



Capítulo 6

**O Uso das Tecnologias em Saúde
para a Promoção da Saúde Bucal dos
Adolescentes**



JULIANA PASTI VILLALBA
CIRURGIÃ-DENTISTA DO CSS/CECOM –UNICAMP,
ESPECIALISTA EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA,
MESTRE E DOUTORA EM SAÚDE COLETIVA/FCM- UNICAMP

LILA LEA CRUNIVEL
CIRURGIÃ-DENTISTA E SUPERVISORA DE ODONTOLOGIA
PREVENTIVA DO CSS/CECOM –UNICAMP,
ESPECIALISTA EM SAÚDE COLETIVA (FCM- UNICAMP) E
PERIODONTIA (APCD-ARARAQUARA)

MÁRCIA CRISTINA NOGUEIRA
ATENDENTE DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO DO CECOM/UNICAMP

É comum que associemos a palavra tecnologia com “hardware”: computadores, celulares, etc, esse conceito, entretanto, é mais amplo. “Tecnologia em Saúde é toda forma de conhecimento que pode ser utilizada para resolver ou atenuar os problemas de saúde de indivíduos ou comunidades” (BRASIL, 2006). De acordo com a definição dada pelo Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra (2006), trata-se de uma intervenção usada para promoção, prevenção, diagnóstico ou tratamento de doenças, ou para promover reabilitação ou cuidados de longo prazo. Assim, como exemplo de tecnologias em saúde, temos os medicamentos, equipamentos, procedimentos, e os

sistemas organizacionais e de suporte dentro dos quais os cuidados com a saúde são oferecidos.

MERHY (2002), em seu livro *Trabalho Vivo em Saúde*, classifica as tecnologias em saúde em três tipos:

(1) As chamadas leves, que são as tecnologias relacionais, como aquelas da produção do vínculo, acolhimento, autonomização. Por acolhimento, entende-se tratar o indivíduo que procura atendimento com afeto, dando respostas aos demandantes, individuais ou coletivos. O encontro do profissional da saúde com os demandantes pressupõe uma mobilização mútua de afetos que permita discriminar, também, no momento do encontro com o paciente, os riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos às opções adequadas de tecnologias de intervenção. Permite gerar informação, para a equipe de saúde e para o paciente, que possibilite a interpretação dos problemas e a oferta de novas opções tecnológicas de intervenção, escutando o paciente e sendo entendido por ele, assumindo as responsabilidades de condução e acompanhamento dos casos em que é necessária intervenção tecnológica. Por vínculo e responsabilização se entende-se a reflexão sobre as responsabilidades e o compromisso que a equipe tem com cada usuário e os problemas que eles apresentam. Devem-se estabelecer relações claras e próximas com o paciente, visando a transformar-se em referência para ele nas suas questões de saúde sem esquecer, contudo, de ajudá-lo a construir sua autonomia.

Entender, respeitar e estimular a autonomia dos usuários, incentivando o autocuidado, oferecendo informações sobre os processos de adoecimento e o papel dos serviços de saúde na preservação da saúde. Sempre que possível, o profissional deve oferecer as opções de tratamento com informações claras, estimulando a participação do paciente no processo de recuperação da saúde. Trabalhar com equipes multiprofissionais, pois, dependendo das características do problema trazido, é possível encaminhá-lo a um membro da equipe com mais recursos específicos de conhecimento, para conduzir o caso, articulando vários conhecimentos necessários para resolvê-lo.

(2) As tecnologias leve-duras, ou seja, as tecnologias-saberes que são os saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, tais como a clínica médica, a pediátrica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia.

(3) As tecnologias duras, que são as máquinas-ferramentas, como equipamentos, aparelhos, normas e estruturas organizacionais.

A importância que cada uma alcança depende de sua relação com o problema e a saúde do paciente e como esta for utilizada para solucionar a necessidade de saúde, e não pela captura que os meios de produção, isto é, as vantagens financeiras ou a sedução causada pela propaganda dos produtores dos equipamentos possam oferecer ao profissional de saúde.

Baseado nesses conceitos, o Serviço de Odontologia do Centro de Saúde da Comunidade da UNICAMP (CECOM), além de prestar atendimento clínico que envolve ações de prevenção e recuperação da saúde bucal, realiza também programas de promoção de saúde nos institutos e faculdades, com o objetivo de ampliar o atendimento e proporcionar maior vínculo e acolhimento à população universitária.

Seguindo essa proposta de atendimento, foi estabelecida uma parceria CECOM –DPD (DGRH) para um programa permanente com os patrulheiros que atuam na UNICAMP, os quais necessitam de orientações específicas para sua faixa etária para que possam evitar problemas com a saúde bucal e consequentemente com a saúde geral.

A Política Nacional de Saúde Bucal para os Adolescentes

O Brasil é um país detentor de altos índices de prevalência de doenças bucais, em particular a cárie dentária e a doença periodontal. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvem ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos. Os adolescentes, adultos e os idosos, muitas vezes, têm acesso apenas a serviços de urgência, geralmente mutiladores. Isso caracteriza a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social. Nos últimos anos, algumas experiências isoladas ampliaram o acesso e desenvolveram ações de promoção e prevenção, além de atividades curativas mais complexas.

Assim, a saúde bucal da população brasileira, historicamente, apresenta um sistema de prestação de serviços odontológicos

deficiente aliado a uma prática odontológica iatrogênico-mutiladora, contribuindo para uma considerável perda de dentes, como mostram os resultados dos levantamentos epidemiológicos realizados em nível nacional (BRASIL, 2006).

Em nível nacional, foram realizados três levantamentos epidemiológicos para a área odontológica:

- o primeiro foi realizado em 1986, e devido a escassez de recursos disponíveis, esse estudo forneceu apenas informações da população residente na zona urbana, tais como, prevalência da cárie dental, das doenças periodontais, das necessidades e da presença de prótese total e da procura por serviços odontológicos. Foram consideradas as faixas etárias de 6 a 12 anos, de 15 a 19 anos, de 35 a 44 anos e de 50 a 59 anos para efeitos de levantamento de cárie dental e demanda de serviços. A escolha desses grupos obedeceu a critérios de estrita prioridade epidemiológica, no caso da faixa de 6 a 12 anos, e à possibilidade de comparação internacional, em função das metas de saúde bucal trabalhadas pela Federação Dentária Internacional (FDI) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabeleceu índices a serem atingidos para o ano 2000 nas idades aqui consideradas (BRASIL, 1986).

Como resultado desse levantamento pode-se comprovar os altos índices de cárie entre as crianças brasileiras, um dos maiores CPO (índice que mede o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) do mundo à época em todas as idades analisadas. O CPO médio atingia 6,65 aos 12 anos. Pode-se verificar também que somente 40% das pessoas de 18 anos apresentavam todos os dentes e mais de 72% da população urbana analisada, na faixa de 50 a 59 anos, já havia extraído todos os dentes em pelo menos um maxilar. Com relação à doença periodontal, menos de 29% dos adolescentes e pouco mais de 5% dos adultos apresentavam as gengivas saudáveis. Entre as pessoas de 50 a 59 anos, somente 1,33% apresentavam as gengivas saudáveis.

- Dez anos após, em 1996, foi realizado o segundo Levantamento em Saúde Bucal, com o objetivo de verificar alterações ocorridas no perfil da população brasileira. A pesquisa foi realizada somente com relação à cárie dental em crianças na faixa etária de 6 a 12 anos de escolas públicas e privadas. Como resul-

tado do levantamento, notou-se que o CPO-D médio baixou de 6,65 para 3,06 aos 12 anos (BRASIL, 1996).

Provavelmente, a queda do índice CPO nessa faixa etária se deva à fluoretação das águas de abastecimento público, que apresentou um grande aumento no número de municípios atingidos nos anos 80, e, como as pesquisas apontam, há uma redução de aproximadamente 60% do índice de cárie após 10 anos ininterruptos de ingestão da água fluoretada.

- os resultados do terceiro levantamento foram obtidos em 2003. O Ministério da Saúde iniciou, no ano 2000, uma discussão que levou à criação de um subcomitê responsável pela elaboração do Projeto e pelo apoio na sua execução, identificado como "SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira". Além de embasar do ponto de vista epidemiológico a elaboração das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e subsidiar ações para o fortalecimento da gestão dos serviços públicos em saúde bucal nas diferentes esferas de governo, esse estudo permitiu a análise comparativa dos dados nacionais com dados de outros países e com as metas da OMS para o ano 2000. Foram analisadas as faixas etárias de 18 a 36 meses, 5 a 12 anos, adolescentes (15 a 19 anos), adultos (35 a 44 anos) e idosos (65 a 74 anos), nas zonas urbana e rural de 250 municípios brasileiros. Esse levantamento pôde produzir informações relativas às principais doenças bucais, às condições socioeconômicas, ao acesso aos serviços e à autopercepção em saúde bucal (BRASIL, 2005).

Apesar da expressiva redução dos níveis de cárie dentária na população infantil nas duas últimas décadas no Brasil, persistem ainda elevados índices de doenças bucais em determinados grupos populacionais, e grande parte da população permanece desassistida. Os resultados revelaram aproximadamente 14 dentes atacados pela cárie entre a adolescência e a idade adulta. A doença periodontal mostrou-se alta em todas as faixas etárias, com menos de 22% da população adulta e menos de 8% dos idosos apresentando gengivas saudáveis. Comparando-se os dados de edentulismo em nosso país e as metas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde para o ano 2000, observa-se que o Brasil está aquém dessas metas, com apenas 10% dos idosos com vinte ou mais dentes. Somente entre as crianças de 12 anos

a meta da OMS foi atingida, ainda assim a cárie nessa idade representa um grave problema de saúde pública, com marcantes diferenças macrorregionais e com cerca de 3/5 dos dentes atingidos pela doença sem tratamento. Com relação às demais metas, os resultados obtidos encontram-se distantes do que foi estipulado pela OMS para o ano 2000 e para 2010, ano para o qual já foram estabelecidas novas metas da OMS, e o Brasil ainda está longe de atingi-las (OLIVEIRA, 2006).

Portanto, considerando os resultados obtidos nos levantamentos nacionais, para a idade de 18 anos, verifica-se que 32% dos adolescentes em 1986, e 55% em 2003 possuíam todos os dentes, sendo que as metas da OMS para 2000 e 2010 foram de 80% e 100% dos dentes presentes, respectivamente.

A Política Nacional de Saúde Bucal atual, intitulada Brasil Sorridente, compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Essa política é desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

Para a organização desse modelo é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência), em que o usuário, através de um acesso que não lhe deve ser negado, saiba sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência nele: como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele, e que é capaz de influir em seu andamento. A linha do cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho em que o trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes. Constituída assim, em sintonia com o universo dos usuários, essa linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços

de saúde e aprofundar a humanização das práticas. No âmbito da assistência, essas diretrizes apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção (PNSB, BRASIL, 2004).

Programa de Saúde Bucal para os Patrulheiros da Unicamp

Este programa tem como objetivos: acolher os patrulheiros para que conheçam e posteriormente utilizem o Serviço de Odontologia, informá-los sobre as principais doenças bucais e maneiras de preveni-las, orientá-los sobre a importância da saúde bucal e a sua relação com a saúde geral e estabelecer um padrão de atendimento com abordagem direcionada a essa faixa etária.

O DPD-DGRH ficou responsável em contactar com as Unidades que dispõem de patrulheiros para dispensá-los nos horários necessários para as atividades do programa. As atividades iniciaram no dia 01/07/2005 cumprindo o seguinte cronograma:

- 1ª FASE: Palestra sobre saúde bucal, escovação supervisionada e agendamento com um cirurgião dentista: As palestras foram realizadas às terças-feiras no período de 13:20 às 14:20 h com um grupo constituído em média por 15 patrulheiros na sala do DPD-DGRH. Nessas palestras foram abordados três temas: importância da higiene bucal (quais as principais doenças, sua etiologia e o modo de preveni-las), agravos e efeitos do uso do cigarro e conseqüências na utilização de piercing dentro da boca (principalmente na língua). A exposição foi feita com data show utilizando linguagem e ilustrações direcionadas à faixa etária dos patrulheiros, de 16 a 18 anos. Após a exposição foi entregue uma folha contendo

duas questões com o objetivo de direcionar a seqüência e o conteúdo do programa:

1. Você gostou da palestra?
() sim () não Por quê?
2. Que assunto relacionado à saúde bucal você gostaria de ouvir em uma outra palestra?

Não houve qualquer tipo de identificação na folha que continha as questões, mantendo, assim, o sigilo. Posteriormente, esses patrulheiros, componentes da palestra, foram agendados para escovação supervisionada e orientação quanto ao uso do fio dental no CECOM. Nesse dia eles recebem um kit contendo escova, fio dental e dentifrício (creme dental). Após essa orientação, são agendados com um cirurgião-dentista para atendimento clínico.

- 2ª FASE: Palestra sobre saúde bucal relacionada à saúde geral: O tema para a exposição dessa palestra foi baseado nas respostas da 2ª questão dos questionários, nas quais a maioria dos patrulheiros solicitou a abordagem da saúde geral. O objetivo foi aprofundar o assunto inicial apresentando as doenças gerais, tais como diabete, doenças cardíacas, doenças respiratórias, respiração bucal, câncer, etc..., relacionadas com as afecções da cavidade bucal para que houvesse informações sobre conduta preventiva ou terapêutica realmente eficaz para o controle das doenças bucais.

Essa população de patrulheiros não é fixa, ou seja, os patrulheiros são admitidos aos 16 anos e dispensados aos 18 anos. Portanto, esse programa se repete continuamente, à medida que vão se formando novos grupos dos que vão sendo admitidos. O programa continuou desta forma até abril de 2006 totalizando 200 palestras na 1ª fase e 150 na 2ª fase. Foram atendidos até essa data todos os patrulheiros que são contratados pela UNICAMP e FUNCAMP. Após suprir esta demanda, após abril de 2006, as palestras foram agendadas a cada 2 meses para atender os novos contratados.

É importante salientar que a nossa maior preocupação foi estabelecer um vínculo com estes adolescentes, portanto as atividades são realizadas pelos mesmos profissionais.

Sendo um programa contínuo, está aberto a mudanças e melhorias necessárias respeitando as necessidades dos sujeitos envolvidos. A idéia é que seja um programa multiprofissional, ou seja, que outras áreas possam trabalhar conosco neste projeto, como por exemplo, orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis, que foram solicitadas pelos próprios patrulheiros nas respostas dos questionários.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE BUCAL: BRASIL. 1986. 137P. DISPONÍVEL EM: [HTTP://DTR2004.SAUDE.GOV.BR/DAB/SAUDEBUCAL/VIGILANCIA.PHP](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/vigilancia.php).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE BUCAL: CÁRIE DENTAL. 1996. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SAUDE.GOV.BR/BUCA](http://www.saude.gov.br/bucal) L. ACESSO EM: OUT.2005

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004. (ACCESSO EM: OUT. 2005.) DISPONÍVEL EM: [WWW.SAUDE.GOV.BR/BUCA](http://www.saude.gov.br/bucal)L.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROJETO SB BRASIL 2003. CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA, 2005 67P.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL DO BRASIL: REGISTRO DE UMA CONQUISTA HISTÓRICA, 2006, 53P.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CIÊNCIA E TECNOLOGIA, 2006. DISPONÍVEL EM: [HTTP://PORTAL.SAUDE.GOV.BR/PORTAL/SAUDE/VISUALIZAR_TEXTO.CFM?IDTXT=24684](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24684). ACESSO EM OUT. 2006.

MERHY, E.E. SAÚDE: A CARTOGRAFIA DO TRABALHO VIVO. SÃO PAULO: HUCITEC, 2002.

NHS ENGLAND, 2006. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.NHS.UK/](http://www.nhs.uk/). ACESSO EM OUT.2006.

OLIVEIRA AGRC. LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL IN: ANTUNES, J.L.F. E PERES, M.A. EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE BUCAL, GUANABARA KOOGAN: 2006. P:32-48.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. SAÚDE COLETIVA: UMA “NOVA SAÚDE PÚBLICA” OU CAMPO ABERTO A NOVOS PARADIGMAS. SAÚDE PÚBLICA, 1998; 32(4):299-316.