

PATRÍCIA MARIA LOPES ROCHA CORRÊA

A PRÁTICA EDUCATIVA DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

DIAMANTINA/MINAS GERAIS

2011

PATRÍCIA MARIA LOPES ROCHA CORRÊA

A PRÁTICA EDUCATIVA DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal
de Minas Gerais, como requisito parcial
para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Professora Lia Silva de
Castilho

DIAMANTINA/MINAS GERAIS

2011

PATRÍCIA MARIA LOPES ROCHA CORRÊA

A PRÁTICA EDUCATIVA DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal
de Minas Gerais, como requisito parcial
para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Professora Lia Silva de
Castilho

Banca Examinadora

Prof. _____

Prof. _____

Prof. _____

Aprovada em Corinto ____/____/____

DEDICATÓRIA

Ao meu marido Marcus Vinícius e aos meus filhos Maria Cecília (um anjinho sempre presente) e Bernardo grandes amores da minha vida.

AGRADECIMENTO

A Deus, fonte inesgotável de vida e amor. Aos meus pais Cristiano e Consolação, pelo amor, apoio e exemplo de vida. Às amigas de viagem e curso Andreza, Fabiana, Jumara e Lília pelos ótimos momentos compartilhados. A tutora Mariana Véo e toda a equipe do CEABSF pelo aprendizado e oportunidade de crescimento.

A Professora Lia Silva de Castilho, pela dedicação, sabedoria e paciência demonstradas no período de realização deste trabalho.

Obrigada!

Resumo

Este estudo propõe uma reflexão sobre o processo de trabalho realizado pelos cirurgiões-dentistas na Estratégia da Saúde da Família (ESF) e reflete a importância da prática educativa na odontologia como forma de autocuidado. Apesar de a ESF introduzir uma nova lógica que rompe com a prática histórica da odontologia, centrada no atendimento curativo e individual, muitas vezes o que ocorre é apenas a transferência linear do espaço de trabalho do Cirurgião-Dentista (CD). As ações de promoção e educação em saúde nem sempre são priorizadas e quando feitas são caracterizadas pela pedagogia da transmissão. Por isso, faz-se ressaltar a necessidade de argumentar em favor do trabalho preventivo e coletivo através de uma tecnologia adequada a ser utilizada pelos profissionais de saúde.

Palavras Chave: Educação em saúde bucal; Promoção de saúde; Odontologia preventiva;

Abstract

This study proposes a reflection on the work done by dentists at the Family Health Strategy (FHS) and reflects the importance of educational practice in dentistry as a form of self-care. Although the ESF introduce a new logic that breaks with the historical practice of dentistry, focusing on curative care and individual, often what happens is just the transfer of linear workspace Dentist. Promotion action and health education are not always given priority and when made are characterized by the pedagogy of transmission. Therefore, it is emphasized the need to argue in favor of preventive work and collective means of a suitable technology to be used by health professionals.

Keywords: Dental health education, health promotion, preventive dentistry;

Sumário

1 Introdução	8
2 Metodologia.....	9
3 Referencial Teórico.....	10
3.1 Educação em saúde: conceito e breve histórico	10
3.2 Modelos de práticas de educação em saúde	12
3.3 Abordagens ou concepções pedagógicas tradicionais	12
3.3.1 Transmissão.....	12
3.3.2 Condicionamento.....	13
3.4 Abordagens ou concepções que têm o aprendiz como foco.....	13
3.4.1 Pedagogia Nova	13
3.4.2 Construtivismo-intencionista, sociointeracionismo, histórico-social	14
4 Outros espaços de construção do conhecimento em saúde bucal	15
5 Desafios.....	19
6 Considerações gerais.....	20
7 Referências	21

1. Introdução

Este estudo foi desenvolvido a partir de algumas reflexões sobre o processo de trabalho do Cirurgião-Dentista na Estratégia da Saúde da Família (ESF). É uma revisão da literatura cujo objetivo principal é a abordagem histórica das diversas experiências em educação em saúde bucal e a promoção da saúde na perspectiva coletiva que busquem, através de práticas pedagógicas adequadas, uma maior conscientização dos indivíduos para a incorporação de hábitos e atitudes saudáveis.

Sendo assim, faz-se necessário voltar à origem da ESF, antigo Programa Saúde da Família (PSF) que foi implantado em 1994, com o objetivo de reorganizar a prática da atenção à saúde substituindo o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e melhorando a qualidade de vida da população. Sua estratégia consiste em priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua (BRASIL, 1998). Porém, a implantação das Equipes de Saúde Bucal na ESF ocorreu seis anos após a criação do Programa Saúde da Família, no ano 2000, fato que pode ter levado a pouca integração dos Cirurgiões-Dentistas com o restante da equipe de Saúde da Família. Outro grande problema foi que os Cirurgiões-Dentistas não estavam preparados para essa mudança de cenário, onde deixavam para trás um modelo de atendimento baseado no paradigma flexneriano (que tem como elementos estruturais: mecanicismo, biologismo, individualismo, especialização, exclusão de práticas alternativas, tecnificação do ato médico, ênfase na medicina curativa) e passavam para um modelo onde a promoção e prevenção coletiva da saúde fazia parte da rotina do atendimento (COSTA *et al.*, 2005). Ainda segundo o modelo flexneriano aplicado na odontologia, os Cirurgiões-Dentistas esperavam os danos acontecerem para então iniciar o tratamento curativo das lesões (WEYNE, 1999). As doenças se explicavam pela unicausalidade, relacionadas com os agentes etiológicos (MARTINS, 1998). Enfim, o modelo flexneriano separa o organismo e transforma a boca em apêndice do corpo (COSTA *et al.*, 2005).

A odontologia, como ciência e profissão, é ainda voltada, nas academias, para a atenção à saúde bucal de cada indivíduo numa perspectiva privada, clínica e curativa, e sua incorporação à ESF está reproduzindo esta concepção na prática. Os Cirurgiões-Dentistas não se sentem preparados para atuar na educação em saúde no

espaço coletivo e se sentem angustiados e ansiosos frente à incapacidade de solucionar os problemas de saúde bucal em uma população grande e com tantas necessidades (COSTA *et al.*, 2005).

É neste contexto que a Educação em Saúde se torna uma grande ferramenta para o auxílio dos Cirurgiões-Dentistas que trabalham na ESF, assumindo um papel relevante na atenção primária: a conscientização dos indivíduos para atuarem na valorização e promoção de sua própria saúde, incorporando hábitos e atitudes saudáveis. Para tanto, deve-se conhecer os fatores determinantes e condicionantes da saúde, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte e lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais que devem ser considerados individualmente dentro de qualquer programa de educação em saúde (BRASIL, 1990). Ao identificar os problemas mais comuns desta comunidade, pode-se transformá-los através de ações coletivas de prevenção, levando à diminuição da incidência de doenças (no caso, cáries e outras doenças que acometem a cavidade bucal), pois há evidências que relacionam os hábitos alimentares e a cárie dental, o cigarro e o câncer bucal, uso de drogas e/ou medicamentos e xerostomia, entre outras manifestações. É consenso que o aumento da incidência da doença cárie seja processo de civilização do homem por alterações nos padrões de vida mais naturais (JOHANSSON & BIRRKED, 1995).

Para elaborar um trabalho conjunto da educação e saúde, este deve conter informações que visem à construção de um conceito sobre saúde e doença, levando em conta as condições de vida de cada indivíduo e que contribua, não só para despertar o sentimento de que é possível transformar a realidade, mas também conscientizar de que a saúde é um direito de todos (TAMIETTI *et al.*, 1998) lembrando também que o conhecimento em si não promove a mudança de comportamento efetiva, mas é essencial para desenvolver o interesse do indivíduo (CUNHA *et al.*, 1998).

2. Metodologia

A partir de buscas realizadas nas bases de dados Medline, Lilacs e BBO, foram escolhidos textos em português que versavam sobre educação em saúde. Os textos selecionados descreviam experiências inovadoras educativas sobre o tema “Saúde”.

3. Referencial Teórico

3.1 Educação em saúde: conceito e breve histórico

A educação em saúde é um conjunto de saberes e práticas com a finalidade de prevenir doenças e promover a saúde (COSTA & LOPES, 1996). Os conceitos de educação em saúde devem ser sempre atualizados para que a prática seja adequada à realidade em que se vive (HILGERT *et al.*, 1990). O conhecimento cientificamente produzido é repassado através dos profissionais de saúde para as pessoas, oferecendo às mesmas condições para a adoção de novos hábitos de saúde. A atenção primária é um local privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde (VASCONCELOS, 1999).

É importante destacar a diferença entre promoção de saúde bucal e prevenção de doenças.

Promoção em saúde bucal:

Promoção de saúde bucal significa a construção de políticas públicas saudáveis, através da criação de ambientes que apoiem escolhas saudáveis, com o fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades de autocontrole e autonomia pessoal para práticas de autocuidado em higiene e saúde, e a reorientação de serviços odontológicos. Torna-se imediatamente visível, neste sentido, que promoção de saúde bucal é um conceito que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico. Na verdade tal conceito implica na incorporação da dimensão política e social como aspectos essenciais, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. (SHEIHAM & MOYSÉS, 2000).

Prevenção de doenças:

As ações preventivas se caracterizam como sendo intervenções dirigidas à população para se evitar o surgimento de doenças específicas, consequentemente elas se propõem a reduzir a incidência e a prevalência destas doenças (CZERESNIA, 2003).

De uma maneira geral, os referenciais teóricos colocados ao alcance de educadores e outros pesquisadores em educação nas demais áreas do conhecimento científico têm evoluído com o passar dos anos. Entretanto, a transposição destes elementos para a prática e o fazer pedagógico concreto ainda está estagnada. A dificuldade em se transcender este obstáculo reside na permanência do modelo hegemônico na prática

profissional que, de forma verticalizada, preconiza a adoção de comportamentos individuais (suspensão do hábito de fumar, vacinar-se, a auto-higiene, entre outros) e de estratégias “coletivas” como a comunicação em massa. Transfere-se a responsabilidade ao indivíduo para adotar um estilo de vida mais saudável. Desta forma, não se consideram as histórias de vida, do conjunto das crenças e valores da comunidade e do próprio sujeito que precisa de soluções que sejam sustentadas sócio-culturalmente. A prática educacional se baseia, na maioria das vezes, nesta assertiva: é preciso assimilar uma maneira de viver adequada, natural, consonante com as diretrizes governamentais, com o objetivo de isolar a doença (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

A educação em saúde bucal surgiu no Brasil em 1912. O programa de atenção odontológica que previa a educação em saúde: “Sistema Incremental” foi criado em 1950, sendo fortalecido em 1960. Já em 1993, o Sistema Único de Saúde (SUS) priorizou ações de educação em saúde como essenciais para mudança do quadro epidemiológico das doenças bucais (COSTA *et al.*, 2005). A articulação entre os setores de educação e saúde foi desenvolvida com o objetivo de definir ações educativas para a promoção da saúde das pessoas. Porém, a norma do SUS cita a educação em saúde de forma limitada, apenas como um conjunto de práticas educativas objetivando cuidados com a saúde bucal (MARTINS, 1998). Portanto, o que se observa na prática é que a educação em saúde não é uma atividade fácil de ser aplicada e os profissionais carecem de estratégias sistematizadas dentro das diretrizes do SUS (COSTA *et al.*, 2005).

A Odontologia tem avançado muito no campo técnico científico, mas este fato não contribuiu para uma melhoria sobre o quadro de saúde bucal em populações de baixo desenvolvimento socioeconômico. Constatase que isso seja resultado da ineficácia de programas e investimentos que busquem melhorias à atenção à saúde bucal das pessoas (TOMITA *et al.*, 2001). As ações educativas de uma forma geral (e as aplicadas em odontologia não se comportam diferentemente) apóiam-se em idéias de que se pode educar para a saúde, de acordo como os programas na área são pensados. Estes projetos são voltados, em sua maioria, para comunidades de baixa renda e pouca escolaridade. O princípio de educar para a saúde e para o ambiente, parte do pressuposto de que vários problemas de saúde da população são resultantes da precária situação de educação que necessita de ações de “correção” e/ou de educação (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

A compreensão e reflexão acerca das estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para educação em saúde e o estudo das atuais metodologias didáticas participativas contribuirão para a construção de um conjunto de práticas educativas na odontologia. Existem poucos estudos que tem como foco principal os conhecimentos, atitudes e as práticas de saúde bucal por educadores e educandos. A falta de conhecimento destes tópicos leva a uma implantação inadequada de políticas de saúde, não alcançando os resultados esperados (ANTUNES *et al.*, 2006).

3.2 Modelos de práticas de educação em saúde

Para o difícil processo de educar é preciso procurar compreender os problemas que interferem uma determinada comunidade. A partir deste conhecimento, estratégias educativas devem levar esta população a ter consciência destes problemas e busquem soluções, "desnaturalizando" o adoecer. Em outras palavras, não aceitando a instalação de processos nosológicos como inevitáveis (GAZZINELLI *et al.*, 2005). Educar não significa apenas transmitir/adquirir conhecimentos. Portanto, não há um processo educativo livre de pensamentos dominantes, sendo essencial a reflexão sobre o próprio sentido e valor da educação *na* e *para* a sociedade (LUCKESI, 1994; SAVIANE, 2007). Sendo assim, o diálogo e a troca de experiência entre o educador e o educando são fundamentais, devendo haver uma ligação entre o saber científico e o saber popular (VASCONCELOS, 1999).

Existem várias concepções de práticas educativas que são guiadas pelas tendências pedagógicas e dependem da forma pela qual é compreendido o processo de ensino-aprendizagem. Sendo dominantes no sistema educacional brasileiro as pedagogias: tradicional, renovada, tecnicista e aquelas marcadas por preocupações sociais e políticas (BRASIL, 1997).

A seguir, alguns modelos de práticas pedagógicas e seu significado.

3.3 Abordagens ou concepções pedagógicas tradicionais

3.3.1 Transmissão

Metodologia de ensino tradicional, amplamente empregada em programas de educação em saúde. Nesta pedagogia o conhecimento é transmitido de forma vertical, ou seja, o

professor é aquele que detém o conhecimento e assume funções de aconselhar, corrigir e vigiar o educando. Neste processo educativo, o conhecimento está centrado em alguém que sabe e ensina alguém que não sabe, há ênfase na repetição do conteúdo, não existindo preocupação com a realidade social do educando (GRILLO *et al.*, 2008).

Este pressuposto levou à incorporação nas práticas educativas em saúde de que a apreensão do saber instituído, invariavelmente, levará à aquisição de novos comportamentos e práticas saudáveis. Desta forma, comportamentos considerados não saudáveis, do ponto de vista da promoção de saúde, são explicados como resultado de um déficit cognitivo e cultural, cuja superação se daria através da informação científica e dos saberes originados externamente à comunidade (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

3.3.2 Condicionamento

Nesta pedagogia o educando é “condicionado” a dizer as respostas desejadas pelo educador, frente a um eficiente jogo de estímulos e recompensas. A prática pedagógica é altamente controlada e dirigida, com atividades mecânicas inseridas em uma proposta educacional rígida e passível de ser totalmente programada em detalhes (LUCKESI, 1994).

As práticas educativas baseadas na perspectiva conteudista, normativa e cientifista demonstraram, ao longo dos anos, que a aquisição do saber instituído não resulta, necessariamente, em mudanças comportamentais. Isso acontece porque no sujeito que estaria “aprendendo” existe uma subjetividade na percepção do processo saúde/doença (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

3.4 Abordagens ou concepções que têm o aprendiz como foco

3.4.1 Pedagogia Nova

Esta prática de ensino surgiu em contrapartida à Pedagogia Tradicional, mostrando que as pessoas são diferentes e a educação

[...] será um instrumento de correção da malignidade na medida em que contribuir para a constituição de uma sociedade cujos membros, não importam as diferenças de quaisquer tipos, aceitem-se mutuamente e respeitem-se na sua individualidade específica. (SAVIANI, 2007).

O conhecimento é transmitido de forma horizontal, ou seja, o aprendiz é o sujeito ativo e

participativo no processo de educação, não sendo mais o profissional o centro da atividade. Surgem os conceitos de “aprender fazendo” e “aprender a aprender”. A busca pelo conhecimento e o desejo de alterar o comportamento devem ser despertados no educando (GRILLO *et al.*, 2008).

3.4.2 Construtivismo-intencionista, sociointeracionismo, histórico-social

Nesta pedagogia há a valorização do educando, respeitando sua cultura, individualidade e seus conhecimentos empíricos. De acordo com Grillo *et al* (2008), Paulo Freire (1921-1997) é um importante exemplo de pesquisador deste enfoque educacional social, político e ideológico no cenário brasileiro através do livro “Pedagogia do Oprimido”. Para Freire, é a partir do processo de reflexão da realidade que o homem se torna consciente e comprometido e pode atuar como agente de transformação de si e dessa realidade (GRILLO *et al.*, 2008).

Considerar as representações dos sujeitos é fundamental na elaboração de programas de educação em saúde (TAMIETTI *et al.*, 1998). O que para a população seria a gênese do problema enfocado? O que o indivíduo e sua comunidade pensam sobre o determinado tema? Como a população se rearranja em torno do problema? Na medida em que as representações individuais e os saberes do senso comum são levados em consideração, mais apurada é a crítica à soberania do saber científico como única maneira de se explicar os fenômenos do adoecimento. Assim, o caráter meramente instrumental da educação em saúde é superado, uma vez que seus princípios se apóiam exclusivamente no saber científico, recriando novas práticas. Considerar o que o coletivo e o individual pensa em relação a determinado tema significa entender como os valores, os costumes, os modelos e os símbolos sociais levaram esta comunidade a determinadas condutas e práticas não salutaras. Tanto o educando aprende com o educador, como este aprende com o educando (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

O momento do ensino é visto pela pedagogia problematizadora como uma preparação para a vida, através da transformação, criatividade, saber na invenção e na reinvenção. Aqui, o educador e educando estão no mesmo grau de importância. Existe relação entre os conteúdos que se ensinam e os interesses dos educandos. A metodologia pode ser feita através de grupo de discussões, oficinas e sensibilização com o auxílio da ação modificadora do educador. Desse modo o conteúdo se aproxima da realidade sem

imposição ou memorização, mas pelo processo de compreensão, reflexão e crítica. Esta pedagogia propicia a transformação individual atrelada à transformação social. (KRUSCEWSKY *et al.*, 2008).

A pesquisa realizada em Cabeceira do Cansaço no município de Minas Novas no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, é um exemplo da pedagogia problematizadora aplicada à realidade desta comunidade. Ela tinha como objetivo o controle da endemia de Chagas, buscando a participação de toda a população local. A pesquisa levava em conta o que pensavam os moradores sobre suas condições de vida, de trabalho, de saúde-doença, problemas enfrentados no dia-a-dia para juntos encontrar soluções. Dez anos se passaram e os pesquisadores encontraram melhorias na cidade, inclusive, não se registrou mais triatomíneos intra-domiciliares e infecção em crianças abaixo de 14 anos de idade (DIAS, 1998). O resultado demonstra que a realidade pode ser mudada com a discussão dos problemas e a busca de soluções concretas através da participação popular associada a educadores que mantêm uma postura de respeito para com a comunidade.

4. Outros espaços de construção do conhecimento em saúde bucal

Para estimular o conhecimento e a prática da saúde básica e da higiene, a Educação em Saúde se tornou obrigatória nas escolas brasileiras de 1º e 2º graus pelo artigo 7 da lei 5.692/71 (KRUSCEWSKY *et al.*, 2008). Entretanto, Campos *et al.* (2003) ao trabalharem com adolescentes de Araraquara, São Paulo, encontraram um pequeno percentual de entrevistados que relatam terem aprendido algo sobre saúde em contato com seus professores e que creditam a eles o dever de abordar conteúdos relacionados à promoção de saúde. Para a maioria, o médico é o profissional mais indicado para esta função. Para os autores, este dado reflete o preconceito enraizado na sociedade de que cada área do saber deve ser responsável pela veiculação de conteúdos relacionados à sua especialidade.

De fato, a educação em saúde bucal não deve ser veiculada apenas pelos cirurgiões-dentistas. A escola é o local privilegiado para a troca de conhecimentos tão desejada entre profissional de saúde e população. A saúde bucal, juntamente com outros tópicos em saúde, deveria fazer parte do currículo escolar. O envolvimento do professor é

fundamental para que hábitos saudáveis sejam devidamente incorporados ao estilo de vida individual (TAMIETTI *et al.*, 1998). O planejamento das ações educativas deve ser realizado tanto por professores quanto pelos profissionais de saúde não devendo ser única responsabilidade de um profissional apenas (CAMPOS & ZUANON, 2004). Sobre isso o trabalho de Tamietti *et al.* (1998) demonstraram que palestras trimestrais realizadas pelo cirurgião-dentista em uma escola pública de 1º grau em Belo Horizonte não apresentaram resultados satisfatórios no grau de conhecimentos demonstrados por adolescentes.

Em um artigo cujo objetivo era avaliar o nível de percepção e conhecimento sobre a saúde bucal, dieta e higiene em crianças e professores de uma escola pública do Município de Niterói-RJ, demonstrou que grande parte dos educadores (76%) não tem conhecimentos necessários para orientar pais e crianças a respeito de uma correta higienização e alimentação. Já em relação aos alunos na faixa etária de 4 a 7 anos, pôde-se observar que eles identificaram bem os instrumentos de higienização como: escova, fio dental e dentifrício, mas em relação à dieta, as respostas foram contraditórias, pois muitas das crianças relacionaram como fator benéfico ao dente o açúcar, os doces e o chocolate. Foi observado que os educadores não receberam informações sobre saúde bucal durante a sua formação acadêmica sendo preocupante admitir que os conhecimentos repassados aos alunos, são aqueles mesmos aprendidos por professores na escola fundamental, ou seja, pouco do conhecimento foi adquirido durante a formação do educador (ANTUNES *et al.*, 2006).

A falta de conhecimento do professor sobre a gênese e o desenvolvimento das doenças da cavidade bucal também é demonstrada por Vasconcelos *et al.* (2001) num estudo em que 56% dos professores entrevistados nunca estudaram estes conteúdos em sua formação profissional. Entretanto, dos 44% que responderam ter estudado temas relacionados à saúde bucal, 81% citam a sua formação durante o 1º grau. Desta forma, observa-se que a escola possui uma importante contribuição na formação do cidadão nas práticas de promoção de saúde. No caso dos professores que estudaram temas sobre promoção de saúde na escola, o conteúdo foi aprendido pelo aluno que se tornou professor.

A parceria entre escola e equipe de saúde não é uma consequência natural de sinergismo de esforços. Em Araucária, Paraná, algumas escolas não se dispõem ou não colaboram

para as ações de educação para a saúde com crianças ou adolescentes, justificando que as atividades conduzidas pelo profissional de saúde (no caso equipe odontológica) interferem nas habituais atividades escolares, mesmo as que são agendadas com antecedência. Para as autoras o comportamento surpreendente destas escolas demonstra a pouca valorização das atividades de educação em saúde por educadores deste município que acabam às vezes, por determinar a evasão ao tratamento odontológico de pacientes mais necessitados. Para que este entrave seja contornado, as ações de educação em saúde devem ser iniciadas com educadores e em seguida com pais e responsáveis para só depois alcançar o público alvo: os estudantes (LIMA & SCHNEIDER, 2010).

Além do ambiente escolar, o núcleo familiar também deveria ser o foco das ações educativas em saúde. É na família que a criança e o adolescente assimilam os hábitos da auto-higienização bucal, alimentação saudável e as primeiras informações sobre causalidade das doenças bucais (FLORES & DREMER, 2003). Para Rodrigues *et al.* (2004), o ideal seria o deslocamento dos dentistas do seu local de trabalho para os lares em busca da abordagem familiar, enfrentando diretamente o problema das condições enraizadas nas práticas cotidianas. É claro que nem todas as famílias podem ser visitadas em seus lares pelo cirurgião-dentista, mas existem certos casos mais refratários ao tratamento odontológico que podem ser mais eficientemente abordados através de uma atenção mais individualizada à família. Saliba *et al.* (2003) também concordam que a família deve ser envolvida nas atividades de educação para a saúde realizadas dentro do ambiente escolar. Estes autores ainda propõem, a partir dos seus dados, uma reflexão para dentistas e professores: como a escola pode ser um local de difusão de conhecimentos sobre saúde bucal se a escovação após a merenda não é um hábito dentro do ambiente escolar? Ainda, com relação à merenda habitualmente oferecida pelas escolas: como ela pretende ser uma alimentação saudável se é riquíssima em sacarose?

No ambiente do Centro de Saúde, experiências interessantes também podem servir para a inserção de práticas educativas sobre saúde bucal nos grupos específicos de atenção organizados pela enfermagem: diabéticos, hipertensos, saúde da mulher, bebês, adolescentes, entre outros. A equipe de saúde bucal pode se inserir nelas e aprender com a enfermagem metodologias participativas de ensino-aprendizagem, realizando um

verdadeiro trabalho multidisciplinar. No caso das gestantes Reis *et al.* (2010) realizam uma longa revisão da literatura sobre a importância da educação para a saúde bucal neste período. Como exemplo de trabalho, no caso de grupos de diabéticos, observam-se experiências pedagógicas bastante avançadas, como as relatadas pela equipe de enfermagem de Nova Aurora, Goiás. Na descrição da ação educativa, a autora, após um período de observação participante percebeu que os problemas relacionados à alimentação, ao enfrentamento e aos sentimentos de êxito e frustração frente à doença eram os mais prevalentes entre os usuários. Com esta base, os temas dieta, hipoglicemia/hiperglicemia e a fisiopatologia do diabetes foram escolhidos para serem teorizados. Durante a etapa de palestras e de formulação de hipóteses, o próprio grupo construiu cartazes educativos que evidenciavam medidas de prevenção específicas para o grupo e de promoção de saúde para a comunidade. Os usuários relataram as suas atitudes de enfrentamento da doença e abandono de hábitos inadequados demonstrando alcançar autonomia e independência conquistadas pelo domínio de conhecimentos. Os testes de glicohemoglobina baixaram demonstrando que a atividade educativa dialógica foi capaz de despertar as potencialidades reflexivas, críticas e criativas do grupo (REGO, 2008).

No ambiente hospitalar, práticas de educação em saúde também devem ser implantadas, buscando a integralidade das ações de atenção à saúde pela equipe multidisciplinar. O paciente, por sua vez, recebe alta do hospital com um melhor entendimento da associação da boa saúde bucal com a saúde geral, servindo como um multiplicador na sua comunidade dos conhecimentos de mudanças de hábitos e comportamentos deletérios (MEDEIROS JUNIOR *et al.*, 2005).

Instituições de recuperação de drogaditos também podem ser ambientes favoráveis para o desenvolvimento de práticas participativas de educação em saúde, como jogos de mímica, gincanas e palavras-cruzadas. O programa educativo-preventivo realizado no Esquadrão da Vida em Bauru, São Paulo, reduziu o índice de placa bacteriana e o fluxo salivar voltou aos padrões satisfatórios depois da interrupção da drogadição. Uma característica preocupante entre a população estudada foi a sua grande mobilidade. Este dado levou à modificação dos assuntos abordados nas palestras de maneira que eles não ficassem repetitivos gerando desinteresse dos participantes. Outro ponto positivo do programa foi a valorização da saúde bucal pelos internos depois do círculo de palestras e

oficinas (RIBEIRO *et al.*, 2002).

A Igreja também é outro espaço de práticas educativas participativas em saúde bucal. A saúde bucal está inserida dentro da Pastoral da Criança, onde suas ações são balizadas pela tendência pedagógica do empoderamento. Nela, a metodologia avaliativa é desenvolvida. Nesta metodologia os educandos avaliam as suas próprias ações buscando transformar o seu dia-a-dia a partir das suas capacidades e habilidades desenvolvidas ao longo do processo coletivo. Os autores julgam que a capacitação dos multiplicadores deve ultrapassar o tecnicismo e alcançar a dimensão política, com vistas a formar lideranças capazes de acessar políticas públicas e buscar parcerias para a construção de redes que suportem e sustentem suas ações (QUEIROZ *et al.*, 2010).

5. Desafios

Para a pedagogia moderna são consideradas ultrapassadas e equivocadas as ações educativas que não partem do levantamento prévio do conhecimento do sujeito sobre determinada doença. Entretanto, poucos são os trabalhos de promoção em saúde que elucidam o que fazer com estas representações. Ainda não se tem práticas concretas de como mobilizar uma representação a fim de se criar uma experiência educacional. Se as práticas são originárias das representações (constituindo-se na expressão do modo como os atores sociais percebem os fenômenos e os eventos ocorridos em sua vida), consequentemente, aquilo o que se pensa possui um papel preponderante sobre o que se faz. Em outras palavras, as representações definem as práticas e essas (re) constroem novas representações. Por isso, é no campo da experiência que se observa o cruzamento das representações e da prática, determinando que a doença possa ser compreendida como uma construção cultural. Se as representações são, em algum momento, ambíguas e contraditórias ainda assim são critérios para prevenção e controle da doença (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

A comunicação no âmbito da difusão científica e da educação ainda tem como entraves: o predomínio do enfoque curativo tanto na área da saúde quanto da educação em detrimento das ações preventivas, falha na integração entre os educadores e os membros da comunidade, falta de abordagens multidisciplinares, descrença dos profissionais em trabalhar de forma participativa com a população e a falta de qualificação desses

profissionais. (KRUSCEWSKY *et al.*, 2008).

De certa forma, espera-se que o próprio educando sirva como formador de opinião entre a sua comunidade, ajudando a difusão dos conhecimentos em saúde. O sentimento de união e de interdependência entre indivíduos de uma comunidade é um ponto positivo a ser explorado na educação em saúde, no sentido de estímulo à veiculação dos conteúdos apreendidos àqueles que não tiveram a oportunidade de participar da oficina, palestra, grupo de discussão ou similar pelos que participaram (FLORES & DREMER, 2003).

6. Considerações gerais

Para educar é necessário conhecer e compreender problemas que interferem uma determinada comunidade para depois desenvolver estratégias junto à população de forma participativa. A busca pelo conhecimento e o desejo de alterar o comportamento devem ser despertados no educando através da criatividade, reflexão. O educador deve sempre considerar as representações do sujeito, levando em consideração o saber popular, desmistificando a soberania do saber científico e, com isso, entender como os valores, costumes podem transformar a realidade. O educador deve compreender que o momento de ensino se dá através da transformação, criatividade e saber na invenção e reinvenção. A metodologia pode ser feita com grupos de discussão, oficinas e sensibilização do educando e educador facilitando a compreensão, reflexão e crítica. Ainda não se têm uma receita concreta para as práticas educacionais, mas sabe-se que a educação em saúde é essencial para melhores resultados em programas da atenção primária, pois ajuda a solucionar os problemas de forma coletiva e menos onerosa em uma população grande e com tantas necessidades. Porém é necessário o entendimento das práticas educativas para que estas proporcionem mudanças efetivas quanto ao auto-cuidado. A pedagogia da problematização é a mais adequada no campo da saúde, pois promove a valorização do saber do educando, estabelecendo sua participação ativa nas ações de saúde, assim como a troca de saberes.

Pode-se citar como exemplos desta prática na odontologia: grupos de discussão em que são abordados quais são os valores e crenças desta comunidade e qual a percepção destas pessoas sobre doenças bucais para depois trabalhar de forma participativa com profissionais e comunidade em busca de mudanças que alterem a qualidade de vida

destas pessoas. Pode-se trabalhar também o cigarro e suas consequências, a dieta saudável, oficinas pedagógicas onde os participantes expressam seu conhecimento em saúde bucal, palestras abordando a saúde bucal, desenvolvimento de atividades lúdicas como teatro, dentre outras. A criatividade e a invenção fazem parte destas atividades pedagógicas, portanto parte do profissional, da sua relação com a comunidade, competência e habilidade para fazer e ser diferente.

Por isso, é importante a mudança na formação e capacitação de novos cirurgiões-dentistas, para que estes sejam capazes de atender às necessidades da coletividade, ressaltando o papel deste novo profissional e da necessidade de mantê-lo atendendo como educador e formador de opiniões.

7. Referências

ANTUNES, L. S. *et al.* Avaliação da percepção das crianças e conhecimentos dos educadores frente à saúde bucal, dieta e higiene. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr**, João Pessoa, v. 6, n. 1, p. 79-85, jan./abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade; 1998.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. A tradição pedagógica brasileira. In: MEC (org) **Parâmetros Curriculares Nacionais**. Brasília: Secretaria de Educação Fundamental, 1997. p, 30-33.

BRASIL. **Lei nº. 8080**. Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

CAMPOS, J.A.D.B. *et al.* Educação em saúde na adolescência. **Cienc Odontol Bras**. São Paulo, v.6, n.4, p. 48-53 out./dez. 2003.

CAMPOS, J.A.D.B.; ZUANON, A.C.C.; Educação em saúde: aspectos relevantes apontados por adolescentes. **Cienc Odontol Bras**. São Paulo, v.7, n.2, p. 55-60 abr./jun. 2004.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. **Educación para la salud**. Madrid: Pirámide, 1996. p. 25-58.

COSTA, S. M. *et al.* Educação em saúde: análise e reflexão das práticas educativas na Odontologia. **Unimontes Científica**, Montes Claros, v.7, n.1, p. 78-86, jan./jun. 2005.

CUNHA, M.M.L.C. *et al.* Avaliação de uma proposta educativa sobre AIDS com adolescentes de escola pública de João Pessoa – PB. **Rev Bras Ciências da Saúde**, v. 2, n.3, p. 27-32 dez. 1998.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: _____.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DIAS, J. C. P. Problemas e Possibilidade de Participação Comunitária no Controle das Grandes Endemias no Brasil. **Cad. Saúde pública**. Rio de Janeiro, v.14 (sup 2), p. 19-37, 1998.

FLORES, E.M.T.L.; DREHMER, T.M. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.743-752, jul/set., 2003.

GAZZINELLI, M. F. *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 200-206, jan./fev, 2005.

GRILLO *et al.* Práticas Pedagógicas em Atenção à Saúde. **Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família/UFMG. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008, 65p. Modalidade à distância. Módulo 4.

HILGERT, E. C. *et al.* Análise das abordagens de educação e saúde em programas de saúde bucal. **Rev. Ação Coletiva**, Brasília, v. 2 p. 10-14, abr./jun. 1999.

JOHANSSON, I.; BIRRKED, D. A dieta e o processo cariogênico. In: THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. **Cariologia Clínica**. 2. ed. São Paulo: Ed.Santos, 1995. p. 283-310.

KRUSCHEWSK, J. E. *et al.* Experiências Pedagógicas de Educação Popular em saúde: A Pedagogia Tradicional Versus a Problematicadora. **Rev. Saúde. Com**, Jequié, v.4, n.2, p.160-176, 2008.

LIMA, R.C.A., SCHNEIDER, L. Percepção sobre saúde bucal e análise das causas de evasão do tratamento odontológico de adolescentes do ensino público municipal e estadual de Araucária, PR **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 320-330, jul./set. 2010.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Cortez Editora, 1994.

MARTINS, E. M. Educação em saúde bucal. In: Ministério da Saúde. **Guia curricular para formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

MEDEIROS JUNIOR, A. *et al.* Experiência extramural em hospital público e a promoção da saúde bucal coletiva. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p.305-310 abr. 2005.

QUEIROZ, S. M^a P. L. *et al.* Percursos para promoção da saúde bucal: a capacitação de líderes na Pastoral da Criança da Igreja Católica no Brasil. **Interface** Botucatu v.14, n.34, p. 619-632, 2010.

REGO, M.A.B. Educação para saúde como estratégia de intervenção de enfermagem junto às pessoas portadoras de diabetes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.1, p.263-265, 2008.

REIS, D. M. *et al.* Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 269-276, jan. 2010.

RIBEIRO, É. D. P. *et al.* Abordagem integrada da saúde bucal de droga-dependentes em processo de recuperação. **Pesqui. Odontol. Bras.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 239-245, set. 2002.

RODRIGUES, C.C. *et al.* Conhecimento e atitudes em saúde bucal de usuários do serviço público. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.7, n.1, p.08-16, jan./jun. 2004.

SALIBA, N.A. *et al.* A dieta escolar e a prevenção da cárie dentária nas escolas públicas. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v.24, n.2, p. 17-22, ago./dez. 2003.

SAVIANE, D. **Escola e Democracia**: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre a educação política. 39^a ed. Campinas /SP: Autores Associados, 2007. 102p. (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo, vol. 5).

SHEIHAM, A.; MOYSÉS, S. J. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de

saúde. In: BUISCHI, Y. P. **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas. EAP/APCD,2000. p. 23-37.

TAMIELTI, M.B. *et al.* Educação em saúde bucal para adolescentes: inadequação de uma metodologia tradicional. **Arq. Odontol.** Belo Horizonte, v. 34, n.1, p. 33-45, jan/jun. 1998.

TOMITA, N. E. *et al.* Educação em saúde bucal para os adolescentes: Uso de métodos participativos. **Rev. FOB.** Bauru, v. 9, n.1/2, p. 63-69, jan./jun. 2001.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

VASCONCELOS, R. *et al.* Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil **PGR-Pós-Grad Rev Fac Odontol.** São José dos Campos, v.4, n.3, set./dez. p.43-51, 2001.

WEYNE, S. C. A construção do paradigma de promoção de saúde – um desafio para as novas gerações. In: KRIGER, L (coord) e cols. **Promoção de saúde bucal**. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999.