

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA - FOP



1290004267

TCE/UNICAMP
Sh68p
FOP

PERLA PORTO LEITE SHITARA

**A PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS DO CONJUNTO HOSPITALAR DE
SOROCABA EM RELAÇÃO À IMPORTÂNCIA DA SAÚDE ORAL.**

Monografia apresentada à Faculdade de
Odontologia de Piracicaba, da
Universidade Estadual de Campinas,
como requisito para obtenção de Título de
Especialista em Saúde Coletiva.

Piracicaba

2008

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA – FOP

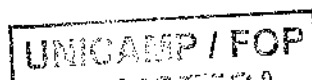
Perla Porto Leite Shitara

**A percepção dos médicos do Conjunto Hospitalar de Sorocaba
em relação à saúde oral.**

*The Doctors of Sorocaba Joint Hospital's perception about the
importance of oral health.*

Monografia apresentada à Faculdade de
Odontologia da Unicamp para obtenção
do Título de Especialista em Saúde
Coletiva, sob orientação da Prof^a. Dr^a.
Rosana de Fátima Possobon

Piracicaba
2008



ade - FOP/UNICAMP

.....

68p Ed.

..... Ex.

4267

C ☐ D ☒

16P148/2009

R\$ 11,00

27-11-2009

472.336

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
Bibliotecária: Marilene Girello – CRB-8ª. / 6159

Sh68p Shitara, Perla Porto Leite.
A percepção dos médicos do Conjunto Hospitalar de Sorocaba em relação à saúde oral. / Perla Porto Leite Shitara. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2008.
36f. : il.

Orientador: Rosana de Fátima Possobon.
Monografia (Especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Saúde coletiva. 2. Saúde bucal. I. Possobon, Rosana de Fátima. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

(mg/fop)

Dedico este trabalho à minha família.

Ao Edson, marido e companheiro constante e

Pedro, meu filho querido.

Agradecimentos

A Prof^ª. Dr^ª. Rosana de Fátima Possobon, que me permitiu saborear o campo da pesquisa. Foi de grande valia a sua presença em minha vida. Obrigado por acreditar no meu idealismo!

Ao Prof. Dr. Gozzano, pelo seu acolhimento despretenso, ensinamentos e conselhos, os quais nortearam minha visão estatística e profissional.

Ao corpo clínico médico do Conjunto Hospitalar que colaborou graciosamente durante todo o período de coleta de dados.

A Valmei, grande amiga! Seu apoio também foi fundamental.

Ao Conjunto Hospitalar, profissionais, funcionários e pacientes que compartilham comigo da jornada diária do constante aprender.

“Nada deve ser impossível de mudar.”

(Bertold Brecht)

“Tudo posso naquele que me fortalece.”

(Felipenses, 4:13)

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo avaliar o conhecimento e atitudes dos médicos que atuam na unidade hospitalar pública Conjunto Hospitalar de Sorocaba (C.H.S.) em relação à saúde oral. Tratou-se de um estudo transversal descritivo que abrangendo uma amostra de 80 (oitenta) médicos, escolhidos de forma aleatória, que pertenciam ao corpo clínico desta unidade hospitalar e prestavam assistência em ambulatórios, unidades de emergência, centros cirúrgicos e enfermarias do C.H.S.. Elaborou-se, para a coleta das informações, um roteiro de entrevista estruturado composto por 25 questões com variáveis qualitativas e quantitativas. Obteve-se aprovação do Comitê de Ética. Foram utilizados os testes Quiquadrado e G de Cochran para a análise estatística. Os resultados mostraram que o médico tinha uma percepção da real condição de sua cavidade bucal, mesmo possuindo pouco conhecimento das patologias da cavidade bucal (teste de qui-quadrado de 24,788; $gl = 6$ e $p = 0,000$). Este profissional apresentou disponibilidade para atuar como agente promotor de saúde oral, pois orientava seus pacientes sobre cuidados com a saúde oral e os encaminhava para consultas odontológicas de rotina (teste de qui-quadrado de 17,986, $gl = 1$ e $p = 0,000$). Embora ele tivesse consciência da importância da saúde oral e da sua influência na qualidade de vida de seus pacientes (teste de qui-quadrado de 5,997, $gl = 1$ e $p = 0,014$) ele não executava avaliação da cavidade bucal de seus pacientes, alegando que o tempo empregado para realizar as consultas era insuficiente para repassar informações sobre a importância da saúde bucal (teste de qui-quadrado de 7,265, $gl = 1$ e $p = 0,007$). Concluiu-se que os médicos do C.H.S. demonstraram percepção a respeito da importância da saúde bucal e das suas implicações para sua saúde geral e qualidade de vida de seus pacientes.

ABSTRACT

This study had as objective to evaluate the knowledge and attitudes of the doctors who act in the hospital unit public "*Sorocaba Joint Hospital's*" (CHS) in relation to the oral health. It was a transversal study with a sample of 80 (eighty) chosen doctors of random form, which belonged to the clinical body of this hospital unit and gave assistance in ambulatory, surgical units of emergency, centers and infirmaries of the C.H.S. Approval of the Committee of Ethics before the beginning of the study was gotten. It was elaborated, for the collection of the information, a script of interview structuralized composed for 25 questions (qualitative and quantitative). For the analysis of the results the tests were Quiquadrado and G of Cochran. The results had been: the doctor had perception of the real condition of its mouth, exactly possessing little knowledge of the oral diseases (test of qui-square of 24,788; $gl = 6$ and $p = 0,000$); this professional presented availability to act as promotional agent of oral health, therefore, guided its patients on cares with the oral health and always directed them for dentistry (test of qui-square of 17, 986, $gl = 1$ and $p = 0,000$); it had conscience of the importance of the oral health and of its influences in the quality of life of patients (test of qui-square of 5, 997, $gl = 1$ and $p = 0,014$), but, did not executed mouth's evaluation of the patients, therefore, the used time to carry through the consultations was insufficient to say information on the importance of the oral health (test of qui-square of 7, 265, $gl = 1$ and $p = 0,007$). One concludes that the doctors who had participated of this study had demonstrated to perception regarding the importance of the oral health and its implications for its general health and quality of life of the patients.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 01 - Caracterização da amostra.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

C.H.S.: Conjunto Hospitalar de Sorocaba

SUMÁRIO

	página
Resumo.....	06
Abstract.....	07
Saúde Oral e Sistêmica.....	11
Percepção da Saúde Oral - Qualidade de Vida.....	16
O Médico e A Promoção de Saúde Bucal.....	19
Metodologia.....	21
Resultados.....	23
Discussão.....	25
Conclusão.....	29
Referências Bibliográficas.....	31
Anexo I.....	35
Anexo II.....	36

1- SAÚDE ORAL E SISTÊMICA

As doenças da cavidade bucal estão dentre as mais comuns desordens de saúde. Elas resultam em 189 milhões de horas de trabalho não realizado e 51 milhões de horas escolares perdidas por ano. Com o avançar da idade da população, estima-se que haverá uma elevação da prevalência dos problemas de saúde bucal (Lokshin, 1994).

A boca pode funcionar como um sistema de alarme precoce para algumas doenças e também ser significativamente útil na compreensão dos órgãos e sistemas das diversas partes do corpo. Vários sinais e sintomas de uma doença, comportamento, estilo de vida e exposição a toxinas podem ser detectados dentro da boca, assim como em todo o complexo crânio facial. A identificação precoce de doenças na cavidade bucal pode contribuir para o diagnóstico e o tratamento antecipados de um número elevado de doenças sistêmicas (Balwant, 2007).

Algumas doenças sistêmicas e/ou os efeitos adversos de seus tratamentos podem levar a um aumento das doenças bucais devido à uma série de fatores, tais como redução do fluxo salivar, alteração da sensibilidade da boca, alteração do paladar e do olfato, dores orofaciais, hiperplasia gengival, reabsorção do osso alveolar e mobilidade dentária. (Peterson et al., 2003). Concomitantemente, as doenças da cavidade oral que não são tratadas têm sido associadas à complicações severas tais como pneumonias, infecções do trato urinário, febre, septicemia, mediastinites, abscessos intra-cranianos, osteomielite facial e sinusites (Hollister et al., 1993).

Em pacientes imunocomprometidos, tais como os pacientes com órgãos transplantados, o cuidado com a cavidade oral deve ser especial, uma vez que a

boca é um reservatório potente de patógenos, fungos, bactérias e vírus, que podem multiplicar e causar doenças. (Johnson et al., 2006). Estes pacientes, por apresentarem um elevado risco para lesões nas mucosas, podem desenvolver candidíase, herpes e leucoplasia (Morato et al., 2002).

Um outro grupo de pacientes cuja relação saúde sistêmica-saúde oral requer especial atenção são os idosos. Devido ao aumento no consumo de medicamentos e à susceptibilidade para adquirir doenças, os idosos são comumente acometidos por xerostomia. Muitas drogas ou classes de drogas têm sido associadas à xerostomia (Sreebny et al., 1997). Giancio et al. (2005) informam que há mais de quatrocentos medicamentos que causam xerostomia como efeito colateral.

O quadro de xerostomia é preocupante porque a saliva realiza a principal função antimicrobiana na proteção de ambos os tecidos bucais, moles e duros. Devido ao declínio no fluxo salivar, estes pacientes acumulam excessiva quantidade de biofilme de placa em seus dentes, a qual contém não somente patógenos periodontais, mas também, patógenos da cárie. Alguns dos mais comuns grupos de medicamentos que causam xerostomia são medicações cardiovasculares, antidepressivos, sedativos, analgésicos de ação central, medicamentos anti-Parkinson e antialérgicos (Giancio et al., 2005).

Existem outras medicações de uso sistêmico que interferem com o equilíbrio bucal, por exemplo induzindo o crescimento gengival, tais como a fenitoína e os bloqueadores de canais de cálcio (Giancio et al., 2005).

Outra alteração sistêmica que tem relação com a saúde oral é a osteoporose, uma doença degenerativa associada à perda de osso mineral. Esta desordem esquelética, caracterizada pelo comprometimento da resistência óssea,

predispõe um aumento no risco de fraturas (Kim et al, 2006). A osteoporose tem sido sugerida como um fator de risco para a perda de osso na cavidade bucal e para a perda dentária devido à queda na densidade óssea dos maxilares que sustentam os dentes. Mulheres com quadros severos de osteoporose têm 3 vezes mais experiências de perda dentária do que aquelas que não apresentam esta condição sistêmica (Balwant, 2007). Giancio (2005) relata que o uso prolongado de corticóides como metilpredinisona e predinisona podem resultar em osteoporose, a qual pode ser observada na maioria dos ossos longos, podendo, também, ocorrer no osso alveolar.

O sangramento gengival, como outro efeito colateral de medicação, de manifestação oral, pode ocorrer em pacientes que fazem uso de anticoagulantes orais, agentes anti-trombóticos, drogas antiinflamatórias não esteroidais e aspirina (Giancio, 2005).

A saúde oral pode determinar até partos prematuros. Existem evidências de que mães que tiveram partos prematuros apresentavam maior incidência de doença periodontal, indicando que infecções bucais podem interferir no desenvolvimento do feto. As infecções estimulam a formação de mediadores inflamatórios, que podem afetar a placenta e o feto (Almeida et al., 2003). Estas infecções orais podem, também, contribuir para nascimento de crianças de baixo peso. Por outro lado, a gestação também pode afetar a saúde oral. As mudanças nos níveis hormonais durante a gravidez são capazes de promover uma inflamação denominada gengivite gravídica (Balwant, 2007).

Para os indivíduos com função neurológica comprometida, os patógenos orais frequentemente aspirados podem levar a quadros de pneumonia (Kim et al, 2006). As pneumonias são causadas por bactérias, micoplasmas, fungos, vírus e

parasitas que colonizam a orofaringe e, posteriormente, podem alcançar as regiões inferiores do trato respiratório. As bactérias mais comuns são *Streptococcus pneumoniae*, *S. pyogenes*, *Mycoplasma pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*. Considera-se que bactérias da placa dental, principalmente em indivíduos debilitados, possam agravar as doenças respiratórias (Almeida et al., 2003). A associação entre a presença de dentes e pneumonia por aspiração está comprovada em pacientes idosos hospitalizados, que têm o fluxo salivar diminuído e a higiene oral deficiente, resultando na formação de uma placa com elevado número de bacilos gram-negativos (Hollister et al., 1993). Quadros de pneumonia podem resultar de bactérias anaeróbias e a placa dentária parece ser uma fonte lógica dessas bactérias, especialmente em doentes com periodontopatias, as quais abrigam um grande número de bactérias subgengivais, particularmente as anaeróbicas (Balwant, 2007).

Estudos têm demonstrado que indivíduos com diabetes são mais susceptíveis a doença periodontal e podem sofrer mais perdas dentárias do que as pessoas não portadoras de diabetes. O diabetes mellitus é considerado pela Organização Mundial da Saúde e pela Federação Internacional de Diabetes como uma epidemia global, que atinge aproximadamente 194 milhões de pessoas no mundo. No Brasil, estima-se que 7,6% da população, na faixa etária entre 30 a 69 anos, sejam portadores dessa enfermidade sistêmica (Santana et al., 2007). A relação entre esta doença e perdas dentais é mais grave quando o quadro de diabetes é pobremente controlado. Por outro lado, a doença periodontal severa pode aumentar o nível de glicose no sangue, colocando os pacientes com diabetes sob risco (Balwant, 2007). Almeida et al. (2003) relataram que pacientes diabéticos tratados da doença periodontal necessitavam de menor quantidade de

insulina.

Outra relação importante entre saúde oral e sistêmica diz respeito às doenças cardiovasculares. A doença cardiovascular é uma causa comum de morte (29% das mortes no mundo), sendo a aterosclerose destacada como principal causa de todas as doenças cardiovasculares. Vários estudos comprovam a associação entre doença periodontal e doenças cardiovasculares. O DNA de microrganismos da placa dentária, como Actinobacillus actinomycetemcomitans, Porphyromonas gingivalis e Prevotella intermedia foram detectados por PCR em 22% a 26% dos ateromas (Almeida *et al.*, 2003). A Endocardite Infecciosa está associada à flora oral e o tratamento odontológico. Sua frequência e prevalência elevam-se bastante entre as pessoas idosas em virtude do aumento de próteses valvares e presença de doença cardiovascular aterosclerótica. Rotineiramente, estes pacientes são medicados antes da realização do procedimento odontológico, devido ao risco de endocardite infecciosa. Entretanto, estudos demonstram que os episódios desta doença elevam-se quando não é realizado o tratamento odontológico (Hollister *et al.*, 1993). A inflamação crônica é considerada como fator desencadeante e perpetuador da doença aterosclerótica. Neste caso, inúmeros estudos têm avaliado o papel da doença periodontal sobre o desenvolvimento desta doença (Serrano *et al.*, 2006).

As bactérias orais têm sido descritas, também, como causadoras de abscessos cerebrais. Almeida et al. (2003) relataram a associação destes abscessos com Streptococcus milleri e S. sanguis, onde as únicas evidências de infecção encontradas foram quatro dentes molares com doença periodontal.

Os pacientes portadores de depressão, quadros alérgicos, hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva e distúrbios do sono necessitam receber muitas

medicações e, portanto, requerem monitoramento contínuo de sua saúde bucal (Lokshin, 1994).

Desta forma, as condições da saúde bucal possuem impacto sobre toda a saúde e o bem estar do indivíduo. Um declínio no funcionamento da saúde bucal pode afetar de forma significativa a nutrição e qualidade de vida das pessoas (Kim *et al.*, 2006).

Assim, a melhor compreensão dos processos das doenças orais e sistêmicas e sua relação torna-se necessária para promover os cuidados de saúde geral e assegurar que todas as infecções sejam tratadas de forma apropriada (Hollister *et al.*, 1993).

2- PERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL - QUALIDADE DE VIDA

A noção de que os indivíduos concebem diferentes sentidos à sua boca, a partir da experiência, da vivência e da importância que esta apresenta em seus cotidianos é uma constatação importante para a odontologia e para apreensão dos sentidos e dos significados da cavidade bucal em diferentes realidades sociais, relacionando-se com práticas culturais, com a subjetividade e com o aprendizado do meio (Ferreira *et al.*, 2006).

A percepção da saúde bucal e a importância dada à ela é que condicionam o comportamento do indivíduo de buscar ou não por tratamento odontológico. Na maioria das vezes, a razão para as pessoas não procurarem o atendimento odontológico é a não percepção de suas necessidades. Quando as pessoas percebem sua condição bucal, o fazem com certa precisão. Entretanto, usando critérios diferentes dos do profissional. Enquanto o cirurgião- dentista avalia a

condição com base na ausência ou presença de doença, o paciente dá mais importância aos sintomas e problemas funcionais e sociais que são ocasionados pela presença da doença (Bortoli *et al.*, 2003). Esta percepção associa-se aos aspectos físicos e subjetivos relacionados à boca, é influenciada por fatores sociais, econômicos, pela idade, sexo e classe social do indivíduo. Para muitas patologias, a necessidade percebida depende das crenças e do conhecimento da pessoa afetada e também dos critérios de valor atribuídos à saúde perdida. Assim, a avaliação da saúde por pessoas leigas difere da que é feita por profissionais, pois os conceitos de má saúde e de doença são determinados por valores culturais (Reis *et al.*, 2006).

Silva *et al.* (2006) relatam que a prevalência das doenças bucais continua sendo descrita em várias populações, mas pouco se sabe sobre como as doenças e os sintomas afetam o dia-a-dia das pessoas e sua qualidade de vida. Mesmo nos países mais desenvolvidos e que oferecem serviços odontológicos à sua população, uma grande parcela não os frequenta porque não tem percepção de sua necessidade.

Petersen (2003) afirma que a saúde bucal é um fator determinante na qualidade de vida e significa muito mais do que um “bom dente”. Ela está integrada à saúde geral, sendo essencial para o bem estar do indivíduo. É o complexo crânio-facial que nos permite falar, sorrir, beijar, tocar, cheirar, provar, mastigar, absorver e chorar de dor.

Sabe-se que a qualidade de vida das pessoas está diretamente ligada ao estado de saúde, tanto das articulações como dos órgãos internos, assim como das condições da saúde bucal. As desordens orais têm um efeito significativo na satisfação do bem estar e da vida dos indivíduos e o acesso aos cuidados orais

apropriados pode melhorar a qualidade de vida total (Locker *et al.*, 2002).

Os efeitos das desordens orais na qualidade de vida incluem dor, estética facial e oral deficientes, dificuldade na alimentação, mastigação e fala, um decréscimo no desejo de interagir socialmente e/ou um pobre senso de bem estar. Cáries, doença periodontal, câncer bucal e também desordens funcionais tais como disfunção temporo-mandibular, xerostomia, edentulismo, fendas labiais e palatinas e maloclusão severa podem comprometer a qualidade de vida. A perda de um dente anterior está relacionada com a perda do conceito positivo de sua pessoa, apresentando sentimentos mais negativos, atingindo as atividades de vida diária. E as doenças que envolvem a cavidade bucal têm conseqüências individuais, familiares, comunitárias e sociais. No nível pessoal, podem afetar o emprego, possibilidades de promoção ou contribuir para o rebaixamento da performance acadêmica e demais aspirações. Já nos aspectos familiares, pode prejudicar um membro da família, tornando-o incapaz de executar as funções domésticas ou de cuidar de um outro indivíduo. Na comunidade, ocorre sofrimento no campo econômico, onde uma população perde tempo de trabalho devido a problemas de origem odontológica (Hollister *et al.*, 1993).

Assim, é de grande valia a contribuição do cirurgião-dentista na promoção da qualidade de vida. Alterações físicas, psicológicas e sociais são importantes na avaliação da saúde oral. Doenças crônicas tais como obesidade, diabetes e cáries estão aumentando nos países desenvolvidos, com a implicação de que qualidade de vida relaciona-se com a saúde oral. Devido ao fato das doenças crônicas orais e sistêmicas apresentarem um determinante comum, mais ênfase deveria ser dada ao fator de risco comum associado. A chave do conceito fundamentando o futuro das estratégias da saúde oral é a interação com esta associação. Através interação da

saúde oral com estratégias para promoção de saúde geral e através da avaliação das necessidades orais nos caminhos da odontologia coletiva, os planejamento de saúde podem enriquecer grandemente a saúde oral e sistêmica (Sheiham, 2005).

3- O MÉDICO E A PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Os médicos que realizam os cuidados primários têm a oportunidade de influenciar na saúde bucal, devido ao seu contato freqüente com crianças e pacientes idosos, durante os exames médicos de manutenção em saúde e visitas durante as condições crônicas. A sobreposição da saúde bucal com problemas médicos gerais tais como diabete, cardiopatia, doença pulmonar, síndrome da imunodeficiência adquirida e neoplasias, coloca o médico da família em uma posição chave na promoção da saúde bucal. Assim, parece importante que o médico tenha conhecimentos das cinco áreas primárias de prevenção de saúde bucal: cárie dentária, doença periodontal, alterações da mucosa bucal, lesões pré-cancerosas e neoplasias e trauma oral (Lokshin, 1994).

Por muitas décadas, médicos e dentistas têm assistido seus pacientes direcionando suas atividades para suas próprias profissões, sem considerar a importância da atuação interdisciplinar para a saúde do paciente. Entretanto, como já foi relatada, a saúde oral é um indicativo da condição de saúde sistêmica (Kim *et al.*, 2006).

Embora a importância da saúde bucal seja reconhecida na prática médica, historicamente pouco tem sido realizado pelos médicos no sentido de estabelecer e garantir linhas de educação e comunicação nesta área. Tendo em vista o escasso número de estudos existentes na literatura, não se sabe exatamente se os médicos

possuem e aplicam os conhecimentos necessários para que possam atuar na manutenção da saúde bucal de seus pacientes (Freira *et al.*, 2000).

Feldens *et al.* (2005) realizaram uma pesquisa com médicos obstetras a respeito da saúde bucal de gestantes. Ao término do questionário, foi deixado um espaço para que os médicos registrassem sugestões, críticas e dúvidas. Os autores relataram que houve uma manifestação quanto à necessidade de maior relacionamento interdisciplinar entre a Odontologia e a Obstetrícia, demonstrando o interesse para a obtenção de conhecimentos.

SCHULTE *et al.* (1992) observaram que as principais fontes de informação sobre o diagnóstico da cárie entre pediatras foram: a própria experiência clínica pediátrica (46%), a residência em pediatria (30%) e, em menor proporção, a Faculdade de medicina (17%).

No Brasil, onde apenas 5% da população freqüentam consultório odontológico particular, o médico tem papel fundamental nas primeiras orientações sobre a saúde bucal (em especial, quanto à prevenção da cárie de mamadeira causada por hábitos inadequados como adormecer mamando). Outras questões surgem ao se estudar esses dados. Não poderia o médico pediatra dar orientações sobre saúde bucal? Ele tem conhecimento suficiente para isto? O que é importante que ele saiba? Há, portanto, uma necessidade de maior integração entre a odontologia e a medicina pediátrica para que esses profissionais estejam aptos a realizar algumas avaliações, dar instruções de dieta e higiene bucal, prescrever flúor se necessário e encaminhar o paciente para o cirurgião dentista em idade adequada (Schalka *et al.*, 1996).

Sabe-se que as patologias da cavidade bucal possuem relação direta com outros danos corporais resultando problemas sistêmicos, psicológicos e sociais.

Apesar de a Odontologia ser reconhecida como fator relevante do bem estar biopsicossocial do ser humano devido suas ações curativas e preventivas, a prevenção das complicações relacionadas com a doença periodontal, cárie dentária e outras doenças crônicas requerem abordagem interdisciplinar, integrando a saúde oral aos cuidados gerais.

O conhecimento dos médicos a respeito da saúde bucal e suas implicações para os pacientes carecem de fundamentação científica. Ações que integrem a medicina e a odontologia, enfatizando a promoção da saúde, pressupõem a interdisciplinaridade entre estas áreas, as quais estão diretamente relacionadas com o bem-estar do paciente.

Assim, o objetivo deste estudo foi investigar o nível de conhecimento e as atitudes de médicos sobre saúde bucal dos pacientes. Este conhecimento permitirá o desenvolvimento de programas de informação direcionados para a classe médica, visando oferecer orientações sobre a importância da saúde bucal e sua direta relação com as condições sistêmicas, promovendo a interdisciplinaridade entre odontologia e medicina e motivando estes profissionais para a educação e promoção da saúde bucal da população.

4- METODOLOGIA

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CCMB – PUC/SP e encontra-se de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Trata-se de um estudo transversal descritivo, cujos dados foram coletados durante o ano de 2007, por meio de entrevista.

Para a realização da entrevista, utilizou-se um roteiro estruturado (**Anexo I**), composto por 25 questões, com variáveis qualitativas e quantitativas que permitiram detectar o nível de conhecimento e as atitudes e práticas dos médicos em relação à sua saúde bucal e à saúde bucal de seus pacientes.

A população de estudo abrangeu cerca de 400 médicos que prestavam assistência em unidades hospitalares pertencentes ao Sistema Único de Saúde e que faziam parte do corpo clínico do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. Os participantes foram escolhidos, de forma aleatória, dentre este universo de médicos, independente da especialidade.

Os participantes foram esclarecidos sobre o projeto e, estando de acordo, receberam duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa (TCLE) (**Anexo II**), devolvendo uma das cópias assinada para o pesquisador. Estimou-se uma amostra de 80 médicos que prestavam assistência nos ambulatórios, unidades de emergência, centros cirúrgicos e enfermarias do hospital citado e estabeleceu-se como critérios de exclusão a população de médicos que desenvolviam atividade administrativa no Conjunto Hospitalar de Sorocaba e não prestavam assistência nos ambulatórios, unidades de emergência, centros cirúrgicos e enfermarias e/ou não tenham assinado o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O processamento dos dados incluiu a codificação, digitação, limpeza e edição dos mesmos. Para a análise dos resultados foram utilizados testes não paramétricos, levando-se em consideração a natureza das variáveis estudadas. O Teste Quiquadrado foi aplicado com o objetivo de comparar grupos em relação às respostas encontradas em cada uma das questões abordadas neste estudo e o Teste G de Cochran com a finalidade de estudar a concomitância das respostas (Siegel,

2006).

5- RESULTADOS

A tabela 1 mostra as características dos médicos que compuseram a amostra.

TABELA 01: **Caracterização da amostra.**

Médicos C.H.S. - Características gerais.	n	%
Sexo masculino	43	53,75%
Sexo feminino	57	46,25%
Graduou em faculdade pública	24	30%
Graduou em faculdade particular	56	70%
Trabalha em instituições públicas	17	21,3%
Trabalha em instituições públicas e privadas	63	78,7%
Área de atuação clínica	62	77,5%
Área de atuação cirúrgica	18	22,5%

Do total da amostra, 16,3% relataram já ter passado por experiência dolorosa odontológica (“dor de dente”). Ao avaliarem a sua saúde oral, 2,5% classificou-a como ruim, 30% como regular e 67,5%, satisfatória.

Quanto ao medo de tratamento odontológico, 38,8% afirmaram que permaneciam apreensivos durante as consultas odontológicas, para 22,5% esta situação era indiferente e 38,8% relataram sentir-se bem ao receber tratamento.

Quanto à etiologia da cárie e da doença periodontal, 76% responderam que não sabiam como ocorria a doença cárie e 72% desconheciam a doença periodontal. Entretanto, cerca de 40% classificaram seu nível de conhecimento em relação às patologias da cavidade oral como regular, 41% como suficiente, 16,3% como ruim e apenas 2,5% ótimo.

A maioria (81,3%) relatou que recebeu informações sobre saúde bucal através de um cirurgião-dentista, 16,3 % durante a graduação e 2,5% não soube relatar. Também, a maioria dos entrevistados (95%) afirmou que as patologias presentes na cavidade oral têm impacto direto na qualidade vida de seus pacientes e 97,5%, que as patologias da cavidade bucal podiam desencadear doenças sistêmicas. Todos os entrevistados concordaram que as patologias sistêmicas proporcionavam alterações na cavidade oral

Quando questionados se orientavam seus pacientes sobre cuidados com a saúde oral, 59% dos médicos abordados afirmaram que sim, mas, 78,8% relataram que o tempo empregado para realizar as suas consultas era insuficiente para repassar informações sobre a importância da saúde bucal. Mais da metade da amostra (52,5%) relatou que examinava a cavidade oral de seus pacientes durante as consultas e 53% realizavam o encaminhamento para um cirurgião-dentista.

Quando confrontados os resultados que expressam a avaliação do médico em relação a sua saúde bucal (ruim, regular, suficiente e ótima) e como este profissional considera seu nível de conhecimento sobre as patologias da cavidade oral (ruim, regular e satisfatório), verificou-se uma correlação estatística significativa (teste de qui-quadrado de 24,788; gl =6 e $p = 0,000$), evidenciando que o médico tem percepção da real condição de sua cavidade bucal, mesmo possuindo pouco conhecimento das patologias da cavidade bucal.

Os dados mostraram, ainda, que os médicos não executam a avaliação da cavidade bucal de seus pacientes e que o tempo empregado para realizar as consultas é insuficiente para repassar informações sobre a importância da saúde bucal (teste de qui-quadrado de 7, 265, gl =1 e $p = 0,007$).

Verificou-se que o médico não executa avaliação da cavidade bucal de

seus pacientes e que o tempo empregado para realizar as consultas é insuficiente para repassar informações sobre a importância da saúde bucal (teste de qui-quadrado de 7, 265, gl=1 e $p = 0,007$).

Em relação à importância da saúde bucal e qualidade de vida, pode-se afirmar que os médicos têm consciência da importância da saúde oral e sua direta influência na qualidade de vida de seus pacientes (teste de qui-quadrado de 5, 997, gl=1 e $p = 0,014$).

6- DISCUSSÃO

Observou-se, neste estudo, que o médico não executa avaliação da cavidade bucal de seus pacientes e que o tempo empregado para realizar as consultas é insuficiente para repassar informações sobre a importância da saúde bucal. Considerando-se a consulta médica como um momento chave, onde o paciente está aberto para receber informações sobre seu estado de saúde e orientações que possam melhorar sua condição geral, o médico, ao realizar um breve exame da cavidade bucal de seus pacientes e encaminha-los para consultas odontológicas, preveniria agravos para a saúde bucal e sistêmica.

Sanches *et al.* (1997), ressaltaram que a educação em prevenção em saúde bucal não demonstra ser uma parte curricular consistente nas escolas de medicina ou em programas de residência. As Informações sobre prevenção e saúde bucal recebidas pelos médicos durante o curso de medicina influenciaram seu conhecimento e atitudes. Este estudo evidenciou que os médicos que não receberam educação em prevenção de doenças bucais não tinham um nível de conhecimento relevante e sentiam-se desconfortáveis em relação ao seu conhecimento geral odontológico, mais do que os médicos que receberam algum tipo de informação.

Este resultado sugere que os médicos compreenderam a importância da saúde oral.

O envelhecimento da população mundial está prevista para continuar no século 21 e a saúde oral é um elemento essencial para a saúde geral e qualidade de vida de um indivíduo, ainda que seja muitas vezes negligenciada durante abordagens integradas para a promoção da saúde sistêmica. É fundamental para a eficácia dos cuidados de saúde e a saúde pública que os profissionais da saúde oral e outras disciplinas compartilhem informações (Peterson *et al.*, 2005). Neste estudo, observou-se que os médicos têm consciência da importância da saúde oral e da sua direta influência na qualidade de vida de seus pacientes.

Os cursos de graduação em medicina não possuem, em seus currículos, disciplinas que envolvam programas de prevenção em saúde oral. Neste estudo ficou clara esta informação quando a maioria da amostra relata ter recebido as informações sobre saúde bucal de um cirurgião-dentista. Este fato restringe a visão do médico em relação à cavidade bucal e sua integração com os demais sistemas do corpo humano, assim como da ligação entre as doenças sistêmicas e orais, dificultando a sua atuação na promoção de saúde bucal.

Apesar dos inúmeros ganhos com a prevenção, algumas doenças orais ainda são frequentes. Estudos têm demonstrado que as pessoas com nível educacional baixo têm um elevado risco de fragilizar sua saúde oral. Este fato está associado aos reflexos do acesso limitado aos cuidados odontológicos e ao baixo conhecimento sobre saúde bucal. Embora somente algumas evidências indiquem que orientações médicas podem mudar a incidência de doenças bucais, os médicos de família realizam um papel importante na saúde bucal, evidenciando as patologias bucais, promovendo educação dos pacientes sobre higiene e cuidados orais preventivos. É racional esperar que, fornecendo informações aos pacientes e encorajando-os a

minimizar seus fatores de risco, melhore a saúde bucal (Lokshin, 1994).

Os custos com tratamentos curativos poderiam ser reduzidos se os médicos de primeiros cuidados pudessem detectar, diagnosticar e encaminhar estes pacientes para um tratamento odontológico apropriado (Gonçales et al.; 2005). Uma prática médica e odontológica baseada na promoção de saúde pressupõe a interdisciplinaridade entre as áreas da saúde. Esta organização, entretanto, ainda não faz parte da realidade, devido à estrutura vigente dos serviços de saúde e à ausência de conscientização quanto à necessidade de integrar de forma interdisciplinar os profissionais médicos e dentistas (Feldens *et al.*; 2005). Os dados deste trabalho apontam que o médico apresenta disponibilidade para atuar como agente promotor de saúde oral, pois orienta seus pacientes sobre cuidados com a saúde oral e os encaminha para consultas odontológicas de rotina.

A maioria dos entrevistados relatou que patologias presentes na cavidade oral têm impacto direto na qualidade de vida de seus pacientes. Todos afirmaram que existem patologias sistêmicas que apresentam relação direta com alteração presentes na cavidade oral. Portanto, a saúde bucal é fundamental para a saúde geral do indivíduo e transcende a preservação apenas dos dentes. O médico, possuindo melhor conhecimento das patologias orais e suas conseqüências, contribuirá orientando seus pacientes a respeito da saúde bucal.

Segundo Lokshin (1994), o aconselhamento médico pode mudar toda a incidência de doenças orais. Espera-se que, oferecendo informações para estes profissionais e encorajando-os a minimizar os fatores de risco para doenças bucais, ocorram melhorias na saúde oral (Lokshin, 1994). Observou-se, neste estudo, que o médico possui percepção da real condição de sua cavidade bucal, mesmo possuindo pouco conhecimento das patologias da cavidade.

Os achados deste estudo expressam concordância com Retina *et al.* (2006), que relataram que conhecimentos e atitudes dos estudantes de medicina sobre saúde oral na infância são inadequados e afirmam ser necessário um treinamento adequado em saúde oral pediátrica durante a graduação, residência ou em cursos de educação continuada, recomendando, também, a inserção de um módulo de saúde bucal e cuidados odontológicos no currículo médico. Todos os médicos recentemente graduados, clínicos e pediatras deveriam estar aptos a respeito das informações e protocolos dos cuidados orais preventivos. Há necessidade da introdução de seminários e palestras sobre saúde bucal dentro da formação do médico pediatra, para garantir que tais condutas se tornem rotina (Schalka *et al.*, 1996). Lewis *et al.* (2000) citam que a classe médica necessita de informações atualizadas e protocolos de cuidados odontológicos preventivos. Acredita-se que o conhecimento limitado sobre higiene oral e difícil acesso aos cuidados preventivos contribuem para uma incomum disparidade na frequência de cáries.

Kim *et al.* (2008), abordaram a implantação de um novo programa sobre saúde oral para estudantes de medicina, onde a análise dos resultados preliminares demonstrou a necessidade deste curso, pois, observou-se que os acadêmicos avaliados possuíam um baixo nível de conhecimento sobre saúde oral. Gonçalves *et al.* (2005) afirmam que é necessário realizar mais pesquisas para avaliar a capacitação educacional em saúde oral para médicos formados, os quais realizam os primeiros cuidados, também questionam como poderia ser ensinada e qual estratégia educacional que seria efetiva e eficiente nesta mudança de aprendizado e comportamento. O currículo dos programas das escolas de medicina e residência deveria ser avaliado para assegurar um tempo mais amplo para educar médicos sobre prevenção em saúde bucal (Sanches *et al.*, 1997).

O médico como agente promotor de saúde, deveria promover ações de educação em saúde bucal, orientando seus pacientes, motivando-os, fornecendo subsídios para que possam conhecer e controlar as doenças da cavidade bucal. Estas atitudes poderiam fortalecer as ações relacionadas à promoção de saúde bucal e, certamente, teria um impacto nas condições sistêmicas do paciente.

7- CONCLUSÃO

Os médicos que participaram deste estudo demonstraram percepção a respeito da importância da saúde bucal e das suas implicações para sua saúde geral e qualidade de vida de seus pacientes.

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

- 1- Almeida OP, Corrêa MEP. Oral infections and systemic diseases. **RBM-Revista Brasileira de Medicina**. 2003, 60 (4): 175-178.
- 2- Balwant R. Systemic Effect of Oral Disease. **The Internet Journal of Family Practice** 2007, 5 (1). Disponível em URL: <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijfp/vol5n1/oral.xml> [2007 NOV 20].
- 3- Bortoli D, Locatelli FA, Fadel CB, Baldini MH. Associação entre percepção de saúde bucal e indicadores clínicos e subjetivos: estudo em adultos de um grupo de educação continuada da terceira idade. **Publicatio UEPG Ciências Biológicas e da Saúde** 2003, 9 (3/4): 55-65.
- 5- Feldens EG, Feldens CA, Kramer PF, Claas BM, Marcon CC. A percepção dos médicos obstetras a respeito da saúde bucal da gestante. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada** 2005; 5 (1): 41-46.
- 4- Ferreira AAA, Alves MSCF. Os sentidos da boca: um estudo de representações sociais com usuários dos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva** 2006; 14 (1): 19-30.
- 6- Freire MCM, Macedo RA, Silva WH. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde bucal. **Pesquisa Odontológica Brasileira** 2000; 14 (1): 39-45.

*De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com a Medline.

- 7- Gancio SG. Medications: A Risk Factor for a Periodontal Disease Diagnosis and Treatment. **Journal of Periodontology** 2005; 76 (11): 2061-2065.
- 8- Gonçalves WC, Skelton J, Heatom L, Smith T, Fereti G, Hardison JD. Family Medicine Residency Directors' Knowledge and Attitudes About Pediatric Oral Health Education for Residents. **Journal of Dental Education** 2005; 69 (4): 446-452.
- 9- Hollister MC, Weintraub JA. The Association of Oral Status with Systemic Health, Quality of Life, and Economic Productivity. **Journal of Dental Education** 1993; 57(12): 901-912.
- 10- Johnson NW, Glick M, Mbuguye TN. (A2) Oral Health and General Health. **Advances Dental Research** 2006; 19: 118-121.
- 11- Kim J, Armar S. Periodontal disease and systemic conditions: a bidirectional relationship. **Odontology** 2006; 94: 10-21.
- 12- Lewis CW, Grossman DC, Deyo RA. The Role of The Pediatrician in The Oral Health of Children. **Pediatrics** 2000; 106 (6): 1-7.
- 14- Locker D. Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. **Community Dental Health** 2002; 19 (2): 90-97.
- 13- Lokshin MF. Preventive oral health care: a review for family physicians – includes patient information sheet-Cover Story. **American Family Physician** 1994; 50 (8): 1677-1679.

*De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com a Medline.

- 15- Morato LC, Pereira L. **Infecções dentárias e suas implicações sistêmicas / Dental infections and their systemic implications [dissertação]**. Belo Horizonte: UFMG/FO; 2002.
- 16- Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programmer. **Community Dentistry and Oral Epidemiology** 2003; 31 (Supl.): 3-24.
- 17- Peterson PE, Ueda H. Improvement of Oral health and General Health in Older People. Oral health in ageing societies: Integration of oral health and general health. **World Health Organization** 2005; 17-18.
- 18- Reis SCGB, Marcelo VC. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. **Ciências da Saúde Coletiva** 2006; 11 (1): 191-198.
- 19- Retina KN, Sheela S, Sarada PN. Knowledge and attitude on infant oral health among graduating medical students in Kerala. **Journal of Indian Society of Pedodontics & Preventive Dentistry** 2006; 24 (4):173-176.
- 25- Sanches OM, Childers NK, Fox L, Bradley E. Physicians' views on pediatric preventive dental care. **Pediatric Dentistry** 1997; 19 (6): 377-383.
- 22- Santana TD, Costa FO, Zenóbio EG, Soares RV, Santana TD. Impact of periodontal disease on quality of life for dentate diabetics. **Cadernos de Saúde Pública** 2007; 23 (3): 637-645.

- 23- Schalka MMS, Rodrigues CRMD. A importância do médico pediatra na promoção da saúde bucal. **Revista de Saúde Pública** 1996; 30 (2): 179-186.
- 24- Serrano CV, Souza JA. Doença periodontal como potencial fator de risco para síndromes coronarianas agudas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** 2006; 87: 562 -563.
- 25- Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. **Bulletin of The World Health Organization** 2004, 83 (9): 641 -720.
- 26- Shutle JR, Druyan ME, Hagen JC. Early childhood tooth decay: pediatric interventions. **Clinical Pediatrics** 1992; 31 (12): 727-730.
- 27- Siegel S, Castellan NJ. **Estatística não paramétrica para ciências do comportamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- 28- Silva SRC, Rosell FL, Valsecki JA. Oral health perception of pregnant women seen at a healthcare center in the municipality of Araraquara, São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** 2006; 6 (4): 405-410.
- 29- Sreebny LM, Schwartz SS. A reference guide to drugs and dry mouth—**Gerodontology** 1997; 14 (1):33-47.

Anexo I

ENTREVISTA Nº. DATA ____ / ____ / ____

1-Nome: _____		Gênero: ☐ F ☐ M	Idade: ____ anos
2-Ano de conclusão da graduação: _____		3-Faculdade: _____	
4- Você fez residência em qual área? ☐ Ginecologia e obstetrícia ☐ cirurgia ☐ clínica ☐ pediatria ☐ outra			
5-Locais de trabalho:			
☐ Setor Público: _____			
☐ Setor Privado: _____			
6-Quantos pacientes você assiste diariamente?			
☐ Setor Público: _____ ☐ Setor Privado: _____			
7-Com que frequência você visita ao dentista? ☐ 1 vez /ano ☐ 2 vezes/ano ☐ nenhuma das alternativas			
8-Você já teve dor de dente ou outro problema oral? ☐ sim ☐ não			
9-Como você avalia sua saúde oral? ☐ ruim ☐ regular ☐ satisfatória			
10-Como você se sente quando vai ao dentista? _____			
11-Quais situações odontológicas você não gosta? _____			
12-Cite seus métodos de higiene oral:			
Escovação: ☐ após café da manhã ☐ antes do café da manhã ☐ após almoço ☐ após jantar ☐ Outro: _____			
Fio dental: ☐ após café da manhã ☐ antes do café da manhã ☐ após almoço ☐ após jantar ☐ Outro: _____			
Escova língua: ☐ após café da manhã ☐ antes do café da manhã ☐ após almoço ☐ após jantar ☐ Outro: _____			
13- Você sabe o que é cárie e quais são seus fatores etiológicos? ☐ sim ☐ não			
14-Você sabe o que é doença periodontal e quais são seus fatores etiológicos? ☐ sim ☐ não			
15- Onde recebeu estas informações? ☐ durante a sua graduação ☐ residência ☐ através de um dentista			
16-Como você considera seu nível de conhecimento sobre as patologias da cavidade oral?			
☐ ruim ☐ bom ☐ suficiente ☐ ótimo ☐ outros			
17-Você orienta seus pacientes sobre cuidados com a saúde oral? ☐ sim ☐ não			
Como? _____			
18-Você encaminha seus pacientes para consultas odontológicas de rotina? ☐ sim ☐ não			
19-Você acha que o tempo empregado para realizar as suas consultas é suficiente para repassar informações sobre a importância da saúde bucal? ☐ sim ☐ não			
20-Você examina a cavidade oral de seus pacientes durante as consultas?			
☐ sim ☐ não Por que? _____			
21-Você acha que patologias presentes na cavidade oral têm impacto direto na qualidade vida de seus pacientes? ☐ sim ☐ não			
Por que? _____			
22-Você acha que existem patologias sistêmicas que apresentam relação direta com alterações da cavidade oral? ☐ sim ☐ não			
Podria citar alguma? _____			
23-Você acha que patologias da cavidade bucal podem desencadear doenças sistêmicas? ☐ sim ☐ não			
Podria citar alguma? _____			
24-Seus pacientes já reclamaram de boca seca? ☐ sim ☐ não			
Neste caso, como você orienta seu paciente? _____			
25-Você acha que é importante a higiene de uma prótese total? ☐ sim ☐ não			
Como esta higiene pode ser realizada? _____			

Anexo II**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Este documento tem como finalidade fornecer-lhe informações e solicitar a sua participação na pesquisa conduzida como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva, pela FOP – Unicamp, intitulada “**A PRECEPÇÃO DOS MÉDICOS DO CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA EM RELAÇÃO À IMPORTÂNCIA DA SAÚDE ORAL**”. Este estudo visa investigar o nível de conhecimento e atitudes dos médicos desta unidade hospitalar em relação à saúde oral.

Para participar deste estudo, torna-se necessária a participação em uma entrevista, a qual está embasada em um roteiro estruturado.

Fica assegurado o seu direito de solicitar outros esclarecimentos sobre esta pesquisa, agora ou posteriormente, podendo recusar a participar ou interrompê-la.

As informações sobre a sua pessoa, neste estudo, serão tratadas com sigilo. Os nomes dos participantes não serão divulgados em nenhuma hipótese e os resultados apenas serão apresentados em conjunto, não permitindo a identificação dos indivíduos participantes.

Este documento possui duas vias, uma pertencerá a você e outra permanecerá arquivada com o pesquisador.

Declaro estar ciente das informações deste Termo de Consentimento e concordo em participar desta pesquisa.

Sorocaba, _____ de 2007.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

(1ª via do pesquisador - 2ª via do Participante)

Pesquisadora: Perla P. L. Shitara - Rua Anna F. Montalto, 82 - Campolim – Sorocaba – SP - CEP: 18048190.

