Especialização em
SAÚDE DA FAMÍLIA

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

# Caso complexo
Natasha

# Fundamentação teórica
Saúde bucal

UNIFESP
Universidade Federal de São Paulo
1933

## SAÚDE BUCAL

*Maria Gabriela Haye Biazevic*

O conceito de promoção da saúde, originado de um documento elaborado na década de 1970 pelo então Ministro da Saúde do Canadá, Informe Lalonde, amplia a noção de que saúde corresponde à ausência de diagnósticos detectados por meio de exames. Na verdade, ainda que o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (de 1948) corresponda ao "completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doenças ou enfermidades", na prática o conceito ampliado de saúde passou a ser discutido com mais rigor a partir do documento canadense, que tratou dos determinantes da saúde, ou seja, dos fatores que contribuem para a saúde de comunidades.

Na época, o governo canadense percebeu que, ainda que estivessem sendo gastos milhões em infraestrutura e serviços de saúde para atender a população, os indicadores de saúde não estavam melhorando na mesma proporção. Dessa forma, encomendou a Lalonde um estudo para determinar quais os componentes que definiam a saúde, para reorganizar os investimentos e, consequentemente, melhorar os indicadores de saúde. A nossa política nacional de promoção da saúde trabalha nesse sentido, ou seja, de perceber que existem diversos fatores que determinam saúde, e que eles não se resumem à atenção individual (BRASIL, 2010).

O resultado do estudo canadense foi que a saúde está determinada por vários fatores:

1) estilo de vida individual;
2) influência genética e biológica;
3) ambiente;
4) infraestrutura de serviços.

A infraestrutura de serviços médicos consumia mais de 90% dos investimentos destinados à saúde, sendo que o estudo mostrou que eles influenciavam em 11% na distribuição da mortalidade; por sua vez, os investimentos do montante da saúde em ajudar na adoção de estilos de vida saudável contavam com 1,2% e com 43% de potencial de contribuição nos indicadores de mortalidade. Como tradicionalmente os governos possuíam a postura de investir apenas no item infraestrutura dos serviços de saúde, estava claro que essa estratégia não seria efetiva para alcançar qualidade de vida da população. Isso gerou uma reorientação dos investimentos em saúde no Canadá. Ainda hoje, em diversos locais do mundo e também no Brasil, vemos a cultura de que construir hospitais e de instalar mais tomógrafos traz simpatia da população e, consequentemente, gera votos em eleições; porém, já está comprovado que isso não melhora os indicadores de saúde de uma comunidade.

Desde a década de 1990, outro aspecto que tem sido insistentemente explorado com relação aos determinantes de saúde são as iniquidades em saúde. Elas correspondem a considerar diversos níveis e influências na saúde das populações; assim, comportamentos e estilos de vida, redes comunitárias e de apoio, condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a serviços essenciais (tais como educação e saúde), além dos macrodeterminantes (condição econômica, cultural, ambiental, sociedade e supranacionais, como a globalização), possuem influência na saúde de uma comunidade (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008).

Se antes tínhamos o costume de "culpar a vítima", ou seja, de atribuir ao cidadão a culpa por ser doente, pois "ele não se cuida", "ele sabe que não deve fumar", "ele não entende as orientações fornecidas pelo médico", atualmente está consolidado que viver em condição socioeconômica ruim tende a piorar os indicadores de saúde de uma comunidade. O fato de um cidadão necessitar de quatro horas diárias para deslocamentos da casa para o trabalho, de seu bairro não possuir espaços de convivência (praças, quadras, parques), de viver em ambiente insalubre, obviamente refletirá em seu dia a dia, em seu estilo de vida, em sua saúde. Assim, não podemos esperar que esse cidadão tenha disposição para fazer caminhadas em seu bairro (perigoso, muitas vezes!) e conviver saudavelmente com sua comunidade.

O cidadão deve apropriar-se do ambiente em que vive, deve se identificar com ele, sentir-se seguro. O fato de ser protagonista de ações que ele mesmo e seu grupo desenvolvem, as quais geram resultados, o motivará a realizar sempre mais. Ou seja, não adianta levar doações para comunidades carentes e deixar que as pessoas permaneçam ali, esperando novamente a boa vontade de pessoas mais privilegiadas. Elas devem ser envolvidas (e atentamente ouvidas!) para que ocorra o seu emponderamento, ou seja, para que se sintam autônomas para mudar seu estilo de vida, a partir de sua própria realidade (Fonte: Organización Panamericana de la Salud, 2003). No caso da área da saúde, o fato de os Agentes Comunitários de Saúde serem selecionados a partir da própria comunidade faz com que se estreite imensamente o elo

entre a equipe de saúde e a comunidade, já que ela é profunda conhecedora dessa realidade cultural. O objetivo é que o cidadão seja autônomo e seguro de suas opções, sem receber ordens, imposições (MOYSÉS et al., 2008).

Ao falarmos em Atenção Básica, estamos nos referindo ao amplo cabedal de atividades que podem – e devem ser realizadas – pela equipe de saúde. Referimo-nos a educação em saúde e a atendimento na unidade de saúde, referenciando apenas os casos que possuem um nível maior de complexidade. O clínico geral – seja ele médico ou dentista – jamais deve furtar-se a atender às necessidades de atenção dessa população. No Brasil, existe a cultura de que os profissionais "bons" são aqueles altamente especializados. Esses profissionais, sem sombra de dúvidas, são imprescindíveis para a Medicina e a Odontologia, porém poucas pessoas realmente precisarão deles ao longo da vida. A maior necessidade no Brasil hoje é de profissionais clínicos gerais, que, diga-se de passagem, é provavelmente a atividade mais difícil de ser realizada no dia a dia, já que sob o título de "clínico geral", vem a necessidade de "fazer de tudo um pouco!". Disso trata a clínica ampliada na atenção a famílias com adolescentes: realização do acolhimento, da escuta qualificada, visando ao fortalecimento de vínculo (MOYSÉS et al.., 2008), buscando atender o paciente hebiatra de modo integral.

Os cirurgiões-dentistas devem conhecer também os problemas mais comuns da faixa etária. O relatório dos resultados principais do Projeto SB Brasil (2002-2003) (BRASIL, 2004) mostra que os principais problemas de saúde bucal dos adolescentes são cárie e gengivite. O índice CPO-D (média de dentes cariados, perdidos e obturados) na faixa etária de 15 a 19 anos de idade é de 6,17; desse valor, 2,60 são resultantes de cárie, 0,19 de dentes obturados com cárie, 2,49 de dentes obturados e 0,89 de dentes perdidos. Isso demonstra que existe grande proporção de dentes que necessitam de tratamento, já que foi constatada a presença de lesões de cárie. Ao restaurar os dentes, o CPO-D se mantém igual, porém o componente obturado aumentaria e o cariado seria reduzido. O mesmo levantamento das condições bucais mostrou que 18,77% dos adolescentes examinados apresentaram sangramento gengival e 33,40% tinham cálculo. Além disso, mais de 50% dos adolescentes apresentaram má-oclusão. Outra pesquisa realizada no estado de São Paulo mostrou associação entre condição periodontal e nível socioeconômico, sendo que a pior condição foi encontrada em adolescentes do sexo masculino que viviam em situação de maior aglomeração domiciliar (ANTUNES et al., 2008).

Com relação ao atendimento do usuário, todos os profissionais envolvidos realizarão o planejamento, de acordo com suas áreas de atuação e a técnica mais adequada. Dessa forma, não cabe aqui esmiuçarmos protocolos de atendimento. Ao incluir educação em saúde no rol de atividades que os profissionais que atuam na Unidade de Saúde devem realizar, é importante salientar alguns conceitos importantes. Primeiramente, sabe-se que a simples posse de informação não gerará, necessariamente, uma mudança de comportamento por parte do paciente. Todos nós provavelmente, ao longo de nossas vidas, nos vimos em situações que acarretavam algum risco sabendo disso e sem tomar providências para termos maior proteção. Alguém tem dúvidas de que o fumante sabe que o cigarro faz mal à saúde? Assim, a estratégia de repetição exaustiva de conceitos de prevenção à cárie, por exemplo, nem sempre vão alcançar os resultados esperados. Uma mudança no estilo de vida de qualquer cidadão parte dele mesmo, e o ambiente onde ele vive pode ser catalisador disso; porém, não nos enganemos: ele é que tem de estar motivado para uma mudança! Sabendo disso, a equipe de saúde deve ser parceira nessa empreitada, participando da comunidade e de todos os desdobramentos da vida em determinado território. Somente abordagens que visem ao emponderamento das pessoas é que vão gerar resultados duradouros (Fonte: Organización Panamericana de la Salud, 2003). Lembrar-se sempre dos fatores que podem motivar os adolescentes nessa mudança de comportamento, como a possibilidade de ingresso ou ascensão no mercado de trabalho, namorar, sexualidade etc. (MOYSÉS et al., 2008).

Ao fornecer orientações específicas para adoção de alguns protocolos, sejam eles medicamentosos ou uma orientação individualizada de escovação, é necessária preocupação especial com a linguagem utilizada. Argumentos do tipo "eu explico, explico, mas ele não é capaz de entender!" mostram que existem barreiras culturais entre a equipe e o usuário, e que a iniciativa de saná-las deve partir da equipe de saúde. É ela quem deve adequar a linguagem – e tornar a comunicação efetiva – para ser entendida pelo usuário. Para atingir o público-alvo, deve-se conhecer profundamente sua realidade e, no caso de adolescentes, isso é particularmente mais importante. Assim, trata-se de ouvir bastante, observar e pensar em quais aspectos de sua vida seriam melhorados caso ele resolvesse adotar os estilos de vida que a equipe de saúde gostaria de discutir com ele. Em muitos casos, o paciente hebiatra acaba compartilhando de suas angústias com os profissionais da equipe de saúde, porém, infelizmente, somos treinados para "decodificar" comentários em queixas objetivas de saúde, para poder, assim, passar logo para o protocolo de atendimento.

Adolescentes do sexo feminino vivem uma situação ainda mais preocupante: tendem a engravidar precocemente, aumentando as chances de evasão escolar e privando-as de programar uma vida independente. Sabe-se que o grau de

escolaridade da mãe está diretamente relacionado com indicadores de saúde de seus filhos. Nesse contexto, a equipe de saúde deve mobilizar-se para lhe oferecer um ambiente em que ela possa fazer suas escolhas de vida de modo consciente (Fonte: Organización Panamericana de la Salud, 2010).

Outra questão bastante comum em Unidades de Saúde são as atribuições dos profissionais envolvidos no atendimento. As Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) partem de alguns pressupostos, entre eles: "assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização". Em Odontologia, é comum o encaminhamento de pacientes para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) simplesmente porque necessitam de raspagem gengival! O profissional não deve deixar de realizar todos os procedimentos compreendidos pelas suas atribuições, sob pena de deixar de ser resolutivo para o sistema como um todo. Isso acaba por onerar outros níveis de complexidade, que desperdiçam recursos tratando de casos que poderiam ser resolvidos pela Atenção Básica, e comprometendo toda a estratégia de atenção integral ao cidadão. Não devemos nos esquecer de que a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) se dá no nível de Atenção Primária, sendo também responsável pela referência a centros de maior complexidade e da contrarreferência, acompanhando a evolução do paciente em tudo o que for necessário.

Para alcançar sucesso nessa empreitada, é imprescindível o planejamento das ações de saúde e dos tratamentos individuais pela equipe de saúde em conjunto. Só assim poderão ser identificados todos os aspectos que permeiam a vida do paciente, os quais influenciam em seu tratamento. As barreiras de linguagem/culturais podem ser sanadas conferindo a devida importância à atuação dos Agentes Comunitários de Saúde e também do Técnico em Saúde Bucal, já que ele deverá ser responsabilizado por diversas ações de manutenção da saúde bucal do paciente.

Nas reuniões semanais com a equipe, todos os participantes fazem parte de uma cadeia que tem como objetivo um só: melhorar as condições de saúde da comunidade onde estão inseridos. As informações ali partilhadas são igualmente importantes para o planejamento dos atendimentos, sem hierarquias.

Ao consolidar o conceito ampliado de saúde, levando-se em consideração todos os seus determinantes, teremos chances reais de melhorar os indicadores de saúde de uma comunidade e, individualmente, de oferecer melhor qualidade de vida aos cidadãos. Nesse sentido, convém lembrar que o conceito de qualidade de vida é bastante amplo, e que uma definição estática possivelmente não daria conta da realidade de cada indivíduo. Trata-se, portanto, de um conceito individual e subjetivo, já que o que considero bom ou ideal de vida para mim pode não ser para você. Isso posto, como podemos afirmar que determinado grupo de orientações seria bom para todos? Isso consolida a questão do emponderamento, baseada na autonomia de cada cidadão de decidir, sem coações, o que considera bom para si mesmo.

**Referências**

ANTUNES, J. L. F. **Condições socioeconômicas em saúde**: discussão de dois paradigmas. Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 562-567, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/6411.pdf> Acesso em: 16 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

COMISSÃO Nacional de Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/editora/media/livro_determinantes.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2013.

MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L. **Manejo de famílias por ciclos de vida**. In: MOYSÉS et al. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008, p. 216-246.

PROJETO SB Brasil 2003. **Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**: resultados principais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.