

SENSE DE COERÊNCIA E SAÚDE BUCAL DE IDOSOS VINCULADOS ÀS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ÁREA URBANA DO MUNICÍPIO DE PELOTAS - RS

JÚLIA FREIRE DANIGNO¹; ISABELLE KUNRATH²; LUCAS TEIXEIRA UARTH³;
ANDREIA MORALES CASCAES⁴, CAROLINE DE OLIVEIRA
LANGLOIS⁵, ALEXANDRE EMÍDIO RIBEIRO SILVA⁶

¹ Universidade Federal de Pelotas-Faculdade de Odontologia – juliadanigno@yahoo.com.br

² Universidade Federal de Pelotas-Faculdade de Odontologia – isabelle_kunrath@hotmail.com

³ Universidade Federal de Pelotas-Faculdade de Odontologia – lucasuarth@icloud.com

⁴ Universidade Federal de Pelotas-Faculdade de Odontologia – andreiacascaes@gmail.com

⁵ Universidade Federal de Pelotas-Faculdade de Odontologia – caroline.o.langlois@gmail.com

⁶ Universidade Federal de Pelotas-Faculdade de Odontologia – aemidiosilva@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A Teoria Salutogênica proposta por Antonovsky enfoca que a saúde deve ser entendida como equilíbrio entre forças que levam a saúde à doença, com influências do ambiente social, político e cultural, distanciando dos conceitos biológicos (BONANATO et. al, 2008). Propõe que a saúde é o resultado da capacidade adaptativa do ser humano ao stress, chamada de Senso de Coerência (SOC), que pode ser mensurado através de questionários validados (BONANATO, 2006).

O SOC é considerado um fator psicossocial que pode tornar os indivíduos mais preparados para cuidar de sua saúde, influenciando a autopercepção e a qualidade de vida (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2005). É algo da personalidade da pessoa, capaz de proporcionar proteção para a saúde e medir grau de adaptação das populações ao ambiente. Influencia em hábitos que interferem diretamente na saúde principalmente minimizando os nocivos (BONANATO et. al, 2008).

A escala SOC é uma escala padrão escrita originalmente em hebraico e em inglês para ser usada de forma transcultural (DAVOGLIO, 2011). No intuito de quantificar e qualificar o SOC, há um questionário com respostas fechadas, composto por 29 perguntas. Algumas são na forma afirmativa enquanto outras na forma negativa. As respostas são respondidas com um número que varia de 1 a 7. As respostas são somadas para chegar ao número SOC. Uma versão curta com 13 perguntas foi traduzida e validada para a língua portuguesa (BONANATO et. al, 2008).

Os indivíduos com SOC elevado têm mais condições de entender, administrar e encontrar significado para a realidade na qual está inserido, o que os torna mais aptos a manter e melhorar sua saúde e bem-estar, tendo maior motivação para fazer escolhas e adotar comportamentos saudáveis, mesmo em situações adversas. (CARRONDO, 2006).

A concepção de Antonovsky é que não há mudanças no senso de coerência de um indivíduo após a sua completa formação, em torno dos 30 anos, exceto por ligeiras oscilações diante de situações de estresse, porém, não têm havido consenso entre os diversos pesquisadores do tema (TORRATI et al, 2010). Então, considerando o processo de envelhecimento pelo qual população brasileira vem passando, são necessários mais estudos além daqueles que se preocupam em criar condições que possibilite aos idosos uma vida mais saudável e com maior bem estar. O SOC, caso não estável, pode ser um importante instrumento para

subsidiar os setores públicos no planejamento e implementação de políticas sociais para esta faixa etária (LACERDA et al, 2012).

A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e a informação, e a mesma merece atenção dentre os vários aspectos da saúde do idoso.

Diante dos poucos estudos que relacionaram a saúde bucal com o senso de coerência em idosos, o presente estudo tem por objetivo verificar a associação entre o senso de coerência e a saúde bucal de idosos vinculados às unidades de saúde da família do município de Pelotas – RS.

2. METODOLOGIA

O presente estudo é o segundo acompanhamento de idosos vinculados às unidades de saúde da família de Pelotas – RS. O primeiro acompanhamento foi realizado em 2009/2010. Informações sobre a metodologia do estudo pode ser consultado em estudo prévio (SILVA et al., 2015). O estudo foi realizado de abril de 2015 a abril de 2016.

Para o localizar os idosos para o segundo acompanhamento, inicialmente, foi feito um contato telefônico com os idosos que tinham informado o telefone em 2009/2010, Aqueles que não tinham telefone foram avisados pelas agentes comunitárias de saúde. Todos os participantes receberam informações sobre a natureza da pesquisa e foram convidados a comparecer a sua unidade de saúde para responder um questionário e realizar exames de saúde bucal em dias e horários agendados previamente. Também foram realizadas entrevistas e exames nos domicílios dos idosos que não compareceram nas unidades de saúde.

Todos os entrevistadores do estudo foram treinados para a aplicação dos questionários. Para a coleta das variáveis de saúde bucal, 5 examinadores foram treinados e calibrados de acordo com as normas para levantamento epidemiológico propostas pela Organização Mundial de Saúde – OMS (WHO, 1997).

As variáveis de exposição do estudo foram: **1. Sociodemográficas:** sexo (feminino e masculino), raça (branco e não brancos), escolaridade (até 4 anos, 5 a 7 anos e 8 ou mais), renda familiar em salários mínimos (menos de 1,5 e mais de 1,5); **2. Saúde bucal:** número de dentes (sem dentes, 1 a 10 dentes e mais de dentes), uso de prótese (sim e não) e necessidade de prótese (sim e não) e autopercepção de saúde bucal em 3 categorias (muito boa e boa, adequada e ruim e muito ruim)

O desfecho do estudo foi o senso de coerência, obtida por meio de um questionário composto por 29 perguntas com respostas fechadas. Este instrumento foi validado por Antonovsky (1983) e tem caráter transcultural. Para fins de análise do estudo foi obtida a mediana do escore final.

Para a obtenção dos resultados foram realizadas análises descritivas por meio de frequências absolutas e relativas. Para a comparação do desfecho com as variáveis de exposição do estudo foi realizado o teste qui-quadrado com nível de significância de 5%. O programa estatístico Stata 12.0 foi utilizado para as análises. Foi obtido de todos os participantes do estudo o termo de consentimento livre esclarecido.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo é composta na sua maioria por mulheres (73,8%), da raça branca (71,1%), com até 4 anos de estudo (70,1%) e renda familiar de mais de 1,5 salários mínimos (58,1%). Em relação à saúde bucal, a prevalência de necessidade de prótese dentária foi de 54,4%, uso de prótese dentária de 86,2%, 53,9% não tinham dentes e 82,1% relataram uma boa ou adequada autopercepção de saúde bucal. O senso de coerência, desfecho do estudo, foi obtido do questionário proposto por Antonovsky e composto por 29 questões. Para as análises foi obtida a mediana do total de pontos do escore (153 pontos dos 196 pontos possíveis). Foram realizadas análises bivariadas por meio do teste qui-quadrado com nível de significância de 5% que indicaram diferenças estatísticas apenas para o número de dentes ($p=0,043$).

Não foram observadas diferenças estatísticas das variáveis sociodemográficas com o SOC. O que pode explicar essa falta de associação é a dificuldade de compreensão das perguntas do questionário por indivíduos de baixa escolaridade, que é o caso dos idosos do presente estudo. (BONANATO, 2008).

No Brasil, já foram realizados estudos investigando SOC e saúde bucal em populações de crianças e adolescentes (FREIRE; HARDY; SHEIHAM, 2001; FREIRE; SHEIHAM; HARDY, 2002; BONANATO et al., 2008), entretanto, não existem muitos estudos investigando o SOC entre idosos. O presente estudo foi de encontro do estudo de Davoglio (2011) na qual os resultados sugerem que indivíduos com pontuações de SOC mais altas apresentam melhores condições de saúde bucal do que aqueles com pontuações mais baixas, tendo maior número de dentes presentes e menor necessidade de prótese. Os resultados do presente estudo indicaram que entre os idosos que não tem dentes, a maioria tinha alto senso de coerência. Já para aqueles idosos com mais de um dente, a maioria tinha baixo senso de coerência.

A influência do SOC sobre a saúde bucal pode ser percebida inclusive em idades avançadas, pois os níveis de SOC são definidos até os 30 anos e após essa idade as alterações não ultrapassam 10% (DAVOGLIO, 2011). As pontuações podem aumentar em virtude de momentos de stress na vida do indivíduo.

4. CONCLUSÕES

O presente trabalho tem caráter inovador ao analisar uma população de idosos frequentadores de unidades de saúde quanto ao senso de coerência. Os estudos realizados na literatura utilizando o senso de coerência tem avaliado populações de indivíduos mais jovens. No presente estudo foram observadas diferenças estatísticas com o número de dentes, indicando maiores escores do SOC para aqueles idosos com menos dentes.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERNABÉ, E.; WATT, R.G.; SHEIHAM, A.; SUOMINEN-TAIPALE, A.L.; UUTELA, A.; VEHKALAHTI, M.M. et al. Sense of coherence and oral health in dentate adults: findings from the Finnish Health 2000 survey. **J Clin Periodontol**, Londres, v. 37, p. 981-87, 2010.

BONANATO, K. et al. Senso de coerência e experiência de cárie dentária em pré-escolares de Belo Horizonte. **Rev. Odonto Ciênc**, Nova Lima, v. 23, n.3, p. 251-255, 2008.

BONANATO, K. **Senso de Coerência Materno: relação com saúde bucal de pré-escolares**. 2006. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) - Programa do Colegiado de Pós-graduação, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais.

BRASIL. I Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório final. **Ministério da Saúde**, Brasília, 1986.

CARRONDO, M.E. **Formação profissional de enfermeiros e desenvolvimento das crianças: contributo para um perfil centrado no paradigma salutogênico**. 2006. Tese (Doutorado em Currículo e Supervisão em Educação Básica) - Universidade de Minho.

DAVOGLIO, R.S. **Relação entre senso de coerência, impacto da saúde bucal na qualidade de vida e condição bucal clínica em indivíduos de 50 a 74 anos**. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Bucal e Coletiva) - Programa de PósGraduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ERIKSSON, M.; LINDSTROM, B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. **J Epidemiol Community Health**, Suécia, v. 59, p. 460-466, 2005.

FREIRE, M.C.M; HARDY, R.; SHEIHAM, A. Mothers' sense of coherence and their adolescent children's oral health status and behaviours. **Community Dent Health**, Londres, v. 19, n. 1, p. 24-31, 2002.

FREIRE, M.C.M; SHEIHAM, A; HARDY, R. A. Adolescents' sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. **Community Dent Oral Epidemiol**, Londres, v. 29, n. 3, p. 204-12, 2001.

LACERDA, V.R.; PONTES, E.R.J.C.; QUEIROZ, C.L. Relação entre senso de coerência materno, condições socioeconômicas e percepção da saúde bucal. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29, n.2, p.203-208, 2012.

TORRATI, F.G.; GOIS, C.F.L.; DANTAS, R.A.S. Estratégia no cuidado ao paciente cardíaco cirúrgico: avaliação do senso de coerência. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 739-44, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. Geneva: ORH/EPID, 1997.