

Quadro Teórico

2. QUADRO TEÓRICO

2.1 A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)

2.1.1 Epidemia e evolução

Assinalada oficialmente, em 1981 pelo CDC, a síndrome da imunodeficiência adquirida, habitualmente conhecida como AIDS, tornou-se um marco na história da humanidade e uma epidemia que permanece até hoje inexplicável (CASTILHO; CHEQUER, 1999).

De acordo com a Organização Mundial de saúde (OMS), em 1993, a infecção pelo HIV foi considerada pandemia, passando a ser uma das principais causas de morte em crianças e adultos. Segundo Brasil (2005), já foram notificados cerca de 360 mil casos de aids. Este número representa as notificações feitas desde a identificação do primeiro caso de aids, em 1980, até junho de 2004. A taxa de incidência foi crescente até metade da década de 90, alcançando, em 1998, cerca de 20 casos de aids por 100 mil habitantes. Do total de casos de aids no Brasil, mais de 80% estavam concentrados nas Regiões Sudeste e Sul. O Sudeste é a região mais atingida desde o início da epidemia e, apesar da alta taxa de incidência, a única que mostra uma tendência de declínio desde 1998. Para as demais regiões, tem-se observado aumento das taxas de incidência de casos, principalmente na Região Sul (BRASIL, 2005).

O país tem acumulado cerca de 170 mil óbitos por aids até dezembro de 2003. Até 1995, a curva de mortalidade acompanhava a de incidência de aids, quando atingiu a taxa de 9,7 óbitos por 100 mil habitantes. Após a introdução da política de acesso universal ao tratamento anti-retroviral, observou-se queda na mortalidade. A partir de 2000, evidencia-se estabilização em cerca de 6,3 óbitos por 100 mil, embora essa tendência seja bem mais evidente na Região Sudeste e entre os homens. Além disso, entre 1993 e 2003, observou-se um aumento de cerca de cinco

anos na idade mediana dos óbitos por aids, em ambos os sexos, refletindo um aumento na sobrevivência dos pacientes (BRASIL, 2005).

Segundo o Programa DST/AIDS da Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto-SP (2005), o primeiro caso de Aids na região do município data de 1984, tendo sido registrado oficialmente em 1986. A coleta sistematizada dos dados referentes a Aids na região passou a ser registrada oficialmente, pelos serviços públicos de saúde a partir de 1987 e, atualmente, Ribeirão Preto ocupa o sexto lugar em coeficiente de incidência em todo Brasil e o terceiro lugar no Estado de São Paulo, fazendo com que a questão da Aids se apresente como um dos mais relevantes problemas de saúde pública da cidade (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

Em 2004, pesquisa de abrangência nacional estimou que no Brasil cerca de 600 mil pessoas, entre 15 a 49 anos de idade, vivem com HIV e aids (0,61%). Este número está representado por cerca de 209 mil mulheres (0,42%) e 386 mil homens (0,80%) (BRASIL, 2005).

Desde 1991, vem crescendo a proporção de mulheres infectadas pelo HIV, constatada na redução da razão do sexo que atingia 24:1 em 1985, 3:1 entre 1993 e 1996, e 2:1 a partir de 1997, sendo que no grupo etário de 15 a 19 anos, a partir de 1996 a razão tornou-se 1:1. Pode-se considerar a “feminização” da epidemia, o que implica em um aumento substancial do número de crianças atingidas (VERMELHO; SILVA; COSTA, 2004).

A ocorrência relacionada ao aumento crescente de mulheres infectadas através de transmissão heterossexual nos últimos anos, possivelmente não era esperada e tão pouco discutida já que inicialmente foi considerada uma doença gay e as autoridades de saúde pública se ocuparam intensamente com os “grupos de risco” (homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis).

Além disso, supõe-se que as campanhas de prevenção da AIDS no Brasil não têm atingido de forma eficaz às mulheres, pois a incidência de casos novos da doença tem estabilizado, porém, a proporção de mulheres em relação aos homens infectados vem aumentando significativamente.

O número de gestantes infectadas pelo HIV em 2001, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1999) foi de 12898 casos, isto é, 0,4% do total de gestantes do Brasil. No município de Ribeirão Preto, no ano de 2003, nasceram 7638 crianças, destas, 50 eram filhas de mães soropositivas para o HIV, ou seja, 0,65% dos nascimentos, sendo que houve um parto gemelar (NEVES et al., 2004).

2.1.2 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida na Infância

São considerados casos de aids infantil aqueles que ocorrem em crianças menores de 13 anos de idade (DINIZ; WIENBERG, 1991). A transmissão do vírus da mãe para o filho é freqüentemente chamada vertical, mas também já foi denominada intra-uterina, transplacentária, perinatal e congênita, refletindo a incerteza do momento no qual se dá a contaminação. Além da transmissão intra-uterina, a contaminação do bebê pode ocorrer durante o parto, por exposição ao sangue materno infectado ou secreção da área genital. Trabalhos iniciais demonstraram que crianças nascidas de cesariana foram infectadas (RACHID, SCHECHTER, 1996), porém outros dados sugerem que a cesariana eletiva (sem que a mãe entre em trabalho de parto) tem um papel preventivo na transmissão do vírus HIV (MANDELBROT; LE CHENADEC; BERREBI, 1998). Além disso, é importante citar que a contaminação pós-parto pode ocorrer no aleitamento materno (FALLON et al., 1989).

Segundo Brasil (2005), cerca de 65% dos casos de transmissão vertical ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito e os 35% restantes ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação e através do aleitamento materno.

A infecção pelo HIV acarreta uma diminuição progressiva em número e atividade dos linfócitos T CD4+, comprometendo a imunidade celular. A Aids é a manifestação clínica da fase avançada deste processo (RACHID; SCHECHTER, 1996; RAMOS-GOMEZ et al., 1996), sendo que, a imunossupressão profunda deixa o hospedeiro susceptível ao

desenvolvimento de várias infecções oportunistas e neoplasmas (CHIGURUPATI; RAGHAVAN; STUDEN-PAVLVICH, 1996).

A progressão da infecção pelo HIV é mais rápida e mais grave nas crianças, quando comparada aos adultos devido ao acometimento durante a fase de desenvolvimento dos diferentes sistemas orgânicos. O sistema imunológico imaturo é menos resistente a infecção ocorrendo um maior desequilíbrio de sua estrutura e função (ROSEMBERG; FAUCI, 1994).

De acordo com Diniz e Wienberg (1991), a aids é uma doença de criança de idade precoce, ou seja, a maior parte das crianças infectadas por transmissão vertical, apresentam os sintomas clínicos e sociais da doença em seus primeiros anos de vida.

2.1.3 Problemas dentais em crianças infectadas pelo HIV

Diversos estudos já demonstraram que as crianças infectadas pelo HIV, principalmente na primeira dentição, apresentam maior experiência de cárie, quando comparadas a crianças clinicamente saudáveis, da mesma faixa etária (CASTRO, 1997; ELDRIDGE; GALLAGHER, 2000; HOWELL, et al., 1992; MANDIGAN, et al., 1996; SOUZA, et al., 1996; VALDEZ; PIZZO; ATKINSON, 1994).

Os elevados valores da experiência de cárie neste grupo podem ser atribuídos ao alto consumo de medicamentos contendo açúcar (ELDRIDGE; GALLAGHER, 2000; MADIGAN et al., 1996; MAGUIRE; RUGG-GUNN; BUTLER, 1996), menor imunidade contra bactérias cariogênicas (MADIGAN et al., 1996), diminuição do fluxo salivar (RIBEIRO et al., 1998) e principalmente devido à hábitos de higiene inadequados (HOWELL et al., 1992).

O trabalho de Valdez, Pizzo e Atkinson (1994) foi um dos primeiros a relacionar a prevalência de cárie com a deficiência imune do paciente infectado pelo HIV. Sabe-se que estas crianças estão muito expostas a fatores de risco à cárie, como consumo freqüente de carboidratos e higiene oral deficiente. Os resultados deste estudo mostram que a prevalência de cárie tendeu a ser maior naquelas crianças em estado mais avançado da

doença. Isto pode ser devido ao fato de que as crianças mais doentes vão fazer uso mais freqüente de medicamentos que contém teores elevados de açúcares. Além disso, estas crianças podem ser submetidas à terapia hipernutritiva, o que parece coincidir com o declínio das defesas contra a cárie. Em estágios mais avançados da doença, a higiene oral também deve ficar prejudicada pela dificuldade de sua realização, devido à presença de lesões bucais.

Maguire, Rugg-Gunn e Butler (1996) investigaram a saúde dental de crianças com problemas médicos crônicos e a ingestão prolongada de medicamentos líquidos por via oral, e compararam os resultados com seus irmãos saudáveis (controle). Os achados indicaram que o primeiro grupo de crianças teve significativamente mais cáries, especialmente de dentes anteriores decíduos, do que o observado no controle. Ribeiro et al. (1998) não encontraram associação entre as drogas usadas pelas crianças infectadas pelo HIV e as possíveis alterações nos níveis de fluxo salivar, o que poderia ser um dos fatores responsáveis por essa maior experiência de cárie. Alguns estudos sugerem que, nestes grupos de crianças com saúde comprometida, que requerem uso de medicamento a longo prazo, o cuidado preventivo é essencial desde a data do diagnóstico de sua condição médica, especialmente se não há nenhuma alternativa satisfatória disponível para o medicamento que contém açúcar (GEHRKE; JONHSEN, 1991; MAGUIRE; RUGG-GUNN; BUTLER, 1996; RIBEIRO et al., 1998).

De acordo com Gehrke e Johnsen (1991), além da presença constante de medicamentos líquidos açucarados, o uso prolongado da mamadeira como fonte de fornecimento de alimentos e medicamentos pode representar um fator adicional no desenvolvimento da doença cárie, principalmente quando associado à falta de qualidade da higiene bucal. Estes autores relatam o primeiro caso de cárie de mamadeira associado à terapia anti-HIV, onde foi verificado que cada 5 ml de medicamento antirretroviral contém 320mg de sacarose. Castro et al. (1999), ao investigarem os conhecimentos dos médicos responsáveis pelo tratamento de crianças infectadas, sobre a relação entre o uso prolongado da

mamadeira e o desenvolvimento precoce da doença cárie, verificaram que poucos são os que detêm noções sobre o papel da qualidade da dieta e, principalmente, da necessidade da higienização bucal após a ingestão de alimentos e medicamentos. Foi também reduzido o número de profissionais que instruem os responsáveis sobre o conteúdo, a forma e horário de administração dessa mamadeira como fonte de nutrientes, e principalmente, sobre a necessidade de limpeza após as mamadas.

2.1.4 Aspectos sociais e familiares

Os fatores sociais e culturais, incluindo o acesso aos serviços odontológicos, também influenciam de maneira significativa a condição bucal das crianças soropositivas para o HIV, mostrando ser agravantes das más condições bucais encontradas (RIBEIRO, 2000).

Historicamente, os grupos minoritários sempre apresentaram piores condições de saúde bucal. O termo minoria (empregado para algumas populações especiais) designa aqueles cuja condição social (*status* econômico, valores culturais ou étnicos, ou qualquer outro fator) os coloquem em desvantagem quanto ao acesso a qualquer sistema, como o de saúde. Exemplos destes grupos são os sem teto, institucionalizados, imigrantes, indivíduos com a saúde comprometida e os portadores do HIV (BOLDEN; HENRY; ALLUKIAN, 1993; BRODER et al., 1996). Em países com desigualdades importantes, como o Brasil, não é preciso pertencer a qualquer um dos grupos citados para encontrar dificuldades no acesso aos serviços básicos de saúde. Com relação aos portadores do HIV, o Ministério da Saúde disponibiliza o tratamento medicamentoso antirretroviral, mas o acesso ao tratamento de saúde como um todo, e não por partes, nos diversos setores ainda é precário (RIBEIRO, 2000).

Destaca-se que, como toda doença tem uma dimensão sociocultural, sua ocorrência afeta não apenas o indivíduo, mas atinge o conjunto dos componentes da unidade doméstica, a “família”. Como uma categoria analítica, “experiência da enfermidade” é um termo que se refere aos meios

pelos quais os indivíduos e grupos sociais respondem a um dado episódio da doença (ALVES, 1993).

Historicamente a “mãe” representa um papel de destaque no cuidado à saúde geral, particularmente ao estabelecer rotinas de higienização do corpo infantil. Deve-se ressaltar que, nas questões de saúde bucal das crianças, onde o agente do cuidado é a mãe, devemos conhecer suas percepções individuais acerca da importância da saúde bucal; entender as condições socioeconômicas e demográficas, e por fim, avaliar a real capacidade e vontade de modificar os hábitos relacionados à boa saúde bucal, cabendo ao profissional contribuir através da motivação ao autocuidado (SANTI, 2003).

Outro fato relacionado à importância do papel de “cuidadora” da mãe dentro da estrutura familiar refere-se que, para desempenhar este papel é importante que ela se sinta bem psicologicamente, possua boa condição física e sinta-se socialmente integrada e funcionalmente competente (WHO, 1994), fatores esses relacionados a sua qualidade de vida.

Destaca-se que o termo *qualidade de vida* inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas (WHO, 1994). Considerando-se o bem estar subjetivo como determinante para a decisão de buscar tratamento, aderência a ele e avaliação dos resultados obtidos (HUNT; McKENNA, 1993), as medidas de qualidade de vida das mães, poderiam ser utilizadas como medidas auxiliares para identificar e priorizar problemas, facilitar a comunicação entre profissionais de equipes multidisciplinares, facilitar a tomada de decisão compartilhada pelo clínico e pelo paciente, e monitorar as mudanças ou respostas ao tratamento (PREBIANCHI, 2003).

2.2 Qualidade de Vida - QV

Embora ainda não haja consenso entre autores com relação à QV, publicações sobre esse tema vêm aumentando sucessivamente durante os últimos anos. Muitos termos são usados na literatura como sinônimos de QV, tais como bem estar, felicidade, condição de vida, satisfação de vida, entre outros. Porém uma distinção entre os termos satisfação de vida e QV deve ser feita, já que satisfação de vida é puramente subjetiva, pois se refere aos sentimentos de felicidade e contentamento com a vida. Já QV engloba aspectos subjetivos e objetivos além de possuir múltiplas dimensões. O aspecto subjetivo na QV é primordial, pois a percepção de satisfação pessoal é uma característica intrínseca, porém, o componente objetivo está sempre presente. Se uma pessoa sente-se satisfeita com a sua vida é sinal de que ela tem QV, portanto, satisfação resulta em QV, assim como felicidade e sensação de bem estar. Assim uma pessoa vivendo na pobreza e que nunca conheceu outra forma de vida pode sentir-se satisfeita com sua própria vida, enquanto uma outra vivendo nas mesmas condições pode visualizar riscos na saúde, avaliando, desta forma, QV abaixo do ideal (MEEBERG, 1993).

O conceito QV representa em termos uma tentativa de nomear algumas características da experiência humana, sendo o fator central que determina a sensação subjetiva de bem-estar (ASSUMPCÃO JR. et al., 2000). Shim e Johnson (1997) sugerem que QV consiste na posse de recursos necessários para a satisfação das necessidades e desejos individuais, participação em atividades que permitem o desenvolvimento pessoal, a autorealização e comparação satisfatória entre si mesmo e os outros.

Minayo, Hartz e Buss (2000) observaram que o tema QV é visto sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do senso comum, ou do ponto de vista objetivo ou subjetivo, em abordagens individuais ou coletivas. No âmbito da saúde, quando visto em um sentido ampliado, ele apóia-se na compreensão das necessidades

humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção de saúde seu foco mais relevante. Quando vista de forma mais focalizada, qualidade de vida em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade.

Com a finalidade de diferir QV de seu conceito mais amplo e geral para um sentido mais restrito, ligado à saúde e à doença (ocorrência e tratamento), tem sido preconizado o uso da expressão Qualidade de Vida Ligada à Saúde (FAYERS; MACHIN, 2000).

2.2.1 Qualidade de vida ligada à saúde - QVLS

O desenvolvimento tecnológico crescente de algumas áreas biológicas trouxe como consequência negativa sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de “qualidade de vida” refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida (FLECK et al., 1999a).

Filósofos cientistas sociais e políticos foram os primeiros a manifestar interesse em conceitos como “padrão de vida” e “qualidade de vida”. A oncologia foi à especialidade que, por excelência se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada com os tratamentos propostos, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar “anos à vida”, era deixada de lado a necessidade de acrescentar “vida aos anos” (FLECK et al., 1999a, p. 20 aspas do autor).

Em 1994, A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o grupo de qualidade de vida (The WHOQoL group) que, sob a coordenação de John Orley, a definiu como sendo a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1994). Nessa definição, fica implícito que o conceito de QV é subjetivo, multidimensional e que inclui elementos de avaliação tanto positivos

(mobilidade, por exemplo) como negativos (dor, por exemplo) (FLECK et al, 1999a, p. 20; 1999b, p. 199; 2000, p. 179).

O termo “*qualidade de vida*”, como sendo aplicado na literatura médica, não parece ter um único significado. “Condições de saúde”, “funcionamento social” e “qualidade de vida” têm sido usados como sinônimos. “Qualidade de vida ligada à saúde” - QVLS (Health-related quality of life - HRQoL) e “Estado subjetivo de saúde” (Subjective health status) são conceitos afins, centrados na avaliação subjetiva do paciente, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente (FLERK et al, 1999a, p.20, aspas do autor).

2.2.2 Instrumentos para avaliar qualidade de vida

Com o objetivo de sintetizar a complexidade da noção de QV e de sua relação às diferentes culturas e realidades sociais, diversos instrumentos têm sido construídos. Alguns tratam a saúde como componente de um indicador composto, outros têm, no campo da saúde, seu objeto propriamente dito. Dentre os primeiros, um dos mais conhecidos e difundidos é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O IDH foi criado com a intenção de deslocar o debate sobre desenvolvimento de aspectos puramente econômicos - como nível de renda, produto interno bruto e nível de emprego - para aspectos de natureza social e também cultural. Embutida nesse indicador encontra-se a concepção de que renda, saúde e educação são três elementos fundamentais de QV de uma população (HADDAD; BONELLI, 1988; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

As escalas de QVLS normalmente incluem medidas de capacidade funcional, do estado de saúde, de bem estar psicológico, de redes de apoio social, de satisfação e estado de ânimo de pacientes (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Na busca de um instrumento que avaliasse QVLS dentro de uma perspectiva genuinamente internacional fez com que a OMS desenvolvesse um projeto colaborativo multicêntrico, cujo resultado foi a

elaboração do WHOQoL-100. Esse instrumento de avaliação é composto por 100 itens, baseados em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relação social, meio ambiente e espiritualidade/ religião/ crenças pessoais (FLERK et al., 1999a). Uma versão abreviada, a WHOQoL- bref, foi posteriormente desenvolvida com a finalidade de facilitar seu uso, minimizando o tempo de aplicação, pois se compõe de domínios mais relevantes da versão anterior.

No entanto, para alguns grupos de pessoas ou de doenças, o WHOQoL pode não avaliar a QV de forma suficientemente completa ou apropriada. Nesses casos, estaria indicado o desenvolvimento de um módulo do WHOQoL que, ao ser usado em combinação com o instrumento nuclear (WHOQoL-100), avaliaria as circunstâncias e peculiaridades da doença em questão (WHO, 1994).

O primeiro módulo do WHOQoL a ser desenvolvido foi o de HIV/Aids, em função da importância médica da doença, do impacto na qualidade de vida, de seu estigma e das peculiaridades que envolvem o contágio.

2.3 Modelos de causalidade

A cárie dentária tem afetado a humanidade desde a pré-história. Em diferentes culturas e em diferentes épocas, o homem tem exibido grande variação na suscetibilidade à doença (CARVALHO; MALTZ, 1999).

O conceito clássico de cárie dental consiste em uma doença infecciosa e multifatorial, que resulta em perda de minerais dos dentes, causada por ácidos orgânicos produzidos por microorganismos, durante o metabolismo de carboidratos (BEZERRA; TOLEDO, 1997; FEJERSKOV, 1998; WEYNE, 1993).

Historicamente vários modelos foram propostos para explicar o processo carioso. Na década de 60 a cárie caracterizava-se como uma enfermidade bacteriana que, para sua instalação, necessitava da interação de três fatores básicos: hospedeiro, microbiota e substrato. Sua

representação gráfica ficou conhecida como “Tríade de Keyes”. Mais tarde, Newbrun adicionou o quarto fator - tempo (Figura 1). Naquele momento, estava claro que esses fatores ao interagirem geravam a doença que se manifestava através de um sinal clínico característico, a cárie (WALTER; FERRELLE; ISSAO, 1996).

No século passado, a prática clínica e a educação em saúde tiveram forte influência determinística, ou seja, de causa-efeito, para as explicações das desordens bucais. Entretanto, por meio de pesquisas científicas e avanços tecnológicos, agora se sabe que a maioria de doenças e desordens humanas são multifatoriais. Fatores de risco como genética, ambiente e comportamento mudam as probabilidades do resultado em saúde (SLAKIN, 2001).

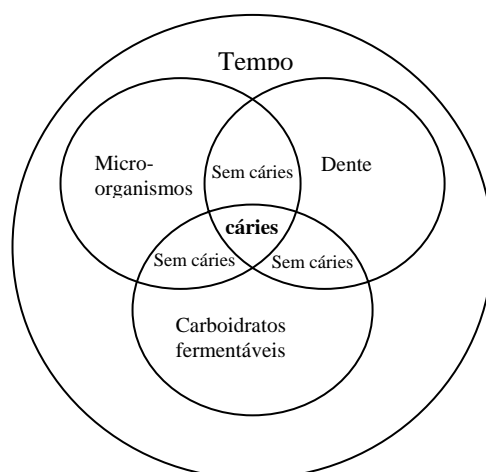


Figura 1. As quatro variáveis necessárias para a iniciação e progressão da cárie dentária, Tríade de Keyes, modificada por Newbrum, que acrescentou o fator tempo (RIPA,1998).

Assim, o conceito de multicausalidade, atualmente aceito, é bem mais complexo do que o sugerido por Keyes, pois se sabe que o acúmulo de microorganismos capazes de converter carboidratos em ácidos nem sempre resulta em lesões de cárie. Tanto os microorganismos capazes de

produzirem ácidos a partir de fermentação de açúcares, como os açúcares fermentáveis, podem ser considerados fatores necessários, mas não suficientes para o desenvolvimento da cárie dentária. Com o decorrer do tempo, pesquisas revelaram multiplicidade de fatores que podem determinar o aparecimento da lesão de cárie (Figura 2) Dessa forma, na atualidade, a cárie dentária é caracterizada como doença multifatorial (EKSTRAND, 2000; TOMITA; TORRES, 2000).

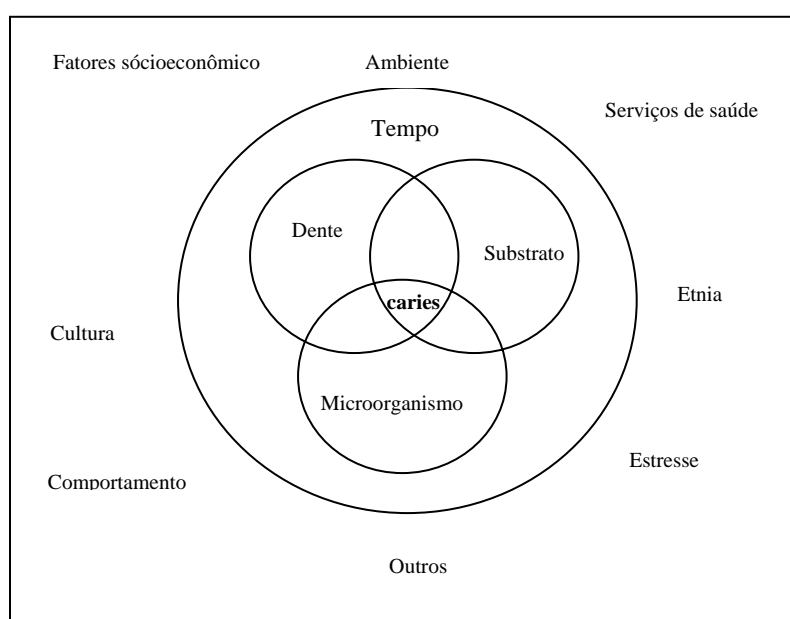


Figura 2. Apresentação dos fatores necessários para o desenvolvimento da doença cárie e influência do ambiente social (REISINE; DOUGLASS, 1998).

2.4 Outros fatores relacionados à doença cárie

O presente trabalho aborda a “experiência de cárie” adaptada à visão do modelo epidemiológico de “Campo de Saúde” de Lalonde (apud DEVER, 1988) que, além dos componentes tradicionais do modelo ecológico, admite uma outra dimensão de causalidade dada pela organização dos serviços de saúde. Este modelo é mais vasto e mais abrangente, tendo se adaptado muito à visão de múltipla causa/múltiplo efeito da saúde e à ampliação dos

conceitos de risco. Permite uma análise da doença, através das seguintes dimensões: estilo de vida, ambiente, biologia humana e organização dos serviços.

O estilo de vida observado envolve um conjunto de decisões tomadas pelos indivíduos e que afetam sua própria saúde e sobre as quais eles têm maior ou menor controle (apud DEVER, 1988). Como já foi relatado anteriormente, as crianças HIV+ representam um grupo especial, onde fatores moduladores da doença cárie e gengivite fazem parte do cotidiano de suas vidas. Alguns destes fatores podem ser trabalhados e modificados com educação em saúde. Entretanto, o mesmo não pode ser feito com aqueles advindo de condições sistêmicas, como dieta e imunidade (RIBEIRO; PORTELA; SOUZA, 2002).

O ambiente no modelo epidemiológico é definido como eventos externos ao corpo, sobre os quais o indivíduo tem pouco ou nenhum controle. Possui subdivisões em dimensões: física, social e psicológica, dentre as quais, a social e psicológica, contêm os principais fatores envolvendo a modificação de comportamento, problemas de percepção e relacionamento interpessoais (apud DEVER, 1988).

No quesito biologia humana, vale ressaltar que as significativas anormalidades decorrentes da infecção pelo HIV tornam as crianças mais suscetíveis às infecções oportunistas, inclusive na cavidade bucal. Em relação à cárie, como foi descrito, estudos demonstram que a doença é decorrente de um biofilme localizado em sítios específicos dos dentes, sendo esse capaz de produzir uma variedade de irritantes locais após maturar-se com o tempo e, invariavelmente dissolvem o dente e alteram o periodonto (THYLSTRUP; BUUN, 1992; THYLSTRUP; FEJERSKOV, 1994). O acúmulo de biofilme maduro é responsável por esta variação de saúde /doença, sendo razoável ver o grau de perturbação mecânica bucal como o fator intra-oral importante, o qual dita a possibilidade de desenvolvimento das comunidades bacterianas com potencial cariogênico e periodontopatogênico, capaz de causar os primeiros indícios de dissolução no esmalte e alterações aos tecidos periodontais em pacientes clinicamente

saudáveis. Portanto trata-se de uma patologia localizada, causada por acúmulos de microorganismos sobre a superfície dental (THYLSTRUP, et al., 1998), podendo ser trabalhado neste grupo da mesma maneira do que em qualquer outro, ou seja, pode ser controlada e prevenida também em crianças HIV positiva (RIBEIRO, 2000).

A divisão final do modelo epidemiológico é o sistema de organização de serviços de saúde, que pode ser subdividida em três elementos: preventivo, curativo, e de recuperação (apud DEVER, 1988).

Especiais esforços e despesas são dispensados pelo serviço de saúde para as crianças portadoras de HIV, devido ao fato de serem submetidas, desde o nascimento, a uma rotina de acompanhamento clínico e laboratorial. No entanto, o mesmo não é observado em relação aos serviços odontológicos. A Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecto Contagiosas (UETDI) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), por exemplo, é um centro de referência para os pacientes HIV+ da região de Ribeirão Preto. As gestantes HIV+ são assistidas e, as crianças são acompanhadas desde o nascimento. Há uma equipe multiprofissional responsável pela saúde destas crianças, composta por médicos, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, enfermeiro, assistente social, no entanto, nota-se a ausência de um profissional responsável pela saúde bucal para essas crianças, o que contribui para o grande acúmulo de necessidades odontológicas relatada por essa equipe. A necessidade de um programa de atendimento odontológico se torna clara, visto que, com o programa, pretende-se incentivar trocas diferentes vivenciadas entre os profissionais, contribuindo para a criação de vínculos afetivos e emocionais, facilitando o aprendizado e a colaboração mútua, fazendo com que os pacientes tenham acesso e aceitem melhor o atendimento odontológico.

2.4.1 Nível socioeconômico

A literatura epidemiológica evidencia que muitas doenças afetam grupos socialmente mais carentes da sociedade Moysés (2000, p. 7, aspas do autor) em seu estudo de desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano conclui que “determinantes sociais em saúde apresentam grande potencial explicativo em relação à ‘biologia das desigualdades’, e a cárie dentária não constitui uma exceção”.

Segundo Demers et al. (1990 apud FREITAS, 2001), os níveis de renda estão associados aos de cárie, embora trabalhos mais recentes tenham privilegiado a composição de níveis sócioeconômicos, onde renda é um dos componentes aliado a outros indicadores na composição do fator de risco, sendo mais comuns, os níveis de educação (instrução formal) e o tipo de ocupação de pais e pacientes, conforme o estudo tenha sido dirigido para crianças/adolescentes ou adultos.

Pinto (1990 apud FREITAS, 2001), relata que no primeiro levantamento nacional de prevalência de cárie no Brasil, em 1985, foram encontrados diferenças significativas entre os estratos de renda de até dois salários mínimos e aqueles com mais de cinco salários mínimos. Essas diferenças tendiam a desaparecer após os 35 anos de idade, devido ao grande número de dentes perdidos em quaisquer das faixas de renda analisadas.

2.4.2 Higiene / cuidado

O controle da placa dental é o conjunto de medidas que tem por objetivo a sua remoção e a prevenção de sua recorrência, podendo ser realizada por meios mecânicos (escovação ou fio dental) ou químicos (anti-septicos) (BUISCHI; AXELSSON, 1999).

Sendo a placa dental fator etiológico da cárie, a limpeza adequada e sistemática dos dentes representa uma medida direta e abrangente de controle e tratamento das doenças dentárias (BUISCHI; AXELSSON, 1999).

A limpeza dos dentes, realizada pelo indivíduo, é parte fundamental da saúde bucal. Em relação às crianças, tão logo o primeiro dente irrompa, está indicada a escovação pela manhã e à noite. Porém, a criança não possui destreza manual para higienizar seus próprios dentes até por volta dos seis ou sete anos de idade, dessa forma, os pais ou cuidadores devem supervisionar a escovação até essa idade (OTTLEI, 2002).

Recomenda-se que os cuidados odontológicos idealmente deveriam preceder a chegada do bebê, ou seja, enquanto a mãe estivesse grávida ou anteriormente à erupção dos dentes. Walter, Ferelle e Issao, 1996, com o seu trabalho pioneiro na Clínica de Bebês da Universidade estadual de Londrina, fundamenta-se em orientações às gestantes, medidas de higienização e controle de placa. Do mesmo modo, o Centro de Pesquisa de Atendimento a Pacientes Especiais (CEPAE), presente na Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP, baseia-se no atendimento aos bebês e conscientização das gestantes e responsáveis em relação à prevenção e manutenção da saúde, tendo como objetivo a completa assistência durante os primeiros anos de vida quanto às orientações necessárias para a amamentação, higiene, hábitos bucais e prevenção da doença cárie.

2.4.3 Serviços de saúde

No Brasil, quase um quinto da população (18,7%) nunca consultou o dentista, agravando-se na área rural (32%) e entre as crianças menores de quatro anos (85,6%). A porcentagem daqueles que nunca consultaram dentista é nove vezes superior para as pessoas com renda de até um salário mínimo, quando comparadas com as que recebem mais de 20 salários mínimos. O efeito renda está registrado, também, entre os que consultaram dentista há mais tempo (três anos ou mais), onde a maior concentração de pessoas está na população de menor renda familiar mensal (IBGE, 1998).

Quando se refere aos pacientes HIV+, a situação torna-se mais agravante, devido as dificuldade dos pacientes com HIV ou *aids* em conseguir atendimento odontológico quando revelam seu estado de

soropositividade ao profissional, ou quando apresentam sinais clínicos da doença (GERBERT et al. 1989; LOPES et al., 1998).

A estigmatização e a discriminação ao HIV e à AIDS desde o princípio vêm funcionando dentro de um sistema amplo de exclusão social e desigualdade. Isto realça as diferenças percebidas e acentua seu impacto sobre as vidas dos indivíduos e grupos, de maneira que os estigmatiza e os marginaliza ainda mais em relação aos valores culturais normativos aceitos e às relações sociais (ABIA, 2002). As pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), semelhantemente aos leprosos e tuberculosos, no passado, sofrem não só com a angústia de uma doença grave, mas também com o preconceito e a discriminação por parte de amigos, familiares e profissionais de saúde (HANAN, 1994).

Em relação às crianças HIV+, a falta de implantação de programas odontológicos destinados ao tratamento preventivo e curativo interfere de forma negativa na saúde bucal das mesmas, que, por apresentarem maior suscetibilidade ao desenvolvimento de cárie e outras manifestações decorrentes do HIV, necessitam de acesso ao serviço odontológico para tratamento preventivo e curativo o mais precoce possível (CASTRO, 2002).

2.5 Restabelecimento da saúde bucal

Segundo Broder et al. (1996), poucos estudos investigaram as barreiras existentes ao desenvolvimento de programas de saúde ou ao nível de cooperação e interesse dessa população em especial. Problemas que devem ser abordados incluem (FALLON et al., 1989):

1. O fato de ser uma doença potencialmente fatal;
2. Lidar com a saúde e o cuidado da criança, e
3. Diferentes aspectos presentes nos casos de uma criança doente, como estado emocional, financeiro e disponibilidade para os cuidados necessários.

Phelan et al. (1998) corroboraram com essas informações e relataram que as dificuldades familiares, as doenças e outros fatores podem diminuir o envolvimento dos responsáveis num programa de promoção de saúde. Além disso, a maioria apresenta baixos níveis de conhecimentos ou motivação, ou podem não ser capazes de assimilar as orientações fornecidas, como a realização de uma higiene bucal adequada.

Outro aspecto importante a ser abordado é com relação à formação de atitudes, as quais, em sua maioria, são determinadas por fatores sociais, culturais e políticos. Como consequência, a importância da saúde bucal para a qualidade de vida do indivíduo irá variar de acordo com a sua condição de vida. Assim, as condições sócioeconômicas são fatores determinantes de saúde geral, bem com da saúde bucal (RIBEIRO, 2000). Infelizmente, como já foi descrito anteriormente, as famílias de crianças infectadas pelo HIV tendem a ter menores recursos sócio-econômicos e culturais (FALLON et al., 1989; BRODER et al., 1996).

Além disso, destaca-se que o diagnóstico de infecção pelo HIV impõe pesados fardos na criança e na família (BRODER et al., 1996), o que também pode contribuir para agravar a má qualidade de vida destes indivíduos, diminuindo a participação dos mesmos em programas. Destacam-se como exemplos: o ambiente cercado de miséria e doenças (PHELAN et al., 1998), a estigmatização e discriminação pelo HIV (ABIA, 2002), o sentimento de culpa das mães (FALLON et al., 1989), entre outros.

Embora algumas crianças recebam cuidados de outros membros da família (ou responsáveis saudáveis, como por exemplo, crianças adotadas ou que vivem em casas de acolhimento), grande parte mora com seus pais biológicos em ambientes cercados de doenças, incluindo pais ou irmãos com infecção pelo HIV ou AIDS, e miséria (PHELAN et al., 1998).

O sentimento de culpa por parte das mães que transmitem a infecção à criança, faz surgir reações antagônicas como superproteção e desprezo (FALLON et al., 1989), além de que, muitas mães, sobrecarregadas com as necessidades emocionais, psicológicas físicas e médicas de seus filhos, podem avaliar o cuidado dental como sendo de menor prioridade mediante a

uma gama de problemas a serem enfrentados (ELDRIDGE; GALLAGHER, 2000).

Todos estes aspectos abordados indicam que as crianças e as famílias com infecção pelo HIV geralmente têm muitas necessidades, não só físicas, mas emocionais e sociais, que requerem interação com uma equipe multidisciplinar organizada. Sessões educacionais informais e estruturadas detêm a possibilidade de prover informações sobre o tratamento preventivo de problemas bucais, proporcionando um ótimo cuidado à criança (FALLON et al., 1989). Além disso, esses aspectos sociais, juntamente com a alta prevalência de crianças apresentando lesões em tecidos moles e duros na boca, indicam a necessidade de um programa específico para este grupo em especial, capaz de tratar as lesões já existentes e prevenir o seu ressurgimento. Um programa onde todos os fatores sejam levados em consideração para que o objetivo maior seja alcançado: proporcionar uma saúde melhor a estas crianças (RIBEIRO, 2000).

Os cuidados de saúde bucal são componentes importantes no manejo de pacientes com infecção pelo HIV. A ausência de uma cavidade bucal saudável pode afetar a qualidade de vida, complicar o tratamento das condições médicas e criar ou exacerbar problemas nutricionais e psicossociais (PHELAN et al., 1998).

O Departamento de Odontopediatria e Ortodontia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em parceria com o Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESC) e o Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) vem desenvolvendo, a partir de 1993, um projeto chamado SIDA/AIDS em odontopediatria, com o objetivo de identificar, minimizar e prevenir os danos causados pelas doenças cárie e periodontal, às crianças infectadas pelo HIV (RIBEIRO, 2000). Em 1998 se estendeu com mais duas unidades de referência: Instituto Fernandes Figueira e Hospital Municipal de Jesus (RIBEIRO, 2000). Hoje é um programa do Instituto Fernandes Figueira, intitulado “VIVER SORRINDO”, o qual vem educando toda a família e após o aprendizado, as crianças recebem o tratamento necessário.

Outro programa que pode ser citado é um projeto de extensão do Departamento de Patologia da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, com crianças e adolescentes filhos portadores de HIV, onde foi implantado em 1998 o Programa de Educação e Prevenção em Saúde bucal, que realiza atividades educativas e preventivas como escovação e aplicação de flúor, devido à constatação da urgência da implantação de um serviço de Odontologia para a prevenção e tratamento das crianças do Lar Recanto do Carinho.

Assim, cabe a necessidade de ressaltar a importância de desenvolvimento de programas de promoção de saúde baseados em educação e motivação para um adequado controle mecânico de biofilme, visto que este, é o fator etiológico da cárie e gengivite e deve ser monitorado, contribuindo assim para uma melhora nas condições bucais desta população (RIBEIRO; PORTELA; SOUZA, 2002). Viabilizar acesso a informações, mudanças de hábitos e atitudes destas mães, garantir acesso aos serviços odontológicos, significa garantir precocemente a saúde destas crianças.

2.6 Educação da família

Sawazak e Nakama (1997), Water, Ferelle e Issao (1999), descrevem a educação como sendo o ponto essencial de qualquer programa de saúde. Os fatores comportamentais e sociais (descrição sócio-econômica, percepções, conhecimentos e informações, grupos de pressões e mudanças de comportamento) podem interferir de maneira significativa no processo educacional e devem, portanto, ser estudados com critério, a fim de se traçar um perfil real da população alvo para se estabelecer um programa eficaz na promoção e manutenção da saúde bucal (SAWAZAKI; NAKAMA, 1997).

A conscientização da população depende da educação para a saúde, para que seja despertada a responsabilidade por sua própria saúde e a de seus filhos. Weinstein, Getz, Milgrom (1991) sugeriram que, para influenciar

os pensamentos e ações do paciente, o profissional deve estar ciente das necessidades e interesses individuais de cada um deles. Um ponto importante é fazer com que o paciente saiba a respeito do problema que possui. Quando o paciente não percebe que o problema existe, ou quando não deseja mudar (nem todos estão prontos para mudar seus hábitos de autocuidado), há muito pouco que o profissional possa ajudar e atuar (WEINSTEIN; GETZ; MILGROM, 1991). A conscientização só ocorre quando as pessoas tomam posse da realidade, conhecendo-a. E conhecendo-a, descobrem que é modificável e que podem fazê-lo (NAKAMA, 1994).

Para que uma instrução fornecida seja incorporada sob a forma de aprendizado, uma informação é melhor associada se ensinada a cada contato, encorajando sua prática pelo paciente. O ensinamento de sucesso também deve incluir diálogos amigáveis sobre o controle de biofilme habitual do paciente (WEINSTEIN; GETZ; MILGROM, 1991).