

A saúde bucal masculina dos servidores públicos de Marília, São Paulo, Brasil

The oral health of male civil servants from Marília, São Paulo, Brazil

La salud oral de los funcionarios públicos varones de Marília, São Paulo, Brasil

Maria Luiza Freire Marconatto. Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). malumarconatto@yahoo.com.br (Autora correspondente)

Catiane Maria Nogueira. Secretaria Municipal de Saúde de Marília (SP). catianenogueira@yahoo.com.br

Caroline Brandão Pires Almeida. Secretaria Municipal de Saúde de Marília (SP). carolalmeida_bass@hotmail.com

Sueli Moreira Pirolo. Secretaria Municipal de Saúde de Marília (SP). pirolo@terra.com.br

Resumo

Este estudo aborda a saúde do homem no âmbito do cuidado da saúde bucal na Atenção Primária à Saúde. Tem como objetivo analisar o conhecimento e a adesão masculina aos cuidados de saúde bucal. O método utilizado foi um estudo transversal, descritivo, realizado no município de Marília, SP. Amostragem não probabilística por acessibilidade foi utilizada para o tamanho amostral, perfazendo 280 trabalhadores. Para a coleta de dados utilizou-se a técnica de entrevista estruturada. Os dados foram processados pelo programa Epi-Info versão 6.0 e tratados por teste como qui quadrado. Este estudo permitiu compreender as limitações dos homens no cuidar da sua saúde bucal. As variáveis faixa etária, escolaridade e renda familiar, quando associadas às categorias hábitos alimentares, práticas de higiene e conhecimento sobre a saúde bucal, apresentaram alguns resultados significativos ($p < 0,05$). Tais achados sinalizam a necessidade de investimento tanto em ações de promoção da saúde quanto em ações de prevenção de doenças bucais.

Palavras-chave:

Saúde do Homem
Saúde Bucal
Promoção da Saúde
Atenção Primária à Saúde

Abstract

This study addresses men's health within the oral health care in Primary Health Care. It aims to analyze the adherence rate to male oral health care. The study was conducted in the municipality of Marília, state of Sao Paulo, using descriptive methodology. The sample size was calculated based on the total of municipal workers, which indicated a number of 280 workers to be interviewed. The data were collected using a structured interview technique. The data were processed in Epi-Info, version 6.0 and treated as a Chi-square test. This study allows us to understand the limitations of men in taking care of their oral health, since the variables age, education and family income were significantly associated to the categories eating habits, hygiene practices and knowledge on oral health. These findings suggest the need for investment in both health promotion actions and actions to prevent oral diseases.

Keywords:

Men's Health
Oral Health
Health Promotion
Primary Health Care

Resumen

Este estudio aborda la salud de los hombres en el ámbito del cuidado de la salud oral en la Atención Primaria de la Salud; tiene como objetivo analizar la tasa de conocimiento y adhesión masculina al tratamiento de la salud oral. El método utilizado fue un estudio transversal, descriptivo, llevado a cabo en el municipio de Marília, SP. Se muestrearon los trabajadores municipales por accesibilidad, no probabilísticamente, totalizando 280 trabajadores entrevistados. Se usó la técnica de entrevista estructurada para la recolección de datos; los datos fueron procesados con el programa Epi-Info versión 6.0 y tratados con la prueba de chi-cuadrado. Este estudio permitió comprender las limitaciones de los hombres en el cuidado de su salud oral. Las variables edad, educación e ingresos familiares, quando relacionadas con hábitos alimentarios, prácticas de higiene y conocimientos sobre salud bucal presentaron algunos resultados significativos ($p < 0,05$). Estos resultados sugieren la necesidad de invertir tanto en acciones de promoción de la salud como en acciones de prevención de las enfermedades orales.

Palabras clave:

Salud del Hombre
Salud Bucal
Promoción de la Salud
Atención Primaria de la Salud

Como citar: Marconatto MLF, Nogueira CM, Almeida CBP, Pirolo SM. A saúde bucal masculina dos servidores públicos de Marília, São Paulo, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(26):24-34. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(26\)369](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(26)369)

Fonte de financiamento:

Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET Saúde 2009/2010 – Ministério da Saúde.

Conflito de interesses:

declaram não haver.
Recebido em: 24/06/2011
Aprovado em: 14/01/2013

Introdução

Este estudo aborda a saúde bucal masculina na Atenção Primária à Saúde (APS) tendo em vista a vulnerabilidade dos homens quanto a morbidades passíveis de prevenção. Políticas públicas têm preconizado a APS como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde e a saúde bucal como área prioritária, com finalidade de proporcionar à população serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, em conformidade ao princípio da universalidade, que institui o acesso à saúde para todos, independentemente de sexo ou faixa etária¹.

A masculinidade e a saúde interagem, numa complexa teia de relações e dimensões, entre si: os homens na sua singularidade, a organização dos serviços no atendimento às especificidades masculinas e o vínculo estabelecido entre eles e os serviços². Fatores percebidos como desafiadores para inserção dos homens em práticas de saúde estão relacionados com a atribuição à mulher da responsabilidade pelo cuidado à saúde, com o contexto do atendimento na APS (tempo de espera) e também com a não disponibilidade de programas direcionados especificamente à população masculina³.

Geralmente, o público masculino pouco se envolve nesse processo que implica em responsabilidade ética e cidadã para cuidar de si mesmo e dos que estão ao seu redor. A possibilidade do gênero masculino nunca ter visitado o dentista é de 20%⁴. Por sua vez, o atual modelo de atenção à saúde bucal reflete ainda a prática odontológica curativa hegemônica, voltada para sinais e sintomas das doenças bucais mais prevalentes, como cárie dentária e doença periodontal⁵, apesar das ações de promoção à saúde bucal introduzidas pela Política Nacional de Saúde Bucal, de 2004⁵.

Entende-se que a promoção da saúde bucal está relacionada às práticas de higiene, alimentação saudável e conhecimento a respeito. Para a prática de higiene, preconiza-se a remoção do biofilme dental por meios mecânicos e químicos: escovação associada a creme dental/enxaguante e uso do fio dental para remover o biofilme localizado na região interproximal⁶.

Quanto à escovação, recomenda-se sua realização após cada uma das refeições, com ênfase na última do dia, antes de dormir⁷. Estima-se que, em média, a escova deva ser substituída a cada 3 meses, mas como seu desgaste varia, o período de substituição deve ser determinado individualmente⁸. A cabeça da escova deve ser pequena e com arredondamento da extremidade ativa para não traumatizar dentes e gengivas; as cerdas devem ter rigidez suficiente para remoção da placa bacteriana, porém devem ser macias⁹.

A limpeza da língua diminui a formação bacteriana nas porções posteriores, onde normalmente se concentra grande quantidade de saburra, muito pouco alcançada pelas escovas de dente¹⁰. A utilização de limpadores linguais reduz significativamente os níveis de leveduras na cavidade bucal¹¹.

Uma alimentação saudável para a saúde bucal está associada ao consumo diário de 4 porções no mínimo e 5 no máximo de verduras/legumes, 3 porções no mínimo e 5 no máximo de frutas cítricas/não cítricas e de no mínimo 1 porção e no máximo 2 porções de açúcares, doces e refrigerantes¹². Verduras frescas, cereais, leite, ovos, carne e derivados não provocam cárie. Porém, a ingestão de alimentos com açúcares deve ser seguida pela escovação, pois rapidamente haverá a fermentação e o aparecimento das cáries dentárias¹³.

A ausência de vitaminas causa vários problemas para os dentes e demais tecidos da boca: vitamina A auxilia na formação do esmalte do dente, vitamina D na constituição dos ossos e dentes, vitamina K interfere na coagulação do sangue, vitamina C previne hemorragia na gengiva e vitaminas do complexo B são essenciais na prevenção de algumas doenças da boca¹³.

Há necessidade de estudos que qualifiquem a prática profissional para a promoção da saúde, tanto no Brasil como no exterior, pois são mais frequentes pesquisas sobre conhecimento popular e prática cotidiana, ou direcionadas para grupos específicos, como diabéticos e idosos.

Este estudo tem como objetivo analisar a influência das variáveis sociais e econômicas na saúde bucal de homens servidores públicos do município de Marília, SP, para reconhecer a singularidade masculina quanto às limitações e potencialidades relacionadas ao autocuidado.

Método

Trata-se de estudo transversal, descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília sob protocolo n. 208/09 e que para ser desenvolvido nas dependências das secretarias municipais obteve anuência do prefeito municipal.

Utilizou-se amostragem não probabilística por acessibilidade para o tamanho amostral, devido à dinâmica do mundo do trabalho, tais como férias, folgas e afastamentos. A amostra se constituiu de 280 trabalhadores das secretarias municipais do gênero masculino na faixa etária de 25-59 anos presentes no local de trabalho no momento da entrevista e que aceitaram participar do estudo. O total de servidores municipais homens encontrados nessa faixa etária foi de 1.538.

Para a coleta de dados, os responsáveis pelos setores administrativos municipais foram esclarecidos acerca da proposta do estudo. As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho, em horários estabelecidos pelas chefias. Os trabalhadores que participaram da pesquisa receberam esclarecimentos sobre o objetivo e o método utilizado e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

A técnica de entrevista estruturada foi utilizada para coleta de dados, a qual se orientou por um instrumento elaborado pelas pesquisadoras contendo questões de identificação, hábitos alimentares (consumo de doces, refrigerantes, sucos, frutas, verduras e legumes), hábitos de higiene (escovação dos dentes, tipo de escova dental, periodicidade de troca da escova, uso do fio dental/enxaguante bucal, escovação da língua e uso de prótese dentária) e questões sobre conhecimento de saúde bucal (consulta odontológica, conhecimento sobre cárie dentária, alterações bucais com repercussão sistêmica, uso individual da escova e realização do autoexame oral).

Esse instrumento foi submetido a teste piloto nas Unidades de Saúde da Família, o que permitiu adequação quanto à linguagem e quanto a não ser autoaplicável, em função do tempo para responder e da dificuldade de compreensão dos assuntos referentes à saúde bucal dos homens. Os entrevistadores foram então capacitados para realização da coleta de dados.

Os dados foram processados pelo programa Epi-Info versão 6.0 e tratados por testes estatísticos, buscando associação entre as seguintes variáveis: idade, escolaridade e renda familiar com as categorias hábitos de higiene, consumo de alimentos e conhecimento sobre saúde bucal. As variáveis foram assim definidas: 1) escolaridade (grau de instrução) correspondente à informação do entrevistado; 2) renda familiar (remuneração média da família) correspondente ao ano de 2009, expressa em salários mínimos; 3) Idade (faixa etária), no ano de 2009.

Resultados

Os entrevistados foram identificados quanto às características: faixa etária, renda familiar, escolaridade, religião, procedência e estado civil, apresentadas no Quadro 1.

No perfil sociodemográfico dos entrevistados observou-se que: 83,8% dos homens eram casados; 38,8% estavam na faixa etária de 40-49 anos e 59% na faixa etária <40 anos; 35,8% tinham ensino médio e 29,7%, ensino superior; 62,7% possuíam renda familiar de 2-3 salários mínimos. Houve predomínio de homens católicos, procedentes de Marília, sendo que a religião influenciava muito na vida deles. Quanto ao tipo de ocupação, desempenhavam diversas funções no serviço público. A população estudada apresentou número reduzido de homens analfabetos e, portanto, esse segmento não foi utilizado para análise estatística.

O Quadro 2 apresenta que: 28,7% dos homens faziam uso diário de fio dental, 44,8% nunca usavam enxaguantes bucais e 25,6% nunca escovavam a língua, embora 74,4% escovassem a língua pelo menos uma vez por dia e 59% escovassem os dentes pelo menos 3 vezes por dia. Escovas de cerdas macias eram utilizadas por 39,8%. O consumo de frutas/verduras predominou em relação ao consumo de refrigerantes/doces, porém somente 24,7% consumiam diariamente frutas/verduras. A maioria dos entrevistados relatou que cárie não é uma doença transmissível, 64,2% não haviam procurado o dentista no período de 1 ano e 55,7% não realizavam autoexame bucal. Entretanto, 92,5% faziam uso individual da escova dental e 71,3% compreendiam que problemas bucais podem causar repercussão sistêmica.

Observou-se associação significativa quanto ao não uso de fio dental nas variáveis: a) faixa etária: entre 20-29 anos (7,2%), entre 40-49 anos (55,5%) ($p=0,000$) e na faixa etária ≥ 50 anos (50%); b) na escolaridade: 21,8% entre aqueles

Quadro 1. Características sociodemográficas dos trabalhadores municipais de Marília, SP, em 2009.

Variáveis	Nº	%	
Faixa etária	20-29 anos	84	29,9
	30-39 anos	82	29,1
	40-49 anos	108	38,8
	≥50 anos	6	2,2
Procedência	Marília	190	67,7
	Outras cidades	90	33,3
Religião	Católica	177	63,1
	Evangélica	62	22,2
	Nenhuma	23	8,2
Influência da religião	Muita	145	52,0
	Pouca	81	29,0
	Não influencia	54	19,0
Escolaridade	Analfabeto	4	1,5
	Fundamental	92	32,9
	Médio	100	35,8
	Superior	84	29,7
Estado civil	Juntos ¹	234	83,8
	Separados ²	46	16,2
Faixa de renda em salários mínimos	Até 1	32	11,1
	2-3	175	62,7
	≥3	73	26,2
Ocupação	Serviços gerais	92	33,0
	Técnico administrativo	33	11,8
	Outras ocupações	155	55,2

¹homens casados e em união estável; ²homens solteiros, viúvos e divorciados.

que tinham ensino fundamental quando comparados aos 12,4% com ensino superior ($p=0,000$). A renda não registrou significância estatística com o não uso de fio dental, sendo que 32,2% dos trabalhadores de menor renda não usavam fio dental, enquanto 44,1% daqueles com maior renda também não o utilizavam ($p=0,17$).

Identificou-se significado estatístico entre a escovação dos dentes na frequência de 0-2 vezes/dia e as seguintes variáveis: a) faixa etária: entre 20-29 anos (22,8%) quando comparada a faixa ≥50 anos (83,3%) ($p=0,005$); b) escolaridade: 49,9% entre trabalhadores com ensino fundamental, comparados com 32% entre aqueles com ensino superior ($p=0,000$). No entanto, a variável renda não apresentou significância estatística com relação a escovação diária, alcançando 45,1% entre trabalhadores de menor renda *versus* 27,8% entre aqueles com maior renda ($p=0,97$) (Quadro 3).

O não uso de enxaguantes bucais obteve associação significativa nas variáveis escolaridade: 53,1% entre os trabalhadores com ensino fundamental *versus* 35% entre os que tinham ensino superior ($p=0,000$); faixa etária: entre 31,3% dos homens com 20-29 anos *versus* 58,3% entre aqueles com 40-49 anos ($p=0,04$); e renda: entre 41,9% dos homens com menor renda *versus* os 83,3% daqueles com maior renda ($p=0,01$). As variáveis faixa etária e renda apresentaram maior prevalência, com significado estatístico.

A não escovação da língua foi estatisticamente significativa quando comparada a escolaridade e idade: a) escolaridade: não escovavam a língua 40,2% dos homens com ensino fundamental, comparados a 17,8% dos homens com ensino superior ($p=0,000$); b) faixa etária: 13,2% dos homens entre 20-29 anos não escovavam a língua *versus* 50% dos homens ≥50 anos ($p=0,037$). Entretanto, na variável renda observou-se que não escovavam a língua 35,4% dos homens com menor renda, comparados a 67,4% daqueles com maior renda ($p=0,94$), o que não configura significância estatística.

Associação estatística foi observada no uso de prótese quanto à faixa etária e escolaridade, pois 9,6% dos homens entre 20-29 anos faziam uso de prótese *versus* 83,3% daqueles na faixa ≥50 anos ($p=0,000$). Já a variável escolaridade mostrou que utilizavam prótese dentária 25,5% dos trabalhadores com ensino fundamental comparados a 9,8% daqueles com ensino superior ($p=0,02$); e 32,7% dos homens com menor renda tinham prótese dentária *versus* 28,8% daqueles com maior renda.

Quadro 2. Hábitos de higiene, hábitos alimentares e conhecimento sobre saúde bucal dos trabalhadores municipais de Marília, SP, em 2009.

Hábitos de higiene	%			
Escovação dentária/dia	Nunca	1-2	3-4	≥5
	4,7	34,8	43,4	14,3
Tipo de escova	Macia	Média	Dura	Extra macia
	39,8	27,2	13,6	13,3
Troca de escova/mês	1	2	3	>3
	14,0	31,9	33,0	17,9
Uso de fio dental/semana	Nunca	Diário	1S*	4S*
	31,5	28,7	16,5	12,9
Uso de enxaguante bucal/semana	Nunca	Diário	1S*	4S*
	44,8	17,2	17,2	12,5
Escovação da língua/dia	Nunca	1 a 2	3 a 4	>5
	25,6	36,1	20,2	10,5
Hábitos alimentares				
Consumo doce/semana	Nunca	Diário	1S*	4S*
	9,0	7,9	51,6	19,4
Consumo de frutas e verduras/semana	Nunca	Diário	1S*	4S*
	1,8	24,7	21,9	33,7
Consumo de refrigerantes/semana	Nunca	Diário	1S*	4S*
	6,5	17,6	36,6	25,4
Conhecimento sobre saúde bucal		Sim		Não
Cárie é transmissível	47,3		52,7	
Uso individual da escova	92,5		07,5	
Realiza autoexame bucal	44,3		55,7	
Presença de cárie	68,5		31,5	
Procura o dentista no ano	35,8		64,2	
Problemas bucais causam repercussão sistêmica	71,3		28,7	

*1S significa 1 vez na semana; 4S significa 4 vezes na semana.

Quadro 3. Hábitos de higiene segundo faixa etária, escolaridade, renda e estado civil dos trabalhadores municipais de Marília, SP, em 2009.

Variáveis	Higiene																					
	Escovação ao dia			p	Não usa fio	p	Tipo de escova ¹				p	Troca de escova ⁴				p	Não enxagua	p	Não escova a língua	p	Tem prótese	p
	0-2	3-4	≥5				E	M	m	D		1	2	3	>3							
Faixa etária – anos	20-29	22,8	56,6	18,0	*	07,2	*	15,7	34,9	33,7	07,2	10,8	25,3	43,4	20,5	031,3	*	13,2	*	09,6	*	
	30-39	33,3	45,7	18,5		23,4		16,0	40,7	25,9	09,9	11,1	35,8	30,9	22,2	040,7		23,4		25,9		
	40-49	54,6	33,3	08,3		55,5		08,3	44,4	23,1	20,4	17,6	36,1	27,8	18,5	058,3		34,2		54,6		
	>50	83,3	16,7	00		50,0		16,7	16,7	33,3	33,3	33,3	00	16,7	50,0	050,0		50,0		83,3		
Escolaridade	Analfabeto	66,6	33,3	00		38,3	*	11,7	35,2	25,8	17,6	08,2	20,6	24,3	45,2	100,0		66,6	*	67,3	*	
	Fundamental	49,9	32,6	10,8	*	21,8		15,7	42,1	26,3	10,8	12,6	15,8	31,1	38,3	053,1	*	40,2		25,2		
	Médio	44,0	24,0	19,0		33,0		09,6	40,7	33,5	11,3	13,5	27,6	29,8	25,1	038,3		17,0		41,6		
	Superior	32,0	44,0	13,1		12,4		08,2	48,0	31,2	09,2	06,4	23,7	42,6	24,2	035,0		17,8		09,8		
Estado civil	Juntos ²	42,4	42,4	12,2		36,4		11,6	37,2	28,4	16,2	12,2	34,3	30,2	20,3	048,8		36,0		37,5		
	Separados ³	45,0	45,0	05,0		35,0		20,0	55,0	10,0	10,0	15,0	35,0	30,0	20,0	040,0		30,0		34,9		
Faixa de renda em salários mínimos	1-2	45,1	41,9	09,6		32,2		03,2	22,5	41,9	19,3	09,7	12,9	38,7	38,7	041,9	*	35,4		32,7		
	2-3	44,8	38,8	15,5		44,6		17,4	08,7	42,7	26,2	02,9	12,6	33,1	51,4	051,4		38,8		31,8		
	>3	27,8	43,1	28,8		44,1		26,1	54,2	10,1	09,3	09,0	17,0	55,0	19,0	081,3		67,4		28,8		

¹E - extra macia; M - macio; m - média; D - dura; ²homens casados e em união estável; ³homens solteiros, viúvos e divorciados. ⁴troca de escova em meses. *valor de p com significância estatística.

O tipo de escova não obteve significância estatística: a) 40,4% dos trabalhadores na faixa etária de 40-49 anos utilizavam escova macia contra 16,7% dos homens na faixa de ≥ 50 anos. Já quanto à escolaridade, 42,1% dos que tinham ensino fundamental utilizavam escova macia contra 48% dos trabalhadores com ensino superior. Com relação a renda: 22,5% dos trabalhadores com menor renda utilizavam escova macia quando comparados a 54,2% daqueles com maior renda ($p=0,17$).

Não houve associação significativa na frequência de troca de escova, pois 43,3% dos homens na faixa etária de 20-29 anos trocavam a escova a cada 3 meses contra 16,7% dos homens da faixa ≥ 50 anos ($p=0,18$). Entretanto, no item escolaridade, 38,3% dos trabalhadores com ensino fundamental trocavam-na com intervalo maior que 3 meses contra 24,2% dos trabalhadores com ensino superior. Com relação a renda: 55% dos homens com maior renda trocavam de escova a cada 3 meses quando comparados aos 38,7% dos trabalhadores com menor renda ($p=0,64$).

A variável estado civil não obteve significância estatística quanto a hábitos de higiene bucal e apresentou frequência reduzida de homens separados, assim, 42,4% dos homens casados ou com união estável escovavam os dentes 3-4/dia, 36,4% não usavam fio dental, 37,2% utilizavam escovas macias, 34,3% trocavam a escova a cada 2 meses, 48,8% não faziam uso de enxaguantes, 36% não escovavam a língua e 37,5% tinham prótese dentária.

O consumo de doces apresentou significância estatística somente na variável idade, com maior prevalência na faixa etária ≥ 50 anos, com 50% dos homens consumindo mais de 5 vezes por semana, em contraste com 24% dos de 20-29 anos ($p=0,010$). Para a escolaridade, 5,7% dos homens com ensino fundamental não consumiam doce quando comparados com 7,6% daqueles com ensino superior ($p=0,13$). No item renda, 61,2% dos trabalhadores com menor renda consumiam 1-2 vezes doce na semana *versus* 48,3% daqueles com renda maior ($p=0,39$) (Quadro 4).

Quanto ao consumo de refrigerantes, obteve-se significância estatística: 25,9% dos homens entre 40-49 anos consumiam refrigerantes mais de 4 vezes na semana contra 66,7% daqueles da faixa ≥ 50 anos ($p=0,017$); 22,8% dos homens com ensino fundamental consumiam refrigerante mais de 4 vezes/semana em contraste com 19,1% daqueles com ensino superior ($p=0,29$); 35,4% daqueles com baixa renda, por sua vez, consumiam refrigerantes mais de 4 vezes/semana, comparados com 33,3% dentre os de maior renda ($p=0,07$).

O consumo diário de frutas/verduras mostrou que 25,9% dos homens entre 40-49 anos consumiam frutas/verduras, mais de 5 vezes/semana em relação a 66,7% dos entrevistados na faixa ≥ 50 anos ($p=0,32$); 31,4% com ensino fundamental consumiam frutas/verduras mais de 5 vezes/semana, comparados aos 50% dos entrevistados com ensino superior ($p=0,23$); assim como 43% dos homens com maior renda consumiam frutas/verduras mais de 5 vezes/semana *versus* 35,4% daqueles com menor renda ($p=0,54$).

Houve associação significativa entre ter cárie, faixa etária e escolaridade: 77,1% dos homens de 20-29 anos tiveram cárie quando comparados com 16,7% dos homens ≥ 50 anos ($p=0,002$); 71,4% daqueles com ensino fundamental tiveram cárie, em contraste com 67,3% dos entrevistados com ensino superior ($p=0,000$). O nível de renda não apresentou significância estatística, apenas mostrou que 11,1% dos homens com ensino superior tiveram cárie ($p=0,4$).

Quadro 4. Hábitos alimentares segundo faixa etária, escolaridade, renda e estado civil dos trabalhadores municipais de Marília, SP, em 2009.

Variáveis		Alimentação															
		Doce/semana					P	Refrigerante/semana				p	Frutas e verduras/ semana				P
		0	1-2	3-4	>5	0		1-2	3-4	>4	0		1-2	3-4	>5		
Faixa etária (anos)	20-29	03,6	43,4	29,0	24,0	*	03,60	26,5	38,5	31,3	*	03,6	26,5	38,5	031,3		
	30-39	07,4	60,5	09,9	22,2		04,90	38,3	19,7	37,0		04,9	38,3	19,7	037,0		
	40-49	13,9	53,7	18,5	13,9		10,20	43,5	20,4	25,9		10,2	43,5	20,4	025,9		
	>50	16,7	16,7	16,6	50,0		0	33,3	0	66,7		0	33,3	0	066,7		
Escolaridade	Analfabeto	66,0	33,0	0	0		66,60	33,3	0	0		0	0	0	100,0		
	Fundamental	05,7	54,2	20,0	21,2		05,70	34,2	37,1	22,8		02,8	17,1	48,7	031,4		
	Médio	05,0	60,0	15,0	20,0		03,30	31,6	26,6	38,3		0	16,6	43,3	039,9		
	Superior	07,6	46,1	26,9	19,2		11,50	44,2	25,0	19,1		01,9	21,1	26,9	050,0		
Estado civil	Juntos ¹	08,7	50,5	20,3	20,3		06,30	41,2	26,4	26,1		01,7	22,6	34,3	041,2		
	Separados ²	10,0	50,0	15,0	25,0		10,00	25,0	20,0	45,0		0	24,1	32,2	043,4		
Renda em salários mínimos	Até 1	06,4	61,2	19,3	12,9		03,22	32,2	29,0	35,4		06,4	32,2	25,8	035,4		
	1-3	06,9	48,6	18,0	20,8		10,60	33,0	20,3	35,8		00,9	21,3	38,8	038,7		
	>3	09,5	49,3	21,9	10,9		05,50	34,7	26,3	33,3		01,3	22,2	33,3	043,0		

¹homens casados e em união estável; ²homens solteiros, viúvos e divorciados; *valor de p com significância estatística.

A compreensão da cárie como doença não transmissível foi observada tanto na faixa etária de 20-29 anos (42,1%) quanto na de ≥ 50 anos (59,7%) ($p=0,29$). O mesmo aconteceu quanto à escolaridade: essa compreensão registrou-se para 57,6% dos entrevistados com ensino fundamental e para 48,6% dos que tinham ensino superior ($p=0,647$); assim como para 58% dos entrevistados com menor renda e para 58,6% daqueles com maior renda ($p=0,29$)(Quadro 5).

Não houve significância estatística quanto ao uso individual da escova, que predominou em 96,3% na faixa etária de 20-29 anos e em 89,3% na faixa ≥ 50 anos ($p=0,26$); 93% dos homens com ensino fundamental e 96% dos entrevistados com ensino superior faziam uso individual da escova ($p=0,139$). Entre os entrevistados de menor renda, 100% faziam uso de escova, enquanto entre os de maior renda 88,5% usavam escova dental individualmente ($p=0,26$).

Realizar autoexame bucal não obteve associação significativa. Ela prevaleceu na faixa etária entre 20-29 anos (39,8% dos homens) e na faixa ≥ 50 anos (66,7% dos homens) ($p=0,34$), mas houve resultado clinicamente significativo, que pode associa-se às políticas de prevenção do câncer bucal. Para escolaridade e renda não houve praticamente diferença, nem associação estatística. Quanto à escolaridade, 51% dos entrevistados com ensino fundamental e 53,8% dos com ensino superior faziam o autoexame ($p=0,682$). Com relação ao nível de renda, 58% daqueles com menor renda e 62,2% daqueles com maior renda referiram fazer o autoexame oral ($p=0,27$).

Não houve significância estatística quanto ao conhecimento de problemas bucais com repercussão sistêmica, sendo que prevaleceram 67,5% entre homens na faixa 20-29 anos e 84,3% entre os da faixa ≥ 50 anos ($p=0,15$). Quanto à escolaridade, 71,9% dos entrevistados com ensino fundamental e 79,6% daqueles com ensino superior pontuaram os problemas bucais causando repercussão sistêmica ($p=0,07$), o mesmo aconteceu para 77,4% dos entrevistados com menor renda e 69,4% daqueles com maior nível de renda ($p=0,08$).

Em relação à procura por dentista em 1 ano, não houve associação estatística com relação a escolaridade e nível de renda, mas quanto a faixa etária houve associação significativa. Assim, prevaleceram 83,1% dos homens de 20-29 anos e 83,3% dos na faixa ≥ 50 anos que procuraram o dentista em 1 ano ($p=0,01$); 79,3% daqueles com ensino fundamental e 77,9% dos entrevistados com ensino superior ($p=0,91$); 70,8% dos servidores que tinham menor renda e 76,3% daqueles com maior renda ($p=0,46$).

A variável estado civil não obteve significado estatístico quanto ao conhecimento sobre saúde bucal: o que prevaleceu para os casados foi que 50,5% não consideravam a cárie transmissível, em contraste com 65% dos separados; 66,8% dos casados já haviam tido cárie, comparados aos 77,4% dos separados; 91,8% dos casados faziam uso individual da escova, *versus* praticamente igual número dos separados; 52,9% dos casados realizavam autoexame oral, contra 60% dos separados; 77,3% dos casados consideravam que problemas bucais têm repercussão sistêmica em contraste com 59,6% dos separados; e 40,1% dos casados procuraram o dentista em 1 ano, número praticamente igual à prevalência entre separados/solteiros.

Quadro 5. Conhecimento sobre saúde bucal segundo faixa etária, escolaridade, renda e estado civil dos trabalhadores municipais de Marília, SP, em 2009.

Variáveis	Conhecimento de saúde bucal							p	
	Cárie não transmissível	Teve cárie	P	Faz uso individual da escova	Realiza autoexame bucal	Problemas bucais têm repercussão sistêmica	Procura dentista no ano		
Faixa etária (anos)	20-29	42,1	77,1	*	096,3	39,8	67,5	83,1	*
	30-39	51,4	70,4		092,5	40,7	65,4	74,1	
	40-49	53,5	63,9		094,2	49,0	78,7	66,7	
	>50	59,7	16,7		089,3	66,7	84,3	83,3	
Escolaridade	Analfabeto	63,2	33,3	*	089,5	43,2	62,0	50,0	
	Fundamental	57,6	71,4		093,0	51,0	71,9	79,3	
	Médio	59,4	72,5		091,3	47,6	65,7	86,0	
	Superior	43,1	67,3		096,0	53,8	74,6	77,9	
Estado civil	Juntos ¹	50,5	66,8		091,8	52,9	77,3	40,1	
	Separado ²	65,0	77,4		095,0	60,0	59,6	40,0	
Renda em salários mínimos	Até 1	58,0	19,3		100,0	58,0	77,4	70,8	
	2-3	41,7	13,5		058,2	26,3	64,0	76,6	
	>3	48,6	11,1		088,8	62,5	69,4	76,3	

¹homens casados e em união estável; ²homens solteiros, viúvos e divorciados; *valor de p com significância estatística.

Discussão

Os servidores municipais do sexo masculino com baixa escolaridade e maior idade mostraram uma prática de higiene bucal limitada: baixa frequência da escovação dentária, de uso do fio dental, do uso de enxaguantes bucais e escovação da língua. Convém ressaltar que houve predomínio do uso de prótese em homens na faixa ≥ 50 anos, o que os isenta da prática do uso de fio dental, todavia precisam ampliar a frequência de escovação. Por sua vez, trabalhadores jovens com maior escolaridade usavam fio dental, enxaguantes bucais, realizavam escovação apropriadamente, trocavam a escova em intervalos de até 3 meses, apesar de não pertencerem à categoria de maior renda.

A análise quanto aos hábitos de higiene possibilitou compreender as fragilidades desses homens em prevenir doenças decorrentes de alterações da saúde bucal, identificando que medidas preventivas, atualmente mais acessíveis, ainda não estão presentes nas práticas de higienização oral.

Esses hábitos indicam maiores chances para desenvolvimento de placa bacteriana e, conseqüentemente, cárie dentária, pois a escovação dos dentes e o uso de fio dental são fatores de proteção bucal fundamentais e reduzem o potencial de virulência e sangramento gengival¹⁴, sendo considerados métodos efetivos e de baixo custo, capazes de atuar na ocorrência de lesões de cáries e de doença periodontal¹⁵. Agentes antimicrobianos aplicados profissionalmente ou sob forma de dentifrícios e soluções de bochecho podem reduzir a incidência de cáries mediante controle da formação de placa, supressão de espécies cariogênicas ou inibição do metabolismo bacteriano¹⁶.

Os homens na faixa etária de 40-49 anos e os mais jovens faziam um consumo moderado de doces e refrigerantes, em menor frequência que os homens na faixa etária ≥ 50 anos. Tanto escolaridade como renda não influenciaram a ingestão de doces. Em relação ao consumo de frutas/legumes, os entrevistados na faixa ≥ 50 anos consumiam maior proporção desses alimentos do que os trabalhadores mais jovens, contudo na amostra havia um baixo número de pessoas nessa faixa etária. Interessante observar que na faixa de 40-49 anos, que concentrou o maior número dos entrevistados, houve o menor percentual de ingestão de frutas e legumes.

Identifica-se a necessidade de fortalecer o consumo de alimentos saudáveis para proteção da saúde bucal. Observou-se diferenças entre hábitos alimentares e de higiene nas faixas etárias. Fica a seguinte indagação: tais diferenças podem estar relacionadas ao gênero masculino ou às características da população estudada? Novas pesquisas podem auxiliar na compreensão da singularidade masculina.

Os entrevistados pouco realizavam o autoexame bucal, método simples e extremamente eficaz na busca de sinais precoces de doenças. O autoexame deveria ser ensinado sistematicamente nos programas educativos e campanhas de esclarecimento à população, em linguagem fácil e acessível, contribuindo assim para a ampliação da cura e controle dessas doenças¹⁷.

A consulta ao cirurgião dentista compõe uma medida eficaz para a saúde bucal, pois quando há periodicidade adequada, o profissional tem a oportunidade de promover ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde bucal, estimulando assim o autocuidado.

Quando comparados com o sexo feminino, Travassos¹⁸ constatou que mulheres, sem restrição de atividades, integrantes de famílias de maior poder aquisitivo, de famílias com provedor de maior escolaridade e de famílias “chefiadas” por homens apresentaram maior chance de consumo de serviços preventivos e de acompanhamento¹⁸. Porém, Watson¹⁹ encontrou uma considerável falta de conscientização sobre saúde bucal entre mulheres de baixa renda, que pode estar associada às condições dentárias precárias dessas mulheres¹⁹. Ostberg²⁰ sinaliza que as meninas percebem sua saúde bucal como boa mais que os meninos, exceto no que diz respeito à aparência dos dentes²⁰.

Algumas limitações do presente estudo: não realização do cálculo amostral para encontrar de forma segura todas as variáveis estudadas, o número de pessoas obtido em alguns segmentos foi menor do que o necessário e isso reduziu o poder dos testes estatísticos, como no caso do baixo percentual de pessoas analfabetas (apenas 4), o que pode levar a distorções na interpretação. Também identificou-se que a maioria dos homens acima de 50 anos fazia uso de próteses parciais ou totais e, desse modo, a questão sobre a presença de cáries deveria ser realizada apenas com pessoas com dentes naturais.

Conclusão

O percurso metodológico escolhido permitiu analisar a influência das variáveis sociais e econômicas na saúde bucal masculina, bem como atender os aspectos éticos de privacidade para responder os questionários. A coleta de dados foi favorecida por ter sido realizada no local de trabalho. Possibilitou compreender os limites e potencialidades dos homens no cuidado da saúde bucal, assim como salientar a necessidade de pesquisas que abordem questões de gênero.

Para além de identificar significados estatísticos, as associações encontradas entre variáveis sociodemográficas, hábitos de higiene e conhecimento sobre saúde bucal coincidem com a prática clínica odontológica, uma vez que os entrevistados vivenciaram práticas odontológicas com pouca ênfase na preservação dentária.

Esta pesquisa pode contribuir para as práticas dos profissionais da APS no sentido de abordar os homens no momento da anamnese odontológica, sensibilizando-os quanto aos fatores de risco e proteção da saúde bucal, de forma a introduzir novas práticas de cuidado. Considerou-se uma estratégia válida a divulgação deste estudo para os gestores municipais, com vistas a qualificar as tomadas de decisões referentes à saúde bucal.

A análise dos dados sinaliza a necessidade de investimentos em ações de educação em saúde para a manutenção de práticas saudáveis de saúde bucal e enfatiza a necessidade de ampliar o acesso aos serviços odontológicos, estabelecer políticas para direcionar recursos, introduzir avanços tecnológicos e instituir estratégias diferenciadas para pessoas de baixo nível socioeconômico.

Referências

1. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2003. p. 248. [acesso em 2009 Ago 18]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf
2. Gomes R. Os homens cuidam pouco da saúde. *Radis*. 2008; 74: 10.
3. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1): 105-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017>
4. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(4): 999-1010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400021>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 92.
6. Rank RCIC, Rank MS, Dib JE. Dificuldades maternas quanto ao uso do fio dental em crianças. *Publ UEPG Ciênc Biol Saúde*. 2006; 12(3): 31-8.
7. Guedes-Pinto AC, Bonecker M, Rodrigues CRMD. Fundamentos de odontologia: odontopediatria. São Paulo: Editora Santos; 2009. 446 p.
8. Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde - Aboprev. Promoção de Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Artes Médicas; 1997.
9. Panzeri H, Lara E, Zaniquelli O, Schiavetto F. Avaliação de algumas características das escovas dentais do mercado nacional. *Rev Assoc Bras Odontol*. 1993; 1(1): 23-9.
10. Montenegro FLB, Marchini L, Leite JÁ, Manetta CE. Tipificando e classificando os limpadores linguais no mercado brasileiro. *Rev EAP/APCD*. 2006; 8(1): 12-5. [acesso em 2012 Mar 30]. Disponível em: <http://www.proteseodontologica.odo.br/fbrunetti/limpadoreslinguais.htm>
11. Navas EFA, Inocêncio AC, Jorge AOC, Koga-Ito CY. Avaliação da utilização de limpador de língua na redução dos níveis de leveduras na cavidade bucal. *Rev Odontol UNESP*. 2009; 38(2): 99-103.
12. Philipp ST, Latterza AR, Cruz ATR, Ribeiro LC. Pirâmide alimentar adaptada: guia para a escolha dos alimentos. *Rev Nutr*. 1999; 12(1):65-80.
13. Mendes ML, Mendes CL, Rocha ML. Avitaminoses e suas manifestações bucais. *Int J Dent*. 2003; 2(2): 257-61.
14. Abegg C. Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31(6): 586-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000700007>
15. Rimondini L, Zolfanelli B, Bernardi F, Bez C. Self-preventive oral behavior in an Italian University student population. *J Clin Periodontol*. 2001; 28(3): 207-11. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-051x.2001.028003207.x>
16. Gonçalves NCLAV, Valsecki Junior A, Salvador SLS, Bergamo GC. Efeito de soluções fluoretadas contendo xilitol e sorbitol no número de estreptococos do grupo mutans na saliva de seres humanos. *Rev Panam Salud Pública*. 2001; 9(1): 30-4. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892001000100007>
17. Thomaz EBAF, Cutrim MCFN, Lopes FF. A importância da educação como estratégia para prevenção e diagnóstico precoce do câncer oral. *Acta Oncol Bras*. 2000; 20(4): 149-52.
18. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 11(5-6): 365-73. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000500011>
19. Watson MR, Gibson G, Guo I. Women's oral health awareness and care-seeking characteristics: a pilot study. *J Am Dent Assoc*. 1998; 129(12): 1708-1716.
20. Ostberg AI, Halling A, Lindblad U. A gender perspective of self-perceived oral health in adolescents: associations with attitudes and behaviours. *Community Dent Health*. 2001; 18(2): 110-116.

Anexo 1

Número da entrevista: _____

I - Identificação

Idade em anos:

() 1- 20 a 29; () 2- 30 a 39; () 3- 40 a 49; () 4- > ou igual a 50 anos

2. Naturalidade:

Estado

() 1- SP; () 2- outros

Cidade

() 1- Marília; () 2- outros

3. Religião:

() 1- Católica; () 2- Protestante/Evangélico; () 3- Nenhuma; () 4- Outras

4. O quanto sua religião influencia na sua vida?

() 1- Pouco; () 2- Muito pouco; () 3- Muito

5. Escolaridade:

() 1- Ensino fundamental completo; () 2- Ensino fundamental incompleto; () 3- Ensino médio completo; () 4- Ensino médio incompleto; () 5- Ensino superior completo;

() 6- Ensino superior incompleto; () 7- Alfabetizado; () 8- Analfabeto

6. Estado civil:

() 1- Solteiro; () 2- Casado; () 3- União estável; () 4- Divorciado; () 5- Viúvo

7. Renda familiar (em salários mínimos):

() 1- 1 a 2; () 2- 2 a 3; () 3- 3 a 4; () 4- Acima de 4

8. Profissão/Ocupação:

() 1- Serviços gerais; () 2- Auxiliar administrativo; () 3- Outros

II - Conhecimentos sobre saúde bucal

Com que frequência você consome doces?

() 1- 1 a 2 vezes por semana; () 2- 3 a 4 vezes por semana; () 3- 5 a 6 vezes por semana; () 4- Diariamente; () 5- Nunca

Com que frequência você consome frutas, verduras e legumes?

() 1- 1 a 2 vezes por semana; () 2- 3 a 4 vezes por semana; () 3- 5 a 6 vezes por semana;

() 4- Diariamente; () 5- Nunca

Com que frequência você consome refrigerantes e sucos artificiais?

() 1- 1 a 2 vezes por semana; () 2- 3 a 4 vezes por semana; () 3- 5 a 6 vezes por semana; () 4- Diariamente; () 5- Nunca

Com que frequência você escova os dentes?

() 1- Nunca; () 2- 1 a 2 vezes ao dia; () 3- 3 a 4 vezes ao dia; () 4- 5 ou mais vezes ao dia; () 5- 3 vezes na semana; () 6- 1 vez na semana

Que tipo de escova dental você utiliza?

() 1- Extra macia; () 2- Macia; () 3- Média; () 4- Dura; () 5- Qualquer uma delas

Com que frequência você troca sua escova dental?

() 1- 1 vez ao mês; () 2- De 2 em 2 meses; () 3- De 3 em 3 meses; () 4- A cada 6 meses; () 5- 1 vez ao ano

Com que frequência você utiliza o fio dental?

() 1- 1 a 2 vezes por semana; () 2- 3 a 4 vezes por semana; () 3- 5 a 6 vezes por semana; () 4- Diariamente; () 5- Nunca

Com que frequência você utiliza enxaguantes bucais? () 1- 1 a 2 vezes por semana;

() 2- 3 a 4 vezes por semana; () 3- 5 a 6 vezes por semana; () 4- Diariamente;

() 5- Nunca

Com que frequência você escova a língua?

() 1- Nunca; () 2- 1 a 2 vezes ao dia; () 3- 3 a 4 vezes ao dia; () 4- 5 ou mais vezes ao dia; () 5- 3 vezes na semana; () 6- 1 vez na semana

Com que frequência você procura o dentista?

() 1- Menor que 6 meses; () 2- Entre 6 meses e 1 ano; () 3- Maior que 1 ano; () 4- Nunca

Você já apresentou ou apresenta algum/ns desses problemas bucais?

() 1- Cárie; () 2- Problemas periodontais; () 3- Aftas, estomatites; () 4- Herpes; () 5- Bruxismo

Você tem hábito de:

() 1- Roer as unhas; () 2- Chupar dedos; () 3- Morder os lábios; () 4- Não tenho nenhum desses hábitos

Se sim, por quanto tempo você permanece com a mesma prótese?

() 1- Menos de 1 ano; () 2- Menos de 5 anos; () 3- Entre 5 a 10 anos; () 4- Mais de 10 anos

Anexo 1. Continuação...

Você faz uso de algum tipo de prótese dentária?

() **1-** Sim; () **2-** Não

Você considera a cárie dental uma doença transmissível?

() **1-** Sim; () **2-** Não

Cada membro de sua família faz uso individual da escova dental?

() **1-** Sim; () **2-** Não

Problemas bucais podem causar repercussões sistêmicas?

() **1-** Sim; () **2-** Não

Você respira pela boca?

() **1-** Sim; () **2-** Não

Você é fumante?

() **1-** Sim; () **2-** Não

Você faz uso de bebida alcoólica?

() **1-** Sim; () **2-** Não
