



Lucimara Magon Rota



EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA ADULTOS

**Monografia apresentada à
Faculdade de Odontologia de
Piracicaba, da Universidade
Estadual de Campinas, como
requisito para obtenção de Título
de Especialista em Odontologia do
Trabalho.**

Piracicaba

2007



Lucimara Magon Rota



1290005394

TCE/UNICAMP
R74e
FOP

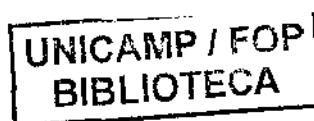
EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA ADULTOS

**Monografia apresentada à
Faculdade de Odontologia de
Piracicaba, da Universidade
Estadual de Campinas, como
requisito para obtenção de Título
de Especialista em Odontologia
do Trabalho.**

Orientador: Profa. Dra. Dagmar de Paula Queluz

Co-Orientador: Prof. Dr. Fábio Luiz Mialhe

361



Piracicaba

2007

Unidade FOP/UNICAMP
N. Chamada
R74e
Vol. Ex.
Tombo BC

Unidade - FOP/UNICAMP

TCE/UNICAMP

R74e Ed.

Vol. Ex.

Tombo 5394

C ☐ D ☒

Proc. 16P-130/11

Preço R\$ 11,00

Data 06/01/11

Registro 778416

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**
Bibliotecário: Marilene Girello - CRB-8ª / 6159

R74e	Rota, Lucimara Magon. Educação em saúde bucal para adultos. / Lucimara Magon Rota. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2007. 44f. Orientadores: Dagmar de Paula Queluz, Fábio Luiz Mialhe. Monografia (Especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. 1. Odontologia do trabalho. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Saúde bucal. I. Queluz, Dagmar de Paula. II. Mialhe, Fábio Luiz. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV. Título. (mg/fop)
------	---

SUMÁRIO

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

1. Introdução.....10

2. Proposição.....15

3. Revisão da Literatura.....17

 3.1. Ações de educação em saúde.....18

 3.2. Educação em Saúde bucal.....22

 3.3. Adultos.....29

4. Discussão.....34

5. Considerações Finais.....39

Referências Bibliográficas.....41

RESUMO

RESUMO

A saúde pública muito tem se preocupado com a saúde como um todo da população, atuando nas diversas faixas etárias, desde a criança passando pelos adultos e concluindo com os idosos. Levantamentos epidemiológicos vêm sendo realizados também nessas faixas etárias, mostrando um declínio da cárie dentária nas crianças e adultos e com o aumento da qualidade e quantidade de vida, um aumento do número de dentes que os idosos após os 60 anos de idade. Os principais responsáveis por este declínio são a inclusão do Flúor nos dentifrícios após a década de 90, flúor na água de abastecimento público, redução no consumo do açúcar, e finalmente, programas de educação e promoção de saúde bucal. Sendo assim este trabalho tem por objetivo realizar uma revisão sistemática através de leitura e análise de artigos científicos publicados nos últimos anos sobre o assunto. Estes programas são aplicáveis em todas as faixas etárias, e nos adultos principalmente em seus respectivos empregos, haja vista, essa faixa da população encontra-se na maior parte de seu tempo trabalhando. Com base nas leituras e análises realizadas, conclui-se que a educação em saúde bucal para adultos é uma importante ferramenta de manutenção da saúde bucal e uma grande fonte de prevenção de doenças localizadas na cavidade oral, sendo as principais delas a cárie dentária, o câncer bucal, as doenças periodontais, entre outras.

Palavras-Chave: Saúde Bucal, Educação em saúde, Adultos

ABSTRACT

ABSTRACT

The public health very if has worried about the health as a whole of the population, acting in the diverse aged bands, since the child passing for the adults and concluding with the aged ones. Surveys epidemiologists come being also carried through in these aged bands, showing to a decline of the dental caries in the children and adults and with the increase of the quality and amount of life, an increase of I number it of teeth that aged after the 60 years of age. Main the responsible ones for this decline are the inclusion of Fluoride in the dentifrices after the decade of 90, fluoride in the water of public supplying, reduction in the consumption of the sugar, and finally, programs of education and promotion of oral health. Being thus this work has for objective in recent years to carry through a systematic revision through reading and analysis of published scientific articles on the subject. These programs are applicable in all the aged bands, and in the adults mainly in its respective jobs, it has seen, this band of the population meets of its time working for the most part. On the basis of the carried through readings and analyses, are concluded that the education in oral health for adults is an important tool of maintenance of the oral health and a great source of prevention of illnesses located in the verbal socket, being main of them the dental caries, the oral cancer, the periodontais illnesses, among others.

Key-words: Oral health, health education, adults

UNICAMP / FOP
BIBLIOTECA

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Segundo a lei orgânica da saúde 8.080/90, "a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do estado não exclui o das pessoas, das famílias, das empresas, da sociedade".

A saúde bucal, integrante da saúde geral, representa um fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida. Na fase adulta, seria definida como sendo um estado funcional saudável nos aspectos físico, social e psicológico, com ausência de dor (Kiyak, 1993).

Educar para saúde parte da hipótese de que vários problemas de saúde são resultantes da precária situação educacional da população, necessitando, portanto de medidas educativas ou corretivas, fazendo com que o saber instituído leve a aquisição de novos comportamentos e técnicas, com isso, comportamentos inadequados podem ser superados por meio de informações provenientes do exterior (Gazzinelli et al, 2005).

As Diretrizes da Educação para a Saúde ainda definem Educação em saúde como *"uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde"* (Ministério da Saúde; 1980. p. 370).

A idade adulta, sendo caracterizada como um estágio psicológico de estabilidade e ausência de mudanças importantes é uma citação falsa dentro de uma perspectiva generalizada, pois os adultos na sua maioria trabalham, se relacionam amorosamente, formam família, educam os filhos, têm projetos individuais e coletivos, portanto, essas características trazem para os adultos em si, um potencial para profundas transformações (Oliveira, 2004).

De acordo com Garcia et al. (2000), a educação de pacientes adultos é muito importante, pois irá alertá-los a interromperem hábitos que aumentam o risco às doenças bucais e estimulá-los a adquirir bons hábitos.

No Brasil, não existem estudos a respeito de pessoas que atingem a idade adulta sem desenvolver cáries. Em outros países, avalia-se que seja de 1% a 2%, no máximo, a sua prevalência (Nikiforuk, 1985).

Dados epidemiológicos mostram no Brasil um expressivo incremento das perdas dentárias com a idade, relacionadas com exodontias provocadas por doenças como a cárie e as doenças periodontais.

"A informação epidemiológica mais recente sobre a perda dentária precoce em adultos brasileiros foi obtida para o grupo etário de 35 à 44 anos de idade em levantamento epidemiológico realizado em 1986 em 16 capitais. Nessa faixa etária, a prevalência de cárie era de 22,5 dentes atacados, caracterizando um valor "muito alto", segundo a classificação de prevalência apresentada por Murray. De cada três dentes atacados por cárie, dois haviam sido extraídos, correspondendo a uma média de cerca de 15 dentes perdidos por adulto" (Frazão et al., 2003).

No Brasil, a extração dentária em massa inicia-se a partir dos 30 anos, como solução mais prática e econômica para os problemas de saúde bucal (Pinto, 1997). Wolf (1998) explica que a erupção dentária é uma etapa muito importante na organização psíquica dos indivíduos e por isso a sua perda pode implicar alterações com conseqüências na sua fala, deglutição e mastigação, fazendo com que esses indivíduos se afastem do convívio social.

A cavidade bucal, portanto, tem grande influência na qualidade de vida tanto no nível biológico quanto no psicológico e social, através da auto - estima, auto - expressão, comunicação e estética facial (Gift & Red ford , 1992).

A cárie dentária e a doença periodontal são reconhecidamente as doenças bucais mais comuns e constituem um dos principais problemas de saúde pública. Em virtude disso, a melhor forma de tratamento odontológico é, sem sombra de dúvidas, o preventivo, uma vez que este visa manter não somente a integridade dentária, mas, principalmente, a saúde bucal.

Em regiões ou países onde uma proporção significativa da população não tem acesso regular a ações de promoção da saúde bucal e a serviços odontológicos profissionais, o tratamento da cárie já em estágio tardio, é realizado através da exodontias dos dentes afetados. (Frazão et al.,2003).

Ferraz e Bellini (1983) fizeram um estudo das condições dentárias de um grupo de trabalhadores adultos em Jundiaí (SP), em relação ao número de dentes, à quantidade de indivíduos desdentados e ao número de dentaduras superiores e inferiores. Oitenta por cento tinham menos que 35 anos. A média do número de

dentes era 21,0. No grupo etário de 36-45 anos, a dentição estava reduzida à metade (14,8). A média de 11,9 foi para o grupo de mais de 45 anos. Do total de trabalhadores, 6,6% eram completamente desdentados, 13,6% eram desdentados só na maxila e 0,8% só na mandíbula. Todos os indivíduos desdentados usavam dentaduras. Devido à escassez de informações sobre condições dentais de trabalhadores adultos, a proposta do autor foi investigar o número de dentes, de desdentados e portadores de próteses totais em uma amostra de trabalhadores.

Assim sendo, é de extrema importância a educação em saúde bucal direcionada para a população adulta, pois esses, tendo acesso à programas preventivos, adquirindo novos conhecimentos poderão mudar hábitos ou adquirir novos, mantendo a saúde bucal.

“ Uma vez educado, o paciente torna-se receptivo e cooperador com as medidas que lhe são recomendadas” Pereira et al. (1993 e 1996).

Em vista da importância do tema, esta monografia teve :

De acordo com Gonçalves et al., 1998, existem métodos de motivação que os profissionais podem lançar mão, tais como a orientação direta, folhetos explicativos, filmes, *slides*, evidenciadores de placa e escovação supervisionada.

A qualidade de higiene bucal realizada pelo paciente é muito importante, pois tanto para a cárie como para a doença periodontal o fator etiológico é a placa bacteriana e, mediante escovação dentária adequada associada ao fio dental, a remoção mecânica da placa bacteriana é considerado o mais acessível e efetivo meio de prevenção das doenças bucais. Sendo assim, programas preventivos que estimulem o controle mecânico da placa bacteriana devem ser colocados em prática.

Fishwick, Ashley e Wilson (1988) realizaram um estudo com objetivo de avaliar a qualidade de uma campanha de saúde bucal em população adulta no noroeste de Londres. Foram selecionados quatro locais de trabalho, divididos em pares e alocados randomicamente para os grupos teste e controle. A amostra foi constituída de 98 trabalhadores voluntários com boa saúde geral. Foram efetuados dois exames da cavidade bucal, com intervalos de seis semanas entre um e outro. O grupo teste recebeu o programa imediatamente após o exame e o grupo controle, após a segunda visita. O sangramento gengival à sondagem (BOP) e a profundidade de sondagem (profundidade de bolsa – PD) foram medidas em cada ocasião, usando

sonda com pressão calculada. A percentagem de sítios com BOP por indivíduo caiu de 56% para 25% no grupo teste, enquanto permaneceu quase inalterada no grupo controle – de 46% a 48%. A percentagem de sítios com 4mm de profundidade reduziu de 38% para 25% no grupo teste e de 28% para 25% no grupo controle. Essas diferenças entre grupos foram estatisticamente significantes quando submetidas à análise de covariância ($P < 0,01$). A conclusão ocorreu em 1995 e mostrou efetividade clínica de uma campanha de saúde bucal em local de trabalho e sua importância para a equipe de cuidados primários em saúde bucal.

Axelsson et al. (1999), Gomes et al. (1993), Navarro et al. (1996), Pereira et al. (1992) e Rosa et al. (1992). observaram que, realizando programas de controle da placa, verificaram que a associação de medidas como evidênciação de placa bacteriana, instrução de higiene bucal e escovação supervisionada são bons recursos de motivação, pois resultaram em melhoria nos níveis de higiene bucal dos pacientes.

A psicologia define motivação como um fator que induz uma pessoa a praticar determinado ato e na doença periodontal, descrita como altamente mutilante, causadoras de perda óssea e de inflamações, levando à perda de elementos dentários, em particular na vida adulta, a motivação faz com que o paciente coopere seguindo no caminho da promoção da saúde, alterando seu comportamento.

Assim sendo, considerando a cárie e a doença periodontal como sendo as doenças bucais que mais levam os adultos a perderem seus dentes, a educação em saúde bucal para adultos, através de programas educativos e preventivos adaptados às características e necessidades dos envolvidos, resultará na promoção da saúde bucal.

PROPOSIÇÃO

2. PROPOSIÇÃO

Em vista da importância do tema, o objetivo deste estudo é analisar a importância e a necessidade da realização da educação em saúde bucal para adultos, abordando os programas educativos e sua eficiência perante às doenças bucais mais encontradas nessa fase da vida, pois muito se fala da importância dos programas educativos e preventivos em saúde bucal para escolares, esquecendo-se que a educação em saúde bucal na vida adulta poderia ocasionar grandes mudanças nas condições de saúde bucal dessa população.

REVISÃO DE LITERATURA

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Ações de educação em saúde

A operacionalização das ações de educação em saúde está fortemente vinculada ao uso das mídias visando ampliar a difusão de conhecimentos sobre o processo saúde/doença. Por se tratar de ação abrangente, tem na intersetorialidade um de seus principais pilares, com o estabelecimento de parcerias entre o setor público e a sociedade (Pinto, 2001).

Esta vertente é fundamental quando se fala em uma política saudável, mudança de hábitos e estilo de vida. Está inserida nas duas outras vertentes (enfrentamento ocasional e enfrentamento contínuo) e prevê o desenvolvimento de ações nos diversos níveis de atuação: local, distrital e municipal (Pinto, 2001).

Cabe lembrar que a definição de uma política de saúde bucal é um processo que exige dos governantes e técnicos um toque de ousadia, em busca da inovação. Não existem fórmulas universais de sucesso, devendo ser respeitadas as características históricas, epidemiológicas e de conjuntura política de cada local. Cada proposta de trabalho estará sempre inacabada, exigindo um esforço permanente para que possa adequar-se às contínuas e dinâmicas mudanças dos cenários nos quais se realiza (Pinto, 2001).

Segundo (Bervique & Medeiros,1983; Garcia et al.,2000) o nível de conhecimento sobre higiene bucal dos pacientes, caracterizado por suas crenças, atitudes e conceitos, poderá determinar o seu comportamento frente às medidas de manutenção de saúde bucal. Por isso, ele deve ser cuidadosamente analisado, principalmente quando se quer propor mudança de hábito.

Ruffino Netto (1992), considera uma boa qualidade de vida aquela que *oferece um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar produzindo bens ou serviços, fazendo ciência ou artes, vivendo para ser meios utilitários ou utilitários fins (apenas enfeitando) ou simplesmente existindo.*

Gift & Redford , 1992 relatam que a cavidade bucal , portanto, tem grande influência na qualidade de vida tanto no nível biológico quanto no psicológico e social , através da auto - estima, auto - expressão, comunicação e estética facial.

Adultos constituem a larga maioria da população, demandam fortemente por serviços odontológicos e influenciam de maneira decisiva o comportamento de seus dependentes. Possuem problemas específicos de saúde bucal e têm particularidades epidemiológicas notáveis. *É interessante observar que, na faixa de 35 a 44 anos em função da presença de um grande número de cirurgiões-dentistas que terminam por produzir tratamentos em demasia, países altamente industrializados como, por ex., a Dinamarca, Nova Zelândia, Noruega, apresentam um CPO-D praticamente similar ao brasileiro, com a importante diferença de que nesse caso a responsabilidade maior pela elevação do índice cabe às extrações (WHO, 1998). Desmentindo a hipótese de que as doenças periodontais seriam as grandes responsáveis pelas extrações em adultos, países que costumam apresentar alto IPC (Índice Periodontal Comunitário) como a China, Zimbabwe, Nigéria, Tanzânia e Togo repetem na faixa de 35 a 44 anos os baixíssimos índices CPO que caracterizam suas crianças (Pinto, 2001).*

Ao lado da cárie e das doenças periodontais, a prática de extrações em série conduz ao edentulismo e ao uso de próteses. Estimativas nacionais para o ano de 1989 relativas a cerca 71 milhões de residentes na zona urbana com idades entre 15 e 79 anos revelaram que problemas periodontais estavam presentes em 66% das pessoas, enquanto os edêntulos eram 18% do total e os sadios apenas 16% de acordo com o Índice Periodontal Comunitário (Pinto, 1993).

Espera-se que a redução da ocorrência de cáries em crianças tenha repercussões positivas, a médio e longo prazo, sobre as condições de saúde bucal dos adultos, mas não é possível afirmar que isso necessariamente acontecerá. Na verdade, as causas para as extrações em série e para o edentulismo endêmico são múltiplas e não dependem apenas do que acontece com a dentição na infância e na juventude (Pinto, 2001).

Medeiros e Bijela (1970a) fazem considerações sobre o estabelecimento de programas de atenção dental para operários, sugerindo modificações de critérios no planejamento e na rotina de atendimento. Para estabelecer prioridades de atenção em saúde oral, podem ser aplicadas ao grupo as mesmas razões que se invocam

quando são estabelecidos programas para escolares, considerando-se que os operários apresentam maior necessidade acumulada, além do aspecto protético. Os autores concluíram que a prestação de serviços odontológicos a grupo de operários deve ser possibilitada, preferencialmente no local de trabalho. Também é importante que o planejamento de um programa focado nas necessidades do grupo seja baseado em dados médios dos portadores.

Medeiros (1970) publicou um trabalho onde são apresentados os dados oblíquos através de um levantamento epidemiológico de necessidades de tratamentos odontológicos atendidos e por atender, observados em 799 operários de São Paulo. Com base no levantamento da prevalência das necessidades de saúde oral, através da medição direta imediata em operários de três indústrias, concluiu o autor que o estado de saúde bucal dos trabalhadores é deficiente, sendo que o número de dentes extraídos e com extração indicada cresce à medida que a idade aumenta, que o número de dentes por restaurar decresce com o aumento da idade e que o número de dentes restaurados aumenta até 30 anos, declinando a partir dessa idade.

Nos Estados Unidos um estudo de 1985-86 sobre as condições de saúde bucal da população trabalhadora constatou uma prevalência de edentulismo de 4,2% nas pessoas com no máximo 65 anos e de 41,1 % naqueles com 65 anos ou mais, sendo que neste estrato havia: outros 22% com apenas 1 a 15 dentes na boca (Eklund e Burt, 1994). Estimativas para o ano 2024 são de que entre 3 e 4% de todos os americanos ainda serão edêntulos, apesar de todos os progressos feitos em especial quanto à higiene da dentição dos jovens (Weintraub e Burt, 1985). Na faixa de 25 a 74 anos nada menos de 7,4% dos que tinham dentes tornaram-se edêntulos num curto período de dez anos. A variável determinante para o edentulismo foi o número de dentes presentes na boca no primeiro exame, ou seja, as primeiras extrações conduzem às derradeiras. Em outras palavras, extrações prenunciam mais extrações. Pessoas com não mais de 7 dentes presentes no primeiro exame demonstraram uma probabilidade vinte vezes maior de se tornarem edêntulas do que as que tinham 24 ou mais dentes. Outros fatores significativos foram: salários baixos, nível educacional deficiente, pobre higiene oral, frequência

não regular ao dentista. Idade, raça e gênero não tiveram importância estatística como causas para extrações dentárias. (Pinto, 2001)

Pacientes e profissionais fornecem motivos distintos para as extrações feitas: enquanto estes referem cáries, periodontite ou dão indicações de ordem protética e ortodôntica, aqueles falam em dor, mobilidade e estética (Reich, 1993).

Em um estudo de opinião de residentes na Flórida/EUA, com 65 anos e mais, Gilbert e cols. (1993) indicam o seguinte perfil para indivíduos que extraíram todos ou boa parte de seus dentes: baixa frequência a consultórios de cirurgiões-dentistas, menor disponibilidade financeira para pagar por serviços odontológicos, higiene oral deficiente, história de consumo de tabaco e de diabetes, atitudes negativas em relação à ciência e à prática da odontologia. (Pinto, 2001)

No Brasil, é preciso computar ainda as agudas dificuldades de acesso a serviços odontológicos por parte da maioria das pessoas em função de seus reduzidos rendimentos e da estrutura eminentemente liberal da profissão. Motivos de ordem econômica são comuns como causa primária ou correlata de extrações. (Pinto, 2001).

No contexto de debates freqüentes que vêm sendo travados, a respeito das condições de saúde do povo brasileiro e das orientações mais adequadas para a elevação do padrão sanitário de nossa população, vem crescendo, felizmente, o interesse por aspectos ligados à promoção da saúde, a qual se inicia e se fundamenta no conhecimento, pela coletividade e por seus integrantes individualizadamente, da sua realidade social.

Uma referência particular deve ser feita a dois subgrupos destacados, nos quais os adultos constituem uma clientela se não exclusiva, com certeza muito predominante: os que estão institucionalmente confinados e as gestantes. (Pinto, 2001)

Pessoas enfermas, prisioneiros, deficientes que necessitam de ajuda e ainda grupos que por motivos diversos (religiosos, políticos) vivem permanentemente ou por longos períodos isolados da sociedade, devem receber atenção odontológica na própria instituição em que se encontram, como uma obrigação do setor público ou da entidade que os abriga. A razão elementar para tal está em que se não forem atendidas em seu ambiente de vida, muito provavelmente não terão acesso a outros

serviços. Cada unidade de saúde ao catalogar a população sob sua responsabilidade e influência deve identificar os membros que vivem confinados e prever prestação de serviços em forma contínua ou periódica, por livre demanda ou com cobertura programada, de acordo com as possibilidades, com as características epidemiológicas dessas comunidades e com o número de pacientes a tratar ou a inserir como alvo de ações de promoção da saúde. (Pinto, 2001).

As gestantes não apresentam problemas odontológicos próprios, conseqüentes ao seu estado. Mesmo o fenômeno conhecido como "gingivite gravídica" não é uma fatalidade e pode ser evitado com medidas profiláticas adequadas. Entretanto, mormente nos Centros e Postos de Saúde do setor público constituam um estrato prioritário, junto com as crianças, para o subsistema médico e de enfermagem. Como parte integrante do sistema de saúde geral, a equipe de odontologia tradicionalmente tem trabalhado questões de promoção da saúde de forma coletiva junto aos "grupos de gestantes", enfatizando questões preventivas e de autocuidados em relação à saúde bucal da mulher e do bebê. Não há justificativa para que se confira prioridade especial às mulheres no período gestacional, cabendo proporcionar-lhes todo o atendimento odontológico necessário para que problemas de saúde bucal não interfiram no desenvolvimento normal da gravidez. (Pinto, 2001)

3.2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Ao abordar o tema "educação" não se pode deixar de citar as três áreas de domínio relacionadas: domínio cognitivo, afetivo e psicomotor. Há uma importância fundamental para o educador, em saúde coletiva, em saber o nível de conhecimento da clientela que está sendo o alvo das atenções, com o objetivo de mudar o seu comportamento em direção ao uso permanente de hábitos que contribuam para a manutenção de sua saúde no decorrer do tempo. A área de domínio cognitivo é aquela que depreende o conhecimento dos indivíduos a respeito de saúde plena e suas implicações na qualidade e na quantidade de vida. Uma parcela muito grande da população pode estar utilizando métodos preventivos, como a escovação com dentifrícios

fluoretados, sem mesmo saber de seu valor na prevenção de cárie dentária, apenas utilizando-o como um conhecido meio de cuidar de sua estética e ter uma boca limpa e perfumada. Uma idéia mais completa, como a presença de microrganismos cariogênicos, a formação de biofilme dentário, o papel da sacarose no processo e o fenômeno da *des-re*, passa completamente despercebida e pode combinar, por exemplo, com uma escovação apenas cosmética, circulando o dentífrico na boca, perfumando o hálito e também limpando as superfícies vestibulares dos dentes anteriores, os quais ficam mais expostos às observações de familiares, amigos, vizinhos e companheiros de trabalho. O exemplo da cárie dentária é apenas ilustrativo. O conceito pode ser aplicado não somente em odontologia, mas também em qualquer área médica. Há necessidade, pois, de se projetar para a população conhecimentos elementares que sirvam para tornar a mensagem inteligível o suficiente para se alcançar o objetivo desejado, adaptando-se para o perfil educacional prévio de cada estrato populacional. A área de domínio afetivo deve merecer especial atenção por parte do pessoal de uma equipe de saúde, mormente aquele profissional que estiver desempenhando suas funções referentes à educação sanitária.

O componente afetivo de um ser humano pode levá-lo a desempenhar tarefas que venham ao encontro dos objetivos traçados pelos planejadores, devendo ser amplamente observados. Há que se considerar, certamente, os conhecimentos da população referentes à saúde, ou seja, aqueles próprios do domínio cognitivo, e também a cultura local para o desenvolvimento das atividades e a escolha do tema e da forma de comunicação, se oral, escrita ou com multimeios, com uso, por exemplo de cartazes, folhetos, álbuns seriados, flanelógrafo, rádio, jornal e TV. Os apelos afetivos devem ser enfatizados procurando-se explorar a afeição pais/filhos, a religiosidade, os conhecimentos preexistentes e os aspectos políticos e sociais que possam alcançar um maior interesse da clientela em adquirir e internalizar conceitos que redundem em melhor saúde, em particular, saúde bucal. Quando os conhecimentos necessários à compreensão de um tema estão bem-sedimentados em uma comunidade e há motivação adequada, bem própria da

área de domínio afetivo, resta a execução dos atos que conduzam à saúde desejada por meio da chamada área de domínio psicomotor. Assim é que, uma vez automatizado, não é necessário recordar a cada momento como é que se deve conduzir uma escovação dentária. Cada indivíduo não somente sabe o que fazer, mas também está devidamente motivado para agir e o faz, sem ter que recordar cada passo. Em última análise, é a mesma área que possibilita que o motorista de um veículo dirija bem, respeitando as leis de trânsito, em qualquer estrada ou no centro das cidades.

Para que o processo educativo seja eficaz, é necessário conhecer a atitude do indivíduo a respeito da doença da qual é portador. Muitas vezes, os costumes sobre as práticas de saúde, os valores e as percepções do paciente em relação à doença e ao tratamento são diferentes daqueles pensados pelos profissionais da saúde, já que são dois grupos socioculturais, lingüísticos e psicológicos distintos.¹⁶ Torna-se, então, necessário conhecer e considerar as práticas populares de saúde para uma maior efetividade do atendimento. (Peres, Magna e Viana, 2003).

Deve ser ressaltado que para se fazer educação em saúde é necessário saber em primeiro lugar o que significa a "saúde". Pelos conceitos e definições aqui apresentados pode-se perceber o quanto é necessário estudar para que se possa compreender adequadamente tais assertivas e passar a utilizar tais conhecimentos em prol da comunidade. Pelas definições explicitadas (e ainda há muitas outras), pode-se antever os cuidados que devem ter os profissionais para o perfeito entendimento dos termos como "bem estar", "ritmo", "adaptação continuada", "vida frutífera e criativa", "equilíbrio apropriado" ou "insatisfação", entre tantos outros, para possuir o domínio cognitivo de base e poder passar seus conhecimentos para indivíduos que deverão mudar seu comportamento no sentido de manutenção do seu adequado estado de saúde. Os resultados positivos estão diante da comunidade, de todos nós, basta observar o percentual crescente de indivíduos vacinados na população, principalmente por causa dos programas educativos governamentais veiculados no rádio e na TV. Quando um programa educativo é bem planejado e tem apoio, embasamento científico forte e linguagem inteligível, adequada para o grupo que recebe a mensagem, certamente alcançará os resultados esperados. (Bastos, 2002).

Löe & Brown em (1993), relatam que os estudos epidemiológicos clássicos, realizados na área de saúde bucal, têm fornecido informações sobre as condições bucais e as necessidades de tratamento das populações, apontando a cárie e a doença periodontal como as doenças mais prevalentes na cavidade bucal, responsáveis pela maioria das perdas dentárias (Bastos, 2002).

De acordo com Couto et al.,1994; Barker, 1999 uma das maiores dificuldades da Odontologia Preventiva é despertar o interesse e a cooperação do paciente para a prática e manutenção de adequada higiene bucal.

De acordo com Buischi (1996) nos períodos iniciais, imediatamente após a aplicação de métodos de motivação, o paciente encontra-se altamente motivado, sendo capaz de executar corretamente sua higienização bucal segundo as recomendações que lhe foram prescritas. Porém, após um determinado período de tempo, que pode ser variável para cada pessoa, ocorre um descuido no rigor da sua higiene bucal.

Para Garcia et al. (2001) para que se obtenha êxito no controle e prevenção das doenças bucais, deve-se trabalhar com os hábitos e comportamentos dos pacientes, procurando modificá-los ou aperfeiçoá-los, sempre visando à melhora do seu estado de saúde. Para o estabelecimento de hábitos adequados de saúde bucal, torna-se necessária a utilização de estratégias educativas, as quais permitirão que o paciente seja motivado a cooperar com o tratamento odontológico e com as medidas de higiene bucal que lhe estão sendo prescritas. Neste sentido, é imprescindível que o paciente seja educado e, conseqüentemente, conscientizado da importância de modificar seu comportamento, quando este é incorreto, esforçando-se por desenvolver hábitos que propiciem a manutenção de sua saúde bucal. Entretanto, para a elaboração de programas educativos cuja finalidade principal é a promoção de auto cuidados bucais, é de fundamental importância que a população-alvo seja cuidadosamente avaliada, para que os programas propostos sejam direcionados às necessidades e dificuldades de cada indivíduo.

Segundo Oliveira, (2004) a psicologia não tem sido capaz de formular, de modo satisfatório, uma psicologia do adulto. Na verdade, as teorias psicológicas são menos articuladas e complexas quanto mais avançamos no processo de desenvolvimento da pessoa: sabemos muito sobre bebês, bastante sobre crianças,

menos sobre jovens e quase nada sobre adultos. O adulto está inserido no mundo do trabalho e das relações interpessoais de um modo diferente daquele da criança e do jovem.

Quando há perfeita integração das áreas de domínio, relacionadas à saúde, um indivíduo estará utilizando meios e modos disponíveis para si próprio e para aqueles que o cercam, certamente apresentando um comportamento considerado adequado ou mesmo ótimo no que tange à manutenção de sua saúde bucal e geral. Portanto, para que seja realmente efetiva, a educação depende de uma fina sintonia entre educadores e educandos, do estabelecimento de *feedback*, de uma relação harmoniosa entre as partes, de trocas freqüentes de experiências, partindo do conhecimento da comunidade local e de suas necessidades e anseios para que haja motivação e mudança de comportamentos. Sendo a educação um processo social pelo qual a consciência crítica é desenvolvida, no sentido de se promover mudança de comportamento, o processo de aprendizagem deve ser permanente, tendo em vista a aquisição de conhecimentos e habilidades e a formação de atitudes e valores.

No que diz respeito à programas educativos em saúde bucal, a situação é semelhante, muito se fala em programas educativos para crianças em faixas escolares e quase nada sobre programas educativos para adultos.

Segundo Dutra & Ferreira (2005) a preocupação com as condições de higiene se justifica em função da prevalência da doença periodontal. Lindhe afirmou que 25% a 50% dos indivíduos europeus acima de 64 anos que possuem dentes têm doença periodontal. O autor observou ainda, baseado em pesquisas epidemiológicas, que de todos os indivíduos com um ou mais dentes ou sextantes afetados, mais de 50% parecem ter a doença periodontal avançada limitada a poucas áreas. No Brasil, também foi demonstrada a alta prevalência da doença periodontal, mas apesar desta constatação, apenas pequena parcela da população recebe tratamento. No mais recente levantamento epidemiológico realizado no Brasil, observou-se que 78% da população adulta (35 a 44 anos) e 92% da população idosa (65 a 74 anos) apresentaram algum tipo de problema periodontal. Em programas de controle da doença periodontal, deve se estar atento à questão da motivação, posto que ela é como uma mola propulsora de toda a dinâmica dessa técnica de ação. A psicologia

define-a como fator que induz uma pessoa a praticar determinado ato. Clinicamente significa obter a cooperação do paciente para ajudá-lo a seguir no caminho da promoção da saúde e, em consequência, conseguir a alteração do seu comportamento. É importante separar o que é motivar e o que é dar instruções sobre higiene bucal. Motivação é o trabalho base para a instrução e esta deve incluir informações sobre a patogênese da doença periodontal, sua etiologia e consequências, assim como os princípios básicos para sua prevenção.

Segundo Chiapinotto et al., (2000) é preciso que se ensine o paciente a gostar de limpar seus dentes, executando a tarefa com carinho e dedicação. Em vez da pressa com que se faz, como se a tarefa o "irritasse", o dentista deve induzi-lo a sentir o sabor e aroma da limpeza, que gradativamente vão tomando conta da sua boca. Segundo o autor, a classe odontológica não pode se omitir dessa imprescindível tarefa educativa que lhe é conferida. Sem dúvida, a correta higienização bucal deve constituir um hábito salutar, o qual é adquirido mediante constante orientação/educação, para que o indivíduo possa superar as influências de fatores ambientais, sociais e culturais.

Segundo Saba-Chujfi et al o método de controle da placa bacteriana mais eficaz inclui os procedimentos de natureza mecânica. No entanto, tais procedimentos são difíceis de serem executados pelos indivíduos, pois exigem destreza manual e,conseqüentemente, treinamento, força de vontade, interesse e motivação.

O processo educativo deve ser ordenado e, para que seja desenvolvido adequadamente, é necessário:

- Identificação do problema: é preciso saber o que deve ser comunicado e a quem estará se direcionando a comunicação, com a finalidade de delimitar especificamente quais os conhecimentos e as práticas a serem adotados pelos indivíduos e a escolha correta do meio mais adequado à comunicação da mensagem.

- Resultado visado: está intimamente relacionado ao item anterior, havendo necessidade da definição do que se espera alcançar caso o processo de comunicação se complete, o que torna possível uma avaliação do processo de comunicação e de adequação dos meios e métodos a serem utilizados.

- Adequação do conteúdo ao nível da população e dos meios utilizados: uma vez determinado o problema (o que), a população (a quem), o resultado esperado bem como os meios disponíveis e selecionados para transmitir a mensagem, torna-se necessário adequar o conteúdo a todos os fatores, o que depende de aspectos técnicos, psicológicos e culturais que possam estar exercendo influência sobre o público em questão.

- Bloqueios à comunicação: a ocorrência de barreiras pode estar relacionada às crenças, às superstições, aos costumes e às tradições que podem levar os indivíduos a agir ou a pensar de maneira diferente do proposto ou simplesmente rejeitarem a mensagem transmitida. O conhecimento de tais aspectos, antes do início do processo educacional, é fundamental para não incorrer no risco de fracasso ou até mesmo de resultados opostos àqueles desejados.

- Avaliação: um programa educacional deve conter critérios para avaliar os resultados, determinado-se assim, o real, alcance dos objetivos estabelecidos como meta. A análise da eficiência e/ou de eventuais fracassos é um importante termômetro para determinar a necessidade de mudanças de estratégia no mesmo ou em futuros programas.

Pinto (2000) inicia um relato sobre educação em saúde bucal enfatizando a importância de saber a quem educar e de ter bem claros os limites de influência e as dificuldades do processo educativo. Os grupos mais carentes da sociedade devem ser incluídos no processo educativo, procurando-se conscientizá-los em vez de apenas procurar educá-los, visto que a conscientização é um ato de conhecimento. A sistemática educativa varia de acordo com o indivíduo ou a população-alvo a atingir, bem como os instrumentos educativos a serem utilizados. O importante é que haja contato freqüente entre os componentes da equipe de saúde bucal e o indivíduo ou grupo o assistido a fim de que se estabeleça um quadro de confiança mútua e o processo de comunicação aconteça com êxito. A utilização de meios audiovisuais, desde que adequadamente empregados, contribuirá para que o educador seja mais bem-compreendido e com o tempo os hábitos se modifiquem, contudo, a melhor tática continua sendo a arte de saber ouvir, principalmente nos primeiros

momentos. Na educação em grupo, é preciso que o educador tenha habilidade para motivar e perceber o interesse comum à maioria. As mudanças de hábitos têm maior probabilidade de ocorrer como consequência do contato individual que é mais profundo e não deve deixar de existir: o trabalho grupal não o substitui, mas, sim, o reforça. O autor finaliza com os métodos de educação, nos quais a "educação via centro de saúde" baseia-se no reconhecimento do problema, na análise da situação, na prescrição educacional, na ação, na revisão de resultados e na avaliação; enquanto a "educação em consultório" baseia-se na distribuição de conceitos básicos relacionados à prevenção de cárie dental e da doença periodontal durante as primeiras consultas.

3.3. Adultos

Características: já possuem conceitos próprios internalizados a respeito de um conjunto de parâmetros indispensáveis à vida em sociedade, incluindo-se aqui os conceitos relativos à sua própria saúde e a dos que lhes são mais próximos. Apresentam grandes dificuldades de modificação de conceitos, decorrentes de suas experiências anteriores. Muitas vezes chegam a entender, com perfeição, a respeito de hábitos nocivos à sua própria saúde, mas se negam a mudar o comportamento ou simplesmente não tentam fazê-lo, pois consideram o hábito mais importante que os resultados finais mórbidos relacionados. Um exemplo típico é o do fumante inveterado. Muitas vezes a "força de vontade" não é suficiente para demover o indivíduo adulto que deve abandonar o hábito. Assim, um adulto pode se sentir culpado, aceitar a culpa, aceitar os efeitos futuros ou mesmo imediatos do mau hábito, mas não prescindir dele. Quando, no entanto, decide mudar, um adulto pode ser extremamente importante para influenciar outros indivíduos em sua comunidade.

Oliveira (2001) diz que o adulto traz consigo uma história mais longa (e provavelmente mais complexa) de experiências, conhecimentos acumulados e reflexões sobre o mundo externo, sobre si mesmo e sobre as outras pessoas. Com relação à inserção em situações de aprendizagem, essas peculiaridades da etapa de vida em que se encontra o adulto fazem com que ele traga consigo diferentes habilidades e dificuldades (em comparação à criança) e, provavelmente, maior

capacidade de reflexão sobre o conhecimento e sobre seus próprios processos de aprendizagem.

Educação em saúde bucal: semelhante à descrita no grupo anterior, haja vista a sequência de amadurecimento na linha da vida dos indivíduos. As reuniões em grupo devem ser encorajadas; as discussões de temas voltados para a saúde própria e de seus familiares podem ser importantes para a motivação relacionada à saúde; devem ser ressaltadas as qualidades dos indivíduos que demonstram grande responsabilidade individual e social tornando-os co-agentes participativos nos processos de mudanças comportamentais desejáveis para a manutenção do estado de saúde bucal.

Segundo Inglehart e Tedesco (1995) os aspectos comportamentais de cuidados de saúde bucal normalmente não são usados como preditores. Isso é surpreendente, porque o melhor preditor de um hábito futuro deveria ser o hábito antigo. E mesmo que o objetivo da interação entre o profissional de saúde e o paciente seja mudar o hábito antigo, é crucial compreender que ele é uma base a partir da qual as mudanças serão desenvolvidas. Ainda parece significativo destacar a importância de estabelecer que o paciente tenha aperfeiçoado sua habilidade psicomotora para desenvolver um hábito de saúde bucal adequado ou mesmo ideal. Além disso, os cuidados com saúde bucal não se compõem apenas de escovação e uso de fio dental, mas também apontam que o comportamento do paciente em relação à sua saúde geral (como abuso na dieta, fumo e/ou álcool ou droga) reflète-se em sua saúde bucal. Parece crucial integrar práticas específicas de higiene bucal em um padrão saudável de estilo de vida, que é estabelecido precocemente. A anamnese odontológica precisa tornar-se uma análise que determine a satisfação individual quanto à saúde bucal relacionada ao afeto, comportamento, cognição e importância da perspectiva de vida. Essa análise precisa tornar-se a base sobre a qual é construída a parceria problema-solução entre o profissional de saúde bucal (equipe) e o paciente. Qualquer profissional de saúde bucal precisa se conscientizar de que a expressão verbal é a ferramenta mais importante na odontologia. Não importa o quanto é tecnicamente perfeita a maneira com a qual o profissional de saúde bucal lida com os problemas dentários do paciente, a menos que esse seja envolvido no processo diário de cuidar de seus dentes, sua saúde dental e bucal não

será ideal. O objetivo precisa ser incentivar os esforços do paciente a integrar as práticas de saúde bucal em sua vida.

Pereira, em 1992, afirmou que o controle da placa bacteriana constitui parte integrante e indispensável de todo tratamento odontológico praticado modernamente. Para que a escovação dentária seja eficaz, ela tem que ser minuciosa e realizada de maneira correta: isso só é conseguido quando o indivíduo é ensinado e motivado para desenvolver tal ação. No seu estudo, a amostra foi constituída por 33 policiais militares da cidade de Araraquara, São Paulo, com idade entre 25 e 35 anos, podendo-se constatar que houve redução do IPL (índice de placa) após a jornada de informações e de orientações, que conferiu consistência à motivação da higiene bucal, concluindo que esse é fator preponderante na redução do índice de placa.

O fato mais importante em relação à saúde bucal no século XX é a redução extraordinária na ocorrência da cárie dental ocorrida desde o início da década de 70. Em vários países industrializados houve um forte declínio na média geral de dentes atacados pela cárie, e um aumento impressionante na quantidade de pessoas que nunca tiveram uma única cavidade de cárie (Glass, 1982; Murray, 1994).

A cárie dental é reconhecida como uma doença infectocontagiosa, resultado de uma perda mineral localizada, cuja causa são os ácidos orgânicos provenientes da fermentação microbiana dos carboidratos da dieta (Loesche, 1993).

É evidente que a mera existência dos três fatores operando em conjunto não resulta em perda mineral instantânea e, portanto, um quarto círculo geralmente é adicionado para enfatizar o tempo que a lesão de cárie leva para se desenvolver. Assim, para que ocorra a cárie, esses fatores devem não apenas estar presentes, mas também interagir em condições cruciais. Em outras palavras, a cárie requer um hospedeiro com tecidos suscetíveis (dentes) colonizados por uma microbiota potencialmente cariogênica, consumindo constantemente uma dieta rica em sacarose, que devem estar presentes em um período de tempo significativo (Newbrun, 1988).

Por ser o primeiro país a ter de lidar com as consequências da industrialização na saúde, o Reino Unido ilustra bem as tendências relacionadas à prevenção no mundo economicamente desenvolvido desde o século XIX, época em que junto com

o movimento de saúde pública que levou às reformas sanitárias, emergiu a idéia de educar o público sobre as doenças infecciosas que eram muito prevalentes naquele tempo. Em 1848, como resultado da legislação de saúde pública, foi criado para cada cidade o cargo de *Medical Officer of Health* Oficial Médico da Saúde, constituindo-se paralelamente algumas associações voluntárias de apoio. Até a década de 20, o seu papel foi principalmente de aconselhamento do público por meio de aulas em escolas e igrejas, sobre as formas de prevenir o contágio e sobre como evitar diarreias, doenças sexualmente transmissíveis, além de estimulá-lo a proceder a uma higiene adequada.

A Organização Mundial da Saúde também começou a contribuir para o desenvolvimento do novo movimento de promoção da saúde, sugerindo que esta deveria basear-se num modelo socioecológico, objetivando o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis. A mudança de comportamento deve ser ligada à mudança socioeconômica (WHO, 1981). Mais adiante, deixando bem claro que a nova estratégia proposta deveria ir muito além da tradicional educação em saúde, a OMS explicitou seus princípios-chaves para a promoção de saúde: envolvimento da população como um todo no contexto de sua vida no dia-a-dia, ao invés de focar em pessoas com risco de doenças específicas; ação sobre os determinantes da saúde para assegurar que o meio ambiente total, que está fora do controle dos indivíduos, conduza à saúde; utilização de diversos métodos como comunicação, educação, legislação, medidas fiscais, mudança organizacional, desenvolvimento comunitário e atividades locais espontâneas, contra agentes prejudiciais à saúde; e participação pública efetiva, encorajando as pessoas a acharem suas formas próprias de administrar a saúde de suas comunidades. Promoção de saúde é basicamente uma atividade no campo social e não um serviço médico. Entretanto, os profissionais de saúde têm um papel importante em fomentar e facilitar promoção de saúde (WHO, 1984, 1986, 1988, 1991).

Se as doenças bucais e/ou seus fatores de risco (causas) fossem confinados a poucas pessoas na sociedade, então um enfoque populacional seria inadequado. Como cárie, doenças periodontais, consumo exagerado de açúcar e higiene oral deficiente constituem fenômenos de larga abrangência, há uma evidente indicação

para que se adote uma estratégia de base ampla, ou seja, de base populacional. (Pinto, 2001).

Embora profissionais de saúde tendam a lidar com cada doença como se elas fossem completamente independentes umas das outras, a maioria tem determinantes comuns. Privação econômico-social e desigualdades (pobreza absoluta e relativa) são determinantes da maioria das doenças; outros determinantes bem conhecidos são educação, moradia e emprego (Chen, 1995; Whitehead, 1988; Wilkinson, 1996).

Os profissionais da área odontológica devem assegurar que as mensagens repassadas à população sejam corretas e atualizadas. As ações educativas promovidas por organizações profissionais são mais efetivas quando se baseiam em alianças com a indústria e o comércio, procurando aumentar a disponibilidade de alternativas atraentes de lanches com pouca gordura, pouco sal, muita fibra e que sejam não-cariogênicos.

Os cirurgiões-dentistas em suas clínicas (ou por intermédio de suas entidades representativas) devem estar capacitados a informar corretamente seus pacientes e o público em geral quanto às principais estratégias de promoção da saúde, tornando-se uma referência positiva importante para a sociedade, no que tange à prevenção de doenças bucais fora do consultório odontológico.

Outras formas importantes de envolvimento incluem escrever para as indústrias e autoridades reguladoras de publicidade, para reclamar sobre propaganda enganosa sobre alimentos que podem ser prejudiciais às pessoas, além de aliar-se com outros grupos profissionais para pressionar por mudanças positivas em políticas públicas que afetem a saúde e a saúde bucal em particular (Daly, 1996; Sheiham, 1995).

Para obter uma visão mais válida da situação na comunidade, e informar ao público corretamente, os profissionais que se dedicam de maneira exclusiva ou predominante ao trabalho clínico precisam estar a par - e basear sua prática educativa - em informações provenientes de levantamentos periódicos sobre a saúde bucal da população, ao invés de basear-se apenas no que observam na prática clínica diária (Burt e Eklund, 1992).

DISCUSSÃO

4. DISCUSSÃO

Kay e colaboradores, em 1991, afirmaram que a motivação consiste em habilidades apropriadas que o cirurgião-dentista deve desenvolver para ser capaz de persuadir os pacientes a alterarem seu comportamento e, assim, conseguir controlar as doenças da cavidade bucal. A alteração de hábitos é uma atividade complexa e requer esforço, prática e aproximação com cada indivíduo: Os autores descreveram cinco passos para se conseguir alterar o comportamento: definir o problema, analisar a frequência e os cuidados recebidos em casa, estimular o paciente a se cuidar e alterar e corrigir os problemas.

O processo de motivação é desencadeado pela interação de diferentes estágios: motivacional, no qual o indivíduo é estimulado a fim de satisfazer uma necessidade; comportamental, no qual a resposta é dada, e de redução da necessidade, no qual a resposta satisfaz. No processo de mudança comportamental, a utilização das forças motivadoras desempenha um papel fundamental.

A grande dificuldade encontrada pelos educadores em saúde, ou seja, profissionais da saúde, está em persuadir e convencer grande parte da população adulta, pois os hábitos adquiridos em sua história de vida, dificilmente serão modificados, haja vista a cultura, condições sócio-econômicas e forma de criação que esses indivíduos receberam, portanto deve-se modificar o foco de atenção em saúde para esse tipo de população, abordando principalmente técnicas de escovação, uso de fio dental, orientação quanto a doenças periodontais, entre outros.

A intervenção educacional, na maioria das vezes, apóia-se na idéia de que se pode educar para saúde, a julgar pela forma como os projetos na área são concebidos. Esses projetos são voltados para populações pobres e desfavorecidas sócio-econômico-culturalmente. O princípio de se educar para saúde e para o ambiente parte da hipótese de que vários problemas de saúde são resultantes da precária situação educacional da população, carecendo, portanto, de medidas "corretivas" e/ou educativas.

Martins Filho em 2004, em sua pesquisa com detentos em uma penitenciária, verificou em um grupo de 62 detentos com idade entre 19 a 67 anos, onde obteve um índice de 66% com nível de instrução escolar para primeiro grau incompleto, e

apenas um único caso de terceiro grau completo. Essa pesquisa enfocou o conhecimento de saúde bucal desse grupo.

Sabe-se que quanto menor o grau de instrução de uma população, mais difícil será o trabalho de educação em saúde, mostrando ser um problema não só dos educadores em saúde, mas também da sociedade, esferas federal, estadual e municipal, sendo que frente a Constituição todos os cidadãos tem os mesmos direitos, de acesso e utilização dos serviços de saúde, educação, entre outros.

Cabe ao cidadão cobrar do poder público ações e medidas sócio-educativas na área de saúde para as populações de menor poder aquisitivo e menor nível de escolaridade, pois muitos desses indivíduos, devido as péssimas condições de vida, encontram dificuldade até em se locomover a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de sua residência. Em locais onde os serviços de saúde atuam plenamente em sua população-alvo, como nos PSFs, a qualidade de vida melhora quantitativa e qualitativamente, pois essa população encontrou menor dificuldade de acesso e o próprio contato com os profissionais da saúde, realizados por meio de visitas domiciliares, diminuiu também o preconceito e o medo que essa população tem por esses profissionais.

Em programas de controle da doença periodontal, deve se estar atento à questão da motivação, posto que ela é como uma mola propulsora de toda a dinâmica dessa técnica de ação. A psicologia define-a como fator que induz uma pessoa a praticar determinado ato. Clinicamente significa obter a cooperação do paciente para ajudá-lo a seguir no caminho da promoção da saúde e, em consequência, conseguir a alteração do seu comportamento⁷. Na prevenção da doença periodontal, a motivação é a chave do sucesso. É importante separar o que é motivar e o que é dar instruções sobre higiene bucal. Motivação é o trabalho base para a instrução e esta deve incluir informações sobre a patogênese da doença periodontal, sua etiologia e consequências, assim como os princípios básicos para sua prevenção⁵.

Segundo (Bervique & Medeiros, 1983; Garcia et al., 2000) o nível de conhecimento sobre higiene bucal dos pacientes, caracterizado por suas crenças, atitudes e conceitos, poderá determinar o seu comportamento frente às medidas de

manutenção de saúde bucal. Por isso, ele deve ser cuidadosamente analisado, principalmente quando se quer propor mudança de hábitos.

É importante lembrar que as pessoas têm o direito e o dever de participar individual ou coletivamente no planejamento e implementação de seu tratamento de saúde. Portanto, programas educativos e preventivos devem ser cuidadosamente planejados e adaptados às características e necessidades dos pacientes neles envolvidos promovendo a sua motivação. (Dutra e Ferreira, 2005).

A estratégia preventiva populacional tem tido muito sucesso, provocando menores índices de ataque pela cárie dental nas crianças e jovens. Ela ainda tem muito a oferecer, considerando que as doenças bucais persistem em índices inaceitáveis junto a grandes contingentes de pessoas, afora o fato de que há muita desigualdade social e geográfica na distribuição da cárie. A primeira implicação importante daí advinda é a de que tais estratégias devem continuar, ser intensificadas e disseminadas. Exemplos dessas estratégias são: dentifrícos com flúor e água fluoretada; políticas para melhorar a qualidade da dieta que, por sua vez, irá reduzir o consumo de açúcar; políticas para melhorar as condições de moradia, trabalho e nível de educação. (Pinto, 2001).

Neste sentido, é imprescindível que o paciente seja educado e, conseqüentemente, conscientizado da importância de modificar seu comportamento, quando este é incorreto, esforçando-se por desenvolver hábitos que propiciem a manutenção de sua saúde bucal.

Para a elaboração de programas educativos cuja finalidade principal é a promoção de autocuidados bucais, é de fundamental importância que a população-alvo seja cuidadosamente avaliada, para que os programas propostos sejam direcionados às necessidades e dificuldades de cada indivíduo.

Os programas de saúde devem ser focados na promoção de saúde, mais especificamente, incluindo palestras educativas e elucidativas com relação à higiene bucal, dieta, consumo reduzido de açúcar, técnicas de escovação e uso de fio dental.

Já a parte preventiva desses programas deve se voltar para escovação supervisionada, onde as técnicas adquiridas na palestra educativa serão utilizadas, uso de fio dental e bochechos fluoretados realizados por meio de soluções fluoretadas.

A tradição de prioridade quase exclusiva em odontologia, para as crianças e em particular para alunos de escolas de 1º grau, não justifica a ausência ou escassez de programas estruturados de saúde pública para proteger a população adulta (Pinto, 2001).

Os problemas de saúde, em razão da importância que assumem na vida das pessoas, passam a constituir fatores motivacionais relevantes, capazes de modificar o comportamento de cada um e de fazer com que a população desenvolva um processo organizado de busca de soluções coletivas. Com esse objetivo, o que se exige é o desenvolvimento de programas destinados a demonstrar à coletividade a utilidade e a disponibilidade de recursos de que pode lançar mão para resolver ou, pelo menos, atenuar aqueles problemas. Tais programas constituem a essência do processo de "educação em saúde" e devem ser buscados em caráter permanente, baseando-se sempre na interação respeitosa com a cultura popular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a revisão sistemática de artigos voltados para educação em saúde bucal para adultos, conclui-se que:

- é necessário uma maior participação da população nos programas desenvolvidos pelo setor público e privado; atendendo ou não suas expectativas; ocorrendo uma melhor capacitação por parte dos profissionais da saúde como um todo para que se obtenha uma melhor educação da população em relação à saúde bucal;

- uma maior interação realizada entre profissional e paciente, onde se possa conhecer os indivíduos e suas práticas cotidianas, podendo o profissional estabelecer assim um programa adequado às diferentes populações;

- a promoção de saúde aliada a programas preventivos e educação em saúde, são ações que influenciam a saúde bucal, prevenindo a instalação da doença cárie e doença periodontal, doenças essas que acometem o indivíduo em qualquer fase de sua vida, e também a diminuição do edentulismo na terceira idade;

- a educação em saúde se torna o principal instrumento para a difusão de práticas de saúde entre as pessoas, visto que os adultos exercem grande influência nos indivíduos mais jovens, tornando a vida destes mais saudável, refletindo numa maior expectativa de vida e conseqüentemente uma melhor saúde bucal na velhice.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Axelsson, O. Some recent developments in occupational epidemiology. *Scandinavian Journal of Work and Environment Health*, 20: 9-18, 1994.
- Bastos, JRM; Lopes, ES; Ramires, I. Manual de Odontologia Preventiva e Social. Bauru: Os autores, 2001.
- Bastos, JRM; Sales Peres, SHC; Ramires, I. Educação para saúde, In: Pereira, AC et al. *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- Botazzo, C. Democracia, participação popular e programas comunitários. *Saúde Debate*, (18):36-41, 1986.
- Buischi, Y. Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica, APCD, 1998.
- Burt, BA.; Eklund, SA . *Dentistry dental practice and the community*. 5. Editora Filadélfia: WB Saunders, 1999.
- Chaves, M. M. - *Odontologia social*. 2ª ed., Rio de Janeiro, Editorial Labor do Brasil, 1986.
- Chen, R.; Seaton, A. The influence of study characteristics on the healthy worker effect: a multiple regression analysis. *Occupational medicine*, 46(5):345-50, 1996.
- Chiapinoto, GA. Etiologia e prevenção da doença periodontal. In: Pinto, VG. *Saúde Bucal Coletiva*. 4ª ed. São Paulo: Santos, p. 429-444, 2000.
- De Araújo, NS; Birman, EG. Contribuição para o estudo das condições dentais em relação à procedência do indivíduo (Estudo realizado na Casa de Detenção de São Paulo); *Revista da Faculdade de Odontologia de São Paulo*, 5(4): 394-354, Ago-Dez, 1967.
- Dutra, CMR; Ferreira, EF; *Revista de Odontologia da UNESP*. 34(1): 5-10, 2005.
- Ferraz, C; Bellini, HT. Condições dentárias de um grupo de trabalhadores adultos em Jundiaí (SP). *Rev Assoc Paul Cirurg Dent*, 37(4): 330-335, jul-ago, 1983.
- Frazão, P.; Antunes, JLF; Narvai, PC. Perda dentária precoce em adultos. *Rev. Bras. Epidemiol.* 6(1): 49-57, 2003.
- Garcia PPNS et al. Avaliação dos efeitos da educação e motivação sobre o conhecimento e comportamento de higiene em adultos. *Ciência Odontol Bras*, 7(3): 30-9, jul/set. 2004.

Garcia, PPNS; Rodrigues, JÁ; Santos, PA; Dinelli, W. Avaliação clínica do comportamento de higiene em adultos. Revista de Odontologia da UNESP, São Paulo, 30(2): 161-171, 2001.

Gazzinelli, MF; Gazzinelli, A; Reis, DC; Penna, CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(1): 200-206, jan-fev, 2005.

Gift, HC & Redford, M. Oral health and the quality of life. Clinic Geriatric Medicine. 8(53): 673-683. 1992.

Glass, RL. The first international conference on the declining prevalence of dental caries. J Dent Res. V.6, p. 1304-1383, 1982.

Kruger, L. Promoção de Saúde Bucal, Curitiba, 2003.

Loesche, WJ. Cárie dental-infecção tratável. Rio de Janeiro: Cultura Médica, p. 349, 1993.

Martins Filho, IE; Sales Peres, SHC; Sales Peres, A; Bastos, JRM; Silva, M. da, DA Silva, RPR, in 21ª Reunião da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica, Águas de Lindóia, suplemento, 2004.

Medeiros, EPG.; Bijella, VT. Bases para a organização de programas dentais para operários. Rev. Bras Odontol, 27(166): 303-311, nov/dez, 1970.

Miraschi, CL; Saez, MS. Valores, creencias e y praticas populares em relacion a la salud oral. Cuad. Méd. Soc, (30): 27-33 1989.

Murray, JJ. Appropriate use of fluorides for human health. Geneva: World Health Organization. 1986.

Nadanovsky, P. Promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais. In: Pinto, VG. Saúde Bucal Coletiva. 4ª ed. São Paulo: Santos, Cap. 9, 2000.

Navarro, MFL.; Cortês, DF. Avaliação e tratamento do paciente com relação ao risco de cárie. Maxi Odonto Dentística, v.1, p. 1-38, 1995.

Newbrun, E. Cariology. Baltimore: Willians & Wilkins, 1978.

Nikiforuk, G. Understanding dental caries. Prevention basic and clinical aspects. Basel: Karger, p.288, 1985.

Oliveira, MK. Ciclos de vida: algumas questões sobre a psicologia do adulto. Educação e Pesquisa, São Paulo, 30(2): 211-229, maio/ago. 2004.

Pereira, OL et al. Educação sobre higiene bucal e índice de placa. Rev. Gaúcha de Odont. 40(6): 421-22, nov/dez., 1992

Pereira, AC.; Moreira, BW. A utilização do auxiliar odontológico para o aumento da produtividade nos serviços públicos. Rev . Assoc. Paul. Cir. Dent. São Paulo, 46(5): 851-4, set/out, 1992.

Pereira, AC. Comparação entre três índices de fluorose dentária na dentição permanente, em áreas com diferentes concentrações de flúor nas águas de consumo. [Tese de Doutorado] Faculdade de Saúde Pública de Universidade de São Paulo, 1996.

Pereira, AC et al. Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003.

Peres, DS; Magna, JM; Viana, LA. Rev Saúde Pública; 37(5): 635-42 2003.

Petry, PC; Victora, CG; Santos, IS. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(1):145-153, jan-mar, 2000.

Pinto, MLMC. Considerações sobre alguns aspectos psicológicos do paciente geriátrico em odontologia. Rev . Faculd. Odont. UFBA. Salvador, 6, p. 59-65, jan/dez, 1986.

Pinto, VG. A odontologia brasileira às vésperas do ano 200: diagnósticos e caminhos a seguir. São Paulo: Santos, p.192, 1993.

Pinto, VG. Saúde Bucal Coletiva. 4ª ed. São Paulo: Editora Santos, 2000.

Reich, E.; Al Marrawi, A.; Lussi, A. Clinical evaluation of laser diagnostic system for caries. J Dent Res. V.77, p.1334, 1998.

Rosa, AGF et al. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no município de São Paulo (Brasil). Rev Saúde Publica, 26(3): 155-160, 1992.

Rufino Neto, A. Qualidade de vida: compromisso histórico da Epidemiologia. Saúde em Debate, 35, p.63-67, 1992.

Saba-Chujfi, E. et al. Avaliação dos métodos de motivação/educação em higiene bucal aplicados em adolescentes de 12 a 16 anos de idade. Rev . Gaúcha Odont. 43(2): 87-90, março/abr., 1992.

UNICAMP / FOP
BIBLIOTECA