

## **Educação em Saúde Bucal para Pacientes Adultos: Relato de uma Experiência**

*Rívea Inês FERREIRA<sup>a</sup>, Miguel MORANO Jr.<sup>b</sup>,*

*Marcelo de Castro MENEGHIM<sup>b</sup>, Antonio Carlos PEREIRA<sup>b</sup>*

*<sup>a</sup>Especialista em Saúde Coletiva, Departamento de Odontologia Social,  
Faculdade de Odontologia, UNICAMP 13414-903 Piracicaba - SP*

*<sup>b</sup>Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia, UNICAMP  
13414-903 Piracicaba - SP*

Ferreira RI, Morano Jr. M, Meneghim MC, Pereira AC. Dental health education for adult patients: report of an experience. Rev Odontol UNESP. 2004; 33(3): 149-56.

**Resumo:** Os programas educativos em saúde bucal têm sido voltados a grupos específicos, como as crianças, os adolescentes, as gestantes, os portadores de necessidades especiais e os idosos. Os pacientes adultos que não se encaixam nos grupos supracitados tendem a interagir passivamente, limitando-se a receber informações. Portanto, o presente trabalho teve duas finalidades: descrever a experiência do programa educativo desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde de Campinas, São Paulo, e discutir, com base em uma revista da literatura, a educação em saúde bucal para pacientes adultos. A partir da discussão que esse tema propicia, sugere-se que os adultos sejam mais valorizados porque podem atuar não apenas como pacientes, mas também como multiplicadores dos aconselhamentos e instruções. No entanto, as práticas educativas devem considerar os determinantes sociais das afecções bucais e a equipe de saúde bucal deve compreender que a motivação contínua dos educandos é mais efetiva do que a imposição de técnicas padronizadas e a prescrição de materiais dispendiosos, para a higiene bucal.

**Palavras-chave:** *Educação em saúde bucal; programas educativos; pacientes adultos.*

**Abstract:** Dental health education programs have been directed to some specific groups, such as children, teenagers, pregnant women, people with special needs, and aged persons. Adult patients who are not in these groups tend to demonstrate a passive behavior, and limit themselves to receive information. Therefore, the aims of the present study were to describe the experience with the educative program carried out in a Basic Unit of Health in Campinas, São Paulo, and to discuss, based upon a review of the literature, the dental health education approaches for adult patients. In the light of the current debates about health education, it can be suggested that the adults should be considered before planning health interventions, because they may not only act as patients, but they also may diffuse advice and instructions. However, educative practices should take into account the social determinants of oral diseases and the dental health team must be aware that continuous motivation of the patients is more effective to oral hygiene outcome than the prescription of standardized techniques and expensive materials.

**Keywords:** *Dental health education; educative programs; adult patients.*

### **Introdução**

A educação para a saúde bucal surge como um grande desafio aos cirurgiões-dentistas brasileiros, haja vista a necessidade de substituição de um modelo assistencial curativo, de alto custo e baixo impacto epidemiológico, que ainda é vigente em diversos municípios<sup>4</sup>. Contudo, em detrimento de

uma política de promoção da saúde bucal universalizada, tão almejada pelos profissionais que estão construindo o Sistema Único de Saúde (SUS), os programas educativos geralmente são voltados para certos grupos, como os pré-escolares, os adolescentes, as gestantes, os portadores de necessidades

especiais e os idosos. Seria proveitoso inserir os adultos em atividades educativas, porque eles poderiam interagir não apenas como pacientes, que podem ser motivados por apelos de ordem funcional, estética ou psicológica, mas também como agentes multiplicadores, exercendo influências positivas sobre a família e os amigos.

Devido à relevância da abordagem educativa no contexto da promoção de saúde, este trabalho teve duas finalidades: descrever, criticamente, a experiência de um programa educativo desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Campinas, São Paulo, e discutir, com base em uma revista da literatura, os tópicos relativos à educação em saúde bucal para pacientes adultos.

## Revista da literatura

### *O planejamento dos programas educativos*

Unfer, Saliba<sup>17</sup> (2000) desenvolveram uma pesquisa com usuários dos serviços públicos municipais de saúde de Santa Maria, no Rio Grande do Sul. Dos entrevistados, 64,7% acreditavam que os dentes poderiam durar toda a vida desde que fossem tomadas atitudes como *cuidar, tratar e ir ao dentista*. Os autores destacaram a importância de os programas de saúde considerarem a desmistificação da perda dentária como uma fatalidade ou algo inevitável, ou até mesmo irrelevante para o bem-estar geral.

De acordo com Sheiham<sup>15</sup> (2001), a educação para a saúde bucal deveria ser integrada à educação para a saúde geral e mais ênfase deveria ser dada ao processo educacional e aos grupos-alvo do que ao conteúdo teórico dos programas. A participação da equipe de saúde e da comunidade no planejamento pode aumentar a probabilidade de sucesso. Seria pertinente tornar as escolhas mais saudáveis mais fáceis, ou seja, simplificar os hábitos para que haja facilidade na incorporação destes à rotina de atividades diárias. A equipe de saúde bucal deveria reduzir a ansiedade dos pacientes por tratamento imediato. Técnicas que estimulem o medo ou culpem as pessoas pela higiene insatisfatória não deveriam ser aplicadas.

Sinkoç<sup>16</sup> (2001) enfatizou que o profissional deve ser muito cauteloso em sua abordagem, respeitando o fato de que as pessoas têm seus próprios valores e prioridades. É preciso evitar a imposição de conceitos e saber avaliar as expectativas do paciente. Segundo o autor, o novo hábito deve ocorrer sempre antes de um outro hábito já estabelecido, uma vez que o risco de esquecer este último é menor. Em adição, é fundamental que os profissionais da equipe de saúde bucal estejam convictos da importância das mensagens de promoção de saúde.

De acordo com Watt et al.<sup>21</sup> (2001), os programas deveriam seguir a estrutura SMART: S - específicos, isto é, deveriam ter precisão na determinação dos objetivos; M - mensuráveis; A - apropriados às necessidades do grupo po-

pulacional; R - realistas e T - que implica no estabelecimento de um intervalo de tempo para avaliação e reavaliação.

### *A aplicação das práticas educativas*

Couto et al.<sup>6</sup> (1992) explicaram que, em virtude do estreito contato entre o paciente e o cirurgião-dentista, a motivação direta seria o recurso de primeiro plano na educação porque se utiliza das características e da história do educando. No desenvolvimento de uma prática educativa individualizada, o espelho e a boca do paciente seriam os elementos mais úteis de que o profissional pode “lançar mão” para a educação e a motivação. Entretanto, a orientação indireta também é importante, pois cria meios para a transmissão de informações expressivas de maneira discreta e sem discriminação.

As práticas educativas deveriam ser aplicadas de modo contínuo durante o tratamento odontológico. No entanto, Moimaz et al.<sup>13</sup> (1994) realizaram uma investigação sobre a aplicação de medidas básicas de educação para a saúde bucal por cirurgiões-dentistas de serviços públicos e particulares no município de Araçatuba, São Paulo, e constataram que a maioria dos profissionais empregava os métodos educativos como procedimentos isolados e não acompanhavam, periodicamente, os pacientes. Assim, não havia uma verificação da mudança de comportamento e dos valores relativos à saúde bucal.

Em se tratando de pacientes adultos, Gonçalves et al.<sup>9</sup> (1998) explicaram que é necessário encorajá-los a demonstrar suas habilidades. Contudo, os profissionais devem ser flexíveis na maneira de apresentação das práticas educativas. Se os limites de percepção e assimilação forem ultrapassados, as pessoas poderão reagir negativamente ao processo educativo.

Mediante a revisão sistemática de resumos indexados pelo MEDLINE entre 1980 e 1998, Chaves, Vieira-da-Silva<sup>5</sup> (2002) concluíram que a educação em saúde bucal, como ferramenta básica e pressuposto essencial para qualquer ação preventiva, fora pouco descrita ou considerada nos estudos de intervenção, possivelmente em decorrência do referencial medicamentoso dominante sobre os mecanismos de controle da cárie dental.

### *Registros de alguns programas educativos para pacientes adultos*

Kunert et al.<sup>11</sup> (1990) descreveram um programa denominado *Saúde pela Boca*, que era direcionado ao grupo de alunos oficiais da Academia de Polícia da Brigada Militar, no Rio Grande do Sul. A metodologia incluía o controle de placa bacteriana e a aplicação de bochechos com solução de fluoreto de sódio a 0,2% semanalmente. Houve a inclusão, no Plano Geral de Ensino da Academia de Polícia Militar, da disciplina de Profilaxia Bucal, com carga horária, matéria didática e atendimento odontológico assegurado para os quatro anos do curso. As avaliações periódicas das condições

de higiene bucal do grupo permitiram-lhes concluir que é possível melhorar a higiene bucal sem o uso de técnicas padronizadas de escovação, orientando, por meio da revelação de placa bacteriana, sobre os melhores métodos para a higienização individual.

Faulks, Hennequin<sup>7</sup> (2000) realizaram uma experiência clínica com pessoas que cuidam de portadores de necessidades especiais. Técnicas modificadas e acessórios diferenciados foram indicados aos cuidadores que faziam a higiene bucal desses pacientes. Os pesquisadores observaram melhora na higiene dos pacientes e dos cuidadores, embora estes apresentassem um grau mais satisfatório de higienização, e sugeriram que instruções repetidas e motivação contínua são mais eficazes para a manutenção da saúde bucal do que o emprego de recursos sofisticados, como escovas de dentes adaptadas.

Watson et al.<sup>20</sup> (2001) descreveram um programa que enfocou a prevenção da cárie dentária pela transmissão de princípios de educação em saúde a gestantes e pais de pré-escolares, da cidade de Mount Pleasant. Essa cidade fica a noroeste de Washington DC, nos Estados Unidos da América, e sua população é formada predominantemente por latino-americanos. Foi constatado que a comunidade tem muitas prioridades, além da saúde bucal, como a redução do desemprego e da pobreza. No processo de avaliação, apesar de o componente educacional ter sido ressaltado positivamente, a falta de oferta de assistência odontológica para as pessoas carentes e a escassez de recursos financeiros para a continuação do programa foram apontadas como fatores limitantes.

Cangussu et al.<sup>4</sup> (2001) estudaram a percepção de professores e funcionários em relação a um programa de atenção à saúde bucal implementado em sua escola. Por meio de entrevistas, os autores executaram uma investigação qualitativa. Os entrevistados pareciam acreditar que estavam contribuindo para a formação dos alunos como cidadãos. Todavia, salientaram que a participação dos pais era muito importante para se alcançar um maior impacto. Esse programa incorporou novos atores às práticas educativas, em que pese a necessidade de uma abordagem mais enfática, tanto com os professores quanto com os pais, acerca dos conceitos relativos ao direito à saúde e à cidadania.

Aquilante et al.<sup>1</sup> (2002) avaliaram o conhecimento e a motivação para atitudes de saúde bucal demonstrados por pais/responsáveis e alunos de uma escola estadual de Bauru, São Paulo, mediante a aplicação de um questionário. Verificaram que existe uma relação direta entre o nível de educação odontológica dos pais/responsáveis e o de seus filhos. Não houve diferença significativa entre o nível de educação odontológica dos pais/responsáveis e a renda familiar, provavelmente devido ao fato de a escola possuir um programa educativo-preventivo voltado aos alunos, professores e pais/responsáveis.

## **Experiência de um programa educativo desenvolvido na Unidade Básica de Saúde União dos Bairros – Campinas – São Paulo**

O estudo de vários trabalhos que constam desta revista da literatura fundamentou o planejamento das estratégias do programa educativo que é desenvolvido na Unidade Básica de Saúde União dos Bairros, em Campinas. Ademais, as informações coletadas, provenientes das experiências de muitos pesquisadores, bem como a avaliação qualitativa das atividades que serão descritas no próximo tópico, subsidiaram a discussão e as conclusões sobre esta abordagem da educação em saúde bucal para pacientes adultos.

A educação como instrumento de promoção da saúde e busca da cidadania tem sido incorporada de modo gradual e crescente à política desenvolvida na cidade de Campinas. A Secretaria Municipal de Saúde, em convênio com a Universidade Estadual de Campinas, promoveu cursos de capacitação aos profissionais da Área de Saúde. Esses cursos tiveram como finalidade preparar os funcionários para atuarem no modelo PAIDÉIA, que segue os princípios do Programa Saúde da Família (PSF), porém com algumas peculiaridades. Nesse modelo, além da humanização no atendimento à população, o “carro-chefe” é o estímulo que os profissionais de saúde devem passar aos usuários para que eles desenvolvam a autonomia.

A Unidade Básica de Saúde União dos Bairros foi inaugurada em março de 2001. Atualmente, é composta por três equipes de referência e presta assistência a cerca de 26.000 pessoas que sofrem bastante com as deficiências nos serviços de saneamento básico e policiamento. Mais de 90% da população adscrita depende exclusivamente dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, a equipe de saúde bucal tenta implementar um programa educativo, com diversas estratégias, visando a melhorar a saúde bucal da comunidade e reduzir a demanda para tratamento curativo.

Inicialmente, o programa educativo englobava atividades para grupos específicos, como bebês, gestantes e idosos. Os pacientes adultos – mães, pais e futuros idosos – não eram contemplados. Após o estabelecimento de um vínculo com a população, a equipe de saúde bucal elaborou duas estratégias educativas para os pacientes adultos, uma delas nas residências e a outra na Unidade Básica de Saúde.

### *Objetivos das estratégias educativas para pacientes adultos na Unidade Básica de Saúde União dos Bairros*

A primeira estratégia educativa, denominada *Mutirão da Escovação*, teve como objetivo delegar parte da função de promoção da saúde bucal às Agentes Comunitárias de Saúde. A principal meta das Agentes Comunitárias de Saúde deveria ser: incluir as pessoas que tinham acesso restrito às consultas odontológicas na Unidade Básica de Saúde em um

programa de motivação para o controle das afecções bucais e reforçar a motivação dos usuários assíduos.

As *Oficinas de Educação para a Saúde* foram planejadas para funcionarem como atividades de promoção da saúde, com uma abordagem acerca da saúde bucal. Essas atividades paralelas e integradas ao *Mutirão da Escovação* teriam a finalidade de inserir as questões relativas à saúde bucal nas discussões sobre a saúde e o bem-estar das pessoas, além de complementar a atenção domiciliar. A estratégia, na Unidade Básica de Saúde, compreenderia uma reunião com atividades lúdicas porque, em experiências prévias, a equipe de saúde bucal observou que os adultos pareciam entender bem o conteúdo das palestras e até emitiam algumas opiniões; entretanto, durante a prática da higiene bucal supervisionada, demonstravam não terem assimilado corretamente as mensagens educativas. Em adição, a equipe constata, a partir da anamnese, que muitos usuários adultos e idosos apresentam dificuldades para ler, escrever e expressar suas idéias por meio da linguagem falada. No decorrer das oficinas, cada participante deveria ter sua experiência de vida compartilhada de modo a favorecer o esclarecimento mútuo.

## Metodologia

### *Relato da experiência com os usuários*

#### Mutirão da Escovação

Na primeira fase, a equipe de saúde bucal procedeu à explanação da atividade e realizou uma conferência sobre saúde bucal para que as 14 Agentes Comunitárias de Saúde dessa Unidade Básica de Saúde estivessem aptas a estimular os cuidados com a saúde bucal na comunidade e a verificar o estado das escovas de dentes nas residências visitadas. As Agentes Comunitárias de Saúde deveriam recolher as escovas usadas, se necessário; fornecer escovas novas e dentífrico; bem como salientar o compromisso de cada pessoa em procurar a Unidade Básica de Saúde para reposição futura de materiais e obtenção de instruções sobre a manutenção da saúde bucal. Em uma segunda etapa, um dos cirurgiões-dentistas foi fazer as visitas domiciliares com a única Agente Comunitária de Saúde que se responsabilizou pela atividade. A partir de então, esta Agente Comunitária de Saúde deu continuidade ao trabalho sozinha, mas era acompanhada por um cirurgião-dentista, que avaliava e discutia os relatórios das visitas. Essa estratégia foi interrompida após oito meses de funcionamento porque a Agente Comunitária de Saúde solicitou afastamento do cargo.

Foram visitadas cerca de 240 famílias. Conforme os registros de fornecimento de escovas e creme dental, mais da metade das famílias possuía escovas em condições razoáveis. Todavia, a Agente Comunitária de Saúde adotava como prática de rotina orientar as pessoas quanto ao armazenamento e à substituição periódica das escovas. A despeito

da preocupação que grande parte da população demonstrou em relação à saúde bucal, muitas pessoas ainda realizavam a higiene bucal com escovas completamente danificadas pelo uso prolongado. Estimou-se que, em quatro residências, as famílias possuíam somente uma escova de dentes.

Talvez, um dado positivo tenha sido a constatação de que, na maioria das vezes, não era necessário fornecer o creme dental. Sugere-se que, embora muitas pessoas utilizassem escovas desgastadas, a aquisição do creme dental para a família denota uma certa preocupação com a higiene bucal.

A retomada desse tipo de prática durante as visitas domiciliares foi proposta às demais Agentes Comunitárias de Saúde. Houve recusa por parte do grupo. A justificativa foi a identificação de outras tarefas mais preocupantes naquele momento, como, por exemplo, a epidemia de dengue. No entanto, apesar de o combate e a prevenção dessa doença serem relevantes por tratar-se de um problema de saúde pública, não deveriam ter causado a paralisação da atividade educativa. As tarefas poderiam ter sido divididas para que não houvesse prejuízo na atenção à saúde bucal. As Agentes Comunitárias de Saúde deveriam estar capacitadas para uma melhor organização de seu trabalho, tendo em vista que a promoção da saúde engloba a educação para a saúde bucal.

#### Oficinas de educação para a saúde com pacientes adultos

De acordo com o planejamento desta estratégia, a primeira oficina seria ministrada por um cirurgião-dentista e uma Auxiliar de Consultório Dentário. O cirurgião-dentista daria o subsídio técnico inicial e, posteriormente, a Auxiliar de Consultório Dentário seguiria um modelo preestabelecido, porém flexível e sujeito a modificações conforme as características de cada grupo de participantes. A proposta inicial era de um grupo, com 15 pessoas, reunir-se em uma sala e discutir assuntos sobre saúde. Os participantes estariam livres para expressar seus pensamentos por meio de explanações, redações, colagens ou desenhos. A Auxiliar de Consultório Dentário teria a incumbência de relacionar os temas levantados pelos participantes à saúde bucal. Ao término da oficina, os participantes seriam convidados a agendar uma sessão de higiene bucal supervisionada.

Aconteceram somente duas oficinas e, então, a estratégia foi abolida. As justificativas para a descontinuidade das oficinas são muitas: absenteísmo dos usuários – o número máximo de participantes foi igual a 8, na primeira oficina, e decresceu para 3; falta de motivação dos usuários, porque não tinham a garantia plena da assistência odontológica individualizada; falta de motivação da Auxiliar de Consultório Dentário, que se recusava a conduzir as oficinas para grupos pequenos; falta de espaço físico adequado na Unidade Básica de Saúde; vários profissionais da Unidade Básica de Saúde não sabiam das oficinas, embora tivessem sido divulgadas em reuniões, e, por isso, não houve integração das oficinas a

outras atividades educativas; impraticabilidade do cirurgião-dentista em conduzir as oficinas em razão da alta demanda por assistência odontológica em urgências.

A análise dessa estratégia educativa, que não foi incorporada à rotina de procedimentos da Unidade Básica de Saúde, evidencia alguns pontos frágeis do trabalho com pacientes adultos. Os profissionais do Sistema Único de Saúde enfrentam alguns obstáculos para incluir os adultos nas práticas educativas. O adulto, muitas vezes, é o responsável pela família e deve empenhar-se para suprir as necessidades biogênicas e de segurança. A saúde bucal perde seu espaço para a obrigação em prover alimentação e moradia à família. Na Unidade Básica de Saúde, prestar assistência médica, ou seja, solucionar problemas em Medicina e Enfermagem, pode ser mais fácil do que em Odontologia. Geralmente, os tratamentos odontológicos requerem diversos instrumentos e materiais, além de um espaço físico adequado. Por outro lado, durante as consultas médicas e de Enfermagem, são realizados procedimentos como avaliações, solicitações de exames complementares, prescrições, orientações e preservação de quadros clínicos, os quais demandam menos recursos. Os adultos que necessitam de tratamento odontológico mais complexo, de nível secundário, podem não ter seus problemas totalmente solucionados. Então, a educação em saúde falha porque não houve resolubilidade para os problemas do educando, que pode sentir-se frustrado e descrente. Ademais, as atividades educativas em saúde bucal deveriam estar integradas às práticas que abordam a saúde geral e às atividades de grupos preestabelecidos. Nessa estratégia, a atividade educativa da equipe de saúde bucal ficou isolada e declinou.

## Discussão

A despeito dos avanços científicos nas diversas especialidades da Odontologia, o sucesso dos tratamentos e a manutenção da saúde bucal respaldam-se direta ou indiretamente na educação para a saúde. Entretanto, as práticas educativas têm sido pouco consideradas e carecem de melhor detalhamento<sup>5</sup>. A baixa relevância atribuída à educação em saúde e o conseqüente enfraquecimento das práticas educativas relacionam-se a um conjunto de fatores interligados. Primeiro, a formação dos cirurgiões-dentistas enfoca preponderantemente o tratamento clínico, de maneira que o desenvolvimento da comunicação e da expressão é restrito a uma pequena carga horária<sup>3</sup>. A educação para a saúde é baseada em uma normativa de necessidades profissionalmente definidas, porém mais atenção deveria ser dispensada às pessoas do que às doenças<sup>15</sup>. É preciso levar em consideração não apenas o componente biológico, mas também os determinantes sociais das afecções bucais<sup>5,17</sup>.

Segundo Bastos et al.<sup>2</sup>, por ser a educação um processo social que tem como finalidade promover mudança de comportamento, a aprendizagem deveria ser permanente.

Como a promoção de saúde visa a melhoria da qualidade de vida<sup>1,2,10,15</sup>, os profissionais da equipe de saúde bucal deveriam inserir as práticas educativas no tratamento proposto de modo contínuo e não executá-las como um procedimento único e isolado. Vasconcellos et al.<sup>19</sup> alertaram que a dificuldade para estabelecer hábitos favoráveis à saúde pode ser tão grande quanto a de se abandonar hábitos que lhe são nocivos. Por isso, os resultados esperados não devem ser tão ambiciosos<sup>15,21</sup>.

L'Abbate<sup>12</sup> explicou que o nosso processo de aprendizagem não se dá sempre de forma prazerosa. Contudo, o resgate de situações que tragam boas recordações ou conseqüências benéficas é favorável às práticas didáticas. Infere-se que o domínio afetivo pode ter peso elevado na educação em saúde, principalmente se o educando estiver convencido de que o educador é sincero e quer vê-lo mais saudável.

A partir da revista da literatura e da experiência relatada, sugere-se que, ao trabalhar a educação para a saúde com adultos, seja como pacientes ou multiplicadores, os profissionais da equipe de saúde bucal planejem uma forma específica de atenção, considerando a situação de saúde bucal de cada indivíduo, bem como práticas coletivas. A orientação individualizada poderia ser reforçada pelas atividades coletivas. No grupo, a discussão deveria expor os fatores moduladores gerais das afecções bucais.

Sugere-se, por exemplo, que, em uma Unidade Básica de Saúde, a equipe de puericultura oriente os pais sobre a importância da higienização da boca, sendo esta uma cavidade formada por estruturas fundamentais à interação dos indivíduos com o meio ambiente e com as outras pessoas. Os cirurgiões-dentistas também deveriam encarar as pessoas como um todo, não se limitando ao exame da boca, e saber orientá-las a buscar estilos de vida mais saudáveis. Advém desta idéia o conceito de clínica ampliada na atenção à saúde.

O Programa Saúde da Família, apesar de promover ações de equipes multidisciplinares, esbarra no despreparo de alguns profissionais que ainda seguem o modelo flexneriano e na falta de ações governamentais que definam políticas sociais mais efetivas para a promoção da saúde<sup>8,14</sup>. Os trabalhadores que mantêm o regime flexneriano prejudicam o desenvolvimento do Programa Saúde da Família por se limitarem a atuar no seu núcleo de especialidade, com práticas específicas, e não construírem uma interação para a troca de conhecimentos, desarticulando o campo de produção do cuidado à saúde<sup>8</sup>.

Em determinados locais, a demanda por assistência médica na Unidade Básica de Saúde decorre da falta de estímulo para viver. Falta ocupação para as pessoas e não há o pleno desenvolvimento das potencialidades humanas. De acordo com Valla<sup>18</sup>, os graves problemas de desemprego e a crescente pobreza indicam os limites do sistema de saúde, considerando que aproximadamente 60% das consultas

tratam de doenças psicossomáticas. Para o referido autor, o apoio social desempenha um papel relevante na manutenção da saúde e prevenção contra doenças, haja vista que pode estimular a sensação de coerência da vida e o controle sobre a mesma, o que, por sua vez, afetam o estado de saúde de uma forma benéfica. Nesse sentido, as ciências sociais, justamente por incentivarem atividades que visam à motivação de comportamentos produtivos e ao trabalho em grupos, poderiam auxiliar as ciências da saúde.

As experiências com o binômio educação-saúde são interessantes e promissoras. A mobilização da comunidade e a participação de cada um como ator, e não mais como expectante, nos programas educativos, poderá favorecer o estabelecimento de práticas de autocuidado e otimizar a atenção à saúde bucal. Percebe-se que não basta apenas transmitir conceitos e ensinar técnicas, é preciso demonstrar a contribuição positiva das mudanças na dieta alimentar e nos hábitos de higiene bucal para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Vasconcellos et al.<sup>19</sup> explicaram que é necessário expor as razões para a mudança de comportamento e fornecer os meios e os recursos essenciais. Assim, o processo de educação para a saúde não deve ficar paralisado na etapa operacional, simplesmente pela escassez de recursos financeiros.

Depreende-se que os entraves à implantação das práticas de educação para a saúde podem transcender obstáculos importantes, como as habilidades dos profissionais da área de saúde em persuadir as pessoas para que elas se motivem a adotar um estilo de vida mais saudável – isto é, para que vivam por um período de tempo mais prolongado e com mais qualidade – e a receptividade dos educandos. Realmente, a discussão sobre educação em saúde envolve uma reflexão sobre a origem das desigualdades sociais, o desenvolvimento da cidadania e o replanejamento político, objetivando reduzir a exclusão social.

## Conclusão

Com base na revista da literatura e na experiência do programa educativo desenvolvido na Unidade Básica de Saúde União dos Bairros, em Campinas – SP, foi possível concluir que:

- a equipe de saúde bucal deve estar suficientemente motivada e envolvida no processo educacional;
- as atividades educativas devem, necessariamente, considerar os determinantes sociais das afecções bucais e apresentar uma visão dinâmica do processo saúde-doença, relacionando o autocuidado e a autonomia com a elevação da qualidade de vida;
- os educadores devem estar conscientizados de que a motivação contínua dos educandos é mais efetiva do que a imposição de técnicas padronizadas e a prescrição de materiais dispendiosos para a higiene bucal;
- o processo educativo deve acontecer de modo perma-

nente, no decorrer do tratamento, e os profissionais podem conjugar a atenção individualizada às práticas em grupo;

- as metas a serem alcançadas devem ser realistas para que não causem frustração aos profissionais e sensação de incapacidade aos educandos;
- durante as atividades de educação para a saúde, é essencial que o profissional estabeleça um vínculo com o paciente e não haja fatores que deturpem a comunicação; e
- as formas de expressão devem ser claras e adequadas a cada pessoa ou grupo populacional.

## Referências

1. Aquilante AG, Bastos JRM, Sales Peres SHC, Leal RB, Higa AM. Análise do nível de educação odontológica dos pais/responsáveis de escolares da 3ª série do 1º grau e sua relação na motivação e educação odontológica de seus filhos. *Rev Odontol UNICID*. 2002; 14(1): 25-34.
2. Bastos JRM, Peres SHCS, Ramires I. Educação para a saúde. In: Pereira AC, editor. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 117-39.
3. Blinkhorn AS. Dental health education: what lessons have we ignored? *Br Dent J*. 1998; 184(2): 58-9.
4. Cangussu MCT, Magnavita R, Rocha MCBS. Educação e construção da cidadania em um programa de saúde bucal em Salvador – Ba. *Rev ABOPREV*. 2001; 4(1): 15-20.
5. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisas. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(1): 129-39.
6. Couto JL, Couto RS, Duarte CA. Motivação do paciente: avaliação dos recursos didáticos de motivação utilizados para a prevenção da cárie e doença periodontal. *RGO*. 1992; 40: 143-50.
7. Faulks D, Hennequin M. Evaluation of a long-term oral health program by carers of children and adults with intellectual disabilities. *Spec Care Dentist*. 2000; 20: 199-208.
8. Franco T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios [citado em 2004 Nov 7]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>.
9. Gonçalves PC, Vinholis AHC, Garcia PPNS, Corona SAM, Pereira OL. Considerações sobre programas de controle de placa. *ROBRAC – Rev Odontol Brasil Central*. 1998; 7(23): 36-9.
10. Kay EJ, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1996; 24: 231-5.
11. Kunert IR, Alves OP, Muller JO, Ott HA. Motivação em saúde bucal: programa “Saúde pela Boca”. *RGO*. 1990; 38: 450-6.
12. L’Abbate S. Educação e sociedade: uma abordagem

- pedagógica para a Odontologia. In: Bottazo C, Freitas SFT, editores. Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas. Bauru: EDUSC; 1998. p. 213-29.
13. Moimaz SAS, Saliba NA, Saliba O, Almeida JCF. Educação para saúde bucal e prevenção. RGO. 1994; 42(2): 71-4.
  14. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2004; 20: 438-46.
  15. Sheiham A. Public health approaches to promoting periodontal health. Rev Bras Odontol Saúde Coletiva. 2001; 2(2): 61-82.
  16. Sinkoç CR. Educação em saúde bucal e a motivação do paciente. Rev Odontol Univ Santo Amaro. 2001; 6: 40-3.
  17. Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. Rev Saúde Pública. 2000; 34: 190-5.
  18. Valla VV. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: Vasconcelos EM, editor. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 39-62.
  19. Vasconcellos IC, Silva AMM, João M, Vasconcellos MF. Programas de saúde bucal: eficácia e perspectivas. Rev Bras Odontol. 2001; 58: 130-4.
  20. Watson MR, Horowitz AM, Garcia I, Canto MT. A community participatory oral health promotion program in an inner-city latino community. J Public Health Dent. 2001; 61: 34-41.
  21. Watt RG, Fuller S, Harnett R, Treasure ET, Stillman-Lowe C. Oral health promotion evaluation – time for development. Community Dent Oral Epidemiol. 2001; 29: 161-6.

