



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Monografia de Final de Curso

Aluna: Jéssica Galante Altemio

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Dagmar de Paula Queluz

Ano de Conclusão do Curso: 2005

TCC 231

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA

Jéssica Galante Altemio

“Equipes de Saúde Bucal: ações educativas preventivas voltadas para o cotidiano da comunidade”

Monografia apresentada ao curso de odontologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, para obtenção do diploma de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Profª Drª Dagmar de Paula Queluz

Piracicaba

2005

Dedico este trabalho a todos que estiveram comigo nestes anos de faculdade e me ajudaram a tornar este sonho uma realidade.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por sempre iluminar a minha vida e me conduzir pelo melhor caminho.

Aos **meus pais e minhas irmãs**, pela paciência, carinho e ajuda indispensáveis nesta etapa que está por terminar.

À **Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP**, pelo conhecimento adquirido e pela possibilidade de realização deste sonho.

À **Profª Drª Dagmar de Paula Queluz** por sua orientação durante a realização deste trabalho.

As minhas amigas **Andressa, Carol, Fernanda e Samira** pelo apoio e carinho tanto nos momentos felizes quanto nos difíceis.

Aos **amigos da T46 e de outras turmas** pela companhia e pelas risadas ao longo destes anos.

A **todos** que estiveram comigo, o meu muito obrigada.

SUMÁRIO

Resumo	1
Introdução	2
Proposição	5
Revisão de Literatura	6
Composição e atribuições	6
Ações das Equipes de Saúde Bucal	9
Equipe de Saúde Bucal e a família	13
Além dos domicílios	16
Escolares – atenção especial do Programa Saúde da Família	20
Conclusão	24
Refêrencias Bibliográficas	25

Resumo

O objetivo deste trabalho foi revisar a literatura sobre as Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas no PSF, enfocando a importância do papel de educador de saúde que estes profissionais (CD, THD e ACD) exercem, desenvolvendo suas atividades direcionadas para o cotidiano da comunidade. A reorganização do modelo de atenção através da implantação das Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família levou os profissionais de Odontologia a repensar a sua prática e a exercer um novo papel, voltado para o desenvolvimento de ações coletivas de saúde, tendo a definição da família como núcleo central de abordagem. Suas ações são voltadas para a prática educativa, preventiva e promocional de saúde, eficiente por apresentar como características o baixo custo e o alto impacto social, estando conectado com a realidade epidemiológica e social da nação. Concluímos que o resultado almejado por essa nova prática é uma melhoria da qualidade de vida da comunidade, o que requer uma atitude de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e os cidadãos.

Introdução

Nos anos 70 e 80, médicos, enfermeiros, donas de casa, trabalhadores de sindicatos, religiosos e funcionários dos postos e secretarias de saúde levaram adiante o "movimento sanitário", que tinha o objetivo de criar um novo sistema público para solucionar os inúmeros problemas encontrados no atendimento à saúde da população. Este movimento era orientado pela idéia de que todos têm direito à saúde e que o governo, junto à sociedade, tem o dever de fazer o que for preciso para alcançar este objetivo.

Assim, em 1988, a Constituição Federal determinou que: *"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação"* (Brasil, 1988). Esta Constituição constrói o Sistema Único de Saúde (SUS), que resultou de um processo de lutas, mobilização, participação e esforços desenvolvidos por um grande número de pessoas e é norteado pelos princípios éticos da universalidade, integralidade, equidade, e pelos princípios organizacionais da descentralização, hierarquização e participação popular.

Com a municipalização, no início dos anos 90, ocorreu um avanço no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), mas ainda com a necessidade de mudanças na forma como o sistema estava organizado, que, segundo Costa Neto (2000), se caracterizava como *"prática médica quase que exclusivamente biológica, individualista e hospitalar, apresentando baixa cobertura com elevado custo, apesar de sua eficiência técnica nas respostas pontuais de procedimentos curativos individuais, em especial nos casos complexos e de realização hospitalar"*.

Essa necessidade fez com que surgissem novos programas, dentre eles o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e, em seguida, o Programa Saúde da Família, ambos tendo por prioridade o nível de atenção básica.

O Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) surgiu em 1991, como resposta de enfrentamento aos graves índices de morbimortalidade materna e infantil na região nordeste do país. Esse programa é considerado o antecessor do Programa Saúde da Família (PSF), por alguns dos seus elementos fazerem parte da construção do novo programa, entre eles o enfoque na família e não no indivíduo e o agir preventivo sobre a demanda, constituindo-se num instrumento de organização da mesma, evitando-se ter como eixo apenas a intervenção médica e buscando a integração de fato com a comunidade (Brasil, 2003).

Instituído oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1994, o Programa Saúde da Família veio como uma estratégia para alterar o modelo assistencial de saúde, centrado na doença, no médico e no hospital. A proposta do programa é a criação de equipes que devem ser estruturadas em base territorial, funcionando, teoricamente, como porta de entrada para os sistemas de saúde. Sua estratégia é priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (Brasil, 1994). Nesse novo modelo, a família passa a ser objeto de atenção e é entendida a partir do espaço em que vive, denominado espaço/domicílio/comunidade. Mais do que uma delimitação geográfica, nesse espaço se constrói relações intra e extrafamiliares e se desenvolve a luta pela melhoria das condições de saúde (Brasil, 1994).

Desde a implantação do programa, os agentes comunitários da saúde já vinham desenvolvendo ações de promoção de saúde bucal e de prevenção das doenças bucais mais prevalentes no seu território de atuação (Brasil, 2002). Associado a isso houve, em meados de 2000, a divulgação dos dados da “Pesquisa Suplementar Saúde” na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD/IBGE 1998 – que apontaram que, aproximadamente, 29,6 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista, sendo que a maior parte destes tinham renda de até um salário mínimo (Zanetti, 2001).

Neste contexto, o Ministério da Saúde propôs, como estratégia de reorganização da Atenção Básica da Saúde, a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família. Seus objetivos são diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações da saúde bucal.

<i>Evolução da implantação das equipes</i>			
Ano	mês	nº ESB	pop. atendida
2004	setembro	8.812	46,5 milhões
2005	agosto	11.016	55,7 milhões

Fonte: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (2005).

Proposição

O objetivo deste trabalho foi revisar a literatura sobre as Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas no Programa Saúde da Família (PSF) enfocando a importância do papel de educador para saúde que estes profissionais (CD, THD e ACD) exercem, voltados para a comunidade.

Revisão de Literatura

Composição e Atribuições

A inclusão dos profissionais de saúde bucal nas equipes do Programa Saúde da Família, segundo o Ministério da Saúde (MS), deve ser feita mediante concurso público, e pode ocorrer através de duas modalidades:

- *Modalidade I* – compreende um cirurgião-dentista (CD) e um auxiliar de consultório dentário (ACD);
- *Modalidade II* – compreende um cirurgião-dentista (CD), um auxiliar de consultório dentário (ACD) e um técnico em higiene dental (THD).

Os profissionais das equipes trabalham unidos, em conjunto, mas existem atribuições específicas para cada um dos membros e para ambos (Brasil, 2002):

- *Cirurgião-dentista (CD)* - realizar exame clínico com a finalidade de conhecer a situação epidemiológica de saúde bucal da comunidade; realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS 96) e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS); assegurar a integralidade do tratamento no âmbito da atenção básica para a população adscrita; encaminhar e orientar os usuários que apresentarem problemas mais complexos a outros níveis de especialização, assegurando seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento; realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências; realizar pequenas cirurgias ambulatoriais; prescrever medicamentos e outras orientações em conformidade com os diagnósticos efetuados; emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência; executar as ações de assistência

integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais; coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e a prevenção em saúde bucal; programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas; supervisionar o trabalho desenvolvido pelo técnico em higiene dental (THD) e pelo atendente de consultório dentário (ACD); as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal; e registrar no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) todos os procedimentos realizados.

- *Auxiliar de consultório dentário (ACD):* proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados; realizar procedimentos educativos e preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como evidenciação de placa bacteriana, orientações à escovação com o uso de fio dental sob acompanhamento do THD; preparar o instrumental e os materiais para uso (sugador, espelho, sonda e demais materiais necessários para o trabalho); instrumentalizar o cirurgião-dentista ou o técnico em higiene dental durante a realização de procedimentos clínicos; cuidar da manutenção e da conservação dos equipamentos odontológicos; agendar e orientar o paciente quanto ao retorno para manutenção do tratamento; acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal; realizar procedimentos coletivos, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados, na Unidade Básica de Saúde da Família e em espaços sociais identificados; e registrar no SIA/SUS todos os procedimentos realizados no âmbito de sua competência.

- *Técnico em Higiene Dental (THD)*: realizar, sob a supervisão do cirurgião-dentista, procedimentos preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento; realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião-dentista; auxiliar o cirurgião-dentista (trabalho a quatro mãos); realizar procedimentos coletivos, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados, na Unidade Básica de Saúde da Família e em espaços sociais identificados; cuidar da manutenção e da conservação dos equipamentos odontológicos; acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal; e registrar no SIA/SUS todos os procedimentos realizados no âmbito de sua competência.

À equipe de profissionais, pertencem a responsabilidade pelas seguintes atividades (Groisman et al., 2005):

- *Na comunidade*: cadastramento, visitas domiciliares, planejamento e participação em grupos existentes para o desenvolvimento de atividades educativas.

- *Na unidade*: atividades promocionais de prevenção dos principais agravos e atendimento único individual através de profilaxias, restaurações, exodontias, pulpotomias e pulpectomias.

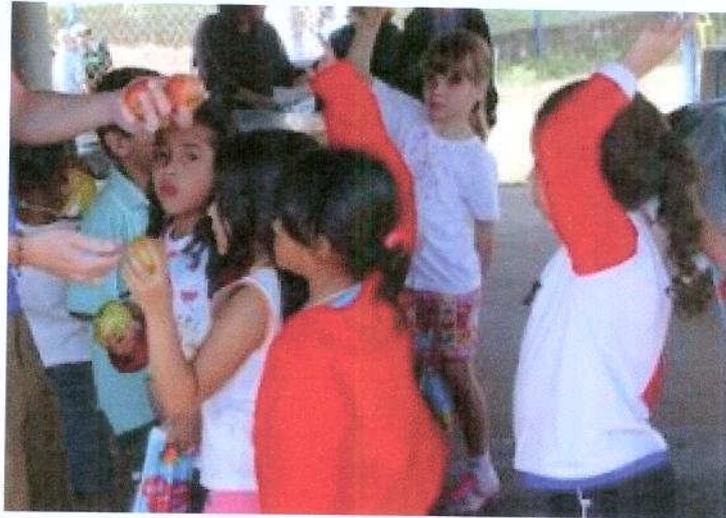
A carga horária das Equipes de Saúde Bucal é de 40 horas semanais para qualquer que seja o profissional, sendo considerada necessária para a criação de vínculos com a população e para o melhor desenvolvimento do processo de trabalho das equipes (Brasil, 2002). A atuação das Equipes de Saúde Bucal deve ser multi e interdisciplinar, enfocando o indivíduo de acordo com seu ciclo de vida e seu contexto familiar e social. Esta prática pode até desenvolver

ações voltadas para o indivíduo, desde que sempre contextualizada em sua organização de vida, espaço e tempo em que se encontra. (Costa Neto, 2001).

Para o Ministério da Saúde (MS), os dentistas e seus assistentes podem desempenhar um papel decisivo nos bons resultados do Programa Saúde da Família, desde que com as devidas adaptações. Isto porque *“também na odontologia predomina a cultura da especialização e do trabalho individualizado do dentista. É necessário, portanto, que profissionais da odontologia conheçam, aceitem e pratiquem os conceitos e princípios da Saúde da Família e desenvolvam habilidades para o trabalho multiprofissional”* (Brasil, 2001).

Ações das Equipes de Saúde Bucal

Segundo Aerts (2004), as ações das equipes de saúde bucal devem ser pautadas nas estratégias da Carta de Otawa, que se consubstancia em uma combinação de políticas públicas saudáveis, desenvolvimento de habilidades pessoais, fortalecimento das ações comunitárias, criação de ambientes saudáveis e reorientação dos serviços de saúde (WHO, 1986). No nível central, as políticas públicas saudáveis tem a função de assegurar um meio ambiente saudável, estando entre estas as políticas que se referem aos alimentos que irão compor a dieta, à redução do tabagismo, à higiene bucal e, em especial, ao uso do flúor. Ainda neste nível, estão as ações de vigilância sanitária, que tem por objetivo proteger a população de riscos reais ou potenciais e promover a segurança sanitária.



No nível local, estão o fortalecimento das ações comunitárias (que visa a integração da abordagem tradicional-vertical com a abordagem horizontal), o desenvolvimento da habilidades pessoais (possibilitando às pessoas uma maior controle sobre sua saúde) e a reorientação dos serviços de saúde. Quanto a esta ultima, segundo Mendes (1996), o Programa Saúde da Família deve procurar oferecer sua atuação centrada nos princípios da vigilância em saúde, o que significa prestar assistência de forma integral, ofertando prioritariamente assistência promocional e preventiva sem, contudo, descuidar da atenção curativa e reabilitadora. Narvai (1992) diz ainda que estas ações preventiva-promocionais podem ser executadas individualmente, porém, devido a sua natureza, elas são dirigidas para um grande contingente populacional, de modo a potencializar seus efeitos, chamadas então de ações coletivas em saúde.

Ações coletivas em saúde - A partir do início dos anos 90, a rotinização do uso de flúor gel aplicado trimestralmente com escovas de dente associado à escovação diária com creme dental fluoretado (às vezes completada com bochecho semanal de flúor), passou a ser amplamente utilizada, sob o nome de Procedimentos Coletivos (Zanetti, 2000).

Atualmente, o conceito de procedimentos coletivos tornou-se mais amplo, sendo entendido como "ações educativo-preventivas oferecidas de forma contínua", sendo recomendada pelo Ministério da Saúde (MS) as seguintes ações (Brasil, 2004a):

- *Fluoretação das águas*: entende-se que o acesso à água tratada e fluoretada é fundamental para as condições de saúde da população. Assim, viabilizar políticas públicas que garantam a implantação da fluoretação das águas e a ampliação do programa os municípios com sistemas de tratamento é a forma mais abrangente e socialmente justa de acesso ao flúor (Brasil, 2004a). Em locais onde não há esse elemento químico na água, a incidência de cárie é 49% maior do que nos lugares onde a água é fluoretada. Para expandir esse benefício, o MS vai entregar equipamentos de fluoretação às estações de tratamento que distribuem água aos municípios (Brasil, 2004b).

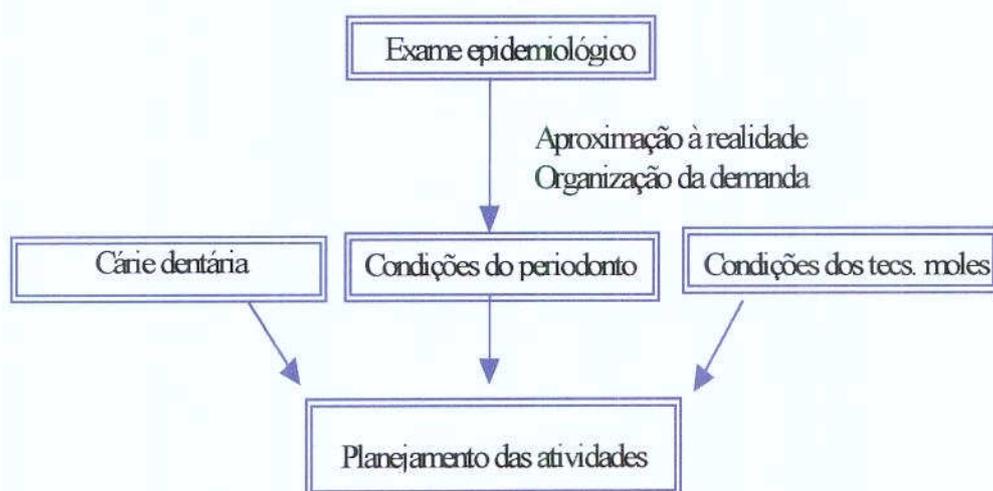
- *Higiene Bucal Supervisionada*: visa à prevenção da cárie – quando for empregado dentífrico fluoretado – e da gengivite, através do controle continuado de placa pelo paciente com supervisão profissional, adequando a higienização à motricidade do indivíduo. Recomenda-se cautela na definição de técnicas "corretas" e "erradas", evitando-se estigmatizações. A HBS deve ser desenvolvida preferencialmente pelos profissionais auxiliares da equipe de saúde bucal (Brasil, 2004a). Ainda, o Ministério da Saúde distribui kits com pasta e escova de dente para 30% dos pacientes atendidos pelas equipes de atenção básica. Esse é o percentual estimado de pessoas que recebem o atendimento, mas não têm condições financeiras de adquirir os produtos (Brasil, 2004b).



- *Aplicação tópica de flúor*: A aplicação tópica de flúor (ATF) visa à prevenção e controle da cárie, através da utilização de produtos fluorados (soluções para bochechos, gel-fluoretado e verniz fluoretado), em ações coletivas. Para instituir a ATF recomenda-se levar em consideração a situação epidemiológica (risco) de diferentes grupos populacionais do local onde a ação será realizada (Brasil, 2004a).

- *Educação para a saúde*: objetiva a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença (Brasil, 2004a).

- *Exame epidemiológico*: recomenda-se que a assistência não se dê através de demanda espontânea, devendo ser organizada através de um exame prévio de levantamento das necessidades do grupo assistido.



Rompendo com os modelos de saúde bucal vigentes, que ora se caracterizam como curativo-mutilador, ora meramente de promoção de saúde da população infantil escolar (Brasil, 2004a), a oportunidade de fundir a estratégia assistencial dos Procedimentos Coletivos (PC) com a estratégia gerencial de organizar a atenção sob a lógica da abordagem familiar, conformou as bases da Saúde Bucal da Família (Zanetti, 2000).

Equipe de Saúde Bucal e a Família

A família é uma das cinco maiores instituições sociais que especificam papéis sociais dos indivíduos. Assim, para a compreensão do processo saúde-doença é preciso conhecer sua família, história, hábitos, costumes, relações de gênero e poder em que foi criado, estando esses fatores diretamente ligados à história do indivíduo, sua cultura, crenças mitos e seu conceito de saúde-doença

(Souza, 2001). Assim, para Neder (1998), o conhecimento do desenvolvimento da família facilita a identificação dos desafios que serão enfrentados, permitindo a melhor atenção e contextualização dos sinais e sintomas apresentados pelos indivíduos em um determinado momento da sua vida. Então, nota-se que a família exerce influencia na mudança de hábitos relativos aos cuidados pessoais: segundo Inglehart e Tedesco (2000), fatores ambientais, permanentes ou temporários, como o grau de escolaridade, os aspectos socioeconômicos, o divórcio ou perda de emprego, pode causar um estresse que afeta de várias formas o modo como o indivíduo trata a sua saúde (Inglehart e Tedesco, 1995). Pinto (1992) afirma ainda que um indivíduo em condições de miséria absoluta ou relativa, que está envolvido com a tarefa de sobreviver, dificilmente conseguirá absorver elementos educativos por os problemas dentários e de tecidos moles da boca não serem considerados como graves.

Neste contexto, os profissionais da saúde precisam compreender a importância dos sistemas sociais, sendo ele um promotor de saúde na conscientização da comunidade (Groisman et al., 2005).

As ações de proteção à saúde inclui-se trabalhar com abordagens sobre fatores de risco, que constituem uma ameaça à saúde das pessoas, e sobre fatores de proteção simultaneamente, tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) mas, principalmente, na busca da autonomia dos cidadãos, estimulando práticas de autocuidado por pacientes, famílias e comunidades (Brasil, 2004a). Para atingir esse objetivo, a promoção de saúde tem que fazer com que escolhas mais saudáveis se tornem escolhas mais fáceis, utilizando para isso o instrumento de transformação social que é a educação, propiciando a reformulação de hábitos, a aceitação de novos valores e o estímulo à criatividade (Pereira et al., 2003). Costa

e Albuquerque (1997) atentam para o fato de que a educação não deve mais ser usada como um instrumento de mudança de características individuais indesejadas, mas sim de modo que permita uma reflexão das condições reais de vida das pessoas, ajudando-as a assumirem a solução dos seus problemas como co-responsáveis, buscando a desalienação e a formação da cidadania. No entanto, é necessário o cuidado para não responsabilizar totalmente as pessoas pelo que ocorre em sua vida, evitando assim o fenômeno conhecido como culpabilização da vítima (Bleicher, 1999). Pinto (2000) enfatiza ainda a importância de saber a quem educar, tendo claro os limites de influência e as dificuldades do processo educativo. A sistemática educativa varia de acordo com a população alvo a atingir e com os instrumentos educativos a serem utilizados.

Segundo Sotney (1981), para obter um verdadeiro progresso na educação e prevenção das doenças, precisa-se seguir de onde ela começa, isto é, no domicílio. A visita domiciliar oferece uma base para a educação competente em saúde, por uma série de fatores, entre eles: 1) No domicílio, além de conversar sobre o que eles fazem, pode-se ver como o fazem e pedir explicações, compreendendo melhor por que vivem ou agem daquela maneira, 2) os moradores podem explicar também muita coisa sobre a região em que moram e os problemas que afetem a comunidade, 3) no lar, as pessoas são anfitriãs, ficando satisfeitas com o interesse demonstrado e tornando-se mais abertas. Porém, é importante que haja contato freqüente entre os profissionais da equipe de saúde bucal e o indivíduo ou grupo assistido, estabelecendo um quadro de confiança mútua para que o processo de comunicação aconteça com êxito. A mudança de hábitos tem maior probabilidade de ocorrer como consequência do contato individual, que é mais profundo e não deve deixar de existir – o trabalho em grupo não o substitui, mas, sim, o reforça (Pinto, 2000). Assim, adentramos

num importante aspecto da atenção básica em saúde através da estratégia da saúde da família: o vínculo entre profissionais e indivíduos. Para Filho (2002), este é muito mais do que simplesmente conhecer os moradores de sua área. É saber identifica-los em seu contexto familiar, de trabalho, de comunidade. É conhecer os fatores que possam estar influenciando na sua qualidade de vida, percebendo-os como cidadãos capazes de aprender novas atitudes, sempre respeitando seus padrões culturais e jamais impondo crivos do que está certo e do que está errado, numa atitude de detentores do saber. Então, a visita domiciliar passa a ter um caráter tão importante quanto a realização do diagnóstico clínico das patologias, por ser uma estratégia de intervenção terapêutica, onde ora se atua em ações de promoção e prevenção, ora através de intervenções clínicas factíveis, ora estabelecendo-se como suporte às mudanças comportamentais da família (Filho, 2002).

Além dos domicílios

As ações de promoção de saúde bucal também são desenvolvidas pelas equipes no nível coletivo, sendo realizadas no âmbito das unidades de saúde (trabalho da equipe de saúde junto aos grupos de idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, saúde mental, planejamento familiar e sala de espera), nos grupos de rua, escolas, creches, associações, clube de mães ou outros espaços sociais, oferecidos de forma contínua (Brasil, 2004a). Para Pinto (2000), a educação em grupo pode ter um papel multiplicador do ensino muito maior do que o processo pessoa-a-pessoa, dependendo da habilidade do educador e do interesse ser comum à maioria.

Os métodos educativos a serem utilizados dependem da faixa etária, da condição sócio-econômica, do local e do assunto, podendo ser (Pereira et al., 2003):

- *Palavra falada*: o educador terá comunicação direta com o público, chamando atenção para assuntos mais importantes e esclarecendo dúvidas durante palestras, conferências, reuniões, mesas redondas ou mesmo individualmente. Milori *et al.* (1994) e Queluz (1995) apontam em seus trabalhos limitações em programas educativos ancorados em palestras e orientações pontuais em relação ao impacto na prevenção das doenças e na promoção da saúde bucal.



- *Palavra escrita*: sob forma de impressos, folhetos, historinhas, revistas e encartes. O educador deve tomar cuidado na elaboração adequada à faixa etária, sendo mais indicado para adultos.

- *Recursos audiovisuais*: usado para todas as faixas etárias, tomando o cuidado com o assunto abordado, a linguagem e o tempo. Garcia *et al.* (1998)

mostrou em seu trabalho que embora os recursos áudio visuais colaborem no processo de retenção de informações, não garante a consciência da necessidade do cuidado com a saúde. Já Dinelli et al. (1998) concluíram que houve motivação, assimilação e retenção do conhecimento com a utilização de recursos áudio visuais, ressaltando, porém, que o bom nível das respostas obtidas deveu-se, principalmente, às condições sócioeconômica-culturais do grupo de estudantes, que pertencia à rede de particular de ensino.



- Podem ser utilizados ainda meios de comunicação em massa, cartazes, murais, teatro de fantoches e macromodelos.

Menezes (2004) atenta para a necessidade de repensar as estratégias preventivas e promocionais meramente prestadas na transmissão de informações. Segundo o autor, as informações só farão sentido nas vidas das pessoas se elas forem contempladas de percepções, de crenças, particularidades e valores que estão presentes no imaginário social. Para Rice & Candeias (1989), a comunicação de caráter apenas informativo apresenta um efeito temporário em relação às mudanças de hábitos e condutas, não mudando o comportamento em

definitivo: com a supressão do estímulo, há, em consequência, a extinção do comportamento. Segundo Chiesa & Veríssimo (2003), o modelo de educação em saúde a ser seguido não é o de informar, mas sim o de transformar saberes existentes, visando não mais a imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim o desenvolvimento da compreensão da situação de saúde, tornado-se uma prática emancipatória. Assim, este modelo está associado a mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde, ocasionados não pela persuasão ou autoridade do profissional, mas pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença (Alves, 2005).

O Ministério da Saúde (MS) recomenda ainda que os conteúdos de educação em saúde bucal sejam pedagogicamente trabalhados, preferencialmente de forma integrada com as demais áreas, competindo ao CD planejar as ações, organizá-las, supervisioná-las e avaliá-las sendo, em última instância, o responsável técnico-científico por tais ações.

O envolvimento da comunidade não se limita apenas na sua educação, mas também sua participação, considerada um recurso fundamental para a construção da saúde bucal por sua contribuição básica no envolvimento com questões locais que ela conhece como ninguém, na tomada de decisões, planejamento e implementação das ações e na fiscalização dos recursos (Aerts, 2004). Ashley e Allen (1996) afirmam ainda que o apoio dado pela equipe à organização coletiva, de maneira que os problemas comuns possam ser discutidos, é um passo importante na conscientização sanitária da comunidade, sendo essa, segundo Ministério da Saúde (Brasil, 2004a), o ponto de partida para a construção da cidadania, o que implica tanto para gestores e profissionais quanto para usuários, a consciência dos aspectos que condicionam e determinam

um dado estado de saúde e dos recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação.

Escolares – atenção especial do Programa Saúde da Família

De acordo com Rubinson e Tappe (1987), o processo de educação em saúde bucal deve começar à partir dos 3 anos de idade, quando os hábitos ainda estão sendo formados, e antes que eles se estabeleçam inadequadamente e se tornem resistentes às mudanças. Silveira et al. (1998) acrescentam que as crianças não só aprendem mais rápido e tem ansiedade em adquirir novos conhecimentos, como também estão em idade de risco para desenvolver problemas de saúde bucal. Por isso, as crianças de 0 a 14 anos foram beneficiadas com a inserção da Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família, havendo, a partir de então, a intensificação das ações coletivas nas escolas (Brasil 2000). Nesse sentido, as ações realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal na escola são baseadas nas aplicações de flúor. Entre estas ações estão: escovação diária supervisionada nas creches (crianças de 03 a 05 anos), apesar de algumas escolas também realizarem no ensino fundamental; bochechos semanais ou quinzenais com flúor e aplicação de flúor gel semestralmente para crianças de 6 a 14 anos. O bochecho e a aplicação de flúor gel é preconizado atualmente de acordo com o índice de cárie de cada criança e onde não existe água fluoretada. Estas ações são reforçadas pelas ações de educação em saúde bucal (São Paulo, 2001).



Segundo (Moisés e Watt, 2000), o Programa Saúde da Família em parceria com a escola, pode desenvolver uma série de ações para promover saúde bucal. A implementação de políticas de saúde, como a política de alimentação, oferecendo alimentos saudáveis na cantina, e a inclusão de tópicos de saúde bucal no currículo, destacando informações práticas, não só a discussão sobre a importância de limpeza dos dentes, mas também como limpar, associados à disponibilidade de espaços adequados para higienização, e a previsão de “capacitação” para professores e funcionários em tópicos de saúde bucal, são exemplos de ações para promover saúde bucal em escolas. Neste sentido, é importante a capacitação dos professores pela Equipe de Saúde Bucal, envolvendo-os tanto em processos educativos como em conteúdos a serem abordados nos grupos, para que os objetivos sejam alcançados com sucesso.

É oportuno também para a Equipe de Saúde Bucal o contato com os familiares dos escolares durante as reuniões de pais e mestres nas escolas, onde podem ser abordados temas relacionados com a saúde bucal, assim como também haver troca de informações sobre atuação do Programa Saúde da Família nas escolas, a conduta dos procedimentos coletivos individuais e principalmente motivá-las a participar da promoção de saúde bucal. As famílias

devem ser convidadas a acompanhar o escolar durante o tratamento odontológico do mesmo, pois a abordagem familiar é fundamental em qualquer atividade relacionada à saúde (São Paulo, 2001).

Viana (2002), em estudo realizado em Sobral - CE, observou as crianças chegam na escola com algumas noções sobre higiene bucal, adquiridos através de seus pais ou familiares, mostrando que a família desempenha um papel importante na formação da criança, uma vez os que cuidados com a higiene pessoal já fazem parte da sua cultura. A respeito disso, Pinto (2000) afirma que a criança adotará costumes semelhantes das pessoas com que convivem, sendo por isso importante que o adulto dê o exemplo. Na sua opinião, para que as estratégias preventivas -promocionais em escolares sejam efetivas, a Equipe de Saúde Bucal deve concentrar seus esforços na educação dos responsáveis sobre os fatores etiológicos e fatores auxiliares de ocorrência de doenças bucais, certificando-se que esses hábitos sejam executados nas crianças, sendo um momento oportuno para envolver a família no processo de educação e motivação e saúde bucal (Menezes, 2004). Segundo Zanetti (2000) ao maximizar eficientemente o sucesso preventivo-promocional junto à essa faixa etária, os recursos assistenciais curativos a elas destinados serão liberados, os quais poderão ser utilizados nas estratégias de universalização da cobertura junto aos adultos.

A inclusão da equipe de saúde bucal no programa saúde da família estabelece um novo cenário na odontologia brasileira. Sua atuação pode se dar de várias formas, promovendo saúde e tendo a educação e a motivação do indivíduo lugar de destaque, pois é através dessas abordagens que se procura estabelecer hábitos bucais adequados e duradouros. Entretanto, ainda é

necessária uma mudança no perfil dos profissionais, passando de uma atuação apenas cirúrgico-restauradora, para uma visão mais ampla, que permita atuar em todos os níveis, principalmente no social. Para isso, cabe a instituição formadora transcender o modelo biomédico, formando indivíduos comprometidos com as questões sociais e com a coletividade, contribuindo efetivamente para a melhoria da condição de vida da comunidade, resgatando o caráter coletivo da prática odontológica (Brasil, 2001 e Brasil, 2002). Atualmente, já existe a exigência por parte do Ministério da Educação e Cultura, mediante novas diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde, de que a graduação vise à formação de profissionais generalistas, que tenham um perfil adequado para atuar no Programa Saúde da Família.

Conclusão

A reorganização do modelo de atenção através da implantação das Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família levou os profissionais de odontologia a repensar a sua prática e a exercer um novo papel, voltado para o desenvolvimento de ações coletivas de saúde, tendo a definição da família como núcleo central de abordagem. Suas ações são voltadas para a prática educativa, preventiva e promocional de saúde, eficiente por apresentar como características o baixo custo e o alto impacto social, estando conectado com a realidade epidemiológica e social da nação.

O planejamento das ações deve ser baseado nos aspectos culturais e sócio-econômicos da comunidade assistida, incentivando seus esforços a integrar as práticas de saúde bucal em sua vida.

Assim, o resultado desejado por essa nova prática é uma melhoria da qualidade de vida da comunidade, o que requer uma atitude de coresponsabilidade: de um lado, os profissionais de saúde são responsáveis pela atenção contínua aos moradores da área onde atuam; de outro, há a necessidade de que os cidadãos assumam a responsabilidade pela defesa de sua própria saúde e a da coletividade.

Referências Bibliográficas

- Ashley EP, Allen CD. Oral health promotion. In: Murray, J.J. (Ed.). Prevention of oral health disease. Oxford: Oxford University Press, p. 139-146, 1996.
- Bleicher L. Promoção da Saúde. Reconstruindo Ações Coletivas em Saúde Bucal. Referencial Conceitual . Metodologia. Mimeo, 17p. 1999.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conheça a história e como funciona o SUS. [on line] Disponível na internet: www.portal.saude.gov.br
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Dentro de Casa: PSF. Brasília. Fundação Nacional da Saúde; 1994
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Coleção Saraiva de Legislação. São Paulo: Saraiva, 1995
- Brasil. Ministério da Saúde. In: Cadernos de saúde da família: construindo um novo modelo. v. 1. Brasília, 1996.
- Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF, Brasília, 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, p. 126, 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001b. Brasília, 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: Equipes de Saúde Bucal, Brasília, 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Filho, A D S. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Brasília, 2002.

- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. v.3 n.1 Recife jan./mar. 2003
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política de Ação Social Fortalece SUS, Brasília; dez/2004
- CFO, Jornal do. Nos 10 anos do PSF, Saúde Bucal se consolida. Ano 12. Nº 60. Junho/2004. [on line] Disponível na internet: www.cfo.org.br
- Costa Neto MM. O currículo médico e o sistema de saúde em construção. Rev Bras Saúde Fam, p. 46-51; 2000
- Costa Neto MM. Enfoque familiar na formação do profissional de saúde. In: Residência saúde da família, bibliografia para seleção da turma 2001. Sobral: p. 330 – 342; 2001.
- Dinelli W, Corona SAM, Garcia PPNS & Dinelli TCS 1998. Campanhas de prevenção e motivação em odontologia: Novos caminhos. *Odonto* 2000 2(1): p. 8-13.
- Garcia, PPNS, Corona SAM, Valsecki Júnior 1998. A educação e motivação: segunda avaliação da efetividade de métodos educativo-preventivos relativos à cárie dental e à doença periodontal. *Revista de Odontologia da Unesp* 27(2): 405-415; 2001.
- Groisman S, Moraes NM, Chagas LD. A evolução da atenção à saúde no Brasil: O contexto da saúde bucal. Caderno II da Aboprev. Rio de Janeiro, 2005.
- Inglehart M, Tedesco LA. Behavioral research related to oral hygiene practices: a new century model of oral health promotion. *Periodontology*, 2000. V.8, p. 15-23, 1995

- Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: Mendes E V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. p.233-300.
- Menezes AF. A participação da família na promoção da saúde bucal em alunos da escola Raimundo Pimentel Gomes – CAIC, atendidos pelo PSF-CAIC, em 2002, Sobral – CE, 2004.
- Milori AS, Nordi PP, Vertuan V, Carvalho J 1994. Respostas de um programa preventivo de placa dentária bacteriana. Revista de Odontologia da Unesp 23(2): 325-231.
- Moisés ST, Watt R. Promoção de saúde bucal – definições. In: Buischi YP. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 2000. p. 1-22.
- Narvai PC. Saúde Bucal: Assistência ou Atenção? São Paulo, 1992.
- Pereira A C. Odontologia em Saúde Coletiva – Planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, p. 117-139, 2003.
- Queluz DP. Cárie e conhecimento do flúor "na prevenção de escolares". RGO 43(3): p. 167-170;1995.
- Silveira Filho A D, et al. Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES, 193 p. 2002.
- São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde. Organização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica – SUS – SP. São Paulo, p. 8 – 15. 2001.
- Scotney N. Educação para saúde: manual para o pessoal de saúde da zona rural. São Paulo: Paulinas, 2. Ed. (Coleção Saúde e Comunidade), 162p., 1981.
- Souza MF. A família: Vários olhares. A coragem do PSF. São Paulo: Hucitec, p. 21 – 24. 2001.

Zanetti CHG. Opinião: a inclusão da Saúde Bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS. Brasília, 2001.

Zanetti CHG. Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) : proposição e programação. Brasília. Departamento de Odontologia, Universidade de Brasília, UnB, 2000.

WHO. The Ottawa Charter for health promotion. Geneva, World health Organization, 1986.