

PATRÍCIA SOLDATI MOREIRA CAZETTA

**AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DOS AGRAVOS NO
COTIDIANO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL**

CONSELHEIRO LAFAIETE - MG

2011

PATRÍCIA SOLDATI MOREIRA CAZETTA

**AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DOS AGRAVOS NO
COTIDIANO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Andréa Maria Duarte Vargas

CONSELHEIRO LAFAIETE - MG

2011

AGRADECIMENTOS

Primeiro a Deus pela força em todos os momentos de dificuldade e de angústia.

Ao meu marido, Rodrigo, aos meus filhos, Frederico e Lia, e à minha mãe, Nilva, pela paciência, pelo incentivo e pela compreensão nos vários momentos de ausência.

À enfermeira da minha equipe de Estratégia Saúde da Família, Eliana, pela boa vontade e presteza em me ajudar a realizar as atividades propostas.

À minha companheira de viagem, de curso e de trabalho, Camila, por esses dois anos de convívio.

Aos tutores do curso e, principalmente, à Kênia Lara que tanto me auxiliou na montagem do pré-projeto do Trabalho de Conclusão de Curso.

À minha orientadora Andréa Maria Duarte Vargas pelas orientações, auxílio e correções do presente trabalho. Apesar da distância física sempre a sentia próxima.

À Universidade Federal de Minas Gerais por ter me dado a oportunidade de fazer o curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família que tanto me ajudou a entender o funcionamento do Sistema Único de Saúde e a mudar as minhas práticas profissionais tentando adequá-las aos seus princípios.

RESUMO

A promulgação da Constituição Federal de 1988 fez surgir no Brasil um sistema que entende a saúde como um direito inerente à cidadania e com as seguintes diretrizes: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e controle social, é o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1994 foi implantada a Estratégia Saúde da Família (ESF) com a proposta de reorganização da atenção centrada principalmente na promoção da qualidade de vida, mas esse programa só contou com a incorporação dos profissionais de Odontologia a partir de 2000. As políticas de Saúde Bucal (SB) do SUS buscam a transformação da prática odontológica incorporando pessoal auxiliar, novas tecnologias e ações coletivas de promoção, educação e prevenção. O objetivo deste estudo foi identificar as ações de promoção e de prevenção em SB e os desafios para implantá-las no cotidiano de trabalho da Equipe de Saúde Bucal (ESB) – 4 do município de Astolfo Dutra (MG). Realizou-se revisão da literatura científica nos bancos de dados Lilacs, Medline, Scielo, BBO e Google Acadêmico. Foram selecionados 53 trabalhos, entre periódicos e manuais técnicos, no período de 1989 a 2011, localizados pelos descritores: SUS, Políticas de saúde bucal, Ações de promoção da saúde bucal, Ações de prevenção, Educação em saúde bucal. Com o desenvolvimento do estudo conclui-se que, apesar das ações desenvolvidas pela equipe, ela ainda está longe de garantir o acesso da população às ações de promoção, educação e prevenção capazes de melhorar suas condições bucais, ficando sua atuação mais voltada para as atividades clínicas.

Palavras chave: SUS; Políticas de saúde bucal; Ações de promoção da saúde bucal; Ações de prevenção; Educação em saúde bucal.

ABSTRACT

The promulgation of the Federal Constitution in Brazil in 1988 gave rise to a system that understands health as an inherent right to citizenship and that has the following guidelines: universality, equity, integrity, decentralization, hierarchy and social control, that's the Unified Health System (UHS). In 1994 was introduced the Family Health Strategy (FHS) with the proposed reorganization of the attention focused mainly on life quality promotion, but this program only included dental professionals in 2000. Oral Health Policies in the UHS seek the alteration of the dental practice incorporating auxiliary personnel, new technologies and collective actions of promotion, education and prevention. The aim of this study was to identify the health promotion and prevention in Oral Health and challenges in implementing them in daily work of the FHS – 4 in the city of Astolfo Dutra (MG). A review was made of the scientific literature in the databases Lilacs, Medline, Scielo, BBO, and Google Scholar. 53 works were selected, including periodicals and technical manuals, between 1989 and 2011, located by the descriptors: SUS, oral health policies, actions of oral health promotion, prevention, oral health education. The development of the study concludes that, despite the actions taken by the team, it is still far from ensuring people's access to health promotion, education and prevention that can improve their oral conditions, being more focused on their clinical activities.

Keywords: UHS; Oral Health Policies; Promotion Actions in Oral Health; Preventive Actions; Education in Oral Health.

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

- ACS: Agente Comunitário de Saúde
- CEO: Centro de Especialidades Odontológicas
- CNSB: Conferência Nacional de Saúde Bucal
- CPOD: Índice para dentes Cariados, Perdidos e Obturados
- ESB: Equipe de Saúde Bucal
- ESF: Estratégia Saúde da Família
- INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
- LRPD: Laboratório Regional de Prótese Dentária
- NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde.
- NOB: Norma Operacional Básica
- OMS: Organização Mundial da Saúde
- PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
- PUC – MG: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
- SESP: Serviço Especial de Saúde Pública
- SB: Saúde Bucal
- SUS: Sistema Único de Saúde
- UBS: Unidade Básica de Saúde
- UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Juventude

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. OBJETIVOS	09
2.1- Objetivo geral	
2.2- Objetivos específicos	
3. JUSTIFICATIVA	10
4. METODOLOGIA	11
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	
5.1- O surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS).....	12
5.2- A inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família.....	13
5.3- Ações de promoção da saúde bucal.....	17
5.4- Ações educativas em saúde bucal.....	27
5.5- Ações de prevenção em saúde bucal.....	32
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIA	40

1 - INTRODUÇÃO

A Saúde Bucal pode influenciar a qualidade de vida por seu impacto na aparência, funcionalidade e relacionamento da pessoa com seu entorno no curso da vida. Embora nas últimas décadas mudanças possam ser observadas no perfil de distribuição das doenças bucais no Brasil, a cárie, a doença periodontal e a dor de origem dentária ainda fazem parte do nosso cotidiano (MOYSÉS, 2008).

Por anos, a assistência odontológica na saúde pública foi caracterizada pela assistência a grupos populacionais restritos, como os escolares, e era focada no tratamento da cárie e da doença periodontal. O restante da população era excluída e dependente de serviços curativos e mutiladores, o que resultou em um serviço de baixa cobertura e de baixa resolutividade (PUCCA JR, *et al*, 2010).

Nas últimas três décadas pode-se observar o desenvolvimento da Odontologia cada vez mais especializada e de melhor qualidade, capaz de oferecer alternativas de crescente sofisticação e praticidade para solucionar até mesmo os problemas de saúde bucal mais complexos. Entretanto, significativa parcela da população ainda não consegue ter acesso a cuidados clínicos e preventivos essenciais de maneira regular (XAVIER, *et al.*, 2007).

O município de Astolfo Dutra fica na Zona da Mata mineira, possui cerca de 13000 habitantes e quatro equipes de ESF, todas com ESB tipo I, ou seja, possuem somente o Cirurgião-Dentista e a Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). A carga horária de trabalho da ESB é de 20 horas semanais com atendimento quase exclusivo das necessidades clínicas da comunidade. As ações de promoção e prevenção são executadas pela Cirurgiã-Dentista no momento do atendimento e a ASB não participa dessas ações porque pertence a duas equipes.

Como integrante da ESB-4 do município e com atuação ainda voltada para a produção de procedimentos, este estudo propõe-se a identificar na literatura científica possíveis ações de promoção e prevenção em saúde bucal visando a reorientação do modelo para uma assistência mais integral no município de Astolfo Dutra.

2 – OBJETIVOS

2.1- Objetivo geral:

Identificar as ações de promoção e de prevenção bem como os desafios para a implantação destas ações no cotidiano de trabalho da Equipe de Saúde Bucal (ESB)-4 do município de Astolfo Dutra (MG).

2.2- Objetivos específicos:

- 1- Entender a construção do SUS no Brasil;
- 2- Conhecer os problemas da saúde bucal no SUS;
- 3- Verificar quais as possibilidades de promoção e prevenção das doenças bucais no setor público.

3 – JUSTIFICATIVA

Como é um grande desafio atuar como Cirurgiã-Dentista em uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Sistema Único de Saúde (SUS) e a cárie e a doença periodontal continuam sendo os principais problemas de saúde bucal da população brasileira, este trabalho pretende identificar na literatura científica possíveis ações de promoção e de prevenção em saúde bucal que possam ser desenvolvidas, incorporadas ou aperfeiçoadas pela ESB-4 do município de Astolfo Dutra buscando melhorar o nível de saúde bucal da sua população adscrita.

4 – METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão da literatura científica buscando um embasamento teórico para as mudanças necessárias nas ações de promoção, educação e prevenção em saúde bucal da ESF-4 do município de Astolfo Dutra (MG) usando-se os seguintes bancos de dados: Lilacs, Medline, Scielo, BBO e Google Acadêmico. Foram selecionados 53 trabalhos, entre periódicos, manuais do Ministério da Saúde e Linhas Guias, considerando sua importância frente ao tema, no período de 1989 a 2011. Foram usadas para busca destes artigos as seguintes palavras chave: SUS; políticas públicas de saúde; promoção da saúde bucal; prevenção em saúde bucal; e educação em saúde bucal.

5 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 – O surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS)

O modelo assistencial em saúde predominante no Brasil sempre foi baseado no atendimento curativo, de alto custo, excludente e de baixo impacto na melhoria de vida da população, tirando o direito da maioria das pessoas à atenção à saúde resolutiva e humanizada (XAVIER *et al.*, 2007).

A falta de prioridade à atenção básica de saúde da população resultou em pessoas com doenças que poderiam ter sido evitadas e um gasto excessivo de recursos por parte do governo com o tratamento de doenças que se multiplicam devido à falta de prevenção (NEGRI, 2000 *apud* SANTANA e CARMAGNANI, 2001, p.34).

A priorização da atenção primária registrada na Declaração de Alma-Ata inspirou a criação de um sistema que privilegiasse o entendimento da saúde como um direito inerente à cidadania e o acesso universal aos bens e serviços afins (KOYASHIKI *et al.*, 2008).

Esse sistema, no Brasil, surgiu com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que definiu as diretrizes do Sistema Único de Saúde: a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade. Esse processo de construção visava reduzir a distância existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população (BRASIL, 2000).

Essas diretrizes, entretanto, não foram capazes de reverter o modelo caracterizado pela prática “hospitalocêntrica”, pelo individualismo, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolubilidade. Em 1991, o Ministério da Saúde / Fundação Nacional da Saúde criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com o objetivo de estimular na população a questão do autocuidado através do repasse de informações pelos agentes (KOYASHIKI *et al.*, 2008).

Visando a reorientação desse modelo e a consolidação do SUS, em 1994, o mesmo ministério implantou a Estratégia Saúde da Família - ESF, com a proposta de reorganização da atenção básica não mais centrada somente na assistência à doença mas sobretudo na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco (BRASIL, 2000).

Um dos principais objetivos da ESF é garantir atenção integral aos indivíduos, e, apesar de estar no primeiro nível de atenção, denominado atenção básica, a Unidade Saúde da Família deve estar ligada a uma rede de serviços que possa garantir a

referência e a contra-referência para a resolução dos problemas (ANDRADE, *et al.*, 2006).

Outras características da ESF são a adscrição de clientela, a equipe multiprofissional com ações intersetoriais, visitas domiciliares, ações programadas a partir de prioridades epidemiológicas e a intensa participação comunitária (BALDANI, 2005).

A rotina de trabalho das equipes de Saúde da Família inclui processos de conhecimento do território e da população, bem como da dinâmica familiar e social, que se constituem em subsídios valiosos ao planejamento, ao acompanhamento de ações e à avaliação e, apesar de se observarem alguns avanços desde a implantação da ESF, o modelo assistencial curativista ainda é hegemônico, pois a maioria dos indivíduos só procura as unidades de saúde quando pensa que está doente (PAIM, 2002 *apud* PIMENTEL *et al.*, 2010, p.2190).

5.2- A inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família

Antes de 1950 os serviços públicos odontológicos atendiam somente aos trabalhadores contribuintes do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), as práticas odontológicas eram centradas no atendimento à demanda espontânea, enfoque individual, abordagem tecnicista e o cuidado era focado na cárie e na doença periodontal resultando em um serviço de baixa cobertura e que tornou-se alvo de muitas críticas (PUCCA JÚNIOR *et al.*, 2010).

Na década de 50, o modelo assistencial em saúde bucal vigente no país era o Sistema Incremental que priorizava escolares de 6 a 14 anos escolhidos por apresentarem alto índice de cárie e por se constituírem em um grupo constante para o atendimento. Seus recursos preventivos limitavam-se à fluoretação da água de abastecimento ou aplicações tópicas de flúor quando a fluoretação não estava disponível para a população. Esse programa feria dois princípios básicos que surgiriam com a criação do SUS: a universalidade (todo cidadão tem direito à saúde) e a integralidade (as necessidades da população devem ser atendidas na sua totalidade) (NARVAI, 2006).

Apesar de não reduzir o índice de cárie da população porque os dentes cariados eram substituídos pelos obturados, o Sistema Incremental foi um marco na saúde bucal pública porque quebrou a hegemonia da demanda livre nos consultórios, mas atualmente é considerado ultrapassado porque não se preocupava com a prevenção da doença (NARVAI, 2006).

Com os novos conhecimentos sobre cariologia e com os índices epidemiológicos insatisfatórios, surgiu a Odontologia Integral ou Sistema Incremental modificado:

ênfatizava a prevenção, reconhecia a cárie como doença infecto-contagiosa, instituiu o retorno e a equipe odontológica (NICKEL, *et al*, 2008).

Nickel *et al* (2008) faz um relato das ações de saúde bucal nas décadas de 80 e 90 no Brasil que inicia com o surgimento do Programa Inversão da Atenção, no final da década de 80, elaborado por professores da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC – MG) com a proposta de estabilizar o meio bucal para aumentar a eficácia dos meios preventivos. Somente depois que a doença era controlada, iniciava-se o tratamento restaurador, a reabilitação oral e a ampliação da cobertura populacional. Recebeu as seguintes denominações: Sistema Universal, Sistema de Ações de Natureza Coletiva e Sistema de Controle Epidemiológico da Cárie. Esse sistema conseguiu romper com o tratamento odontológico cirúrgico-restaurador enfatizando a prevenção. Foi implantado em vários municípios para tentar cobrir as falhas do Sistema Incremental, mas não levou em consideração as necessidades epidemiológicas da população, que permanecia com alto índice de dentes Cariados-Perdidos-Obturados (CPOD).

Segundo o mesmo autor, outro modelo difundido foi a Atenção Precoce que atendia crianças com menos de seis meses de idade e introduziu a importância da prevenção da cárie na primeira infância. A primeira experiência ocorreu em Londrina, no Paraná, e propunha o atendimento à criança antes do primeiro ano de vida, podendo incluir as gestantes e visava a educação quanto à higiene bucal, controle da amamentação noturna após os 6 meses e o consumo racional do açúcar. A atenção precoce envolvia uma fase educativa, uma fase preventiva e o retorno a cada dois meses. Apresentou resultados interessantes na redução da cárie tanto na idade assistida quanto nas idades subseqüentes provavelmente pela ênfase na prevenção e na educação em saúde bucal. Esse modelo foi implantado em algumas cidades sem lógica e estruturação programática tendo sua eficácia alterada e, como os anteriores, trazia deficiências quanto à universalidade, integralidade e equidade nas ações em saúde bucal.

Em 1994 o Ministério da Saúde criou a Estratégia Saúde da Família buscando a integralidade e a universalidade da atenção em saúde, mas as equipes de Saúde Bucal só foram inseridas nesse programa em dezembro de 2000, contribuindo para a construção de um modelo que melhorasse efetivamente as condições de vida dos brasileiros. O sistema de atendimento prestado pelas ESB deveria ser voltado à promoção da saúde, controle e tratamento das doenças bucais, sendo prioritária a eliminação da dor e da infecção, não deixando de utilizar a epidemiologia para determinar as situações de risco (NICKEL *et al.*, 2008).

Algumas das dimensões regulamentadas pelo SUS, como a universalidade, a equidade e a integralidade, ainda são pouco incorporadas à atenção em saúde bucal em boa parte dos sistemas locais de saúde (SILVEIRA FILHO, 2002).

O acesso integral dos indivíduos aos serviços públicos de saúde bucal não é assegurado em todas as unidades de saúde da família porque muitas não adquiriram de forma resolutiva os serviços de referência e contra-referência ficando restritos à atenção básica (NICKEL *et al.*, 2008).

Talvez este seja o grande desafio à incorporação das ESB à ESF: tornar as suas ações um direito a todos os cidadãos brasileiros, independentemente da idade, escolaridade ou classe social (SILVEIRA FILHO, 2002).

O SUS é um agente de grande importância na prestação de serviços bucais mas ainda com um papel muito pequeno. Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, mostraram que o atendimento odontológico ainda aparecia com uma proporção muito mais alta de atendimentos financiados pelo próprio bolso do que pelo SUS (BARROS e BERTOLDI, 2002).

Os dados da PNAD também mostraram que cerca de 20 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao dentista e que esse número era ainda maior nas áreas rurais (XAVIER *et al.*, 2007).

Uma forma de garantir o acesso universal mesmo com toda a demanda acumulada nos serviços de saúde bucal, é usar o planejamento estratégico valendo-se do critério da priorização e da participação da comunidade, cumprindo dois princípios do SUS: a equidade, mais ações para aqueles que mais necessitam de atenção, sejam elas de recuperação ou de promoção e prevenção, e o controle social (SILVEIRA FILHO, 2002).

O planejamento estratégico em saúde bucal representa a possibilidade de reorientação do processo de trabalho e a sua inserção nos serviços de saúde, aumentando a cobertura dos serviços prestados, efetividade na resposta às demandas da população e alcance de medidas de caráter coletivo (BRASIL, 2004).

O Saúde Bucal Brasil (2003) examinou as condições bucais de 108.291 pessoas incluindo bebês a partir dos 18 meses até idosos de 74 anos e seus dados foram importantes para a construção da Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004, conhecida como “Brasil Sorridente”. A saúde bucal é colocada como prioridade dentro do governo e há um aumento no seu financiamento, o que imprime ao “Brasil Sorridente” a característica de uma política de saúde bucal consistente (RONCALLI, 2006).

O objetivo do Brasil Sorridente é garantir ações de promoção, prevenção, reabilitação e manutenção da saúde bucal dos brasileiros buscando a reorganização das

práticas e a qualificação das ações e serviços oferecidos aos cidadãos de todas as idades, aumentando os cuidados primários e assegurando acesso universal aos serviços de saúde bucal. Essa política nacional foi interligada a outras: reorganização da atenção primária, especialmente através das equipes de saúde bucal; reorganização da atenção especializada, através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD); fluoretação da água de abastecimento e levantamentos epidemiológicos em saúde bucal (PUCCA JÚNIOR *et al.*, 2010).

As doenças bucais ainda encontram-se em um patamar elevado onde a população assoberbada por outras dificuldades parece considerar os problemas bucais (cárie e doença periodontal seguidas pelas exodontias e próteses) como uma fatalidade inevitável ou uma contingência ligada à carência financeira. Há uma ampla liberdade para adoecer e para assistir a evolução da doença até que ela se torne fisicamente não suportável geralmente exigindo atenção especializada com custos elevados (PINTO, 1989).

Embora as doenças bucais sejam preveníveis ou passíveis de controle com medidas relativamente simples, os objetivos de uma melhor saúde bucal, em nível populacional, não são alcançados porque a prevalência e a incidência dessas patologias vêm associadas a condições sociais, econômicas, políticas e educacionais e não apenas resultado de interações biológicas (UNFER e SALIBA, 2000).

É preciso que a população saia da condição de mero objeto receptor de serviços, sem expectativa ou vontade própria e que sejam inseridos os aspectos culturais e antropológicos que determinam os comportamentos com relação à saúde bucal (BOTAZZO, 1986 *apud* UNFER e SALIBA, 2000, p.191).

Os sinais das principais doenças bucais podem estar presentes mesmo antes dos sinais dolorosos ou visíveis, possibilitando a intervenção precoce e o controle. Isso poderia prevenir problemas futuros decorrentes de tratamentos restauradores e reabilitadores que não restituem plenamente a saúde bucal (UNFER e SALIBA, 2000).

A maioria dos serviços públicos odontológicos brasileiros reproduz mecanicamente o modelo da prática privada de prestação de serviços em que os cuidados de saúde são transformados em mercadorias sujeitos a deformações mercantilistas e éticas conhecidas.

O relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), em 2004, assinala que as condições de saúde bucal e o estado dos dentes são um dos mais significativos sinais de exclusão social e o enfrentamento desses problemas requer políticas intersetoriais, integração de ações preventivas, curativas, reabilitadoras, enfoque

na promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e compromisso do Estado com o envolvimento das três esferas do governo.

É preciso que o direito à saúde e à saúde bucal passe a integrar o cotidiano da vida dos usuários viabilizando o acesso aos serviços odontológicos de média e alta complexidade; que se amplie a participação dos gestores, trabalhadores e usuários em cada instituição do SUS implementando-se a gestão colegiada e a criação de mecanismos contra a interferência de políticas em questões técnicas da saúde; e que a formação dos trabalhadores da saúde se oriente pela compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal para que se criem profissionais comprometidos com o SUS e com o controle social (NARVAI, 2006).

Nas últimas décadas, duas importantes ações em saúde bucal foram fortemente expandidas em todo país considerando a universalização das ações e os serviços de saúde: a fluoretação da água de abastecimento público e o atendimento odontológico na rede pública do SUS (ANTUNES e NARVAI, 2010).

Apesar dos resultados mostrarem uma diminuição do nível das doenças bucais na população, as desigualdades sociais em saúde bucal estão se ampliando e os indivíduos com baixa renda continuam apresentando mais problemas de saúde bucal e usando menos os serviços odontológicos quando comparados aos de maior renda, resultando em uma relação desproporcional de doenças bucais não tratadas e o tipo de tratamento recebido (MATOS *et al.*, 2002).

As equipes de saúde bucal foram implantadas no município de Astolfo Dutra (MG) em 2006 e o tratamento odontológico prestado passou a ser programado, antes atendia somente à demanda espontânea. Todas as equipes são do tipo I e ainda há duas equipes que dividem a mesma auxiliar. A carga horária é de 20 horas semanais e o atendimento prestado consta de consultas emergenciais e tratamentos curativos básicos (restaurações, tratamentos periodontais e cirurgias) e reabilitadores (próteses). Os tratamentos promocionais e preventivos são individuais sob a forma de orientação durante o atendimento e algumas atividades coletivas são realizadas quando há reunião do grupo de gestantes, hipertensos ou diabéticos. O único tratamento preventivo coletivo realizado regularmente é a escovação supervisionada nas escolas até o quinto ano do ensino fundamental e as palestras educativas são raras.

5.3- Ações de promoção da saúde bucal

Winslow, em 1920, e Sigerist, em 1946, definiram como as quatro tarefas principais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação e

a reabilitação. Posteriormente, Leavell e Clark, em 1965, delinearam o modelo da história natural das doenças, que apresenta três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. As medidas para a promoção da saúde no nível de prevenção primária não são voltadas para determinada doença, mas destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar gerais (BRASIL, 2007).

As ações de promoção da saúde incluem os indivíduos, suas famílias, as condições de trabalho, renda, alimentação, estilos de vida, lazer e ações que decorrem da formulação de políticas públicas que possibilitem aos indivíduos e comunidades a realização de escolhas em prol da saúde. São ações de baixa tecnologia realizadas por profissionais de formação média em momentos anteriores à doença ou ao conhecimento sobre sua causa e prevenção.

O núcleo de saberes que conforma a promoção da saúde tem como bases a medicina social, a saúde pública e a saúde coletiva. As ações de promoção da saúde articuladas a modelos assistenciais ganham características de programas, podendo reproduzir práticas decorrentes de princípios da saúde pública clássica norteada pelo mecanismo da história natural da doença e podem também representar espaços de práticas participativas, construtivas e direcionadas para a autonomia dos indivíduos e das comunidades. A educação em saúde torna-se a tecnologia apropriada para a formação da saúde, na medida em que hábitos higiênicos adequados podem ser ensinados àqueles que não têm acesso às informações.

A promoção da saúde emerge como uma proposta transcendente ao setor saúde no sentido de influenciar mudanças nas políticas de saúde. Essa ressignificação da promoção da saúde tem como referência o Relatório do Ministro da Saúde do Canadá, em 1974 – o Relatório Lalonde, que define como campos da saúde, a biologia humana, o meio ambiente, os estilos de vida, a organização da atenção em saúde e a preocupação com o entorno ambiental. É o primeiro documento sobre promoção como política de governo, é o momento inaugural da promoção da saúde como campo de saber e de intervenções (PEDROSA, 2004).

O Relatório Lalonde teve como pano de fundo os custos crescentes da assistência à saúde e o questionamento do modelo médico-centrado no manejo das doenças crônicas, visto que os resultados apresentados eram pouco significativos (BRASIL, 2004).

Preconizava que as ações de saúde deveriam ter como objetivos adicionar anos à vida e adicionar vida aos anos, ou seja, garantir a qualidade de vida de indivíduos e coletivos. Recomendava a mudança no foco das ações sanitárias principalmente na melhoria do meio ambiente, na moderação de comportamentos de riscos e na ampliação do conhecimento sobre a biologia humana e sugeria um conjunto de intervenções sobre

os estilos de vida como o tabagismo, o alcoolismo, as drogas e os hábitos alimentares (CARVALHO, 2004).

Este relatório certamente influenciaria a Assembléia Mundial de Saúde em 1977 a lançar o slogan “Saúde para todos no ano 2000” e a 1ª Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, em Alma Ata (1978), que reconhece a saúde como direito de todos e que seus determinantes são intersetoriais (PEDROSA, 2004).

Em meados da década de 80, em linha de continuidade com Alma Ata, é formulada a vertente socioambiental também denominada de Nova Promoção à Saúde que passa a definir a promoção à saúde como o processo de capacitação (enabling) de indivíduos e coletivos para que tenham controle sobre os determinantes de saúde com o objetivo de terem uma melhor qualidade de vida. É uma estratégia de mediação entre as pessoas e o meio ambiente, combinando escolhas pessoais com responsabilidade social com o objetivo de criar um futuro mais saudável. (CARVALHO, 2004).

O significado do termo Promoção da Saúde foi mudando ao longo do tempo e, atualmente, associa-se a valores como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Além disso, está relacionado à idéia de “responsabilização múltipla”, uma vez que envolve ações do Estado (políticas públicas saudáveis), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. A promoção da saúde também envolve o desenvolvimento de habilidades individuais, a fim de permitir a tomada de decisões favoráveis à qualidade de vida e à saúde (BRASIL, 2007).

O desenvolvimento de habilidades tem como objetivo fortalecer a auto-estima e a capacidade de adaptação ao meio e desenvolver mecanismos de auto-ajuda e de solidariedade, destacando-se práticas de educação para a saúde que pretendem contribuir para a formação da “consciência sanitária” do indivíduo, objetivando manter a harmonia e uma relação saudável dele com o seu meio externo (CARVALHO, 2004).

É importante apresentar o desenvolvimento de habilidade, como um dos campos de ações identificados na Carta de Ottawa, que se fundamenta na implantação de políticas públicas sob a lógica da promoção de saúde e no desenvolvimento da capacidade de análise crítica da realidade. O documento deixa clara a importância da socialização de informações para o desenvolvimento de habilidades favoráveis à saúde. Ou seja, orienta para o estabelecimento de práticas educativas nos mais diferentes espaços coletivos, de maneira a preparar o indivíduo para a superação de dificuldades da existência e o enfrentamento das enfermidades.

Ao se privilegiar a co-participação de vários sujeitos com suas diferentes realidades, em processos de busca por melhorias de vida e saúde, tem-se o fortalecimento do tecido social de forma a abrir possibilidades de escolhas aos diferentes indivíduos, deixando-os livres para optar por tudo aquilo que proporcione saúde (KOYASHIKI *et al.*, 2008)

Segundo Carvalho (2004), o desenvolvimento de habilidades pela comunidade suscita a elaboração de estratégias que procurem promover a participação visando ao aumento do controle sobre a vida por parte dos indivíduos e comunidades, a eficácia política e uma maior justiça social. Espera-se o aumento da capacidade dos indivíduos e coletivos para definirem, analisarem e atuarem sobre seus próprios problemas. Mais do que repassar informações e induzir determinados comportamentos, essa estratégia sugere que as pessoas e coletivos sejam apoiados no processo de reflexão sobre os problemas postos pela vida em sociedade, procurando contribuir para a tomada de decisões, o desenvolvimento da consciência crítica e o aumento da capacidade de intervenção sobre a realidade.

O mesmo autor relata que, no Brasil, as idéias sobre promoção da saúde foram introduzidas em meados dos anos 80 e receberam destaque com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986). Seu relatório define as diretrizes políticas da reforma sanitária brasileira e seus conceitos e objetivos são bastante semelhantes àqueles propostos durante a 1ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, no mesmo ano. Sua temática – saúde é um direito de todos e dever do Estado – redireciona o objetivo e o processo de formulação de políticas públicas e contextualiza como dever do Estado a manutenção, promoção e proteção à saúde de seus cidadãos (PEDROSA, 2004). Os relatórios finais das duas conferências definiram saúde não apenas como ausência de doença, levaram em conta outras necessidades básicas como um ambiente propício para crescimento e desenvolvimento e a busca da realização plena do potencial humano.

A Constituição de 1988 reconhece e legitima os esforços para alcançar a saúde como direito universal instituindo um novo paradigma para a sua garantia: a múltipla determinação do processo saúde/doença e a inter-relação da política de saúde com as políticas de outras áreas sociais e com as políticas econômicas. Também estabelece a participação da comunidade e o atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas sem prejuízo das atividades assistenciais e a descentralização com direção única em cada esfera do governo em acordo com a perspectiva da promoção (PEDROSA, 2004).

Outra definição, aprovada pelos Ministros de Saúde e da Organização Panamericana da Saúde, em 1990, estabelece que a promoção da saúde seja concebida, cada vez mais, como a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e outros setores sociais e produtivos, voltados para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva. A promoção da saúde “transcende a idéia de formas de vida saudáveis” para incluir “as condições e requisitos para a saúde, assim definidos: a paz, moradia, educação, alimentação, renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade”. O eixo do processo gira em torno de três postulados: ação intersetorial para o alcance de políticas públicas saudáveis além das políticas de saúde pública; afirmação da função ativa da população no uso de seus conhecimentos sobre saúde para eleger práticas saudáveis (basicamente práticas de autocuidado) e obter maior controle sobre sua própria saúde e sobre o seu ambiente; e ação comunitária local (MINAS GERAIS, 2006).

A ação intersetorial é um processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes seja usuais e implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população. Ela deve responder às necessidades de saúde de uma coletividade, mobilizando os setores necessários para isso e, principalmente, envolvendo a população no percurso do diagnóstico da situação à avaliação das ações implantadas.

A autonomia implica necessariamente a construção de maiores capacidades de análise e de co-responsabilização pelo cuidado consigo, com os outros, com o ambiente; enfim, com a vida. Uma Política Nacional de Promoção da Saúde terá maior eficácia à medida que construa ações que apostem na capacidade de auto-regulação dos sujeitos sem que isso signifique a retirada das responsabilidades do Estado quanto às condições de vida e, ao mesmo tempo, opere na formulação de legislações que dificultem a exposição às situações de risco, reduzindo a vulnerabilidade da população (CAMPOS *et al.*, 2004).

As leis 8080 e 8142 de 1990 reforçam a concepção da promoção da saúde e detalham a forma e os mecanismos para a participação da comunidade na gestão do sistema e as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde no contexto da integralidade da atenção e da gestão descentralizada das ações e serviços.

A Norma Operacional Básica (NOB) do SUS 01/96 definiu os campos de atenção à saúde e enfatizou a promoção como pertinente às responsabilidades do SUS principalmente no que diz respeito às políticas externas de saúde que interferem nos

determinantes sociais do processo saúde/doença das coletividades (políticas macroeconômicas relativas ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos). Essa norma preconiza a necessidade da implementação de mecanismos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população como saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 26/01/2001 considera e aprofunda as definições da norma anterior, enfatizando a regionalização e o aumento da equidade como necessários para aprofundar o processo de descentralização do SUS e introduz a noção de territorialidade na identificação das prioridades de intervenção.

Na implantação do SUS, estratégias como a descentralização e a participação da sociedade no controle social do sistema foram acenadas como espaços de vivência para os princípios da promoção da saúde. Algumas ações e movimentos mais institucionalizados como o dos municípios saudáveis, escolas promotoras de saúde e outros, com apoio financeiro e técnico de organismos governamentais e não governamentais foram desenvolvidos, atingindo empresas e organizações voluntárias.

Programas e campanhas voltadas para a vida saudável – atividade física, alimentação saudável, vigilância às doenças crônicas – representam importantes campos de intervenções para a promoção da saúde. A estas foram acrescentadas as demandas da população vítima de violência e condições de vida não adequadas (PEDROSA, 2004).

A discussão da realidade local é de suma importância para a promoção da saúde coletiva. Sem ela, corremos o risco de sermos higienistas e fortalecedores de um sistema hegemônico que culpabiliza a população por problemas dos quais são vítimas (WIMMER e FIGUEIREDO, 2006).

Para a realidade brasileira, a incorporação das premissas e estratégias de promoção à saúde no SUS deve ter como parâmetro a necessidade de superarmos as raízes estruturais da iniquidade na saúde, o que passa, necessariamente, por dar respostas aos desafios de garantir o acesso a bens e serviços de saúde de qualidade, produção de sujeitos autônomos e socialmente responsáveis e contribuir para a democratização do poder político (CARVALHO, 2004).

A promoção da saúde é o compromisso ético do próprio SUS, com a integralidade e a gestão participativa, uma vez que se trata de estabelecer modos de atenção e gestão das políticas públicas em saúde que operem na indissociabilidade entre a clínica e a promoção e entre necessidades sociais e ações do Estado. Devem-se reorganizar os serviços de saúde e preparar os profissionais de saúde que no SUS atuam para incluírem

a população na construção e na gestão dos projetos de saúde e processos de trabalho, montando colegiados gestores que não se deixem burocratizar (CAMPOS *et al.*, 2004).

A estratégia da promoção da saúde é integral na medida em que procura criar e fortalecer elos entre os diversos setores e programas, não apenas dentro do chamado “setor saúde”, mas envolvendo também outras agências de governo, organizações não-governamentais e movimentos sociais. Todos os setores da sociedade devem compartilhar a responsabilidade no esforço de proteger e cuidar da vida humana, promovendo saúde e qualidade de vida para todos.

Para realizar essas metas, diversas prioridades já foram definidas no Brasil: promoção de hábitos alimentares saudáveis e atividade física, cessação e prevenção do tabagismo, redução da morbimortalidade devida ao abuso de álcool e outras drogas, prevenção de acidentes de trânsito e promoção do desenvolvimento sustentável e de uma cultura de paz. Apesar da abordagem inovadora e do potencial para mudança social, os princípios da promoção da saúde ainda estão longe de serem plenamente compreendidos e praticados por todos os profissionais e gestores de saúde (CARVALHO, 2008).

Visando a assimilação de informações e incorporação de hábitos saudáveis deve-se realizar um programa contínuo, adequado à realidade do público a ser atendido, que também seja capaz de atingir e abranger todas as pessoas envolvidas com a população alvo para que essas possam interferir dentro da sua realidade cotidiana. Assim sendo, a incorporação da família e/ou professores dentro destes programas pode representar uma grande estratégia para o seu sucesso (CAMPOS e GARCIA, 2004).

Tornar a escola um espaço promotor de saúde implica comprometimento com um projeto político-pedagógico contextualizado com a realidade de conflitos e de propósitos explicitados no campo da educação contemporânea. Não se trata apenas de incorporar práticas de vigilância à saúde no espaço coletivo da escola, justificadas pela facilidade de atingir uma população prioritária cativa, mas sim compreender como implementar ações essencialmente intersetoriais de suporte à saúde planejadas, desenvolvidas e monitoradas a partir da interação de óticas complementares da saúde e da educação. Implica reconhecer o que a educação já faz que promova saúde e, de forma complementar, pautar novos conhecimentos técnicos que suportem práticas ampliadas que possam efetivamente interferir na saúde e na doença das pessoas.

O Programa Saúde na Escola, instituído no final de 2007 e iniciado em 2008, por meio de uma ação integrada entre os Ministérios da Saúde e da Educação, delinea-se como uma política pública de atuação em quatro componentes: avaliação das condições de saúde de estudantes; promoção à saúde e prevenção de doenças; educação

permanente e capacitação dos profissionais e de jovens; e monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes. Embora ainda em fase de implementação e consolidação no país, esse programa tem a potencialidade de reforçar o desenvolvimento de ações intersetoriais importantes na promoção à saúde no ambiente escolar, numa parceria, agora institucionalizada, entre saúde e educação.

Analisando experiências intersetoriais de promoção à saúde, os setores de saúde e educação são os parceiros mais comuns, mas muitas dessas iniciativas são informais e não envolvem um trabalho prévio de planejamento, sendo as ações definidas por apenas um setor. Práticas educativas e de prevenção de doenças bucais, como escovação supervisionada e aplicações de flúor em escolas, têm sido tradicionalmente desenvolvidas por Equipes de Saúde Bucal na atenção básica. Entretanto, na maioria das vezes, essas ações acontecem de forma isolada de outras iniciativas de saúde, provocando efeitos positivos temporários, mas de pouco impacto em melhorias das condições de saúde bucal da população. Essa abordagem compartimentalizada, separando a boca do resto do corpo, pode significar duplicação de esforços e desperdício de recursos.

É necessário integrar ações de promoção à saúde bucal a outras ações de saúde geral no ambiente da escola. A abordagem de fatores comuns de risco e seus comportamentos associados objetiva atingir determinantes comuns a várias doenças crônicas, inclusive doenças bucais. Essa abordagem, além de integralizar práticas, facilita o estabelecimento de parcerias profissionais e comunitárias. É preciso contextualizar “dentes saudáveis, em indivíduos saudáveis, em populações saudáveis”. Melhoras sustentáveis em saúde bucal requerem, portanto, ações efetivas direcionadas para a criação de um ambiente social, com a escola, que facilite a manutenção da saúde (MOYSÉS, 2008).

No que se refere ao planejamento das ações de promoção de saúde, mostra-se imprescindível desenvolver habilidades para o reconhecimento das diversas fases do ciclo das famílias. Por meio desse recurso, é possível aplicar metodologias, tecnologias e estratégias para as quais as famílias se mostrem mais suscetíveis no momento. É mister sabermos do que as pessoas precisam, para sabermos o que devemos ofertar. Se não pensamos assim, nossa prática tende a se reproduzir de forma equivocada e improdutivo, resultando em pouca ou nenhuma efetividade para o serviço, especialmente no que envolve trabalho com famílias. (FANTINI, 2005)

O conceito de promoção de saúde vem se modificando nos últimos vinte anos, influenciado pelo reconhecimento das limitações do conceito de saúde como a ausência de doença e da abordagem tradicional da atenção à saúde. Atualmente, apresenta-se

como uma estratégia inovadora, propondo a articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, na busca de qualidade de vida para a população (AERTS *et al.*, 2004).

As ações de promoção e proteção à saúde visam à redução de fatores de risco, que constituem ameaça à saúde das pessoas, podendo provocar-lhes incapacidades e doenças e a identificação e difusão de informações sobre os fatores de proteção à saúde. A busca da autonomia dos cidadãos é outro requisito das ações de promoção de saúde. A equipe de saúde deve fazer um esforço simultâneo para aumentar a autonomia e estimular práticas de autocuidado por pacientes, famílias e comunidades (BRASIL, 2004).

A promoção da saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentive a fluoretação das águas, o uso de dentifrício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcar, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes (BRASIL, 2004; PIMENTEL *et al.*, 2010).

As ações de promoção à saúde bucal podem ser desenvolvidas no nível individual e/ou coletivo. Para as ações que incidem nos dois níveis, deverá garantir-se acesso a escovas e pastas fluoretadas. Além disso, os procedimentos coletivos são ações educativo-preventivas realizadas no âmbito das unidades de saúde (trabalho da equipe de saúde junto aos grupos de idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, saúde mental, planejamento familiar e sala de espera), nos domicílios, grupos de rua, escolas, creches, associações, clubes de mães ou outros espaços sociais, oferecidos de forma contínua (BRASIL, 2004).

Essas ações compreendem: educação em saúde, escovação orientada ou supervisionada, controle da placa bacteriana com evidenciador, aplicação terapêutica intensiva com flúor, aplicação de cariostático, aplicação de selante, orientação dietética, detecção precoce de lesões de mucosa e de tecidos moles, minimização de riscos ao trauma bucal nos domicílios e demais espaços comunitários (SILVEIRA FILHO, 2002).

Para haver o fortalecimento da consciência para o cuidado em saúde bucal no sentido promocional, torna-se imperiosa a necessidade de compreender a boca como a extensão de um todo, num todo, firmando-se como recurso essencial para uma vida cotidiana de qualidade (KOYASHIKI *et al.*, 2008).

Promover saúde é mais do que contar para o paciente que a cárie pode ser prevenida através da utilização correta de produtos contendo flúor, da limpeza adequada dos dentes e da racionalização do consumo de açúcar. Promoção de saúde é uma ação global, objetivando a melhoria na qualidade de vida das pessoas, é apenas uma parte do todo.

A equipe odontológica deve agir em parceria com os demais membros da equipe da ESF e com a população para que ela atue em sua própria saúde. Atuar de forma integrada com base epidemiológica, buscando impacto, controle e redução de índices para as doenças da placa bacteriana para que haja um estado de equilíbrio favorável entre saúde e doença (FLORIANÓPOLIS, 2009).

A promoção à saúde deve ser incorporada como prática de rotina na saúde bucal pública, substituindo práticas clínicas isoladas por práticas estendidas. As abordagens preventivo-educativas isoladas têm efeito limitado e podem, ao contrário, acentuar iniquidades (NASCIMENTO *et al.*, 2009).

No Brasil, a prática odontológica predominante ainda concentra a maioria de suas ações no campo da assistência individual, isto é, na oferta de procedimentos cirúrgico-restauradores. As poucas ações de promoção em saúde bucal são desenvolvidas quase que exclusivamente pelo Poder Público. Apesar da comprovada eficácia e do baixo custo dos métodos preventivos quando desenvolvidos através de ações coletivas e programáticas, pouca ênfase tem sido dada, mesmo pelo Poder Público, à continuidade e extensão da cobertura dessas ações. As razões desta realidade estão relacionadas, dentre outras causas, à formação e capacitação dos recursos humanos que tem sido direcionada mais para ações de recuperação da saúde, situadas no 4º e 5º níveis de prevenção do que para as ações de promoção da saúde bucal, 1º e 2º níveis (FRAZÃO E NARVAI, 1996).

Entre as políticas públicas que objetivam a melhora da situação de saúde bucal da população, uma das mais importantes se refere aos alimentos que irão compor a dieta, considerando que ela está associada a várias doenças crônicas, como diabetes mellitus, hipertensão, doenças cardiovasculares e cárie dentária. Dos componentes da dieta, o açúcar é um dos mais comuns, sendo um dos principais fatores etiológicos da cárie dentária.

Também são de extrema relevância as políticas relacionadas à higiene bucal, ao tabagismo, aos serviços de saúde e, em especial, ao uso do flúor. Inúmeros estudos nos últimos vinte anos têm comprovado a eficácia do flúor na redução da cárie dentária. Por outro lado, a associação entre tabagismo e doença periodontal vem sendo consistentemente demonstrada na literatura.

Serviços odontológicos promotores de saúde envolvem a presença de profissionais com visão ampliada sobre o processo saúde-doença, capazes de entender as pessoas, levando em consideração os vários aspectos de sua vida, e não apenas um conjunto de sinais e sintomas restritos à cavidade bucal. (AERTS *et al.*, 2004).

A atenção preventiva e promocional apresenta um grande avanço na forma do atendimento, que passa a ser realizada de maneira contínua e sistemática, podendo certamente elevar os níveis de saúde bucal da população assistida. Essas ações podem ser realizadas de forma simples, com baixos custos, devendo ser executadas na Unidade Básica de Saúde (UBS), nos domicílios e em espaços coletivos. Espera-se através destas, despertar uma consciência preventiva nas famílias à medida que as noções de autocuidado são transmitidas às pessoas, estimulando a transformação de hábitos e atitudes indesejáveis ou prejudiciais à saúde em comportamentos benéficos (BARBOSA *et al.*, 2007).

5.4- Ações educativas em saúde bucal

Os problemas de saúde são vistos como decorrentes da condição da pessoa de ser carente, pobre e ignorante. São considerados problemas de responsabilidade individual, cabendo aos profissionais da saúde o dever de transmitir as informações necessárias para uma boa saúde. Acredita-se que a transmissão de informações tem elevado potencial para produzir alterações nas condições de produção das doenças, e, portanto, preveni-las (FRAZÃO e NARVAI, 1996).

O maior domínio sobre as informações e conhecimentos de saúde possibilita mudanças de atitudes e motivações sobre comportamentos de saúde, elevando a auto-suficiência e as capacidades pessoais para certas tarefas, acelerando resultados de determinadas intervenções de promoção da saúde (FRAZÃO e MARQUES, 2009).

A OPAS/OMS reconhece que a educação em saúde e a participação comunitária precisam se transformar em fato regular do sistema de atendimento da saúde, ou seja, precisam tornar-se permanentes. Para que a educação em saúde seja bem sucedida precisa contar com técnicos altamente qualificados, por treinamento, que possam garantir a implementação das melhores soluções e procedimentos possíveis, orientando também outros profissionais de saúde quanto às ações com maior probabilidade de êxito. Sabe-se

que há uma imensa necessidade de treinamento dos indivíduos envolvidos na prática da educação, quanto a metodologias de planejamento, educação e comunicação, implementação, supervisão, administração, acompanhamento e avaliação, etapas necessárias ao processo educativo. Também torna-se necessário perceber como se deve aplicar essas técnicas e metodologias, de acordo com as peculiaridades do ambiente e da população-alvo (RICE e CANDEIAS, 1989).

É preciso considerar que as ações educativas podem ser organizadas em função de necessidades individuais ou de necessidades coletivas. Podem ser dirigidas às pessoas portadoras de alguma doença ou a pessoas saudáveis com a finalidade de manter a saúde. E ainda, podem ser organizadas em diferentes espaços sociais como por exemplo unidades básicas de saúde, hospitais, escolas, creches, empresas, associações comunitárias, centros de juventude, clube, etc. (FRAZÃO e NARVAI, 1996).

Deve haver cautela na implantação de atividades preventivas educativas, as quais não devem sobrecarregar os recursos humanos responsáveis pelas atividades curativas, uma vez que há real necessidade de “cura” de uma demanda remanescente da população assistida (NICKEL *et al.*, 2008).

Embora a educação, sozinha, não tenha forças para possibilitar a saúde desejável à população, pode fornecer elementos que capacitem os indivíduos para ganhar autonomia e conhecimento na escolha de condições mais saudáveis. A Educação para a Saúde como fator de promoção e proteção à saúde é também uma estratégia para a conquista dos direitos de cidadania (PAULETO *et al.*, 2004).

Na atualidade, considera-se que a prática do educador apresenta maior probabilidade de alcançar resultados positivos quando concebe a educação como socialização de conhecimentos e práticas. Só aprende verdadeiramente aquele que se apropria do aprendido, transformando-o em apreendido, com o que pode, por isso mesmo, reinventá-lo. Aquele que é capaz de aplicar o aprendido-apreendido a situações concretas (FRAZÃO e NARVAI, 1996).

Para o usuário, a informação e a socialização do conhecimento sobre questões de educação e saúde são instrumentos vitais, para que, quando capacitado, ele possa gerir responsabilmente o próprio destino, deixando de ser simples objeto receptor de serviços, sem vontade própria ou direito de escolhas (KOYASHIKI *et al.*, 2008).

O envolvimento do usuário é fundamental para que as propostas e programas sejam conhecidos e tenham os resultados esperados. No entanto, este papel ativo que se espera de uma população cidadã, guardiã de seus direitos individuais, ainda é pouco encontrado na maioria das comunidades brasileiras. A recuperação da cidadania depende do avanço de valores democráticos, tais como igualdade, dignidade humana,

participação e representatividade. Somente a cidadania organizada pode cobrar um melhor desempenho dos serviços públicos (VARGAS e PAIXÃO, 2005).

Tornar os pacientes agentes multiplicadores em potencial, retrata o envolvimento destes atores com a comunidade, mostrando que eles estão realmente inseridos no contexto de trabalho da ESF ou como parte integrante desse processo, à medida que estes solicitam dos usuários uma responsabilização ou uma cooperação, para que o trabalho traga um resultado satisfatório para ambas as partes (BARBOSA *et al.*, 2007).

Compreende-se o ACS como instrumento de articulação entre os serviços de saúde e a comunidade, uma vez que desenvolve ações básicas de saúde e atividades de caráter educativo, contribuindo, assim, para a construção e consolidação de sistemas locais de saúde (KOYASHIKI *et al.*, 2008).

Nas atividades de educação em saúde, a atuação dos ACS pode, por meio da transmissão de informações e conhecimentos, contribuir para fortalecer a capacidade da população no enfrentamento dos problemas de saúde. Ainda, sua atuação pode: elevar o domínio sobre informações e conhecimentos de saúde pela população; contribuir para aumentar suas habilidades no controle de determinantes de saúde; ajudar a equipe de saúde bucal na identificação das famílias mais vulneráveis que necessitam de ações mais específicas e melhorar o acesso e a utilização dos serviços básicos de saúde para evitar a assistência odontológica tardia e reduzir a necessidade da consulta de urgência (FRAZÃO e MARQUES, 2009).

No que diz respeito às formas de abordagem, muitas vezes elas são desenvolvidas empiricamente pelos ACS em razão de várias formas de resistência, dentre elas, a não aceitação da proposição de mudança e a recusa pela visita dos membros da equipe. Os conceitos sobre saúde-doença sofrem forte influência dos valores culturais, sendo necessária a compreensão de que tais conceitos e práticas são partes integrantes das redes de significados socioculturalmente construídas (KOYASHIKI *et al.*, 2008,).

No início, as atividades de educação sanitária eram realizadas em centros de saúde e durante campanhas sanitárias. A partir de 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), novas técnicas são introduzidas: a educação de grupos, recursos audiovisuais e o desenvolvimento e organização de comunidades. Mais recentemente, os serviços de saúde vêm solicitando a participação de cirurgiões-dentistas na execução de atividades educativas em saúde bucal. Os cirurgiões-dentistas, geralmente desenvolvem uma estratégia conhecida como palestra, dirigida a 50 pessoas ou mais, onde durante uma ou duas horas, com o auxílio de imagens ou não, discute-se sobre as características anatomo-funcionais da cavidade bucal, sobre a cronologia de

erupção dos dentes, sobre a placa bacteriana, o perigo do açúcar, o uso de produtos de higiene bucal, e a importância da visita regular ao dentista, mas a sua formação não prevê capacitação para compreender a variedade de aspectos do comportamento humano e social e a natureza e os fatores que influenciam o processo educativo e a mudança de comportamento (FRAZÃO e NARVAI, 1996).

A educação e a prevenção são frequentemente citadas no meio acadêmico e profissional de Odontologia, mas deve-se tomar cuidado com o “preventivismo”, uma forma simplista de abordagem da saúde bucal, sem levar em consideração o contexto socioeconômico e cultural nos quais serão implantadas as medidas preventivas. É necessária uma reflexão sobre o uso acrítico de tecnologias preventivas destinadas a populações que delas não necessitam, enquanto que grandes contingentes populacionais não têm acesso mínimo a informações sobre saúde bucal (MATOS e TOMITA, 2004).

O papel do educador em saúde bucal será tanto mais fecundo quanto mais possibilitar o desenvolvimento de informações e práticas que possam contribuir para uma elevação da consciência em relação ao próprio corpo, aos determinantes sociais do processo saúde-doença e a organização de práticas coletivas de saúde. As pessoas são convidadas a participar ativamente da produção da saúde, superando a postura de consumidores passivos de ações curativas e remédios (FRAZÃO e NARVAI, 1996).

A prática do cirurgião-dentista não deve se voltar apenas à dimensão técnica, curativa; precisa incorporar uma dimensão de educação em saúde bucal, fornecendo informações, orientações e desenvolvendo habilidades de cuidado com a saúde bucal, buscando no paciente um colaborador e não apenas o alvo do programa de prevenção. A educação em saúde bucal significa aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades, atitudes e construção de valores que levem o paciente e/ou seus pais a agirem, no seu dia-a-dia, em benefício da própria saúde bucal e da saúde dos outros. A educação em saúde realizada no ambiente escolar pode favorecer o envolvimento da criança para trabalhar e construir novos conhecimentos, facilitando a mudança de atitudes, hábitos e cuidados, na faixa etária pré-escolar e escolar. E este é um desafio que não é exclusivo do cirurgião-dentista (PAULETO *et al.*, 2004).

A educação em saúde compreende ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como possibilitar ao usuário mudar hábitos apoiando-o na conquista de sua autonomia (BRASIL, 2004).

A conscientização da população quanto a hábitos saudáveis em saúde bucal é entendida como uma continuidade de educação fora do âmbito curativo do consultório odontológico, onde todas as orientações passadas devem ser processadas e a curto,

médio e longo prazos, mudando-se os hábitos danosos, possibilitando a manutenção da saúde bucal (BARBOSA *et al.*, 2007).

Uma exigência básica das atividades em saúde bucal é considerar os valores, conhecimentos e universo-simbólico de cada grupo social que variam em função da inserção social e do repertório de experiências vividas de cada pessoa e de cada grupo conforme os modos de viver, de trabalhar e de relacionar-se com o mundo. É o respeito às especificidades de cada setor, de cada sujeito, por vezes a recolocação de papéis e funções; compreendendo a educação em saúde como exercício da cidadania e da democracia entre as pessoas, e como o processo cotidiano em que se gera a consciência da necessidade de tomar para si o processo de organização da vida individual e coletiva (FRAZÃO e NARVAI, 1996).

A educação em saúde, como prática social voltada para o coletivo, representa uma possibilidade de ampliar a atuação das práticas de promoção da saúde bucal no espaço público. Muitas medidas preventivas permitem combater a cárie e a doença periodontal. A higiene bucal, fluoretação e alimentação não-cariogênica constituem medidas eficazes para fazer frente aos problemas bucais, mas, para que tenham êxito, precisam fundamentar-se em programas educativos (PAULETO *et al.*, 2004).

As atividades educativas podem ser desenvolvidas pelo cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal, auxiliar de saúde bucal e agente comunitário de saúde especialmente durante as visitas domiciliares. As escolas, creches, asilos e espaços institucionais são locais preferenciais para este tipo de ação, não excluindo qualquer outro espaço onde os profissionais de saúde enquanto cuidadores possam exercer atividades que estimulem a reflexão para maior consciência sanitária e apropriação de informação necessária ao autocuidado (BRASIL, 2004).

O autocuidado e o autoexame na prevenção de doenças da boca são atitudes importantes na dimensão do cuidado em saúde bucal, assim como a figura do profissional é tida como articulador entre dois campos de intervenção: de informação para saúde e de acesso ao controle, manutenção e prevenção de doenças. O entendimento por parte do profissional quanto ao seu desempenho como educador é de fundamental importância, devendo o mesmo estar sensível às necessidades subjetivas e culturais do usuário, bem como deve adotar uma comunicação dialógica direcionada a uma assistência diferenciada e de estímulos pela busca da autonomia em saúde (KOYASHIKI *et al.*, 2008).

Segundo Pauleto *et al.*, 2004, o desconhecimento sobre os cuidados necessários de higiene bucal representa um fator a ser considerado, uma vez que a informação, embora disponível nas grandes mídias, não chega a todas as camadas da população da

mesma forma e, dificilmente, é apreendida de modo a produzir conhecimento e autonomia em relação aos cuidados com a saúde. A importância de programas odontológicos educativos, que levantem e interpretem as necessidades das populações de menor acesso aos serviços odontológicos precisa ser valorizada.

O mesmo autor relata, ainda, que a presença de programas sem a preocupação com a continuidade das propostas e, na maioria das vezes, priorizando os tratamentos preventivos medicalizadores e curativos em detrimento da educação, ainda torna as práticas educativas um desafio no campo da saúde pública na área da odontologia, principalmente quando se analisa a prevalência mundial das odontopatias, aliada ao alto custo do tratamento restaurador e à compreensão que hoje temos de que o tratamento sintomático das doenças não é suficiente para garantir a saúde bucal.

5.4- Ações de prevenção em saúde bucal

As ações preventivas são intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Para tanto, baseiam-se no conhecimento epidemiológico de doenças e de outros agravos específicos. A prevenção orienta-se às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades, sendo a foco a doença e os mecanismos para atacá-las (BRASIL, 2007).

Sistemas de prevenção em saúde bucal são processos sociais que combinam diferentes ações programáticas periódicas de caráter preventivo e educativo a fim de controlar e/ou reduzir o nível das doenças bucais que afetam uma dada população ou grupo social específico. No planejamento do conjunto de atividades coletivas e individuais que integram um sistema de prevenção devem ser considerados diferentes aspectos relativos à população-alvo: as características sócio-culturais, os fatores econômicos e os aspectos biológicos que afetam cada grupo social específico. Entre os fatores econômicos deve-se considerar os recursos financeiros do sistema local de saúde, a oferta e disponibilidade de produtos de higiene bucal, a oferta e o consumo de alimentos, o acesso à água tratada e fluoretada, a distribuição de renda e a oferta de empregos e as condições de trabalho dos diferentes grupos sociais.

Em relação aos aspectos biológicos, devem ser considerados os fatores de risco mais sensíveis às intervenções visando proteger a população exposta, bem como o grau de eficácia dos recursos tecnológicos existentes para reduzir sua incidência. Por exemplo, o conhecimento existente hoje permite afirmar que é mais fácil controlar a cárie dentária com o uso de produtos fluoretados do que através do controle da placa bacteriana; mais fácil controlar a gengivite, o tipo mais comum da doença periodontal,

realizando-se o controle da placa através de recursos mecânicos de remoção do que através de produtos químicos (FRAZÃO E NARVAI, 1996).

Os procedimentos preventivos têm impacto positivo na redução de procedimentos cirúrgico-restauradores de média e alta complexidade, reduzindo custos. O tratamento deve priorizar procedimentos conservadores, entendidos como todos aqueles executados para manutenção dos elementos dentários, alterando-se a lógica que leva à mutilação e ao ciclo restaurador repetitivo (BRASIL, 2007).

Inúmeras tecnologias preventivas foram criadas e implementadas em diferentes realidades sociais. Do modelo inicial que levava à adoção de um único método para enfrentar o fator de risco mais sensível (o elo frágil) da rede de causalidade da doença, progrediu-se para a associação de métodos, isto é, a combinação racional de diferentes recursos e tecnologias visando o controle de mais de uma patologia como no caso dos estágios iniciais da cárie dentária e da gengivite que ocorrem desde a infância. Dessas tecnologias, podemos destacar as seguintes ações coletivas: fluoretação das águas de abastecimento público, fluoretação de dentifrícios, bochechos fluoretados, evidenciação de placa bacteriana seguida de escovação supervisionada, aplicação de gel fluoretado com escova ou moldeira, atividades educativas; e as seguintes ações individuais: aplicação de cariostáticos, de vernizes fluoretados, selantes oclusais, etc. Dependendo de cada realidade, isto é, das características sociais e epidemiológicas de cada população-alvo pode-se combinar diferentes ações (FRAZÃO e NARVAI, 1996).

Os procedimentos coletivos são um conjunto de procedimentos de educação em saúde e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, que dispensa equipamentos odontológicos, devem ser realizados de acordo com os critérios de risco social e atividade de doença, avaliados pela equipe de saúde bucal que deverá definir o método e frequência para o acompanhamento de grupos populacionais, previamente identificados, que devem prosseguir com ênfase na promoção da saúde (FLORIANÓPOLIS, 2011).

No caso da saúde bucal, o atendimento individual de qualidade pode ser parte de uma estratégia tão importante quanto os grupos de escovação ou educativos e pode ainda ser mais eficaz em alguns casos, haja vista a resistência e vergonha dos adultos na realização da escovação quando são ensinados como se fossem crianças (CHAVES e SILVA, 2007).

A pouca adesão aos encontros e reuniões está associada ao formato acadêmico com que os encontros coletivos têm sido desenvolvidos: palestras verticalizadas e pouco problematizadoras. Muitas equipes organizam reuniões a partir de prioridades definidas pela Secretaria Municipal de Saúde, como as conferências de saúde, as oficinas de treinamento para as equipes de saúde da família ou para cumprir uma exigência do

programa que determina a realização de reuniões na comunidade. Ou seja, as reuniões são propostas às pessoas de forma descontextualizada, nem sempre condizente com as reais necessidades dos espaços de atuação das referidas equipes (SANTOS e ASSIS, 2006).

Os principais agravos em saúde bucal são: a cárie, a doença periodontal, o câncer bucal, a fluorose, o traumatismo dentário e a maloclusão. O flúor atua como o principal agente preventivo da cárie em adição ao controle dietético e dos fatores de risco e à remoção da placa bacteriana, promovendo o equilíbrio do processo de des-mineralização dentária e também como agente terapêutico estimulando a remineralização das manchas brancas ativas, evitando a formação de cavidades (BRASIL, 2007).

A doença cárie, ainda se caracteriza como um grande problema no que se refere à saúde bucal, por isso na prática odontológica atual, a prevenção tem se mostrado a melhor forma de abordagem visando a promoção da saúde. Para tanto, a educação e a motivação são ferramentas indispensáveis (CAMPOS e GARCIA, 2004).

Não existe uma causa única agindo para diminuir a prevalência da cárie, mas múltiplos fatores, entre os quais identifica-se a fluoretação das águas de abastecimento público, os dentifrícios fluoretados e os programas preventivos e os valores do índice CPO-D apontam para a importância de se identificar grupos populacionais epidemiologicamente mais vulneráveis, dando-se ênfase aos procedimentos coletivos nos locais onde esses índices se apresentam mais elevados. Onde se encontra controlado, as ações coletivas devem ser compatíveis com essa situação e o enfoque das ações direcionado aos grupos de risco. Esse enfoque encontra justificativa teórica no fenômeno da polarização, segundo o qual cerca de 25% dos indivíduos concentram aproximadamente 75% dos dentes com prevalência de cárie (NARVAI *et al.*, 2000).

Tendo em vista ser a placa dentária o principal fator etiológico da cárie, diversas estratégias de prevenção buscam a remoção ou controle desse fator. Esta medida pressupõe educação e informação em saúde bucal para que o indivíduo, reconhecendo a placa, possa controlá-la através do autocuidado. Há grandes controvérsias sobre a eficácia isolada do controle de placa através da sua remoção mecânica. Dentre os mecanismos de prevenção da cárie, a ação do flúor tem sido bastante documentada, e este tem sido o elemento mais utilizado para fortalecer as estruturas dentais, em todas as suas formas de administração (CHAVES e SILVA, 2002).

Várias medidas preventivas no controle da cárie dental são constantemente avaliadas, entre elas os dentifrícios, os bochechos com flúor e os selantes oclusais, mas os resultados geralmente são muito diferentes, ou seja, não se leva em consideração

onde, como e quem implementa essas medidas e nem o contexto histórico, cultural, social e organizacional do local onde são realizadas. Mais importante do que desenvolver ações coletivas de prevenção e educação em saúde bucal é realizá-las racionalmente com avaliações periódicas para saber se realmente estão sendo efetivas (SOUZA e RONCALLI, 2007).

Ao contrário de outros métodos de prevenção de doenças, que resultam na erradicação de algum agente etiológico, os benefícios do flúor não são transmissíveis para as gerações futuras. Entretanto, é possível que, se a cárie dentária permanecer com índices baixos ou que estes declinem ainda mais, talvez a necessidade de continuar com a variedade e extensão dos programas de prevenção atualmente adotados seja questionada (RAMIRES e BUZALAF, 2007).

A fluoretação das águas de abastecimento e dos dentifrícios são medidas que podem permitir a universalização do uso do flúor no país e contribuir decisivamente para o declínio e controle da cárie dentária na população (PAULETO *et al.*, 2004).

A primeira menção de que se tem notícia recomendando oficialmente a adição de flúor à água de abastecimento público no Brasil foi feita pelo X Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em Belo Horizonte (MG), em outubro de 1952. Baixo Guandu, no Espírito Santo, foi a primeira cidade brasileira a ter suas águas de abastecimento público fluoretadas. O processo teve início exatamente um ano após o referido congresso sob responsabilidade da Fundação Serviços de Saúde Pública/SESP e, desde 1974, tornou-se obrigatória onde exista estação de tratamento de água. Nos anos 80 sofreu uma grande expansão com o apoio financeiro federal e a eleição direta de governadores empenhados em reorientar as políticas públicas nesse setor (NARVAI, 2000).

A fluoretação da água é reconhecidamente vantajosa, mas, apesar disso, os dados disponíveis apontam sua efetivação como extremamente desigual no país, considerando-se as unidades da federação: a intervenção avançou mais nos estados do Sul e do Sudeste, onde se concentra a maior parte da riqueza do país, sendo insuficiente nas regiões Norte e Nordeste. Uma medida de saúde pública efetiva na redução de desigualdades é, ela própria, objeto de profundas desigualdades em sua implantação, no âmbito das políticas públicas de saúde em nível nacional.

Apesar do resultado favorável, a fluoretação teve um efeito indesejável no Brasil: a distribuição desigual do recurso preventivo aumentou o viés socioeconômico na prevalência da doença. Com base nos dados do levantamento epidemiológico de 2003, foi feito um novo cálculo do CPO-D médio de 2,8 aos 12 anos, estratificando as crianças residentes em cidades com e sem água fluoretada e, encontrou-se, respectivamente, os valores de 2,4 e 3,5, que expressa a injustiça social envolvida no não atendimento da

determinação legal da fluoretação para todos os municípios. Nas cidades que participaram do levantamento, quanto maior a cobertura do sistema de abastecimento de água, menor o índice CPO-D aos 12 anos. Para garantir o acesso universal ao flúor, não basta adicioná-lo à água de abastecimento, é também necessário garantir o acesso à água encanada em todos os domicílios ou, pelo menos, acesso a alguma fonte comunitária, sob vigilância.

O efeito favorável da fluoretação da água pode ser identificado na redução da prevalência da cárie dentária. Após meados dos anos 1980, houve um expressivo declínio dos indicadores de cárie, e o índice CPO-D reduziu-se de 6,7 em 1986 para 2,8 em 2003 dentre crianças de 12 anos de idade.

A fluoretação da água ainda teve outros impactos sobre a desigualdade na prevalência de cárie: nos municípios sem flúor praticamente não havia diferença do CPO-D entre as crianças matriculadas em escolas públicas e privadas, a despeito da melhor condição socioeconômica presumida para o segundo grupo. Nos municípios com flúor, no entanto, o índice CPO-D foi 43% mais elevado para as crianças das escolas públicas. Quanto ao contraste entre escolas localizadas em área urbana ou rural, também se observou incremento da desigualdade associada ao flúor. Em comparação com seus pares de áreas urbanas, os escolares de áreas rurais tiveram índice CPO-D 16% mais elevado nas cidades sem flúor; esse excesso aumentou para 68% nas cidades com flúor (ANTUNES e NARVAI, 2010).

Os principais interessados na fluoretação das águas de abastecimento público são os segmentos sociais de baixa renda. Os “despossuídos” são os mais vulneráveis à cárie dentária quando não se faz ou se interrompe a fluoretação. A experiência brasileira mostra que, na prática, dá-se exatamente o contrário: o benefício é proporcionalmente maior justamente nos segmentos que não têm acesso a outros fatores de proteção – ou esse acesso é marcadamente restrito. Portanto, os que mais precisam não apenas obtêm o benefício mas, neles, esse fator de proteção tem mais força (NARVAI, 2000).

A não-universalidade no acesso à água fluoretada mantém extenso contingente populacional à margem de benefício reconhecidamente eficaz e que apresenta expressiva relação de custo-efetividade. Em pleno século XXI mais da metade dos municípios brasileiros ainda não adotaram a fluoretação e isso demanda ajustes na gestão dessa política pública. Esses ajustes urgem e são necessários, sobretudo porque interromper a fluoretação, ou não realizá-la onde deve ser feita, constitui ato juridicamente ilegal e cientificamente insustentável (ANTUNES e NARVAI, 2010).

Considerando que a interrupção definitiva da fluoretação da água de abastecimento faz cessar os benefícios, que a adição de quantidades insuficientes de

flúor torna a medida inócua, e que a adição de quantidade excessiva pode causar fluorose dentária, todos os esforços devem ser feitos para que haja um permanente controle da fluoretação (RAMIRES e BUZALAF, 2007).

A aplicação tópica de flúor visa à prevenção e controle da cárie, através da utilização de produtos fluoretados (soluções para bochechos, gel fluoretado e verniz fluoretado), em ações coletivas. Para instituir a aplicação tópica de flúor recomenda-se levar em consideração a situação epidemiológica (risco) de diferentes grupos populacionais do local onde a ação será realizada. Sua utilização com abrangência universal é recomendada para populações nas quais se constate uma ou mais das seguintes situações: exposição à água de abastecimento sem flúor; exposição à água de abastecimento contendo naturalmente baixos teores de flúor (até 0,54 partes por milhão de flúor); exposição a flúor na água há menos de 5 anos; CPO-D maior que 3 aos 12 anos de idade; menos de 30% dos indivíduos do grupo são livres de cárie aos 12 anos de idade (BRASIL, 2004).

A escovação com dentifrícios fluoretados tem sido considerada o principal fator de impacto na redução da cárie dental, podendo estar relacionado à distribuição do produto possibilitada pela economia de mercado. Os bochechos com flúor têm sido utilizados como uma prática preventiva comum em muitos países pelo baixo custo e fácil implementação, possibilitando o uso de pessoal não qualificado como professores e assistentes escolares. O uso de selantes oclusais pode ser considerado uma prática complementar ao uso de bochechos ou escovação com dentifrícios com flúor, atuando especificamente na superfície oclusal de molares, mais susceptíveis à cárie dental. A maior ocorrência da cárie nessas unidades pode ser o resultado direto das irregularidades estruturais associadas às fóssulas e fissuras, cujas características não têm sido incorporadas aos programas preventivos através de ações mais específicas de controle de placa ou selantes nessas superfícies (CHAVES e SILVA, 2002).

A higiene bucal supervisionada visa à prevenção da cárie, quando for empregado dentifrício fluoretado, e da gengivite, através do controle continuado de placa pelo paciente com supervisão profissional, adequando a higienização à motricidade do indivíduo. Recomenda-se cautela na definição de técnicas “corretas” e “erradas”, evitando-se estigmatizações. A higiene bucal supervisionada deve ser desenvolvida preferencialmente pelos profissionais auxiliares da ESB. Sua finalidade é a busca da autonomia com vistas ao autocuidado (BRASIL, 2004).

A doença periodontal pode ser prevenida através de ações que visem à promoção da saúde, ao controle dos fatores de risco, acesso aos serviços de saúde, remoção de placa e cálculo.

O câncer bucal pode ser prevenido de forma simples, através de ações que visem a promoção da saúde e controle dos fatores de risco, acesso aos serviços de saúde e diagnóstico precoce (BRASIL, 2007).

O câncer bucal destaca-se na relação de integração dos fatores de risco comuns a problemas de saúde geral. A abrangência ao câncer bucal deveria ser mais expressiva e não se limitar a orientações sobre o tema, sendo necessária maior parceria com a equipe de saúde da família nos programas educativos sobre fumo, álcool e exposição solar (ALMEIDA e FERREIRA, 2008).

A fluorose é uma anomalia do desenvolvimento dentário que ocorre por ingestão crônica de flúor durante o período de formação dos dentes e a maturação do esmalte e pode ser prevenida através de orientações quanto ao uso seguro do flúor, quanto à sua ingestão crônica e quanto ao uso concomitante de várias formas de flúor, ex: água fluoretada e bochechos com flúor.

As lesões traumáticas são agravos que têm um grande impacto na qualidade de vida da criança, do adolescente e do idoso: limitações ao morder ou falar, comprometimento da estética e problemas psicológicos no convívio social e podem ser prevenidas com orientações sobre seus fatores de risco e sobre os primeiros socorros, caso ocorram.

A maloclusão é uma deformidade dento-facial que se apresenta como uma variação clínica significativa do crescimento normal por fatores ambientais ou congênitos que interferem na formação e no desenvolvimento do esqueleto crânio-facial alterando sua função e forma. Suas principais formas de prevenção são o diagnóstico precoce; orientação sobre os fatores de risco para o seu desenvolvimento, sobre a prevenção das doenças bucais e sobre hábitos prejudiciais; estímulo à amamentação e orientação quanto ao uso de mamadeiras e chupetas (BRASIL, 2007).

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseada na revisão bibliográfica pode-se concluir que para promover mudanças em seu processo de trabalho a ESB-4 do município de Astolfo Dutra (MG) precisa:

- aumentar sua carga horária de trabalho para a regulamentada para que possa construir uma agenda que priorize a família e possibilite a realização de ações de promoção, prevenção e educação e tratamento que permitam atender às necessidades da comunidade (universalidade), que viabilizem o acesso a todos os recursos odontológicos e de saúde geral de que necessitem (integralidade) e que ofereçam mais aos que mais necessitam (equidade);

- tentar solucionar o problema da ASB que é dividida por duas equipes para que também possa participar das ações de promoção, prevenção e educação em SB;

- aguardar que o poder público municipal transforme a equipe em tipo II assim que terminar o curso de capacitação que está sendo realizado;

- buscar uma maior parceria com as escolas e implantar ações coletivas de bochechos com flúor e ações educativas com as crianças, responsáveis e professores e continuar com a escovação supervisionada semanal;

- implantar a epidemiologia para detectar os grupos vulneráveis dentro da área de abrangência, planejar ações, instituir as medidas necessárias para diminuir as doenças bucais e fazer avaliação constante dos resultados para ver se as medidas estão sendo eficazes;

- tornar a ESB mais presente na equipe ESF fazendo da educação em saúde bucal uma ação permanente dentro da UBS, utilizando-a como uma ferramenta na mudança de comportamento dos profissionais e dos usuários e ela será tão mais produtiva quanto mais as pessoas forem convidadas a participar da produção de saúde e quanto mais for adequada à linguagem popular;

- instituir procedimentos coletivos na UBS ou qualquer espaço social do território, inicialmente realizados pela ESB mas que podem ser mantidos pelos ACS ou ASB: formas de intervenção nos determinantes sociais que constituem riscos comuns às doenças mais prevalentes, ações de educação em saúde geral e saúde bucal nas famílias e ações preventivas (escovação supervisionada, bochechos com flúor);

- incentivar os pacientes a usarem regularmente os serviços odontológicos possibilitando uma redução nos gastos com tratamento devido à intervenção na fase inicial da doença quando a destruição do elemento dentário é extremamente menor.

REFERÊNCIA

AERTS, Denise; ABEGG, Cláides e CESA, Kátia. O papel do Cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 9, n. 1, p.131-138, 2004.

ALMEIDA, Gilmara Celli Maia de e FERREIRA, Maria Ângela Fernandes. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cad. Saúde Pública**, vol. 24, n. 9, p. 2131-2140, set, 2008.

ANDRADE, Karina Lane Campos e FERREIRA, Efigênia Ferreira e. Avaliação da inserção da Odontologia no Programa Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.11, n. 1, p. 1213-130, 2006.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira e NARVAI, Paulo Capel. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública**, vol.44, n.2, p. 360-365, 2010.

BALDANI, M. H., FADEL, C. B., POSSAMAI, T. e QUEIROZ, M. G. S.. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol.21, n. 4, p. 1026-1035, jul-ago, 2005.

BARBOSA, A. A. A., BRITO, E. W. G. e COSTA, I. C. C.. A Saúde Bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de Cirurgiões-Dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Ciênc. Odontol. Bras.**, vol. 10, n. 3, p.53 – 60, jul-set. 2007.

BARROS, Aluísio J. D. e BERTOLDI, Andréa D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.7, n. 4, p. 709-717, 2002.

BOTAZZO, C. Democracia, participação popular e programas comunitários. **Saúde Debate**. V. 18, p. 36-41, 1986 *apud* UNFER, Beatriz e SALIBA, Orlando. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em Saúde Bucal. *In* UNFER, Beatriz e SALIBA, Orlando. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em Saúde Bucal. **Rev. Saúde Pública**, vol. 34, n. 2, p. 190- 195, abril, 2000.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**. 2ª Ed. revisada e atualizada. 2007. p. 13-14 e 120-139. Disponível em: <http://www.bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_prevencao_riscos_doencas.pdf>. Acesso em 03 jun. 2011.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica – Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, vol. 34, n. 2, p. 190-195, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n3/2237.pdf>>. Acesso em 28 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/dor/politica_nacional.pdf. Acesso em 03 jun. 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner, BARROS, Regina Benevides de e CASTRO Adriana Miranda de. Avaliação da política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CAMPOS, Juliana Alvares Duarte Bonini e GARCIA, Patrícia Petromilli Nordi Sasso. Comparação do conhecimento sobre cárie dental e higiene bucal entre professores de escolas de ensino fundamental. **Ciênc. Odontol. Bras.**, vol. 7, n. 1, p. 58-65, jan-mar, 2004.

CARVALHO, Antonio Ivo de. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. Editorial. **Cad. Saúde Pública**, vol. 24, n. 1, p. 4-5, jan, 2008.

CARVALHO, Sérgio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

CHAVES, Sônia Cristina Lima e SILVA, Lígia Maria Vieira da Silva. As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisas. **Cad. Saúde Pública**, vol. 18, n. 1, p. 129-139, jan-fev, 2002.

CHAVES, Sônia Cristina Lima e SILVA, Lúgia Maria Vieira da Silva. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 12, n. 6, p. 1697-1710, 2007.

FANTINI, Karen Suyan Clezar. A família em fase de aquisição: repensando promoção e prevenção em saúde bucal. **Fam. Saúde Desenv.** , vol. 7, n. 3, p. 272-278, set-dez, 2005. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/8034/5658>. Acesso em 03 jun. 2011.

FRAZÃO, Paulo e MARQUES, Débora. Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. **Rev. Saúde Pública**, vol. 43, n. 3, p. 463-471, 2009.

FRAZÃO, Paulo e NARVAI, Paulo Capel. Promoção da Saúde Bucal em escolas. Elaborado em janeiro de 1996 para a disciplina HSP-281/Odontologia Preventiva e Saúde Pública ministrada aos alunos do Curso de Odontologia da Universidade de São Paulo. Disponível em : <http://www.fo.usp.br/departamentos/social/saude_coletiva/DPromo.pdf. Acesso em 03 jun. 2011.

KOYASHIKI, Gina Ayumi Kobayashi; ALVES-SOUZA, Rosani Aparecida e GARANHANI, Maria Lúcia. O trabalho em Saúde Bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidades de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.13, n. 4, p.1343-1354, 2008.

MATOS, Divane Leite; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; GUERRA, Henrique L. e MARCENES, W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. **Rev. Saúde Pública**, vol. 36, n. 2, p. 237-243, 2002.

MATOS, Patrícia Elizabeth de Souza Matos e TOMITA, Nilce Emy. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universalidade aos pólos de capacitação. . **Cad. Saúde Pública**, vol.20, n. 6, p.1538-1544, nov-dez, 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. As medidas de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos. **Linha Guia Saúde do Idoso**, Belo Horizonte, 1ª Ed, p. 29-43, 2006. Disponível em: <HTTP://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guias/LinhaGuiaSaudeldoso.pdf>. Acesso em 11 junho. 2011.

MOYSÉS, Simone Tetu. A importância das ações de prevenção e promoção à saúde bucal para a comunidade escolar. **Revista Brasileira Saúde da Família** 20, p. 70-74, ano IX, out – nov, 2008. .

NARVAI, Paulo Capel. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. . **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 5, n. 2, p. 381-392, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7102.pdf>. Acesso em 09 jul. 2011.

NARVAI, Paulo Capel. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. Saúde Pública**, vol.40 (N Esp), p. 141-147, 2006.

NARVAI, Paulo Capel; CASTELLANOS, Roberto A. e FRAZÃO, Paulo. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do Município de São Paulo, SP, 1970-1996. **Rev. Saúde Pública**, vol.34, n. 2, p. 196-200, 2000.

NASCIMENTO, Antonio Carlos; MOYSÉS, Simone Tetu; BISINELLI, Júlio Cesar e MOYSÉS, Samuel Jorge. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. **Rev. Saúde Pública**, vol. 43, n. 3, p. 455-462, 2009.

NEGRI, B.. Assistência básica de saúde: menos doença, mais vida *apud* SANTANA, Milena Lopes e CARMAGNANI, Maria Isabel. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *In* SANTANA, Milena Lopes e CARMAGNANI, Maria Isabel. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, vol. 10, n. 1, p. 33-53, 2001. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/apresenta/ações/assistência.ht>>. Acesso em 01 abril. 2000.

NICKEL, Daniela Alba; LIMA, Fábio Garcia e SILVA, Beatriz Bidigaray da. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol. 24, n. 2, p. 241-246, fev, 2008.

PAIM, J. S.. **Saúde, Política e Reforma Sanitária**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; 2002 *apud* PIMENTEL, Fernando Castim; MARTELLI, Petrônio José Lima; ARAÚJO JÚNIOR, José Luiz do Amaral Correa de; ACIOLI, Raquel Moura Lins e MACEDO, Cícera Lissandra Sá Vieira. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). *In* PIMENTEL, Fernando Castim; MARTELLI, Petrônio

José Lima; ARAÚJO JÚNIOR, José Luiz do Amaral Correa de; ACIOLI, Raquel Moura Lins e MACEDO, Cícera Lissandra Sá Vieira. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 15, n. 4, p. 2189 – 2196, 2010.

PAULETO, Adriana Regina Colombo; PEREIRA, Maria Lúcia Toralles e CYRINO, Eliana Goldfarb. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 9,n.1, p. 121-130, 2004.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 9, n. 3, p. 617-626, 2004.

PIMENTEL, Fernando Castim; MARTELLI, Petrônio José Lima; ARAÚJO JÚNIOR, José Luiz do Amaral Correa de; ACIOLI, Raquel Moura Lins e MACEDO, Cícera Lissandra Sá Vieira. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 15, n. 4, p. 2189 – 2196, 2010.

PUCCA JÚNIOR, Gilberto Alfredo, LUCENA, Edson Hilan Gomes de e CAWAHISA, Patrícia Tiemi. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. **Braz. Oral Res.**, 24 (Spec Iss 1), p. 26 – 32, 2010.

RAMIRES, Irene e BUZALAF, Marília Afonso Rabelo. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária – cinquenta anos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 12, n. 4, p. 1057-1065, 2007.

RICE, Marilyn e CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Padrões mínimos da prática da educação em saúde – um projeto pioneiro. **Rev. Saúde Pública**, vol.23, n. 4, p.347-353, 1989. Disponível em: [HTTP://www.scielo.br/pdf/rsp/v23n4/12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v23n4/12.pdf). Acesso em 09 jul. 2011.

RONCALLI, Angelo Guisepe. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.11, n. 1, p. 105-114, 2006.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Atenção à Saúde Bucal. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.52.010b526c177b52ba2dd94818e8077f4. Acesso em 11 jun. 2011.

SANTANA, Milena Lopes e CARMAGNANI, Maria Isabel. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, vol. 10, n. 1, p. 33-53, 2001.

SANTOS, Adriano Maia dos e ASSIS, Marluce Maria Araújo. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.11, n.1, p. 53-61, 2006.

SILVA, Mônica Vasconcelos e MARTELLI, Petrônio J. L.. Promoção em Saúde Bucal para Gestantes: revisão de literatura. **Odontologia. Clín-Científic.**, vol. 8, n. 3, p. 219-224, jul-set, 2009. Disponível em: <http://www.cro-pe.org.br/revista/v8n3/4.pdf>. Acesso em 03 jun. 2011.

SILVEIRA FILHO, Antonio Dercy. A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **SB no Prog de Saúde da Família**, p. 36-43, dez, 2002. Disponível em: http://www.fop.unicamp.br/saudecoletiva/files/A_SB_no_PSF.pdf. Acesso em 03 jun. 2011.

SOUZA, Tatyana Maria Silva e RONCALLI, Angelo Giuseppe. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. . **Cad. Saúde Pública**, vol.23, n. 11, Nov, 2007.

UNFER, Beatriz e SALIBA, Orlando. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Rev. Saúde Pública**, vol. 34, n. 2, p. 190- 195, abril, 2000.

VARGAS, Andréa Maria Duarte e PAIXÃO, Helena Heloísa. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 10, n. 4, p. 1015-1024, 2005.

XAVIER, Bruno; BARROSO, Juliana Machado; MARIANI, Polyana Vieira; NASCIMENTO, Susy Carmelita Pereira do; SANTOS, Tânia Mara Ribeiro dos. A importância da inclusão do Cirurgião-Dentista na Estratégia Saúde da Família. **JOFA**, vol. 7, n.1. ISSN 1678-0507, 2007.

WIMMER, Gert Ferreira e FIGUEIREDO, Gustavo de Oliveira. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersectorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11, n. 1, p. 145- 154, 2006.