

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Determinação social da saúde bucal

Lorene Suzie da Fonseca

Uberaba / MG

2012

Lorene Suzie da Fonseca

Determinação social da saúde bucal

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Edison José Corrêa

Uberaba / MG

2012

Lorene Suzie da Fonseca

Determinação social da saúde bucal

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Edison José Corrêa

Banca examinadora

Prof. Edison José Corrêa - Orientador

Prof. Estela Aparecida Oliveira Vieira - Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte: 11/08/2012

RESUMO

Os determinantes sociais da saúde incluem as condições socioeconômicas, culturais e ambientais e relacionam-se com as condições de vida e trabalho, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também as redes sociais e comunitárias. O objetivo deste trabalho foi correlacionar os principais problemas de saúde bucal com os determinantes sociais da saúde. Para isso, foi realizada revisão de literatura composta de análise de artigos científicos e pesquisa em sites institucionais. A partir desta análise, pode-se concluir que os determinantes sociais constituem parte importante do processo saúde-doença e devem fazer parte do planejamento em saúde.

Palavras-chave: cárie dentária, saúde bucal, fatores socioeconômicos.

ABSTRACT

The social determinants of health include socioeconomic, cultural and environmental conditions and are related to the conditions of life and work, such as housing, sanitation, work environment, health services and education, including also the social and community networks. The objective of this study was to correlate the major problems of oral health to the social determinants of health. For this, it was conducted a literature review and analysis of scientific articles and research on institutional sites. From this analysis, one can conclude that social determinants are an important part of the health-disease process and should be part of health planning.

Keywords: dental caries, oral health, socioeconomic factors.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 O CONTEXTO: PATOS DE MINAS – MG.	9
2.1 Caracterização da área: a cidade	9
2.2 A área de abrangência e a Unidade de Atenção Primária à Saúde Geraldo Resende de Lima	10
2.3 A Equipe 19 de Saúde da Família	11
3 JUSTIFICATIVA	12
4 OBJETIVOS	13
5 METODOLOGIA	14
6 REVISÃO DA LITERATURA	15
6.1 Determinantes sociais da saúde	15
6.2 Agravos à saúde bucal	18
6.2.1 Cárie dentária	18
6.2.2 Doença periodontal	20
6.2.3 Câncer bucal	21
7 CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

A saúde dos indivíduos e dos grupos populacionais é influenciada por diversos fatores. A idade, o gênero, a predisposição genética e outras tantas condições físicas e psicológicas levam cada pessoa a um estado de saúde ou doença, em constante modificação. Mas não podemos atribuir somente a esses determinantes o processo de adoecimento de um povo. Há muito tempo vem se percebendo outros fatores que, direta ou indiretamente, levam os indivíduos a apresentarem mais ou menos saúde. Estamos falando, dentre outros, dos determinantes sociais da saúde.

Segundo Faria *et al.* (2009, p.55):

As condições de habitação e as condições ambientais do peridomicílio, a existência de restrições no acesso alimentação e a outros bens fundamentais para a reprodução da vida, as características físicas das atividades realizadas no trabalho, assim como as condições do ambiente em que se realiza o trabalho podem implicar uma série de riscos à saúde que, em geral, estão além da possibilidade de controle por parte dos indivíduos. Essas condições são determinadas pela posição dos indivíduos na hierarquia social e na divisão social do trabalho e da renda.

As relações entre determinantes e aquilo que determinam são mais complexas do que as relações de causa e efeito. Por isso são chamados determinantes e não causas. Como citado por Faria (2009), um bom exemplo é o da tuberculose, que é causada pelo bacilo de Koch, mas que teve sua incidência reduzida antes do uso de tuberculostáticos, devido a melhorias nas condições de habitação, nutrição e trabalho das massas dos países desenvolvidos a partir da segunda metade do século XIX.

As melhorias nas condições de saúde devido a melhores condições de vida também podem ser percebidas na saúde bucal. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil) 2010 mostram uma melhora nos indicadores comparados aos dados obtidos no levantamento de mesmo nome realizado em 2003. Na idade de 12 anos, utilizada mundialmente para avaliar a situação em crianças, a doença atingia 69% da população em 2003. Essa porcentagem diminuiu para 56% em 2010. Esse declínio, de 13 pontos percentuais, corresponde a uma diminuição de 19% na prevalência da enfermidade. O número médio de dentes atacados por cárie também diminuiu nas crianças: era 2,8 em 2003 e caiu para 2,1 em 2010 - uma redução de 25%. Em termos absolutos, e considerando a população brasileira estimada para

2010, essas reduções indicam que, no período considerado, cerca de um milhão e 600 mil dentes permanentes deixaram de ser afetados pela cárie em crianças de 12 anos em todo o país. Em adolescentes, a redução do número de dentes que foram poupados do ataque de cárie, em relação a 2003, chegou a aproximadamente 18 milhões. As necessidades de próteses dentais por adolescentes reduziram-se em 52%. Entre os adultos o destaque cabe a uma importantíssima inversão de tendência: as extrações de dentes vêm cedendo espaço aos tratamentos restauradores. Em adultos, as necessidades de próteses reduziram-se em 70% (BRASIL, 2010).

Pode-se notar que, apesar dos inegáveis avanços no declínio do Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D) no Brasil, ainda persiste um quadro de iniquidade na situação de proteção à cárie, caracterizando-se pelo ataque desigual da doença entre os indivíduos, decorrente não apenas das variações biológicas inevitáveis, mas também das diferenças que têm origem na ordem social em que estão inseridos (NARVAI *et al.*, 2006 *apud* KITAMURA e LEITE, 2009).

2 O CONTEXTO: PATOS DE MINAS – MG.

A área de atuação da Equipe de Saúde da Família 19 de Patos de Minas, em que atua a autora desse trabalho, é carente, de baixa renda, baixo nível de escolaridade e possui muitos desempregados. A equipe convive com situações-problema, entre as quais a grande demanda para tratamento odontológico restaurador e o alto índice de perda dentária em adultos. Percebe-se também a falta de valorização da saúde bucal.

O diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe apontou vários problemas, dentro os quais se destacaram os de infraestrutura e os relacionados às condições sociais, como baixa renda, alto índice de criminalidade e uso de drogas ilícitas. Muitas famílias recebem o subsídio público “bolsa família” e vivem desta renda. A maioria da população depende do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação à sua saúde.

2.1 Caracterização da área: a cidade

Patos de Minas está situada na região do Alto Paranaíba, no estado de Minas Gerais. Segundo o Censo 2010, possui 138.710 habitantes, uma área de 3.190 km² e o bioma predominante é o cerrado (BRASIL, 2010). É considerada polo econômico da região e suas principais atividades são a agricultura, com o cultivo de milho, arroz, soja, feijão, café, maracujá, tomate e horticultura e a pecuária com a criação de bovinos e suínos.

A rede escolar é composta por escolas municipais, estaduais e particulares do ensino infantil ao segundo grau, profissionalizante e universitário. As instituições de ensino superior são o Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), a Faculdade Patos de Minas (FPM), a Sociedade de Ensino Superior de Patos de Minas (SESPA) e a Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

A área da saúde é atendida por hospitais públicos e privados, as unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

A cidade tem boa infraestrutura, os habitantes são beneficiados com água tratada e esgotamento sanitário. As ruas são asfaltadas e possuem iluminação pública.

A origem do nome do município provém da enorme quantidade de patos que existiam no território, encontrados habitualmente em uma grande lagoa, a três quilômetros da margem do rio Paranaíba. Atraídos pela caça abundante e variada, os tropeiros que levavam suas tropas pelo interior de Minas Gerais faziam pouso a beira dessa lagoa, construindo ranchos em que se abrigavam. Com o correr dos tempos, alguns tropeiros se fixaram no local, formando um povoado. Em 24 de maio de 1892 recebeu foros de cidade (BRASIL, 2010). O aniversário da cidade é comemorado com a Festa Nacional do Milho, que traz grande movimentação à cidade e à economia local.

2.2 A área de abrangência e a Unidade de Atenção Primária à Saúde Geraldo Resende de Lima

A Unidade de Atenção Primária à Saúde Geraldo Resende de Lima, na qual a equipe 19 está inserida, abrange os bairros Brasil, São José Operário, Santa Terezinha, Nossa Senhora Aparecida e Brasília. Os bairros Brasil e Santa Terezinha são áreas de melhor nível social, apesar de não serem bairros ricos e também existirem famílias pobres e dependentes do SUS em relação à saúde. Já os bairros Nossa Senhora Aparecida, Brasília e São José Operário enfrentam graves problemas sociais como muita pobreza, muitos usuários de drogas, tráfico de drogas e todos os problemas advindos destes como desestruturação das famílias e violência.

A Unidade de Saúde da Família Geraldo Resende atende a uma população de 9.533 pessoas, atendidas por três equipes de Saúde da Família (equipes 18, 19 e 20). Passou por reforma e ampliação e foi reinaugurada em 07/04/2009. Está situada próxima à área de atuação das três equipes, mais especificamente dentro da área de abrangência da equipe 18. É um local de fácil acesso para a população, entre duas avenidas de grande movimento e que fazem ligação com o centro da cidade.

A unidade conta com uma ampla recepção, área de espera com várias cadeiras, mas mesmo assim, nos períodos de maior movimento, principalmente o da manhã, o espaço parece se tornar pequeno para abrigar a demanda. Possui quatro consultórios clínicos e dois ginecológicos que são utilizados por médicos e enfermeiros. Possui almoxarifado pequeno, sala com pia para lavagem e

armazenamento de materiais de limpeza, cantina, sala para arquivo de prontuários, sala de vacinação, de curativos, de cuidados básicos (pesagem, nebulização, aferição de pressão) e de reuniões. Conta ainda com três consultórios odontológicos com espaço para colocar cadeira de técnico de saúde bucal (TSB), escovário com três pias, sala de lavagem e desinfecção de materiais e sala de esterilização.

As equipes contam ainda com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que tem como profissionais: psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, educador físico e monitor de práticas corporais.

2.3 A Equipe 19 de Saúde da Família

A equipe 19 de saúde da família abrange os bairros São José Operário e parte do Brasil e Santa Terezinha e tem uma população adstrita de 3200 habitantes dividida em seis microáreas. As atividades da equipe são basicamente de atendimento direto à população como consultas com o médico, consultas com a enfermeira, atendimento odontológico, vacinas, curativos, aferição de pressão, nebulização e visitas domiciliares. São realizadas também as campanhas de vacinação, escovação nas escolas e creches, grupos com gestantes e recém-nascidos com dentista, grupos de hipertensos e diabéticos, grupos com os profissionais do NASF, reuniões de equipe, etc.

A equipe é composta pelos seguintes profissionais: médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, cirurgiã-dentista, auxiliar em saúde bucal e seis agentes comunitários de saúde.

3 JUSTIFICATIVA

A Equipe 19 do Programa de Saúde da Família (PSF) de Patos de Minas atende a uma população com graves problemas sociais, o que se reflete em seus problemas de saúde, inclusive no que se refere à saúde bucal.

Considerando as questões relativas à equipe odontológica, optou-se por fazer uma correlação entre determinantes sociais e saúde bucal. O estudo dos determinantes sociais da saúde bucal deverá aumentar o conhecimento sobre condicionantes de saúde que vão além das causas estritamente biológicas e assim permitir uma melhor organização dos serviços, contribuindo para solucionar situações problema e melhorar a qualidade do serviço prestado à população. Segundo Kitamura e Leite (2009, p.141), o estudo das desigualdades em saúde bucal e seus fatores condicionantes é relevante para o planejamento de ações eficazes:

Sabendo-se que a experiência de cárie dentária, bem como todas as moléstias que acometem a espécie humana, tem determinação social sendo, portanto, susceptível a desigualdades sociodemográficas e geográficas, o monitoramento dos contrastes em saúde bucal é relevante para o planejamento de intervenções adequadas à realidade de cada região e socialmente apropriadas.

4 OBJETIVOS

O objetivo geral desse trabalho é:

Correlacionar e registrar os principais problemas de saúde bucal que afetam a população com os determinantes sociais da saúde.

São objetivos específicos:

Registrar os determinantes sociais e suas correlações com a saúde bucal

Registrar os problemas de saúde bucal mais prevalentes: cárie dentária, doença periodontal e câncer bucal.

Fornecer subsídios para implementação de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos mais efetivas.

5 METODOLOGIA

Para esse trabalho realizou-se revisão de literatura científica, por análise de artigos do período de 2008 a 2011. As fontes de pesquisa bibliográfica utilizadas foram os módulos do CEABSF, *sites* científicos (SciELO, Google acadêmico, LILACS) e institucionais (Ministério da Saúde). Foram usados os descritores saúde bucal, fatores socioeconômicos e cárie dentária.

6 REVISÃO DA LITERATURA

As diferenças ou desigualdades na situação de saúde entre indivíduos ou grupos são ocasionadas por doenças próprias de cada idade, sexo e outros fatores considerados naturais. Mas existem outras diferenças na situação de saúde que não são naturais e sim injustas, evitáveis e desnecessárias e por isso são chamadas de iniquidades. Exemplo de iniquidade é a probabilidade cinco vezes maior de uma criança morrer antes de alcançar o primeiro ano de vida pelo fato de ter nascido no nordeste e não no sudeste. Outro exemplo é a chance de uma criança morrer antes de chegar aos cinco anos de idade ser três vezes maior pelo fato de sua mãe ter quatro anos de estudo e não oito (BRASIL, 2008).

Considerados os Determinantes Sociais da Saúde mais correlacionados à odontologia, são abordados, nessa seção, os agravos à saúde bucal decorrentes: a cárie dentária, a doença periodontal e o câncer bucal.

6.1 Determinantes sociais da saúde

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) incluem as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade e relacionam-se com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também as redes sociais e comunitárias. Esses determinantes influenciam os estilos de vida, já que as decisões relativas, por exemplo, ao hábito de fumar, praticar exercícios, hábitos alimentares e outras estão, também, condicionadas pelos DSS (BRASIL, 2008).

Sabe-se também que a percepção de pertencer a grupos sociais excluídos da maioria dos benefícios da sociedade gera sofrimento e sentimentos de inferioridade e discriminação, e isso contribui na determinação dos padrões de saúde dos indivíduos (BRASIL, 2008).

Os pesquisadores Dahlgren e Whitehead propõem um esquema que permite visualizar as relações hierárquicas entres os diversos determinantes da saúde. O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos

determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes.

Figura 1. Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead



Fonte: BRASIL, 2008.

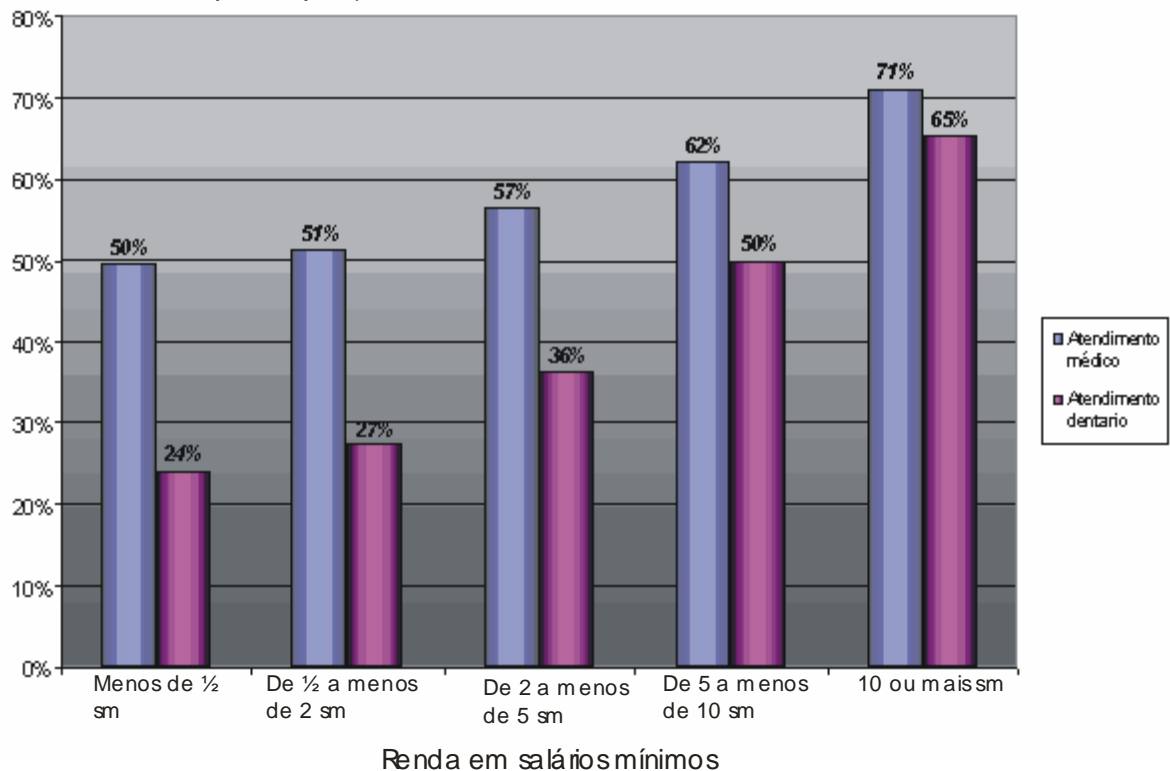
Como se pode ver na Figura 1, os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos. Na camada imediatamente externa, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social. No próximo nível, estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Finalmente, no último nível, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade (BRASIL, 2008).

Os determinantes das iniquidades estão relacionados às formas como se organiza a vida social. Sabe-se que as condições econômicas e sociais exercem

efeito importante sobre a saúde e a doença, mas o fator mais importante para explicar a situação geral de saúde de um país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui.

No Brasil, além de o país apresentar graves iniquidades na distribuição da riqueza, há grandes setores de sua população vivendo em condições de pobreza que não lhes permite ter acesso a mínimas condições e bens essenciais à saúde. A Figura 2 mostra como os níveis de renda influenciam o acesso a serviços de saúde:

Figura 2. Porcentagem de pessoas ocupadas de 10 anos e mais (na semana de referência), que foram atendidas por médico e/ou dentista, por nível de renda (em salários mínimos per capita) – Brasil – 2003.



Fonte: BRASIL, 2008: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 2003.

Segundo a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), em seu relatório sobre as causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil, publicado em 2008, a análise da situação de saúde compreende os seguintes itens (BRASIL, 2008):

- *Evolução demográfica, social e econômica do país*: Inclui dados sobre crescimento populacional, fecundidade, mortalidade, migrações, urbanização, estrutura do mercado de trabalho, distribuição de renda e educação;

- *A estratificação socioeconômica e a saúde*: destaca as desigualdades de saúde segundo variáveis de estratificação socioeconômica, como renda, escolaridade, gênero e local de moradia;
- *Condições de vida, ambiente e trabalho*: apresenta as relações entre situação de saúde e condições de vida, ambiente e trabalho, com ênfase nas relações entre saneamento, alimentação, habitação, ambiente de trabalho, poluição, acesso à informação e serviços de saúde e seu impacto nas condições de saúde dos diversos grupos da população.
- *Redes sociais, comunitárias e saúde*: inclui evidências sobre a organização comunitária e redes de solidariedade e apoio para a melhoria da situação de saúde, destacando o grau de desenvolvimento dessas redes nos grupos sociais mais desfavorecidos;
- *Comportamentos, estilos de vida e saúde*: inclui condutas de risco como hábito de fumar, alcoolismo, sedentarismo, dieta inadequada, entre outros, segundo os diferentes estratos socioeconômicos da população.
- *Saúde materno-infantil e saúde indígena*: apresentam grande importância social e necessidades específicas de políticas públicas.

6.2 Agravos à saúde bucal

De acordo com Palmier *et al.*(2008), na esfera internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS) atesta a relevância da cárie dentária, doença periodontal e câncer bucal como os principais agravos à saúde bucal.

6.2.1 Cárie dentária

Segundo o Caderno de Atenção Básica n. 17 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.31):

A lesão cáriosa é considerada como manifestação clínica de uma infecção bacteriana. A atividade metabólica das bactérias resulta em um contínuo processo de desmineralização e remineralização do tecido dentário, e o desequilíbrio nesse processo pode causar uma progressão da desmineralização do dente com conseqüente formação da lesão de cárie. Esse processo é influenciado por muitos fatores determinantes, o que faz da cárie dentária uma doença multifatorial.

A dieta tem papel importante no desenvolvimento da cárie, sendo a freqüência com que é ingerida mais importante do que a quantidade. A higiene bucal, através do uso do fio dental e escovação com creme dental com flúor, tem

papel protetor no processo de desenvolvimento da cárie. Mas muitos outros fatores determinantes, além dos biológicos, interferem neste processo. Desta maneira, dependendo do estilo de vida, do acesso aos serviços ou do ambiente, as pessoas podem ou não apresentar a doença.

De acordo com a linha guia Atenção em Saúde Bucal da Secretaria de Estado de Saúde (Minas Gerais, 2006), os principais fatores de risco correlacionados à cárie são:

- Fatores culturais e socioeconômicos: existe um componente social na doença cárie e no edentulismo, inversamente proporcional ao aumento da qualidade de vida.
- Falta de acesso ao flúor, principalmente à escovação com dentifrício fluoretado.
- Consumo excessivo e freqüente de açúcar.
- Xerostomia.

Apesar do declínio da cárie dentária em todo o mundo e também no Brasil, observa-se uma distribuição desigual da doença, com níveis mais elevados afetando áreas mais submetidas à privação socioeconômica, o que caracteriza o fenômeno de polarização da doença (LUCAS *et al.*, 2005 *apud* KITAMURA e LEITE 2009, p.143). Palmier *et al.*(2008, p.50) ressaltam que “há uma ligação inquestionável e direta entre a renda e o padrão de saúde bucal da população”.

Guimarães *et al.* (2010) realizaram uma avaliação da experiência de cárie em crianças de cinco e seis anos de idade que estudavam em escolas da rede pública e privada. A quantidade de participantes livres de cárie da escola A (privada) foi maior do que das escolas B (pública localizada em bairro central da cidade) e C (pública localizada em um bairro periférico). A escola A apresentou Índice de Dentes Decíduos Cariados, Extraídos e Obturados (CEO-D) de 0,89, enquanto que na escola B o CEO-D foi de 2,5 e na escola C foi de 5,3. Os resultados sugerem que o nível socioeconômico das crianças, a partir da escola em que estudavam e da localização desta, tem influência nos índices de cárie.

Catani *et al.*(2010) investigaram os determinantes sociais de saúde possivelmente associados a lesões de cárie. Verificaram que na dentição decídua, a presença de lesões de cárie esteve associada a famílias que não possuíam automóvel, à freqüência de escovação e ao não monitoramento com cirurgia-

dentista. Na dentição permanente, a cárie esteve associada à renda familiar inferior a 500 reais e ao gênero masculino. Em ambas as dentições, a cárie esteve mais fortemente associada a fatores socioeconômicos. Observaram ainda que as crianças que consumiam água que não a de abastecimento público apresentavam mais cáries, confirmando o uso do fluoreto na água como um dos melhores meios coletivos para controle da cárie dentária.

Segundo Kitamura e Leite (2009, p.146), o conhecimento dos determinantes coletivos da doença cárie como má distribuição de renda, analfabetismo, insalubridade dos locais de moradia e dificuldade de acesso a serviços e tecnologia em saúde, “é um instrumento que possibilita o entendimento do processo saúde-doença e a identificação de grupos sociais de risco [...]”. Puderam concluir em seu estudo que existe correlação entre Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) e CPO-D, indicando que fatores socioeconômicos influem na prevalência de cárie.

6.2.2 Doença periodontal

Segundo o Caderno de Atenção Básica n. 17 do Ministério da Saúde (2006, p.35):

A doença periodontal deve ser vista como um processo de desequilíbrio entre as ações de agressão e defesa sobre os tecidos de sustentação e proteção do dente, que tem como principal determinante a placa bacteriana, a partir das diferentes respostas dadas pelo hospedeiro. Não é mais considerada apenas como de progressão lenta e contínua, mas pode ter padrões variáveis de progressão. É entendida como uma doença infecciosa, onde as alterações de forma e função são consideradas sinais.

A doença periodontal pode ser dividida em duas formas clássicas:

1. Gengivite: manifestação inflamatória da gengiva marginal desencadeada pelo acúmulo de placa bacteriana supragengival e rompimento do equilíbrio agressão/defesa.
2. Periodontite: grupo de doenças que se caracteriza pela inflamação dos tecidos de sustentação e proteção dos dentes, acompanhada de perda de inserção de tecido conjuntivo, conseqüência da agressão promovida pela placa bacteriana subgengival.

De acordo com a Linha Guia Atenção em Saúde Bucal da Secretaria de Estado de Saúde (Minas Gerais, 2006), os principais fatores de risco são:

- Fatores culturais e socioeconômicos.
- Ausência de controle de placa.
- Diabetes.
- Imunodepressão e estresse.
- Fumo.

Indivíduos que fumam podem apresentar doença periodontal de maior gravidade o que pode levar a perda de maior número de dentes.

Neves *et al.*(2010) desenvolveram um estudo sobre a prevalência e severidade de gengivite em população de baixo nível socioeconômico. Relatam que no Brasil, estudos demonstram que gengivite e periodontite apresentam maiores prevalências em populações com piores indicadores socioeconômicos. A maioria dos escolares envolvidos no estudo relatou alta frequência de escovação (70,5%) e ausência de utilização do fio dental (92%). As crianças examinadas apresentavam elevada prevalência de gengivite, apesar de relatarem alta frequência de escovação. Neves *et al.*(2010, p.70) verificaram que [...] a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos também vem a contribuir como parte indispensável ao tratamento do fenômeno de polarização da doença.

6.2.3 Câncer bucal

O câncer de boca é uma denominação que inclui os cânceres de lábio e de cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e assoalho da boca) e está entre as principais causas de óbito por neoplasias. Representa uma causa importante de morbimortalidade uma vez que mais de 50% dos casos são diagnosticados em estágios avançados da doença. Tende a acometer o sexo masculino de forma mais intensa e 70% dos casos são diagnosticados em indivíduos com idade superior a 50 anos. Localiza-se preferencialmente, no assoalho da boca e na língua e o tipo histológico mais freqüente (90 a 95%) é o carcinoma de células escamosas (carcinoma epidermóide) (BRASIL, 2006).

O uso do tabaco está ligado ao surgimento do câncer bucal, especialmente quando associado ao consumo de álcool. O Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2002) aponta como fatores de risco: idade superior a 40 anos, hábito de fumar cachimbos ou cigarros, consumo de álcool, má higiene bucal e próteses mal

ajustadas. Ressalta ainda a importância de fazer consulta odontológica a cada ano e manter uma dieta saudável, rica em vegetais e frutas.

A ocorrência varia de acordo com características regionais como hábitos, raça, valores culturais e fatores genéticos.

De acordo com a linha guia Atenção em Saúde Bucal da Secretaria de Estado de Saúde (Minas Gerais, 2006), os principais fatores de risco são:

- Fatores culturais e socioeconômicos: muitos casos de câncer bucal são originados basicamente pelas condições de vida, em que fatores como cultura, classe social e educação se manifestam.
- Tabagismo: o alcatrão é um potente agente cancerígeno, assim como substâncias químicas utilizadas no seu cultivo. A exposição contínua ao calor despreendido pela combustão do fumo é um fator de promoção nesse processo.
- Etilismo: o álcool pode causar imunodepressão e desidratação das mucosas, fatores que podem levar à ação dos agentes carcinogênicos. O uso crônico de álcool (principalmente os destilados) e tabaco associados potencializa drasticamente o risco de câncer bucal.
- Exposição a radiações: como exposição freqüente ao sol sem uso de filtro solar.
- Hábito de mascar fumo: resíduo de fumo deixado entre a bochecha e a língua tem um contato mais prolongado com a mucosa, favorecendo a ação das substâncias cancerígenas do tabaco.
- Agentes de irritação crônica: traumatismos mecânicos crônicos causados por próteses removíveis, dentes fraturados ou restaurações com arestas cortantes, hábito de morder mucosas, má-higiene bucal, entre outros, são importantes fatores de promoção, favorecendo o desenvolvimento de lesões malignas pré-existentes.
- Fatores imunológicos: a deficiência do sistema imunológico está relacionada com o aumento de incidência das neoplasias malignas. A imunodeficiência pode estar relacionada a doenças crônicas, infecções constantes, *stress*, etc.
- Dietas pobres em antioxidantes, proteínas, calorias, vitamina A, riboflavina e cálcio têm sido apontadas como fator predisponente ao câncer de boca. Estudos sobre etiopatogenia do câncer têm revelado o papel protetor

oferecido pelo consumo habitual de frutas cítricas e vegetais frescos ricos em betacarotenos (cenoura, mamão, abóbora, batata doce, couve e espinafre).

- Fatores ocupacionais: indivíduos expostos às radiações solares, ventos e geadas por períodos prolongados sem proteção (como trabalhadores rurais, de construção civil e pescadores) estão sujeitos a desenvolverem câncer de lábio. O uso de chapéus e filtros solares reduz o efeito nocivo das radiações solares sobre a pele e semimucosa labial.
- Infecções por alguns tipos de vírus do Papiloma Humano têm sido relacionadas ao incremento de risco para desenvolver o câncer bucal.
- Síndromes: Portadores de HIV, Xeroderma Pigmentoso, Plummer-Vinson.

Como se pode observar, os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer bucal estão intimamente relacionados ao estilo de vida e comportamento, às condições socioeconômicas, à alimentação, condições de saneamento, condições de trabalho e moradia, educação, renda, acesso a informação, acesso aos serviços de saúde, etc.

Santos *et al.* (2010) avaliaram a frequência do tabagismo e etilismo em pacientes com histórico de câncer na região de boca e orofaringe que foram acompanhados no Centro de Referência de Lesões Bucais (CRLB) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, no período de fevereiro a setembro de 2005. Mais de 60% dos homens eram etilistas e tabagistas. A proporção de mulheres que apresentaram a doença sem, contudo, haver associação com hábitos foi de mais de 30%, superando a encontrada para os homens, que foi de 8%. A maioria dos pacientes incluídos no estudo era do sexo masculino, fumantes e etilistas. Pode-se perceber neste estudo a clara associação entre fumo, álcool e câncer de boca.

Boing e Antunes (2011) descreveram as principais características dos estudos epidemiológicos que investigavam a associação entre condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço. Foi encontrada maior mortalidade por câncer de boca entre os homens nos países com menor índice de desenvolvimento humano (IDH), média de anos de estudo e produto interno bruto (PIB). No sexo feminino, os mesmos fatores foram identificados como significantes; foi também indicada maior mortalidade nos países com maior taxa de crescimento populacional urbano,

mortalidade infantil e mortes de crianças com menos de cinco anos de idade. Para mulheres, foi encontrada maior taxa de casos novos nos países com menor IDH, média de anos de estudo e PIB, e naqueles com maior taxa de crescimento populacional urbano. Pessoas analfabetas, apenas alfabetizadas e com até quatro anos de estudo apresentaram maior chance de mortalidade para os cânceres de lábio, boca e faringe em relação aos universitários.

Antunes *et al.* (2001) *apud* Boing e Antunes (2011, p.619) identificaram que regiões da cidade de São Paulo onde havia maior pobreza, desigualdade na distribuição de renda, desemprego, analfabetismo, menor instrução e baixa renda registraram maior mortalidade por câncer de boca.

7 CONCLUSÃO

Na literatura há vários trabalhos que correlacionam os determinantes sociais com a saúde bucal. A maioria destes trabalhos se refere à cárie dentária e a maioria das pesquisas é feita em crianças em idade escolar.

Os autores que vem estudando o tema relatam em seus trabalhos que fatores demográficos e sociais e até mesmo de gênero (mulheres parecem ter maior conscientização quanto ao autocuidado), tem grande influência sobre a saúde e isto inclui hábitos de higiene bucal, hábitos alimentares, estilo de vida e decisões como fumar ou consumir bebidas alcoólicas.

Os autores não discordam que pessoas com melhores condições socioeconômicas, de renda e educação apresentam também melhores condições de saúde bucal o que se reflete em menor índice CPO-D, melhores condições gengivais e menores chances de mortalidade por câncer bucal. Os seguintes pontos podem ser destacados:

- Fatores socioeconômicos influenciam o histórico de cárie em dentes decíduos e permanentes.
- Fatores sociodemográficos, gênero, idade e escolaridade apresentam associação com hábitos de higiene.
- Câncer bucal tem maior incidência no sexo masculino e nos fumantes etilistas.

A partir destes dados, podemos concluir que a sociedade deve se conscientizar do grave problema que as iniquidades em saúde representam, não só para os mais desfavorecidos, como também para a sociedade como um todo, pois “não é possível reduzir o número de indivíduos chamados de alto risco, sem que todos tenham sua exposição ao risco reduzida” (PALMIER *et al.*, 2008, p.51).

A inserção da odontologia na estratégia de Saúde da Família pode tornar realidade a busca da desejada universalização da atenção em saúde bucal e a melhoria do acesso aos serviços através da reorientação do modelo de atenção, garantindo direitos sociais e cidadania a todos.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, J.L., BIAZEVIC, M.G., ARAUJO, M.E., TOMITA, N.E., CHINELLATO, L.E., NARVAI, P.C. Trends and spatial distribution of oral cancer mortality in São Paulo, Brazil, 1980-1998. *Oral Oncol* 2001; 37(4):345-350. *apud* BOING, A.F., ANTUNES J.L.F. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(2): p. 615-622, 2011.

BALDANI, M.H. *et al.* Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n.1, p. 150-162, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v13n1/14.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2011.

BOING, A.F., ANTUNES J.L.F. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(2): p. 615-622, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 17. **Saúde Bucal**. Brasília, 2006, 89 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2012.

BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. 2008. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **IBGE Cidades**. Brasília, 2010. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=314800>>. Acesso em: 19 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SBBrazil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/>>. Acesso em: 18 fev. 2012.

CARVALHO, E.S. *et al.* Epidemiologia das doenças bucais em indivíduos na faixa etária entre 35 e 44 anos: o cenário epidemiológico do trabalhador. **RGO**, v.58, n.1, p.109-114, Porto Alegre, jan/mar. 2010.

CATANI, D.B., MEIRELLES, M.P.M.R., SOUZA, M.L.R.. Cárie dentária e determinantes sociais de saúde em escolares do município de Piracicaba – SP. **Rev. Odontologia UNESP**, 39 (6), p. 344-350, Araraquara, nov/dez 2010.

CORREA, E.J., VASCONCELOS, M., SOUZA, M.S.L.. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. In: Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Ed. Coopmed, 2009.

DAHLGREN, G., WHITEHEAD, M.. Policies and Strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991 *apud* BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. 2008. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2011.

FARIA, H. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. 2 ed. In: Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

GUIMARÃES, H.B., SILVA, A.R., PORTO, R.B. Avaliação da experiência de cárie e necessidade de tratamento de pré-escolares de 5 e 6 anos das redes pública e privada do município de Porto Velho, Rondônia. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, v.9, n.1, p.49-53, Recife, jan./mar. 2010. Disponível em: <

http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882010000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 nov. 2011.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Falando Sobre o Câncer da Boca**. Rio de Janeiro, 2002, 52 p. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/falando_sobre_cancer_boca.pdf>.

Acesso em: 24 mai. 2012.

KITAMURA, E.; LEITE, I.. Correlação entre índice de desenvolvimento humano e cárie dentária em uma amostra de municípios mineiros: implicações para a inclusão da odontologia na estratégia saúde da família. **Revista de APS**, v. 12. n. 2, p. 140-149, abr/jun. 2009.

LUCAS, S. D. *et al.* Variações no nível de cárie dentária entre crianças de 5 e 12 anos em Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.55-63, jan./ fev. 2005 *apud* KITAMURA, E., LEITE, I.. Correlação entre índice de desenvolvimento humano e cárie dentária em uma amostra de municípios mineiros: implicações para a inclusão da odontologia na estratégia saúde da família. **Revista de APS**, v. 12. n. 2, p. 140-149, abr/jun. 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 290p. Disponível em: www.saude.mg.gov.br. Acesso em: 14 nov. 2011.

NARVAI, P.C. *et al.* Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Revista Panamericana de la Salud Publica*, Washington, DC, v. 19, n. 6, p. 385-393, 2006 *apud* KITAMURA, E., LEITE, I.. Correlação entre índice de desenvolvimento humano e cárie dentária em uma amostra de municípios mineiros: implicações para a inclusão da odontologia na estratégia saúde da família. **Revista de APS**, v. 12. n. 2, p. 140-149, abr/jun. 2009.

NEVES, A.M., PASSOS, I.A., OLIVEIRA, A.F.B. Estudo da prevalência e severidade de gengivite em população de baixo nível socioeconômico. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, vol.9, n.1, Recife, jan./mar., 2010. Disponível em: <
http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882010000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=pt> . Acesso em 14 nov. 2011.

PALMIER, A.C. *et al.* **Saúde Bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto**. In: Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Editora Coopmed, 2008. 72p.

SANTOS, G.L., FREITAS, V.S., ANDRADE, M.C., OLIVEIRA, M.C.. Fumo e álcool como fatores de risco para o câncer bucal. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, v.9, n.2, Recife abr./jun. 2010. Disponível em: <
<http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1677-38882010000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>> . Acesso em: 14 nov. 2011.

SOARES, E.F., NOVAIS, T.O., FREIRE, M.C.M. Hábitos de higiene bucal e fatores relacionados em adultos de nível socioeconômico baixo. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.38, n.4, p.228-234, Araraquara, jul/ago 2009.

VARGAS, A. M. D., VASCONCELOS, M., RIBEIRO, M.T.F.. **Saúde bucal: atenção ao idoso**. In: Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2009, 50p.