



GABRIELA CHRISTIEL SOTO ROJAS

**ANÁLISE DE PROPOSTAS PARA MELHORAR O ACESSO A
SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL**

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção de Título de Especialista em Saúde Coletiva e da Família.

Piracicaba

2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

So78a Soto Rojas, Gabriela Christiel, 1984-
Análise de propostas para melhorar o acesso aos
serviços de saúde bucal / Gabriela Christiel Soto Rojas.
-- Piracicaba, SP: [s.n.], 2014.

Orientador: Juliana Zanatta.
Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) –
Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Odontologia de Piracicaba.

1. Educação em saúde. 2. Populações vulneráveis.
I. Zanatta, Juliana, 1982- II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba.
III. Título.



Dedico este trabalho a meus pais Evelina e Carlos pelo amor incondicional e apoio constante em todos os momentos de minha vida.

A minhas irmãs Jimena e Paola, por ser gratas companheiras e alegrar os dias de minha vida.

Agradecimentos


A Deus, por ser minha guia todos os dias de minha vida e me iluminar nos momentos bons e ruins.

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, por ter me ensinado o caminho da ciência e por ter me dado a oportunidade de desenvolver a Especialização em Saúde Coletiva.

A minha orientadora; Juliana Zanatta, pela paciência, comprometimento, e valiosos aportes para a realização deste trabalho.

A todas aquelas pessoas que colaboraram no desenvolvimento desta pesquisa.

Meu eterno agradecimento.



“Uma sociedade se faz grande quando homens velhos plantam árvores, mesmo sabendo que não vão se sentar sob sua sombra.”

Antigo provérbio grego

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	7
RESUMO.....	8
ABSTRACT.....	9
1 INTRODUÇÃO.....	10
2 DESENVOLVIMENTO.....	12
3 CONCLUSÃO.....	34
REFERÊNCIAS.....	36

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AAP	-	American Association of Pediatric
ADA	-	American Dental Association
ACGME	-	Accreditation Council for Graduate Medical Education
CEO	-	Centro de Especialidades Odontológicas
CFO	-	Conselho Federal de Odontologia
ESB	-	Equipe de Saúde Bucal
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
HHS	-	Department of Health and Human Services
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Biologia e Estatística
IOM	-	Institute of Medicine
PNH	-	Política Nacional de Humanização
PSF	-	Programa Saúde da Família
SIAB	-	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidades Básicas de Saúde
USF	-	Unidade de Saúde da Família
PNSB	-	Política Nacional de Saúde Bucal
PNAD	-	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

RESUMO

Apesar dos avanços e esforços feitos na implementação das políticas públicas em saúde bucal, uma parcela importante da população brasileira ainda não utiliza os serviços odontológicos com a frequência preconizada. Múltiplos fatores, complexos e inter-relacionados contribuem para a falta de acesso a cuidados de saúde bucal, sendo necessário superar estas dificuldades quanto ao uso dos serviços de saúde. Assim, algumas estratégias devem ser desenvolvidas com ênfase em intervenções preventivas e de promoção de saúde bucal. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é analisar algumas propostas para ampliação do acesso à saúde bucal e expansão de ações odontológicas, propostas tanto na dimensão educativa e formação dos profissionais, como na dimensão assistencial básica. As estratégias de prevenção e promoção de saúde bucal fazem referência aos seguintes pontos: a) focar a formação dos cirurgiões-dentistas numa perspectiva baseada na comunidade, garantindo que os profissionais das gerações atuais e futuras ofereçam à população um atendimento de qualidade, culturalmente competente com o contexto ao qual estão inseridos, b) treinamento profissional focando populações específicas; c) organizar programas de residência na área odontológica configuradas numa formação de base comunitária, com oportunidades para o trabalho com equipes interdisciplinares e destinando financiamento para apoiar e expandir a residência odontológica; d) treinamento de profissionais não dentistas e Agentes Comunitários de Saúde para a construção de um conhecimento de saúde multiprofissional nas Unidades de Saúde da Família; e) organizar a demanda odontológica com base em critérios de riscos e vulnerabilidades, para ter um atendimento mais equitativo e oportuno; e f) desenvolver programas de educação em saúde à população, incluindo todas as faixas etárias e grupos vulneráveis. Todos deveriam ter acesso aos cuidados de saúde bucal de qualidade durante todo o ciclo de vida. Realizar ações de promoção e prevenção de saúde exigirá inúmeras ações coordenadas e sustentáveis, com especial atenção para as necessidades distintas e variadas de populações vulneráveis e menos favorecidas. A aplicação destas propostas, dentro do marco das Políticas Nacionais de Promoção à Saúde, poderá melhorar os cuidados em saúde e reduzir as barreiras que impedem ter uma boa saúde bucal e qualidade de vida.

Palabras chave: Educação em Saúde, Populações Vulneráveis

ABSTRACT:

Despite advances and efforts in the implementation of public policies in oral health, an important portion of the Brazilian population still not uses dental services at the recommended frequency. Multiple factors, complex and interrelated contribute to lack of access to oral health care, being necessary to overcome these difficulties to the use of health services. Thus, some strategies should be developed with an emphasis on preventive interventions and to promote oral health. In this sense, the objective of this study is to analyze some proposals for expanding access to oral health and dental expansion actions, proposals both in educational dimension and training of professionals, as in the basic care dimension. Prevention and promotion strategies and oral health refer to the following points: a) training of dentists in a community-based perspective, ensuring that professionals of current and future generations to provide quality care population, culturally competent with the context to which they belong, b) professional training focusing on specific populations; c) organize residency programs in the dental field configured in a community-based training, with opportunities to work with interdisciplinary and allocating funding to support and expand the dental residency teams d) training of non professional dentist and community health workers for building a knowledge of multidisciplinary health in Units Family Health; e) organize dental care according to criteria of risks and vulnerabilities, to have a more equitable and timely care, f) develop health education programs to the population, including all age groups and vulnerable groups. Everyone should have access to oral health care quality throughout the lifecycle. Conduct promotion and health prevention will require numerous coordinated and sustainable actions, with special attention to the distinct and varied needs of vulnerable and underserved populations. The implementation of these proposals within the framework of National Policies for Health Promotion, can improve health care and reduce the barriers that prevent having good oral health and quality of life.

Key words: Health Education, Vulnerable Populations

1 INTRODUÇÃO

O acesso a cuidados de saúde bucal é essencial para promover e manter a saúde geral e o bem-estar. Quando os indivíduos são capazes de acessar aos cuidados de saúde bucal, têm os benefícios de receber serviços preventivos básicos e educativos sobre cuidados em saúde, diagnóstico oportuno de doenças bucais nos estágios iniciais e cuidados restaurativos, conforme necessário. Em contrapartida, a falta de acesso a cuidados de saúde bucal pode resultar em diagnóstico tardio de doenças e suas consequências (Brasil, 2008).

Mesmo que a maioria das doenças bucais não ameace a vida diretamente, devem ser abordadas como problemas importantes de saúde pública. As razões de sua importância estão na alta prevalência de doenças e a demanda elevada dos serviços, impacto sobre a vida dos indivíduos e sociedade em termos de dor, desconforto, limitação, deficiência social e funcional, interferindo sobre a qualidade de vida (Manski & Brown, 2010).

Apesar dos esforços feitos por meio das políticas de saúde e ações voltadas para eliminar as dificuldades na acessibilidade, ainda existe parcela significativa da população brasileira que nunca foi ao dentista, como mostram as informações acerca do uso de serviços odontológicos, os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD, 2003 e 2008). Estes dados apontam que 15,7% dos entrevistados nunca haviam ido ao dentista. Enquanto 31% das pessoas com rendimento mensal familiar de até um salário mínimo afirmaram nunca ter feito uma consulta odontológica, essa proporção caiu para 3% entre os que tinham rendimento mensal familiar superior a vinte salários mínimos (PNAD, 2003). A PNAD 2008 mostrou que 11,7% dos brasileiros ainda não receberam atendimento odontológico. De acordo com a pesquisa, desse total, 77,9% eram crianças de até quatro anos de idade. A grande maioria dos entrevistados (98%) com rendimento domiciliar de mais de cinco salários mínimos já consultou o cirurgião-dentista (PNAD, 2008).

A comparação de dados apresenta uma melhora no acesso da população ao atendimento, no entanto, o número de brasileiros sem acesso ao serviço de saúde bucal ainda é considerado elevado se o percentual for calculado para toda a população do país. São, aproximadamente, 21,6 milhões de brasileiros que nunca tiveram atendimento. Há 10 anos, eram 29,6 milhões de pessoas (Peres et al., 2012).

Nunca ter consultado o dentista é um indicador bastante negativo relacionado à falta de acesso aos serviços odontológicos. Os fatores que influenciam o acesso aos cuidados

de saúde bucal são numerosos e complexos. Estes incluem: fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos (nível de renda, composição etária); oferta de serviços com relação à disponibilidade de recursos humanos; materiais tecnológicos e financeiros; políticas públicas assistenciais e preventivas, e cobertura por planos de saúde (Travaso & Martins, 2004).

A consequência do acesso insuficiente aos serviços odontológicos é uma deficiente saúde bucal em níveis individual e populacional. Assim, são constantes as reclamações de usuários quanto à dificuldade de acesso a algumas Unidades de Atenção Básica (UBS). Como resultado, tem-se o aumento da demanda dessa população por serviços de saúde (Esperança et al., 2006).

No âmbito da assistência, a Política Nacional de Saúde Bucal apresenta diretrizes que apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção em saúde bucal na atenção básica, através da realização de atividades de promoção, prevenção, assistência e reabilitação. Isto possibilita o acesso a todas as faixas etárias, assegurando atendimentos nos demais níveis de atenção por meio da implantação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) (Brasil, 2006).

A ampliação do número de equipes de saúde bucal e a implantação dos CEOs, embora possibilite aumento da cobertura frente aos problemas bucais e conseqüentemente aumente a produção assistencial, não garante o atendimento equitativo e igualitário para toda a população. Por isso, é importante aplicar estratégias de trabalho que permitirão identificar as populações mais vulneráveis e desenvolver ações preventivas e focalizadas para elas. Com isso, haverá acesso maior e mais equitativo aos cuidados de saúde bucal, diminuindo a carga de doença e proporcionando melhora na qualidade de vida (Barros & Chaves, 2003).

Para orientar as propostas sobre a melhoria do acesso a cuidados de saúde bucal das populações vulneráveis e desfavorecidas, são considerados os conceitos de Saúde Bucal como parte integrante da saúde geral. Portanto, a saúde bucal é um componente essencial de atenção integral à saúde, como também a promoção da saúde bucal e prevenção de doenças são essenciais para todas as estratégias destinadas a melhorar o acesso aos cuidados (Brasil, 2008).

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é analisar algumas propostas para ampliação do acesso à saúde bucal e expansão de ações odontológicas, propostas tanto na dimensão educativa e formação dos profissionais, como na dimensão assistencial básica.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Acesso aos serviços de saúde bucal

Acesso é um conceito complexo e, pelo menos, quatro aspectos requerem ser focalizados. Se os serviços estão disponíveis e há uma oferta adequada de serviços, então a oportunidade de obter cuidados de saúde existe e uma população pode ter acesso aos serviços. Barreiras financeiras, organizacionais, sociais ou culturais limitam a utilização dos serviços. Assim, o acesso medido em termos de utilização depende da disponibilidade, acessibilidade física e aceitabilidade dos serviços e não apenas a adequação da oferta (Gulliford et al., 2002).

As populações vulneráveis e menos favorecidas enfrentam barreiras persistentes e sistêmicas ao acesso e uso de serviços de saúde bucal. Estas barreiras são numerosas e complexas e incluem múltiplos fatores que, em linhas gerais, podem ser descritos como aqueles fatores relacionados à necessidade de saúde como morbidade, gravidade e urgência da doença; fatores relacionados aos usuários com características próprias de idade e sexo, região onde mora, renda, grau de educação, religião e características psíquicas; fatores relacionados aos prestadores de serviços como tempo de graduação, especialidade, experiência profissional (Vasconcelos & Fratucci, 2013).

O acesso limitado aos serviços de saúde bucal traz como consequência dor de dente e perda dentária. A dor de dente é vivenciada como dificuldade enfrentada pelas populações de baixa renda, que não encontram nos serviços de saúde pública meios apropriados para o cuidado à saúde bucal (Ferreira & Alves, 2002). A mutilação dentária resultante da perda dos dentes predispõe um estado de doença, pois assinala mudanças físicas, biológicas e emocionais. Os indivíduos desdentados ou usuários de próteses dentárias sentem-se em desvantagem em relação àqueles portadores de dentes naturais (Mendonça, 2001). Segundo o último levantamento epidemiológico SB Brasil 2010, uma parte representativa da população nunca foi ao dentista. Na faixa etária de 12 anos, 18% nunca foram ao dentista; dos adultos de 35 a 44 anos, 7% referiu nunca ter ido ao dentista; e dos idosos, 14% nunca passou por dentista (SB Brasil, 2010).

A Política Nacional de Atenção Básica no Brasil (PNAB) enfatiza que o progresso em cuidados de saúde bucal requer mudanças no ambiente social e físico, como também o desenvolvimento de ações com base territorial, buscando a integração com instituições e organizações sociais para o desenvolvimento de parcerias que garantam a construção da cidadania (Brasil 2006). Assim, a PNAB coloca responsabilidades em todos os profissionais

da saúde, dando ênfase naqueles que trabalham dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF), para ter a iniciativa de desenvolver ações intersetoriais, procurando a participação da comunidade e recursos que potencializem as ações desenvolvidas e fortaleçam a integração de projetos sociais e a participação de múltiplos setores nas atividades de promoção da saúde (Moretti et al., 2010).

2.2 Propostas a nível educativo e formação de profissionais

O sistema público tem um rol importante para providenciar cuidados de saúde às populações mais carentes, mas é limitado na sua capacidade. Melhorar o acesso para cuidados de saúde bucal é uma necessidade crítica e o primeiro passo para melhorar os resultados em saúde é reduzir as disparidades. Para ter maior acesso e mais equitativos aos serviços de saúde bucal das populações carentes e vulneráveis, as ações em saúde devem eliminar as barreiras que contribuem para as disparidades de saúde bucal, priorizar a prevenção de doenças e promoção da saúde e incluir equipes colaborativas e multidisciplinares que trabalham em todo o sistema de saúde (Gonçalves, 1992).

2.2.1 Focar a formação profissional odontológica baseada na comunidade

Esta proposta propõe que as gerações atuais e futuras dos profissionais de odontologia possam oferecer atendimento de qualidade para diversas populações, usando uma variedade de mecanismos de prestação de serviços, sejam preventivos, promocionais, individuais ou coletivos, e em todos os ciclos de vida. É necessário que se dê maior ênfase no aumento da diversidade da força de trabalho nas áreas urbanas e rurais. A criação de um sistema de melhoria da educação sensível pode desempenhar um papel fundamental na eliminação de barreiras nos cuidados com a saúde bucal (Bailit, 2010).

Tradicionalmente, as escolas de odontologia proporcionavam atendimento aos pacientes em suas próprias clínicas, na qual os alunos recebem a maior parte de sua formação clínica. Estas clínicas funcionam como laboratórios de ensino e o principal objetivo é educar e treinar alunos em questões técnicas. Neste sentido, os cuidados que os pacientes recebem nestas clínicas é um objetivo secundário. De outro lado, os pacientes atendidos podem não representar grande parte da população. Por motivos educacionais e financeiros, muitas escolas de odontologia estão deixando de lado o modelo de educação baseado na clínica tradicional

para uma educação baseada na comunidade, onde os alunos visitam locais fora da clínica para prestar atendimento a populações vulneráveis e menos favorecidas (Ballweg et al., 2011).

A educação odontológica baseada na comunidade é associada com maior confiança na realização de procedimentos e cuidados com as populações vulneráveis (Bailit, 2010). Estas experiências também têm sido associadas com a transição progressiva para a prática profissional, habilidades clínicas melhoradas, maior valorização para as questões sociais, éticas e culturais, e maior disposição para cuidar de populações vulneráveis e menos favorecidas (Atchison et al., 2009). A educação baseada na comunidade também traz benefícios financeiros para as escolas de odontologia e para os ambientes comunitários (Bailit, 2010).

O apoio à educação baseada na comunidade está crescendo. Em 2001, a American Dental Association (ADA) ressaltou: "As escolas de odontologia devem desenvolver programas nos que tanto os alunos, residentes e professores prestem atendimento para os membros das populações carentes em clínicas e consultórios comunitários" (ADA, 2001).

Assim em países como os Estados Unidos, o Advisory Committee on Training in Primary Care Medicine and Dentistry, em janeiro de 2010, recomendou rever as políticas de financiamento para a Pós-Graduação na Educação Médica e de outros programas educacionais para promover e apoiar o uso de bases comunitárias locais (não hospitalares) para a formação da atenção primária para médicos, dentistas e auxiliares em saúde. Além disso, eles recomendaram o apoio por meio do financiamento, para formação profissional, e para contratar professores com experiência clínica e na atenção comunitária (ACTPCMD, 2010)

Experiências de aprendizagem de serviços baseadas na comunidade são essenciais para o desenvolvimento de profissionais para cuidados de saúde bucal, que sejam culturalmente competentes. A interação e tratamento de diversas populações em um ambiente clínico de base comunitária acrescentam uma dimensão especial à experiência de aprendizagem clínica e engendra uma valorização ao longo da vida para o serviço à comunidade (ADA, 2010).

Mais de 90% das escolas de odontologia oferecem atualmente estágios baseados na comunidade para estudantes de odontologia. No entanto, a amplitude e a profundidade dessas experiências permanecem desconhecidas. Um desafio também é contar com a participação de professores experientes e disponíveis nesses ambientes, ou o desenvolvimento

de habilidades acadêmicas para se tornarem dispostos a serem educadores comunitários (Hood, 2009).

2.2.2 Treinamento profissional focando populações específicas

Uma educação com experiências de atendimento a populações específicas associadas à formação odontológica baseada na comunidade procura o estabelecimento de vínculo entre estudantes de odontologia e populações vulneráveis, e de forma secundária, aumenta a confiança dos alunos na qualidade da educação que recebem para cuidar do futuro desses grupos populacionais (McQuistan et al., 2010). Por exemplo, experiências práticas com crianças com necessidades especiais e pacientes com autismo têm sido associadas com uma melhora na percepção destes pacientes, incrementando a confiança em cuidar deles e maior probabilidade de cuidar de populações especiais no futuro (Casamassimo et al., 2004).

No entanto, no inquérito anual de 2008, executado pela American Dental Education Association (ADEA), dirigido aos alunos de último ano de todas as escolas de odontologia nos Estados Unidos, coletou diversas informações, entre estas estiveram as razões dos estudantes para escolher a carreira de odontologia, como foi o financiamento de estudos, obtenção de planos educacionais de pós-doutorado após a graduação, e suas opiniões sobre algumas características da sua prática e suas opiniões sobre o tempo gasto em educação em várias áreas temáticas. No referente a atitudes de treinamento clínico baseado na comunidade e nível de ensino, quase 75% dos estudantes classificaram sua experiência clínica extramuros como positiva ou muito positiva. Quase 50% dos estudantes relataram que a experiência melhorou a sua capacidade de cuidar diversos grupos populacionais, enquanto um percentual muito menor relatou que a experiência aumentou seu interesse no tratamento de pacientes de populações carentes (28%). Mas 23% sentiram-se menos preparados para cuidar de idosos e quase 31% sentiram-se menos preparados para cuidar de pacientes com necessidades especiais (Okwuje et al., 2009).

A falta de conhecimento e treinamento dos cirurgiões-dentistas para atender pacientes com problemas de retardo mental, e outros problemas de inteligência, ocasiona diagnósticos errados de suma importância, e conseqüentemente decisões equivocadas por parte dos dentistas e plano de tratamento incoerente com o verdadeiro problema (Duailibi & Duailibi, 1998).

A formação profissional deve direcionar os graduandos para serem competentes na resolução das necessidades de tratamento de pacientes em situações físicas, psicológicas,

sociais que precisam de cuidados especiais, e exigir a formação específica ou experiências clínicas mais humanizadas para estes pacientes (ADA, 2010). Esta formação deve enfatizar a importância de considerações não-odontológicas, tais como incluir a instrução em técnicas de comunicação adequadas para avaliar o tratamento compatível com a necessidade especial, utilizando uma linguagem simples, coerente com a realidade dos pacientes e seus cuidadores (ADA, 2010).

O treinamento no atendimento de populações específicas podem influenciar os padrões de prática dos dentistas. Por exemplo, um estudo de cirurgiões dentistas e odontopediatras em Michigan, nos Estados Unidos, mostrou que apenas 41% dos cirurgiões dentistas relataram a realização de exames de saúde bucal em crianças, em comparação com mais de 80% dos odontopediatras, e que os dentistas em geral foram menos engajados em atividades de prevenção que os odontopediatras (Ananaba et al., 2010).

2.2.3 Programas de Residência na área odontológica

A Residência, por definição, é uma modalidade de ensino em nível de pós-graduação lato sensu, que se caracteriza como treinamento em serviço sob supervisão de profissionais habilitados. A Residência Odontológica é uma forma de aperfeiçoamento para o cirurgião-dentista, mas que exige cursos teóricos formais realizados em unidades hospitalares e de ensino superior, em regime integral, por prazo determinado e sob supervisão de profissional habilitado, contemplando conhecimentos científicos e proficiência técnica, decorrentes do treinamento em serviços gerais e especializados (CFO, c2009).

Após o término dos estudos de graduação, os alunos podem ter tido poucas oportunidades para integrar suas habilidades e conhecimentos com a experiência prática e podem não se sentir preparados adequadamente para a prática privada e especialmente para cuidar de populações carentes e vulneráveis. A residência odontológica proporciona formação em odontologia geral ou especialização em uma das áreas de especialidade odontológica reconhecidas. Por isso, é importante fixar experiências práticas destinadas para participação com a comunidade e com a oportunidade de trabalhar com equipes multidisciplinares, visando a formação de profissionais com experiência no atendimento de populações carentes e vulneráveis (ADA, 2010).

O treinamento adicional tem sido relacionado a uma melhor preparação dos dentistas para cuidar de populações carentes e vulneráveis. A Pós-Graduação em Odontologia, com competências focadas em cuidados de atenção primária em saúde bucal, em especial, é

vista como uma oportunidade para direcionar essas necessidades (Glassman & Meyerowitz, 1999).

As vantagens e desvantagens da residência odontológica têm sido debatidas por décadas. As vantagens de residência odontológica incluem a elaboração de um estatuto reforçado da profissão odontológica e a oportunidade de abordar conteúdos não odontológicos, para eliminar tanto a insatisfação com o ensino de graduação e a falta de confiança do aluno na preparação para a prática. Assim, é discutida a questão do tempo de formação profissional, se não é o suficiente para treinar profissionais não só com conhecimentos amplos, mas também com habilidades de incorporar estes conhecimentos com a prática (Lefever et al., 2003).

Portanto, todos os profissionais de saúde bucal precisam estar suficientemente educados e treinados para cuidar de uma ampla gama de indivíduos e populações. Isto é especialmente crítico para os dentistas que vão ser chamados para prestar cuidados especializados e tratar pacientes com necessidades mais complexas (Lefever et al., 2003).

Uma desvantagem dos programas de residência odontológica inclui o aumento do custo da educação. Estas barreiras incluem as fontes de financiamento para a criação de novos programas e para expandir a residência odontológica configurada com base comunitária. Outra barreira é a dificuldade de ter disponibilidade de locais de treinamento como centros comunitários, escolas, hospitais, asilos e outros ambientes que permitirão conhecer mais acerca do contexto das populações. Além disso, é importante contar com professores e equipe de apoio adequado (HHS, 2006).

2.2.4 Treinar ACS e profissionais não dentistas

Sendo a saúde bucal parte integrante da saúde geral, os profissionais de saúde não dentistas têm se tornado cada vez mais envolvidos na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças bucais. Assim, é fundamental para todos aqueles profissionais envolvidos na atenção em saúde, o entendimento, articulação e o conhecimento das questões de saúde que afligem os usuários, sendo uma das justificativas para se ter uma composição multiprofissional na equipe (Dela Cruz et al., 2004).

Treinando os profissionais de cuidados primários em temas de saúde bucal pode levar a uma maior capacidade de reconhecer as doenças e direcionar as referências para assistência (Pierce et al., 2002). Além disso, as mudanças práticas decorrentes dessa formação

podem levar a um maior acesso a serviços de prevenção e redução das doenças bucais (Rozier et al., 2010).

Devem-se criar espaços para a construção de um conhecimento de saúde multiprofissional nas Unidades de Saúde da Família, com direcionamento à atitude crítico-reflexiva em todas as questões pertinentes ao trabalho dos membros da equipe de Saúde da Família, em particular na capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua própria produção ou a sua construção (Freire, 2006).

Treinar ACS

A família é o ponto de partida para o trabalho dos ACS na comunidade. Estes agentes têm sido um personagem muito importante, realizando a integração dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde com a comunidade (Brasil, 2009). Justamente por se constituir como o pessoal mais próximo da comunidade, o ACS detém as maiores possibilidades de que sua ação se traduza em transformações que efetivem a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Para tanto, seu trabalho deve ser articulado ao dos demais membros da equipe, desde a identificação de indivíduos/famílias/áreas expostos a situações de risco e orientação para utilização dos serviços de saúde até o encaminhamento e agendamento de consultas e exames (Brasil, 2002).

A importância do ACS para a consecução da Saúde da Família é discutida por diversos autores. O ACS é um protagonista importante para a saúde da família, não sendo apenas um fiscalizador: oferece também soluções práticas aos problemas com que se defronta. A sua importância é ímpar, dado o frequente contato com os usuários, que costumam revelar aspectos de suas condições de saúde para o agente, muitas vezes, antes mesmo do que aos outros integrantes da equipe de saúde (Fortes et al., 2004).

Esse trabalhador apresenta características especiais, pois atua na mesma comunidade onde vive, tornando mais forte o vínculo entre trabalho e vida social, com uma importância que ultrapassa outras funções, porque o ACS não lida apenas com os aspectos práticos do funcionamento dos serviços de saúde, desenvolvendo também importante trabalho na vigilância da saúde da população (Ferraz et al., 2005). Os ACSs podem contribuir para a solução da problemática da saúde bucal da população, investindo fortemente na educação em saúde, não apenas influenciando os indicadores epidemiológicos, mas também em mudanças

de consciência e hábitos de vida e conseguindo uma visão sobre a prática solidária de cidadania. O ACS pode motivar a promoção, proteção e educação em saúde bucal, despertando a percepção de saúde bucal dos diferentes grupos populacionais e promovendo a conscientização das pessoas quanto à importância da saúde (Levy et al., 2004).

Segundo Moreti et al., (2008), no estudo do conhecimento dos agentes comunitários sobre saúde bucal: uma perspectiva sobre deficiências em educação em saúde no PSF os ACS referiram:

E importante saber a os cuidados em saúde bucal, bem como as maneiras de prevenção, o jeito correto de fazer a higiene bucal; cuidado para quem usa algum tipo de prótese, uso do flúor no combate de cárie e bactérias; falar sobre os riscos de um câncer na boca. As pessoas se preocupam muito em ter dentes bonitos e saudáveis, e durante a visita em domicílio, se nós tivermos mais conhecimento sobre este assunto, poderíamos ajudar mais porque assim vou estar passando o correto para a comunidade.

Assim, os ACSs, como parte de desenvolver trabalho em equipe, deveriam ser capacitados em diversos tópicos de saúde bucal, desde as doenças mais prevalentes como a cárie dentária (escovação, uso de fio dental, frequência de higienização, fatores de risco de desenvolvimento de tumores bucais, uso do flúor, cuidados e uso de próteses dentárias), doença periodontal, até doenças com consequências de repercussão geral como câncer bucal, e fatores causantes. Também deve ter noções sobre os serviços de saúde bucal disponíveis na atenção básica para encaminhar oportunamente as pessoas ao dentista, se houver necessidade.

Desta maneira, poderá da forma correta (Pires et al., 2007):

- Orientar o paciente como cuidar de seus dentes, começando desde a alimentação, passando informações corretas sobre a saúde;
- Alertar a população que se tiver algum problema, procurar um dentista, encaminhar à unidade de saúde, onde poderá ser avaliado pelo dentista e começar um tratamento dentário;
- Dar informações básicas e orientações em casos de dores de dente, ou até uma cárie que está no início, encaminhar ao serviço odontológico e procurar o dentista sempre que necessário;
- Informar ao dentista sobre os principais problemas de saúde bucal que ocorrem nas famílias, saber orientar sobre higiene bucal, marcar consultas, orientar sobre pacientes

acamados, localizar espaços sociais que possibilitem ações educativas em saúde bucal, explicar a população como é a saúde bucal no Programa de Saúde da Família;

- Colaborar junto com o dentista no levantamento sobre a realidade geográfica e demográfica de sua micro-área, para que o mesmo possa realizar o diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para planejamento e a programação em saúde bucal;
- Participar das ações coletivas para a promoção de saúde e a prevenção das doenças bucais. Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde bucal disponíveis na atenção básica; acompanhar por meio de visitas domiciliares as famílias e os indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe de saúde bucal.

Na medida em que os próprios ACSs apontam a saúde bucal como área de conhecimento com interesse voltado ao seu cotidiano, devem ser treinados em diferentes áreas de saúde. Além da saúde bucal, para que tragam o conhecimento, é importante que sejam capacitados não apenas em saúde bucal, mas em todos os aportes que tragam questões pertinentes à vida das pessoas e que lhes despertem interesse, na medida em que a curiosidade é natural ao ser humano, que é histórico, social e cultural (Freire, 2005).

Treinar outros profissionais não dentistas:

O treinamento em saúde bucal de outros profissionais de atenção primária conduz a maior capacidade para reconhecer as doenças bucais mais prevalentes e pode aumentar os encaminhamentos ao dentista (Dela Cruz et al., 2004). A prática resultante dos câmbios e treinamentos de pessoal não dentista pode conduzir a maior acesso aos serviços preventivos e diminuição das enfermidades bucais (Rozier et al., 2010).

Médicos

Mesmo que muitos médicos reconhecem a importância da saúde bucal, eles muitas vezes não se sentem preparados para prestar cuidados de saúde bucal. Outras barreiras à incorporação de cuidados de saúde bucal em cuidados médicos incluem a dificuldade de ser remunerados por seus serviços, por sua disponibilidade de tempo no horário de trabalho, e dificuldade em fazer encaminhamentos dos pacientes para cuidados odontológicos (Lewis et al., 2009).

Poucas escolas médicas incluem no currículo temas de saúde bucal, apesar da presença de temas de saúde bucal em exames de licenciamento médico (Mouradian et al., 2005). Nesse sentido, a inserção de conhecimentos em temas de saúde bucal é um movimento desejável que promete atingir seu desenvolvimento lógico entre os profissionais da medicina em geral, quando as escolas médicas dão aos seus alunos uma formação adequada em matéria de higiene oral, e nas correlações entre a medicina clínica e clínica odontológica (Gies, 1926).

Pediatras

No ano 2000, a pesquisa nacional de pediatras norte-americanos apontou que mais de 90% dos pediatras acreditavam que tinham um papel importante no reconhecimento de doenças bucais e a prestação de aconselhamento para prevenção de cárie. Também, três quartos dos entrevistados manifestaram interesse na aplicação de verniz fluoretado (Lewis et al., 2000). E uma pesquisa recente de pediatras norte-americanos sobre o cuidado das crianças de 0 a 3 anos de idade mostrou que mais de 90% concordaram que deve examinar os dentes desses pacientes, mas apenas 54% reportaram realmente fazê-lo (Lewis et al., 2009). Além disso, 41% dos entrevistados citaram a falta de treinamento como uma barreira para a incorporação de cuidados em saúde bucal em suas práticas. Segundo a American Academy of Pediatrics (AAP), as diretrizes educacionais para pediatras deveriam exigir treinamento em conteúdos explícitos para a saúde bucal na residência pediátrica, assim todos os residentes devem ser capazes de implementar o rastreio adequado à idade, incluindo a saúde bucal (AAP, 2011).

Obstetrícia-Ginecologia

Pouco se sabe sobre a educação superior e treinamento em saúde bucal para ginecologistas-obstetras, pois a educação em saúde bucal para estes profissionais não é uma exigência atual nas práticas de residência em obstetrícia e ginecologia (ACGME, 2008). Em uma entrevista a um grupo de ginecologistas-obstetras, nos Estados Unidos, em 2008, a maioria concordou que o atendimento odontológico de rotina durante a gravidez é importante, 84% concordaram que a doença periodontal pode ter efeitos adversos sobre o transcurso da gravidez, e 66% relataram que o tratamento da doença periodontal traz efeitos positivos para as mulheres grávidas. Mais de um terço reconheceram não orientar as pacientes ao dentista para consulta de rotina, porque eles não haviam pensado nisso. Mais da metade (52%) indicou a falta de segurança como uma barreira significativa para fazer o encaminhamento, por não se sentirem treinados em cuidados de saúde bucal. Nesta mesma pesquisa, 85% dos

entrevistados disseram que a qualidade da sua formação em questões de saúde bucal eram inadequada ou inexistente (Morgan et al., 2009).

Enfermeiras

O ensino profissional básico de enfermagem inclui cuidados com a saúde bucal, mas não são suficientes. Assim, a ESB poderia compartilhar conhecimentos com profissionais de enfermagem para realizar avaliações de saúde bucal como parte da rotina de cuidados básicos para os pacientes, durante todos os ciclos de vida. Os profissionais de enfermagem não têm colocado a saúde bucal como prioridade, a formação em saúde bucal e higiene é muito variável e, muitas vezes, inadequada (Jablonski, 2012). Estes profissionais, em particular, podem ter um papel importante a desempenhar na saúde, pois são eles que têm maior contato com os pacientes em diversas situações, como por exemplo ao executar histórias clínicas, solicitar exames médicos, realizar testes de laboratório, e diagnosticar e tratar ambas as condições agudas e crônicas. Como tal, os profissionais de enfermagem podem servir como uma fonte de triagem de primeira linha para as doenças de saúde bucal (Grumbach et al., 2003).

O valor do atendimento multiprofissional, especialmente para cuidar de pacientes com necessidades especiais, tem sido cada vez mais reconhecido. Há evidência crescente de que os cuidados multiprofissionais levam a uma melhor organização dos cuidados, pacientes com resultados mais satisfatórios e economia de custos (Hammick et al., 2007). Enquanto mais profissionais estão ganhando experiência em formação multiprofissional, existe pouca evidência para determinar quais métodos são os melhores para transmitir o conhecimento e as habilidades necessárias para trabalhar em equipe, e como o treinamento afeta os padrões de prática, a na sua vez como afeta os resultados de atenção aos pacientes.

2.3 Propostas na dimensão da assistência básica:

As propostas na dimensão da assistência básica dizem respeito àquelas que visam ampliar o acesso aos cuidados em saúde bucal, levando em conta as características de cada localidade e peculiaridades de cada população.

2.3.1 Organizar a Demanda segundo critérios de risco e vulnerabilidades:

Organizar o processo de trabalho odontológico com base na avaliação de riscos e vulnerabilidades para ter um atendimento mais equitativo e oportuno, deixando de lado os modelos tradicionais baseados no atendimento de posto de saúde, em que as pessoas aguardam numa fila e são atendidas por ordem de chegada. De acordo com o Ministério da Saúde, entre os problemas diários mais frequentes nos serviços de saúde bucal é a organização da demanda, sobretudo a organização das atividades assistenciais na clínica, o que merece discussão para ter uma solução e participação de todos os trabalhadores e usuários. Dado que o objetivo é melhorar a acessibilidades dos usuários aos serviços de saúde, além de melhorar a escuta dos profissionais, é necessário implantar as práticas e processos de organização da demanda, e deixar de lado aquelas ações normativas, burocráticas que atuam como barreiras para acesso a saúde (Brasil, 2008).

Não existem fórmulas para organizar o processo de trabalho em saúde bucal, mas existem protocolos que deverão ser levados em conta para planejar e garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que é fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população (Travassos, 2004).

Tem sido cada vez mais comum a adoção de protocolos de estratificação de risco em Saúde Bucal como uma ferramenta fundamental para o planejamento de ações coletivas e de assistência, propiciando assim a equidade na Atenção em Saúde. Estes riscos incluem: risco individual - determinantes biológicos do processo saúde-doença; risco familiar - forma de organização, hábitos comportamentais, culturais e relações sociais estabelecidas pelas famílias; e risco coletivo - determinantes socioeconômicos e culturais do processo saúde-doença. A avaliação do risco em Saúde Bucal é uma ferramenta fundamental para o planejamento de ações coletivas e de assistência, propiciando assim a equidade na Atenção em Saúde (Vasconcelos, 2013).

Para avaliação de risco pode ser utilizada a Escala de Coelho, instrumento de estratificação de risco familiar que é aplicado nas famílias adscritas a uma equipe de saúde e determina seu risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. Utiliza dados da Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros disponíveis na rotina das Equipes de Saúde da Família (ESF) (Coelho & Savassi, 2004). A triagem odontológica tem o objetivo de identificar a parcela da população que esteve mais exposta aos fatores de risco que concorrem para o maior aparecimento de doenças

buciais (tais como cárie e doença periodontal, presença ou não de alterações da normalidade em tecidos moles), e/ou se possui algum grau de atividade dessas doenças em curso. A proposta é estratificar as famílias segundo tais critérios e convidá-las para tratamento odontológico com base em seus componentes, respeitando o princípio doutrinário da equidade do SUS. Essa ação norteia a organização da assistência odontológica programática ao público mais vulnerável que, aliado a uma boa retaguarda na produção de respostas adequadas à demanda espontânea, gera oportunidades para uma avaliação positiva da população adscrita em função da qualidade da atenção (Golçalves, 1992).

Nesse sentido, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem garantir mecanismos que assegurem a acessibilidade e o acolhimento dos usuários com uma lógica organizacional que otimize este princípio, empenhando-se em construir estratégias que promovam mudanças na rotina dos serviços (Brasil, 2006).

2.3.2 Programas de grupos educativos

Os programas com desenvolvimento de grupos educativos são práticas programáticas para organizar o trabalho coletivo no serviço (Nemes et al., 1996). Consiste numa intervenção que lida com o empoderamento e educação em saúde da população de alto risco. As intervenções consideradas foram principalmente aquelas que visam comportamentos das pessoas utilizando a educação em saúde, como por exemplo as campanhas de comportamento, entendidas como aquela fase de instrução destinadas a mudar o comportamento das pessoas e alterações pendentes dentro das normas do que é socialmente aceitável. Essas intervenções são mais possíveis de serem executadas a nível local pela ESB, do que intervir nos fatores ambientais que condicionam certos comportamentos. Um exemplo seria os fatores que influem nos estilos de vida das pessoas, como é o caso do preço de mercadorias, conveniência, moda, pressões de líderes de opinião, e pressões de fabricantes e anunciantes, que são os principais motores da mudança de comportamento de massa. Isso ilustra claramente uma maior ênfase sobre o papel da política para o controle das condições e circunstâncias em que comportamentos insalubres ocorrem (por exemplo, proibição de fumar em locais públicos) ou de impostos (por exemplo, o imposto sobre os cigarros ou isenções de imposto para frutas e legumes), questões que não podem ser modificadas pelas ESB. (Pauleto et al., 2004).

A educação e a informação sobre os cuidados com a saúde bucal têm sido ressaltadas por diversos pesquisadores. O pouco conhecimento sobre a importância da higiene

bucal e outros cuidados necessários são fatores que devem ser levados em conta, pois mesmo que a informação esteja disponível em muitos meios de comunicação, não chega a todas as populações da mesma forma, sendo difícil interpretá-la e aplicá-la para produzir conhecimento e autonomia para cuidar da própria saúde (Pauleto et al., 2004).

Os programas odontológicos educativos que levantem e interpretem as necessidades das populações de menor acesso aos serviços de saúde odontológicos precisam ser valorizados. Mas apesar da existência de vários programas, a dimensão educativa é pouco desenvolvida e, quando realizada, está fortemente apoiada em práticas de transmissão de conhecimentos, sem espaço para práticas dialógicas capazes de mobilizar as crianças quanto à problemática da saúde bucal, visando a autonomia em relação ao cuidado com a saúde (Pauleto et al., 2004).

A educação em saúde para o coletivo representa uma importante possibilidade de ampliar a atuação das práticas de promoção da saúde bucal no espaço público. Existem medidas eficazes para prevenir e tratar as doenças prevalentes como cárie e doença periodontal, por meio da higiene bucal, fluoretação das águas de consumo e consumo de alimentos não cariogênicos, mas para que tenham êxito precisam ser difundidos e fundamentar-se em programas educativos (Soares, 1988).

A educação em saúde bucal é um componente importante para as ações de promoção da saúde, mas para ter efetividade e aplicabilidade deve ser desenvolvida com métodos de ensino que considerem o entorno cultural, além de prática e conhecimento. Assim, o conceito de educação em saúde bucal tem que ser ampliado para incluir, entre suas tarefas, o trabalho de conscientização com os grupos sociais com menor acesso aos programas de saúde odontológica, sendo a conscientização uma aproximação crítica da realidade, considerando o conhecimento como uma ferramenta para autonomia na que cada pessoa possa criar sua existência com o material que a vida lhe oferece (Pinto, 2000).

As práticas educativas em saúde bucal, para que sejam significativas e sirvam como ferramentas para a promoção e prevenção em saúde bucal, devem abordar a realidade da população, deixando o meramente abstrato (Pinto, 2000). Assim, não tem sentido desenvolver ações educativas e se esforçar em transmitir conhecimentos em saúde, se os usuários têm outras preocupações maiores como a sobrevivência, alimentação, moradia, vestimenta (Freire, 2005).

O desenvolvimento das práticas educativas em saúde bucal constituem um desafio, pois precisam ser valorizados mais que os tratamentos preventivos medicalizadores e curativos que colocam em detrimento a educação. Outro motivo que destaca a importância da educação em saúde bucal é a alta prevalência de odontopatias e o alto custo dos tratamentos restauradores, inatingível para grande parte da população (Pauleto et al., 2004).

Os programas educativos devem deixar de lado aqueles métodos tradicionais e de transmissão vertical de conhecimentos que impedem o diálogo e a participação dos sujeitos, e devem procurar a construção de um conhecimento que gere autonomia das pessoas em relação aos cuidados próprios em saúde bucal (Pauleto et al., 2004).

A educação em saúde bucal é o processo pelo qual as pessoas ganham conhecimento, conscientizam-se e desenvolvem habilidades necessárias em benefício próprio para alcançar a saúde bucal (Mesquini et al., 2006).

Grupos educativos com adolescentes:

A adolescência é tida como um período de risco aumentado à cárie dentária, em decorrência do precário controle de placa e redução dos cuidados com a escovação dentária. A população brasileira é predominantemente jovem e os adolescentes constituem uma parcela expressiva deste contingente populacional, o que reforça a necessidade de planejamento e execução de programas de saúde bucal destinados a esse grupo (Tomita et al., 2001).

Tomita et al. (2001) avaliaram o impacto de ações educativas em saúde bucal sobre as mudanças de comportamento de 101 adolescentes de 12 a 16 anos, utilizando o método tradicional da pedagogia transmissora comparado a métodos de pedagogia participativa. O método tradicional consistiu em palestras de 30 minutos, utilizando cartazes ilustrativos e demonstrações de técnicas de higiene em macro-modelo. Após a palestra eram aplicadas três questões relacionadas a cuidados com a saúde bucal. As atividades participativas e dinâmicas com objetivo motivacional consistiram na evidenciação de placa (com auxílio de solução evidenciadora verde de malaquita) e a escovação sem supervisão. O método educacional proposto consistiu numa palestra tradicional seguida de atividades dinâmicas como jogos pedagógicos em formato de gincanas e competições, reforçando os conceitos expostos na atividade teórica. A relação entre o conhecimento teórico e a prática da higiene bucal em escolares foi avaliada e o método dinâmico proposto apresentou resultados

altamente satisfatórios na motivação ao auto-cuidado em saúde bucal com adolescentes. O grupo de adolescentes incluídos no método tradicional não apresentou o mesmo desempenho.

A motivação constitui uma estratégia para conseguir a mudança do comportamento para cuidados em saúde bucal, mas apenas conceitos teóricos transmitidos aos usuários não são suficientes para conseguir estas mudanças. Os conceitos devem estar ligados ao contexto dos usuários e devem basear-se em experiências anteriores com os seus próprios interesses e necessidades das pessoas (Poppe et al., 1991).

Grupos educativos com adultos:

Os profissionais do SUS enfrentam alguns obstáculos para incluir os adultos nas práticas educativas. O adulto, muitas vezes, é o responsável pela família e deve empenhar-se para suprir as necessidades biogênicas e de segurança. A saúde bucal perde seu espaço para a obrigação em prover alimentação e moradia à família. Na UBS, prestar assistência médica, ou seja, solucionar problemas em medicina e enfermagem, pode ser mais fácil do que em Odontologia (Ferreira et al., 2004).

Geralmente, os tratamentos odontológicos requerem diversos instrumentos e materiais, além de um espaço físico adequado. Por outro lado, durante as consultas médicas e de enfermagem, são realizados procedimentos como avaliações, solicitações de exames complementares, prescrições, orientações e cuidado de quadros clínicos, os quais demandam menos recursos. Os adultos que necessitam de tratamento odontológico mais complexo, de nível secundário, podem não ter seus problemas totalmente solucionados. Então, a educação em saúde falha porque não houve resolubilidade para os problemas do educando, que pode sentir-se frustrado e descrente. Ademais, as atividades educativas em saúde bucal deveriam estar integradas às práticas que abordam a saúde geral e às atividades de grupos preestabelecidos. Nessa estratégia, a atividade educativa da equipe de saúde bucal ficou isolada e declinou (Ferreira et al., 2004).

Um programa de saúde proposto em Campinas consistiu em Oficinas de Educação em Saúde Bucal para adultos, mas só foram desenvolvidas duas vezes e não foi estabelecido de forma permanente devido ao absenteísmo e falta de motivação dos usuários adultos, porque não tinham a garantia da assistência odontológica. Além disso, foi apontado a falta de motivação da Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), que se recusava a conduzir as oficinas para grupos pequenos; falta de espaço físico; vários profissionais da UBS não sabiam das oficinas, embora tivessem sido divulgadas em reuniões, e, por isso, não houve integração das oficinas a

outras atividades educativas; impraticabilidade do cirurgião-dentista em conduzir as oficinas em razão da alta demanda por assistência odontológica em urgências. Assim, o autor da proposta sugere que a orientação dos adultos deve ser feita no momento do tratamento, aproveitando também as triagens coletivas para desenvolver palestras que reforcem o tema de cuidados em saúde bucal. Ou também, na UBS, a equipe de puericultura oriente os pais sobre a importância da higienização da boca. Os cirurgiões-dentistas também deveriam encarar as pessoas como um todo, não se limitando exclusivamente ao exame da boca, sabendo orientá-las também a buscar estilos de vida mais saudáveis (Ferreira, 2004).

Grupos educativos com idosos

Programas de promoção da saúde do idoso são cada vez mais requeridos em face das demandas crescentes do envelhecimento populacional. É uma preocupação constante as deficiências no atendimento as demandas em saúde por parte dos idosos pelo baixo suporte institucional (Almeida et al., 1998). Para isso sugerem o desenvolvimento de projetos dirigidos a idosos a partir das necessidades identificadas. Quanto às mudanças sugeridas em relação ao processo educativo, foram referidas a necessidade de adequar tempo e recursos pedagógicos às condições de aprendizagem dos idosos, bem como de abrir mais espaços à participação desta parcela da população (Telarolli et al., 1997).

De modo geral, os objetivos dos programas convergem no horizonte de melhoria da saúde e qualidade de vida do idoso, com persistência ora em mudanças comportamentais / práticas de saúde, ora em dimensões subjetivas e sociais do bem-estar ou em ambas combinadas (Assis et al., 2004).

A prevalência de cárie e doença periodontal aumenta progressivamente com a idade (Dye et al., 2007). A saúde bucal está relacionada a deficiências funcionais de saúde e outros. Má saúde bucal e qualidade de vida em adultos mais velhos estão significativamente associados com incapacidade e redução da mobilidade (Makhija et al., 2011). Além disso, os adultos mais velhos são mais propensos do que outros segmentos da população para ter outras doenças que podem agravar a sua saúde bucal, e vice-versa, como a doença cardiovascular, diabetes e pneumonia (El-Solh et al., 2004).

O Institute of Medicine (IOM) recomenda avaliar o estado de saúde bucal, os fatores de risco para doenças bucais, a utilização e a prestação de serviços de saúde bucal para adultos mais velhos, bem como considerar métodos para realizar exames de câncer bucal em ambientes de cuidados primários (IOM, 1992).

Os adultos mais velhos que gastam mais em medicamentos e consultas médicas são menos propensos a usar serviços odontológicos (Kuthy et al., 1996). Além disso, as limitações funcionais tornam menos provável a procura por atendimento odontológico. A admissão aos cuidados de longa duração cria uma barreira significativa para o recebimento de atendimento odontológico. Mesmo quando o atendimento odontológico é disponível, muitos moradores não recebem regularmente assistência odontológica e muitos problemas de saúde bucal passam despercebidos (Dolan et al., 2005). Os programas de promoção da saúde do idoso são cada vez mais requeridos em face das demandas crescentes do envelhecimento populacional. O desenvolvimento de atividades de educação em saúde pode estar direcionado a pequenos grupos ou até populações maiores, similar a eventos de maior porte como nas experiências nacionais e internacionais. Analisando o conjunto de programas, podem-se identificar os seguintes formatos de ações educativas igualmente recorrentes: grupos de até 20 pessoas, fechados, com periodicidade definida; grupos ou sessões de educação em saúde, abertos, continuados; programas de workshops ou palestras, fechados, com periodicidade definida. Em uma única experiência a ação organiza-se como evento único com diversas atividades educativas. Em dois programas internacionais há referência a alguma atividade prática além das sessões educativas, como exercícios, sessões de administração do estresse e lanches, enquanto um estudo nacional refere o grupo da caminhada (Assis et al., 2004).

A programação abrange uma variedade de temas relacionados às características fisiológicas do envelhecimento e as implicações em saúde, dando ênfase na autonomia e autocuidado, incluindo temas relacionados à saúde, às experiências e à vida diária. E para que estas ações educativas sejam mais impactantes, a abordagem e definição da programação deve ser elaborada a partir do primeiro contato com os participantes (Assis et al., 2004).

Grupos educativos com gestantes:

Problemas de saúde bucal são frequentes entre as gestantes. A distribuição de doenças é influenciada por fatores econômicos, idade, grau de educação entre outros. Entretanto, as gestantes têm necessidades próprias em saúde bucal porque são mais susceptíveis à doença periodontal, perda dentária, granuloma piogênico (Silk et al., 2008). A saúde bucal das gestantes é importante não só por sua própria saúde, senão pela forte relação que existe entre o estado de saúde bucal e hábitos de higiene bucal da mãe e os hábitos e estado de saúde bucal dos filhos (Douglass et al., 2008).

Nesse sentido é importante desenvolver ações educativas neste grupo de pessoas, com o objetivo da conscientização de mães na adoção de hábitos para prevenir e controlar o desenvolvimento de doenças induzidas pela placa bacteriana, e perpetuadas ao longo de gerações, como por exemplo, a cárie dentária e as doenças periodontais. A ESB tem que orientar e qualificar as mães para práticas em saúde bucal, tornando-as competentes e interativas. A partir da apreensão de conhecimentos adquiridos, passam a exercer também a função de promotoras de saúde. Essas ações auxiliam na modificação de antigas crenças e a construção de novos hábitos, tanto no ambiente familiar quanto no coletivo, obtendo com isso melhor qualidade de vida a todos (Moura et al.,2007).

O conteúdo das oficinas estaria relacionado a ensinar:

- Os cuidados que devem ter com relação à prevenção de afecções bucais prevalentes, bem como sobre a transmissibilidade da doença cárie dentária;
- Importância do pré-natal odontológico;
- Importância do aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros meses de vida;
- Orientações sobre os transtornos potenciais que podem causar os hábitos de sucção não nutritivos;
- Orientações sobre higiene bucal: fralda umedecida em água filtrada;
- Orientações sobre erupção dos primeiros dentes;
- Orientações sobre dieta (uso racional de açúcar) e hábitos bucais de sucção deletérios;
- Orientação sobre o início da escovação dentária: utilização de escova infantil e pequena quantidade de creme dental fluoretado;
- Retorno para manutenção preventiva trimestral.

Por meio de conhecimentos adquiridos pelo processo educativo, as famílias podem confrontar as ações que vêm praticando ao longo dos anos com os novos conhecimentos obtidos por meio de diálogos com equipes de saúde. Este diálogo deve facilitar o processo ensino-aprendizagem, usando uma expressão simples de entender a coerência entre o conteúdo abordado e a realidade vivenciada por aquelas pessoas e incentivando a participação ativa das gestantes (Petry, 2003).

Desta forma, estes conteúdos e conhecimentos novos serão postos em prática e juntamente com os precedentes, resultaram em ações e hábitos benéficos para os cuidados em saúde de gestante e da criança (Moura et al.,2007).

Grupos educativos com pacientes com necessidades especiais:

Segundo Pisón (2013), considera-se pacientes com necessidades especiais, pessoas que, por sua condição de saúde, necessitam de cuidados diferentes à grande maioria da população; pessoas com condições físicas, médicas, intelectuais que limitam sua capacidade para receber um tratamento dental de rotina (Pisón, 2013).

Os pacientes portadores de necessidades especiais requerem um tratamento odontológico diferenciado devido às limitações determinadas por sua deficiência. A qualidade da higiene bucal está relacionada ao quadro clínico do paciente, tendo os indivíduos com problemas de motricidade e inteligência, a higiene bucal comprometida (Oliveira & Giro, 2011).

Muitos estudos destacam a importância da assistência em saúde bucal para pacientes com necessidades especiais, que inclua ações de educação em saúde e de escovação supervisionada, dirigido aos pais, aos responsáveis e cuidadores, e que conte com a participação dos estudantes de odontologia, professores e toda a equipe de atenção multidisciplinar. Para pacientes que precisam de atendimento ambulatorial odontológico, as ações de escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, informação de hábitos alimentares, devem ser adotadas. Segundo muitos autores, as atividades odontológicas desenvolvidas neles estão focadas mais à promoção da saúde do que a procedimentos restauradores, afiançando a viabilidade da execução deste tipo de procedimentos em pacientes com necessidades especiais (Abreu et al., 2001).

Os resultados de programas de promoção de saúde bucal voltados a pacientes com problemas de motricidade e inteligência demonstram redução no índice de placa bacteriana, cárie e doença periodontal, concluindo que a intervenção precoce, incluindo a educação e motivação dos pacientes com necessidades especiais e de seus responsáveis, é a solução para a aquisição de resultados positivos na manutenção da saúde bucal (Tomita, 1999).

Estes programas educativos além de trazer um impacto na promoção de saúde bucal nos pacientes com necessidades especiais, as noções de higiene transmitidas propiciam os cuidados em saúde e também aumentam o vínculo entre a família, paciente e equipe de saúde bucal (Amaral et al., 2000). O estudo de Marchioni (1998) verificou a efetividade do condicionamento (processo de aprendizagem e modificação de comportamento através de mecanismos estímulo-resposta) aplicado pelos alunos de odontologia, para atenção de pacientes com necessidades especiais em relação a pacientes sem necessidades especiais. Os

resultados demonstraram que os alunos consideram o condicionamento como um importante facilitador para a colaboração do paciente no atendimento odontológico, principalmente a pacientes com necessidades especiais.

A busca de orientação profissional por parte dos pais de crianças com necessidades especiais deve acontecer o mais cedo possível, e os profissionais deverão estar preparados para responder às expectativas e necessidades destes pacientes, pois nesta etapa os cuidadores e pacientes tem mais predisposição e são mais receptivos para receber as orientações e adquirir hábitos que tendem a permanecer por toda a vida (Oliveira et al., 2011).

Mas outro fato comumente reportado é a demora do encaminhamento dos pacientes com necessidades especiais para o tratamento odontológico, pois com mais frequência estes pacientes precisam de atendimento médico, fisioterápico, fonoaudiológico, dentre outros, o que causa demora ou dificuldade para procura de agendamento para tratamento odontológico, deixando em segundo plano a saúde bucal. O despreparo de outros profissionais não dentistas que tem o primeiro contato com pacientes especiais é outro fator que dificulta a referência destes pacientes para o serviço de saúde bucal, pois confundem problemas odontológicos com problemas médicos, dificultando o diagnóstico e plano de tratamento (Duailibi et al., 1998).

Um baixo nível de educação pode gerar a ideia pré-concebida da impossibilidade ou complexidade de cuidados odontológicos. O fator socioeconômico é outra barreira para o atendimento desses pacientes (Mugayar, 2000). A ansiedade dos pais, a desestruturação familiar, a ausência de vínculo afetivo, preconceitos quanto à condição do paciente com necessidades especiais para evitar o contato do filho com o mundo externo como medida de proteção, são outros fatores que impedem os cuidados odontológicos nestes pacientes (Toledo et al., 1998).

A baixa expectativa em relação ao desenvolvimento da criança e compensação futura também são fatores que favorecem a demora ou ausência pela busca de tratamento odontológico. Cabe ao cirurgião-dentista elevar a autoestima da família e aumentar a qualidade de vida do paciente para compensar a relação custo/benefício (Mugayar, 2000).

O profissional deve superar as dificuldades relacionadas diretamente com a condição destes pacientes, incluindo problemas motores, de comunicação, limitação física, assim como fisiológicos (hiper ou hipomotricidade muscular, sialorréia) e anatômicos (macro

e microglossia), e também superar as dificuldades referentes à falta de compreensão da família quanto à importância do tratamento, além da falta de profissionais habilitados (Sampaio, 2004).

Essas dificuldades devem ser sanadas ou contornadas por meio da capacitação profissional e postura com relação à abordagem do paciente, entre outras medidas como adaptação do consultório as suas necessidades (construção de rampas de acesso, uso de faixas de contenção) (Schmidt, 2001).

O tipo de abordagem odontológica deve levar em consideração a deficiência e estado de saúde dos pacientes. Assim, pessoas com problemas visuais devem ser acompanhadas e situadas no consultório odontológico; os que apresentarem deficiência auditiva, o processo de comunicação precisa de um tom de voz elevado (Sampaio, 2004).

Mas algumas medidas quanto à abordagem do paciente são universais. Sempre é válido a utilização de reforço positivo, condutas lúdicas, atendimento pontual, consultas curtas, atenção às formas de expressão, gestos e reações, e adoção de procedimentos cujas dificuldades devem progredir gradualmente (Schmidt, 2001).

O ensino de saúde, como ferramenta da Promoção da Saúde, tem um desafio constante porque se deve criar oportunidades de aprendizagem para transformação de condutas e estilos de vida saudáveis e analisar as causas sociais, econômicas e ambientais que influem na sua saúde. Embora somente a educação não seja suficiente para possibilitar a saúde desejável para a população, é um potente instrumento para capacitar às pessoas, produzir mudanças das condutas de risco e ganhar autonomia. A Educação para a Saúde como fator de promoção e proteção à saúde é, também, uma estratégia para a conquista dos direitos de cidadania (Brasil, 1997).

As estratégias educativas em saúde requerem a participação de toda a comunidade, para que as pessoas reconheçam a saúde como um direito, e que possam exercer a cidadania e deixem de ser receptores passivos de atividades pontuais prestadas pelos serviços de saúde, que geralmente esta orientada a enfermidades específicas. Então, para que exista participação é indispensável a intervenção e a colaboração da comunidade no trabalho das equipes de saúde (Vargar et al., 2001).

3 CONCLUSÃO:

Pelo exposto, concluímos que:

- A formação profissional odontológica com aprendizagem e experiências de serviço baseados na comunidade são importantes para o desenvolvimento de cirurgiões dentistas culturalmente competentes para atender populações vulneráveis e menos favorecidas;
- As experiências de tratamento de diversas populações em um ambiente de base comunitária são associadas com maior confiança na realização de procedimentos e cuidados, habilidades clínicas melhoradas, maior valorização para as questões sociais, éticas e culturais, e maior disposição para cuidar de populações vulneráveis e menos favorecidas;
- Experiências práticas de cuidado de populações específicas como crianças e adultos com necessidades especiais, pacientes com autismo, idosos, gestantes, têm sido associadas com uma melhora na percepção destes pacientes, incrementando a confiança dos dentistas em cuidar deles e maior probabilidade de cuidar de populações especiais no futuro;
- O tempo de formação profissional pode não ser suficiente para treinar profissionais com conhecimentos amplos e incorporar estes conhecimentos com a prática. Por isso, é importante desenvolver programas de residência odontológica para eliminar tanto a insatisfação com o ensino de graduação e a falta de confiança do aluno na preparação para a prática. A Residência Odontológica é uma forma de aperfeiçoamento para o cirurgião-dentista, que proporciona formação em odontologia geral ou especialização. Tem a vantagem de fixar experiências práticas destinadas para participação com a comunidade e com a oportunidade de trabalhar com equipes multidisciplinares;
- É fundamental para todos aqueles profissionais envolvidos na atenção em saúde, incluindo os Agentes Comunitários de Saúde, o entendimento, articulação e o conhecimento das questões de saúde bucal.
- O treinamento dos profissionais de cuidados primários em temas de saúde bucal leva a uma maior capacidade de reconhecer as doenças e direcionar as referências para

assistência odontológica, levando a maior acesso a serviços de prevenção e redução das doenças bucais;

- É necessário implantar as práticas e processos de organização da demanda, e deixar de lado aquelas ações normativas, burocráticas que atuam como barreiras para melhorar a acessibilidades dos usuários aos serviços de saúde. Porém, não existem fórmulas para organizar a demanda em saúde bucal, existem protocolos para planejar e garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal das pessoas. Assim, ferramentas para classificação de risco tem sido cada vez mais usados, como a Escala de risco familiar de coelho e escalas de risco individual com o propósito de estratificar as famílias e indivíduos segundo critérios de risco e convidá-las para tratamento odontológico.
- Os programas de grupos educativos são práticas programáticas para organizar o trabalho coletivo no serviço e tem o objetivo de motivar o empoderamento e educação em saúde bucal da população de alto risco. Mas é necessário desenvolver a dimensão educativa destes programas, com práticas de transmissão de conhecimentos, com espaço para práticas interativas que promovam o diálogo e participação dos usuários para se tornarem conscientes da problemática da saúde bucal, visando a autonomia em relação ao cuidado com a saúde.

Espera-se, desta maneira, contribuir para o planejamento de serviços odontológicos e órgãos públicos no desenvolvimento de estratégias eficazes para aumentar a capacidade dos serviços de saúde bucal, e assim fornecer mais cuidado para populações vulneráveis.

REFERÊNCIAS

1. American Association of Pediatric. Protecting all children's teeth: A pediatric oral health training program [internet]. [acesso 2014 abril 18]. Disponível em: <http://www2.aap.org/commpeds/dochs/oralhealth/EducationAndTraining.html>
2. Advisory Committee on Training in Primary Care Medicine and Dentistry. 2010. 8th annual report to the secretary of the U.S. Department of Health and Human Services and to the U.S. Congress: The redesign of primary care with implications for training [internet]. Rockville: ACTPCMD /U.S. Department of Health and Human Services; 2010 [acesso 2014 abril 18]. Disponível em: <http://www.hrsa.gov/advisorycommittees/bhpradvisory/actpcmd/Reports/8threport.pdf>
3. Advisory committee on training in primary care medicine and dentistry: Training culturally competent primary care professionals to provide high quality healthcare for all Americans: The essential role of Title VII, section 747, in the elimination of healthcare disparities [internet]. Rockville: ACTPCMD/U.S. Department of Health and Human Services; 2006 [acesso 2014 abril 16]. Disponível em: <http://www.hrsa.gov/advisorycommittees/bhpradvisory/actpcmd/Reports/sixthreport.pdf>
4. Atchison, K. A., Thind A, Nakazono TT, Wong D, Gutierrez JJ, Carreon DC, Andersen RM. Community-based clinical dental education: Effects of the pipeline program. **Journal of Dental Education**. 2009; 73(2):269-282.
5. Abreu MHNG, Castilho LS, Resende VL. Assistência odontológica a indivíduos portadores de deficiências: o caso da Associação Mineira de Reabilitação e Escola Estadual João Moreira Salles. **Arq Odontol**. 2001; 37(2): 153-61
6. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Program requirements for graduate medical education in obstetrics and gynecology [internet]. Chicago: ACGME; 2008 [acesso 2014 abril 26]. Disponível em: <https://www.acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/220obstetricsandgynecology01012008.pdf>
7. American Dental Association. 2008-2009 Survey of advanced dental education [Internet]. Chicago: ADA; 2010 [acesso 2014 abr 20]. Disponível em: http://s3.amazonaws.com/zanran_storage/www.ada.org/ContentPages/49754661.pdf
8. American Dental Association. Accreditation standards for dental education programs [internet]. Chicago: ADA; 2010 [acesso em 2014, maio 26]. Disponível em: http://www.ada.org/~media/CODA/Files/predoc_2013.ashx
9. Almeida MI, Silva MJ, Araújo MFM. Grupo Vida: adaptação bem-sucedida e envelhecimento feliz. **Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí**. 1998; 1(2): 155-162.
10. Amaral AM, Silva AM, Araújo ES, Seniuk F, Santos IR, Maciel IC, et al. Trabalhando com a família do amigo especial. **Divulg Saúde Debate**. 2000; 19: 64-6.
11. Ananaba N, Malcheff S, Briskie D, Inglehart MR. Infant oral health examinations: attitudes and professional behavior of general and pediatric dentists in Michigan and

- pediatric dentists in the U.S. **The Journal of the Michigan Dental Association**. 2010; 92(12):38-43.
12. Assis M, Hartz ZMA, Valla VV. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2004; 9(3): 557-581.
 13. Ballweg R, Berg J, DeRouen T, Fiset L, Mouradian W, Somerman MJ. Expanding dental education partnerships beyond the four walls. **Journal of Dental Education**. 2011; 75(3):300-309.
 14. Bailit HL. Financial impact of community-based dental education. **Journal of Dental Education**. 2010; 74(10):33-41.
 15. Barros SG, Chaves SCL. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2003; 12(1): 41 – 51.
 16. Brasil. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares Nacionais. Saúde**. Brasília; 1997.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. **Guia Prático do PSF**. Brasília; 2002.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. **Caderno de Atenção Básica nº 17**. Brasília; 2008.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Agente comunitário de Saúde**. Brasília; 2009.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, e estabelecem as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011. Portaria nº 3.840, de 7 de dezembro de 2010. **Diário Oficial República Federativa do Brasil**. 2010 Dez 10: 72. Seção 1.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília. 2006
 22. Casamassimo PS, Seale NS, Ruehs K. General dentists' perceptions of educational and treatment issues affecting access to care for children with special health care needs. **Journal of Dental Education**. 2004; 68(1):23-28.
 23. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. 2011; 1(2):19-26.
 24. Conselho Federal de Odontologia. São Paulo: CFO. [acesso 2014 maio 19]. Disponível em: http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/Residencia-Odontologica/?estado=Todos&coordenador&tipo=em_andamento
 25. Dela Cruz GG, Rozier RG, Slade G. Dental screening and referral of young children by pediatric primary care providers. **Pediatrics**. 2004; 114(5): 642-652.

26. Dye BA, Tan S, Smith V, Lewis BG, Barker LK, Thornton-Evans G, et al. Trends in oral health status: United States, 1988-1994 and 1999-2004. Hyattsville: National Center for Health Statistics; 2007 abr. Reporte n° 248.
27. Dolan TA, Atchison K, Huynh TN. Access to dental care among older adults in the United States. **Journal of Dental Education**. 2005; 69(9):961-974.
28. Douglass JM, Li Y, Tinanoff N. Association of mutans streptococci between caregivers and their children. **Pediatric Dentistry**. 2008; 30(5):375-387.
29. Duailibi SE, Duailibi MT. Odontologia para pacientes especiais- Uma nova visão sobre conceito e classificação em pacientes especiais. **Rev Paul Odontol**. 1998; 20(2): 28-33.
30. Esperança AN; Cavalcante RB; Marcolino C. Estudo da demanda espontânea em uma unidade de saúde da família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. **Revista Mineira de Enfermagem**. 2006; 10(1):30-36.
31. El-Solh AA, Pietrantonio C, Bhat A, Okada M, Zambon J, Aquilina A, Berbary E. Colonization of dental plaques: A reservoir of respiratory pathogens for hospital-acquired pneumonia in institutionalized elders. **Chest**. 2004; 126(5):1575-1582.
32. Ferraz L, Aertz DRG. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc Saúde Colet**. 2005;10(2):347-55.
33. Fortes PAC, Spinetti SR. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad Saúde Pública**. 2004; 20(5):1328-33
34. Ferreira AAA, Alves MSCF. **Representações sociais da necessidade de cuidados bucais: um estudo com habitantes do bairro de Cidade da Esperança-Natal (RN) [dissertação]**. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2002.
35. Ferreira RI, Morano Jr. M, Meneghim MC, Pereira AC. Dental health education for adult patients: report of an experience. **Rev Odontol UNESP**. 2004; 33(3): 149-56.
36. Freire P. **Educação e mudança**. 28ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
37. Freire P. **Pedagogia da autonomia**. São Paulo: Paz e Terra; 2006.
38. Gies WJ. Dental education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. 1926. The Gies Report Number Nineteen
39. Glassman P, Meyerowitz C. Postdoctoral education in dentistry: Preparing dental practitioners to meet the oral health needs of America in the 21st century. **Journal of Dental Education**. 1999; 63(8):615-625.
40. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does 'access to health care' mean? **J Health Serv Res Policy**. 2002 Jul;7(3):186-8.
41. Grumbach K, Hart LG, Mertz E, Coffman J, Palazzo L. 2003. Who is caring for the underserved? A comparison of primary care physicians and nonphysician clinicians in California and Washington. **Annals of Family Medicine**. 1(2):97-104.

42. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME guide no. 9. **Medical Teacher**. 2007; 29(8):735-751
43. Hood, J. G. Service-learning in dental education: Meeting needs and challenges. **Journal of Dental Education**. 2009; 73(4):454-463.
44. Institute of Medicine. The second fifty years: Promoting health and preventing disability [internet]. Washington: IOM/National Academy Press.1992 [acesso 2014 mar 25]. Disponível em: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=1578&page=R1
45. Jablonski R. Oral health and hygiene content in nursing fundamentals textbooks. **Nursing Research and Practice**. 2012: 1-7.
46. Kuthy RA, Strayer MS, Caswell RJ. Determinants of dental user groups among an elderly, low-income population. **Health Services Research**. 1996; 30(6):809-825.
47. Lefever KH, Atchison KA, McCauley KR, Mito RD, Engelhardt R. Views of practicing dentists regarding a mandatory fifth year of training. **Journal of Dental Education**. 2003; 67(3):317-327.
48. Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad Saúde Pública**. 2004;20(1): 197-203.
49. Lewis CW, Boulter S, Keels MA, Krol DM, Mouradian WE, O'Connor KG, Quinonez RB. Oral health and pediatricians: Results of a national survey. **Academic Pediatrics**. 2009; 9(6):457-461.
50. Manski RJ, Brown EJ, editors. Dental coverage of adults ages 21-64, United States, 1997 and 2007. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2010.
51. Makhija SK, Gilbert GH, Clay OJ, Matthews JC, Sawyer P, Allman RM. Oral health-related quality of life and life-space mobility in community-dwelling older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**. 2011; 59(3):512-518.
52. Marchioni SAE. Investigação sobre o uso do condicionamento pelos alunos de odontologia no atendimento a deficientes mentais. **Infanto rev. neuropsiquiatr. infanc. adolesc.** 1998; 6(3):127-33.
53. McQuistan MR, Kuthy RA, Qian F, Riniker-Pins KJ, Heller KE. Dentists' treatment of underserved populations following participation in community-based clinical rotations as dental students. **Journal of Public Health Dentistry**. 2010; 70(4):276-284.
54. Gonçalves MRB, editor. **Cadernos Cefor - Práticas de Saúde: Processos de Trabalho e Necessidades**. São Paulo: Cefor/Secretaria Municipal de Saúde;1992.
55. Mendonça T. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. **Public Health Rep**. 2001; 17(1):545-547.
56. Mesquini MA, Molinari SL, Prado IMM. Educação em saúde bucal: uma proposta para abordagem no Ensino Fundamental e Médio. **Arq Mudi**. 2006;10(3):16-22

57. Moura LFAD, Moura MS, Toledo OA. Dental caries in children that participated in a dental program providing mother and child care. **J Applied Sci.** 2006; 14(1):53-60
58. Mouradian WE, Reeves A, Kim S, Evans R, Schaad D, Marshall SG, Slayton R. 2005. An oral health curriculum for medical students at the University of Washington. **Academic Medicine.** 80(5):434-442.
59. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, Lawder JAC, Lima LSM, Bueno RE et al . Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciênc. saúde coletiva.** 2010; 15(1): 1827-1834.
60. Morgan MA, Crall J, Goldenberg RL, Schulkin J. Oral health during pregnancy. **Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine.** 2009; 22(9):733-739.
61. Mugayar LRF. **Pacientes portadores de necessidades especiais.** 1. ed. São Paulo: Pancast; 2000.
62. Nemes MIB. Saúde do adulto. In IB Schraiber, MIB Nemes, RBM Gonçalves, organizadores. **Programas e ações na unidade básica.** São Paulo: Hucitec; 1996.p.48-63.
63. Okwuje I, Anderson E, Valachovic RW. Annual ADEA survey of dental school seniors: 2009 graduating class. **Journal of Dental Education.** 2010; 74(9):1024-45.
64. Oliveira ALBM, Giro EMA. Importância da abordagem precoce no tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais. **Odonto** 2011; 19 (38): 45-51.
65. Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2004; 9(1):121-130.
66. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Rev Saúde Pública.** 2012;46(2):250-8.
67. Petry PC, Pretto SM. Educação e motivação em saúde bucal. In: Kringer L, organizador. **Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência e humanização.** 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 371-85.
68. IBGE. Pesquisa Nacional por amostragem de Domicílios (PNAD) 2003. Brasil. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. [acesso 2014 maio 10]. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/>
69. IBGE. Pesquisa Nacional por amostragem de Domicílios (PNAD) 2008. Brasil. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. [acesso 2014 maio 10]. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/brasilpnad2008.pdf>
70. Pinto VG. **Odontologia brasileira as vésperas do ano 2000:** diagnóstico e caminhos a seguir. São Paulo: Santos; 1993. p.192
71. Pierce KM, Rozier RG, Vann WF. Accuracy of pediatric primary care providers' screening and referral for early childhood caries. **Pediatrics.** 2002; 109(5):82

72. Pires ROM, Lopes Neto F, Lopes JB, Bueno SMV. O conhecimento dos agentes comunitários sobre saúde bucal. **Cienc Cuid Saude**. 2007; 6(3): 325-334
73. Pisón JM. Los pacientes con necesidades especiales. **Dental Tribune. Hispanic & Latin America Edition**. 2013; 10(5):9-24.
74. Poppe B, Krzikalla G, Walde B. Collective measures of oral hygiene effects on dental health in elder school children. **Dtsch. Stomatol**. 1991; 41(5):181-183.
75. Rozier RG, Stearns SC, Pahel BT, Quinonez RB, Park J. How a North Carolina program boosted preventive oral health services for low-income children. **Health Affairs**. 2010; 29(12):2278-2285.
76. Sampaio EF, César FN, Martins MGA. Perfil odontológico dos pacientes portadores de necessidades especiais atendidos no Instituto de Previdência do Estado do Ceará. **Rev Bras Prom Saúde**. 2004; 17(3): 127-34.
77. Silk, H., Douglass AB, Douglass JM, Silk L. Oral health during pregnancy. **American Family Physician**. 2008; 77(8): 1139-1144.
78. Schmidt MG. Pacientes especiais: portadores de deficiências neuropsicomotoras. In: Corrêa MSNP. **Odontopediatria na primeira infância**. 1. ed. São Paulo: Santos; 2001.p. 645-63
79. Soares EL. **Educação em saúde bucal nas escolas estaduais do 1º grau do município de São Paulo**. [Tese]. São Paulo: USP/ FSP; 1988.
80. Telarolli Jr, Machado JCMS, Carvalho F. Educação em saúde na Terceira Idade. Avaliação de um programa de extensão universitária. **Gerontologia**. 1997; 5(2):55-65.
81. Toledo AO, Bezerra ACB. Odontologia preventiva para excepcionais. In: Fourniol Filho A. **Pacientes especiais e a Odontologia**. 1.ed. São Paulo: Santos; 1998. p. 423-32.
82. Tomita NE, Fagote BF. Programa educativo em saúde bucal para pacientes especiais. **Odontol Sociedade**. 1999, 1(1/2): 45-50.
83. Tomita NE, Pernambuco RA, Lauris JRP, Lopes ES. Educação em saúde bucal para adolescentes: uso de métodos participativos. **Rev. FOB**. 2001; 9 (1/2): 63-69.
84. Travaso C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. 2004; 20(2):190-198.
85. Vasconcelos EM, Fratucci MVB. Práticas de Saúde Bucal [internet]. São Paulo: UNA-SUS. UNIFESP [acesso 2013 abril 21]. Disponível em: www.unasus.unifesp.br
86. Vargas GC, Francesa GG, Núñez AE, Steller OTV, Sánchez EA, Rojas EC, Arias MA, et Al. Promoción de la salud y estrategias educativas para la prevención contra violencia sexual, e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. **Med. leg. Costa Rica**. 2001;28(1): 39-44.