

EDNALVA MARIA DE SOUSA



UNICAMP

PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA  
PARA O FORTALECIMENTO DAS PRÁTICAS EM  
SAÚDE BUCAL

*Dissertação apresentada à Faculdade de  
Odontologia de Piracicaba, da Universidade  
Estadual de Campinas, para obtenção do  
Título de Mestre no curso de Pós-graduação  
em Odontologia em Saúde Coletiva.*

**Piracicaba – SP**

**2005**

EDNALVA MARIA DE SOUSA



PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA  
PARA O FORTALECIMENTO DAS PRÁTICAS  
EM SAÚDE BUCAL

*Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba,  
da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do Título de  
Mestre no curso de Pós-graduação em Odontologia em Saúde  
Coletiva.*

**Orientador: Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim**

**Banca Examinadora:**

**Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira (FOP – UNICAMP)**

**Prof. Dr. Eliel Soares Orenha (FO – UNESP)**

**Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim (FOP - UNICAMP)**

Piracicaba – SP

**2005**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

Bibliotecário: Marilene Girello – CRB-8ª. / 6159

So89p	<p>Sousa, Ednalva Maria de. Promoção da saúde: uma estratégia para o fortalecimento das práticas em saúde bucal . / Ednalva Maria de Sousa. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2005.</p> <p>Orientador: Marcelo de Castro Meneghim. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.</p> <p><b>1. Promoção da saúde. 2. Geriatria. 3. Saúde bucal. I. Meneghim, Marcelo de Castro. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.</b></p> <p style="text-align: right;">(mg/fop)</p>
-------	---

Título em inglês: Promotion of the health: a strategy for the fortification of the practical in oral health

Palavras-chave em inglês (*Keywords*): 1. Health promotion. 2. Geriatrics. 3. Oral health

Programa Mestrado Profissionalizante em Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora: Antônio Carlos Pereira, Eliel Soares Orenha, Marcelo de Castro Meneghim

Data da defesa: 06/12/2005



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO  
PROFISSIONALIZANTE, em sessão pública realizada em 06 de Dezembro de 2005,  
considerou a candidata EDNALVA MARIA DE SOUSA aprovada.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Marcelo de Castro Meneghim".

---

PROF. DR. MARCELO DE CASTRO MENEGHIM

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Eliel Soares Orenha".

---

PROF. DR. ELIEL SOARES ORENHA

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Antonio Carlos Pereira".

---

PROF. DR. ANTONIO CARLOS PEREIRA

## **Dedico este trabalho**

### **A Jesus Cristo**

Amigo inseparável que me orienta e me dá coragem para enfrentar os obstáculos e prosseguir a caminhada em busca da realização de meus objetivos. Tua palavra sempre foi e será minha fonte inesgotável de inspiração. Obrigada pela presença em minha vida.

**“Quando a nossa vida possui um objetivo, somos capazes de  
superar todas as dificuldades”**

**Iyanla Vanzant**

## **Agradeço especialmente**

**À Faculdade de odontologia de Piracicaba,** na pessoa do seu Diretor, Thales Rocha de Mattos Filho, onde tive a oportunidade de dar um passo importante rumo ao crescimento científico e profissional.

**Ao Coordenador do curso Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira**  
Pelos conhecimentos transmitidos, amizade e pela constante disposição em ajudar.

**Ao Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim**  
Pela orientação e apoio durante a minha formação.

**À Prof<sup>ra</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosana F. Possobon**  
Você colaborou de forma decisiva para o término deste trabalho. Obrigada por sua dedicação.

**Ao Coordenador de Saúde bucal de Campinas, Dr. Issamo**  
Que contribuiu de forma primordial, para a realização deste trabalho.

**Aos meus colegas de curso**  
Por cultivarem espírito de cordialidade, pelo apoio, incentivo e companheirismo. Especialmente a Maria Cristina Cerávolo, voluntária na pesquisa e grande incentivadora.

**Aos Cirurgiões-Dentistas voluntários**  
Que sempre colaboraram, realizando as etapas necessárias para a conclusão desta pesquisa e por acreditarem na sua importância. O Sistema Único de Saúde e a Odontologia precisam de mais profissionais como vocês.

**Aos professores e funcionários da faculdade de Odontologia de Piracicaba, em especial:** Profa Dra. Dagmar Gueluz, Prof. Dr. Francisco Groppo, Prof. Dra. Gláucia, Prof. Dr. Ronaldo Wada, Eliana, Lucilene e Marilene Girello.

**Ao Prof. Dr. Mário Ferreira júnior (FM/USP)**, exemplo de verdadeira dedicação docente, que além de transmitir seus conhecimentos, sempre me orientou, e vem me ajudando a enriquecer minha formação e a crescer como profissional. Fica meu carinho, reconhecimento e minha eterna gratidão e admiração.

**Aos Novos e significantes amigos do Centro de Promoção da Saúde do Hospital das Clínicas/USP**

Cláudia, Ana Cláudia, Rebeca, Alfredo, Letícia, Rita, Celso, Eliane, Névio, Fernanda, Simone, Sílvia, Daniele, Lara e minha prima e amiga Lígia. Obrigada pelo incentivo e amizade.

**Aos amigos da academia de Seguranças Enforvigil, em especial Sr. Alberto Gonçalves e Adriana fragoso**

Agradeço pela amizade, carinho, colaboração e apoio.

**À minha irmã Emília e ao meu cunhado Rubens**

Obrigada por estarem presentes em minha vida e sempre colaborarem. Sem vocês, tudo ficaria muito difícil de ser alcançado. Espero, sinceramente, que Deus possa retribuir a vocês tudo o que fizeram e fazem por mim. Rubens você é um irmão no sentido verdadeiro da palavra.

**Ao meu amigo Néviton e sua esposa Katharina**

Eu nem tenho palavras para expressar a minha gratidão pelo apoio que me deram nesta etapa, com tantas outras dificuldades.

**Às minhas irmãs Eliene e Teresinha**

Agradeço pelo apoio e estímulo.

**À minha sobrinha Gláucia**

Você sempre deixa a minha vida mais alegre e obrigada por se preocupar com o meu bem-estar e a minha felicidade.

**Ao meu amigo Ângelo Ricardo Mantovani**

Você contribuiu de forma decisiva na etapa final deste trabalho. Obrigada pelo apoio, incentivo e por sua agradável presença.

**Às Minhas amigas Elaine e Patrícia**

Por saber que posso contar com a amizade de vocês.

**À minha amiga Ivany Ayres**

Obrigada pelo apoio e amizade.

**À Miriam e Rogério da FM/USP**

Obrigada pelo apoio.

**A todas as pessoas que participaram, direta ou indiretamente, contribuindo para a realização deste trabalho, meu agradecimento.**

## SUMÁRIO

RESUMO.....	1
ABSTRACT .....	3
1. INTRODUÇÃO .....	5
2. REVISÃO DE LITERATURA .....	9
2.1 A transição demográfica e epidemiológica .....	9
2.2. A promoção da saúde e suas perspectivas para a saúde geral e para a saúde bucal .....	15
2.3 Promoção da saúde - Referencial Teórico.....	31
2.4 Promoção da saúde e o SUS no Brasil - Evolução histórica.....	46
3. PROPOSIÇÃO .....	67
4. MATERIAL E MÉTODOS .....	69
5. RESULTADOS .....	75
5.1 Perfil da amostra .....	75
5.2 Conhecimento dos CDs sobre promoção de saúde.....	77
5.3 Práticas de promoção de saúde .....	81
6. DISCUSSÃO .....	87
7. CONCLUSÃO.....	99
REFERÊNCIAS.....	101
ANEXOS .....	117

## RESUMO

A precariedade da saúde bucal da população adulta e idosa, no Brasil, influencia diversos aspectos funcionais, sociais e psicológicos, diminuindo, assim, a qualidade de vida desses indivíduos. O cirurgião-dentista é de vital importância neste contexto, como profissional da área da saúde e agente modificador. Objetivos: avaliar o conhecimento do Cirurgião-Dentista do Serviço Municipal de Saúde de Campinas sobre práticas de promoção da saúde, verificar se as mesmas são realizadas na sua Unidade Básica de Saúde (UBS) e medir o impacto de informações sobre promoção da saúde fornecidas, por meio de uma apostila, sobre os mesmos. Dos 180 Cirurgiões-Dentistas do Serviço Municipal de Saúde da cidade de Campinas – SP que aceitaram participar do estudo, a análise foi feita com 63 que responderam o questionário antes e depois. Estudo foi experimental, abordagem quantitativa, utilizando-se um questionário semi-estruturado e uma apostila específica como intervenção. O teste McNemar foi utilizado por se tratar de uma amostra com variável dicotômicas e dependentes entre si. Cada Cirurgião-Dentista foi o controle de si mesmo. Os testes foram realizados ao nível de significância de 5%. Principais resultados: A porcentagem de acertos em relação ao conhecimento sobre promoção da saúde, foi maior em todas as questões analisadas, por meio do teste estatístico MacNemar, após a leitura da apostila; 87,3% dos Cirurgiões-Dentistas relataram que a sua Unidade Básica de Saúde realiza ações de promoção da saúde; 79,2% dos profissionais afirmaram que já participaram de ações de promoção da saúde em escolas e 10% em asilos; forte tendência dos profissionais em direcionar mais recursos e estratégias de promoção da saúde para a população infantil. Concluí-se: a) A maioria dos participantes da pesquisa apresentou deficiência de conhecimento técnico em relação ao conceito e documentos sobre promoção da saúde; b) A maior parte dos Cirurgiões-Dentistas relatou, que a sua Unidade Básica de Saúde realiza ações de promoção da Saúde; c) Os profissionais do serviço municipal de saúde de Campinas adquiriram conhecimento sobre promoção da saúde, por meio da apostila fornecida; o percentual de acertos, após a leitura da apostila, foi maior em todas as questões analisadas antes e depois, sendo estatisticamente significantes.

**Palavras Chave: promoção da saúde, geriatria, saúde bucal.**

## **ABSTRACT**

The mouth health precariousness of adult and aged population, in Brazil, influences several functional, social, and psychological aspects, diminishing, thus, the life quality of these individuals. The dentist surgeon has got vital importance in this context as a health field professional and a modifier agent. Goals: to evaluate the knowledge of the Campinas Municipal Health Service dentist surgeon concerning the practices of health promotion, to verify if these health promotion practices are executed in his Health Basic Unit and to measure the impact of informations about health promotion by a given text on him. From 180 dentist surgeons of Campinas City Municipal Health Care that accepted to participate in the study, 63 were submitted to the analysis and answered the questionnaire before and after. Study was experimental, quantitative approach, utilizing a semi-structured questionnaire and a specific text as intervention. The MacNemar test was utilized because it is regarded as a sample with dichotomycs and dependents variables. The tests were accomplished at 5% of significant level. Main results: set right percentage concerning to knowledge of health promotion was larger in all analyzed questions, by the statistic MacNemar test, after the text reading; 87.3% of dentist surgeons told that their Health Basic Unit carry out actions of health promotion; 79.2% of professionals affirmed that they have participated in health promotion actions in schools and 10% in home for old people; strong tendency of professionals for conducting more resources and health promotion strategies for children education. It is concluded that: a) The majority of the research participants presented technical knowledge deficiency about the concept and documents related to health promotion b) The majority of the dentist surgeons reported that their Basic Health Unit carries out health promotion action; c) The professionals of Campinas Municipal Health Care acquired knowledge about health promotion by a furnished text; the set right percentage, after the text reading, was larger in all questions analysed before and after, being stastically significant.

**Keywords: health promotion, geriatrics, mouth health.**

## **1 INTRODUÇÃO**

O envelhecimento da população mundial corresponde a um fenômeno de extrema relevância no início deste novo século. Estima-se que em 2020 três quartos de todas as mortes observadas nos países em desenvolvimento estarão relacionadas ao processo de envelhecimento, como câncer, doenças do aparelho circulatório e diabetes (Brito & Litvoc, 2004). Essas doenças além do componente envelhecimento, também têm como agravante, o componente relacionado ao estilo de vida, como o sedentarismo, a obesidade, cuidados com higiene inadequados, stress, etc.

Em relação à saúde bucal, pesquisa do Ministério da Saúde - Projeto SB Brasil – Condições de Saúde da população, revelou que há 30 milhões de desdentados no país e 45% dos brasileiros não tem acesso regular a escovas de dente (Brasil, 2004b). Esta precariedade da saúde bucal influencia diversos aspectos funcionais, sociais e psicológicos, comprometendo a auto-estima e os relacionamentos pessoais e profissionais da população brasileira.

A saúde bucal representa um fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida e não pode ser mais relacionada apenas com a saúde dos dentes. Porém, o modelo de assistência ainda vigente no Brasil é predominantemente marcado pela prática curativo-reparadora produzida com tecnologias de alto custo e recursos humanos cada vez mais especializados, não sendo justificável para as principais doenças que atingem a cavidade oral que têm seus agentes etiológicos, há muito tempo, já identificados, portanto controláveis.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em um relatório sobre as condições de saúde bucal no mundo, afirmou que as doenças que atingem a cavidade oral são ainda consideradas como problemas de saúde pública por suas elevadas prevalências e incidências e pelo impacto que trazem em relação à dor e ao sofrimento (WHO, 2003).

A promoção da saúde propõe o desafio de reorientar os serviços de saúde a superar a prática vigente de assistência à doença, e irem em direção à perspectiva da atenção integral às pessoas em suas necessidades e em busca de qualidade de vida. “O profissional não pode planejar o tratamento de dentes doentes num indivíduo, deve realizar a promoção da saúde de um ser complexo, portador de alguns dentes doentes” (Grande, 2002); “*A meta hoje não é apenas acrescentar mais anos à vida, e sim dar mais qualidade de vida aos anos vividos*” (Buischi, 2004).

A Carta de Ottawa, documento resultante da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), definiu claramente que a Promoção da Saúde consiste em um processo que proporciona à comunidade os meios necessários para melhorar a sua saúde, exercendo maior controle sobre ela.

No Brasil, o tema promoção da saúde vem fortalecendo-se, especialmente a partir do início dos anos 80, em função das mudanças econômicas e políticas que culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que trabalha com o conceito ampliado de saúde.

A Política Nacional de Saúde do Idoso, exemplo dentre as experiências atuais de promoção da saúde no Brasil, ressalta que a atuação odontológica deva ocorrer em todos os níveis, no entanto, a prevenção primária é destacada como estratégia fundamental para a saúde bucal. (Brasil, 1999).

As estratégias recomendadas para prevenir e controlar doenças bucais fazem parte da abordagem do Fator de Risco Comum para controlar aqueles riscos comuns ao maior número de patologias crônicas (Brasil, 2004a; Sheiham & Moysés, 2000). No entanto, não se observam ações de Promoção da Saúde bucal destinadas principalmente à população adulta, o que contribui para uma alta prevalência de edentulismo na terceira idade.

O melhor argumento para se justificar as ações voltadas para a promoção da saúde é baseá-las em evidências científicas efetivas e não apenas na alegação de que a promoção da saúde é um campo ético e íntegro (Raphael, 2000).

Uma ampla revisão de literatura, realizada nos Estados Unidos por Aldana (2001), informou que a maioria das empresas americanas tem algum tipo de programa de promoção da saúde e que o retorno financeiro médio é de 3,48 dólares para cada 1,00 dólar investido.

Em relação à saúde bucal, um documento produzido pela Coalisão (Coalition, 1993 ; Liggett, 1994) sobre a saúde oral dos americanos afirma que cada dólar investido em odontologia preventiva economiza entre 8,00 e 50,00 dólares seja em tratamento curativo específico, seja em cuidados relacionados à saúde geral e que a cada ano, cerca de 164 milhões de horas são perdidas no trabalho e outras 52 milhões de horas nas escolas devido a problemas odontológicos (Pinto, 2000).

Para promover saúde exige-se dos profissionais uma transição do olhar curativo para o preventivo, passando-se do diagnóstico e tratamento, puro e simples, de doenças atuais, ao rastreamento, orientação e intervenção com o objetivo de prevenir patologias futuras (Glezer *et al.*, 2000). É importante também abandonar a postura coercitiva, muitas vezes presente na educação para a saúde, e adotar uma postura de aconselhamento e apoio visando à autonomia do próprio indivíduo.

O cirurgião-dentista, preparado para trabalhar com a visão da promoção da saúde, é de fundamental importância neste processo de mudança. Além de controlar as doenças e restabelecer a saúde bucal, deve, principalmente, incorporar e colocar em prática os princípios de promoção da saúde interagindo com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar e integrar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo e não apenas dentes e gengivas.

A atuação dos profissionais de saúde para capacitar a população a adotar um estilo de vida saudável torna-se essencial. Cabe também a atenção do profissional e do Sistema de Saúde à mudança do perfil populacional, com o aumento progressivo da população idosa, pois este fato, influenciará diretamente na sua vida profissional futura.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA EPIDEMIOLÓGICA**

Um dos fenômenos de maior impacto no começo deste novo século é o do envelhecimento da população mundial, uma vez que no século passado consolidou-se uma tendência que vem se mostrando continua e que constitui o aumento de esperança de vida ao nascer do homem, observado não só nos países desenvolvidos como também naqueles em desenvolvimento (Brito & Litvoc, 2004).

A população mundial de países desenvolvidos e de alguns países em desenvolvimento, como o Brasil, teve, ao longo dos anos, a representação gráfica de sua estrutura etária modificada, passando de uma figura piramidal para uma trapezoidal. Isto representa um estreitamento da base populacional, e um alargamento de seu ápice, representado pelo aumento da expectativa de vida (Hebling, 2003).

O processo de urbanização, o aumento do número de pessoas idosas, a maior prevalência de doenças e o comportamento sedentário aparecem entre os fatores que ameaçam a saúde e o bem-estar de milhões de pessoas no mundo. As estratégias de promoção da saúde realizadas no mundo inteiro têm se mostrado convincentes em modificar estilos de vida, bem como as condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde. “A Promoção da Saúde é um enfoque prático para a obtenção de maior equidade em saúde” (Brasil, 2001b).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a população de idosos no Brasil deverá aumentar 16 vezes entre 1950 e 2025, ou seja, 11 vezes mais do que o crescimento demográfico nacional total. As mesmas projeções indicam que entre os 10 países com maior população idosa em 2025, 5 serão países em desenvolvimento, incluindo o Brasil com um número estimado de 27 milhões de pessoas acima de 60 anos de idade. O índice de idosos no Brasil (razão entre a população acima de 60 anos e a população abaixo de 15 anos de

idade) passou de 6,2% para 13,9% em 1991, e estimativas apontam que este índice alcançará 106,8% em 2050 (Costa *et al.*, 2000).

Werner *et al.* (1998) alertam que a expectativa de maior retenção de dentes naturais, com saúde, tende a aumentar. Também, os pacientes portadores de problemas crônicos também aumentarão. Portanto, um novo desafio é lançado para o profissional da odontologia que, cada vez mais, encontrará pacientes com diferentes necessidades e que precisarão ser atendidos em diferentes espaços devido à dificuldade, por exemplo, de locomoção apresentada por estes pacientes.

Estima-se que entre as 10 nações que possuirão as maiores populações de idosos no mundo, o Brasil figurará em sexto lugar. (Kalache *et al.*, 1987; Brito & Litvoc, 2004).

O crescimento da população acima dos 60 anos é de preocupação do governo e de toda a comunidade, devido ao seu impacto social e econômico e, em virtude disso, as informações relativas aos estudos epidemiológicos e clínicos de doenças ganham importância para o planejamento, execução e avaliação dos programas de saúde para estes grupos específicos (Meneghim *et al.*, 2000).

Cabe a atenção do profissional à mudança do perfil populacional, em sua área de abrangência, com o aumento progressivo da população idosa, fruto da queda da fecundidade e redução da mortalidade em todos os grupos etários (Silvestre & Neto, 2003). A classificação adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o paciente idoso de acordo com sua idade cronológica é: 45 a 59 anos, meia-idade ou primeiro envelhecimento; 60 a 70 anos, senescência gradual; 70 a 90 anos, velhice conclamada e, acima de 90 anos, longevo (Kina, 1996).

Quando são discutidas as condições de saúde bucal da população idosa, a perda total de dentes ainda é aceita pela sociedade e pelos odontólogos como algo normal e natural com o avanço da idade, e não como reflexo da falta de políticas de promoção da saúde, voltadas principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas (Pucca jr., 1998; Rego, 1997; Rosa *et al.*, 1992).

Galan *et al.* (1995) realizaram um estudo com 170 idosos, com média de idade de 82 anos, no Canadá. Foi observado no estudo, que a prática revelou que 7% escovavam menos que uma vez ao dia; 60% não usavam fio dental e 14% limpavam as próteses totais menos que uma vez ao dia.

A alta prevalência de edentulismo na terceira idade, segundo Pucca Jr. (1998), revela a ineficiência das formas de planejamento de programas que possuem características iatrogênicas e excludentes no acesso. Para o autor, quando o edentulismo se manifesta, inexisteram ou fracassaram totalmente as medidas de atenção à saúde bucal.

Um recente estudo sobre a situação da saúde bucal do idoso no Brasil comparou os dados referentes ao levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado pelo Projeto SB/Brasil 2003, e aqueles encontrados no levantamento de 1996. O estudo constatou uma precária condição de saúde bucal, não havendo discrepância entre os resultados do CPO-D nos levantamentos epidemiológicos realizados em 1986 e 2003 para as idades de 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, ficando distante de alcançar, para essa população, as metas previstas pela organização Mundial da saúde e pela Federação Dentária Internacional para o ano 2000 (Saintrain & Souza, 2005).

Sabe-se que a perda da dentição natural influi sobre os diversos aspectos do organismo, dentre os quais o aspecto estético, a pronúncia, a digestão, e principalmente a mastigação. Um indivíduo com todos os dentes tem capacidade mastigatória de 100%, em pessoas que usam prótese total, essa capacidade é de 25% (Moriguchi, 1992).

A perda total ou parcial dos dentes compromete o estado nutricional e desequilibra as condições de vida e saúde do indivíduo. A associação entre perda de dentes, diminuição da ingestão de alimentos e dieta pobre é comum entre pacientes idosos desdentados portadores, ou não, de prótese odontológica. O paciente passa a consumir mais alimentos macios e fáceis de serem mastigados, comprometendo, assim, o seu estado geral (Hebling, 2003; Sheiham *et al.*, 1999; Sheiham *et al.*, 2001).

Estudos sobre o impacto das condições bucais na qualidade de vida e no bem-estar do indivíduo idoso mostram que os aspectos funcionais, sociais e psicológicos são significativamente afetados por uma condição bucal insatisfatória (Locker & Slade, 1993; Strauss & Hunt, 1993).

Uma revisão da literatura evidenciou as conseqüências da perda dental em relação à nutrição e saúde. Os resultados evidenciam um consumo reduzido de carne, frutas frescas e vegetais em indivíduos com perda total dos dentes, os quais estabelecem uma dieta pastosa, alta em carboidratos; resultando em risco de desnutrição (Geissler & Bates, 1984).

Muitas necessidades odontológicas encontradas no idoso são, na maioria das vezes, complicações de processos patológicos acumulados durante a vida do indivíduo, evidenciando a falta de políticas de prevenção e promoção por parte dos cirurgiões-dentistas e dos governantes; fazendo com que as necessidades de tratamento se acumulem. (Pucca Jr., 2000).

Strayer (1993), citado por Meneghim (2000), relatou em seu artigo a necessidade de focar na prevenção dos problemas bucais da população idosa. Um estudo realizado nos 10 Estados americanos, com a maior participação de idosos, revelou que 5 desenvolviam programas para a população idosa. As atividades desenvolvidas eram direcionadas para os pacientes institucionalizados. O autor concluiu que o programa de odontologia pública tem demonstrado eficiência na melhoria da saúde bucal do paciente jovem, por meio de métodos de prevenção e promoção da saúde.

As ações de saúde bucal não devem constituir um modelo à parte, fatores comuns do indivíduo e do ambiente afetam o sistema estomatognático e vice-versa, o que torna o conhecimento dessas interações de extrema relevância para o diagnóstico das verdadeiras necessidades e prioridades do idoso, bem como para o delineamento de um plano de ação estratégico (Shinkai & Cury, 2000). Nesse sentido é responsabilidade do governo, profissionais da saúde e sociedade a criação de um modelo de atenção integral à saúde.

Um grupo tarefa de Serviços de Prevenção Norte-Americana e a Associação Americana do Coração recomendam que todos os provedores de cuidados primários à saúde ofereçam aos seus pacientes aconselhamentos para promover um estilo de vida ativo, uma dieta saudável e a interrupção de Hábitos como o fumo, como parte do exame de saúde preventiva (CDC, 1993).

A OMS também alerta que, se medidas de prevenção e de controle não forem tomadas, a incidência de câncer aumentará em 100% dentro dos próximos 20 anos. Isso ocorrerá principalmente em países em desenvolvimento, alguns dos quais ainda em luta para resolver problemas básicos de saúde, como as doenças infecto-parasitárias e desnutrição, e que, ademais, terão de enfrentar o câncer como primeira causa de morte.

A Organização das Nações Unidas (ONU), em 1982, promoveu a I Assembléia Mundial sobre o envelhecimento. A principal proposta da assembléia foi iniciar um fórum de discussão com duas propostas básicas: instituir um sistema de seguridade econômico-social e sistemas de proteção e prestação de serviço, com o objetivo de desenvolver um conceito positivo de envelhecimento (WHO, 1982).

A Federação Dentária Internacional (FDI) recomenda, para os países em desenvolvimento, a realização de programas preventivos e a distribuição de recursos, quando escassos, para a prevenção e a promoção, em lugar dos procedimentos restauradores tradicionais (FDI, 1993).

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde do Idoso apresenta “como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes independência funcional no meio em que vivem” (Brasil, 1999).

Assim, há necessidade de procurar conhecer e desenvolver todas as alternativas possíveis e adequadas não só para prevenir, como também para adiar o aparecimento das doenças crônicas e os conseqüentes agravos causados por

elas; incorporando não somente o controle das doenças, mas, e principalmente, o conceito de promoção da saúde (Brito & Litvoc, 2004).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (Kligerman, 2002), a mortalidade pôr doenças infecciosas, que era a mais importante em todo o país até a década de 50, atualmente representa apenas 4,8%. Desde a década 50, a mortalidade pôr doenças do aparelho circulatório passou a predominar. Em todo território nacional, esta última representou 27,6% de todas as causas de morte seguida de 12% por causas externas, em 1994.

Portanto a atuação de uma equipe interdisciplinar torna-se fundamental, na medida em que participa, analisa e integra conhecimentos específicos de diversas áreas com o objetivo comum de prevenir, manter e restabelecer a saúde do idoso (Jacob Filho & Sitta, 1996).

Como agravante, persiste e/ou aumenta a morbidade por doenças transmissíveis (dengue, cólera, AIDS e tuberculose), enquanto a violência expande-se com rapidez nos centros urbanos, elevando-se a mortalidade particularmente pôr homicídios entre jovens. A transição epidemiológica não se completa, mantendo-se diferente da ocorrida nos países industrializados e do que vem ocorrendo em outros países, também em processo de desenvolvimento (Frenk *et al.*, 1991; Araujo, 1992, citados por Rouquayrol & Almeida Filho, 1999).

O trânsito, a violência urbana, o predomínio de doenças crônicas não transmissíveis, o stress, hábitos alimentares não-saudáveis, sedentarismo, consumo de álcool e drogas lícitas e ilícitas e o isolamento do homem nas cidades são condicionantes diretamente associados às chamadas doenças da modernidade (Miguel, 2002).

O desafio que se apresenta é a elaboração de panoramas em que os avanços da ciência e da tecnologia permitirão ao ser humano alcançar esses limites de forma independente, não fragilizado, livre de diversas doenças e com uma expectativa de vida que o aproxime do limite biológico máximo (Veras, 2003).

## **2.2 A PROMOÇÃO DA SAÚDE E SUAS PERSPECTIVAS PARA A SAÚDE GERAL E PARA A SAÚDE BUCAL**

O sucesso alcançado no controle da cárie na população infantil e a conseqüente diminuição dessa demanda deve ser utilizada para o planejamento de ações para outros grupos e faixas etárias, dando atualmente especial atenção ao adulto e idoso. A organização do processo de trabalho deve seguir na direção da universalização da demanda e da assistência (Meneghim, 2003).

“A melhora nas condições de saúde bucal está fundamentalmente ligada aos valores a estas atribuídas pela população. A inclusão de hábitos de vida saudáveis requer uma postura ativa e consciente da população. *Para isso, é necessário que ela saiba para querer, e queira para pedir e fazer.* A informação e a orientação básica da população constituem os meios mais efetivos para alterar a autopercepção em relação aos aspectos de saúde, incluindo-se a saúde bucal. Trata-se de remover da população da terceira idade o estigma de naturalmente doente, imagem que o próprio indivíduo idoso tem de si, para que as necessidades de saúde sejam percebidas e alcançadas” (Shinkai & Cury, 2000).

Os profissionais de saúde bucal, principalmente aqueles dedicados à saúde coletiva, detêm a responsabilidade, e também a confiança da população, para formular e conduzir uma política adequada de saúde bucal (Freire, 2000). Junta-se a isto o fato de que a prevenção primária é o ideal tanto pelo lado biológico como pelo econômico (Schalka & Rodrigues, 1996).

Considerando-se que as enfermidades orais mais comuns são problemas importantes da saúde pública, foi realizada uma análise crítica sobre o que é saúde desde a sua definição permeando a responsabilidade profissional, sua promoção através da educação, levando em consideração o aspecto motivacional, quer seja, coletivamente ou individualmente. Este trabalho evidenciou a necessidade da preservação da saúde e do bem-estar, através da prevenção de doenças comuns como as que afligem a cavidade oral, utilizando o autocuidado instrumentado, neste trabalho, pela utilização do fio dental (Vianna, 1996).

O curso clínico das doenças transfundiu-se, equivocadamente, num modelo teórico que provocou o deslocamento curricular quase completo ao nível de prevenção terciária: a adaptação hegemônica das disciplinas curativo reparadoras suportando a *clínica* das doenças/seqüelas alojadas em um hospedeiro-paciente (Moysés, 1999).

Segundo Rego (1997) muitos freqüentam consultórios odontológicos ao longo da vida, gastando tempo, dinheiro, acumulando frustrações, como se isso fosse inevitável. Não o é. A odontologia atual, verdadeiramente moderna - aquela que cumpre sua verdadeira finalidade, enquanto profissão de saúde - coloca seus pacientes em um programa que lhes permite: 1) prevenir cáries e doenças periodontais; 2) preservar, em saúde, os dentes e os trabalhos realizados; 3) evitar que novos trabalhos tenham que ser executados periodicamente, libertando o paciente de uma jornada onerosa, angustiante e ineficaz.

Em um estudo sobre as condições de saúde bucal de adultos trabalhadores observou-se um grande número de perdas dentárias, evidenciando não apenas a história do ataque da doença, como também o tipo de atenção a que os pacientes conseguiram ter acesso, característica de serviços assistenciais mutiladores (Silva, 2000).

A atitude do profissional Cirurgião-Dentista em atuar de forma curativa, após a doença instalada, e não com uma postura preventiva, evitando que a doença apareça, formou através dos anos uma imagem de mutilador do profissional (Amorim, 1994).

Tanto que se poderia afirmar que no imaginário coletivo, em nossa sociedade, quando se fala de atenção à saúde, na verdade, significa atenção à doença. Quando se fala de reforma da saúde, na verdade é reforma dos serviços de atenção à doença (Serrano, 2004).

A prática odontológica curativa, voltada para a atenção da doença, faz com que os pacientes experimentem o desenvolvimento da doença e a perda do elemento dentário como fato inevitável ao longo de suas vidas e cria-se o mito

segundo o qual, só o caráter curativo tem valor para a saúde e para a qualidade de vida (Bernd *et al.*, 1992; Unfer & Saliba, 2000).

Os profissionais da saúde, principalmente os dedicados à atenção básica, precisam criar condições para que a população conscientize-se sobre os benefícios da prevenção e promoção e acabem com o mito segundo o qual só o caráter curativo contribui para a saúde.

Em um estudo sobre a eficácia de um Programa de Educação em Saúde Bucal, pautado na verificação da performance de higiene do paciente através do índice PHP (componente psicomotor) e de uma entrevista baseada num questionário elaborado para avaliar os conhecimentos sobre saúde bucal (componente cognitivo). Os resultados demonstraram que houve aumento da ordem de 16 por cento no nível de conhecimento sobre saúde, bem como redução de 0,63 (o que corresponde a 15,5 por cento) no índice médio de placa. Concluiu-se que os programas educativos promovem o aumento do conhecimento sobre Saúde Bucal e a redução do índice de placa e que, como é durante a infância que a criança vai incorporando em sua vida os hábitos de higiene e está numa fase propícia ao aprendizado, as pré-escolas são locais importantes para o desenvolvimento de Programas de Educação em Saúde Bucal (Aquilante *et al.*, 2003).

A principal demanda da clínica e da medicina preventiva sobre seu objeto, as patologias, são: como evitá-las (prevenção primária ou controle da incidência); como curá-las (prevenção secundária ou controle da duração, logo, da prevalência); e como abrandá-las (prevenção terciária ou controle de complicações adicionais). Assim, as doenças e suas causas, conseqüências e tratamento são o foco da clínica e da medicina preventiva. Nesta conjuntura, a saúde tem sido entendida, centralmente, como ausência de doença (Buss, 2003, p. 34).

Para a medicina e para a saúde pública clássica, todo o investimento é orientado para controlar a doença, ou vigiá-la, ou enfrentá-la e, com isso, neutralizar o seu caráter

essencialmente ameaçador. Desta perspectiva e neste contexto, sempre que a doença aparece como fato a ser noticiado, como componente de pesquisa, de publicidade, de política pública ou sob qualquer outro formato, ou é para barrá-la ou para tratá-la (Lefèvre & Lefèvre, 2004).

Está ocorrendo uma situação considerada um “paradoxo tecnológico”. Enquanto em todos os ramos da economia a incorporação de novas tecnologias vem diminuindo custos e aperfeiçoando produtos e serviços, na saúde, produtos e serviços ficam cada vez mais caros, sem que necessariamente melhore a qualidade do processo, ou seja, no caso saúde, a cura e a melhora real da qualidade de vida (Veras, 2003).

Em contrapartida, a promoção da saúde, tem seu foco na ‘saúde propriamente dita’, sugerindo abordagens – inclusive de fora do setor saúde – que visam a manter e aprimorar os níveis de saúde existentes (Buss, 2003, p. 34). Porém, se o que se ensina não estiver apoiado nos valores e práticas diárias as mensagens se enfraquecem (Freire, 1996).

Pompeu (1997), realizou um trabalho sobre a eficácia de um programa odontológico de motivação continuada para a promoção da saúde bucal, comparando-se grupo controle (15 pacientes) e grupo experimental (15 pacientes). Para uma avaliação objetiva, utilizou-se o índice de placa bacteriana de O’LEARY *et al.*, 1967. Compararam-se, também, os efeitos profiláticos da escovação orientada e do jateamento com pós de bicarbonato de sódio, bem como se avaliou o efeito do jateamento em um programa de motivação. Os achados mostraram que o programa de motivação continuada diminuiu significativamente o índice de placa nesta amostra.

Outro estudo sobre motivação teve como objetivo avaliar a eficácia de duas estratégias motivacionais em relação ao controle do biofilme dental e sangramento gengival em 135 escolares da rede estadual e municipal de ensino do município de Santa Tereza, RS, 1999. O programa de motivação a que os

escolares tinham acesso constou da utilização de diversos recursos aplicados em dois grupos de intervenção: Grupo A, motivação em sessão única, e Grupo B, motivação em quatro sessões. Para a avaliação da metodologia empregada foram realizados levantamentos do índice de placa visível (IPV) de Ainamo & Bay (1975), e do índice de sangramento gengival (ISG). Em ambos os grupos houve redução tanto do ISG quanto do IPV após as sessões de intervenção ( $p < 0,001$ ). Adicionalmente, quando comparados entre os grupos, o ISG, e mais marcadamente o IPV, apresentaram redução altamente significativa no grupo de intervenção B quando comparado a A ( $p < 0,001$ ). Em conclusão, os reforços motivacionais em programas educativo-preventivos atuam positivamente para a redução do biofilme dental e sangramento gengival (Toassi & Petry, 2002).

Os valores e representações são edificados cultural e socialmente; portanto, as estratégias ou dinâmicas que favoreçam a expressão coletiva podem ser ferramentas mais efetivas do que entrevistas individuais (Penteado, 1999).

*O papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde. Além de suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba, e respeite as peculiaridades culturais (...) Uma mudança de atitude e organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é. (Brasil, 1996).*

Em um estudo sobre a Odontologia no Programa Saúde da Família, no Rio de Janeiro, observou-se a diminuição significativa dos fatores de risco à cárie e à doença periodontal, assim como a redução das necessidades de tratamento em todo o grupo estudado. A citada estratégia baseou-se na promoção da saúde e o objetivo principal foi a incorporação de hábitos saudáveis que minimizassem a ocorrência das doenças da boca. Conclui-se que esta estratégia viabiliza o desenvolvimento de uma odontologia mais resolutiva e integral (Brant, 1995).

O diagnóstico e tratamento da doença sofreram grandes modificações nas últimas décadas. Uma delas foi a substituição da chamada “era da odontologia restauradora”, onde o diagnóstico e o tratamento eram baseados quase que exclusivamente na restauração da lesão, para uma odontologia que busca mover-se, cada vez mais, no sentido da promoção da saúde (Maltz & Carvalho, 1997; Opperman & Gomes, 1999).

E necessário que o cirurgião-dentista compreenda que a boca está inserida dentro de um todo orgânico e, como um profissional da área da saúde, além de preservar, aumentar e restituir a saúde bucal dos seus pacientes deve assumir responsabilidades mais abrangentes perante a coletividade e para com sua própria profissão, atuando de forma contundente na elaboração de projetos de alcance individual e/ou coletivo que contenham contribuições efetivas para minimizar os efeitos dos determinantes que costumam trazer agravo à saúde (Bordini, 1994).

No entanto, a visão curativa associada a procedimentos técnico-científicos parece ainda preponderar em detrimento da compreensão dos determinantes sociais de saúde-doença e do verdadeiro sentido da promoção da saúde (Freitas, 1993; Traebert, 1996).

A promoção da saúde pretende ser então uma resposta à complexidade do objeto saúde e constitui-se em um campo de prática que assinala as brechas do modelo hegemônico biomédico e coloca rupturas que permitem trabalhar o discurso de um novo modelo na saúde pública e de construí-lo. Pretende-se colocar um caminho para essa construção, dando um novo significado à promoção da saúde a partir das nossas realidades (Serrano, 2004).

Desta forma, promover saúde é conceito amplo que pretende repensar a sociedade dentro de uma percepção integrada. Permitindo que cada pessoa tenha maior conhecimento de si mesma, olhando integralmente o ambiente em suas dimensões sociais, culturais, econômicas, históricas e individuais (Miguel, 2002).

Segundo Green *et al.* (2000) há uma influência mútua entre comportamento e ambiente, justificando-se a atuação sobre ambos: "o ambiente é um fator que predispõe, capacita e reforça o comportamento individual e coletivo".

Promoção da saúde não é, apenas, um conjunto de procedimentos que informam e capacitam indivíduos e organizações ou que buscam controlar determinantes das condições de saúde de grupos populacionais específicos. Promover saúde é uma imposição das circunstâncias atuais que apontam para a necessidade imperiosa de novos caminhos éticos para a sociedade (Westphal, 2002).

Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer)). O controle de um número pequeno de fatores de risco, pode ter grande impacto em um número expressivo de doenças, e a um custo menor que abordagens para doenças específicas. Uma economia considerável pode ser feita por meio do trabalho coordenado (Brasil, 2004a; Sheiham & Moysés, 2000).

Um estudo sobre a associação entre atividade física e outros comportamentos relacionados à saúde em 11.631 adolescentes americanos, em dados coletados durante 1990 no Projeto *Youth Risk Behavior survey* indicou que o baixo coeficiente de atividade física foi associado com o uso de tabaco e maconha (Pate *et al.*, 1996).

Programas dirigidos para reduzir o tabagismo para o controle de doenças deveriam ser integrados, pois o tabagismo está associado a doenças cardíacas, respiratórias e câncer tanto quanto a doenças bucais (Moysés, 2004).

Toda doença que leve o paciente ao profissional da saúde oferece uma oportunidade para aconselhamento; não apenas no que se refere ao tratamento daquela doença específica, mas também no que concerne à manutenção da saúde potencial que resta ao paciente. A extensão deste aconselhamento ao resto

da família do paciente pode ter um efeito considerável na promoção e manutenção da saúde de um maior número de indivíduos (Leavell & Clark, 1976).

Segundo Patrick *et al.* (1997), foi criado nos Estados Unidos o Projeto PACE (Physician – Based Assessment and Counseling for Exercise), visando desenvolver, analisar e avaliar o aconselhamento dos médicos na prevenção primária, por meio da elaboração de protocolos estruturados de aconselhamento concretizado em curto espaço de tempo (3-5 minutos). O aconselhamento foi baseado nos “Estágios de Mudança” que têm como objetivo guiar os indivíduos de acordo com o estágio de comportamento em que se encontram.

Um estudo realizado no Brasil com 240 jovens (12-20 anos) com o objetivo de investigar atuação do dentista em relação ao hábito do tabagismo mostrou que apenas 8,6% dos entrevistados relataram que o dentista questionou sobre o hábito do tabagismo e 12,2% informou que recebeu alguma informação do dentista sobre o efeito maléfico do cigarro. Conclui-se que, de acordo com o relato dos adolescentes, a maioria dos dentistas não aborda os jovens com relação ao tabagismo, assim como não alerta para seus efeitos nocivos (Soares *et al.*, 2005).

Outro estudo foi realizado com dentistas, pediatras, médicos da família, cujo objetivo era o de verificar se os profissionais aconselhavam seus pacientes a não fumarem. Dos 674 questionários entregues, 443 foram devolvidos e analisados. Conclui-se que a maioria dos dentistas e médicos da família desconhecia o fato de seus pacientes fumarem e poucos dos profissionais citados aconselhavam seus pacientes a não fumar (Gregório, 1994).

As doenças podem ser prevenidas de acordo com os cinco níveis de prevenção propostos por Leavell & Clark. O 1º Nível – *Promoção da Saúde* – caracteriza-se por ser um nível onde são desenvolvidas atividades inespecíficas que visam o aumento da resistência do hospedeiro. No 2º Nível – *Proteção específica* – são realizadas atividades específicas contra a doença. O 3º Nível consiste no *Diagnóstico e Tratamento precoce da doença*. O 4º nível é responsável pela *Limitação do Dano* e o 5º Nível – *Reabilitação* (Leavell & Clark, 1976).

Na primeira etapa, ou nível de prevenção, o de promoção da saúde. “Procuramos criar as condições mais favoráveis possíveis para que um indivíduo esteja em condições de resistir ao ataque de uma doença ou grupo de doenças”. Neste nível, atuação profissional é inespecífica. Procuramos aumentar a resistência do indivíduo e colocá-lo num ambiente favorável à saúde. Medidas como um padrão de nutrição adequado, exercícios ao ar livre, moradia adequada, roupa limpa e adequada ao clima, condições agradáveis de trabalho, recreação, vida familiar, aconselhamento matrimonial e educação sexual, exames seletivos periódicos ajudam a tornar o ambiente mais desfavorável `a maioria das doenças (Leavell & Clark, 1976).

As atividades desenvolvidas no 1º e 2º níveis são atividades de *Prevenção Primária*; as desenvolvidas no 3º nível são atividades de *Prevenção Secundária* e as desenvolvidas nos 4º e 5º níveis são ações de *Prevenção Terciária* (Leavell & Clark, 1976).

Promoção da saúde é a ciência e arte de auxiliar as pessoas a modificar seus estilos de vida em direção a uma condição de saúde mais favorável, ou seja, a um equilíbrio entre saúde física, emocional, social, espiritual e intelectual. As mudanças no estilo de vida podem ser estimuladas pela combinação de esforços para aprimorar a percepção, mudar comportamentos e criar ambientes que propiciem boas práticas de saúde (O’ Donnel, 1989).

Um trabalho sobre o impacto produzido pela adoção de uma nova sistemática de atenção fundamentada no paradigma de promoção de saúde, em um sistema odontológico coletivo privado do Rio de Janeiro, entre os anos de 1998 e 2003. Através dos resultados obtidos, foi possível concluir que as mudanças paradigmáticas e da sistemática do atendimento impactaram, positivamente, na atenção odontológica oferecida, tendo dado ao sistema um maior potencial de controle da atividade das doenças, além de levar a uma diminuição na quantidade geral de procedimentos restauradores realizados e de influenciar na escolha do tipo de restauração a ser inserida. Foram detectadas,

também, importantes diminuições no quantitativo de cirurgias periodontais e de tratamentos endodônticos (Weyne, 2004).

Várias definições e modelos de promoção da saúde têm sido sugeridos. Entretanto, "grande quantidade de atividades classificadas como 'promoção da saúde' por seus praticantes não são compatíveis com a maioria das definições". Em geral restringem a um exclusivo ambiente, constituem intervenção isolada, focalizam apenas a conduta individual (Green *et al.*, 2000).

O tipo de serviço oferecido deve inter-relacionar-se com os hábitos e costumes, ou seja, com os valores sócio-culturais da coletividade. O conceito de cultura, quando perfeitamente compreendido e empregado, assim como as representações sociais de saúde e doença, auxiliam o profissional da área de saúde a adotar a visão da população, o que é básico para a compreensão das ações dos indivíduos face à questão saúde-doença. Não existindo esta compreensão, pode ocorrer que os valores e objetos que se referem à Saúde Pública não sejam enfocados do ponto de vista do seu valor de uso - a essência da coisa - e sim do ponto de vista do seu significado no código social. Por isso, muitos programas bem orientados e tecnicamente meritórios, elaborados para resolver importantes dificuldades sanitárias, fracassaram por falta de aceitação popular e ausência de participação das coletividades (Tommasi & Garrafa, 1980).

Em uma revisão da literatura sobre programas educativos aplicados com o intuito de prevenir as doenças cárie e periodontal, pode-se constatar que os programas analisados, utilizando diferentes métodos educativos, apresentaram resultados positivos, tanto no que diz respeito ao comportamento quanto ao conhecimento odontológico dos indivíduos. A orientação direta mostrou-se mais efetiva na educação de adultos; ao passo que a indireta foi mais adequada para as crianças. Verificou-se também que antes da elaboração de programas educativos deve-se avaliar o nível de conhecimento odontológico do público-alvo, para que tais programas sejam adequados às reais necessidades da população a ser educada (Mastrantonio & Garcia, 2002).

Novas avaliações com dados coletados em estudos anteriores, através de análises estatísticas e *softwares* mais atuais, foram realizadas por alguns autores. Os mesmos observaram que a idade e a classe social são bons indicadores da experiência de cárie, e nesse contexto uma escovação regular com creme dental fluoretado, duas vezes ao dia, poderia ter maior impacto no controle da cárie do que a restrição do açúcar (Grande, 2002).

Uma noção básica da promoção da saúde é a de “*empowerment*” ou seja, fortalecimento individual e coletivo dos indivíduos para promover a participação da comunidade na assimilação de seus problemas e na busca de soluções (Candeias, 1997).

Colocar a noção de “*empowerment*” em prática não se efetiva, apenas pela difusão da informação, mas é conquistado por indivíduos e comunidades ao capacitarem a si próprios para entender as suas necessidades. Neste sentido, requer competência e sensibilidade do educador (Azevedo, 1999).

As estratégias e atividades de promoção da saúde dirigidas aos indivíduos e famílias almejam exercer influência sobre os componentes comportamentais e culturais e os hábitos presentes no *estilo de vida* que sejam sabidamente nocivos, assim como incitar aqueles que reconhecidamente coalboram para a manutenção da saúde e da qualidade de vida (Ferreira & Buss, 2002).

“No dia-a-dia de nossas cidades e nas zonas rurais, muitas imagens expressam o quanto desigualdades sociais humilham, degradam e fazem sofrer milhões de pessoas. São imagens cruéis, expressão e símbolo da chaga da exclusão social. Muitas dessas imagens são do corpo humano, dentre elas imagens de bocas e dentes” (Brasil, 2004c).

Em um país de dimensão continental e com tantas diversidades como é o caso do Brasil, é preciso fazer uso de uma pedagogia não normativa e dialogal do tipo da proposta por Paulo Freire (1972), que possa propiciar oportunidades de encontro e de troca entre o campo sanitário e o campo do senso comum e de fortalecimento do senso comum (associações de pacientes, conselhos

comunitários de saúde, etc.). Conforme Labonte (1998), uma abordagem não coercitiva e dialogal associada a uma pedagogia de solução de problema na qual ambos, o profissional da saúde, o indivíduo e os grupos comunitários apresentam diferentes e significantes maneiras de entender saúde e seus determinantes (...) (Lefèvre & Lefèvre, 2004).

Por mais abrangentes que sejam as atividades de promoção da saúde, focalizar os indivíduos e as famílias – embora reconhecidamente necessários, na realidade, imprescindível (Buss, 2001) – são insuficientes para que, de fato, se promova a saúde. Para que isto ocorra é sucinto que se atue nos determinantes sócio-culturais, políticos e econômicos mais amplos que influenciam o processo saúde-doença, isto é, sobre as *condições de vida*, enfrentando os componentes nocivos destas esferas e estimulando os que sabidamente promovem a saúde (Ferreira & Buss, 2002).

“A promoção da saúde seria então como uma reação “positiva” a este costume “negativo” de conceber a saúde: a visão “positiva” apontaria para uma percepção ampliada, integrada, complexa, intersetorial, relacionando saúde a meio ambiente, ao modo de produção, ao estilo de vida, etc” (Lefèvre & Lefèvre, 2004, p.27).

A realidade pessoal de cada um, o estilo de vida, as crenças, valores, anseios, como se organizam na comunidade, como resolvem os problemas individuais e coletivos, como adoecem, como tratam a doença, como usam o corpo, qual o conceito de qualidade de vida, expectativa de ter doença ou saúde são fundamentais para conhecermos o nosso paciente e então ajudá-lo nas suas necessidades de saúde (manutenção ou busca). Para conseguirmos que os pacientes aprendam como manter a saúde não basta explicarmos bem as causas das doenças, como evitá-las e determinarmos que aprendam. É imperioso criar a vontade de aprender, despertar a sua atenção, criar nele o legítimo interesse que desencadeie a ação, estimular seu desejo de conquistar os resultados visados, criar e ampliar condições internas favoráveis à aprendizagem, as quais, se conseguidas, fazem com que esta aprendizagem torne-se um prazer e os

indivíduos a ela dediquem o melhor de seu tempo e de seu esforço. O trabalho de motivação e educação de pacientes deve pautar-se pelo entusiasmo, pois o que se faz com crença, entusiasmo e prazer têm a força de contagiar as pessoas (Petry & Pretto, 1999).

É imprescindível, superar a relação unívoca e autoritária normalmente presente nos programas de saúde; a população é reduzida a mero objeto de serviços, sem expectativa ou vontade própria. A educação em saúde bucal tem sido uma via de mão única, do profissional para a população em geral (Botazzo, 1986; Carvalho, 1998).

Estudo, na década de 80, sobre o perfil da saúde bucal de operários na faixa etária de 20 a 49 anos indica que 2/3 dos dentes estão perdidos entre 40 e 49 anos de idade (Costa e Marcos, 1990).

A Promoção da Saúde representa, hoje, uma possibilidade real para melhoria da saúde de toda a população, cujo embasamento teórico é centrado no entendimento amplo do processo saúde-doença e seus determinantes, em articulação com o planejamento estratégico (Moysés & Rodrigues, 2004). “Nessa visão, a diminuição de doenças bucais pode depender especialmente de ações e serviços de Promoção da Saúde. Não depreciando aos serviços dentários em dizer que eles têm menos efeito em saúde bucal que fatores socioeconômicos e ações educativo-preventivas amplas” (Moysés, 2004).

Para instituir uma positiva relação paciente-profissional na promoção da saúde bucal é de vital importância que os profissionais possuam conhecimentos básicos de psicologia, buscando sensibilizar o seu paciente e obter, assim, a sua colaboração no tratamento e manutenção da saúde bucal (Vasconcellos *et al.*, 2000).

Para compreender a promoção da saúde como transformação de paradigma é preciso também enfrentar um discurso que admita distinguir Promoção da Saúde de Prevenção da Doença, já que a prevenção está ainda integrada ao antigo paradigma (Lefèvre & Lefèvre, 2004, p.34).

Czeresnia (2003, p. 45) expressa, de acordo com dados da literatura, as diferenças entre promoção e prevenção:

“Promover” tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar (Ferreira, 1986). Promoção da saúde define-se, de maneira tradicional, bem mais ampla que prevenção, pois se refere a medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais” (Leavell & Clarck, 1976). As estratégias de promoção destacam a transformação das condições de vida, trabalho e de lazer que adaptam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersectorial (Terris, 1990).

A promoção da saúde busca modificar estilo e condições de vida para que sejam dignas e adequadas; aponta para a modificação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde; e orienta-se ao conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde e a melhoria das condições de bem-estar (Franco et al. citado por Gutierrez et al., 1997). Já a prevenção, diferente da promoção, orienta-se mais às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de riscos de grupos de doenças ou de uma doença específica; seu foco é a doença e os mecanismos para atacá-la mediante o impacto sobre os fatores mais reservados que a causam ou aceleram (Buss, 2003, p. 33).

Para a prevenção, evitar a enfermidade é o objetivo final e, portanto, a ausência de doenças seria um objetivo satisfatório. Para a promoção da saúde, o objetivo consecutivo é um nível excelente de vida e de saúde; portanto, a ausência de doenças não é aceitável, já que perante qualquer nível de saúde apontado em um indivíduo sempre haverá algo a ser feito para promover um nível de saúde melhor e condições de vida mais satisfatórias (Gutierrez *et al.* 1997, citado por Buss, 2003, p.33).

A promoção, de maneira diferente, para se distinguir da prevenção, caracterizaria uma intervenção ou conjunto de intervenções que, diferentemente da prevenção, teria como finalidade ou meta ideal a abolição permanente, ou pelo

menos duradoura, da doença porque buscaria alcançar suas causas básicas, e não apenas impedir que as doenças se manifestem nos indivíduos e/ou comunidades (Lefèvre & Lefèvre, 2004, p.37).

Segundo Guimarães (2002) “o enfoque da Promoção é sempre a saúde, já a Prevenção incidi sobre a doença. A Prevenção da doença apresenta o objetivo de manter o *Status quo*, intervindo neste processo de tal forma que a mesma paralise ou regreda, diminuindo as conseqüências desse estado. Entretanto, apesar da Promoção da Saúde e a Prevenção da Doença serem atividade com objetivos distintos, ambos são complementares e não excludentes, sobrepõe-se em diversas situações e circunstâncias”.

No Brasil, a “implantação da atenção básica, tendo o programa de saúde da família como estratégia estruturante da rede de serviços ... e que contemple os aspectos da promoção da resolução da grande maioria dos problemas de saúde da população” (Brasil, 2002b). Uma grande oportunidade para essa reorientação dos serviços (Serrano, 2004)

“Nós fizemos a reforma sanitária que criou o SUS, mas o núcleo dele, desumanizado, medicalizado, está errado. Temos de entrar no coração desse modelo e mudar. Qual fundamento? Primeiro é a promoção da saúde e não da doença. O SUS tem que, em primeiro lugar, perguntar o que está acontecendo no cotidiano e na vida das pessoas e como eu posso interferir para torná-la mais saudável” (Serrano, 2004 Citando Arouca, 1975).

Um estudo sobre a avaliação da conduta preventiva em relação à saúde bucal exercida por médicos pediatras da cidade de São José dos Campos – SP mostrou que a freqüência das orientações foi baixa. Conclui-se ser necessário um esforço maior dos profissionais, médicos e dentistas, para promover a melhoria da saúde bucal dos pacientes (Schalka & Rodrigues, 1996).

A baixa resolutividade do modelo em curso, a precariedade dos serviços ambulatoriais, a escassez dos serviços domiciliares, a falta de instâncias intermediárias (como os hospitais – dia e centros de convivência), fazem com que o primeiro atendimento ocorra em estágio avançado, dentro do hospital, o que não

só aumenta os custos como diminui as chances de um prognóstico favorável (Mendes, 2001).

Um estudo sobre a saúde periodontal, na faixa etária acima de 60 anos, constatou que cerca de 43,3% das pessoas entrevistadas não tinham nenhuma noção sobre o assunto e 79,8% não tinham conhecimento sobre placa bacteriana (Pereira *et al.*, 1996).

Em outro estudo realizado por Pereira *et al.* (1999), constatou-se que a maior parte da população idosa é desprovida de programas odontológicos que possam oferecer cuidados básicos preventivos. Os autores chamam a atenção dos cirurgiões dentistas para tomarem conhecimento dessa situação e promover a saúde desses pacientes ao invés de apenas tratá-los.

O profissional de saúde deve ser capaz de perceber a multicausalidade dos processos mórbidos, sejam físicos, mentais ou sociais, tanto individuais, quanto coletivos, contextualizando, sempre, o indivíduo em seu ambiente. Deve estar voltado à criação de novos valores, trabalhando mais a saúde do que a doença (Silvestre & Costa Neto, 2003).

Souza *et al.* (2001) procuraram evidenciar, em um grupo de idosos, a necessidade e a viabilidade de promoção da saúde bucal. Foi desenvolvido um programa que trabalhava melhorando a auto-estima do paciente e com materiais de higienização adequados. Constatou-se que estas medidas trouxeram resultados satisfatórios, seja pelo fator estético ou funcional, sobre a necessidade de manutenção dos dentes.

Deve ficar claro que a promoção da saúde não deve ser mais um nível de atenção, nem deve satisfazer a ações que acontecem anteriormente à prevenção. Com esta compreensão não deve se constituir como mais um programa, mais uma estrutura organizacional. Ao contrário, se compõe de estratégias que se movem transversalmente em todas as políticas, programas e ações do setor saúde, numa tentativa de trazer o olhar, a perspectiva da saúde e do desafio do construir a integralidade em toda a sua complexidade e singularidade social e individual (Brasil, 2002a).

## **2.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE - REFERENCIAL TEÓRICO**

No início século XX, parecia que os avanços na área da saúde seriam satisfatórios para proporcionar saúde para todos. Porém, a partir da segunda metade, o modelo biomédico de tratar e prevenir doenças começou a ser com seriedade questionado. Mackeown foi um dos mais importantes críticos deste modelo (Moysés & Watt, 2000).

As recomendações do relatório Flexner, publicado em 1910, se expressa por meio de um conjunto de informações, a saber: o mecanicismo; o biologismo; o individualismo; a especialização; a tecnificação e o curativismo. O citado relatório tem conduzido o ensino médico e as práticas dos serviços de saúde desde a sua publicação. O caráter biológico das doenças e de suas causas e conseqüências; a instituição do objeto individual da saúde e a alienação dos indivíduos, excluindo os aspectos sociais de sua vida ; a especialização, com suas dimensões ideológica e econômica; a tecnificação do ato médico e a ênfase nos aspectos curativos foram o resultado da aplicação, pode-se até dizer, deformada das propostas de Flexner sobre os aparelhos de saúde contemporâneos (Ferreira & Buss, 2002).

Segundo Buss (2003), citando Mckeown, Record & Turner (1974) as melhorias no padrão de nutrição e no saneamento (aspectos relativos ao meio ambiente) e as modificações na conduta da reprodução humana, sobretudo o número de filhos por família, foram os fatores responsáveis pela diminuição da mortalidade na Inglaterra e no País de Gales no século XIX e na primeira metade do século XX. As intervenções médicas eficazes, como as imunizações e a antibioticoterapia, apresentaram influência tardia e de menor importância relativa.

A Expressão “promoção da saúde” foi empregada por Sigerist (1945), quando definiu quatro tarefas fundamentais para a medicina: a promoção da saúde; a prevenção da doença; a recuperação do doente e a reabilitação (Mendes, 1996). Afirmou ainda que: “a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de diversão e descanso”, o que dependia de um esforço coordenado dos políticos, dos setores de trabalho e industrial, dos educadores e dos médicos.

Leavell & Clark, em 1965, desenvolveram o modelo conhecido como o da história natural da doença e seus três níveis de prevenção: Prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. A promoção da saúde estaria vinculada à prevenção primária e estaria voltada à medidas adotadas que não se dirigem a determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar-gerais. As atividades para a promoção da saúde incluiriam um bom padrão de nutrição, o atendimento às necessidades ótimas de personalidade, moradia, lazer e trabalho adequados, educação sexual, exames periódicos e aconselhamento profissional – paciente - familiares.

Em 1974, Marc Lalonde (Ministro da Saúde do Canadá) estabeleceu o conceito de “campo da saúde” afirmando que uma concepção global da saúde localiza-se sobre os quatro elementos principais: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da atenção à saúde. Ele argumentou que as principais causas de morte e doenças não são biológicas, mas relacionadas ao meio ambiente e ao estilo de vida (comportamento dos indivíduos)

Lalonde (1974) publicou o famoso documento “A new perspective on the health of Canadians”, também conhecido como *Informe Lalonde, por ocasião da reforma do sistema de saúde daquele país.*

O Informe Lalonde questionou:

1. A utilização tecnológica surgida no campo da medicina desvinculada de outras orientações e determinações relacionadas à saúde enquanto estratégia de Saúde Pública.
2. A aplicação da análise de custo benefício das práticas voltadas exclusivamente à organização de redes de serviços assistenciais.

O informe Lalonde deixou clara a orientação dos gastos em saúde: “Até agora quase todos os esforços feitos pela coletividade para aprimorar a saúde e a maioria dos gastos diretos em saúde têm se situado na organização dos serviços

de atenção sanitária. No entanto, quando identificamos as principais causas atuais de enfermidades e morte no Canadá, vemos que estão centradas nos três elementos do conceito: biologia humana, meio ambiente e estilos de vida. Portanto, é evidente que estão gastando grandes somas no tratamento de enfermidades que poderiam ter sido evitadas” (Lalonde, 1996).

O citado informe estabeleceu as bases para importantes movimentos de convergência na conformação de um novo paradigma formalizado na **Conferência mundial de Alma-Ata (anexo 5)** com a proposta de “Saúde Para Todos no Ano 2000” e “a estratégia de Atenção Primária à Saúde” desencadeando uma série de outras conferências sobre cuidados primários em saúde.

**A Declaração de Alma-Ata** reafirma que (Brasil, 2001a):

“a saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Reafirma, também, que a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial, sendo direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e no cumprimento de seus cuidados de saúde”

Tomando-se apenas alguns trechos da Declaração de Alma-Ata é possível demonstrar como a mesma foi suficientemente clara ao indicar (WHO, 1978):

1. A promoção e proteção da saúde da população é indispensável para o desenvolvimento econômico e social sustentado e contribui para melhorar a qualidade de vida e alcançar a paz mundial;
2. A conquista do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde;
3. A população tem o direito e o dever de participar individual e coletivamente na planificação e aplicação das ações de saúde;

- 4.1 A atenção primária de saúde é, ao mesmo tempo, um reflexo e consequência das condições econômicas e características sócio culturais e políticas do país e de suas comunidades;
- 4.2 Compreende, pelo menos, as seguintes áreas: a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes; a promoção da aptidão de alimentos e de uma nutrição apropriada; um abastecimento adequado de água potável e saneamento básico; a assistência materno-infantil, com inclusão da planificação familiar; a imunização contra as principais enfermidades infecciosas; a prevenção e luta contra enfermidades endêmicas locais; o tratamento apropriado das enfermidades e traumatismos comuns; e a disponibilidade de medicamentos essenciais;
- 4.3 Inclui a participação, ademais do setor saúde, de todos os setores e campos de atividade conexas do desenvolvimento nacional e comunitário, em particular o agropecuário, a alimentação, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros, exigindo os esforços coordenados de todos estes setores;
- 4.4 Exige e fomenta, em grau máximo, a auto-responsabilidade e a participação da comunidade e do indivíduo na planificação, organização, funcionamento e controle da atenção primária de saúde.

Continuando a identificação do referencial histórico da promoção da saúde, foi planejada a **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (anexo 6)**, realizada em Ottawa, em novembro de 1986, em colaboração com a Organização Mundial da Saúde e a Associação Canadense de Saúde Pública.

Em seu relatório final, a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde destacou que “para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente” (Brasil, 2001a).

Vão além das idéias de estilo de vida saudável para incluir determinadas condições e recursos considerados como pré-requisitos para o incremento das condições de saúde da população, que são: “paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e eqüidade” (Terris, 1996).

Desta Conferência resultou a Carta de Ottawa, documento subscrito por 38 países, que colocou a saúde como produto social e como fonte de riqueza de um viver cotidiano e reforçou a importância da ação comunitária no controle do próprio destino (Mendes, 1996).

A Carta de Ottawa, marco de referência principal da promoção da saúde, definiu Promoção da saúde como: “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e transformar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que realça os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade particular do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (Brasil, 2001a).

Essa Declaração reconheceu que os pré-requisitos, condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e eqüidade. E o incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos.

A Carta de Ottawa declara que a promoção da saúde é destacada como defesa da causa da saúde, seja no plano individual ou coletivo: “A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. As ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis”.

Esta conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, e ela indicou cinco campos de ação para a Promoção da Saúde (Brasil, 2001a):

- elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis
- criação de ambientes favoráveis à saúde
- reforço da ação comunitária
- desenvolvimento das habilidades pessoais
- reorientação dos sistemas e serviços de saúde

O documento deixa claro os significados dos campos de ações da promoção da Saúde (Brasil, 2001a):

As “políticas públicas saudáveis” coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as consequências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde. A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde, é uma ação coordenada que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. O objetivo maior deve ser indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais fáceis de realizar.

A “criação de ambientes favoráveis” constituem a base para uma abordagem sócio ecológica da saúde. Nossas sociedades são complexas e inter-relacionadas. Assim, a saúde não pode estar separada de outras metas e objetivos. Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a

saúde. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas. A conservação dos recursos naturais do mundo deveria ser enfatizada como uma responsabilidade global e devem fazer parte de qualquer estratégia de promoção da saúde.

O “reforço da ação comunitária” tem como centro deste processo o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino, visando a melhoria das condições de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, bem como adequado apoio financeiro. Pode-se caracterizar uma situação muito próxima da que hoje os canadenses chamam como o “empoderamento” (empowerment) da sociedade.

O “desenvolvimento de habilidades pessoal e social” através da capacitação das pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem ser realizadas por intermédio de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, e pelas instituições governamentais. Aumentando, assim as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente, bem como fazer opções voltadas a uma saúde melhor.

A “reorientação dos serviços de saúde” no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde. O papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. A reorientação dos serviços de saúde também requer um esforço maior de pesquisa em saúde, bem como mudanças e adequações na educação e no ensino dos profissionais da área de saúde. Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é.

A Conferência conclama a OMS e outras organizações internacionais para a defesa da promoção da saúde em todos os fóruns apropriados e para o apoio aos países no estabelecimento de estratégias e programas para a promoção da saúde.

**A segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (anexo 7)** aconteceu em Adelaide (Austrália) em abril de 1988, tendo como tema central as “políticas públicas saudáveis” e ressalta que o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis é tão importante no nível local quanto no nível nacional. A ação comunitária é destacada como um questão central da promoção de políticas saudáveis.

A declaração de Adelaide foi elaborada por representantes de quarenta e dois países e concebe essencialmente a saúde como fator agregador no direcionamento de ações dos outros setores da sociedade. A questão da intersetorialidade é considerada prioridade. Reconhece-se, porém, a necessidade de construção de novas alianças na busca de promover o desenvolvimento das ações de saúde (Rocha, 2001).

A mesma Carta reitera que Políticas públicas saudáveis demandam fortes defensores que coloquem a saúde no topo da agenda dos políticos e dirigentes públicos. Além disso, são necessários eventos que permitam troca de experiências nos níveis local, nacional ou internacional.

A Conferência identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis (Brasil, 2001a):

- Apoio à saúde da mulher
- Alimentação e nutrição
- Tabaco e álcool
- Criando ambientes saudáveis

A Conferência de Adelaide reafirmou as cinco linhas de ação da Carta de Ottawa, consideradas interdependentes, mas destacou que as políticas públicas saudáveis estabelecem o ambiente para que as outras quatro possam tornar-se possíveis. Ressalta, ainda, que as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas

desigualdades existentes na sociedade. Para superar as desigualdades existentes entre as pessoas em desvantagem social e educacional e as mais abastadas, requer-se políticas que busquem incrementar o acesso daquelas pessoas a bens e serviços promotores de saúde e criar ambientes favoráveis. A igualdade no acesso aos serviços de saúde, particularmente quanto aos cuidados primários, é um aspecto vital da equidade em saúde.

**A terceira conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (anexo 8)** realizada em junho de 1991, em Sundvall (Suécia), teve como tema central ambientes favoráveis e promotores de saúde (Brasil, 2001a).

Nessa conferência estiveram presentes 81 países, que prosseguiram debatendo a necessidade da participação tanto individual quanto coletiva. Denunciou, também, o reflexo social sobre a saúde mundial da população, mas deixou claro que as estratégias para a ação em saúde pública fundamentam-se no pressuposto de que “aumentar o poder de decisão das pessoas e participação comunitária são fatores essenciais num processo democrático de promoção da saúde e força motriz para auto-confiança e o desenvolvimento” (Rocha, 2001).

A citada Conferência conclamou que um ambiente favorável é de soberana importância para a saúde e reconheceu que todos têm um papel na concepção de ambientes favoráveis e promotores de saúde. Ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis. Atingir estas duas metas deve ser o objetivo central ao se estabelecer prioridades para o desenvolvimento e deve ter prioridade no gerenciamento diário das políticas governamentais.

A terceira Conferência chama a atenção, também, para a necessidade de ações urgentes para se alcançar uma maior justiça social em saúde. Milhões de pessoas estão vivendo em extrema pobreza e privação. O rápido crescimento populacional é a maior ameaça ao desenvolvimento sustentável. Além disso, as migrações das áreas rurais para o setor urbano aumentam de maneira drástica o número de pessoas vivendo em favelas, com os problemas decorrentes - o que inclui falta de água potável, saneamento básico, alimentação adequada, abrigo e acesso

inadequado aos cuidados básicos de saúde. A solução destes enormes problemas estão além de um sistema de saúde nos padrões tradicionais.

A Conferência sublinha quatro aspectos para um ambiente favorável e promotor de saúde (Brasil, 2001a):

1. A dimensão social, que inclui as maneiras pela quais normas, costumes e processos sociais afetam a saúde;
2. A dimensão política, que requer dos governos a garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades e requer o compromisso com os direitos humanos, com a paz e com a realocação de recursos oriundos da corrida armamentista;
3. A dimensão econômica, que requer o reescalonamento dos recursos para a saúde e o desenvolvimento sustentável;
4. A necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive os setores político e econômico, para que se possa desenvolver uma infra-estrutura mais positiva para ambientes favoráveis à saúde.

A Conferência reconhece, ainda, que a educação é um direito humano fundamental e um elemento-chave para realizar as mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias para tornar a saúde possível para todos, devendo ser acessível durante toda a vida e baseada nos princípios da igualdade.

Conclui, também, que os temas de saúde, ambiente e desenvolvimento humano não podem estar separados. Desenvolvimento implica na melhoria da qualidade de vida e saúde, ao mesmo tempo que na preservação da sustentabilidade do meio ambiente.

No período de 1992 a 1996 não se realizaram Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, continuando porém a acontecer Conferências, eventos e encontros regionais, como a conferência sobre promoção da saúde realizada em

Santa Fé de Bogotá , Colômbia, no ano de 1992, **denominada Declaração de Santa Fé de Bogotá – Promoção da saúde e igualdade (anexo 9).**

Esta Conferência tratou da promoção da saúde na América Latina e afirma que esta busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito essencial do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento. A região, marcada pela iniquidade, enfrenta a deterioração das condições de vida da maioria da população, junto com um aumento de riscos para a saúde e uma redução de recursos para enfrentá-los. Portanto, o desafio da promoção da saúde na América Latina consiste em transformar essas relações, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, bem como trabalhar pela solidariedade e equidade social, condições imprescindível para a saúde e o desenvolvimento (Brasil, 2001a).

Enfocou também, que o papel que corresponde à promoção da saúde consiste não só em identificar os fatores que favorecem a iniquidade e propor ações que diminuam seus efeitos, mas também em atuar como um agente de mudança que induza transformações radicais nas atitudes e comportamentos da população e seus dirigentes, origem destas calamidades.

**A quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde (anexo 10)** foi realizada em Jacarta (Indonésia) em julho de 1997 com o tema Promoção da Saúde no século XXI.

A Conferência de Jacarta afirmou que a saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico, sendo a promoção da saúde elemento basilar para o desenvolvimento da saúde. Foi a primeira a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Ela ofereceu ocasião para refletir o que se aprendeu sobre a promoção da saúde, para reexaminar os determinantes da saúde e para identificar as direções e as estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI (Brasil, 2001a).

A citada Conferência alertou para as tendências demográficas tais como a urbanização, o aumento no número de pessoas idosas e a prevalência de doenças

crônicas, um comportamento mais sedentário, resistência a antibióticos e a outros medicamentos disponíveis, maior uso abusivo de drogas e a violência civil e doméstica ameaçando a saúde e o bem-estar. É de capital importância que a promoção da saúde evolua para fazer frente aos determinantes da saúde.

Nesse contexto, a pobreza é, acima de tudo, a maior ameaça à saúde. Os pré-requisitos para a saúde são: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade.

A Declaração de Jacarta estabeleceu também cinco prioridades para a promoção da saúde no século XXI (Brasil, 2001a):

1. Promover a responsabilidade social para com a saúde;
2. Aumentar os investimentos para fomentar a saúde;
3. Consolidar e expandir parcerias em prol da saúde;
4. Aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo;
5. Conseguir uma infra-estrutura para a promoção da saúde.

A Conferência de Jacarta deu especial atenção à prática de atividade física. E acataram a recomendação atual proposta pelo Centro de Controle e prevenção de Doenças dos Estados Unidos e colégio Americano de Medicina Esportiva: “Todos os adultos deveriam acumular trinta minutos ou mais de atividade física com uma intensidade moderada, preferivelmente todos os dias, como também reconheceram a importância da manutenção da força muscular e da flexibilidade para a promoção da saúde pública” (Pate *et al.*, 1995).

Prosseguindo à evolução histórica temos em Genebra (Suíça), em março de 1998, a **Rede de Mega-países para a Promoção da Saúde (anexo 11)**, da Organização Mundial da Saúde. Essa Rede nasceu do reconhecimento da necessidade e do potencial para possibilitar um maior impacto na saúde mundial, por meio da formação de uma aliança entre os países mais populosos.

Até o ano 2000, 11 países terão uma população de 100 milhões ou mais. Juntos, estes mega-países atingem 60% da população do mundo: Bangladesh, Brasil, China, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Federação Russa e Estados Unidos da América. Esta diversidade de países engloba todos os níveis de desenvolvimento, experienciando diferentes estágios nos atuais padrões de morbidade e de mortalidade (Brasil, 2001a).

Reforçaram que, trabalhando juntos, os mega-países podem se constituir em voz poderosa na agenda mundial de políticas de promoção da saúde e para fortalecer a capacidade de promoção da saúde global e nacional, a Rede tem cinco metas (Brasil, 2001a):

1. Melhorar a base de informações concernentes à promoção da saúde, compartilhando políticas de promoção da saúde e programas exitosos, bem como pesquisas e avaliações;
2. Desenvolver a saúde promovendo estratégias em quatro áreas:
  - Estilos de vida saudáveis;
  - Curso de vida saudável;
  - Preservação do meio ambiente;
  - Preservação de assentamentos.
3. Mobilizar os recursos existentes, redistribuídos, bem como recursos diversos de fontes não-tradicionais, visando aumentar a condição da saúde como uma prioridade nacional;
4. Aumentar a colaboração intersetorial por meio de agências governamentais e não-governamentais, pelos setores públicos e privados, objetivando melhorar a saúde;
5. Direcionar as questões comuns aos mega -países, tais como: redistribuição de recursos nas grandes burocracias, construir competências com parceiros nacionais, alcançar grandes populações por meio da mídia - usando tecnologia para prover educação a distância e treinamentos.

**A quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (anexo 12)** ocorreu na Cidade do México (México), em junho de 2000. Os ministros da Saúde que assinaram esta declaração fizeram algumas observações (Brasil, 2001a):

1. Reconheceram que a consecução do nível de saúde mais alto possível é um elemento positivo para o aproveitamento da vida e necessário para o desenvolvimento social, econômico e a equidade.
2. Reconheceram que a promoção da saúde e do desenvolvimento social é um dever e responsabilidade central dos governos, compartilhada por todos os setores da sociedade.
3. Estavam conscientes de que, nos últimos anos, através dos esforços sustentados dos governos e sociedades em conjunto, houve uma melhoria significativa da saúde e progresso na provisão de serviços de saúde em muitos países do mundo.
4. Constataram que, apesar desse progresso, ainda persistem muitos problemas de saúde que prejudicam o desenvolvimento social e econômico e que, portanto, devem ser urgentemente resolvidos para promover uma situação mais equitativa em termos de saúde.
5. Estavam conscientes de que, ao mesmo tempo, doenças novas e re-emergentes ameaçam o progresso registrado na área da saúde.
6. Constataram a necessidade urgente de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, sendo preciso fortalecer os mecanismos de colaboração para a promoção da saúde em todos os setores e níveis da sociedade.
7. Concluíram que a promoção da saúde deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países na busca de equidade e melhor saúde para todos.
8. Constataram as amplas indicações de que as estratégias de promoção da saúde são eficazes.

### **A sexta Conferência Internacional de Promoção da Saúde ( anexo 13)**

aconteceu em Bangkok (Tailândia) em agosto deste ano, 2005. Teve como tema central “Políticas e Parcerias para a ação objetivando os determinantes da saúde em um mundo globalizado”.

Os propósitos da referida Conferência foram (WHO, 2005):

- situar a saúde no centro do desenvolvimento global, nacional e local;
- Complementar e reafirmar os valores, princípios, estratégias de ação sobre promoção da saúde estabelecidas na Carta de Ottawa e outras Conferências anteriores, confirmadas pelos Estados Membros através da Assembléia Mundial de saúde.

Pessoas, grupos e organizações devem ser mobilizados, incluindo:

- Governos e políticos em todos os níveis;
- Sociedade civil;
- Setor privado;
- Organizações internacionais;
- Comunidade da saúde pública.

A Conferência de Bangkok apontou também para os determinantes da saúde, no novo contexto global, e estabelece alguns fatores críticos que influenciam a saúde, dentre eles incluem (WHO, 2005):

- aumento das desigualdades dentro e entre países;
- novos padrões de consumo, comunicação e comercialização;
- mudanças no meio ambiente global;
- urbanização;
- outras mudanças rápidas e adversas nas áreas social, econômica e demográfica, que afetam condições de trabalho, o ambiente e a cultura das comunidades;
- Homens e mulheres são afetados diferentemente. A vulnerabilidade das crianças, marginalizados, portadores de deficiência e indígenas aumentou.

## **2.4 PROMOÇÃO DA SAÚDE E O SUS NO BRASIL - Evolução histórica**

Até a década de 80, as políticas sociais no Brasil foram classificadas como *residuais* (por não abrangerem toda a comunidade nacional como objetivo da proteção social) e *meritocrático-corporativas* (porque a definição dos direitos sociais ficou restrita aos indivíduos que contribuíam para a Previdência Social) (Draibe, 1988).

Destacamos, em 1974, a Lei nº 6.050 que traz a obrigatoriedade da Fluoretação de águas em estações de Tratamento em municípios com mais de 50.000 habitantes. Esta lei é regulamentada pelo Decreto-Lei nº 76.872, em outubro de 1975 (Werneck, 1994).

Foram medidas de fluoretação, especialmente a da água, por serem de baixíssimo custo, seja por meio do SESP ou dos estados, que se constituíram como ações mais universalizantes e equânimes em saúde bucal já desenvolvida na Esfera Pública brasileira (Zanetti, 1993).

A eficácia preventiva da adição de flúor na água de abastecimento público depende da continuidade da aplicação desta medida e da manutenção de níveis adequados de flúor. Estima-se que o custo per capita/ano da fluoretação no Brasil seja da ordem de R\$ 1,00 ou aproximadamente US\$ 0,50. "É a melhor relação custo-benefício, dentre todas as atividades específicas da prática odontológica. Manter um indivíduo beneficiado pela fluoretação da água ao longo de toda a sua vida custa o equivalente a uma única restauração dentária" (Narvai, 2001).

Foi realizada uma recente pesquisa sobre a avaliação na mudança do quadro epidemiológico da cárie dentária, o controle dos teores de flúor, o custo da fluoretação e o benefício prestado à população sendo projetado o custo-efetividade per capita/ano da fluoretação das águas de abastecimento público, no município de São Paulo, no período de 1985 a 2003. O resultado da pesquisa demonstrou que a população neste período foi exposta a teores adequados de flúor (0,7ppm). A ação do flúor mostrou-se eficiente no período analisado, pois

para a idade de 12 anos observou-se uma redução da prevalência de 73%, sendo que em 1986 o CPO-D médio era de 6,47 (6,12 – 6,82), e em 2002 o CPO-D médio foi de 1,75 (1,48 – 2,92) uma diferença estatisticamente significativa. O custo médio por habitante/ano na cidade de São Paulo no ano de 2003 foi de R\$ 0,08 (US\$ 0,03) (Frias & Narvai, 2003).

A fluoretação das águas de abastecimento público é a medida mais ampla de proteção específica que leva à promoção da saúde na área de saúde bucal. O seu impacto na redução da prevalência de cárie é, em média, de 50 a 60% após 10 anos de uso contínuo (Brasil, 2004 b)

Nos anos 80 temos um agravamento da crise brasileira. A previdência, com problemas de caixa proveniente de uma política que estimulava a corrupção e o desvio de verbas apresentava-se sem capacidade para dar conta das demandas criadas. Em contra-partida, o regime-militar autoritário teria que buscar alternativas de legitimação diante da insatisfação da população (Roncalli, 2003).

Enfim, havia um reconhecimento da falência e, sobretudo, da obsolescência do sistema de saúde também por parte de alguns técnicos do governo. Ocorre que os anos precedentes de absoluta anuência do governo com o capital privado criou uma rede de influências que não era mais fácil dissolver. As grandes corporações e associações médicas, particularmente a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) ainda defendiam incisivamente o modelo que tantos lucros lhe geravam (Oliveira & Souza, 1998).

Desde meados dos anos 70, idéias reformadoras foram amadurecendo por meio de iniciativas tomadas na área da saúde, acompanhando a distensão política que, então, se iniciava. Foram encontros promovidos por lideranças políticas, sindicais, sanitárias e membros da tecnoburocracia política, voltados para a discussão de uma agenda para a saúde e para a definição dos fundamentos de um sistema público, participativo e universal. Desses encontros, associações foram sendo formadas, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva

(ABRASCO), que tiveram acentuado papel na elaboração teórica e programática das propostas de reforma. (Gestão de saúde..., 1998).

Lutando por políticas mais Universalistas, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, surge então, o movimento pela Reforma Sanitária, conduzido por profissionais da saúde e intelectuais da área da saúde coletiva e ampliando-se mais ainda com a incorporação de lideranças políticas sindicais e populares e também de parlamentares interessados na causa (Roncalli, 2003).

Uma política de promoção da saúde deve colaborar para o aprofundamento das promessas da reforma sanitária brasileira. Promessas que além da construção do SUS apontam para a modificação das práticas sanitárias com a superação da baixa-cobertura em direção a universalização, busca da equidade, a integralidade do cuidado e respeito a cidadania. Promessas também que se comprometem com a democratização da saúde, da sociedade, do Estado e das Instituições (Brasil, 2002a).

As mudanças econômicas e políticas que se deram, sobretudo a partir do início dos anos 80, determinam o esgotamento do vigorante modelo médico-assistencial privatista e sua substituição pelo modelo de atenção à saúde (Mendes, 1996).

A Reforma Sanitária brasileira assumiu as idéias do *Welfare State* instituído na Europa desde as décadas de 30 e 40. Tais idéias asseguram a cada habitante do país o acesso universal, integral e gratuito às modalidades tecnológicas e terapêuticas disponíveis, segundo a necessidade dos cidadãos/usuários. O poder público fica estabelecido como o principal agente da regulação e da programação da oferta dos serviços de saúde, via instrumentos de descentralização, regionalização e controle social do sistema. (Gestão de saúde..., 1998).

Em março de 1986 o Movimento Sanitário brasileiro avilta-se e teve, como ponto apical de sua articulação, a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerado o evento político-sanitário mais respeitável da década. Esse movimento reconheceu a

saúde como direito do cidadão e dever do Estado, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da mesma.

Com uma participação de cerca de cinco mil pessoas, entre trabalhadores de saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças sindicais e populares a VIII conferência constituiu-se no maior fórum de debates sobre a situação de saúde do país e seu relatório serviu de alicerce para a proposta de reestruturação do sistema de saúde brasileiro que deveria ser defendida na Constituinte. Além da perspectiva de uma nova Constituição, a VIII Conferência é, hoje, considerada com um divisor de águas no movimento sanitário (Oliveira & Souza, 1998).

A VIII Conferência Nacional de Saúde aconteceu em 1986, mesmo ano que a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa (Canadá). Ambas destacam o conceito ampliado de saúde e defendem as condições de vida para que sejam dignas e adequadas.

Também, no ano de 1986 o Ministério da Saúde (MS) executou o primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de saúde bucal, em 16 capitais, representativo das cinco regiões brasileiras. A pesquisa foi realizada na zona urbana, em crianças, adolescentes, adultos e idosos obtendo dados relativos à cárie dentária, doença periodontal e acesso a serviços (Brasil, 1988b).

Os resultados do citado levantamento epidemiológico apontaram condições muito críticas no grupo etário de 50 a 59 anos de idade; do ponto de vista periodontal, pouco mais de 1% foi considerado sadio (Rosa *et al.*, 1992).

Prosseguindo a evolução histórica, também no ano de 1986, temos como parte integrante da VIII CNS a I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), realizada de 10 a 12 de outubro. A mesma foi Patrocinada pelo Ministério da Saúde e Universidade de Brasília, com apoio do INAMPS, Conselho Federal de Odontologia e também, algumas Secretarias Estaduais de Saúde, foi realizada de 10 a 12 de outubro de 1986, na Capital Federal.

Na história da Odontologia Brasileira, não há registro de ocasião semelhante, sob o ponto de vista democrático, onde a problemática de saúde bucal da população tenha sido exposta e discutida de forma tão pluralista. Desta

vez, não se tratava simplesmente de um encontro exclusivo de Cirurgiões-Dentistas. A população, principal interessada no assunto, também estava presente, participando e manifestando-se. (Brasil, 1986).

O relatório final da I CNSB destaca (Brasil, 1986):

1. A Saúde Bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação.
2. A saúde integral de cada indivíduo representa um fator para o desenvolvimento da nação em seu processo histórico. É impossível haver uma nação forte, se os indivíduos estão enfraquecidos. Tendo a sociedade brasileira perdido gradualmente os meios de organização e de instrumentalização das suas lutas reivindicatórias, torna-se necessária a urgente reorganização social, política e econômica da nação. Esta reorganização se dará pela ampliação dos espaços democráticos, de modo que a população tenha formas de participar das decisões as quais sempre se refletem nela mesma.
3. A situação de Saúde Bucal, da população brasileira, é “Caótica”. O modelo atual de prática odontológica cobre as necessidades de somente 5% da população, caracteriza-se por sua ineficácia e ineficiência, sendo ainda monopolizador, de altos custos, de tecnologia densa, elitista, iatrogênico e mutilador.

“É preciso que o profissional compreenda que a boca está inserida dentro de um todo orgânico e que os menores procedimentos aí realizados podem produzir sérias alterações na integridade física e mental do indivíduo. Uma vez que isso seja feito, o dentista poderá agir de forma consciente sobre seus pacientes, não mais atuando com procedimentos paliativos, mas realmente contribuindo para a saúde integral dos seus clientes” (Gonçalves, 1986).

Em 1987 foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços.

Na América Latina, a OPAS colocou a promoção da saúde como prioridade programática, definido-a como “a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva” (Mendes,1996).

A Promoção da Saúde é um processo de capacitação e fortalecimento de indivíduos e coletividade (municípios, sindicatos, organizações de trabalhadores, escolas e seu entorno) no sentido de que ampliem suas possibilidades de controlar os determinantes de saúde/doença e com isso, possibilitem a aquisição de melhores níveis de saúde (Brasil, 2002a).

Grande parte das propostas da VIII CNS foram incorporadas à Constituição de 1988, garantindo saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição da República Federativa do Brasil, no capítulo de seguridade social, no Título VIII, Capítulo II, Seção II, artigo 196, diz (Brasil, 1988a):

*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

Foi criado um sistema de Seguridade Social e não mais de Seguro Social, cuja organização dos serviços é detalhada pelo artigo 198 (Brasil, 1988a):

*As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

*I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*

*II. atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais;*

*III. participação da comunidade.*

A política de saúde edificada no Brasil, a partir do esforço da sociedade em seu processo de redemocratização e que culminou com a Constituição de 1988, tem em sua estrutura elementos para o desenvolvimento de ações e estratégias de promoção da saúde. Os princípios de universalidade, integralidade e equidade e as diretrizes de descentralização e organização hierarquizada podem ser potencializados a partir do olhar e de ações de promoção da saúde, contribuindo para a qualificação do Sistema Único de Saúde e, a partir deste, para a construção de uma ampla aliança nacional tendo como centro a qualidade de vida (Brasil, 2002a).

No ano de 1990 é aprovada a Lei Orgânica da Saúde (LOS) composta pelo conjunto de leis 8.080 e 8.142. A lei 8.080 em seu art. 3º incorpora um conceito ampliado de saúde (Brasil, 1990):

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços assistenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”.

Segundo Roncalli (2003), “O Sistema Único de Saúde, garantido pela constituição e regulado pela LOS, prevê um sistema com princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários dizem respeito às idéias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado de

saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos orientam a forma como o sistema deve funcionar, tendo, como eixo norteador, os princípios doutrinários”.

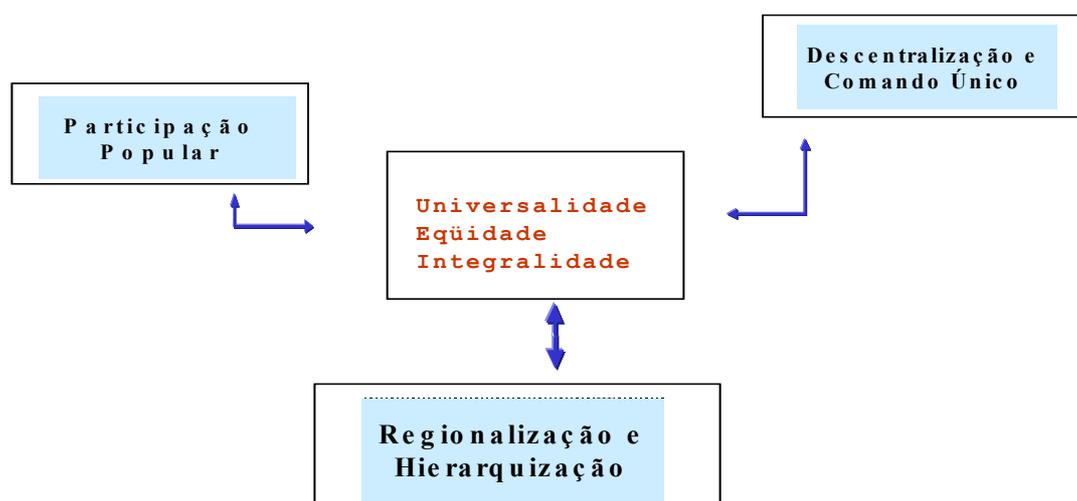


Figura 1 – Princípios doutrinários e organizativos do SUS. (Roncalli, 2003).

Apesar de avançado em seus princípios orientadores, o Sistema Único de Saúde ainda guarda, em seu modelo de atenção, uma perspectiva fortemente pautada nos fundamentos da biomedicina, o que dificultará a longo prazo, sua sustentabilidade, tanto do ponto de vista financeiro quanto do potencial de reverter as tendências epidemiológicas dos graves problemas de saúde do país. Neste sentido, a promoção da saúde se apresenta como uma possibilidade concreta de mudança na agenda da saúde tanto para fortalecer quanto para fundamentar a sua consolidação (Brasil, 2002a).

A realidade sanitária brasileira mostra a necessidade de ações urgentes para a promoção saúde, que devem considerar os princípios da universalidade, integralidade e equidade, assim como as diretrizes de descentralização de poder e interdisciplinaridade entre os saberes (Miguel, 2002).

A partir da Constituição de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias vêm sendo tomadas

para a viabilização do novo sistema. Destacam-se, Emendas Constitucionais (EC), Normas operacionais Básicas do SUS (NOBS), Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) e portarias. Ambas com objetivos, metas e diretrizes estratégicas de melhorar a saúde dos brasileiros e cumprir o direito à saúde.

Em 1990, no relatório final do sétimo encontro dos administradores e técnicos dos serviços estatais odontológicos (Enatespo, 1990) consta:

(...) Quanto às ações de Saúde Bucal estas deverão ser baseadas nos princípios que definem uma odontologia integral, privilegiando a manutenção e a promoção da Saúde Bucal e buscando a redução e o controle das doenças bucais no País (...).“

Destaca-se, também no ano de 1991, a difusão do projeto Cidades Saudáveis, idéia Canadense de meados dos anos 80, em várias cidades do Brasil, como Curitiba, São Paulo, Campinas, Jundiaí, Bertioga, entre outras. O referido projeto deve ser visto e entendido dentro do contexto da promoção da saúde.

Baseados no projeto Cidades saudáveis, um comitê de experts em educação e saúde da OMS reuniu-se, em Genebra, para a elaboração do documento “Promovendo Saúde através das Escolas” (“Promoting Health through schools”) que vem influenciando desde 1997 o currículo escolar de várias partes do mundo (WHO, 1997).

Um trabalho sobre as ações educativas para a saúde implementadas no cenário escolar e direcionadas a investigação para as ações educativas relacionadas à promoção da saúde bucal. O local de investigação foi um Centro Integrado de Educação Infantil (CIEP), que representa uma das escolas existentes no Município do Rio de Janeiro e se situa em área de extrema pobreza e acúmulo de diferentes necessidades. Os resultados obtidos mostram a realidade precária em que vivem os entrevistados. Percebeu-se através das falas o conhecimento por eles compartilhado, mas também evidenciou suas debilidades em não saber utilizá-lo da forma mais conveniente dentro do seu contexto. Essa constatação fez os pesquisadores refletirem que essa deficiência não pode ser atribuída aos indivíduos entrevistados, pelo contrário, deve orientar os agentes educadores e os

formuladores das políticas públicas no sentido de possibilitarem a transformação do espaço da escola num ambiente que produza saúde permitindo aos seres humanos que fazem parte dela, estejam integrados nesse processo, empoderando-se, tendo sempre como pilar a promoção da saúde, que é a grande norteadora da saúde no seu sentido positivo (Guimarães, 2003).

Segundo Franco (1999), o conceito cidade saudável deve ser associado ao conceito de desenvolvimento local coeso e sustentável, que vem sendo definido como “um novo modelo de promover o desenvolvimento que possibilita o surgimento de comunidades mais sustentáveis, capazes de: suprir suas necessidades imediatas, descobrir ou despertar suas vocações locais e ampliar suas potencialidades específicas e fomentar o intercâmbio externo aproveitando-se de suas vantagens locais”.

Nesse sentido a descentralização do atendimento à saúde, está sendo concretizada por meio da diretriz da municipalização, que deverá permitir que cada município decida, mediante a sua realidade local, quais são as suas necessidades, prioridades e possibilidades.

“Num País de dimensões continentais e de marcantes diferenças regionais – onde vários estágios de desenvolvimento econômico e social existem, coexistem e consorciam-se – impõe-se uma divisão especial com base num eixo político-administrativo” (Bastos *et al.*, 2001).

A elaboração de uma política de Promoção da Saúde deve basear-se nas especificidades da realidade brasileira, considerando-se as cartas e acordos internacionais que, desde Ottawa (1986), vêm definindo a promoção da saúde, cujos pilares e estratégias retomam, incorporam e refletem os grandes dilemas da esfera social que tem originado, no campo da saúde, novas agendas como o estímulo à autonomia dos indivíduos, o reforço da ação comunitária, a desafiante superação da especialização e fragmentação das políticas públicas e da atenção à saúde, bem como a pactuação de propostas de gestões intersetoriais, a construção de ambientes saudáveis e a formulação de políticas comprometidas com a qualidade de vida (Brasil, 2002a).

Prosseguindo a evolução histórica, também no ano de 1991, temos a criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Trata-se da introdução de uma nova dialética na prestação de serviços, particularmente com relação à atenção primária, segundo os pressupostos do Ministério da Saúde. O PACS já trabalhava tendo a família como foco principal e apresentava bons resultados, particularmente na diminuição da mortalidade infantil (Roncalli, 2000).

Desde a implantação do programa, os agentes comunitários de saúde já vinham desenvolvendo ações de promoção de saúde e de prevenção das doenças bucais mais prevalentes no seu território de atuação (Brasil, 2002b).

Com o patrocínio da ONU, em 1992, foi realizada no Rio de Janeiro a segunda Conferência Mundial para o Meio Ambiente e Desenvolvimento, a Rio-92; um ano após a terceira Conferência Mundial de Promoção da Saúde (1991) que já havia destacado os ambientes favoráveis à saúde “ambientes suportivos”. Ambas destacam a importância de criar ambientes favoráveis e promotores de saúde.

Em 1993 foi concretizado o segundo levantamento nacional para a análise dos padrões de saúde bucal da população urbana do país e foi desenvolvido pelo SESI – Serviço Social da Indústria e financiado pelo Ministério da Saúde. Esse estudo examinou crianças de 23 estados de capitais e interiores – 70% delas entre 07 e 14 anos (dentição permanente e 30% entre 03 e 06 anos (dentição decídua). Restringiu-se à cárie dentária (Buischi, 2004).

Também no ano de 1993 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Bucal como deliberação da IX Conferência Nacional de Saúde tendo à frente as entidades nacionais de Odontologia, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde, O Conselho Estadual de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde e as representações nacionais de usuários.

Na Carta da II CNSB, o texto que abre o documento com as deliberações do evento, afirmava-se que: o pensamento e a prática neoliberais modernistas, que assolam o mundo, atingem de maneira drástica o Brasil. A recessão, o desemprego, o arrocho salarial, a fome, a miséria a falta de saneamento e moradia são resultados da política do “Estado Mínimo” que vem

desmontando os serviços públicos e comprometendo brutalmente as garantias mínimas de cidadania (Brasil, 1993).

O neoliberalismo desobriga o Estado de assumir, como sua, a responsabilidade pela implantação de políticas sociais que garantam um mínimo de qualidade de vida para a população. Ao contrário, ressalta a importância do indivíduo e da família no processo de reestruturação econômica do País. E em relação ao desenvolvimento das ações sociais, reforça as responsabilidades ao nível do cidadão - sua consciência e seus atos - como forma de melhor alcançar as transformações pretendidas. Assim, obcecado com suas metas de redução da inflação e do déficit público, bem como do pagamento da dívida externa, o Estado Brasileiro não tem se preocupado com a deterioração da qualidade de vida da população ou com as medidas necessárias para combater os problemas de ordem social no País. O governo parece desconhecer a Constituição Brasileira e a Lei Federal 8080 de 20/09/90, que dizem ser a saúde um direito de todos os cidadãos e, sua oferta, um dever do Estado (Werneck, 1994).

A II Conferência Nacional de Saúde Bucal foi a resposta mais legítima da sociedade civil organizada, de que não aceita a atual situação da Saúde Bucal no país .

Os documento finais produzidos na II CNSB destacam (Brasil, 1993):

1. O modelo de saúde bucal vigente no Brasil caracterizava-se pela limitadíssima capacidade de resposta às necessidades da população brasileira. Ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais que assolam país é elitista, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação.

2. Os profissionais de saúde devem ter incorporadas na sua formação, condições que os habilitem trabalhar em nível comunitário buscando resgatar a cidadania dos indivíduos, com vistas à construção de um modelo de atenção que contemple a integralidade da atenção, a dignidade e a ética.
3. Para tanto é necessário educar e informar os indivíduos visando a transformação da sociedade no sentido da valorização positiva da vida e da saúde. Estimular a desmonopolização do saber, a discussão dos direitos universais do homem e a implementação de políticas justas e igualitárias de proteção social.
4. A transferência do conhecimento para a população deve ser uma preocupação essencial no processo de resgate da cidadania dos brasileiros, hoje negada pelo neoliberalismo excludente que norteia a política atual do governo, principalmente no que diz respeito à distribuição de renda e ao acesso à educação.

A II CNSB aprovou com muita conveniência a efetiva inserção da saúde bucal no SUS e está se dará por meio de um processo sob controle da sociedade (Conselhos de Saúde), descentralizado e onde se garanta a Universalidade do acesso e a equidade da assistência odontológica, interligadas a outras medidas de promoção da saúde de grande impacto social.

A II CNSB reafirmou que a saúde bucal não pode ser dissociada da saúde geral do ser humano: “A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, aos serviços de saúde e a informação”

No período entre 1994 e 2002, foram realizadas duas Conferências Nacionais de Saúde (a X CNS, em 1996, e a XI CNS, em 2000) sem que a elas se vinculasse alguma conferência específica de saúde bucal.

O ano de 1994 foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como ano mundial da Saúde Bucal.

Neste mesmo ano, 1994, teve início o Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde. O PSF reafirma e incorpora os princípios do SUS e se propõe a reorganizar o modelo tradicional de assistência, orientado para a cura das doenças e para o hospital. As Unidades Básicas de Saúde (UBS), reorganizadas de acordo com os princípios da Saúde da Família, passam a ser responsáveis pelo acompanhamento permanente da saúde de um número determinado de indivíduos e famílias que moram no espaço territorial próximo, permitindo o estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população (Brasil, 2002b).

A estratégia de saúde da família, de ampla inserção social, é orientada pela lógica da territorialização, da vinculação, responsabilização e do olhar integral sobre o ambiente em suas dimensões sociais e culturais, onde estão inseridas as famílias e os indivíduos. Por essas características essa estratégia política tem o potencial de ruptura da lógica hegemônica do cuidado individual e desvinculado e é concretamente um importante espaço para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde. Pelo seu potencial orientador do modelo de atenção vigente, necessita incorporar em suas práticas o conceito positivo de saúde, a integralidade da atenção à saúde e a perspectiva da troca de saberes e fazeres com a comunidade a qual está vinculada (Brasil, 2004 a).

“... A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade” (Brasil, 2000).

Considerando-se a saúde bucal como um dos componentes da saúde em sua expressão mais ampla - enquanto qualidade de vida – adquire maior

importância a busca de mecanismos que ampliem as suas ações, e viabilizem a melhoria do quadro epidemiológico no Brasil (Brasil, 2001b).

As práticas do Programa Saúde da Família estão comprometidas com a solução dos problemas de saúde, prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida da população. O profissional inserido nesta nova proposta enfrenta o desafio de ajustar o conteúdo técnico-científico da sua formação profissional à prática diária (Volschan, 2002).

Em 1998, foi realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em convênio com o Ministério da Saúde, uma Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). Os resultados de tal estudo mostraram que, aproximadamente, 29,6 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista e que, entre aqueles que ganham até um salário mínimo, o número de pessoas que nunca estiveram em um consultório odontológico é nove vezes maior do que o número dos que ganham mais de 20 salários mínimos (Brasil, 2002b).

No ano 2000, o Ministério da Saúde iniciou a discussão sobre a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários e que incluísse tanto população urbana como rural. O referido projeto ficou identificado como “SB Brasil - Condições de Saúde Bucal na População Brasileira” (Brasil, 2004b).

Em 28 de dezembro de 2000, com a publicação da Portaria nº 1.444, foi estabelecido incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal por meio do Programa Saúde da Família, as ações de saúde bucal foram definitivamente incluídas na estratégia do PSF. Tal instrumento foi regulamentado pela Portaria nº 267, de 6 de março de 2001, que aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do PSF, por meio do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (Brasil, 2000).

A inclusão das ações de saúde bucal na estratégia de saúde da família deverá expressar os princípios e diretrizes do SUS e apresentar as seguintes características operacionais (Brasil, 2001b):

- I. caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde;
- II. adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde;
- III. integralidade da assistência prestada à população adscrita;
- IV. articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do Sistema de Saúde;
- V. definição da família como núcleo central de abordagem;
- VI. humanização do atendimento;
- VII. abordagem multiprofissional;
- VIII. estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social;
- IX. educação permanente dos profissionais;
- X. acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.

Em Março de 2001, foi apresentado ao colegiado de Gestão da Secretaria Municipal de Campinas e ao Conselho Municipal de Saúde o Projeto Paidéia de Saúde da Família. O mesmo foi aprovado em agosto de 2001 (Campos, 2003).

O conceito Paidéia é antigo, clássico, e que denota desenvolvimento integral do ser humano, considerando tanto as necessidades da coletividade quanto dos indivíduos. Foi criado na época em que os gregos sonhavam com cidades democráticas. Para fundar um governo democrático eles se valiam da Ágora, que era uma assembléia do povo: As pessoas reunidas para delinear o próprio destino. No entanto, sabiam também necessário um trabalho sobre eles mesmos para que as pessoas fossem capazes de conduzir a própria vida: para isso eles imaginaram um sistema de formação integral dos cidadãos: uma educação para a vida: e daí a palavra Paidéia (Campos, 2003).

O projeto Paidéia trabalha com um conceito ampliado de Família: grupo que co-habita um mesmo espaço; ampliar as redes de apoio e de

solidariedade entre as equipes, as famílias e outras organizações. E também, reconstruir a maneira como pensamos e trabalhamos em saúde. Reformular a clínica tomando não apenas a doença, mas o sujeito enfermo (o biológico, o subjetivo e o social do processo saúde e doença), ampliar as práticas de promoção da saúde (Campos, 2003).

Em 2004 temos a conclusão do levantamento epidemiológico SB Brasil, que apontou para uma grande dívida social na área da Saúde Bucal, com mais de 30 milhões de desdentados no País, deflagrou-se um processo ascendente de discussão, com articulações intersetoriais nas esferas de governo e ações integradas da sociedade civil e movimentos populares, tendo por referência a saúde bucal das populações como indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades (Brasil, 2004d).

Também em 2004 aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), após dez anos desde a realização da II CNSB. Para os participantes da III CNSB e para o povo brasileiro, a edição deste Relatório Final significa o início da parte mais árdua da tarefa: transformá-lo em realidade (Brasil, 2004c).

Tomando-se apenas alguns trechos do relatório final da III CNSB é possível demonstrar as enormes expectativas dos brasileiros de que reivindicações históricas possam, finalmente, se concretizar, dentre elas as relacionadas à saúde e à saúde bucal (Brasil, 2004c):

- As condições da saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social. Seja pelos problemas de saúde localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais, dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o País. A escolaridade deficiente, a baixa renda, a falta de trabalho, enfim, a má qualidade de vida produz efeitos devastadores sobre gengivas, dentes e outras estruturas da

boca. Atingidas fortemente, dão origem a dores, infecções, sofrimentos físicos e psicológicos. Por essa razão, o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nessa área exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. Requer políticas intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas de governo. Como, aliás, determina com toda clareza a Constituição da República.

- As desigualdades sociais, independente do indicador socioeconômico usado (renda, classe social, escolaridade ou ocupação, dentre outros), somadas ao processo de exclusão social exercem efeitos nefastos observados na saúde em geral (mortalidade, incapacidade, morbidade e/ou utilização de serviços de saúde) e por conseqüência na saúde bucal, sendo que indivíduos com baixa renda possuem mais problemas de saúde bucal e usam menos os serviços odontológicos, quando comparados a indivíduos com maior renda, observando-se também que as melhorias ou benefícios trazidos pelos programas de saúde bucal são mais eficazes quanto mais desenvolvida é a região, significando que o enfrentamento do binômio saúde-doença está também na dependência de fatores sociais e, portanto, algumas medidas devem ser postas em prática, como, por exemplo, a democratização do acesso aos serviços e a eliminação de algumas barreiras sociais, econômicas e, sobretudo políticas. Os programas de saúde devem considerar os aspectos relativos ao conhecimento e às práticas em saúde bucal, para viabilizar o processo de

capacitação da população e promover a responsabilização coletiva da promoção da saúde em todos os níveis da sociedade.

Em 17 de março de 2004 foi lançado pelo Ministério da Saúde O Brasil Sorridente, com o objetivo de ampliar o acesso ao tratamento odontológico. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apurados em 1998 indicam que, até aquele ano, 30 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao dentista. De acordo com o primeiro levantamento nacional de saúde bucal, concluído em março de 2004 pelo Ministério da Saúde, 13% dos adolescentes nunca foram ao dentista; 20% da população brasileira já perdeu todos os dentes; 45% dos brasileiros não têm acesso regular a escova de dente (Brasil, 2004d).

Segundo as diretrizes da política nacional de saúde bucal a atuação da equipe de saúde bucal (ESB) não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. Ademais de suas funções específicas, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atenta ao contexto sócio econômico-cultural no qual ele está inserido. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objeto das suas práticas. A ESB deve ser — e se sentir — parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção (Brasil, 2004a).

“A promoção da saúde compreende a ação individual, a ação da comunidade e a ação e o compromisso dos governos na busca de uma vida mais saudável para todos e para cada um” (Brasil, 2002a).

A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de

acesso à água tratada, incentive a fluoretação das águas, o uso de dentifício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes (Brasil, 2004a).

### **3 PROPOSIÇÃO**

O presente trabalho teve como objetivos:

- A. avaliar o conhecimento do Cirurgião-Dentista do Serviço Municipal de Saúde de Campinas sobre práticas de promoção da saúde.
- B. verificar se as mesmas são realizadas na sua Unidade Básica de Saúde (UBS).
- C. mensurar o impacto de informações sobre promoção da saúde fornecidas, por meio de uma apostila, sobre os mesmos.

## **4 MATERIAL E MÉTODO:**

### **A. Aspectos Éticos**

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP - número 167/2004 (ANEXO 1).

### **B. Classificação do Estudo**

Estudo experimental, que se caracteriza por uma abordagem quantitativa, utilizando-se um questionário semi-estruturado e uma apostila como intervenção.

### **C. Amostra**

Todos os 180 profissionais do Serviço Municipal da cidade de Campinas (SP) foram convidados a integrar à pesquisa, sendo que, no primeiro momento da pesquisa 109 ou 60,5% dos Dentistas aceitaram participar do estudo devolvendo o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) assinado.

Dos questionários entregues aos 109 Dentistas, 63 (57,7%) fizeram a devolução dos mesmos, sendo o parâmetro para a análise dos resultados.

Os Dentistas de Campinas foram escolhidos para participar da pesquisa por já terem participado de cursos de capacitação em saúde coletiva.

Os critérios de inclusão para os profissionais foram: ser Cirurgião-Dentista pertencente ao Serviço Municipal de Saúde da cidade de Campinas (SP); ser voluntário da pesquisa; ter devolvido o TCLE assinado.

Os critérios de exclusão foram: não pertencer ao quadro de funcionários do serviço público municipal da cidade de Campinas; estar de férias, licença e afastados por algum outro motivo e recusa ou esquecimento do TCLE.

#### **D. Desenvolvimento do estudo**

A pesquisa foi realizada em quatro etapas. Cada etapa será descrita a seguir:

##### **Primeira etapa**

- **Conhecer o Número de sujeitos que poderiam integrar a amostra.**
- **Desenvolver e testar o questionário (instrumento).**

Para realização desta primeira etapa da pesquisa, inicialmente verificou-se, junto à coordenadoria de saúde de Campinas, o número de Cirurgiões-Dentistas atuando na rede.

Todos os profissionais foram convidados, por meio de carta e via malote interno do próprio serviço, a integrar a pesquisa.

Nesta primeira etapa, foi elaborado “o instrumento de coleta de dados” que se baseou em um questionário semi-estruturado contendo 17 questões.

O questionário, anexo 2, foi dividido em três partes:

- A) questões relacionadas ao perfil profissional dos voluntários da pesquisa.
- B) questões relativas ao conhecimento sobre promoção da saúde.
- C) questões sobre práticas de promoção da saúde.

O mesmo questionário foi aplicado no pré e pós-teste, porém, acrescido de uma questão no pós-teste. (anexo 2).

Para verificação de possíveis falhas do questionário, foi realizado um estudo-piloto com 20 (vinte) Cirurgiões-Dentistas, alunos do curso de especialização em Odontologia em Saúde Coletiva da FOP-UNICAMP e com 05 (cinco) doutores em saúde coletiva e/ou saúde pública da FOP-UNICAMP e da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Após concluir este estudo-piloto, foram feitas as modificações necessárias que resultaram em melhor compreensão e clareza nas respostas.

## **Segunda etapa**

- **Envio do TCLE**
- **Envio do questionário no pré-teste e do ofício**

Foram enviados, juntamente com os 180 questionários, uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 3), contendo o telefone e o endereço eletrônico dos pesquisadores e um ofício informando aos participantes sobre a pesquisa e que, em caso de esclarecimentos e dúvidas poderiam entrar em contato com os mesmos, em qualquer etapa da pesquisa.

O TCLE foi redigido em linguagem clara e objetiva para facilitar a comunicação entre as partes envolvidas, onde foram visualizados o tema do projeto e os nomes dos responsáveis pelo desenvolvimento. Junto com os questionários foram enviados envelopes/resposta devidamente selados e endereçados ao pesquisador para que fosse feita a devolução dos questionários. Foi solicitado que ambos os questionários fossem devolvidos, por carta resposta, fax, e-mail ou diretamente para o coordenador de cada UBS no prazo máximo de 30 dias. Após este prazo, a pesquisadora entrou em contato com o Coordenador de saúde bucal do município solicitando a devolução dos questionários.

A entrega dos questionários, no pré e pós-teste, foi feita diretamente pela pesquisadora ao Coordenador de saúde bucal do município. A mesma dirigiu-se à cidade de Campinas e entregou em mãos o material. O Coordenador de saúde bucal do município repassou, por meio de malote interno, para cada Coordenador de UBS. Os Coordenadores de cada UBS entregaram os mesmos para cada participante.

O procedimento de recebimento foi o inverso do descrito acima. Os Dentistas participantes também tiveram a opção em responder via e-mail, fax ou enviar diretamente pelo correio (envelope selado).

Nesta segunda etapa referente aos questionários entregues à população de Dentistas, 60,5% (109 profissionais) fizeram a devolução dos mesmos e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

### **Terceira etapa**

- **Envio da apostila**

Os 109 cirurgiões-dentistas que fizeram a devolução dos questionários e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, receberam a apostila contendo informações sobre promoção da saúde.

A apostila utilizada na pesquisa foi organizada pelos pesquisadores, mediante dados da literatura previamente autorizados pelas respectivas editoras dos mesmos.

A citada apostila (anexo 4) abordava assuntos referentes a: 1) Origens da promoção da saúde; 2) Cartas Internacionais de promoção da saúde; 3) Níveis de aplicação; 4) Diferenças entre Promoção da Saúde e prevenção de doenças; 5) Fatores comuns de risco para a saúde geral e bucal; 6) Estratégias de alto risco, baixo risco e populacional; 7) Aspectos demográficos e epidemiológicos.

### **Quarta etapa**

- **Envio do questionário no pós-teste**

Após 45 dias do recebimento da apostila pelos profissionais, os mesmos receberam novamente o mesmo questionário do início da pesquisa. Foi acrescentada ao questionário pós-teste, uma pergunta sobre o entendimento da apostila pelos profissionais: entendeu claramente, moderadamente, não entendeu ou não entrou em contato com a apostila. A referida pergunta encontra-se no questionário (anexo 2) como questão 18.

Nesta quarta etapa, dos questionários entregues aos 109 Dentistas, 57,7% (63) fizeram a devolução dos mesmos.

### **E - Forma de análise dos resultados**

Os dados foram organizados em tabelas de frequência e foram feitas comparações das respostas relacionadas ao conhecimento sobre promoção da saúde, antes e após a entrega das apostilas, utilizando o teste não-paramétrico McNemar (Agresti, 1990).

O teste McNemar foi utilizado por se tratar de uma amostra com variável dicotômicas e dependentes entre si. Cada Cirurgião-Dentista foi o controle de si mesmo. Os testes foram realizados ao nível de significância de 5% ( $\alpha = 0,05$ ).

Nas questões analisadas pré e pós-teste, por meio do teste estatístico McNemar, foram calculados os ganhos de conhecimento utilizando a fórmula a seguir:

$A - B \times 100 / C$  (Carrascoza *et al.*, 2005).

A = nº absoluto de CDs que responderam corretamente no pós-teste;

B = nº absoluto de CDs que responderam corretamente no pré-teste;

C = nº absoluto de CDs que responderam errado no pré-teste.

## **5 RESULTADOS**

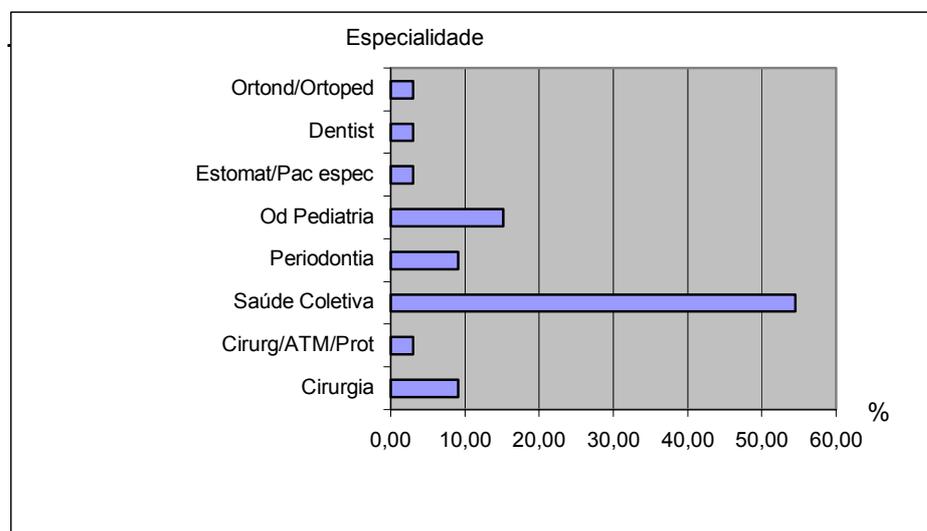
Dos questionários enviados e findo a coleta dos mesmos, obteve-se um retorno de 63 (57,7%) questionários preenchidos. Os resultados obtidos serão demonstrados por meio de figuras e tabelas, em três partes:

- a) Perfil da amostra;
- b) Conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas (CDs) sobre promoção da saúde;
- c) Práticas de promoção da saúde.

### **5.1 Perfil da amostra**

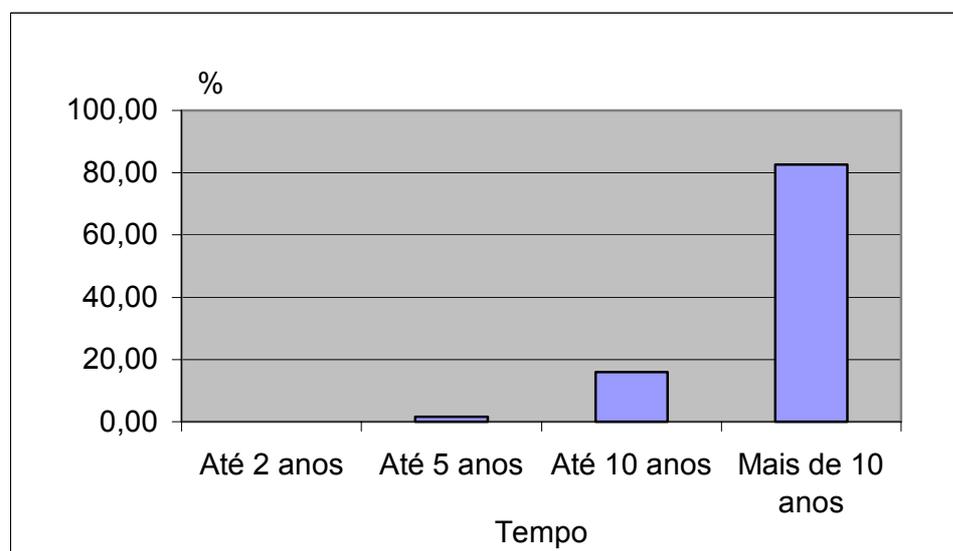
Aproximadamente metade dos CDs (57,14%) (n=36) declarou que já havia freqüentado algum programa formal de ensino, visando adquirir habilidades técnicas, que lhe permitiam operacionalizar atividades na área de promoção da saúde (referente à questão 5 do questionário). O programa mais citado foi especialização (23,81%) (n=15), seguida por aperfeiçoamento (15,87%) (n=10) (referente à questão 5.1).

Verificou-se, ainda que, 55,6% (n=35) dos participantes eram especialistas (referente à questão 1) e destes, a especialidade que apresentou maior número de voluntários na pesquisa foi Saúde Coletiva (54,5%) (n=18), conforme se verifica no figura 1 (referente à questão 1.1).



**Figura 1** – Distribuição dos participantes da amostra por especialidade

A figura 2 apresenta os resultados segundo o tempo de exercício profissional. Verificou-se que 82,5% (n=52) dos CDs têm mais de 10 anos de exercício profissional (referente à questão 2).



**Figura 2** – Distribuição da frequência do tempo de exercício profissional

## 5.2 Conhecimento dos CDs sobre promoção da saúde

As questões referentes às tabelas de 1 a 6 as quais mensuram o conhecimento dos CDs sobre promoção da saúde foram feitas comparações das respostas, no pré e no pós-teste, utilizando o teste de McNemar (Agresti, 1990). Somente os profissionais que responderam que leram a apostila, foram considerados nas análises. Foi também calculado o ganho de conhecimento (Carrascoza *et al.*, 2005).

A tabela 1 expressa os resultados do conhecimento dos CDs sobre a Carta de Ottawa, documento considerado o marco teórico da promoção da saúde. Pode-se notar que, no pós-teste aumentou significativamente o conhecimento dos profissionais sobre a Carta de Ottawa ( $p < 0,001$ ). A porcentagem de acertos era de 51,4% ( $n= 19$ ) e foi para 97,3% ( $n=36$ ) no pós-teste. O Ganho de conhecimento foi de 94,4%.

**Tabela1.** Conhecimento dos CDs sobre a Carta de Ottawa (referente à questão 6).

Momento	Erros		Acertos	
	n/total	%	n/total	%
Pré-teste	18/37	48,6	19/37	51,4
Pós-teste	1/37	2,7	36/37	97,3

$p < 0,001$

A tabela 2 expressa os resultados sobre o conhecimento do significado da expressão “promoção da saúde” como sendo, de uma forma resumida, atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos. Observamos que houve discordância na proporção de respostas entre a aplicação do questionário pré e pós-teste ( $p < 0,001$ ). A porcentagem de acertos era de 53,7% ( $n=29$ ) e foi para 90,7% ( $n=49$ ) no pós-teste. O Ganho de conhecimento foi de 80,0%.

**Tabela 2.** Conhecimento do significado da expressão “promoção da saúde” (referente à questão 7).

Momento	Erros		Acertos	
	n/total	%	n/total	%
Pré-teste	25/54	46,3	29/54	53,7
Pós-teste	5/54	9,3	49/54	90,7

$p < 0,001$

A tabela 3 aborda o conhecimento do CD em relação às expressões “promoção da saúde” e “prevenção de doença”. Foi questionado se as mesmas são ou não sinônimas. Notou-se que houve discordância na proporção de respostas entre a aplicação do questionário pré e pós-teste. ( $p < 0,001$ ). A porcentagem de acertos era de 39,7% ( $n=23$ ) e foi para 94,8% ( $n=55$ ) no pós-teste. O Ganho de conhecimento foi de 91,4%.

**Tabela 3.** Conhecimento das expressões “promoção da saúde” e “prevenção de doenças” (referente à questão 8).

Momento	Erros		Acertos	
	n/total	%	n/total	%
Pré-teste	35/58	60,3	23/58	39,7
Pós-teste	3/58	5,2	55/58	94,8

$p < 0,001$

A tabela 4 refere ao conhecimento do CD sobre os “níveis de prevenção” de Leavell e Clarck. Foi perguntado sobre qual nível de prevenção está incluída a promoção da saúde. Obsevou-se que houve discordância na proporção de respostas entre a aplicação do questionário pré e pós-teste ( $p=0,012$ ), tendo ocorrido um maior número de pessoas que acertaram no pós-teste. A porcentagem de acertos era de 79,6% ( $n=43$ ) e foi para 96,3% ( $n=52$ ) no pós-teste. O ganho de conhecimento foi de 81,8%.

**Tabela 4.** Conhecimento sobre “níveis de prevenção” de Leavell e Clarck (referente à questão 9).

Momento	Erros		Acertos	
	n/total	%	n/total	%
Pré-teste	11/54	20,4	43/54	79,6
Pós-teste	2/54	3,7	52/54	96,3

p = 0,012

A tabela 5 revela o conhecimento do profissional em relação à “estratégia populacional”, “estratégia de alto risco” e “estratégia de baixo risco”. Quando se inquiriu sobre qual estratégia para a promoção da saúde o CD destinaria mais esforços, o resultado das respostas entre a aplicação do questionário pré e pós-teste foi estatisticamente significativo ( $p < 0,001$ ), tendo ocorrido um maior número de acertos no pós-teste. A porcentagem de profissionais que dedicariam mais esforços à estratégia populacional no pré-teste era de 19,3% (n=11) e foi para 77,2% (n=44) no pós-teste. O ganho de conhecimento foi de 71,7%.

**Tabela 5.** Conhecimento sobre “Estratégia Populacional” (referente à questão 10).

Momento	Erros		Acertos	
	n/total	%	n/total	%
Pré-teste	46/57	80,7	11/57	19,3
Pós-teste	13/57	22,8	44/57	77,2

p < 0,001

A tabela 6 traz os resultados relativos a qual grupo o CD investiria mais recursos e estratégias de promoção da saúde, nos próximos 20 ou 40 anos, mediante seu conhecimento prévio sobre CPOD, natalidade e mortalidade no Brasil. Pode-se notar que houve discordância na proporção de respostas no pré e no pós-teste.

**Análise em relação a bebês:**

A porcentagem de profissionais que investiriam **menos** recursos e estratégias de promoção da saúde em bebês, no pré-teste, era de 19,0% (n=12) e foi para 41,2% (n=26) no pós-teste, sendo estatisticamente significativo.

**Análise em relação a adultos:**

A porcentagem de profissionais que investiriam **mais** recursos e estratégias de promoção da saúde em adultos, no pré-teste, era de 12,7% (n=8) e foi para 22,2% (n=14) no pós-teste, sendo estatisticamente significativo.

**Análise em relação a idosos:**

A porcentagem de profissionais que investiriam **mais** recursos e estratégias de promoção da saúde em idosos, no pré-teste, era de 7,9% (n=5) e foi para 22,2% (n=14) no pós-teste, sendo estatisticamente significativo.

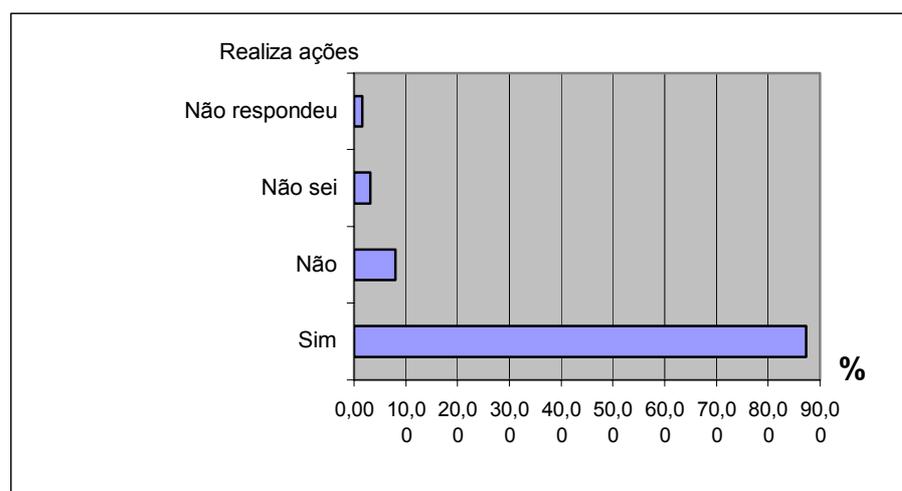
**Tabela 6.** Com seus conhecimentos sobre CPOD, natalidade e mortalidade no Brasil, em qual grupo você investiria mais recursos e estratégias de Promoção da Saúde nos próximos 20 – 40 anos?(referente à questão 11).

Importância *	Bebês		6 a 12 anos		Adolescentes		Adulto		Idoso	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
1	11	13	29	12	11	8	8	14	5	14
2	7	4	16	13	24	17	8	15	5	11
3	16	10	4	10	23	27	11	7	7	6
4	16	7	7	17	4	7	29	21	6	8
5	12	26	6	8	0	1	6	3	39	21
Sem informação	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
Total	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63

\* 1 mais recursos e estratégias e 5 menos recursos e estratégias

### 5.3 Práticas de promoção da saúde.

A figura 3 mostra que 87,3% (n=55) dos CDs relatam que o seu local de trabalho realiza ações de promoção da saúde (referente à questão 12).



**Figura 3** – O local de trabalho realiza ações de promoção da saúde

A tabela 7 relata que 60,3% (n=38) dos CDs afirmam que, na Unidade de Saúde, o controle da placa bacteriana (biofilme dental) é feito em todos os pacientes.

**Tabela 7.** Em sua Unidade de Saúde, o controle da placa bacteriana (biofilme dental) é feito em quais pacientes (referente à questão 13).

Pacientes	Frequência	% *#
Em todos os pacientes	38	60,3
Em pacientes de alto risco	21	33,3
Em nenhum paciente	4	6,3
Em pacientes de médio risco	3	4,8
Em pacientes de baixo risco	0	0,0

\* Total de respondentes 63

# Algumas pessoas assinalaram mais de uma resposta

Verificou-se, ainda, que 76,19% (n=48) declarou já ter participado de alguma ação relacionada à promoção da saúde, fora da Unidade Básica de Saúde (referente à questão 14).

A tabela 8 informa o local onde as ações relacionadas à promoção da saúde foram desenvolvidas, em maior número, pelos profissionais. Em primeiro lugar aparece escola com 79,2%, seguido por creche com 47,9%.

**Tabela 8.** Onde foi realizada a ação de promoção de saúde? (referente à questão 14.1).

Local	Frequência	% *#
Escola	38	79,2
Creche	23	47,9
Igreja	11	22,9
Outros	8	16,7
Grupo de terceira idade	7	14,6
Asilo	5	10,4
Empresa	0	0,0

\* Total de respondentes 48

# Algumas pessoas assinalaram mais de uma resposta

A tabela 9 expressa que 96,8% (n=61) dos CDs realizam aconselhamento, durante o atendimento ao paciente, sobre fatores de risco comuns para a saúde bucal e geral.

**Tabela 9.** Aconselham sobre fatores comuns de risco para a saúde bucal e saúde geral (referente à questão 15).

Aconselhamento	Nºde CD	%
Sim	61	96,83
Não	2	3,17
Total	63	100,00

A tabela 10 revela o fator de risco ou doença que o CD aconselha o seu paciente. O fator de risco mais aconselhado é tabagismo (55,7%) seguido por dieta e nutrição (49,2%).

**Tabela 10.** Qual fator de risco ou doença você mais aconselha o seu paciente? (referente à questão 15.1).

<b>Fator de risco ou doença</b>	<b>Frequência</b>	<b>% *#</b>
Tabagismo	34	55,7
Dieta/Nutrição	30	49,2
Hipertensão	18	29,5
Diabetes	17	27,9
Alcoolismo	16	26,2
Stress	8	13,1
Obesidade	6	9,8
DST	3	4,9
Outros	1	1,6

\* Total de respondentes 61

# Algumas pessoas assinalaram mais de uma resposta

A tabela 11 revela que 95,2% (n=60) dos CDs utilizam a explicação oral como principal recurso para aconselhar o paciente sobre fatores de risco ou de proteção para a saúde do mesmo.

**Tabela 11.** Qual tipo de recurso você mais utiliza para informar o paciente sobre fatores de risco ou de proteção para a saúde do mesmo? (referente à questão 16).

<b>Recurso</b>	<b>Frequência</b>	<b>% *#</b>
Explicação oral	60	95,2
Cartazes	8	12,7
Fotos	6	9,5
Panfletos	3	4,8
Filmes	2	3,2
Outros	1	1,6

\* Total de respondentes 63

# Algumas pessoas assinalaram mais de uma resposta

A tabela 12 expressa os resultados quanto ao número de CDs que já acompanharam ou não pacientes que gostariam de eliminar hábitos prejudiciais à saúde, desde o momento em que os pacientes manifestaram interesse, até a eliminação total do hábito. Verificou-se que 47,6% (n=30) dos CDs afirmam que já acompanharam contra 50,8% (n=32) que afirmou não ter acompanhado.

**Tabela 12.** Distribuição dos resultados segundo o número de CDs que já acompanharam ou não pacientes que gostariam de eliminar hábitos prejudiciais à saúde (referente à questão 17).

Acompanhou paciente	Nºde CD	%
Sim	30	47,62
Não	32	50,79
Não respondeu	1	1,59
Total	63	100,00

A tabela 13 traz os resultados relativos a quais eram os hábitos prejudiciais à saúde do paciente. O hábito que os CDs mais tem acompanhado é tabagismo (60,0%), seguido de hábitos parafuncionais (23,3%).

**Tabela 13.** Hábito acompanhado (referente à questão 17.1).

Hábito	Frequência	% * #
Tabagismo	18	60,0
Hábitos parafuncionais	7	23,3
Dieta	5	16,7
Alcoolismo	5	16,7
Higiene bucal insatisfatória	3	10,0

\* Total de respondentes 30

# Algumas pessoas assinalaram mais de uma resposta

A tabela 14 mostra que a estratégia mais utilizada pelos profissionais para ajudar o paciente a eliminar o hábito prejudicial à sua saúde foi aconselhamento/acompanhamento (56,7%) seguido de informação (43,3%).

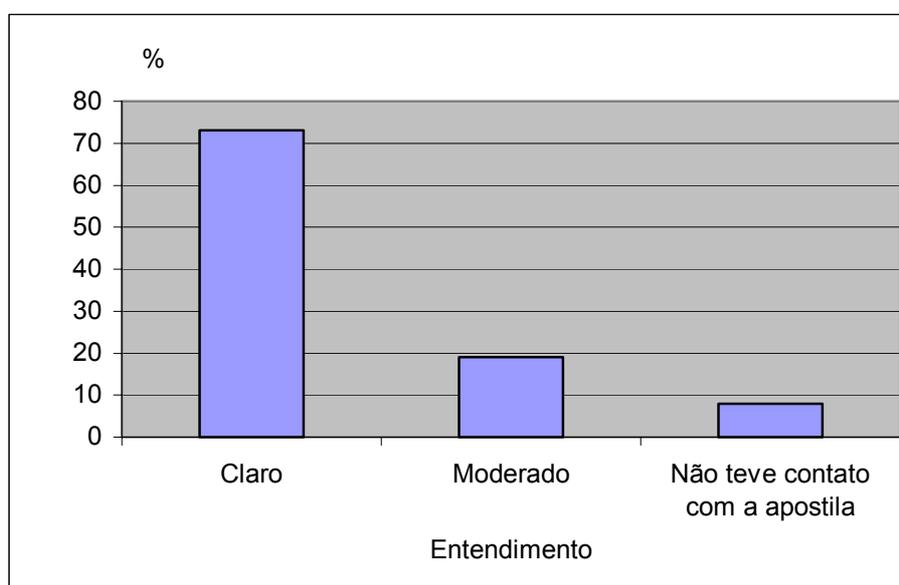
**Tabela 14.** Estratégia utilizada (referente à questão 17.1).

Estratégias	Frequência	% #
Aconselhamento/acompanhamento	17	56,7
Informação	13	43,3
Técnicas cognitivo-comportamentais	11	36,7
Encaminhamento	7	23,3
Recursos odontológicos	3	10,0

\* Total de respondentes 30

# Algumas pessoas assinalaram mais de uma resposta

A figura 4 informa o entendimento do conteúdo da apostila fornecida aos profissionais durante a pesquisa. Verificou-se que 73,0% (n=46) dos CDs declararam que entenderam claramente (referente à questão 18, pós-teste).



**Figura 4 –** Entendimento da apostila utilizada na pesquisa

## **6 DISCUSSÃO**

A preocupação com um estilo de vida saudável para garantir mais saúde e qualidade de vida tem sido foco, nestes últimos anos, da atenção de diversos setores da sociedade em nível mundial. A saúde da boca e o estado dos dentes constituem um dos aspectos mais visíveis da saúde de uma pessoa, existindo uma relação direta com a qualidade de vida do indivíduo.

Esta preocupação mundial com a qualidade de vida e o bem-estar é evidenciada durante as Conferências internacionais sobre promoção da saúde e também na Constituição de 1988, a qual coloca a saúde como direito de todos e dever do Estado. O discurso é bastante claro: Colocá-lo em prática, principalmente em um país de dimensão continental como o Brasil, com tantas diversidades e necessidades, é a dificuldade encontrada por diversas instâncias de governo, profissionais da saúde e sociedade.

O envelhecimento populacional pede mudanças nas ações de saúde. A possibilidade de um envelhecimento bem-sucedido, com o máximo de independência funcional, deve ser a meta a ser alcançada. Assim, a responsabilidade dos profissionais da saúde, principalmente daqueles que atuam na atenção básica, para capacitar a população a adotar um estilo de vida mais saudável, torna-se fundamental.

Inserido nesta tendência, este estudo procura avaliar o conhecimento do Cirurgião-Dentista sobre práticas de Promoção da saúde, verificar se as mesmas são realizadas nas Unidades de Saúde em que atuam e mensurar o impacto de informações sobre Promoção da Saúde, fornecidas por meio de uma apostila, sobre os mesmos.

O percentual de retorno dos questionários obtido no presente trabalho foi da ordem de 57,7%, semelhante aos obtidos por Gregório (1994), o qual obteve 65,7% e por Schalka & Rodrigues (1996), os quais obtiveram 53,4% ao realizarem

trabalhos com enfoque em promoção da saúde, enviando de forma semelhante questionários para profissionais da saúde.

Em relação à quantificação dos profissionais por especialidade ou não, verificou-se que mais da metade dos voluntários eram especialistas dentre os quais, observou-se uma grande participação dos especialistas em saúde coletiva. Esses dados levam a inferir que os serviços públicos de saúde precisam estar atentos à contratação de recursos humanos capacitados para atuarem na atenção básica. Recursos financeiros devem ser investidos para selecionar profissionais com perfil e formação em saúde coletiva ou áreas afins e não apenas contratar, para depois gastar grandes somas em treinamentos, com profissionais que não têm perfil e interesse pela atenção básica, comprometendo, assim, o sistema como um todo e prejudicando o maior interessado: a população.

Os dados da tabela 1 ilustram o conhecimento do profissional sobre a carta de Ottawa, documento considerado o marco teórico da promoção da saúde. A Carta de Ottawa (Ottawa,1996) declara que a promoção da saúde é destacada como defesa da causa da saúde, quer no plano individual ou coletivo: “A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida”.

A citada carta preconiza cinco campos de ação para a Promoção da Saúde:

1. elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis
2. criação de ambientes favoráveis à saúde
3. reforço da ação comunitária
4. desenvolvimento das habilidades pessoais
5. reorientação dos sistemas e serviços de saúde

Utilizando como referência o item 5 (“o papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência”), verificou-se que os profissionais de saúde do município de Campinas apresentaram um conhecimento

inadequado sobre a Carta de Ottawa antes da leitura da apostila, se considerarmos que são profissionais que atuam na atenção primária dentro do SUS, o qual pressupõe que se trabalhe com o conceito ampliado de saúde.

Não se encontrou na literatura estudos que utilizaram este tipo de análise sobre o nível de conhecimento sobre promoção da saúde antes e depois da aplicação de uma apostila específica. No entanto, diversos pesquisadores evidenciam os danos causados pela não reorientação dos sistemas e serviços de saúde e o impacto negativo das condições bucais na qualidade de vida e no bem-estar da população (Bernd *et al.*, 1992; Bordini, 1994; Freitas, 1993; Mendes, 2001; Moriguchi, 1992; Silva, 2000; Traebert, 1996; 1992; Unfer & Saliba, 2000).

Os profissionais de saúde bucal, principalmente aqueles dedicados à saúde coletiva, detêm a responsabilidade e também a confiança da população, para contribuir e conduzir uma política adequada de saúde bucal (Freire, 2000). Junta-se a isto o fato de que a prevenção primária deve ser o ideal buscado tanto pelo lado biológico como pelo econômico (Schalka & Rodrigues, 1996).

Segundo Sheiham (2001), futuras estratégias em busca da promoção da saúde deveriam levar em consideração a forma de remuneração dos dentistas e do pessoal auxiliar: “os sistemas de remuneração devem ser baseados em incentivos direcionados à promoção da qualidade dos serviços, no encorajamento à não intervenção e no respeito aos princípios da eficácia e eficiência.”

Avaliou-se o conhecimento dos profissionais sobre o significado da expressão “promoção da saúde”, sendo que 50,8% reportaram conhecer o significado, contudo com a aplicação da apostila, demonstraram que adquiriram conhecimento, pois a porcentagem de acertos subiu para 84% (**tabela 2**).

As estratégias de promoção da saúde realizadas no mundo inteiro têm se mostrado convincentes em modificar estilos de vida, bem como as condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde. “A Promoção da Saúde é um enfoque prático para a obtenção de maior equidade em saúde” (Brasil, 2001b).

Rocha (2001) discutiu que o tema promoção da saúde tem sido proposto no campo da saúde pública brasileira em diversas falas e publicações de profissionais da área de saúde. A autora discutiu, também, certa tendência à substituição do termo “educação em saúde” pelo termo “promoção da saúde”, este utilizado, de forma indiscriminada, nos mais diferentes contextos.

Baseado nesse contexto, Green *et al.* (2000) ainda chama a atenção para as várias definições e modelos de promoção da saúde que têm sido propostos, entretanto grande quantidade de atividades classificadas como ‘promoção da saúde’ por seus praticantes não são compatíveis com a maioria das definições. Assim, segundo o autor “uma iniciativa só pode ser classificada como Promoção da saúde se implicar no processo de capacitar ou atribuir poder a indivíduos ou comunidades”.

Sobre este tema, Weyne (2004) evidencia o impacto produzido pela adoção de uma nova sistemática de atenção baseada no paradigma da promoção de saúde, em um sistema odontológico coletivo privado do Rio de Janeiro, entre os anos de 1998 e 2003. Através dos resultados obtidos, foi possível concluir que as mudanças paradigmáticas e da sistemática do atendimento impactaram, positivamente, na atenção odontológica oferecida, tendo dado ao sistema um maior potencial de controle da atividade das doenças, além de levar a uma redução na quantidade geral de procedimentos restauradores realizados e de influenciar na escolha do tipo de restauração a ser inserida. Foram detectadas, também, importantes diminuições no quantitativo de cirurgias periodontais e de tratamentos endodônticos.

Na tabela 3 é abordada a questão do conhecimento do profissional em relação às expressões “promoção da saúde” e “prevenção de doença”. Foi questionado se as mesmas são ou não sinônimas. Notamos que a apostila fornecida permitiu que os profissionais adquirissem conhecimento sobre as diferenças.

Não encontrou-se na literatura trabalhos que fazem essa comparação antes e depois para esta questão específica, porém diversos estudiosos da promoção da saúde explicam as diferenças entre os dois conceitos (Buss, 2003; Guimarães, 2002; Lefèvre & Lefèvre, 2004; Leavell & Clark, 1976).

Segundo Guimarães (2002) “o enfoque da Promoção é sempre a saúde, já a Prevenção recai sobre a doença. A Prevenção da doença tem o objetivo de manter o *Status quo*, intervindo neste processo de tal forma que a mesma estacione ou regreda, reduzindo as conseqüências desse estado. Entretanto, apesar da Promoção da Saúde e a Prevenção da Doença serem atividades com objetivos distintos, ambos são complementares e não excludentes, sobrepõe-se em diversas situações e circunstâncias”.

Os resultados apresentados na tabela 4 mostram que os profissionais tinham um bom conhecimento que a promoção da saúde faz parte do primeiro nível de prevenção, segundo Leavell & Clark. Porém, a apostila mostrou que eles ganharam conhecimento. Desta forma, a educação continuada para reforçar o conhecimento dentro do sistema de saúde, é um importante ponto a ser considerado.

Ao analisar-se o conhecimento dos profissionais sobre as estratégias para a promoção da saúde, encontrou-se um baixo nível de conhecimento dos profissionais. Apenas 17,4% dedicariam mais esforços para a estratégia populacional, antes da leitura da apostila. Verificou-se a tendência do profissional em voltar mais esforços para a estratégia de alto risco. Este dado evidencia, segundo Brito & Litvoc (2004), que os profissionais precisam incorporar em seu cotidiano não somente o controle das doenças, mas e principalmente, o conceito de promoção da saúde (**tabela 5**).

Desta forma, Sheiham e Moysés (2000) concluem que a estratégia populacional é economicamente e socialmente mais aceitável, primeiramente por ser a abordagem baseada em tratamento odontológico, muito oneroso. Esses mesmos autores justificam tal afirmação ao discutirem o trabalho de Smales e Sheiham que calcularam que seriam necessários 160 dias por ano de “tempo de

cadeira” para tratar 1000 pacientes, usando as abordagens convencionais que são normalmente ensinadas nas Faculdades de Odontologia.

Na mesma linha, Narvai 2001, concorda que a fluoretação das águas de abastecimento público é a melhor relação custo-benefício, dentre todas as atividades específicas da prática odontológica. Manter um indivíduo beneficiado pela fluoretação da água ao longo de toda a sua vida custa o equivalente a uma única restauração dentária. Segundo Frias & Narvai (2003), o custo médio por habitante/ano na cidade de São Paulo no ano de 2003 foi de R\$0,08 (US\$ 0,03).

Em um estudo sobre a Odontologia no Programa Saúde da Família, no Rio de Janeiro, observou-se a redução significativa dos fatores de risco à cárie e à doença periodontal, assim como a diminuição das necessidades de tratamento em todo o grupo estudado. A citada estratégia baseou-se na promoção da saúde e o objetivo principal foi a incorporação de hábitos saudáveis que minimizassem a ocorrência das doenças da boca. Concluiu-se que esta estratégia viabiliza o desenvolvimento de uma odontologia mais resolutiva e integral (Brant, 1995).

Ao analisar-se o conhecimento prévio sobre CPOD, natalidade e mortalidade no Brasil, fez-se uma projeção para os próximos 20-40 anos. Pode-se notar que o profissional estava desatento em relação às mudanças que estão ocorrendo como: a diminuição do CPOD em crianças, a diminuição da natalidade e o aumento da taxa de idosos (segundo Brito & Litvoc 2004, estimativas apontam que o Brasil terá aproximadamente 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais em 2025). Pode-se notar, com a leitura da apostila, que o profissional ganhou conhecimento. A quantidade de profissionais que investiriam mais recursos e estratégias para a promoção da saúde em idosos, nos próximos 20-40 anos, aumentou significativamente após a leitura da apostila (**tabela 6**).

Diversos autores discutem a necessidade de reorientação dos serviços de saúde, em busca de maior equidade, na tentativa de contemplar a população idosa (Saliba *et al.*, 1995; pereira *et al.*, 1995; Brasil, 1986, 1996; Meneghim *et al.*, 2003).

Meneghim (2003) discutiu que o sucesso alcançado no controle da cárie na população infantil e a conseqüente diminuição dessa demanda deve ser utilizada para o planejamento de ações para outros grupos e faixas etárias, dando atualmente especial atenção ao adulto e ao idoso.

Ao perguntar-se aos profissionais se a sua Unidade Básica de Saúde realiza ações de promoção da saúde, 87,3% responderam sim (**figura 3**), sendo que 60,3% dos profissionais afirmaram que o controle do biofilme dental, na UBS, era feito em todos os pacientes (**tabela 7**).

O relato dos profissionais chama a atenção para os achados de Pereira *et al.* (1996), que descreve um estudo sobre a saúde periodontal, na faixa etária acima de 60 anos. Os autores constataram que aproximadamente de 79,8% das pessoas entrevistadas não tinham conhecimento sobre placa bacteriana (biofilme dental) (Pereira *et al.*, 1996).

Faz-se extremamente necessário, superar a relação unívoca e autoritária normalmente presente nos programas de saúde; a população é reduzida a mero objeto de serviços, sem expectativa ou vontade própria. A educação em saúde bucal tem sido uma via de mão única, do profissional para a população em geral (Botazzo, 1986; Carvalho, 1998).

Encontrou-se na literatura artigos como os de Aquilante *et al.*, 2003; Grande, 2002; Pompeu, 1997; Toassi & Petry, 2002; Vianna, 1986, os quais comprovam a eficácia do controle do biofilme dental. Este controle deveria fazer parte de um protocolo de atendimento de todo Cirurgião-Dentista, principalmente aqueles que trabalham na atenção básica e acabe com o mito segundo o qual só o caráter curativo contribui para o bem-estar e para a qualidade de vida

É interessante observar, tabela 8, que 76,2% dos Cirurgiões-Dentistas declararam já ter participado de alguma ação relacionada à promoção da saúde, fora da Unidade Básica de Saúde. Os locais onde os profissionais participaram de tais ações foram preferencialmente escolas e creches.

Ao analisarmos a tabela 8, percebeu-se uma baixa participação dos profissionais em asilo (10,4%) e grupos da terceira idade (14,6%).

Os resultados referente a baixa participação dos profissionais em programas de promoção da saúde destinada à população idosa também foram encontrados por Galan *et al.*, 1995; Pereira *et al.*, 1999; Rosa *et al.*, 1992; Souza *et al.*, 2001, como também, pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1988).

Os autores constataram que a maior parte da população idosa é desprovida de programas odontológicos que possam oferecer cuidados básicos preventivos. Os autores chamam a atenção dos Cirurgiões-Dentistas para tomarem conhecimento dessa situação e promovam a saúde desses pacientes ao invés de apenas tratá-los, pois o atendimento quando feito em estágio avançado aumenta os custos, causa desconforto, compromete a qualidade de vida e diminui as chances de um prognóstico favorável.

A falta de programas de promoção da saúde voltados para idosos reflete as precárias condições de saúde bucal desta população e é objeto de estudo.

Comparações sobre a situação da saúde bucal do idoso no Brasil através dos dados referentes ao levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado pelo Projeto SB/Brasil 2003, e aqueles encontrados no levantamento de 1996, constataram uma estagnação, nos últimos 15 anos, na prevalência da doença cárie para o indivíduo idoso, não havendo discrepância entre os resultados do CPO-D nos levantamentos epidemiológicos realizados em 1986 e 2003 para as idades de 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, ficando distante de alcançar, para essa população, as metas previstas pela Organização Mundial da Saúde e pela Federação Dentária Internacional para o ano 2000 (Meneghim, 2003; Saintrain & Souza, 2005).

É importante ressaltar que a alta prevalência de edentulismo na terceira idade, segundo Pucca Jr. (1998), revela a ineficiência das formas de planejamento de programas que possuem características excludentes de acesso. Para o autor, quando o edentulismo se manifesta, inexistiram ou fracassaram integralmente as medidas de atenção à saúde bucal.

Desta forma, quando são discutidas as condições de saúde da população idosa, a perda total de dentes (edentulismo) ainda é aceita pela

sociedade e pelos odontólogos como algo normal e natural com o avanço da idade, e não como reflexo da falta de políticas de promoção da saúde, destinadas principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas (Bernd *et al.*, 1992; Pucca jr., 1998; Rosa *et al.*, 1992; Unfer e Saliba, 2000).

Diante desse quadro, a atenção do profissional e do Sistema de Saúde deve voltar-se à mudança do perfil populacional e prepara-se para esta nova realidade, pois o não investimento em políticas de promoção da saúde, para adultos e idosos em odontologia, reflete em condições de saúde bucal muito precárias.

Os dados apresentados pela tabela 9 revelam que a grande maioria dos profissionais (96,8%) aconselha o paciente, durante o atendimento, sobre fatores de risco comuns para a saúde bucal e saúde geral. É importante que o Dentista assuma a responsabilidade de estimular o paciente a adotar um estilo de vida mais saudável. Desta forma, estará contribuindo para uma melhor qualidade de vida do paciente e ao mesmo tempo, valorizando a profissão perante a sociedade.

Sheiham & Moysés (2000) apontam que “A Nova Saúde Pública não é mais orientada para doenças tratadas separadamente. O conceito chave, sublinhando a abordagem de risco comum, é que a promoção da saúde geral, através do controle de um número pequeno de fatores de risco, pode ter grande impacto em um número significativo de doenças, e a um custo menor que abordagens para doenças específicas. Uma economia considerável pode ser feita através do trabalho coordenado”.

Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer), tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes (Brasil, 2004a).

Um estudo sobre a associação entre atividade física e outros comportamentos relacionados à saúde com 11.631 adolescentes americanos, em dados coletados durante 1990 no Projeto *Youth Risk Behavior survey*, mostrou que o baixo nível de atividade física foi associado ao uso de tabaco e maconha (Pate *et al.*, 1996).

Segundo Patrick *et al.* (1997) foi criado nos Estados Unidos o Projeto PACE (Physician – Based Assessment and Counseling for Exercise), visando desenvolver e avaliar o aconselhamento de médicos na prevenção primária, através da criação de protocolos estruturados de aconselhamento realizado em curto intervalo de tempo (3-5 minutos). O aconselhamento foi baseado nos “Estágios de Mudança” que têm como objetivo orientar os indivíduos de acordo com o estágio de comportamento em que se encontram.

A tabela 10 mostra que, o fator de risco mais aconselhado pelo dentista foi o tabagismo (55,7%) e 95,2% dos profissionais utilizam a explicação oral como principal recurso para aconselhar o paciente sobre fatores de risco ou de proteção para a saúde do mesmo.

Encontrou-se um percentual de resposta favorável, mais alto que os descritos por Soares *et al.* (2005), que desenvolveram um estudo, no Brasil, com 240 jovens (12-20 anos) com o objetivo de investigar a atuação do Dentista em relação ao hábito do tabagismo mostrou que apenas 8,6% dos entrevistados relataram que o dentista questionou sobre o hábito do tabagismo e 12,2% informou que recebeu alguma informação do dentista sobre o efeito maléfico do cigarro. Conclui-se que, de acordo com o relato dos adolescentes, a maioria dos dentistas não aborda os jovens com relação ao tabagismo, assim como não alerta para seus efeitos nocivos.

Em outro estudo realizado com dentistas, pediatras, médicos da família, cujo objetivo era o de verificar se os profissionais aconselhavam seus pacientes a não fumarem. Concluiu-se que a maioria dos dentistas e médicos da família desconhecia o fato de seus pacientes fumarem e poucos dos profissionais citados aconselhavam seus pacientes a não fumar (Gregório, 1994).

No entanto, a Organização Mundial da Saúde lançou um código de conduta para que os profissionais de saúde (dentistas, farmacêuticos e médicos) parem de fumar e estimulem, desta forma, outras pessoas a deixar o vício do tabaco. Está provado que a influência dos profissionais de saúde é um dos principais métodos capazes de fazer com que os fumantes abandonem o vício (Brasil, 2004c).

A tabela 12 mostra que mais da metade dos profissionais (50,8%), afirmou não ter acompanhado pacientes que gostariam de eliminar hábitos prejudiciais à sua saúde, desde o momento em que o paciente manifestou interesse, até o momento da eliminação total do hábito. Estes dados reforçam que ainda permanece um estágio de conhecimento e/ou motivação inadequados por parte dos profissionais para capacitarem os seus pacientes a promover um estilo de vida mais saudável.

Os dados contidos na tabela 12 mostram que 47,6% dos Cirurgiões-Dentistas declararam ter acompanhado um paciente que gostaria de eliminar um hábito prejudicial à sua saúde. O hábito mais acompanhado pelos profissionais foi o tabagismo (60,0%) (**tabela 13**) e a estratégia mais utilizada para ajudar o paciente foi o aconselhamento/acompanhamento (56,7%) (**tabela 14**).

É importante ressaltar que, os profissionais que aconselham os seus pacientes a adotarem um estilo de vida mais saudável, estão de acordo com recomendações de um grupo tarefa de Serviços de Prevenção Norte-Americana e a Associação Americana do Coração, os quais recomendam que todos os provedores de cuidado primário à saúde ofereçam aos seus pacientes aconselhamento para promover um estilo de vida ativo, uma dieta saudável e a interrupção de Hábitos como o fumo, como parte do exame de saúde preventiva (CDC, 1993).

Este aspecto já era reforçado por Leavell & Clark (1976): “toda doença que leve o paciente ao profissional da saúde oferece uma oportunidade para aconselhamento; não apenas no que se refere ao tratamento daquela doença específica, mas também no que concerne à manutenção da saúde potencial que

resta ao paciente. A extensão deste aconselhamento ao resto da família do paciente pode ter um efeito considerável na promoção e manutenção da saúde de um maior número de indivíduos”.

Os profissionais precisam receber informações continuamente, considerando a melhora apresentada nesta análise. Programas de capacitação, voltados à promoção da saúde, poderiam ser incluídos nos diversos treinamentos ou reuniões oferecidos pelo Sistema de saúde.

Os dados apresentados pela figura 4 mostram que os profissionais do serviço municipal de saúde da cidade de Campinas revelaram ter adquirido conhecimento sobre promoção da saúde, por meio da apostila fornecida durante a pesquisa. Destes, 73,0% declararam que entenderam claramente o conteúdo da apostila. O percentual de acertos, após a leitura da apostila, foi maior em todas as questões analisadas antes e depois, sendo estatisticamente significativa.

Pesquisas futuras são necessárias, com a finalidade de saber se o conhecimento adquirido tem se transformado em prática e conduzido à melhora na saúde da população.

## **7 CONCLUSÃO**

Diante dos resultados do presente estudo, conclui-se que:

Existia uma deficiência de conhecimento técnico sobre promoção da saúde, contudo os profissionais do serviço municipal de saúde de Campinas adquiriram conhecimento sobre promoção da saúde, por meio da apostila fornecida, durante a pesquisa. O percentual de acertos, no pós-teste, foi maior em todas as questões analisadas pré e pós-teste, sendo estatisticamente significantes.

## REFERÊNCIAS\*

1. Agresti A. **Categorical Data Analysis**. New York: Wiley; 1990. 558p.
2. Aldana SG. Financial Impact of Health Promotion Programs: A comprehensive Review of the Literature. **Am J Health Promote**. 2001; 15(5): 296-320.
3. Amorim VCSA. **Visão que a criança tem do dentista através da interpretação de desenhos: um feedback para o profissional** [dissertação]. Camarajibe: Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco; 1994.
4. Aquilante AG, Almeida BS, Castro RFM, Xavier CRG, Peres SHCS, Bastos JRM. A importância da educação em saúde bucal para pré-escolares. **Rev Odontol UNESP**. 2003; 32(1): 39-45.
5. Araújo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. **Inf Epidemiol SUS**, CENEPI, M. Saúde, 2: 5 –16, 1992. *Apud* Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Op. cit.* Ref. 109.
6. Arouca AS. **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina** [tese]. Campinas: UNICAMP; 1975. *Apud* Serrano *Op. cit.* Ref. 111.
7. Azevedo CSC. **Promoção da Saúde: uma experiência baseada na antroposofia: o caso da favela Monte Azul** [tese]. São Paulo: USP/FSP; 1999.
8. Bastos JRM, Lopes ES, Ramires I. **Manual de odontologia preventiva & social**. 4.ed. Bauru: FOB/ USP; 2001. 284p.

\* de acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseado no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

9. Bernd B, Sousa CB, Lopes CB, Pires FMF, Lisboa IC, Curra LCD *et al.* Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. **Saúde em Debate**. 1992; 34: 33-39.
10. Bordini PJ. **Aspectos epidemiológicos do câncer bucal, análise através da mortalidade** [dissertação]. São Paulo: USP/ FO; 1994.
11. Botazzo C. Democracia, participação popular e programas comunitários. **Saúde em Debate**. 1986; 18: 36-41.
12. Brant A. **Promoção de saúde bucal no Programa Saúde da Família – Paquetá – RJ**. Rio de Janeiro: Cedaps; 1995.
13. Brasil. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, de 10 a 12 de outubro de 1986. Brasília: UnB; 1986.
14. Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: IMESP; 1988a.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986**. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Bucal & Fundação Serviços de Saúde Pública; 1988b. 137p. Série C: Estudos e Projetos, 4
16. Brasil. Lei 8.080/90. **Diário Oficial da União** 1990 Set 19.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Bucal**. Brasília, DF, de 25 a 27 de setembro de 1993. Brasília: CFO; 1993.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS. 01/96. **Diário Oficial da União** 1996 Nov. 06.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** 1999 Dez 13: 20-24. Seção 1 n. 237-E.
20. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000**. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica: portaria de incentivos financeiros. Disponível em: URL: <<http://www.saude.gov.br/programas/bucal/principal.htm>>. [2000 Dez 14].
21. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. Promoção da Saúde. **Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundswall, declaração de Santa-fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega países e Declaração do México**. Tradução de Le Fonseca e R Fernandez. Brasília: Ministério da Saúde; 2001a.
22. Brasil. Ministério da Saúde. **A Reorientação das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal; 2001b.
23. Brasil. Ministério da saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Documentos e Informação/SAA/SE; 2002a. 48p.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família**: equipes de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b.
25. Brasil. Ministério da saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Disponível em : URL: <<http://www.saude.gov.br>> [2004a Maio 14].
26. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003, Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados Principais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b. 51p.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Bucal**. Brasília, DF, de 29 de julho a 01 de agosto de 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2004c. 148p.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Programas da Saúde. **Brasil Sorridente**. Disponível em: URL: <<http://www.saude.gov.br>> [2004d Set 28].
29. Brito FC, Litvoc J. **Envelhecimento**: prevenção e promoção da saúde. 2.ed. São Paulo: Atheneu; 2004. p.1-16.
30. Buischi Y. Situação passada e atual da cárie dentária no Brasil. *In*: Rode SM, Gentil SN. **Atualização clínica em odontologia**. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p.561-572.
31. Buss PM. Promoção da Saúde na infância e na adolescência. **Rev Bras Saúde Materno Infantil** 1(3). 2001. *Apud* Ferreira JR, Buss PM. *Op. cit.* Ref. 45.
32. Buss PM. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. *In*: Czeresnia D, Freitas CM. **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.15-38.
33. Campos GWS. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec; 2003. p.153-166.
34. Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev Saude Publica**. 1997; 209-13.
35. Carrascoza KC, Possobon RF, Tomita LM, Moraes ABA, Pereira FR, Costa JR A. Evaluation of a Pregnant Guidance Program. **Revista de Saúde Pública** [Enviado para apreciação pelo Corpo Editorial da em Outubro de 2005].
36. Carvalho MB. **Um retrato da saúde bucal: representação de mães e auxiliares de creche e a condição oral de crianças pré-escolares** [dissertação]. São Paulo: USP/FSP; 1998.

37. Centers for Disease Control and Prevention. Public Health Focus: Physical Activity and the Prevention of Coronary Heart Disease. **MMWR (Morb and Mortal Weekly Rep)**. 1993. 42(35): 669-672.
38. Chaves MM. **Odontologia Social**. 2.ed. Rio de Janeiro: Labor do Brasil; 1997. p.99-146.
39. Coalition for Oral Health. Oral health care is critical to Health Care reform. Washington, D. C. **Mimeo**, 1993. *Apud*. Pinto VG. *Op. cit.* Ref. 99.
40. Costa JE, Marcos B. Determinação da necessidade de tratamento periodontal da população. **Arq Cent Estudo Curso de Odontol**. 1990; 27: 39-48.
41. Costa MFFL, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo de mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Inf Epidemiol SUS**. 2000; 9(1): 23-41.
42. Czeresnia D, Freitas CM. O Conceito de Promoção de Saúde e a diferença entre Prevenção e Promoção. *In*: Czeresnia D, Freitas CM. **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.39-53.
43. Draibe S. O Welfare State no Brasil: Característica e perspectivas. *In*: **XII Encontro Anual da ANPOCS**, 1988. Aguás de São Pedro.
44. ENATESPO 7. **Documento final do 7. ENATESPO**, 1990, Porto Alegre.
45. Fédération Dentaire Internationale. Necesidades de salud bucal del anciano. **FDI Dental World**. 1993; 2: 13-15.

46. Ferreira JR, Buss PM. O que o Desenvolvimento Local tem a ver com a Promoção da Saúde. *In*: Zancan L, Bodstein R, Marcondes WB, organizadores. **Promoção da Saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local: A Experiência de Manginhos – RJ**. 2.ed. Rio de Janeiro: Abrasco; 2002. p.15-37.
47. Ferreira ABH. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986. *Apud*. Czeresnia D, Freitas CM. *Op. cit.* Ref. 41.
48. Franco A. Somente o desenvolvimento sustentável pode superar a pobreza no Brasil. **Rev Promocao Saude**. 1999; 1(2): 15-18.
49. Freire MCM. Dieta, saúde bucal e saúde geral. *In*: Buischi Y. P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 247-278.
50. Freire P. **Extensão ou comunicação**. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 1972. *Apud* Lefevre F, Lefevre MC. *Op. cit.* Ref. 73.
51. Freire P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 30.ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 1996.
52. Freitas SFT. Políticas de formação de Recursos Humanos em Programas Comunitários de Saúde Bucal. **Saude em Debate**. 1993; 40: 43-53.
53. Frenk J *et al*. La transición epidemiológica en América Latina. **Boletim de L Oficina Sanitaria Panamericana**. 1991. v. 111; p. 485-96. *Apud* Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Op. cit.* Ref. 109.
54. Frias AC, Narvai PC. Custo-Efetividade da Fluoretação das Águas de Abastecimento Público no Município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**. 2004; n esp. [CD-ROM]
55. Galan D, Brex M, Heath MR. Oral health status of a population of community-dwelling older Canadians. **Gerontology**. 1995; 12(1): 41-48.

56. Geissler CA, Bates JF. The nutritional effects of tooth loss. **Am J Clin Nutr.** 1984; 39(1): 478-489.
57. Gestão de Saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância - Rio de Janeiro: Fiocruz: UNB; 1998. 3v.
58. Glezer A, Nascimento CMR, Brito DP, Alvarenga GS, Atta JA, Gutierrez EB *et al.* Práticas Preventivas na Atenção Primária a Saúde. *In:* Ferreira Jr M. **Saúde no Trabalho.** São Paulo: Roca; 2000. p.115-136.
59. Gonçalves MRR. **Alterações sistêmicas resultados de disfunções buco-maxilo-faciais.** Curitiba: mimeo; 1986.
60. Grande RHM. **Prevenção e Promoção da Saúde Dental** [tese]. São Paulo: USP/FO; 2002.
61. Gregório DI. Counseling adolescents for smoking prevention: a survey of primary care physicians and dentists. **Am J Public Health.** 1994; 84(7): 1151–1153.
62. Green LW, Rootman I, Poland BD. The settings approach to health promotion. *In:* Poland BD, Green LW, Rootman I, editors. **Settings for health promotion - linking theory and practice.** London: Sage; 2000.
63. Guimarães GRA. **Promoção da saúde na escola: saúde bucal como objeto de saber** [dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP; 2003.
64. Guimarães MA. **As Conferências Internacionais da Promoção da Saúde e Contribuições para a Formação em Saúde Pública no Brasil** [dissertação]. São Paulo: USP/FSP; 2002.
65. Gutierrez ML *et al.* **La promoción di salud.** *In:* Arroyo HV, Cerqueira MT, organizadores. **La promoción di salud y la Educación para la Salud en América Latina.** San Juan: Editora de La Universidad di Puerto Rico; 1997. *Apud* Buss PM. *Op. cit.* Ref. 32.

- 
66. Hebling E. Prevenção em Odontogeriatrics. *In*: Pereira AC, organizador. **Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 426-437.
  67. Jacob Filho W, Sitta M. Interprofissionalidade. *In*: Papaléo Neto M, organizador. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 440-450.
  68. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev Saude Publica**. 1987; 21(3): 200-210.
  69. Kina S, Conrado CA, Brenner AJ, Kurihara E. O ensino da estomatogeriatrics no Brasil: A experiência da Maringá. **Rev Fac Odontol Univ Sao Paulo**. 1996; 10: 69-73.
  70. Klingerman J. Fundamentos para uma Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. **Rev Bras Cancerol**. 2002; 48(1): 3-7.
  71. Labonte R. Health promotion and the common good: towards a politics of practice. **Critical Public Health** 1998; 2(8). *Apud* Lefevre F, Lefevre MC. *Op. cit.* Ref. 73.
  72. Lalonde MO. O conceito de “campo de saúde”: Uma perspectiva canadense. *In*: Organização Panamericana de Saúde. **Promoção da Saúde: uma antologia**. Washington; 1996. p.3-5. Publicação Científica, 557.
  73. Leavell HR, Clark EG. **Medicina Preventiva**. Tradutores: Donnangelo MCF, Goldbaum M, Ramos US. São Paulo: Mc-Hill do Brasil; 1976. p.13-19.
  74. Lefèvre F, Lefèvre MC. **Promoção de Saúde a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004. p.27-47.
  75. Liggett M. the Coalition for oral health’s position on Health care Reform. **Journal of Dental Education**, 1994; 58(4): 298-300. *Apud*. Pinto VG. *Op. cit.* Ref. 99.
  76. Locker D, Slade G. Oral health and the quality of life among older adults: The oral health impact profile. **J Can Dent Assoc**. 1993; 59: 830-838.

- 
77. Maltz M, Carvalho J. Diagnóstico da Doença Cárie. *In*: Kriger L. **Promoção de Saúde Bucal**. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1997.
  78. Mastrantonio SS, Garcia PPNS. Programas educativos em saúde bucal: revisão da literatura. **JBP J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**. 2002; 5(25): 215-222.
  79. Mckeown T, Record RG, Turner RD. An Interpretation on the decline of mortality in England and Wales during the 20<sup>th</sup> century. **Population Studies** 1974; 29: 391-422. *Apud* Buss PM. *Op. cit.* Ref.32.
  80. Mendes EV. **Uma agenda**. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 1996c.
  81. Mendes W. **Home Care**: Uma modalidade de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade; 2001.
  82. Meneghim MC. **Odontogeriatrics: epidemiologia das doenças bucais, assistência odontológica e perspectivas futuras**. [tese]. Piracicaba: UNICAMP/FOP; 2003.
  83. Meneghim MC, Saliba NA. Condições de saúde bucal da população idosa de Piracicaba -1998. **RPG**. 2000; 7(1): 7-13.
  84. Miguel S. A busca do bem estar nas Américas. **Jornal da Usp**. São Paulo, 2002 Nov 25, n. 623.
  85. Moriguchi Y. Aspectos geriátricos no atendimento odontológico. **Odontólogo Moderno**. 1992; 19: 11-13.
  86. Moysés SJ. O conceito de promoção da saúde na construção de sistemas de atenção em saúde bucal coletiva. *In*: Kriger L, coordenador. **Aboprev**: promoção de saúde bucal. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p.374-375.
  87. Moysés ST, Watt R. Promoção de Saúde Bucal – Definições. *In*: Buischi YP. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p.3-22.

88. Moysés ST, Rodrigues CS. Ambientes saudáveis: uma estratégia da saúde bucal de crianças. *In: Bönecker M, Sheiham A. **Promovendo saúde bucal na infância e na adolescência**: conhecimentos e práticas.* São Paulo: Santos; 2004. p.81-96.
89. Moysés SJ. Ciclo de vida individual e comunitária: A criança saudável como precursora da sociedade saudável. *In: Bönecker M, Sheiham A. **Promovendo saúde bucal na infância e na adolescência**: conhecimentos e práticas.* São Paulo: Santos; 2004. p.162-175.
90. Narvai PC. **Vigilância Sanitária da Fluoretação das Águas de Abastecimento Público no Município de São Paulo, Brasil, no Período 1990 1999** [tese]. São Paulo: USP/FSP; 2001.
91. O'Donnell MP. Definition of Health Promotion: Part III: Expanding the definition. **Am J Health Promot.** 1989; 3(3): 5.
92. Oliveira AGRC, Souza ECF. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. *In: **Odontologia social, textos selecionados.*** Natal: UFRN; 1998. p.114-121.
93. Opperman R, Gomes SC. Periodontia em saúde pública. *In: Tunes UR, Rapp GE. **Atualização em Periodontia e Implantodontia.*** São Paulo: Artes Médicas; 1999.
94. Pate RR, Heath GW, Dowda M, Trost SG. Associations between physical activity and other health behaviors in a representative sample of US adolescents. **Am J Public Health.** 1996; 86(11): 1577-1181.
95. Patrick K, Calfas KJ, Wooten WJ, Lonk BJ, Sallis JF. The impact of health – care providers on physical. *In: Leon AS, editor. **Physical Activity and Cardiovascular Health – A National Consensus.*** Champaign: Human Kinetics; 1997.

96. Penteado RZ, Silva RC, Sacardo GA, Pereira IMTB, Westphal MF. Avaliação em projetos de Promoção da Saúde Bucal: uma análise de uma experiência. **Saúde em Revista**. 1999: 21-30.
97. Perreira AC, Queluz DP, Meneghim MC, Castellanos RA, Silva SRC, Watanabe MCG. Condições periodontais em idosos usuários do centro de saúde "Geraldo de Paulo Sousa", São Paulo, Brasil. **Rev Fac Odontol Lins**. 1996; 9(1): 20-25.
98. Perreira AC, Silva FRB, Meneghim MC. Prevalência de cárie e necessidade de prótese em uma população geriátrica institucionalizada da cidade de Piracicaba. **ROBRAC**. 1999; 8(26): 17-21.
99. Petry PC, Pretto SM. Educação e Motivação em Saúde Bucal. *In*: Kriger L, coordenador. **Aboprev**: promoção de saúde bucal. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p.365-366.
100. Pinto VG. **Saúde bucal coletiva**. 4.ed. São Paulo: Santos; 2000. p. 92.
101. Pompeu JGF. **Avaliação da eficácia de programa odontológico de motivação continuada para estabelecimento e manutenção da higiene bucal** [tese]. Camaragibe: Fundação Universidade de Pernambuco/Faculdade de Odontologia; 1997.
102. Pucca Jr GA. **Perfil do edentulismo e do uso de prótese dentária em idosos residentes no município de São Paulo** [dissertação]. São Paulo: UNIFESP/FM; 1998.
103. Pucca Jr GA. **A saúde bucal do idoso? Aspectos demográficos e epidemiológicos**. Medcenter, 2000. Disponível em: URL: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=81idesp=19&ler=5> [2003 Maio 20].
104. Raphael D. The question of evidence in health promotion. **Health Promot Int**. 2000; 15(4): 355-367.

105. Rego NC, Rego NGC, Silva Jr O, Silva DF. Programa de saúde em Odontologia: breves considerações básicas. **Rev Bras Odontol.** 1997; 54(5): 265-270.
106. Rocha DG. **O movimento da Promoção da Saúde da década de 90: Um estudo do seu desenvolvimento e difusão na saúde pública brasileira** [tese]. São Paulo: USP/FSP; 2001.
107. Roncalli AG. **A Organização da Demanda em Serviços Públicos de Saúde Bucal; Universalidade, eqüidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva** [tese]. Araçatuba: UNESP/FOA; 2000.
108. Roncalli AG. O Desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. *In:* Pereira. AC, organizador. **Odontologia em saúde bucal coletiva: Planejando ações e promovendo saúde.** Porto Alegre: Artmed; 2003. p.28-49.
109. Rosa AGF, Fernandez RAC, Pinto VG, Ramos LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). **Rev Saude Publica.** 1992; 26: 155-160.
110. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. **Epidemiologia & saúde.** 5.ed. São Paulo: Medsi; 1999. p.285-298.
111. Saintrain MV, Souza EHA. Saúde bucal do idoso: desafio a ser perseguido. **Odontol Clin Cient.** 2005; 4(2): 127-132.
112. Serrano MM. A promoção da saúde e suas perspectivas. *In:* Sperandio AMG, organizadora. **O Processo de Construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis.** Campinas: Ed. UNICAMP; 2004. p.37-47.
113. Schalka MMS, Rodrigues CRD. A importância dos médicos pediatras na promoção da saúde bucal. **Rev Saude Publica.** 1996; 30(2): 179-186.

- 
114. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Finch S, Walls AWG. The impact of oral health on stated ability to eat certain foods; findings from the National Diet and Nutrition Survey of older people in Great Britain. *Southwest Harbor Gerodontology*. 1999; 16(1): 11-20.
  115. Sheiham A, Moysés SJ. O papel dos profissionais de saúde bucal na Promoção da Saúde. *In: Buischi YP. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p.23-37.
  116. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Lowe C, Finch S, Bates CJ *et al*. The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. *J Dent Res*. 2001; 80(2): 408-413.
  117. Sheiham A. strategies for promoting oral health care. *Rev Bras Odont saúde Coletiva*. 2001; 2(1): 7-24.
  118. Shinkai RSA, Cury AADB. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para atenção intergral ao idoso. *Cad Saude Publica*. 2000; 16(4): 1099-1109.
  119. Sigerist H. The Social Sciences in the Medical School. *In: Sigerist H. The University at the Crossroad*. Nova York: Henry Schumann Publisher; 1945. *Apud Mendes EV. Op. cit. Ref. 79*.
  120. Silva DRAD. **Percepção de condições da saúde bucal em adultos trabalhadores** [dissertação]. São Paulo: USP/FSP; 2000.
  121. Silvestre JÁ, Neto MMC. Abordagem do idoso em programas dae saúde da família. *Cad Saude Publica*. 2003; 19(3): 839-847.
  122. Soares EA, Nascimento DL, Feitosa S, Colares V. Participação do odontólogo na prevenção do tabagismo entre adolescentes. *Odontol Clin Cient*. 2005; 4(2): 121-126.

123. Souza VMS, Pagani C, Jorge ALC. Odontogeriatria: sugestões de um programa de prevenção. **Rev Pós-Grad Fac Odontol S J dos Campos**. 2001; 4(1): 56-62.
124. Strayer MS. A description of dental public health programs for the elderly. **J Public Health Dent**. 1993; 53(2): 83-87. *Apud* Meneghim MC. *Op. cit.* Ref. 81.
125. Strauss RP, Hunt RJ. Understanding the value of teeth to older adults: Influences on the quality of life. **J Am Dent Assoc**. 1993; 124: 105-110.
126. Terris M. Concepts of health promotion: dualities in public health theory. *In*: Organização Mundial da Saúde. Organização Panamericana de Saúde. **Health Promotion: an anthology**. Washington: OPAS; 1996. p.34-40.
127. Terris M. Public health policy for the 1990s. **Ann Review of Public Health** 1990; 11: 39-51. *Apud* Czeresnia D, Freitas CM. *Op. cit.* Ref. 41.
128. Toassi FC, Petry PC. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. **Rev Saude Publica**. 2002; 36(5): 634-637.
129. Tommasi AF, Garrafa W. **Câncer bucal**. São Paulo: Medisa; 1980. p.24-137.
130. Traebert JL. Implicações de custo financeiro e recursos humanos em assistência odontológica no Brasil segundo o modelo escandinavo. **Rev Saude Publica**. 1996; 30(6): 519-525.
131. Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Rev Saude Publica**. 2000; 34(2): 190-195.
132. Vasconcellos IC, Vasconcellos MF, Silva AMM. A relação paciente-profissional na promoção da saúde bucal. **Rev Bras Odontol**. 2000; 57(4): 214-216.

133. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad Saude Publica**. 2003; 19(3): 705-715.
134. Vianna RBC. **A utilização do fio dental e suas perspectivas como um auxiliar na promoção de saúde oral** [tese]. Rio de Janeiro: UFRJ/FO; 1996.
135. Volscan BCG, Soares EL, Corvino M. Perfil do profissional de Saúde da Família. **Rev Bras Odontol**. 2002; 59(5): 314-316.
136. Werneck MAF. **A Saúde Bucal no SUS: Uma perspectiva de mudança**. [tese]. Niterói: UFF/FO; 1994.
137. Werner CW, Sauders MJ, Paunovich E, Yeh CK. Odontologia geriátrica **Rev Fac Odontol de Lins**. 1998; 11(1): 62-70.
138. Westphal M. Promover saúde é promover vida. **J CREMESP**, São Paulo, 2002 Nov, n. 183.
139. Weyne SC. **Impacto da sistematização de uma prática de promoção de saúde dos procedimentos clínicos em um atendimento coletivo** [tese]. Rio de Janeiro: UFRJ/FO; 2004.
140. World Health Organization. United Nations Children's Fund. **Primary Health Care: report of the international Conference on PHC, Alma-Ata, USSR, 1978**. Geneva: WHO; 1978.
141. World Health Organization. **A review of current recommendations for the organization for the organization and administration of community oral health services in Northern and western Europe**: Report of a WHO Workshop. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1982.
142. World Health Organization. **Global School-based student health survey**. Geneva: WHO; 1997. Disponível em: URL: <<http://www.who.int/school-youthhealth>>. [1997 Dec 04].

143. World Health Organization. **The World Oral Health report, 2003. Continuous improvement of oral Health in the 21<sup>st</sup> century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme.** Geneva: WHO; 2003.
144. World Health Organization. **The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World.** Disponível em: URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkokcharter/en> [2005 Oct 16].
145. Zanetti CHG. **As marcas de mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80** [dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP/FOC; 1993.

## ANEXO 1

	<b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> <b>FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA</b> <b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS</b>	
<b>CERTIFICADO</b>		
<p>O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "A promoção da Saúde como estratégia para o fortalecimento da Saúde bucal no município de Campinas", protocolo nº 167/2004, dos pesquisadores MARCELO DE CASTRO MENEGHIM e EDNALVA MARIA DE SOUSA, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 12/04/2005.</p>		
<p>The Research Ethics Committee of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that project "Health promotion as strategy for reinforcement of oral health in the city of Campinas", register number 167/2004, of MARCELO DE CASTRO MENEGHIM and EDNALVA MARIA DE SOUSA, comply with the recommendations of the National Health Council – Ministry of Health of Brazil for researching in human subjects and was approved by this committee at 12/04/2005.</p>		
 Cinthia Pereira Machado Tabchoury	 Jacks Jorge Júnior	
Secretária CEP/FOP/UNICAMP	Coordenador CEP/FOP/UNICAMP	
<small>Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.          Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.</small>		

## ANEXO 2

### QUESTIONÁRIO:

1. Você é especialista em alguma área?  
A ( ) Sim                      B ( ) Não
  
- 1.1 Caso tenha marcado Sim na questão anterior, em qual especialidade você está inscrito no Conselho Regional de Odontologia?  
A ( ) Cirurgia                      G ( ) Implantodontia                      M ( ) Dentística  
B ( ) Saúde Coletiva                      H ( ) Endodontia                      N ( ) Ortondontia  
C ( ) Periodontia                      I ( ) Radiologia                      O ( ) Ortopedia  
D ( ) O. Legal                      J ( ) Estomatologia                      P ( ) Prótese.  
E ( ) O. Pediatria                      K ( ) O. Geriatria                      Q ( ) O. Trabalho  
F ( ) Disfunção de ATM                      L ( ) Pacientes Especiais
  
2. Você é formado há quanto tempo?  
A ( ) Até 2 anos                      B ( ) Até 5 anos  
C ( ) Até 10 anos                      D ( ) Mais de 10 anos
  
3. A sua jornada de trabalho, no serviço público é de quantas horas semanais?  
A ( ) 20 horas                      B ( ) 30 horas  
C ( ) 40 horas                      D ( ) 36 horas
  
4. Você considera que foram suficientes as informações recebidas por você, até o presente momento, sobre Promoção de Saúde?  
A ( ) Sim                      B ( ) Não



- 
9. Segundo Leavell e Clarck, a Promoção da Saúde está incluída em **qual** “nível de prevenção?”.
- A ( ) Primário
  - B ( ) Secundário
  - C ( ) Terciário
10. Dentre as estratégias para Promoção da Saúde, qual você dedica ou dedicaria mais esforços?
- A ( ) Estratégia Populacional
  - B ( ) Estratégia de Baixo Risco
  - C ( ) Estratégia de Alto Risco
  - D ( ) Não sei
11. Com seus conhecimentos sobre **CPOD, natalidade e mortalidade** no Brasil, em qual grupo você investiria mais recursos e estratégias de Promoção da Saúde nos próximos 20 anos-40 anos? Enumere em ordem crescente de 1 a 5 (1- você investiria **maior** recurso e 5- **menor** recurso).
- A ( ) Bebês
  - B ( ) 6-12 anos
  - C ( ) Adolescentes
  - D ( ) Adultos
  - E ( ) Idosos
12. O seu local de trabalho realiza ações de Promoção da Saúde?
- A ( ) Sim
  - B ( ) Não
  - C ( ) Não sei

13. Em sua Unidade de Saúde, o controle de placa bacteriana (biofilme dental) é feito em quais pacientes?
- A ( ) Em pacientes que considero de baixo risco
  - B ( ) Em pacientes que considero de médio risco
  - C ( ) Em pacientes que considero de alto risco
  - D ( ) Em todos os pacientes
  - E ( ) Em nenhum paciente
14. Você já participou de alguma ação relacionada à Promoção da Saúde, **fora** da unidade básica em que trabalhe?
- A ( ) Sim
  - B ( ) Não
- 14.1 Em relação à questão anterior, onde foi realizado?
- A ( ) Asilo
  - B ( ) Creche
  - C ( ) Escola
  - D ( ) Empresa
  - E ( ) Igreja
  - F ( ) Grupo de terceira idade
  - G ( ) Outros
15. Durante o atendimento ao paciente, você costuma realizar aconselhamento sobre fatores de risco comuns para a Saúde Bucal e Saúde Geral?
- A ( ) Sim
  - B ( ) Não
- 15.1 Caso tenha assinalado sim na questão 15. Sobre qual fator de risco ou doença você **mais aconselha** o seu paciente?
- A ( ) Obesidade
  - B ( ) Alcoolismo
  - C ( ) Stress
  - D ( ) Tabagismo
  - E ( ) Diabetes
  - F ( ) Hipertensão
  - G ( ) Dieta/nutrição
  - H ( ) Atividade Física
  - I ( ) Doenças Sexualmente Transmissíveis (D.S.T)
  - J ( ) Outros

---

16. Qual tipo de recurso você **mais utiliza**, para informar ao paciente sobre fatores de risco ou de proteção para a saúde?

- A ( ) Fotos
- B ( ) Filmes
- C ( ) Panfletos
- D ( ) Cartazes
- E ( ) Explicação Oral
- F ( ) Outros

17. Alguma vez você já acompanhou e auxiliou um paciente que gostaria de eliminar um hábito prejudicial à sua saúde, desde o momento em que ele manifestou interesse até o momento da eliminação total do hábito?

- A ( ) Sim
- B ( ) Não

17.1 Caso tenha assinalado sim, qual foi o **hábito** e que tipo de **estratégia** foi utilizada por você?

---

---

---

---

---

**Somente no pós-teste:** 18. Sobre as informações contidas na apostila recebida por você:

- ( ) foram entendidas claramente
- ( ) foram entendidas moderadamente
- ( ) foram pouco entendidas
- ( ) não entrei em contato com a apostila

## ANEXO 3

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

#### Projeto de pesquisa

**Promoção da saúde: uma estratégia para o fortalecimento das práticas em Saúde bucal.**

**Prezado (a) Sr. (a):**

Estamos realizando uma pesquisa sobre **Promoção da Saúde: uma estratégia para o fortalecimento das práticas em Saúde bucal**. A sua colaboração, autorizando no quadro abaixo concordando em participar, é muito importante. Esclarecemos que sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgar necessárias e que não haverá ônus a sua pessoa.

#### **Pesquisadores responsáveis:**

A qualquer tempo (antes e durante a pesquisa), se você desejar maiores informações sobre o nosso trabalho, por favor ligue para:

EDNALVA MARIA DE SOUSA

End: Rua Padre Francisco Barreto, nº: 223 – Nova Jaguará

05118-050 São Paulo - SP

[avlande@uol.com.br](mailto:avlande@uol.com.br)

Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim (Orientador) - Tel: 19 3412 - 5278

End: Av Limeira, 901 cx postal 52 - 13914-903 Piracicaba – SP

[meneghim@fop.unicamp.br](mailto:meneghim@fop.unicamp.br)

**Justificativa:**

As mudanças significativas na composição populacional começam a acarretar uma série de previsíveis conseqüências sociais, econômicas, culturais e epidemiológicas. E com a diminuição da prevalência de cárie nas populações jovens, os procedimentos clínicos tradicionais tornam-se injustificáveis, colocando para dentistas clínicos a perspectiva de um profissional executando menos procedimentos. Em vista do exposto, cada vez mais vem surgindo um aumento na importância de execução de estratégias de Promoção da Saúde.

**Objetivos:**

O presente Projeto de Pesquisa tem por objetivos avaliar a percepção do cirurgião-dentista sobre práticas de Promoção da saúde, verificar se as mesmas são realizadas na sua unidade básica de saúde (UBS) e medir o impacto de informações sobre Promoção da Saúde fornecidas, através de uma apostila, sobre os mesmos.

**Descrição da pesquisa:**

Para o presente estudo foi elaborado um questionário com questões estruturadas e semi-estruturadas. A partir de cada resposta obtida é que será feita a análise de cada categoria estudada. Necessário se faz, portanto, responder o questionário completo.

Solicitamos que após respondê-lo cuidadosamente, que o mesmo seja devolvido.

**Você não precisa se identificar no questionário.**

**Você está recebendo um envelope com selo e endereço para devolução, por gentileza, após responder, coloque-o no correio.**

**Métodos alternativos:**

Se você desejar poderá responder o questionário Por meio eletrônico, bastando para isto, solicitar o envio no endereço – [avlande@uol.com.br](mailto:avlande@uol.com.br) ou via fax: (11) 3621-7114. A ligação pode ser a cobrar.

**Desconforto e Riscos:**

Esta pesquisa não apresenta riscos nem desconforto físico ou moral a você. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese. Não havendo necessidade de ressarcimento aos voluntários.

**Benefícios Esperados:**

Trará benefícios tanto para os profissionais quanto para a instituição, pois poderão fazer uma avaliação do trabalho desenvolvido e reorientar as estratégias para a promoção da Saúde, preparando ainda mais os seus profissionais para benefício da população e fazendo da atenção básica um importante e eficiente nível do sistema da saúde.

**Liberdade de Participação:**

Você tem total liberdade de participar ou não da pesquisa e a qualquer tempo, durante a realização da pesquisa, você poderá retirar o seu consentimento, não sofrendo nenhum prejuízo caso seja esta a sua vontade.

**Cópia do Termo de consentimento:**

Você está recebendo duas cópias deste Termo uma é sua e a outra deverá ser assinada e devolvida juntamente com o questionário.

Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos em nome de todos os que se empenham para melhorar a saúde de nossa população.

Atenciosamente,

*Ednalva Maria De Sousa*

**AUTORIZAÇÃO**

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa “Promoção da Saúde: uma estratégia para o fortalecimento das práticas em Saúde bucal”. ACEITO participar:  
Em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004.

\_\_\_\_\_  
*Nome e RG*

\_\_\_\_\_  
*Assinatura*

ATENÇÃO: Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da FOP - UNICAMP: Av. Limeira, 901-CEP13414-900-Piracicaba-SP.

## **ANEXO 4**

### **TEXTO DE APOIO FORNECIDO AOS DENTISTAS QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA “PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA PARA O FORTALECIMENTO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE BUCAL”.**

Rio acima – rio abaixo!

“Lá estou eu, na margem inferior de um rio caudaloso, quando ouço o grito de uma pessoa se afogando. Eu pulo dentro do rio, ponho meus braços ao redor desta pessoa, puxo-a para a margem e aplico respiração artificial. No momento em que ela começa a respirar, ouço outro grito por ajuda. Imediatamente, eu pulo dentro do rio, encontro aquele que pede por socorro, puxo-o para a margem, aplico respiração artificial, e então, logo que ele começa a respirar, ouço outro grito por ajuda. Dentro do rio novamente indefinidamente, a cena se repete. Sabe, eu estou tão ocupado pulando para dentro do rio, puxando-os para a margem, aplicando respiração artificial, que eu não tenho tempo para ver quem, afinal, está na margem superior empurrando-os para dentro do rio” (McKinlay, 1974).

Fonte: Moysés & Watt, 2000. p. 11

## SUMÁRIO

1. Origens da Promoção da Saúde	02
2. Promoção da Saúde: Uma breve cronologia	02
3. Carta de Ottawa	04
4. Níveis de Aplicação	04
5. Diferença entre Prevenção e Promoção	05
6. Fatores comuns de risco	07
7. Estratégias	08
8. Estratégia para a Promoção da Saúde	09
9. Estratégia Populacional	10
10. Estratégia de Alto Risco	10
11. Exemplo de estratégia: papel do cirurgião-dentista na interrupção do tabagismo	11
12. Aspectos Demográficos e Epidemiológicos	12
13. Promoção da Saúde geral e bucal	13
14. Referências	15

## 1. Origens da Promoção da Saúde

Durante grande parte do século XX, parecia que os avanços na área da saúde seriam suficientes para proporcionar saúde para todos. Porém a partir dos anos 60 e 70, o modelo biomédico de prevenir e tratar doenças começou a ser seriamente questionado. Um dos mais importantes críticos deste modelo foi Mackeown (Moyses & Watt, 2000 p. 7).

Segundo Buss (2003, p.17) citando Mckeown; Record & Turner (1974) as melhorias na nutrição e no saneamento (aspectos relativos ao meio ambiente) e as modificações na conduta da reprodução humana, sobretudo o número de filhos por família, foram os fatores responsáveis pela redução da mortalidade na Inglaterra e no País de Gales no século XIX e na primeira metade do século XX. As intervenções médicas eficazes, como as imunizações e a antibioticoterapia, tiveram influência tardia e de menor importância relativa.

Baseado nestas conclusões, o argumento de Mackeown era que a alocação de recursos voltados prioritariamente a serviços médicos – especialmente hospitais, é maldirecionada, porque estes são baseados numa idéia errônea sobre os determinantes da saúde e da doença ((Moyses & Watt, 2000, p.7).

### **Quadro 1.**

#### **Problemas no sistema de cuidados em Saúde baseados no modelo Biomédico**

1. O modelo biomédico é inadequado, uma vez que equaliza cuidados médicos a cuidados em Saúde (considera-os equivalentes);
2. Objetivos não definidos – Uma ampla, mas errônea Consideração sobre a concordância geral a respeito do que é saúde;
3. Má distribuição de recursos em relação às necessidades, enfatizando tratamento sobre prevenção, especialização sobre prática geral e hospitais/clínicas privadas sobre serviços comunitários;
4. Serviços inacessíveis – planejamento focado em disponibilidade, ignorando acesso, adequação, capacidade de consumo e aceitação;
5. Desigualdades em oferta e utilização de serviços - onde pessoas mais pobres são as que mais deles necessitam e, ao mesmo tempo, as que menos os utilizam
6. Desconsideração ou falta de qualquer meio formal que viabilize a influência dos pacientes no planejamento de cuidados em saúde.

Jacob e Plamping, 1989

Fonte: Moyses & Watt, 2000 p. 7

O conceito moderno de Promoção da Saúde, assim como sua prática, surge e se desenvolve de forma mais vigorosa nos últimos 20 anos, nos países desenvolvidos, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental (Ferreira & Buss, 2002). Três importantes conferências internacionais sobre o tema, realizadas entre 1986 e 1991, em Ottawa (1986), Adelaide (1988) Sundsval (1991) estabeleceram as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde (Buss, 2003).

## 2. Promoção da saúde: uma breve cronologia

### Quadro 2: Promoção da saúde: uma breve cronologia

<p><u>1974</u> - <b>Informe Lalonde</b>: Uma Nova Perspectiva sobre a Saúde dos Canadenses</p> <p><u>1977</u> - <b>Saúde para Todos no Ano 2000</b>, 30ª Assembléia OMS</p> <p><u>1978</u> - <b>Declaração de Alma Ata</b> – conferência Internacional sobre atenção Primária de Saúde.</p> <p><u>1986</u> - <b>Carta de Ottawa</b> - sobre Promoção da Saúde – I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Canadá).</p> <p><u>1987</u> - <b>Projeto Cidades Saudáveis</b> – Lançado pela OMS</p> <p><u>1988</u> - <b>Conferência de Adelaide</b> sobre Políticas Públicas Saudáveis – II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Austrália)</p> <p><u>1991</u> - <b>Conferência de Sundswal</b> sobre ambientes favoráveis à Saúde – III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Suécia)</p> <p><u>1997</u> - <b>Declaração de Jacarta</b> sobre Promoção da Saúde no século XXI em diante – IV Conferência internacional sobre Promoção da Saúde (Indonésia)</p> <p><u>2000</u> – V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (México)</p>
---

Fonte: Moyses & Watt, 2000 p. 9

## 3. Carta de Ottawa

Contando com a participação de pessoal interessado em promoção da saúde de trinta e oito países, principalmente do mundo industrializado, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde teve como principal produto a carta de Ottawa (Brasil, 2002), que se tornou, desde então, um termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento das idéias de promoção da saúde em todo o mundo (Buss, 2003, p. 25).

A carta de Ottawa define promoção da saúde como “**o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo**” (Brasil, 2002), inserindo-se, dessa forma, no grupo de conceitos mais amplos, reforçando a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela própria saúde (Buss, 2003.p.19).

A carta de Ottawa para a Promoção da Saúde constitui – se, segundo Restrep e Anzola Pérez, na pedra angular para a saúde pública moderna “quando recupera princípios muito antigos de equidade e solidariedade incluindo-os numa agenda concreta de ação” (Derntl & Watanabe, 2004, p.39).

Decorrente deste entendimento, o mesmo documento estabelece que as condições e os recursos fundamentais para a saúde são abrangentes: paz, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (Ferreira & Buss, 2002, p. 22).

### **Quadro 3. Cinco campos de ação para a promoção da saúde – Carta de Ottawa**

- **Criando ambientes que apoiem escolhas saudáveis (“suportivos”):** isto objetiva promover saúde através da criação de condições de vida e trabalho que conduzem à saúde e bem-estar.
- **Construindo e implementando políticas públicas saudáveis:** isto cria um espaço na agenda de todos os formuladores de políticas, dentro e fora dos serviços de saúde para fazer das escolhas saudáveis as escolhas mais fáceis.
- **Fortalecendo ação comunitária:** saúde só pode ser assegurada e sustentada quando o indivíduo e a comunidade adquirem controle sobre sua saúde. Os profissionais de saúde têm um importante papel na facilitação no desenvolvimento de recursos comunitários.
- **Desenvolvimento de habilidades pessoais:** responsabilidade por saúde é compartilhada entre indivíduos, profissionais e governo. Promoção da saúde estimula o desenvolvimento pessoal e profissional através do fornecimento de informações, educação para saúde e ajudando as pessoas a desenvolverem habilidades para fazer escolhas saudáveis.
- **Reorientação dos serviços de saúde:** melhoria em saúde bucal requer que a predominância de “tratamento” em serviços de saúde seja questionada. É necessária uma mudança de recursos, pessoal, habilidades e facilidades na direção da prevenção de doenças e promoção da saúde. (OMS, 1986)

Fonte: Moysés & Watt, 2000. p. 10

A evolução do conceito de promoção da saúde, desde que o termo foi usado pela primeira vez, transitou de um 'nível de prevenção' da medicina preventiva, em Wislow (1920), Sigerist (1946) e Leavell & Clark (1965), para um 'enfoque político técnico' do processo saúde-doença-cuidado, como vem sendo caracterizado nos últimos 25 anos (desde Alma Ata e Ottawa) (Buss, 2003, p. 36).

#### 4. Níveis de Aplicação

**Quadro 4. Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença**

Promoção da saúde	Proteção específica	Diagnóstico e tratamento precoce	Limitação da invalidez	Reabilitação
Prevenção primária		Prevenção secundária		Prevenção terciária

Leavell & Clark (1965) - Fonte: Buss, 2003, p. 18.

A prevenção primária, a ser desenvolvida no período pré-patogênese, constaria de medidas destinadas a desenvolver uma saúde geral ótima pela proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra agentes do meio ambiente. Como parte deste primeiro nível de prevenção, as medidas, as medidas adotadas para a promoção da saúde não se dirigem à determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais (Buss, 2003, p. 18).

#### 5. DIFERENÇA ENTRE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO

“Promover” tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar (Ferreira, 1986). Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois se refere a medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais” (Leavell & Clark, 1976: 19). As estratégias de promoção enfatizam a

transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial (Terris, 1990) (citados por Czeresnia, 2004, p 45)..

A promoção da saúde busca modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas; aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde; e orienta-se ao conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde e a melhoria das condições de bem-estar (Franco *et al.*, Citado por Gutierrez *et al.*, 1997). Já a prevenção, diferente da promoção, orienta-se mais às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores causais de grupos de enfermidades ou de uma enfermidade específica; seu foco é a doença e os mecanismos para atacá-la mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que a geram ou precipitam (Buss, 2003, p. 33).

Para a prevenção, evitar a enfermidade é o objetivo final e, portanto, a ausência de doenças seria um objetivo suficiente. Para a promoção da saúde, o objetivo contínuo é um nível ótimo de vida e de saúde; portanto, a ausência de doenças não é suficiente, já que perante qualquer nível de saúde registrado em um indivíduo sempre haverá algo a ser feito para promover um nível de saúde melhor e condições de vida mais satisfatórias (Gutierrez *et al.*, citado por Buss, 2003, p. 33).

### Quadro 5

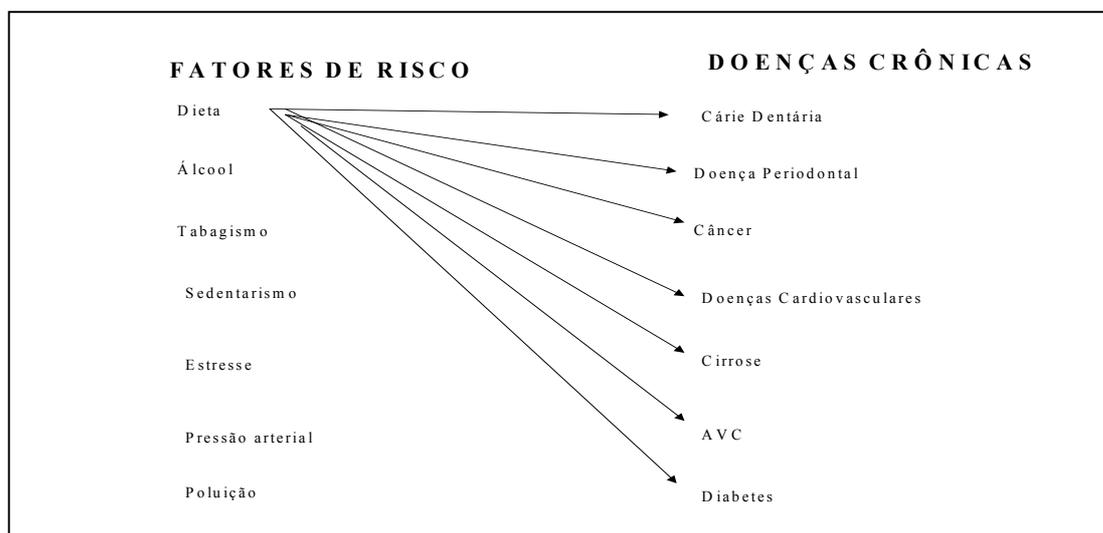
#### Diferenças esquemáticas entre promoção e prevenção

CATEGÓRIAS	PROMOÇÃO DA SAÚDE	PREVENÇÃO DE DOENÇAS
Conceito de Saúde	Positivo e multidimensional	Ausência de doenças
Modelo de Intervenção	Participativo	Médico
Alvo	Toda a população, no seu Ambiente total	Principalmente os grupos de alto risco da população
Incumbência	Rede de temas de saúde	Patologia específica
Estratégias	Diversas e complementares	Geralmente única
Abordagens persuasivas	Facilitação e capacitação	Direcionadoras e
Direcionamento das medidas	Oferecidas `a população	Impostas a grupos-alvo
Objetivo dos Programas	Mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente	Focam principalmente em indivíduos e grupos de pessoas
Executores dos Programas	Organizações não-profissionais, movimentos sociais, governos Locais, municipais, regionais e Nacionais etc.	Profissionais de saúde

Adaptado de Stachtchenko & Jenicek (1990) - Fonte: Buss, 2004, p. 35.

## 6. FATORES COMUNS DE RISCO

Conceitos de fatores comuns de risco deveriam servir de base para o trabalho e a educação em saúde pública. Estratégias voltadas para fatores comuns de risco são mais racionais do que estratégias dirigidas à doenças específicas. Fatores de risco a doenças cardiovasculares, por exemplo, afetam várias doenças, indicando que eles exercem um impacto muito amplo em saúde. Isto sugere que estratégias preventivas exercerão um efeito favorável, não apenas sobre uma determinada doença ou condição, mas também, simultaneamente, em várias doenças ou condições (Figura 1).



(Sheiham & Moysés, 2000).

**Figura 1: Fatores comuns de risco para doenças não-comunicáveis \***

Fonte: Sheiham & Moysés, 2000 p. 26

O conceito chave, sublinhando a abordagem de risco comum, é que a promoção da saúde geral, através do controle de um número pequeno de fatores de risco, pode ter grande impacto em um número significativo de doenças, e a um custo menor que abordagens para doenças específicas. Uma economia considerável pode ser feita através do trabalho coordenado (Sheiham & Moysés, 2000, p. 26).

\*Figura adaptada pela autora da apostila

Exemplo - 1:

Uma mesma dieta insalubre afeta a incidência de doenças do coração, câncer e doença bucal. O trabalho dos planejadores de políticas alimentares para mudança da dieta, reduzindo a ingestão de açúcares extrínsecos, gorduras e sal e aumentando proteínas, carboidratos complexos e fibras, bem como disponibilizando e provendo alimentos ricos em antioxidantes tais como frutas, legumes e cereais, é mais provável de obter sucesso do que um que só reforce o controle de açúcares para redução de cárie. (Sheiham & Moysés, 2000, p. 26).

Exemplo – 2:

O tabagismo sabidamente está associado com as doenças cardíacas, respiratórias e câncer, tanto quanto a doenças bucais. Programas voltados a redução de tabagismo para o controle de tais doenças, muitas delas fatais, deveriam ser integrados. (Sheiham & Moysés, 2000, p. 26).

Exemplo – 3:

O trauma dentário afeta aproximadamente uma em cada cinco crianças. A prevenção do mesmo requer uma estratégia amplamente baseada na prevenção de acidentes, especialmente os que atingem a cabeça. A estratégia deveria ser aplicada em diferentes espaços sociais envolvendo a comunidade. (Sheiham & Moysés, 2000, p. 26).

Portanto, as estratégias recomendadas para prevenir e controlar doenças bucais são parte da abordagem do Fator de Risco Comum para controlar aqueles riscos comuns ao maior número de doenças crônicas.

## 7. Estratégias

Um dos princípios da Promoção da Saúde a ser destacado é o foco na população como um todo, em lugar de focar grupos de risco à doenças específicas. A Nova Saúde Pública não é mais orientada para doenças tratadas separadamente (Sheiham & Moysés, 2000, p. 25).

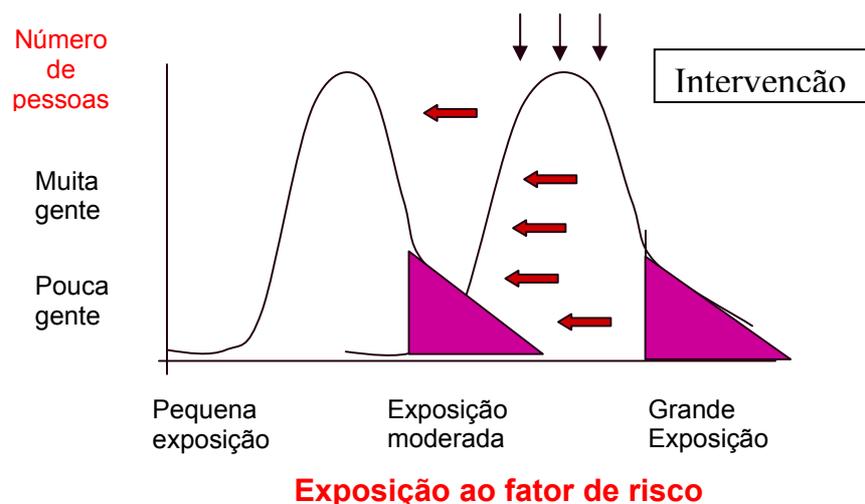
Estas estratégias podem ser prontamente incorporadas às diretrizes gerais de atenção à saúde, em nível nacional, regional ou local. A adoção de uma estratégia integrada, dirigida a fatores de risco que afetam uma grande proporção da população, permite às pessoas aumentarem o controle sobre as condições que melhoram a saúde, ao tornar **as escolhas mais saudáveis as escolhas mais fáceis** (Sheiham & Moysés, 2000, p.27).

## 8. ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

A combinação das duas estratégias – a populacional e a de risco – é essencial para a obtenção e manutenção da saúde bucal, mas o balanço dos esforços deveria estar claramente voltado para a primeira (Sheiham, 1990; Buischi, 2000).

## 9. ESTRATÉGIA POPULACIONAL

De base ampla, objetiva atuar na população como um todo, deslocando indivíduos que são de alto risco para médio e baixo risco. É direcionada a todas as pessoas da sociedade, incluindo indivíduos de alto, médio e baixo risco de desenvolver a doença. Adequada para lidar com problemas que estão muito espalhados na população.



**Figura 2: Representação gráfica da estratégia Populacional\***

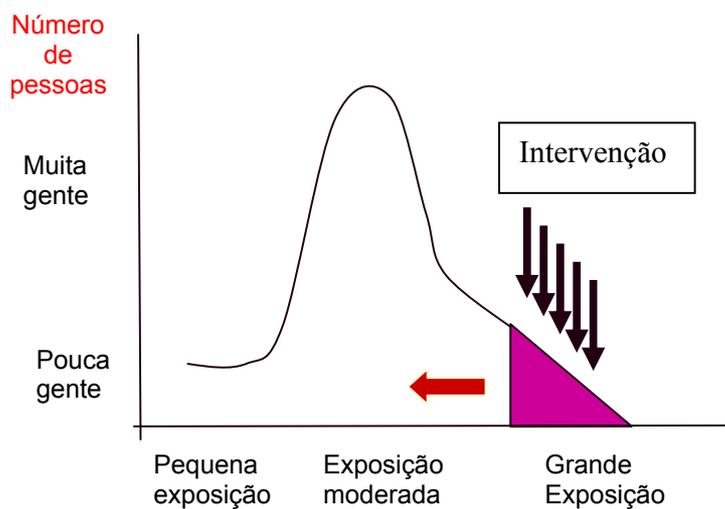
Fonte: (Sheiham & Moysés, 2000 p. 29).

A estratégia populacional será socialmente e economicamente mais aceitável, pois ao baixar o índice global de placa, por exemplo, reduz a distribuição como um todo, além de deslocar os indivíduos de alto risco remanescentes, também para a esquerda. Isto resultará em um número menor de extrações dentárias do que se um grande volume de recursos fosse concentrado em um pequeno número de pessoas de alto risco – ou tratando aqueles com sinais precoces de doenças periodontais. Tal estratégia salva mais dentes que a de alto risco porque, embora as pessoas de alto risco percam mais dentes por indivíduos, no conjunto há mais pessoas de médio e baixo do que de alto risco. Portanto, com mais dentes salvos. Tal estratégia é eficaz, funcionando também para distribuições moderadamente assimétricas (Sheiham & Moysés, 2000, p. 28-29).

\*Figura adaptada pela autora da apostila

## 10. ESTRATÉGIA DE ALTO RISCO

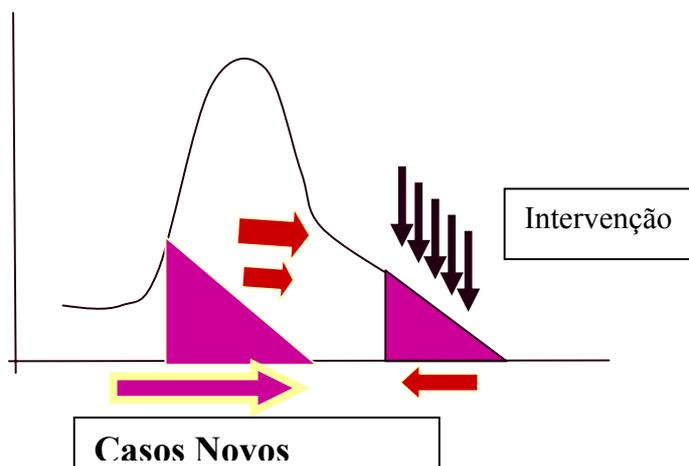
A estratégia de alto risco tem por objetivo alterar a curva de distribuição do fator de risco, trazendo os indivíduos de alto risco para níveis mais baixos e compatíveis.



**Exposição ao fator de risco**

**Figura 3: Representação gráfica da estratégia de Alto Risco**

Fonte: Sheiham & Moysés, 2000 p. 28



**Figura 4: Representação gráfica da estratégia de Alto Risco – Limitações\***

Fonte: (Sheiham & Moysés, 2000 p.28)

\*Figura adaptada pela autora da apostila

Como pode ser observado nas figuras acima, a estratégia de Alto Risco geralmente falha porque sempre haverá uma relação dinâmica na população, com os subgrupos não atingidos pela estratégia mudando seu perfil de risco – de baixo e médio para alto risco – repondo portanto aquele subgrupo de alto risco que tinha sido controlado (Sheiham & Moysés, 2000, p. 28).

## **11. Exemplo de estratégia: papel do cirurgião-dentista na interrupção do tabagismo**

O vício do tabaco é responsável pela morte de metade dos fumantes regulares. Em média, eles morrem 10 a 15 anos antes e tornam-se predispostos a outras doenças sistêmicas (Oliveira & Odell, 2000, p. 285).

A Organização Mundial da Saúde considera o fumo o maior agente de poluição doméstica ambiental; sendo as crianças as maiores prejudicadas. A convivência involuntária com a fumaça de cigarros transforma não-fumantes em fumantes passivos, com percentual 50% maior de infecções respiratórias nas crianças que vivem com mais de dois fumantes em casa (Brasil, 1997).

Uma das grandes responsabilidades do dentista consiste em estimular seus pacientes a interromper o tabagismo e a diminuir a ingestão de álcool. Além disso, os dentistas ocupam uma melhor posição em relação aos médicos, na influência que exercem sobre seus pacientes, pois eles sempre os atendem regularmente durante anos. Nos Estados Unidos, por exemplo, os dentistas estão envolvidos em um programa de interrupção do tabagismo projetado pelo Instituto Nacional de Saúde e adotaram este programa de forma entusiástica. Isso aumentou a consideração dos pacientes pelos dentistas, demonstrando que estes profissionais estão engajados em um amplo serviço de saúde, preocupados em fornecer um serviço de qualidade (Oliveira & Odell, 2000, p. 285).

Um diálogo freqüente, de aproximadamente 5 minutos, com um médico sobre a interrupção do tabagismo, tem auxiliado muitos pacientes a interromper o vício. Acredita-se que o dentista também possa colaborar neste processo (Oliveira & Odell, 2000, p. 287).

O tratamento dos pacientes fumantes que desejam interromper o vício, às vezes, baseia-se na substituição do fumo pela nicotina, na forma de placas cutâneas (adesivos), goma de mascar, spray nasal e pastilhas, como tem sido adotado em alguns países. Entretanto, estes tratamentos não são recomendados para fumantes com doenças

cardiovasculares e mulheres grávidas. A substituição do fumo pela nicotina não garante a cura do vício, apenas ajuda a reduzir os sintomas originados pela abstinência do tabaco (Oliveira & Odell, 2000, p. 288).

### Quadro 6

#### Estratégias que auxiliam a interrupção do tabagismo

FATORES	ESTRATÉGIAS
Aborde sempre, com perguntas, seu paciente sobre o vício.	Pergunte a todos os pacientes se eles são fumantes, registrando o número e a frequência de cigarros consumidos ao dia, há quanto tempo possuem o vício e se já tentaram interrompê-lo e confira estas informações em cada visita.
Aconselhe seu paciente a abandonar o Vício.	Esclareça os fumantes sobre os riscos do tabaco e os seus possíveis efeitos na boca. Procure saber se eles conhecem os riscos. A literatura sobre a interrupção do vício deve estar disponível na sala de espera.
Ajude seu paciente a abandonar o vício.	Use alguns minutos para aconselhar os pacientes a interromper o vício. Pergunte se eles já tentaram parar de fumar anteriormente, e o que eles acharam válido e por que falharam nessa tentativa. Ajude-os a elaborar uma nova estratégia, recomendando, por exemplo, o uso de pastilhas contendo nicotina.
Acompanhe seu paciente.	Faça um acompanhamento dos seus pacientes fumantes juntamente com outros profissionais da área da saúde. Reforce sempre os benefícios nas próximas consultas. Estímulo constante e reconhecimento são fatores importantes para o êxito.

Fonte: Adaptado de Oliveira & Odell, 2000. p. 288

## 12. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a população de idosos no Brasil deverá aumentar 16 vezes entre 1950 e 2025, ou seja, 11 vezes mais do que o crescimento demográfico nacional total. As mesmas projeções indicam que, entre os 10 países com maior população idosa em 2025, 5 serão países em desenvolvimento, incluindo o Brasil com um número estimado de 27 milhões de pessoas acima de 60 anos de idade. O índice de idosos no Brasil (razão entre a população acima de 60 anos e a população abaixo de 15 anos de idade) passou de 6,2%, em 1960, para 13,9% em 1991, e estimativas apontam que este índice alcançará 106,8% em 2050 (Costa *et al.*, 2000 ).

Esse envelhecimento populacional resulta de um processo gradual de transição demográfica que, independente de estar ocorrendo em países ricos ou naqueles tidos como pobres, modifica a idade de morrer, e um número maior de pessoas é acometido por uma incidência elevada de doenças crônico-degenerativas e incapacitantes. A Organização Mundial da Saúde estima que em 2020 três quartos de todas as mortes observadas nos países em desenvolvimento estarão relacionadas ao processo de envelhecimento, como câncer, doenças do aparelho circulatório e diabetes. Portanto, trazendo enormes custos com os cuidados de saúde para toda a sociedade (Brito & Litvoc, 2004, p. 1).

Assim, há necessidade de procurar conhecer e desenvolver todas as alternativas possíveis e válidas não só para prevenir, como também para retardar o aparecimento das doenças crônicas e os conseqüentes agravos causados por elas; incorporando não somente o controle das doenças, mas, e principalmente, o conceito de promoção da saúde (Brito & Litvoc, 2004, p.1).

### **13. Promoção da saúde geral e bucal**

Os profissionais de saúde bucal, principalmente aqueles dedicados à saúde pública, detêm a responsabilidade, e também a confiança da população, para contribuir e conduzir uma política adequada de saúde bucal (Freire, 2000).

A prevenção das doenças bucais não deve ser isolada, mas intergrada às políticas de saúde geral e formuladas para a prevenção das doenças crônicas e infecciosas (Sheihan1988,1992). É necessário atuar a nível multissetorial, propondo ações que diminuam a desigualdade social, melhorem o nível de informação, estimulem práticas saudáveis com recursos locais e promovam melhorias, tanto na saúde bucal como na saúde geral da população. Por exemplo: alimentos ricos em açúcar são também fatores de risco para outras doenças crônicas de crescente incidência no Brasil, tais como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, gota, cálculos na vesícula e nos rins (Freire, 2000).

Promoção da saúde bucal significa a construção de políticas públicas saudáveis, através da criação de ambientes que apoiem escolhas saudáveis (“suportivos”), com o fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades de autocontrole e autonomia pessoal para práticas de autocuidado em higiene e saúde, e a reorientação de serviços odontológicos. Isto evidencia que a promoção da saúde bucal é um conceito que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico (Sheiham & Moysés, 2000) .

## 14. REFERÊNCIAS

1. Buss PM. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. **Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação geral de documentação e informação/SAA/SEE Brasília – DF. 2002. **Manual: Política Nacional de Promoção da Saúde**. Disponível em: < <http://www.saúde.gov.br>> acesso em 20/dez/2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Manual: Ajudando o seu paciente a deixar de fumar** – Rio de Janeiro, 1997. 52p.
4. Brito FC, Litvoc J. **Envelhecimento: Prevenção e promoção da saúde**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 1-16.
5. Costa MFFL, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo de mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS**. 2000; 9(1): 23-41. c
6. Czeresnia DO. Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM. **Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.
7. Ferreira JR, Buss PM. O que o Desenvolvimento Local tem a Ver com a Promoção da Saúde. In: Zancan L, Bodstein R, Marcondes WB (organizadores). **Promoção da Saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local: A Experiência de Manguinhos** – RJ. 2. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2002. p. 15-37.

8. Freire MCM. Dieta, saúde bucal e saúde geral. In: Buischi YP. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000. p. 247-278.
10. Moysés ST, Watt R. Promoção de Saúde Bucal – Definições. In: Buischi YP. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000. p. 3-22.
11. Oliveira DT, Odell EW. Diagnóstico precoce e prevenção do Câncer de Boca. In: Buischi YP. **Promoção de Saúde Bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 280-293.
12. Sheiham A, Moysés SJ. O papel dos profissionais de saúde bucal na Promoção da Saúde. In: Buischi YP. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000. p. 23-37.

## **ANEXO 5**

### **DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA**

#### **CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE**

Alma-Ata, URSS, 6 - 12 de setembro de 1978

A Declaração de Alma-Ata reafirma enfaticamente que a saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Reafirma, também, que a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial, sendo direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde. Enuncia em seu bojo, ao tecer considerações sobre os cuidados primários de saúde, que estes constituem a chave que permitirá que todos os povos do mundo atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva, representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde. E como tal, devem ter em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, conforme suas necessidades. Chama ainda a atenção para que todos os governos cooperem, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países.

## **ANEXO 6**

### **CARTA DE OTTAWA**

#### **PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL**

#### **SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Ottawa, novembro de 1986

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresenta neste documento sua Carta de Intenções, que seguramente contribuirá para se atingir Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subseqüentes.

Esta conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. As discussões focalizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo.

As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos e o debate ocorrido na Assembléia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor.

#### **PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

## PRÉ-REQUISITOS PARA A SAÚDE

As condições e os recursos fundamentais para a saúde são:

- paz
- habitação
- educação
- alimentação
- renda
- ecossistema estável
- recursos sustentáveis
- justiça social e
- equidade

O incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos.

## DEFESA DE CAUSA

A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. As ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis.

## CAPACITAÇÃO

Alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde. As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde, o que se aplica igualmente para homens e mulheres.

## MEDIAÇÃO

Os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde. Mais importante, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. As pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades. Os profissionais e grupos sociais, assim como o pessoal de saúde, têm, em relação à saúde, maior responsabilidade na mediação entre os diferentes existentes na sociedade. As estratégias e programas na área da promoção da saúde devem se adaptar às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos.

### SIGNIFICADO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE:

#### CONSTRUINDO POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS

A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde. Ela coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as conseqüências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde.

A política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. É uma ação coordenada que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis.

A política de promoção da saúde requer a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde. O objetivo maior deve ser indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais fáceis de realizar.

#### CRIANDO AMBIENTES FAVORÁVEIS

Nossas sociedades são complexas e inter-relacionadas. Assim, a saúde não pode estar separada de outras metas e objetivos. As inextricáveis ligações entre a população e seu meio ambiente constituem a base para uma abordagem socioecológica da saúde. O princípio geral orientador para o mundo, as nações, as regiões e até mesmo as comunidades é a necessidade de encorajar a ajuda recíproca – cada um a cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio ambiente natural. A conservação dos recursos naturais do mundo deveria ser enfatizada como uma responsabilidade global. Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas. A organização social do trabalho deveria contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável. A promoção da saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis. O acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde – particularmente nas áreas de tecnologia, trabalho, produção de energia e urbanização – é essencial e deve ser seguido de ações que assegurem benefícios positivos para a saúde da população. A proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais devem fazer parte de qualquer estratégia de promoção da saúde.

#### REFORÇANDO A AÇÃO COMUNITÁRIA

A promoção da saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino.

O desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, bem como adequado apoio financeiro.

## DESENVOLVENDO HABILIDADES PESSOAIS

A promoção da saúde apóia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor.

É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem ser realizadas por intermédio de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, e pelas instituições governamentais.

## REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde.

O papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais.

Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais.

A reorientação dos serviços de saúde também requer um esforço maior de pesquisa em saúde, bem como mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área de saúde. Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é.

## VOLTADOS PARA O FUTURO

A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros. Cuidado, holismo e ecologia são temas essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde. Além disso, os envolvidos neste processo devem ter como guia o princípio de que em cada fase do planejamento, implementação e avaliação das atividades de promoção da saúde, homens e mulheres devem participar como parceiros iguais.

## COMPROMISSOS COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Os participantes desta Conferência comprometem-se a: atuar no campo das políticas públicas saudáveis e advogar um compromisso político claro em relação à saúde e à equidade em todos os setores; · agir contra a produção de produtos prejudiciais à saúde, a degradação dos recursos naturais, as condições ambientais e de vida não-saudáveis e a má nutrição; e centrar sua atenção nos novos temas da saúde pública, tais como a poluição, o trabalho perigoso e as questões da habitação e dos assentamentos rurais; · atuar pela diminuição do fosso existente, quanto às condições de saúde, entre diferentes sociedades e distintos grupos sociais, bem como lutar contra as desigualdades em saúde produzidas pelas regras e práticas desta mesma sociedade; · reconhecer as pessoas como o principal recurso para a saúde; apoiá-las e capacitá-las para que se mantenham saudáveis a si próprias, às suas famílias e amigos, através de financiamentos e/ou outras formas de apoio; e aceitar a comunidade como porta-voz essencial em matéria de saúde, condições de vida e bem-estar; · reorientar os serviços de saúde e os recursos disponíveis para a promoção da saúde; incentivar a participação e colaboração de outros setores, outras disciplinas e, mais importante, da própria comunidade; · reconhecer a saúde e sua manutenção como o maior desafio e o principal investimento social dos governos; e

dedicar-se ao tema da ecologia em geral e das diferentes maneiras de vida; · a Conferência conclama a todos os interessados juntar esforços no compromisso por uma forte aliança em torno da saúde pública.

#### POR UMA AÇÃO INTERNACIONAL

A Conferência conclama a OMS e outras organizações internacionais para a defesa da promoção da saúde em todos os fóruns apropriados e para o apoio aos países no estabelecimento de estratégias e programas para a promoção da saúde. A Conferência está firmemente convencida de que se as pessoas, as ONGs e organizações voluntárias, os governos, a OMS e demais organismos interessados juntarem seus esforços na introdução e implementação de estratégias para a promoção da saúde, de acordo com os valores morais e sociais que formam a base desta Carta, a Saúde Para Todos no Ano 2000 será uma realidade!

## **ANEXO 7**

### **DECLARAÇÃO DE ADELAIDE**

#### **SEGUNDA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Adelaide, Austrália, 5-9 de abril de 1988

A Conferência de Adelaide reafirmou as cinco linhas de ação da Carta de Ottawa, consideradas interdependentes, mas destacou que as políticas públicas saudáveis estabelecem o ambiente para que as outras quatro possam tornar-se possíveis.

A respeito das políticas públicas saudáveis, enuncia que estas caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população, tendo como principal propósito a criação de um ambiente favorável para que as pessoas possam viver vidas saudáveis. Afirma, também, que a saúde é ao mesmo tempo um direito humano fundamental e um sólido investimento social, devendo os governos investir recursos em políticas públicas saudáveis e em promoção da saúde, de maneira a melhorar o nível de saúde dos seus cidadãos. Assegurando-se que a população tenha acesso aos meios imprescindíveis para uma vida saudável e satisfatória, aumentar-se-á, ao mesmo tempo, de maneira geral, a produtividade da sociedade tanto em termos sociais como econômicos. Ressalta, ainda, que as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade. Para superar as desigualdades existentes entre as pessoas em desvantagem social e educacional e as mais abastadas, requer-se políticas que busquem incrementar o acesso daquelas pessoas a bens e serviços promotores de saúde e criar ambientes favoráveis, estabelecendo-se alta prioridade aos grupos mais desprivilegiados e vulneráveis, reconhecendo como peculiar a cultura de povos indígenas, minorias étnicas e imigrantes. A igualdade no acesso aos serviços de saúde, particularmente quanto aos cuidados primários, é um aspecto vital da equidade em saúde. Esta Conferência

ressaltou, também, que devido ao grande fosso existente entre os países quanto ao nível de saúde, os países desenvolvidos têm a obrigação de assegurar que suas próprias políticas públicas tenham impacto positivo na saúde das nações em desenvolvimento.

As recomendações desta Conferência somente se materializarão se os governos estabelecerem ações concretas nos níveis nacional, regional e local. O desenvolvimento de políticas públicas saudáveis é tão importante no nível local quanto no nível nacional. Um dos compromissos das políticas públicas voltadas à saúde deve ser o de medir e difundir o impacto destas políticas na saúde, em linguagem que os diferentes grupos sociais possam facilmente compreender. A ação comunitária é um ponto central da promoção de políticas saudáveis. Tomando-se em conta a educação e o nível de alfabetização das populações, devem ser feitos esforços especiais para informar adequadamente estas políticas públicas aos grupos que dela poderão melhor se beneficiar. A Conferência enfatiza, ainda, a necessidade de avaliar o impacto destas políticas. Devem ser desenvolvidos sistemas de informação para a saúde que apoiem este processo. Isto encorajará os níveis mais altos de decisão a alocarem futuros recursos na implementação das políticas públicas saudáveis. As políticas públicas voltadas para a saúde devem responder aos desafios colocados por um mundo de crescentes e dinâmicas transformações tecnológicas, com suas complexas intenções ecológicas e crescente interdependência internacional. Os governos têm um importante papel no campo da saúde, mas este é também extremamente influenciado por interesses corporativos e econômicos, organizações não governamentais e organizações comunitárias. Deve-se encorajar a capacidade potencial destas organizações em preservar e promover a saúde das populações. Sindicatos, comércio e indústria, associações acadêmicas e lideranças religiosas têm muitas oportunidades em atuar na melhoria da saúde da população como um todo. A Conferência identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis:

- Apoio à saúde da mulher

Todas as mulheres, especialmente aquelas de grupos étnicos, indígenas ou outras minorias, têm o direito à autodeterminação de sua saúde e deveriam ser parceiras plenas na formulação das políticas públicas voltadas à saúde, tendo assim assegurada sua identidade cultural. Esta Conferência propõe que os países comecem a desenvolver planos nacionais para a promoção de políticas públicas voltadas à saúde da mulher, nos quais os pontos da agenda do movimento de mulheres fossem respeitados e priorizados, incluindo como sugestão as seguintes propostas: igualdade de direitos na divisão de trabalho existente na sociedade; práticas de parto baseadas nas preferências e necessidades das mulheres; mecanismos de apoio à mulher trabalhadora, como: apoio a mulheres com crianças, licença-maternidade, licença para acompanhamento dos cuidados a filhos doentes.

- Alimentação e nutrição

A eliminação da fome e da má nutrição são objetivos fundamentais das políticas públicas voltadas à saúde. Estas políticas devem garantir acesso universal a quantidades suficientes de alimentos de boa qualidade e que respeitem as peculiaridades culturais. A Conferência recomenda que os governos implementem imediatamente ações diretas em todos os níveis para aumentar seu poder de compra no mercado de alimentos e assegurar que os estoques de alimentos sob sua responsabilidade e controle garantam ao consumidor acesso rápido a uma comida mais saudável (incluem-se aí, também, os estoques de alimentos em e para hospitais, escolas, abrigos e locais de trabalho).

- Tabaco e álcool

Esta Conferência alerta todos os governos para o elevado potencial humano perdido por doenças e mortes causadas pelo uso do fumo e abuso do álcool. Os governos deveriam se comprometer em desenvolver uma política pública voltada à saúde, traçando metas nacionais significativas na redução da produção de tabaco e distribuição de álcool, assim como do marketing e do consumo.

- Criando ambientes saudáveis

Políticas que promovam a saúde só podem ser sucesso em ambientes que conservem os recursos naturais, mediante estratégias ecológicas de alcance global,

regional e local. São necessários esforços para uma coordenação intersetorial, visando assegurar que as decisões que levem a saúde em consideração sejam encaradas como prioridade ou pré-requisito para o desenvolvimento industrial e da agropecuária.

Em nível internacional, a Organização Mundial da Saúde deveria desempenhar um papel mais intensivo junto aos governos para a aceitação destes princípios, apoiando o conceito de desenvolvimento sustentável. Esta Conferência defende que, como prioridade, a saúde pública e os movimentos ecológicos juntem suas forças para o desenvolvimento socioeconômico e, simultaneamente, dos limitados recursos do planeta.

Políticas públicas saudáveis requerem fortes defensores que coloquem a saúde no topo da agenda dos políticos e dirigentes públicos. Isto significa promover o trabalho de grupos de defesa da saúde e auxiliar a mídia a interpretar a complexidade dos assuntos de política de saúde. Além disso, as instituições educacionais precisam responder às necessidades emergentes da nova saúde pública, reorientando os currículos existentes, no sentido de melhorar as habilidades em capacitação, mediação e defesa da saúde pública. No desenvolvimento das políticas, o poder deve migrar do controle para o apoio técnico. Além disso, são necessários eventos que permitam troca de experiências nos níveis local, nacional ou internacional.

## **ANEXO 8**

### **DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL**

#### **TERCEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Sundsvall, Suécia, 9-15 de junho de 1991

A Conferência conclama que um ambiente favorável é de suprema importância para a saúde e reconhece que todos têm um papel na criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde. Ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis. Atingir estas duas metas deve ser o objetivo central ao se estabelecer prioridades para o desenvolvimento e deve ter precedência no gerenciamento diário das políticas governamentais. Esta Conferência chama a atenção, também, para a necessidade de ações urgentes para se atingir uma maior justiça social em saúde. Milhões de pessoas estão vivendo em extrema pobreza e privação, num meio ambiente cada vez mais degradado, tanto nas zonas rurais como urbanas. Devido aos conflitos armados, um alarmante e nunca visto número de pessoas sofrem trágicas conseqüências para a saúde e o bem-estar.

O rápido crescimento populacional é a maior ameaça ao desenvolvimento sustentável. Além disso, as migrações das áreas rurais para o setor urbano aumentam drasticamente o número de pessoas vivendo em favelas, com os problemas decorrentes - o que inclui falta de água potável, saneamento básico, alimentação adequada, abrigo e acesso inadequado aos cuidados básicos de saúde.

A solução destes imensos problemas estão além de um sistema de saúde nos moldes tradicionais. As iniciativas devem vir de todos os setores que possam contribuir para a criação de um ambiente mais favorável e fomentador de saúde, e devem ser levadas a cabo pelas pessoas nas suas comunidades, nacionalmente pelos governos e ONGs e, globalmente, através das organizações internacionais. As ações devem envolver, predominantemente, setores como educação, transporte, habilitação, desenvolvimento urbano, produção industrial e agricultura; devem ter diferentes dimensões (física, social, espiritual, econômica e política) e precisam ser

coordenadas tanto no nível local como nos níveis regional, nacional e mundial, para encontrar soluções verdadeiramente sustentáveis.

A Conferência sublinha quatro aspectos para um ambiente favorável e promotor de saúde:

1. A dimensão social, que inclui as maneiras pela quais normas, costumes e processos sociais afetam a saúde;

2. A dimensão política, que requer dos governos a garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades e requer o compromisso com os direitos humanos, com a paz e com a realocação de recursos oriundos da corrida armamentista;

3. A dimensão econômica, que requer o reescalonamento dos recursos para a saúde e o desenvolvimento sustentável;

4. A necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive os setores político e econômico, para que se possa desenvolver uma infra-estrutura mais positiva para ambientes favoráveis à saúde.

A Conferência de Sundsvall acredita que todas as políticas que almejam um desenvolvimento sustentável devem estar sujeitas a novas formas e processos de prestação de contas, devendo basear-se em prioridades e compromissos claros para com os mais pobres, grupos minoritários, povos indígenas e pessoas com deficiência física de maneira a alcançar uma distribuição mais equitativa de recursos e responsabilidades. Além disso, ações do setor público para criar ambientes favoráveis à saúde devem levar em conta a interdependência entre todos os seres vivos, e gerenciar os recursos naturais, levando em consideração as necessidades das futuras gerações.

A Conferência identificou quatro estratégias fundamentais para a ação em saúde pública, visando promover a criação de ambientes favoráveis no nível da comunidade:

1. Reforçar a defesa da proposta através de ações comunitárias, particularmente pelos grupos organizados de mulheres;

2. Capacitar comunidade e indivíduos a ganhar maior controle sobre sua saúde e ambiente, através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão;

3. Construir alianças para a saúde e os ambientes favoráveis;

4. Mediar os interesses conflitantes na sociedade, de modo que se possa assegurar o acesso igualitário a ambientes favoráveis à saúde.

A Conferência reconhece, ainda, que a educação é um direito humano básico e um elemento-chave para realizar as mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias para tornar a saúde possível para todos, devendo ser acessível durante toda a vida e baseada nos princípios da igualdade.

A Conferência de Sundsvall alerta a comunidade internacional para o estabelecimento de novos mecanismos para a prestação de contas dos setores saúde e ambiente, construídos sobre princípios de um desenvolvimento sustentável da saúde, e sugere que a OMS e a UNEP desenvolvam guias e manuais baseados nos princípios do desenvolvimento sustentável, para uso dos estados-membros. Os doadores e agências de financiamento, multilaterais ou bilaterais, como o Banco Mundial e o FMI, devem utilizar tais guias e manuais no planejamento, implementação e avaliação de projetos. Conclui, também, que os temas de saúde, ambiente e desenvolvimento humano não podem estar separados. Desenvolvimento implica na melhoria da qualidade de vida e saúde, ao mesmo tempo que na preservação da sustentabilidade do meio ambiente.

## **ANEXO 9**

### **DECLARAÇÃO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Santafé de Bogotá, Colômbia, 9 - 12 de novembro de 1992

Esta Conferência tratou da promoção da saúde na América Latina e afirma que esta busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento. A região, desgarrada pela iniquidade que se agrava pela prolongada crise econômica e pelos programas de políticas de ajuste macroeconômico, enfrenta a deterioração das condições de vida da maioria da população, junto com um aumento de riscos para a saúde e uma redução de recursos para enfrentá-los. Por conseguinte, o desafio da promoção da saúde na América Latina consiste em transformar essas relações, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, bem como trabalhar pela solidariedade e equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento.

A situação de iniquidade da saúde nos países da América Latina reitera a necessidade de se optar por novas alternativas na ação da saúde pública, orientadas a combater o sofrimento causado pelas enfermidades do atraso e pobreza, ao que se sobrepõe os efeitos colaterais trazidos pelas enfermidades da urbanização e industrialização. Dentro deste panorama, a promoção da saúde destaca a importância da participação ativa das pessoas nas mudanças das condições sanitárias e na maneira de viver, condizentes com a criação de uma cultura de saúde.

Dessa forma, o repasse de informação e a promoção do conhecimento constituem valiosos instrumentos para a participação e as mudanças dos estilos de vida nas comunidades. Além disso, a violência – em todas as suas formas – contribui muito para a deterioração dos serviços, causando inúmeros problemas psicossociais, além de constituir o fundamento de significativos problemas de saúde pública. O papel que corresponde à promoção da saúde consiste não só em identificar os fatores que

favorecem a iniquidade e propor ações que diminuam seus efeitos, mas também em atuar como um agente de mudança que induza transformações radicais nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes, origem destas calamidades.

### COMPROMISSOS

O direito e o respeito à vida e à paz são os valores éticos fundamentais da cultura e da saúde. Torna-se indispensável que a promoção da saúde na América Latina assuma estes valores, cultive-os e pratique-os habitualmente.

1. Impulsionar o conceito de saúde condicionada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, de conduta e biológicos, e a promoção da saúde como estratégia para modificar estes fatores condicionantes.

2. Convocar as forças sociais para aplicar a estratégia de promoção da saúde, colocando os propósitos sociais à frente dos interesses econômicos, a fim de criar e manter ambientes familiares, físicos, naturais, de trabalho, sociais, econômicos e políticos que tenham a intenção de promover a vida, e não degradá-la.

3. Incentivar políticas públicas que garantam a equidade e favoreçam a criação de ambientes e opções saudáveis.

4. Afinar mecanismos de concentração e negociação entre os setores sociais e institucionais para levar a cabo atividades de promoção da saúde, visando avançar até alcançar o bem-estar, propiciando a transferência de recursos de investimento social às organizações da sociedade civil.

5. Consolidar uma ação que se comprometa a reduzir gastos improdutivo, tais como os pressupostos militares, desvios de fundos públicos gerando ganâncias privadas, profusão de burocracias excessivamente centralizadas e outras fontes de ineficiência e desperdício.

6. Fortalecer a capacidade da população nas tomadas de decisões que afetem sua vida e para optar por estilos de vida saudáveis.

7. Eliminar os efeitos diferenciais da iniquidade sobre a mulher. A participação da mulher, genitora de vida e bem-estar, constitui um elo indispensável na promoção da saúde na América Latina.

8. Estimular o diálogo entre diferentes culturas, de modo que o processo de desenvolvimento da saúde se incorpore ao conjunto do patrimônio cultural da região.

9. Fortalecer a capacidade convocatória do setor saúde para mobilizar recursos para a produção social da saúde, estabelecendo responsabilidades de ação nos diferentes setores sociais e seus efeitos sobre a saúde.

10. Reconhecer como trabalhadores e agentes de saúde todas as pessoas comprometidas com os processos de promoção da saúde, da mesma maneira que os profissionais formados para a prestação de serviços assistenciais.

11. Estimular a investigação na promoção da saúde, para gerar ciência e tecnologia apropriada e disseminar o conhecimento resultante, de forma que se transforme em instrumento de liberdade, mudança e participação.

## **ANEXO 10**

### **DECLARAÇÃO DE JACARTA**

#### **QUARTA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Jakarta, Indonésia, 21 - 25 de julho de 1997

A Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Jakarta, teve como tema central a Promoção da Saúde no Século XXI. Foi a primeira a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Ela ofereceu ocasião para refletir o que se aprendeu sobre a promoção da saúde, para reexaminar os determinantes da saúde e para identificar as direções e as estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI.

Afirma que a saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico, sendo a promoção da saúde elemento fundamental para o desenvolvimento da saúde. A promoção da saúde, mediante investimentos e ações, contribui de maneira significativa para a redução das iniquidades em questões de saúde, para assegurar os direitos humanos e para a formação do capital social. Sua meta primordial é aumentar as expectativas de saúde e reduzir a brecha quanto à expectativa de saúde entre países e grupos.

Os pré-requisitos para a saúde são: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. A pobreza é, acima de tudo, a maior ameaça à saúde.

As tendências demográficas tais como a urbanização, o aumento no número de pessoas idosas e a prevalência de doenças crônicas, um comportamento mais sedentário, resistência a antibióticos e a outros medicamentos disponíveis, maior uso abusivo de drogas e a violência civil e doméstica ameaçam a saúde e o bem-estar de centenas de milhões de pessoas. Doenças infecciosas novas e re-emergentes e o maior reconhecimento sobre os problemas de saúde mental requerem urgentes

providências. É vital que a promoção da saúde evolua para fazer frente aos determinantes da saúde.

Os fatores transacionais também representam significativo impacto para a saúde. Incluem-se entre estes a integração da economia global, os mercados financeiros e o comércio, o acesso aos meios de comunicação de massa e à tecnologia de comunicações, bem como a degradação ambiental devida ao uso irresponsável dos recursos.

Existem, hoje, claras provas de que:

- os enfoques abrangentes ao desenvolvimento da saúde são os mais eficientes;
- as localidades oferecem oportunidades práticas para a implementação de estratégias abrangentes;
- a participação é essencial para dar apoio ao esforço;
- aprender sobre saúde fomenta a participação.

Estabelece também as prioridades para a promoção da saúde no século

XXI:

1. Promover a responsabilidade social para com a saúde;
2. Aumentar os investimentos para fomentar a saúde;
3. Consolidar e expandir parcerias em prol da saúde;
4. Aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo;
5. Conseguir uma infra-estrutura para a promoção da saúde.

Faz ainda as seguintes recomendações para a ação:

- aumento da sensibilização sobre as mudanças dos determinantes da saúde;
- apoio à criação de atividades de colaboração e de redes para o desenvolvimento sanitário;
- mobilização de recursos para a promoção da saúde;
- acumulação de conhecimentos sobre as melhores práticas;
- facilitação do aprendizado compartilhado;
- promoção da solidariedade em ação;

- promoção da transparência e da responsabilidade pública de prestação de contas em promoção da saúde.

## **ANEXO 11**

### **REDE DE MEGAPAÍSES**

#### **REDE DE MEGAPAÍSES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Genebra, Suíça, 18 - 20 de março de 1998

A Rede de Mega-países para a Promoção da Saúde, da Organização Mundial da Saúde, nasceu do reconhecimento da necessidade e do potencial para possibilitar um maior impacto na saúde mundial, por meio da formação de uma aliança entre os países mais populosos. Até o ano 2000, 11 países terão uma população de 100 milhões ou mais. Juntos, estes mega-países atingem 60% da população do mundo: Bangladesh, Brasil, China, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Federação Russa e Estados Unidos da América. Esta diversidade de países engloba todos os níveis de desenvolvimento, experienciando diferentes estágios nos atuais padrões de morbidade e de mortalidade. Trabalhando juntos, os mega-países podem se constituir em voz poderosa na agenda mundial de políticas de promoção da saúde.

As tendências que vêm mudando de maneira rápida, em nível internacional, com impacto no desenvolvimento da saúde mundial, incluem:

- duplo impacto das doenças transmissíveis e não transmissíveis sobre os custos de saúde;
- crescimento da população e mudanças demográficas;
- degradação do meio ambiente;
- globalização dos mercados com aumento do livre comércio;
- urbanização crescente e isolamento rural;
- desigualdades na distribuição de renda;
- diminuição contínua de oportunidades e o baixo status das mulheres.
- transformações nas características dos sistemas de apoio social e comunitário e de democratização societária;
- desenvolvimento da comunicação;

- aumento de agressões, conflitos e de catástrofes provocadas pelo homem;
- aumento progressivo da transferência do trabalho de risco para países em desenvolvimento.

Todas estas tendências possuem conseqüências econômicas, sócio-culturais, políticas e ambientais de dimensão tão ampla que alguns países, sozinhos, não conseguem lidar satisfatoriamente com elas. Combinando esforços, os megapaíses podem direcionar os seus graves temas de saúde, reforçando as atuais tendências mundiais na direção de resultados mais positivos em saúde. A missão da Rede consiste em fortalecer a capacidade de promoção da saúde, nos âmbitos mundial e nacional, no sentido de ampliar a oferta de saúde às populações dos megapaíses, e também à população mundial. Além de sua unidade assegurar um pacto importante às questões internacionais de saúde, os megapaíses irão continuar direcionando as suas próprias prioridades nacionais de saúde, construindo, assim, infraestruturas de promoção de saúde mais fortes dentro de cada país.

Para fortalecer a capacidade de promoção da saúde global e nacional, a Rede tem cinco metas:

1. Melhorar a base de informações concernentes à promoção da saúde, compartilhando políticas de promoção da saúde e programas exitosos, bem como pesquisas e avaliações;
2. Desenvolver a saúde promovendo estratégias em quatro áreas:
  - Estilos de vida saudáveis;
  - Curso de vida saudável;
  - Preservação do meio ambiente;
  - Preservação de assentamentos.
3. Mobilizar os recursos existentes, redistribuídos, bem como recursos diversos de fontes não-tradicionais, visando aumentar a condição da saúde como uma prioridade nacional;

4. Aumentar a colaboração intersetorial por meio de agências governamentais e não-governamentais, pelos setores públicos e privados, objetivando melhorar a saúde;

5. Direcionar as questões comuns aos mega -países, tais como: redistribuição de recursos nas grandes burocracias, construir competências com parceiros nacionais, alcançar grandes populações por meio da mídia - usando tecnologia para prover educação a distância e treinamentos.

Para alcançar as metas, a Rede tem sete objetivos:

- melhorar a capacidade nacional de promoção da saúde;
- aumentar a consciência, o reconhecimento e a advocacy de promoção da saúde entre os tomadores de decisão e o público em geral;
- implementar estratégias de promoção da saúde em torno das questões prioritárias de saúde nos grupos de população e nos assentamentos;
- fomentar a eficiência, a inovação e a efetividade de custo, compartilhando políticas e programas, fazendo uma interface com os parceiros em seus setores específicos;
- desenvolver, implementar e manter as pesquisas, bem como as ferramentas de avaliação;
- disseminar as políticas de promoção da saúde e os programas para outras nações;
- incrementar as questões de promoção da saúde na agenda política nacional.

## **ANEXO 12**

### **DECLARAÇÃO DO MÉXICO**

#### **QUINTA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Cidade do México, México, 5-9 de junho de 2000

#### **DAS IDÉIAS ÀS AÇÕES**

Reunidos na Cidade do México por ocasião da Quinta Conferência Global sobre Promoção da Saúde, os ministros da Saúde que assinaram esta declaração:

1 - Reconhecem que a consecução do nível de saúde mais alto possível é um elemento positivo para o aproveitamento da vida e necessário para o desenvolvimento social, econômico e a equidade.

2 - Reconhecem que a promoção da saúde e do desenvolvimento social é um dever e responsabilidade central dos governos, compartilhada por todos os setores da sociedade.

3 - Estão conscientes de que, nos últimos anos, através dos esforços sustentados dos governos e sociedades em conjunto, houve uma melhoria significativa da saúde e progresso na provisão de serviços de saúde em muitos países do mundo.

4 - Constatam que, apesar desse progresso, ainda persistem muitos problemas de saúde que prejudicam o desenvolvimento social e econômico e que, portanto, devem ser urgentemente resolvidos para promover uma situação mais equitativa em termos de saúde e bem-estar.

5 - Estão conscientes de que, ao mesmo tempo, doenças novas e re-emergentes ameaçam o progresso registrado na área da saúde.

6 - Constatam a necessidade urgente de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, sendo preciso fortalecer os mecanismos de colaboração para a promoção da saúde em todos os setores e níveis da sociedade.

7 - Concluem que a promoção da saúde deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países na busca de equidade e melhor saúde para todos.

8 - Constatam as amplas indicações de que as estratégias de promoção da saúde são eficazes.

Considerando o acima exposto, recomendam o seguinte:

#### AÇÕES

a) Colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais;

b) Assumir um papel de liderança para assegurar a participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na implementação das ações de promoção da saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde;

c) Apoiar a preparação de planos de ação nacionais para a promoção da saúde, se preciso utilizando a capacidade técnica da OMS e de seus parceiros nessa área. Esses planos variarão de acordo com o contexto nacional, mas seguirão uma estrutura básica estabelecida de comum acordo durante a Quinta Conferência Global sobre Promoção da Saúde, podendo incluir, entre outros:

- identificação das prioridades de saúde e estabelecimento de políticas e programas públicos para implantá-las;
- apoio às pesquisas que ampliem o conhecimento sobre as áreas prioritárias;
- mobilização de recursos financeiros e operacionais que fortaleçam a capacidade humana e institucional para o desenvolvimento, implementação, monitoramento e avaliação dos planos de ação nacionais.

d) Estabelecer ou fortalecer redes nacionais e internacionais que promovam a saúde;

e) Defender a idéia de que os órgãos da ONU sejam responsáveis pelo impacto em termos de saúde da sua agenda de desenvolvimento;

f) Informar ao diretor-geral da Organização Mundial da Saúde, para fins do relatório a ser apresentado à 107ª sessão da Diretoria Executiva, o progresso registrado na execução dessas ações.

## **ANEXO 13**

### **The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World**

Bangkok, Thailand, 7 - 11 of August 2005

#### **Introduction**

##### **Scope**

The Bangkok Charter identifies actions, commitments and pledges required to address the determinants of health in a globalized world through health promotion.

##### **Purpose**

The Bangkok Charter affirms that policies and partnerships to empower communities, and to improve health and health equality, should be at the center of global and national development.

The Bangkok Charter complements and builds upon the values, principles and action strategies of health promotion established by the *Ottawa Charter for Health Promotion* and the recommendations of the subsequent global health promotion conferences which have been confirmed by Member States through the World Health Assembly.

### **Audience**

The Bangkok Charter reaches out to people, groups and organizations that are critical to the achievement of health, including:

- governments and politicians at all levels
- civil society
- the private sector
- international organizations, and
- the public health community.

### **Health promotion**

The United Nations recognizes that the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without discrimination.

Health promotion is based on this critical human right and offers a positive and inclusive concept of health as a determinant of the quality of life and encompassing mental and spiritual well-being.

Health promotion is the process of enabling people to increase control over their health and its determinants, and thereby improve their health. It is a core function of public health and contributes to the work of tackling communicable and noncommunicable diseases and other threats to health.

## **Addressing the determinants of health**

### **Changing context**

The global context for health promotion has changed markedly since the development of the *Ottawa Charter*.

### **Critical factors**

Some of the critical factors that now influence health include:

- increasing inequalities within and between countries
- new patterns of consumption and communication
- commercialization
- global environmental change, and
- urbanization.

### **Further challenges**

Other factors that influence health include rapid and often adverse social, economic and demographic changes that affect working conditions, learning environments, family patterns, and the culture and social fabric of communities.

Women and men are affected differently. The vulnerability of children and exclusion of marginalized, disabled and indigenous peoples have increased.

### **New opportunities**

Globalization opens up new opportunities for cooperation to improve health and reduce transnational health risks; these opportunities include:

- enhanced information and communications technology, and
- improved mechanisms for global governance and the sharing of experiences.

### **Policy coherence**

To manage the challenges of globalization, policy must be coherent across all:

- levels of governments
- United Nations bodies, and
- other organizations, including the private sector.

This coherence will strengthen compliance, transparency and accountability with international agreements and treaties that affect health.

### **Progress made**

Progress has been made in placing health at the centre of development, for example through the Millennium Development Goals, but much more remains to be achieved; the active participation of civil society is crucial in this process.

## **Strategies for health promotion in a globalized world**

### **Effective interventions**

Progress towards a healthier world requires strong political action, broad participation and sustained advocacy.

Health promotion has an established repertoire of proven effective strategies which need to be fully utilized.

### **Required actions**

To make further advances in implementing these strategies, all sectors and settings must act to:

- **advocate** for health based on human rights and solidarity
- **invest** in sustainable policies, actions and infrastructure to address the determinants of health
  - **build capacity** for policy development, leadership, health promotion practice, knowledge transfer and research, and health literacy
  - **regulate and legislate** to ensure a high level of protection from harm and enable equal opportunity for health and well-being for all people
  - **partner and build alliances** with public, private, nongovernmental and international organizations and civil society to create sustainable actions.

### **Commitments to Health for All**

#### **Rationale**

The health sector has a key leadership role in the building of policies and partnerships for health promotion.

An integrated policy approach within government and international organizations, as well as a commitment to working with civil society and the private sector and across settings, are essential if progress is to be made in addressing the determinants of health.

#### **Key commitments**

The four key commitments are to make the promotion of health:

1. central to the global development agenda
2. a core responsibility for all of government
3. a key focus of communities and civil society
4. a requirement for good corporate practice.

## **1. Make the promotion of health central to the global development agenda**

Strong intergovernmental agreements that increase health and collective healthsecurity are needed. Government and international bodies must act to close thehealth gap between rich and poor. Effective mechanisms for global governance for health are required to address all the harmful effects of:

- trade
- products
- services, and
- marketing strategies.

Health promotion must become an integral part of domestic and foreign policy and international relations, including in situations of war and conflict.

This requires actions to promote dialogue and cooperation among nation states, civil society, and the private sector. These efforts can build on the example of existing treaties such as the World Health Organization Framework Convention for Tobacco Control.

## **2. Make the promotion of health a core responsibility for all of government**

All governments at all levels must tackle poor health and inequalities as a matter of urgency because health is a major determinant of socioeconomic and political development. Local, regional and national governments must:

- give priority to investments in health, within and outside the health sector
- provide sustainable financing for health promotion.

To ensure this, all levels of government should make the health consequences of policies and legislation explicit, using tools such as equity-focused health impact assessment.

### **3. Make the promotion of health a key focus of communities and civil society**

Communities and civil society often lead in initiating, shaping and undertaking health promotion. They need to have the rights, resources and opportunities to enable their contributions to be amplified and sustained. In less developed communities, support for capacity building is particularly important.

Well organized and empowered communities are highly effective in determining their own health, and are capable of making governments and the private sector accountable for the health consequences of their policies and practices.

Civil society needs to exercise its power in the marketplace by giving preference to the goods, services and shares of companies that exemplify corporate social responsibility.

Grass-roots community projects, civil society groups and women's organizations have demonstrated their effectiveness in health promotion, and provide models of practice for others to follow.

Health professional associations have a special contribution to make.

#### **4. Make the promotion of health a requirement for good corporate practice**

The corporate sector has a direct impact on the health of people and on the determinants of health through its influence on:

- local settings
- national cultures
- environments, and
- wealth distribution.

The private sector, like other employers and the informal sector, has a responsibility to ensure health and safety in the workplace, and to promote the health and well-being of their employees, their families and communities.

The private sector can also contribute to lessening wider global health impacts, such as those associated with global environmental change by complying with local national and international regulations and agreements that promote and protect health. Ethical and responsible business practices and fair trade exemplify the type of business practice that should be supported by consumers and civil society, and by government incentives and regulations.

### **A global pledge to make it happen**

#### **All for health**

Meeting these commitments requires better application of proven strategies, as well as the use of new entry points and innovative responses.

Partnerships, alliances, networks and collaborations provide exciting and rewarding ways of bringing people and organizations together around common goals and joint actions to improve the health of populations.

Each sector – intergovernmental, government, civil society and private – has a unique role and responsibility.

### **Closing the implementation gap**

Since the adoption of the *Ottawa Charter*, a significant number of resolutions at national and global level have been signed in support of health promotion, but these have not always been followed by action. The participants of this Bangkok Conference forcefully call on Member States of the World Health Organization to close this implementation gap and move to policies and partnerships for action.

### **Call for action**

Conference participants request the World Health Organization and its Member States, in collaboration with others, to allocate resources for health promotion, initiate plans of action and monitor performance through appropriate indicators and targets, and to report on progress at regular intervals. United Nations organizations are asked to explore the benefits of developing a Global Treaty for Health.

### **Worldwide partnership**

This Bangkok Charter urges all stakeholders to join in a worldwide partnership to promote health, with both global and local engagement and action.

### **Commitment to improve health**

We, the participants of the 6th Global Conference on Health Promotion in Bangkok, Thailand, pledge to advance these actions and commitments to improve health.

*11 August 2005*

### **Note:**

This charter contains the collective views of an international group of experts, participants of the 6th Global Conference on Health Promotion, Bangkok, Thailand, August 2005, and does not necessarily represent the decisions or the stated policy of the World Health Organization.