

saúde em números

SETEMBRO - 1990

VOL. 5 N.º 4

SUMÁRIO:

25 CONCEITO DE SAÚDE

- Inquérito em três escolas

30 CÁRIE DENTÁRIA EM MOLARES PERMANENTES

- O seu "peso" na saúde oral duma população jovem

CONCEITO DE SAÚDE - INQUÉRITO EM TRÊS ESCOLAS

Maria Teresa Tomé*

1. INTRODUÇÃO

Considerando a definição de saúde (OMS), como um "estado de completo bem estar físico, mental e social" e tendo consciência de que a saúde do jovem, depende em grande parte do seu comportamento, teremos que o relacionar com as condições sociais às quais é extremamente sensível.

Estas têm sofrido grandes alterações nas últimas décadas, obrigando os jovens a fazer face a situações com que anteriormente não eram confrontados, ou existindo, se revelavam menos importantes. Constituem disso exemplo os acidentes, determinado tipo de doenças invalidantes ou crónicas, doenças sexualmente transmitidas (DST), a gravidez não desejada, o tabagismo e a droga, alterações importantes dos hábitos alimentares, etc.

O próprio ensino tem passado por uma fase de grandes modificações, prevendo-se inclusivamente, com base na resolução n.º 89/C3/01 do Conselho da

Europa, transformações relativas aos programas de "educação para a saúde" nas escolas.

A importância da intervenção do jovem na família e na sociedade, a necessidade que revela em acreditar em si próprio, bem como, a capacidade para tomar a seu cargo a saúde e a vida, constituem um desafio para todos nós, pais, professores, médicos e sociedade em geral.

É preciso saber escutá-los para podermos responder às suas necessidades. Pensamos que a escola constitui uma das vias preferenciais para um contacto directo. Possuidora com é de um efeito social importante, pode facultar a obtenção de informações sobre as necessidades por eles sentidas, que permitam planear actividades pertinentes e adequadas às suas satisfações.

2. OBJECTIVOS

Tendo responsabilidades no Centro de Atendimento de Jovens de Coimbra, resolvemos desenvol-

* Médica de Clínica Geral; Centro de Saúde de Celas.



ver um estudo destinado a identificar as necessidades de saúde sentidas por uma amostra dos adolescentes escolarizados nessa cidade, bem como pelos respectivos professores. Salientam-se como objectivos operacionais:

- a identificação da concepção, auto-percepção e sentido de responsabilidade de saúde em adolescentes escolarizados do 2.º e 3.º Ciclo do Ensino Básico da cidade de Coimbra, bem como nos respectivos professores;
- efectuar a comparação das perspectivas nesse domínio das várias gerações abrangidas.

3. MATERIAL E MÉTODOS

O estudo constituiu-se apenas como "sondagem de opinião", pelo que não existiu a preocupação de identificar uma amostra representativa da população estudada.

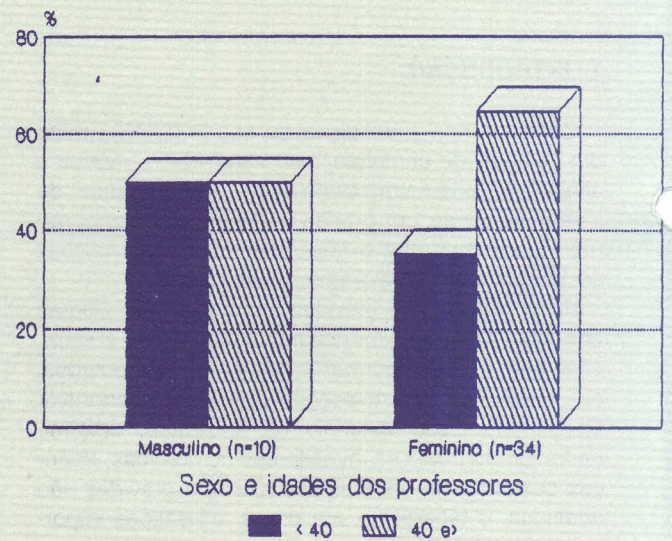
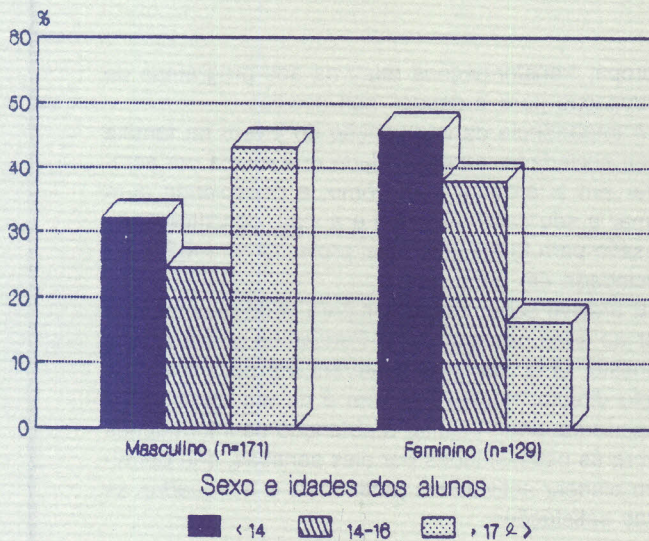
Assim foram inquiridos em Abril de 1989, 300 alunos e 44 professores, das turmas seleccionadas numa Escola Preparatória e duas Secundárias de Coimbra.

Utilizou-se para tal um questionário anónimo de resposta fechada, que contemplava as seguintes variáveis:

- a) **de caracterização individual:** idade, sexo e ano de escolaridade;
- b) **de auto-percepção do estado de saúde:** classificado como "muito bom", "bom", "razoável" e "mau";
- c) **de concepção do termo "saudável":** relativas a parâmetros biológicos, recursos básicos, ambiente relacional e de responsabilidade individual;
- d) **de responsabilidade pela saúde:** considerando como atributos "o próprio", "o próprio e a família", "o próprio + S. saúde", "o próprio + escola", "outros" e ainda combinações dos anteriores;
- e) **relativas a comportamentos julgados prejudiciais para a saúde.**

4. RESULTADOS

A distribuição segundo o sexo e grupo etário de alunos e professores contemplados na amostra, encontra-se resumida nas Figuras 1 e 2.

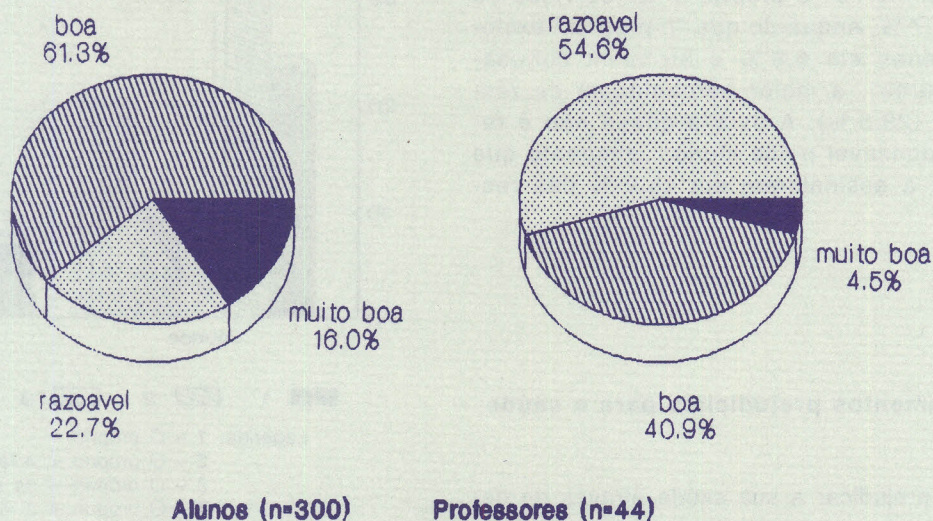


Figs. 1 e 2 - Distribuição segundo o sexo e idade de Alunos e Professores

4.1. Auto-percepção do estado de saúde

Verificou-se, como ilustram as figuras 3 e 4, que nenhum aluno ou professor considerou a sua saúde como "má", enquanto 61.3 % dos alunos e 40.9 %

dos professores a consideraram "boa". Por "razoável", foi entendida a saúde de 22.7 % dos alunos e 54.6 % dos professores. Finalmente destes, apenas 4.5 % a consideraram "muito boa", tal como 16 % dos alunos.



Figs. 3 e 4 – Auto-percepção do estado de saúde: Alunos e Professores

4.2. O que é ser saudável?

Para esta questão foi proposta uma chave de múltiplas respostas, que se agregaram posteriormente nos seguintes grupos:

- atributos relativos a parâmetros biológicos;
- atributos relacionados com recursos básicos;
- de ambiente relacional;
- factores relacionados com a responsabilidade individual.

Foram consideradas para esta pergunta duas prioridades. Na primeira prioridade, a maior percentagem de respostas, quer de alunos (53,2%), quer de professores (32,1% concentrou-se no grupo *d*) (fig. 5) o que parece traduzir uma maior importância atribuída por ambos, aos factores relacionados com a responsabilização de cada um pela sua saúde.

Como segunda prioridade, surgem os parâmetros biológicos para os alunos (34,8%), o mesmo acontecendo com os professores (28,6%) que os colocam aqui, em igualdade com os factores de responsabilização pessoal.

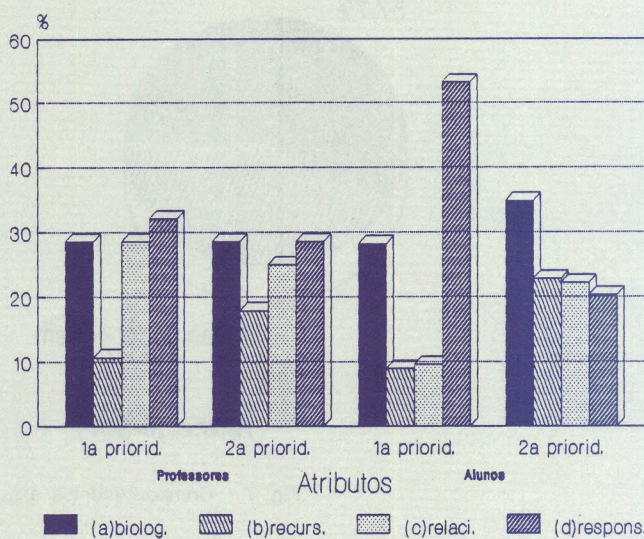


Fig. 5 – O que é "ser saudável" na perspectiva de alunos e professores

4.3. Quem é responsável pela sua saúde?

As respostas dadas a esta pergunta estão, de uma forma geral, em concordância com as que foram dadas à pergunta

precedente. Assim, verificamos na figura 6 que para os alunos, 41 % atribuem a responsabilidade pela sua saúde "ao próprio e à família", enquanto que 23.7 % exclusivamente "ao próprio".

Os professores responsabilizam de igual modo "o próprio + a família" e "o próprio + os serviços de saúde" com 22.7 %, enquanto que "o próprio" exclusivamente, apenas em 6,8 % e atribuem curiosamente "aos outros", a maior percentagem de responsabilização (29.5 %). A escola quase não é referida com responsável pelos alunos, enquanto que os professores a assinalaram em 15.9 % das respostas.

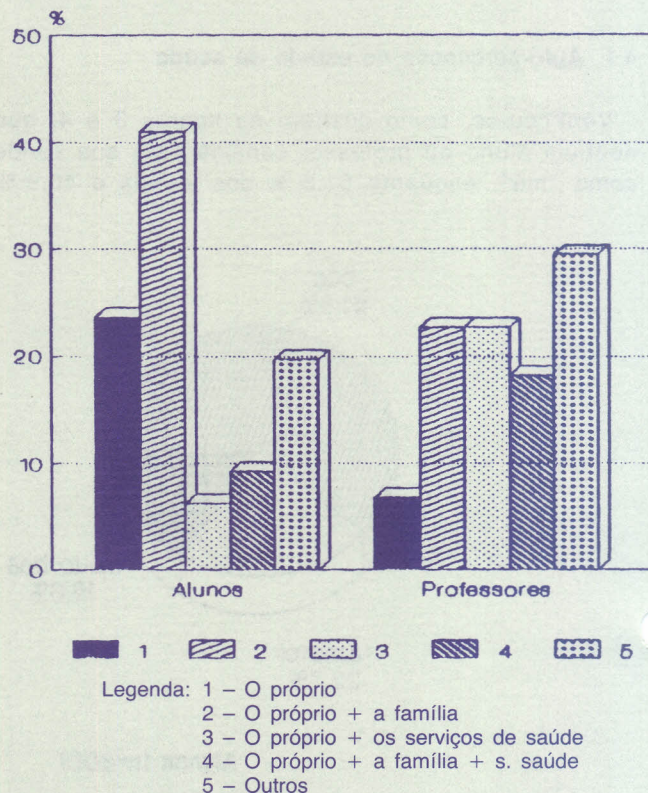


Fig. 6 - Quem é responsável pela saúde, segundo os alunos e professores

4.4. Comportamentos prejudiciais para a saúde

Reconhecem prejudicar a sua saúde através de determinados comportamentos referenciados e para tanto assumidos, 68.2 % dos professores e 57.7 % dos alunos (Fig. 7).

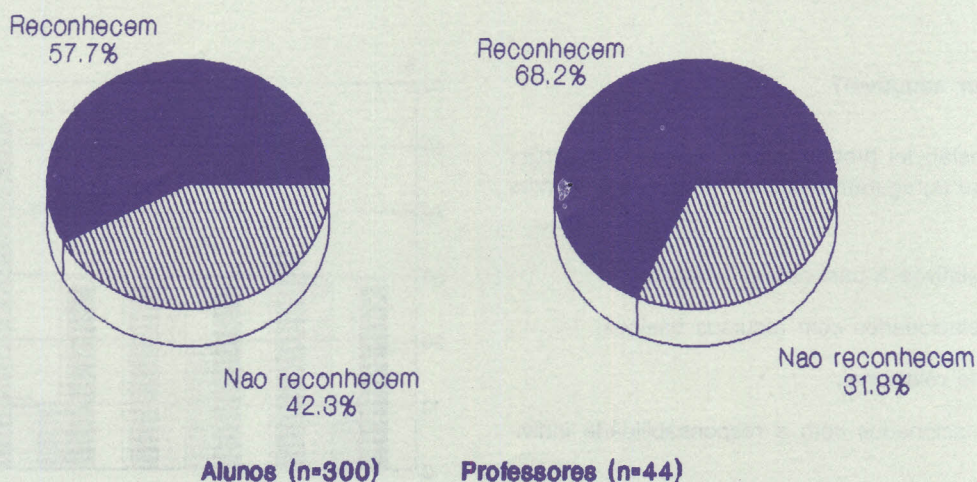


Fig. 7 - Comportamentos assumidos como prejudiciais para a saúde

A especificação dos tipos de comportamentos prejudiciais, mostrou para alunos e professores a distribuição representada na figura 8.

É de assinalar o grande peso atribuído aos "maus hábitos alimentares" em 39.1 % dos alunos e ao "trabalho + stress", referido por 24 % dos professores.

Os hábitos tabágicos referidos pelos alunos, registaram-se na sua grande maioria entre os 14

e os 18 anos, sendo o predomínio no sexo masculino.

A droga com 2.5 %, só foi referida pelo sexo masculino.

Dado o enorme peso relativo atribuído ao grupo de "outros", analisou-se este com maior pormenor, sendo de salientar a importância dada pelos professores à falta de exercício físico e pelos alunos à ingestão de bebidas alcoólicas (nas faixas etárias mais elevadas).

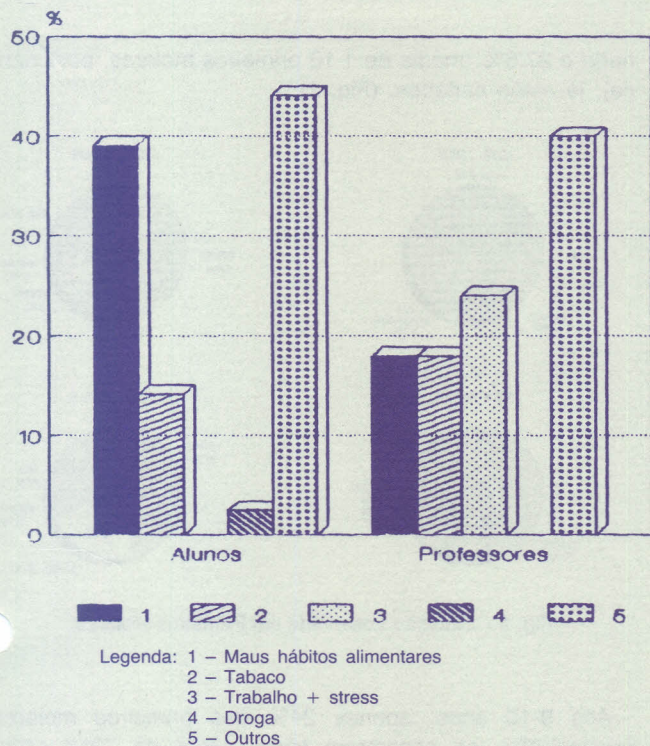


Fig. 8 – Tipos de comportamento assumidos como prejudiciais para a saúde.

Um número assinalável refere ainda a poluição e o viver na cidade como tendo alguma responsabilidade no seu estado de saúde.

4.5. Local para discussão livre.

Quando questionados acerca do benefício da existência de um local nas escolas, onde os alunos pudessem discutir livre e voluntariamente temas que os preocupam, obtiveram-se respostas afirmativas em 100% dos professores e em 95.0% dos alunos.

4.6. Temas de saúde que gostariam de ver discutidos

Neste capítulo a preferência quer de alunos quer de professores, foi para os temas ligados à alimentação (Fig. 9) com 30.3% e 26.6%, respectivamente. Seguindo-se-lhes em ambos os grupos os temas sobre sexologia e doenças sexualmente transmitidas e posteriormente outros assuntos como a droga, hábitos prejudiciais, etc.

Interrogados sobre se aceitariam vir a colaborar nessas sessões, apenas 41% dos professores responderam afirmativamente. Ainda assim, somente 29.5% dos professores acham oportuno incluir temas sobre saúde em qualquer aula. Deverá ser tido em conta que 52.2% dos professores que participaram no estudo provinham da área de Letras e 41.4% de Ciências.

Contudo, não se verificou existir qualquer associação entre a resposta dada a este "item" e a área de proveniência do professor, tendo até sido encontradas bastantes respostas favoráveis oriundas de áreas aparentemente não relacionadas com a saúde.

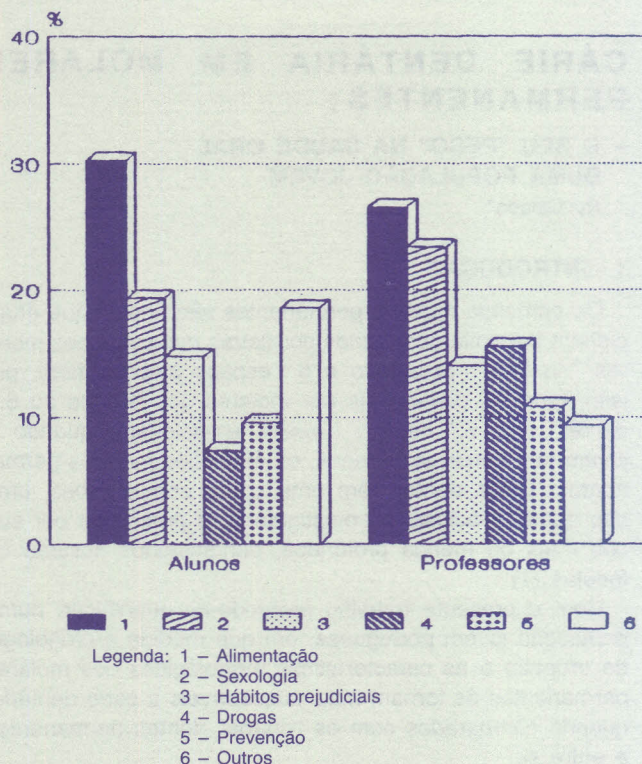


Fig. 9 – Temas de saúde que alunos e professores gostariam de ver discutidos.

5. CONCLUSÕES

Poderemos salientar como principais conclusões do presente estudo, as seguintes:

- a maioria dos alunos considerou a sua saúde como boa e nenhum aluno ou professor a classificou como má;
- os parâmetros individuais de responsabilidade pela saúde do "próprio", foram referidos como primeira opção quer por professores, quer pelos alunos, o que traduz a nosso ver um elevado sentido de responsabilidade pessoal;
- a responsabilidade própria e familiar é opção prioritária dos alunos e professores, atribuindo estes alguma importância à escola, o que não se verifica nos alunos;
- as maiores preocupações face aos comportamentos prejudiciais vão para os hábitos alimentares e o excesso de trabalho e "stress", respectivamente nos alunos e professores;
- quanto aos temas de saúde que gostariam de ver tratados nas escolas, a alimentação e a sexologia recolhem a preferência de alunos e professores.

De uma forma genérica através desta sondagem de opinião poderemos pensar que se esteja a dar um salto qualitativo no conceito de saúde, sendo este encarado prioritariamente como de responsabilidade própria, da família e dos serviços de saúde.

Dada a situação privilegiada de inserção do médico de família na comunidade, é fundamental a sua acção como promotor de saúde, sendo relevante a sua intervenção como elo de ligação entre o adolescente, a família, a escola e a comunidade.

CÁRIE DENTÁRIA EM MOLARES PERMANENTES:

- O SEU "PESO" NA SAÚDE ORAL DUMA POPULAÇÃO JOVEM

Rui Calado*

1. INTRODUÇÃO

Os primeiros molares permanentes são dentes que erupcionam por volta dos 6 anos por detrás dos segundos molares "de leite", ocupando o 6.º espaço alveolar (são, por isso, também conhecidos por molares dos 6 anos ou 6.ºs dentes). No 7.º espaço alveolar erupcionam, quando o jovem tem cerca de 12 anos, os segundos molares permanentes. Estes dentes têm uma coroa com 5 faces, uma das quais, a oclusal ou mastigatória, é percorrida por sulcos mais ou menos profundos, denominados fissuras ou focetas (1).

Com o presente trabalho pretende-se quantificar, numa população jovem portuguesa, em que medida a cronologia de erupção e as características morfológicas dos molares permanentes os tornam mais susceptíveis à cárie dentária, quando comparados com os "outros" dentes permanentes e entre si.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foram rastreados todos os jovens nascidos em 1983, 80, 77 e 74 que em Maio de 1990, frequentaram as escolas públicas de 4 concelhos rurais do distrito de Castelo Branco (Belmonte, Oleiros, Proença-a-Nova e Vila de Rei), (Quadro I).

Quadro I - Pessoas rastreadas, por grupo etário

Idade	N.º Pessoas
6 - 7 (1983)	205
9 - 10 (1980)	253
12 - 13 (1977)	252
15 - 16 (1974)	114
Total	824

A observação foi efectuada por 3 higienistas orais que, para além de terem uma formação comum, se submeteram a exercícios de aferição de qualidade.

Usaram-se os critérios de diagnóstico definidos pela "Oral Health Unit" da O.M.S. (2).

3. RESULTADOS

Primeiros Molares Permanentes

Nas crianças observadas, com 6-7 anos, 23% dos primeiros molares permanentes ainda não tinham erupcio-

nado e 27.5% (média de 1.10 primeiros molares, por criança), já estão cariados. (Fig. 1)

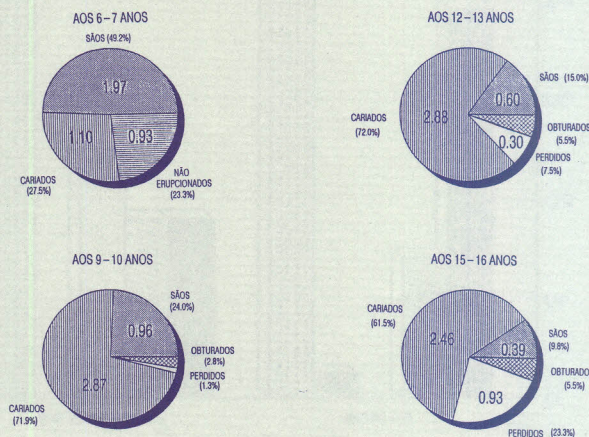


Fig. 1 - Situação observada em Primeiros Molares

Aos 9-10 anos, apenas 24% dos primeiros molares permanentes se encontram são, cerca de 72% estão cariados e começam a surgir alguns casos de dentes perdidos.

Aos 12-13 anos, mantêm-se são 15% dos primeiros molares erupcionados; dos restantes, 72% têm cáries (média de 2.88 por jovem observado) e 7.5% estão irremediavelmente perdidos.

Aos 15-16 anos, a percentagem dos primeiros molares que mantêm a sua integridade é inferior a 10%; verifica-se um enorme acréscimo de dentes perdidos, situação observada em cerca de 1/4 da totalidade dos primeiros molares.

Segundos Molares Permanentes

Aos 12-13 anos, 29% dos segundos molares permanentes ainda não erupcionaram e 27% (média de 1.08 segundos molares, por criança) já estão cariados. (Fig. 2)

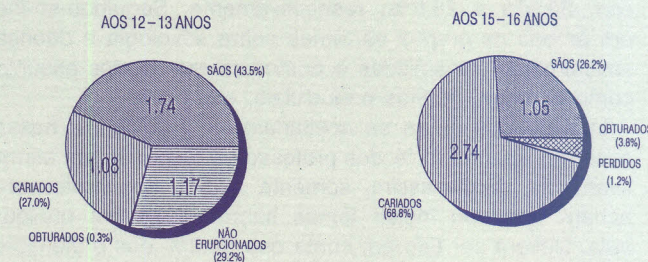


Fig. 2 - Situação observada em Segundos Molares

Aos 15-16 anos, 70% destes dentes encontram-se ou cariados ou perdidos e apenas 26% estão, ainda, íntegros.

* Assistente de Saúde Pública
Divisão de Saúde Oral - DGCSP

Primeiros e Segundos Molares Permanentes

Dos 8 primeiros e segundos molares permanentes existentes na boca, 56% aos 12-13 anos e 82% aos 15-16 anos, são portadores de cárie dentária.

Nos grupos estudados, em mais de 96% dos dentes molares afectados, a cárie localiza-se na superfície mastigadora (oclusal).

Em qualquer dos grupos, dos dentes que já contraíram a doença, são menos de 7% os que foram recuperados por tratamento estomatológico.

"Outros" Dentes Permanentes

No grupo com 6-7 anos, os dentes permanentes com cárie dentária, são todos primeiros molares (Fig. 3).

Aos 9-10 anos, apenas 12% das cáries que afectam a dentição permanente, não se localizam em molares.

Aos 12-13 e 15-16 anos, esses valores sobem para 30 e 37.5%, respectivamente.

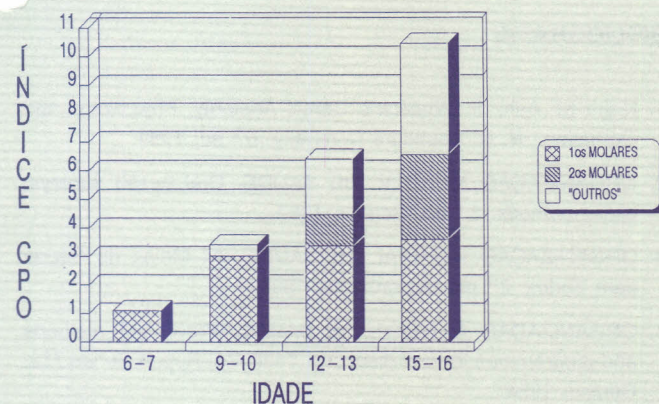


Fig. 3 - Peso dos molares, no índice CPO**

Portadores de Cárie Dentária

A observação da figura permite constatar, em todos os grupos estudados, que a percentagem de indivíduos atingidos por cárie na globalidade da dentição permanente, é sobreponível à observada nos atingidos por cárie em primeiros molares. A partir dos 9-10 anos, mais de 90% da população estudada é portadora de doença em primeiros molares. Depois dos 15-16 anos, 90% da população é também portadora de doença em segundos molares. (Fig. 4)

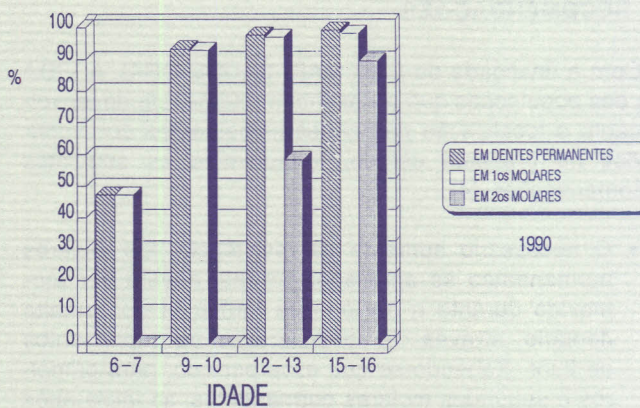


Fig. 4 - Percentagem de pessoas que contraíram cárie

A percentagem de jovens com 3 ou 4 primeiros molares cariados é de 68% aos 9-10 anos: São 62% os indivíduos de 15-16 anos com 3 ou 4 segundos molares cariados (Quadro II).

Quadro II - Percentagem de jovens, segundo o estado dos molares permanentes.

Tipo de dente e idade	% jovens, segundo o n.º de dentes já atingidos por cárie					% jovens com todos os dentes sãos
	Com os 4	Com 3	Com 2	Com 1	Total	
1.ºs mol., aos 9 - 10 anos	47.4	20.6	12.3	11.1	92.9	7.1
2.ºs mol., aos 15 - 16 anos	43.0	19.3	16.7	10.5	89.5	10.5

4. DISCUSSÃO

A precocidade de instalação da cárie dentária nos primeiros molares permanentes, atingindo especialmente a sua face mastigatória, leva-nos a pensar que o factor causal que mais contribui para este facto, é a vulnerabilidade do hospedeiro. O estudo revela que também os segundos molares são altamente susceptíveis à cárie. Os níveis de

prevalência desta doença, observados quer em primeiros, quer em segundos molares, 3 anos após a respectiva erupção, são manifestamente semelhantes. De facto, os níveis de prevalência são independentes do tipo de molar considerado ($\chi^2 = 1.22$), contrariando o que, habitualmente, é referido na literatura.

Os níveis de doença na população com 12-13 anos (elevados, segundo a classificação da O.M.S.) apontam para uma forte presença dos restantes factores causais da cárie dentária (bactérias cariogénicas e alimentos açucarados ingeridos desregradadamente), entre a população estudada.

** O índice "cpo" representa o número médio de dentes criados, perdidos devido a cárie e obturados, por criança (cpo para a dentição temporária e CPO para a permanente).

Entre os 12 e os 16 anos, acentua-se o aumento das cáries em "não molares". Este facto, sugere uma menor susceptibilidade destes dentes à cárie dentária, porém incapaz de evitar que agressões ácidas frequentes originem cáries.

A análise dos dados obtidos, revela que o nível de incidência de cárie na dentição permanente, entre os 6 e os 16 anos, é de, aproximadamente, 1 cárie/criança/ano.

A enorme quantidade de dentes perdidos nos grupos mais velhos, confirma a esperada inexistência de respostas curativas eficazes.

5. RECOMENDAÇÕES

Com a finalidade de DAR MAIS SAÚDE ORAL À VIDA (3) das populações que apresentem padrões de desenvolvimento e localização das cáries semelhantes aos verificados no presente estudo, formulam-se as seguintes recomendações (4):

- O necessário aumento da resistência dos molares permanentes às agressões ácidas, deverá ser promovido durante o período de formação do esmalte dentário, através da administração de suplementos de flúor. Sabendo-se que esse período, para primeiros e segundos molares permanentes, se inicia após o nascimento da criança e se prolonga até aos 7-8 anos, facilmente se compreende que a administração sistémica de flúor deve ser iniciada nas primeiras semanas de vida.
- O desenvolvimento de COMPORTAMENTOS FAVORÁVEIS À SAÚDE ORAL, junto de todos os intervenientes neste processo, é seguramente a recomendação mais importante. Nos primeiros anos de vida das crianças, os pais são os principais "actores", porque são eles que administram o flúor, determinam a dieta e promovem a higiene oral dos filhos. Por isso, é importantíssimo que os profissionais de saúde os informem adequadamente (5) e os motivem. A partir do ingresso na escola, também educadores e professores poderão desempenhar um importante papel na EDUCAÇÃO EM SAÚDE ORAL,

pelo que se revela do maior interesse o desenvolvimento e aperfeiçoamento de programas escolares (6), que não "esqueçam" a indispensável informação/formação aos profissionais de educação.

- O "peso" das cáries dos molares permanentes é de tal forma grande, no total de doença observada na dentição permanente, que se recomenda o desenvolvimento de programas de prevenção experimentais, especialmente orientados para a protecção específica das faces mastigatórias dos molares. Os programas de selantes de fissura que a Divisão de Saúde Oral tem ajudado a desenvolver (7), incluem-se neste grupo. A sua eficácia e eficiência, quando aplicados em diferentes comunidades, estão a ser testados.

BIBLIOGRAFIA

1. Major M. Ash, Jr. Wheeler's Dental Anatomy, Physiology, and Occlusion. W. B. Saunders Company. 6.ª ed. 1984.
2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Oral health surveys: basic methods. 3.ª ed. Geneve 1987.
3. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. As Metas da Saúde para Todos. 2.ª ed. Copenhague 1986.
4. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Prevention methods and programmes for oral diseases. Technical Report Series 713, Geneve 1984.
5. DIRECÇÃO GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. Saúde Oral em Saúde Materna e Infantil. Divisão de Saúde Oral. Lisboa 1989.
6. DIRECÇÃO GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar (Policopiado). Serviço de Saúde Escolar e Divisão de Saúde Oral. Lisboa 1989.
7. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Monitoring and evaluation of oral health. Technical Report Series 782. Geneve 1989.

DIRECÇÃO-GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
SERVIÇO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1056 LISBOA Codex

Tel. 352 45 15
Telex: 64237

COMPOSTO E IMPRESSO NA GRÁFICA MONUMENTAL, LDA.
RUA NEVES FERREIRA, 13, 1.º — 1100 LISBOA
JULHO 90
2000 EXEMPLARES
DEPÓSITO LEGAL 33.517/90
ISSN 0871-0813

Autorizada a reprodução total ou parcial de figuras e texto sem autorização prévia, desde que sejam referidas a fonte e o autor