce da gestante. Além disso, recomenda-se no mínimo, 7 consultas de pré-natal, entre outras ações. Nenhum dos entrevistados souberam informar o número de consultas realizadas pela gestante, no entanto todos relataram que a criança nasceu viva e continua viva atualmente.

Com relação com as doenças que ocorrem no último ano nos grupos domésticos, 42,3% apresentaram infecção respiratória, seja ela, gripe, resfriado, tosse, dor de garganta ou pneumonia. As



infecções do trato respiratório são as formas de infecção mais comuns que afetam o homem e, dentre essas, predominam as de causa viral. Segundo o estudo Global Burden of Disease (GBD) em 2015, as infecções do trato respiratório, dentre todas as doenças, tiveram a quarta maior incidência mundial, com mais de 290 milhões de casos, sendo responsáveis por 4,9% do total de mortes no mundo (CORRÊA *et al*, 2017).

Além disso, 25,9% dos indivíduos relataram ter algum problema dentário no último ano, mas nenhum deixou de exercer suas tarefas diárias e rotineiras, e 100% deles buscaram por serviço de saúde na unidade básica do Vale Azul, ressaltando que o local não apresenta assistência odontológica e conta apenas com o serviço voluntário e da universidade.

Segundo o IBGE (2010), domicílio é o local estruturalmente separado e independente que se destina a servir de habitação a uma ou mais pessoas, ou que estejam sendo utilizado como tal. Com relação as características de moradia dos entrevistados, temos que a média é de 7 cômodos por residência, o piso predominante é cerâmica com 56%. Além disso, 100% apresentam como instalação sanitária banheiro completo, contendo vaso sanitário, descarga, chuveiro e pia (externo ou não). 64% apresenta tijolo com revestimento como tipo de parede externa, 100% relatou que o destino do lixo se dá por coleta através de serviço de limpeza e que o abastecimento de energia elétrica é disponível o ano todo em condições adequadas, relataram também que a água para uso da residência é suficiente e atende todas as necessidades da família, vem de poço artesiano e é encanada, sendo necessário denotar que a região não possui água fluoretada. Por fim, o tratamento dos dejetos humanos se dá por fossa simples, pois a região ainda não possui rede de esgoto.

No final do questionário, exploramos alguns problemas existentes na região, e solicitamos que os entrevistados optassem por três deles que necessitam melhorar com urgência, dentre eles estão dificuldade de acesso a informação, falta de atendimento de educação, falta de saneamento, falta de segurança, dificuldade de acesso a serviços, falta de atendimento à saúde, violência, dificuldade de acesso ao comércio, deficiência de estradas, falta de energia, falta de transporte e falta de emprego. Os três mais votados foram transporte com 25,3%, educação 14,6% e saúde 13,3%.

Considerando que a pior auto percepção de saúde bucal levando em consideração todo o score obtido no OHIP seria de 56 pontos a média dos entrevistados na pesquisa ficou em 8,24; evidenciando assim que a população estudada considera ter uma boa saúde bucal, apesar do atendimento odontológico local comprovar o contrário. Sendo assim percebe-se que há uma dificuldade no entendimento sobre ter uma boa saúde bucal, desta forma mostrando que é fundamental ser trabalhado a educação em saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obtenção dos dados através do questionário aplicado às pessoas que se encontram na comunidade em questão, visou buscar subsídios que possibilitem o estabelecimento de futuras medidas para que a população apresente melhores índices de saúde e que o acesso aos serviços de saúde se torne mais viável.

Nessa perspectiva, acredita-se que é importante destacar as ações da ESF, pois a partir dela, fundamentado no auxílio de uma equipe multiprofissional, pode-se identificar as fragilidades que acometem os moradores das comunidades rurais e possibilitar o acesso da população às ações e serviços de saúde, ofertando uma atenção integral que vai desde a promoção da saúde até a prevenção de doenças, melhorando a qualidade de vida da população.

Podemos concluir que a orientação sobre os cuidados da saúde bucal, e além disso, fatores que contribuem para a busca do atendimento odontológico são importantes para aumentar o grau de letramento desses indivíduos nesta área, possibilitando uma autoavaliação mais fiel à condição que se encontra na verdade.



REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde. Linha Rede Mãe Paranaense.** 2018. Disponível em <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf>

BRASIL. **Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, DF, 1997 GLOSARIO, O. M. S. Promoción de la Salud. **Ginebra: OMS**, 1998.

CECILIO, L.C.O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.11, pp. 2893-2902.

COHEN-CARNEIRO, F. et al. Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil. **Cadernos de saúde publica**, v. 26, p. 1122-1130, 2010.

CORRÊA, R.A. ET AL. Carga de doença por infecções do trato respiratório inferior no Brasil, 1990 a 2015: estimativas do estudo Global Burden of Disease 2015. **Rev Bras Epidemiol** maio 2017; 20 SUPPL 1: 171-181

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar.** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

DIVARIS K, LEE JY, BAKER AD, VANN JR WF. Caregivers' oral health literacy and their young children's oral health-related quality of life. **Acta Odontol Scand.** 2012; 70(5): 390-397.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Censo Demográfico. Características da População e dos Domicílios, 2010.** Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf> acesso em 23 de julho de 2018.

LEE JY, DIVARIS K, BAKER AD, ROZIER RG, VANN JR WF. The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect. **American Journal of Public Health** 2012; 102(5): 923-929.

MENEZES, Renata de Castro. **A dinâmica do Sagrado: Rituais, sociabilidade e santidade num convento no Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro. Relume Dumará, NUAP, 2004.

MINAYO, M.C.S.; MIRANDA, A. **Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

OLIVEIRA BH, NADANOVSKY P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile – short form. **Community Dentistry and Oral Epidemiology** 2005; 33(4): 307-314.
SAMAJA, J. **A Reprodução Social e a Saúde: elementos teóricos e metodológicos sobre a questão das "relações" entre saúde e condições de vida.** Salvador, BA: Casa da Qualidade, 2000.

SILVA, Hanna Patricia Ganim Pereira da. **Relação entre letramento e saúde bucal em um grupo de gestantes do Distrito Federal.**



SIQUEIRA, R.C. **Diagnósticos de enfermagem em crianças menores de um ano acompanhadas na consulta de enfermagem em puericultura numa unidade básica de saúde de Fortaleza-Ce.** [dissertação]. Fortaleza(CE): Departamento de enfermagem/UFC, 2005.SLADE GD. The oral health impact profile. In: Slade GD. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina, **Dental Ecology**; 1997. p. 93-104.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

US Department of Health and Human Services. **Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000.**

WEHMEYER MMH, CORWIN CL, GUTHMILLER JM, LEE JY. The impact of oral health literacy on periodontal health status. **Journal of Public Health Dentistry** 2014; 74: 80-87.

WUNSCH, Simone et al. Proteção: dimensão do cuidado em famílias rurais assentadas. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 18, n. 3, p. 533-538, 2014.