



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FABÍOLA GIRÃO MARQUES ARAUJO

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

TERESINA

2016

FABÍOLA GIRÃO MARQUES ARAUJO

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM),
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário UNINOVAFAPI como
requisito para obtenção do Título de Mestre
em Saúde da Família.

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Atuação: Formação de recursos
humanos na atenção à saúde da família.

Orientador: Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety

TERESINA

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

M357aMarques, Fabiola Girao.

Análise das Práticas Educativas em Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família/ Fabiola Girao Marques. – Teresina: Uninovafapi, 2016.

Orientador (a): Prof. Dr.Fabício Ibiapina Tapety: UNINOVAFAPI, Teresina, 2016.

96. p.; il. 23cm.

Dissertação (Pós-Graduação Stricto Sensu em Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2016.

1.Educação em Saúde. 2. Saúde Bucal. 3. Estratégia de Saúde da Família. I. Título.II. Tapety, Fabrício Ibiapina.

CDD 617.6

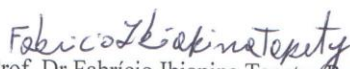
FABÍOLA GIRÃO MARQUES ARAUJO

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

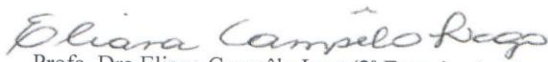
Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM),
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do Título de Mestre
em Saúde da Família.

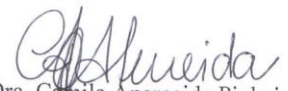
Data da Aprovação: 28/04/2016

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety (Presidente)
Centro Universitário UNINOVAFAPI


Prof. Dra. Marcoeli Silva de Moura (1ª Examinadora)
Universidade Federal do Piauí (UFPI)


Prof. Dra. Eliana Campêlo Lago (2ª Examinadora)
Centro Universitário UNINOVAFAPI


Prof. Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida (Suplente)
Centro Universitário UNINOVAFAPI

RESUMO

A educação em saúde bucal configura uma medida efetiva para prevenir, combater e até mesmo evitar que as principais doenças bucais aconteçam. Apesar disso, são poucos os estudos que investigam a realização dessas práticas na Estratégia de Saúde da Família. O objetivo deste estudo foi descrever as atividades educativas realizadas em saúde bucal no contexto da Estratégia de Saúde da Família do município de Teresina-Piauí; caracterizar o perfil profissional dos participantes do estudo, identificar, no âmbito da Saúde da Família, as dificuldades enfrentadas pelos cirurgiões-dentistas ao realizar atividades educativas em saúde bucal; verificar a existência de treinamentos ou capacitações na área de saúde bucal voltadas para educação em saúde bucal no município de Teresina; identificar o impacto das ações de educação em saúde bucal na população adstrita; verificar a disponibilidade de recursos materiais para a realização das práticas educativas; verificar se os cirurgiões-dentistas conhecem quais ações educativas devem ser realizadas, segundo as legislações existentes; elaborar um blog para auxiliar os cirurgiões-dentistas a realizar atividades educativas mais efetivas. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa realizado com cirurgiões-dentistas que exercem suas atividades na Estratégia de Saúde da Família (ESF), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) vinculadas a uma das três Regionais de Saúde que compõem a Fundação Municipal de Saúde (FMS). A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada. Nas respostas subjetivas, os aspectos relacionados ao estudo foram quantificados. Após cálculo amostral, 90 cirurgiões-dentistas participaram do estudo. Todos afirmaram que realizavam atividades educativas em saúde bucal. Entretanto, apenas 37,6% responderam alguma atividade que configurasse atividade educativa de acordo com o estabelecido nos métodos deste estudo. Desse modo, 32,2% promovem palestras, 2,5% desenvolvem rodas de conversas, 2,1% praticam atividades lúdicas e 0,8% utilizam vídeos com os pacientes. Os dados mostram que os CD ainda confundem atividades educativas com ações preventivas. Muitos dos CD entrevistados não foram capacitados para realizar este tipo de ação, nem durante a graduação, nem posteriormente. A alta prevalência de cirurgiões-dentistas que realizam atividades educativas não implica a alta qualidade destas ações, nem em uma melhora no comportamento de autocuidado da saúde bucal da população assistida. Mesmo a maioria dos entrevistados acreditarem na qualidade de suas ações educativas, muitos não possuem uma estratégia definida para realizar essa avaliação. Faz-se necessário a implementação de estratégias de educação em saúde referentes à atenção básica. Como uma dessas estratégias, foi desenvolvido um blog para orientar sobre como realizar atividades educativas em saúde bucal, compartilhar as experiências de educação na ESF e indicar legislações para se capacitar mais no assunto.

Palavras-chave: Educação em saúde. Saúde bucal. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Oral health education configures an effective measure to prevent, fight and even avoid the main oral diseases from happening. The educational programs must be organized in order to act accordingly to the social group it is intended to help; therefore, it should have an appropriate pedagogy for that group. The objective of this study was to describe the educational activities carried out in oral health when it comes to Health Family Strategy in the city of Teresina; characterize the professional profile of the study participants, identify, within the Family Health, the difficulties faced by dentists to carry out educational activities in oral health; check for training or training in oral health focused on oral health education in the city of Teresina; identify the impact of education activities in oral health in the enrolled population; check the availability of material resources for the realization of educational practices; check that the dentists know which educational activities should be carried out according to existing legislation; draw up a blog to help dentists to perform more effective educational activities. This study consists of an exploratory, descriptive, cross-sectional one with a quantitative approach to dental surgeons who work in the Health Family Strategy at primary health care units connected to one of the three Regional Health Delegations which make part of the Municipal Health Foundation of Teresina. Semi-structured interviews were employed for data collection. For the subjective answers, all aspects related to the study were quantified. 90 selected dental surgeons accepted to participate until the end of the study. All of the interviewed claimed to do educational activities about oral health. However, only 37% of those clearly stated what activities were done. Among these activities 32,2% were lectures, 2,5% were chat groups, 2,1% were recreational activities and 0,8% were videos exhibited to the patients. The data shows that the dental surgeons still have difficulties telling the difference between educational activities and preventive measures. Most of them weren't able to do these activities at graduation neither posteriorly. The high prevalence of dental surgeons who do educational activities does not imply a high quality of those activities, neither an improvement in the self-care behavior in oral health by the assisted population. It reveals the need of implementation health educational strategies in relation to basic care. A lot of dental surgeons don't have a defined strategy to evaluate their activities. As one of the educational strategies, leaflets for orientation in the appropriate ways to do educational activities in oral health were created. A blog was created like a strategy to help the dental surgeons to do their education activities in oral health, share their experiences and to indicate the legislations about this subject to enable them.

Keywords: Health education. Oral health. Health Family Strategy.

RESUMEN

La educación para la salud oral configura una medida eficaz para prevenir, combatir e incluso evitar que las principales enfermedades dentales ocurran. Los programas educativos deben ser programados para actuar de acuerdo con el grupo social al que se va a producir y por lo tanto debentener una pedagogía apropiada para este grupo. El objetivo de este estudio fue describir las actividades de educación en salud oral en el contexto de la Estrategia de Salud de Familia en la ciudad de Teresina; caracterizar el perfil profesional de los participantes en el estudio, identificar, dentro de la salud de la familia, las dificultades que enfrentan los dentistas para llevar a cabo actividades de educación en salud oral; comprobar si hay formación o de formación en salud oral se centra en la educación de la salud oral en la ciudad de Teresina; identificar el impacto de las actividades de educación en salud bucal en la población inscrita; comprobar la disponibilidad de recursos materiales para la realización de las prácticas educativas; comprobar que los dentistas saben qué actividades educativas deben llevarse a cabo de acuerdo con la legislación vigente; elaborar un blog para ayudar a los dentistas para realizar actividades educativas más eficaces. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo, transversal, con un enfoque cuantitativo para los odontólogos que realizan sus actividades en la Estrategia de Salud de la Familia en Unidades Básicas de Salud vinculadas a uno de los tres Regionales de Salud que conforman la Fundación Municipal de Salud de Teresina. La recolección de datos fue a través de entrevistas semiestructuradas. Las respuestas subjetivas, se cuantificaron en todos los aspectos del estudio. Los 90 odontólogos seleccionados estuvieron de acuerdo para completar el estudio. Todos los encuestados informaron de la realización de actividades de educación en salud oral. Sin embargo, de estos, sólo el 37% dijeron asertivamente que las actividades educativas se llevaron a cabo. De estas, 32.2% eran conferencias, 2.5% ruedas de conversaciones, 2.1% actividades recreativas y 0.8% pasan vídeos para que los pacientes los vean. Los datos muestran que los CD todavía confunden actividades educativas con acciones preventivas y/o de promoción. Muchos de los encuestados CD no fueron capaces de realizar este tipo de acciones, o durante la graduación o posterior. La alta prevalencia de odontólogos que realizan actividades educativas no implica una alta calidad de estas acciones, ni una mejora en el comportamiento de auto-cuidado de la salud bucal de la población asistida. Incluso la mayoría de los encuestados creen la calidad de sus actividades educativas, muchos no tienen un conjunto para llevar a cabo esta estrategia de evaluación. La puesta en práctica de estrategias de educación para la salud relacionadas con la atención primaria es necesario. Como una de estas estrategias, un blog fue desarrollado para orientar sobre la forma de llevar a cabo actividades educativas en salud bucal, compartir las experiencias educativas en las leyes del FSE y estatales para permitir que más de lo mismo.

Palabras clave: Educación para la salud. Salud oral. Estrategia Salud de la Familia.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACD Auxiliar em Consultório Dental

ACS Agente Comunitário de Saúde

ART Tratamento Restaurador Atraumático

ASB Auxiliar em Saúde Bucal

ATF Aplicação Tópica de Flúor

CD Cirurgião-Dentista

CIB Comissão Intergestores Bipartite

CIV Cimento de Ionômero de vidro

ESB Equipe de Saúde Bucal

FMS Fundação Municipal de Saúde

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

OPM Órtese, Prótese e Materiais

PET- SAÚDE Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde

PRÓ-SAÚDE Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSB Programa de Saúde da Família

PSE Programa Saúde na Escola

SESC Serviço Social do Comércio

SUS Sistema Único de Saúde

THD Técnica em Higiene Dental

TSB Técnico em Saúde Bucal

UBS Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
1.1	Contextualização do problema.....	8
1.2	Objetivos.....	10
1.3	Justificativa	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1	Educação em saúde	12
2.2	Atividades educativas em saúde bucal	15
2.3	Ações educativas em saúde bucal dentro da Estratégia de Saúde da Família	19
3	METODOLOGIA.....	28
3.1	Tipo de estudo.....	28
3.2	Cenário do estudo	28
3.3	Sujeitos do estudo	28
3.4	Técnica e instrumento para produção de dados	30
3.5	Análise dos dados	30
3.6	Aspectos éticos e legais	31
3.6.1	Riscos e benefícios.....	31
4	RESULTADOS	33
4.1	Manuscrito – Análise das práticas	33
4.2	Produto - blog	70
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
	REFERÊNCIAS	74
	APÊNDICES	81
	ANEXOS.....	90

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

O ato de educar ou de reeducar é capaz de transformar costumes aprendidos e adquiridos e que, com o tempo, foram reforçados e reafirmados no dia a dia. É capaz de transformar hábitos de saúde deletérios em saudáveis, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida, sendo, portanto, uma ferramenta de promoção de saúde. Entretanto, mesmo quando as ações educativas apontam quais são os hábitos inadequados e como fazer para transformá-los e proporcionar, assim, uma vida mais saudável, tentar alterá-los não é tarefa fácil. É necessário compromisso pessoal, boa vontade e muita persistência.

Educar em saúde é promover a descoberta do que se é, da consciência de existir; promover a liberdade, desenvolvendo, assim, a capacidade de escolher, de pensar e de ter um olhar crítico sobre o mundo (COSTA; CARBONE, 2009). É a educação em saúde que poderá possibilitar ao usuário a mudança de hábitos de saúde, apoiando-o na conquista de sua autonomia, constituindo-se de ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores de risco e proteção à saúde bucal (BRASIL, 2004).

A educação em saúde é um dos pilares para o desenvolvimento da assistência odontológica, tendo como foco essencialmente a transformação do saber em conhecimento. Para a efetivação desta prática, é necessária a participação do indivíduo neste processo, que emerge a partir do conhecimento da realidade pela necessidade sentida e visualização do problema, proporcionando motivação no agir que determina ação, condicionando reflexão da resposta desencadeada para resultar em nova ação que vai culminar em conscientização para transformação da realidade (BRASIL, 2008).

Um fato primordial a ser considerado é que muitos programas de educação em saúde bucal enfatizam o conhecimento e o comportamento do indivíduo, não inserindo esses conhecimentos no contexto social ou na realidade e na necessidade diária das pessoas (MARTINS; ABRANTES; MIASATO, 2008).

Outro fator importante é o tipo de formação recebida pelo Cirurgião-Dentista. Se o mesmo recebe a formação baseada na educação problematizadora, esse tem plena condição de desenvolver um bom trabalho com seus pacientes a partir dos problemas que surgirem. No âmbito da prevenção da educação em saúde bucal, não se deve simplesmente aplicar o que foi repassado, deve-se buscar alternativas para solucionar as mais variadas dificuldades que envolvem esta problemática. Esse profissional apresenta uma postura alicerçada num processo

de permanente reflexão, tornando-se capaz de proporcionar uma assistência de qualidade, holística, observando as necessidades e transformando a realidade individual de cada paciente (VIANA, 2013).

Há muita dificuldade em mudar os hábitos na população, em relação à saúde bucal, e isso ocorre porque, para a efetivação da mudança, deve haver uma aprendizagem efetiva durante o processo de educação (CHAVES, 2011). E as atividades educativas em saúde bucal vêm acontecendo de forma não linear, o que prejudica a continuidade do conhecimento e provoca um desinteresse, porque os pacientes/usuários do SUS sempre ouvem o mesmo tema, com a mesma abordagem. Então, acaba ocorrendo uma cristalização do processo de aprendizado, o que leva a mais desinteresse (FIGUEIRA; LEITE, 2008a).

Um desafio que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresentou foi a necessidade de mudança na postura dos profissionais de saúde, pois, de acordo com Moretti-Pires (2008), uma formação centrada no modelo tecnicista não garante uma assistência holística ao paciente, que inserido no contexto social, deveria ser capaz de modular a sociedade onde vive, exercendo sua cidadania com atuação coerente com as perspectivas de reorganização das práticas da conjuntura existente. Mas, apesar do Programa de Saúde da Família (PSF) se apresentar como um modelo reestruturador, verifica-se que ainda existe reprodução de métodos tradicionais de assistência (ALMEIDA; FERREIRA, 2008).

Infelizmente, há muitos obstáculos a serem vencidos para que ESF seja executada de forma adequada. A falta de uma normatização quanto a qual abordagem pedagógica utilizar nas atividades educativas, a ausência de uma definição específica de qual público-alvo é adequado para cada tipo de ação, a dificuldade de especificação do lugar em que as ações devem ser realizadas, a insuficiência de material didático, a falta de transporte suficiente, de capacitação profissional e, até mesmo, a deficiência na formação acadêmica dos cirurgiões-dentistas para realizar estas atividades dificultam a operacionalização das ações. Muitos profissionais planejam e realizam atividades para as quais não foram treinados e, muitas vezes, sentem-se despreparados.

Como hipótese deste estudo, levantou-se a possibilidade de que os cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família no município de Teresina não estão conseguindo realizar, de forma eficiente, ações educativas em saúde bucal, mesmo tendo ocorrido uma mudança de paradigma nas diretrizes assistenciais em odontologia, saindo de uma odontologia eminentemente curativa, para uma odontologia focada na promoção em saúde. Assim, a realização deste estudo justifica-se pela carência de dados na literatura atual referentes às ações educativas que são realizadas pelos profissionais da saúde bucal da ESF.

1.2 Objetivos

- Descrever as atividades educativas realizadas em saúde bucal no contexto da Estratégia de Saúde da Família do município de Teresina.
 - Caracterizar o perfil profissional dos participantes do estudo
 - Identificar, no âmbito da Saúde da Família, as dificuldades enfrentadas pelos cirurgiões-dentistas ao realizar atividades educativas em saúde bucal;
 - Verificar a existência de treinamentos ou capacitações na área de saúde bucal voltadas para educação em saúde bucal no município de Teresina;
 - Identificar o impacto das ações de educação em saúde bucal na população adstrita;
 - Verificar a disponibilidade de recursos materiais para a realização das práticas educativas;
 - Verificar se os cirurgiões-dentistas conhecem quais ações educativas devem ser realizadas, segundo as legislações existentes;
 - Elaborar um blog para auxiliar os cirurgiões-dentistas a realizar atividades educativas mais efetivas.

1.3 Justificativa

A educação é capaz de transformar as pessoas, modificar seus costumes e melhorar seus hábitos não saudáveis. As atividades educativas são o meio que os profissionais possuem para trabalhar a educação em saúde. Essas ações, no âmbito da saúde bucal, ajudam na prevenção da maioria das doenças bucais, possibilitam a detecção precoce de doenças que já iniciaram seu curso e aumentam a possibilidade de cura ainda na atenção básica em saúde.

Na Estratégia de Saúde da Família, não há um protocolo definido sobre quais atividades educativas devem ser, obrigatoriamente, realizadas no campo da Odontologia. Esta falta de detalhamento faz com que muitos dentistas não realizem atividades educativas, confundam o que é atividade educativa com atividade preventiva ou até mesmo nem as realize de forma a produzir efeitos positivos na comunidade.

Dessa forma, a ausência de estudos referentes às ações de educação em saúde praticadas pelos cirurgiões-dentistas (CD), no município de Teresina, estimula e justifica a proposta de realizar um estudo que investigue, de forma precisa, quais práticas educativas em saúde bucal estão sendo realizadas e se estas estão sendo efetivas, para que, com o

conhecimento do problema, seja possível encontrar uma solução coerente que determine que ação poderá trazer benefícios para atuação no cotidiano e, por sua relevância, levará o Cirurgião-Dentista, inserido no contexto da Estratégia de Saúde da Família, a procurar formas de atualização que os habilite a realizar, de forma mais adequada, atividades educativas em saúde bucal.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Educação em saúde

Educar é muito mais que atitudes e técnicas educativas ou conteúdos importantes a serem aprendidos (VASCONCELOS, 2008). O educador deve mostrar o que sabe e, ao mesmo tempo, estar atento ao que não sabe, ao novo. Deve mostrar a complexidade do aprender, sua ignorância, as suas dificuldades e deve ensinar aprendendo a relativizar, a valorizar a diferença, a aceitar o provisório. Aprender é passar da incerteza a uma certeza provisória que dá lugar a novas descobertas e a novas sínteses (MORAN, 2007).

Freire (2001) afirma que a postura do educador deve ser consciente, pois somos intelectuais transformadores, formadores de opinião e, assim sendo, temos a obrigação de estimular o pensamento crítico em nossos educandos, assumindo assim uma opção política de forma coerente. O fim da ação educativa é desenvolver, no indivíduo e no grupo, a capacidade de analisar criticamente a sua realidade; de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações; de organizar e realizar a ação, e de avaliá-la com espírito crítico (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1997).

O trabalho educativo envolve práticas e relações entre sujeitos, baseadas no reconhecimento da autonomia e da singularidade desses diferentes agentes, sejam estes profissionais, pacientes ou parceiros, e na abertura para o diálogo. O processo de avaliação destas atividades educativas também deve ser lembrado e tem que desenvolver mecanismos que permitam levar em conta os diferentes pontos de vista, possibilitando o envolvimento de todos nos processos decisórios por ele desencadeados (SESC, 2007).

A educação em saúde é um processo que induz à mudança de comportamento relativo à saúde e esse processo deve ser não somente individual, mas também coletivo, com vistas à promoção de informações e motivação de hábitos que mantenham a saúde e previnam as doenças (MIRANDA et al., 2000). O conceito de saúde, então, envolve muito mais do que o corpo. As pessoas têm experiências, valores e expectativas que conferem ao processo saúde-doença uma complexidade que está para além da determinação biológica (SESC, 2007).

A educação em saúde constitui um processo destinado a manter e elevar o nível de saúde da população e, ao mesmo tempo, reforça a manutenção de hábitos positivos de saúde. Educação em saúde pode ser definida como práticas sociais que se estabelecem entre sujeitos (profissionais e usuários) que atuam em instituições de saúde, conscientes ou não da função educativa desenvolvida (VERAS et al., 2003).

As ações educativas são práticas inerentes ao projeto assistencial de saúde e situam-se em todos os níveis de atenção, na perspectiva de empoderamento e emancipação das pessoas para atuar nos aspectos fundamentais de sua vida (REZENDE, 2011).

É indispensável que o educador contribua para a formação do educando como um cidadão crítico, reflexivo e transformador da realidade, e deixe de lado a mera função de transmissor de conhecimentos (PEREIRA; PEIXE; STARON, 2010).

É preciso alertar os profissionais para a necessidade de repensar as estratégias prestadas meramente na transmissão de informações, pois estas só terão sentido na vida das pessoas se forem constituídas de particularidades presentes em seus contextos sociais e familiares (MASSONI et al., 2010).

A opção metodológica das atividades educativas deverá ser baseada na participação real e na problematização, buscando a aprendizagem a partir do confronto com situações reais no contexto de vida das pessoas e dos grupos. Também se deve veicular informações científicas atualizadas sobre saúde e os temas das ações educativas deverão refletir necessidades, sentimentos e interesses da clientela (SESC, 2007).

Infelizmente, as estratégias educativas em saúde ainda não passam da superfície do problema, é necessário avançar no trabalho educativo, abrindo espaço para a discussão dos temas de saúde e não apenas transmitir informação. É preciso ultrapassar o paradigma ancorado na abordagem higienista e individualista da prevenção para construir métodos mais dialógicos e construtivistas, que substituam a atitude normativa e modeladora de comportamento pela atitude emancipatória, valorizando a interação entre pares, a reflexão, o protagonismo dos discentes e a busca de parcerias para viabilizar a continuidade dos programas implantados (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004).

A educação em saúde tem como objetivo criar vínculos entre a ação do profissional de saúde e o pensar/fazer cotidiano da população, visa capacitar indivíduos e/ou grupos para assumir e melhorar suas condições de vida. A ação deve ser estimulativa, com vistas a levar o indivíduo a participar do processo educativo; exercitativa, condição para aquisição e formação de hábitos, assim como para a assimilação, construção e reconstrução de experiências; orientadora, com enfoque nos aspectos de liberdade, autoridade, autonomia e independência; didática, que se responsabiliza pela transmissão e veiculação dos conhecimentos e terapêutica para permitir retificar os eventuais descaminhos do processo educativo (VERAS et al., 2003).

Para Moura et al. (2013), tradicionalmente, o estado da arte da educação realizada pelos profissionais de saúde tem sido sinônimo de atividades de transmissão – ainda que não intencional – autoritária e normatizadora de conhecimentos, desvinculadas dos modos de

andar a vida da população usuária. Propostas emancipatórias de educação popular, que têm como premissa o fato de a educação não ser considerada “o dizer aos homens o que é importante, mas facilitar as condições, para que eles mesmos vejam a importância das coisas”, e que funcionam como instrumentos de promoção de saúde, não são hegemônicas no cotidiano das equipes. As atividades educativas dependendo do modo como são conduzidas podem, pela oportunidade que proporcionam de ativar mudanças, atitudes, hábitos e comportamentos, trazer benefícios que culminam na melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Para Costa e Carbone (2009), o que mais importa para a Educação em Saúde é remeter o cidadão e sua comunidade ao reconhecimento de seu próprio potencial transformador, colaborando na construção e desconstrução de valores. Dividem-na em: Educação Continuada e Educação Popular. A Educação Popular tem a finalidade de construir a autonomia do cidadão e fazer do paciente sujeito e não apenas objeto da atenção médica no processo de cura. Já a Educação Continuada dos profissionais de saúde visa à formação de um olhar crítico sobre o mundo e de uma postura reflexiva com relação ao processo saúde-doença.

A abordagem educativa deve ser realizada de forma a conseguir apresentar técnicas de Educação Popular e avaliar o seu potencial enquanto instrumento de conscientização sobre os cuidados com a saúde do indivíduo e da família (BRASIL, 2011).

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2006).

A ausência de efetivas propostas de educação permanente, exclusão do CD e dos profissionais da saúde bucal de nível médio, das capacitações existentes para os outros profissionais nos serviços de saúde, e a própria tendência ao (auto) isolamento da Odontologia dentro da equipe multiprofissional são aspectos que não passam despercebidos e agravam o modo como os profissionais realizam seu papel dentro da

estratégia saúde da família, ainda e, infelizmente, com a priorização hegemônica do atendimento clínico cirúrgico-restaurador-mutilador (MOURA et al., 2013).

A discrepância existente entre a formação dos profissionais e a realidade do sistema de saúde é cada vez maior e mais grave. De acordo com Falcón et al. (2006), de um lado, estão os saberes transmitidos pelos centros de ensino, que são divididos e compartimentados, de outro, estão os problemas ou realidades cada vez mais globais, transversais e multidisciplinares, prevalecendo, no mercado de trabalho, a carência de profissionais que saibam agir, tomar decisões e com qualidades diferenciadas, para solucionar problemas que surgirem no cotidiano da prática de saúde.

2.2 Atividades educativas em saúde bucal

A dimensão educativa deve estar presente em todos os momentos da atenção em saúde bucal, sendo operacionalizada como processo e valorizada como parte integrante do tratamento odontológico por todos os membros da equipe (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1997).

Há uma necessidade de mudança dos espaços de trabalho, na realização de promoção e prevenção da saúde bucal, com ênfase em atividades coletivas e educacionais, na abordagem e participação comunitária, na simplificação e racionalização da prática odontológica e na desmonopolização do saber com incorporação de pessoal auxiliar (BRASIL, 2008).

Segundo Rodrigues et al. (2011), deve ser mais valorizada a importância de programas odontológicos educativos, que levantam e interpretam as necessidades das populações de menor acesso aos serviços de saúde odontológicos. 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 educação em saúde bucal deve fornecer instrumentos para fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos. Sua finalidade é difundir elementos, respeitando a cultura local, para que possam contribuir com o empoderamento dos sujeitos coletivos, tornando-os capazes de autogerirem seus processos de saúde-doença, sua vida, com vistas à melhoria da sua qualidade de vida (BRASIL, 2008).

Segundo Figueira e Leite (2008a), a educação assume um papel de destaque na obtenção de bons níveis de saúde bucal, favorecendo o desenvolvimento de uma consciência

crítica nos indivíduos e comunidades sobre as causas de seus problemas, despertando o interesse e a responsabilidade pela manutenção da saúde e criando prontidão para atuarem no sentido da mudança. E essas atividades devem ser iniciadas na infância, principalmente com crianças em idade escolar, dentro do ambiente da escola.

As ações em Educação em Saúde Bucal devem ser realizadas de forma simples, com baixos custos, devendo alcançar as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os domicílios e também os espaços coletivos. Elas devem priorizar o despertar de uma consciência preventiva, à medida que as noções de autocuidado são transmitidas, estimulando e promovendo a transformação de hábitos e atitudes indesejáveis ou prejudiciais à saúde, ou seja, favorecendo a saúde (CHAVES, 2011). As escolas, as creches, os asilos e os espaços institucionais são locais preferenciais para esse tipo de ação, não excluindo qualquer outro espaço no qual os profissionais de saúde, como cuidadores, possam exercer atividades que estimulem a reflexão para maior consciência sanitária e apropriação da informação necessária ao autocuidado (BRASIL, 2004).

Antes de iniciar qualquer atividade educativa em saúde bucal, a equipe de planejamento deve observar algumas questões fundamentais, como o que importa na decisão e na motivação das pessoas para cuidarem da sua saúde bucal, se isso é igual para todos, se é possível encontrar um motivo-padrão que influencie ou intervenha da mesma maneira no processo saúde-doença dos diferentes indivíduos, se dá pra se fazer recomendações gerais sem discutir o que está implicado na determinação desse processo, sem conhecer como os diferentes fatores influenciam e como são tratados pelas pessoas com suas peculiaridades, histórias de vida, composição familiar e demais aspectos de seu contexto de vida (SESC, 2007).

Na maioria das vezes, a mudança de hábito é muito difícil de ser atingida em virtude de influências sociais, culturais e governamentais que ocasionam uma verdadeira inversão de valores. Para o Cirurgião-Dentista conseguir promover a educação, faz-se necessária a utilização de estratégias e métodos adequados de motivação e, principalmente, reforço das informações (ARCIERI et al., 2013).

Rodrigues et al. (2011) relata a importância da frequência na educação em saúde bucal nas comunidades, para fortalecimento da autonomia dos indivíduos, proporcionando assim uma melhoria sobre a saúde bucal. A continuidade da motivação é a responsável pela sedimentação dos conhecimentos, caso contrário de nada adiantarão os esforços iniciais, que provavelmente se perderão com o tempo (ARCIERI et al., 2013). A base dessa ação educativa é o conhecimento progressivo das pessoas atendidas, possibilitado pela escuta atenta e

interessada, de forma a desenvolver um vínculo de respeito e da confiança mútua, possibilitando a coparticipação no processo de resolução dos problemas identificados (SESC, 2007).

Segundo Figueira e Leite (2008b), especificamente sobre os programas educativos destinados ao público infantil, não se deve limitar a transmitir informações para os pais sobre cuidados com a saúde bucal das crianças nem realizar ações que estimulem os responsáveis a adotarem comportamentos saudáveis. Para que as ações educativas sejam constituídas de significado e sejam capazes de mobilizar os indivíduos, devem relacionar-se com as necessidades da população para a qual se destinam e levar em consideração o seu contexto social, cultural e econômico.

De acordo com Almeida e Ferreira (2008), a educação em saúde está sendo pouco descrita nos estudos e há um direcionamento dos estudos preventivos para escolares. As atividades de promoção em saúde mais realizadas são: aplicação tópica de flúor e orientações de higiene bucal, seguida da realização de escovação dental supervisionada. As orientações de higiene bucal, por sua vez, consistem em orientações verbais sobre como escovar os dentes e como usar fio dental, sendo o macromodelo utilizado como instrumento auxiliar de demonstração.

Para Oliveira et al. (2015), a educação em saúde, como prática social voltada para o coletivo, representa uma importante oportunidade de ampliar a atuação das práticas de promoção da saúde bucal, especialmente em espaços públicos, tais como a escola. No Brasil, a cooperação entre os setores de Saúde e Educação tem resultado em uma potencialização das ações educativas em saúde nos espaços institucionais, a partir da criação de material didático-informativo, inclusão de temas transversais e disseminação da proposta da escola como espaço social. Considera-se ainda a criação e a implementação de algumas iniciativas, tais como a de Escolas Promotoras de Saúde que visa o desenvolvimento humano saudável, considerando as interfaces do espaço escolar. Além disso, desde 2007, a partir da criação do Programa Saúde na Escola, o governo federal tem contribuído para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Sempre observando o respeito às características individuais dos escolares, além de outros fatores, no processo de “alfabetização em saúde” para impactar não apenas no acesso, mas também em mudanças de comportamentos e no estado de saúde dos indivíduos.

Preferencialmente, as ações educativas e preventivas são realizadas com grupos de pessoas e, por isso, usam os espaços sociais (creches, escolas, locais de trabalho, comunidade) e espaços da unidade de saúde. As crianças em idade pré-escolar e escolar podem ser alvo

dessas ações, pelo impacto de medidas educativas e preventivas nessa faixa etária e pela importância da atuação na fase de formação de hábitos. Outros grupos podem ser definidos localmente, de acordo com risco, dados epidemiológicos ou critérios locais (BRASIL, 2006).

A escola se destaca como local ideal para o desenvolvimento de programas educativo-preventivos, por agregar todas as crianças, incluindo até as que, por algum motivo, não têm acesso aos cuidados profissionais particulares (ARCIERI et al., 2013).

Para despertar um maior interesse das crianças nas atividades educativas, Figueira e Leite (2008a) sugerem que elas devem ser prazerosas, sendo o lúdico um facilitador desse processo. Por meio da brincadeira, a criança conhece o mundo que a rodeia, constrói significados, assimila os papéis sociais, o entendimento das relações afetivas e a construção do conhecimento. O uso de jogos, brincadeiras, teatro e arte proporcionam momentos de vivência, troca de experiências, criação de conflitos, a ressignificação do que vivem e sentem, para então assimilarem seus conhecimentos. Assim, as crianças passam a ser agentes do processo educativo e não mais apenas receptoras de informações.

A educação em saúde bucal para crianças é fundamental para a diminuição do risco à cárie dentária desta população, pois esta pode evoluir rapidamente, afetando de forma imediata a qualidade de vida da criança e de seus familiares. Nessa fase da vida, as constantes mudanças no ambiente bucal e a facilidade de aprendizagem acarretam a modificação de hábitos errôneos (GARBIN et al., 2009).

De acordo com Cardoso e Gonçalves (2002), não somente a cárie deve ser enfocada nas ações educativas, mas também os traumatismos dentários, muito frequentes em crianças e adolescentes, os problemas de maloclusões e fonoaudiológicos, em decorrência de hábitos de sucção inadequados e também a doença periodontal. As maiores deficiências de educação relacionam-se à doença periodontal e este fato pode ser explicado porque não há continuidade das atividades educativas durante diversas fases da vida e o conhecimento sobre a doença periodontal não é estabelecido (FIGUEIRA; LEITE, 2008b).

As duas doenças mais prevalentes em Odontologia são a cárie dentária e as doenças periodontais e, apesar de serem preveníveis ou passíveis de controle, e de as medidas necessárias para isso serem relativamente simples, verifica-se que os objetivos de uma melhor saúde bucal, em nível populacional, não são alcançados. Isso porque a prevalência e a incidência dessas patologias vêm associadas a condições sociais, econômicas, políticas e educacionais e não apenas como resultado de interações biológicas na placa bacteriana dentária (UNFER; SALIBA, 2000).

Segundo Martins, Abrantes e Miasato (2008), um ambiente saudável incentiva as pessoas a agirem como agentes transformadores da realidade em benefício de suas próprias vidas, mas, apesar disso, muitos programas de educação em saúde bucal enfatizam o conhecimento e o comportamento do indivíduo, não inserindo, no entanto, esses conhecimentos no contexto social ou na realidade e na necessidade diária das pessoas.

2.3 Ações educativas em saúde bucal dentro da Estratégia de Saúde da Família

O Ministério da Saúde (MS) vem reorientando o modelo assistencial a partir da Atenção Básica, imprimindo uma nova dinâmica para a consolidação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007), é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados (BRASIL, 2006).

A Saúde da Família é a estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar esta Atenção Básica e tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade –, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2007).

As atividades realizadas nos serviços de saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF) têm como foco principal a substituição do modelo tradicional de assistência e a reorganização da prática de atenção à saúde em novas bases. Além de seguir os princípios do SUS, deve-se levar a saúde para mais perto das famílias e melhorar sua qualidade de vida. Há ênfase em práticas não convencionais de assistência e grande peso dado às atividades de prevenção e promoção, como forma de reorganização e antecipação da demanda, ao trabalho não médico, e à educação em saúde (BRASIL, 2002).

A equipe de saúde bucal, inserida em 2001 no contexto do Programa de Saúde da Família (PSF), apresenta-se como parte integrante e importante para a saúde da população. A Política Nacional de Saúde Bucal propõe a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção em saúde, inclusive as de educação em saúde, de higiene bucal supervisionada e

de aplicações tópicas de flúor. Essas ações estão diretamente relacionadas ao papel do Cirurgião-Dentista como ator desse processo (ALMEIDA; FERREIRA, 2008).

As Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na ESF podem ser formadas pelo Cirurgião-Dentista (CD) e pelo Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), sendo denominada de equipe modalidade I, ou pelo CD, ASB e TSB, denominada de equipe modalidade II. No entanto, uma minoria de equipes de saúde bucal no Brasil é da modalidade II (SANGLARD-OLIVEIRA et al., 2013).

A Odontologia no Programa de Saúde da Família recebeu maior estímulo a partir da criação de uma política específica para a Odontologia, denominada Brasil Sorridente e lançada em março de 2004. Essa política ampliou sobremaneira a capacidade e a qualidade de atendimento, por meio de incentivos globais às Equipes de Saúde Bucal; da implantação de laboratórios de prótese em todo o país, disponibilizando prótese dentária na rede de assistência básica, ampliando e qualificando a atenção básica; e da inclusão de insumos odontológicos na farmácia básica do Programa de Saúde da Família (FARIAS; SAMPAIO, 2011).

Essa proposição feita pelo Ministério da Saúde das diretrizes para uma Política Nacional de Saúde Bucal e de sua efetivação, por meio do Brasil Sorridente, tem, na Atenção Básica, um de seus mais importantes pilares. Organizar as ações no nível da Atenção Básica é o primeiro desafio a que se lança o Brasil Sorridente, na certeza de que sua consecução significará a possibilidade de mudança do modelo assistencial no campo da saúde bucal (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica tem como um de seus fundamentos efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2008).

Recomenda a ampliação do acesso a ações coletivas de promoção de saúde envolvendo as famílias. As ações coletivas devem ser executadas, preferencialmente, pelo pessoal auxiliar, de forma a potencializar o trabalho do dentista em relação às atividades clínicas. A abordagem coletiva pode incluir os seguintes procedimentos: exame epidemiológico, educação em saúde bucal, escovação dental supervisionada, entrega de escova e dentifrício fluoretado e, sempre que possível, de fio dental e aplicação tópica de flúor (ATF) (BRASIL, 2006).

A definição do campo da prática das Equipes Saúde Bucal na Atenção Básica extrapola, e muito, os limites da boca, o que exige na composição que suas ações integrem diferentes áreas de conhecimento (BRASIL, 2008).

Os conteúdos de educação em saúde bucal devem ser pedagogicamente trabalhados, preferencialmente de forma integrada com as demais áreas. Poderão ser desenvolvidos na forma de debates, oficinas de saúde, vídeos, teatro, conversas em grupo, cartazes, folhetos e outros meios (BRASIL, 2004).

Brasil (2008) ressalta a importância da revisão das práticas pedagógicas, em se tratando de abordagem para educação de adultos e jovens que difere da educação para crianças. Durante as atividades educativas em saúde bucal, deve-se observar o respeito à individualidade, à cultura local, a linguagem popular utilizada, a contextualização nas diversas realidades, a ética, a autopercepção de saúde bucal, a reflexão sanitária (o processo de educação em saúde deve capacitar os usuários para participar das decisões relativas à saúde) e o uso de metodologias adequadas a cada situação e a cada grupo etário.

A efetivação das ações da Atenção Básica depende, também, de uma sólida política de educação permanente, capaz de produzir profissionais com habilidades e competências que lhes permitam compreender e atuar no SUS com competência técnica, espírito crítico e compromisso político (BRASIL, 2006).

De acordo com Moura(2013), a falta de uma formação acadêmica que valorize e oportunize conhecimentos, atitudes e práticas sobre diversos campos da saúde coletiva, são problemas que comprometem sobremaneira a saúde bucal na ESF.

Este processo representa um desafio que pode ser ultrapassado por despertar no profissional o desenvolvimento de um trabalho com estabelecimento de relação com o ambiente em que está inserido, com ações que determinem o senso crítico-analítico, porém, essa realidade requer das instituições formadoras a implementação de atitudes que reorientem o exercício de práticas e de saberes com competências e habilidades necessárias, dissociando do modelo de ensino com conteúdos fracionados e simplificados (VIANA, 2013).

É importante viabilizar o desenvolvimento de estratégias educativas, como a reflexão crítica e a atitude problematizadora por promover a valorização do saber, dando instrumentos para a transformação da realidade na qual está inserido. Gradativamente, a pedagogia das escolas vem sendo substituída, bem como os currículos modificados, em razão das diretrizes nacionais e para preparar profissionais críticos, capazes de enfrentar os desafios que lhes forem imputados nas práticas educativas (ARESTRUP; TAVARES, 2008).

Prado (2006) relata que esse contexto representa um desafio para as instituições formadoras, por requerer uma análise aprofundada das concepções pedagógicas em estreita relação com as práticas, nos vários cenários de aprendizagem que envolvemos serviços de saúde e estas instituições.

Para concretizar essa nova prática, é importante a presença de um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade, capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, que envolva ações que possam promover a qualidade da assistência (GEUS et al., 2011).

Freitas, Calvo e Lacerda (2012) mostram que, apesar das mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do país, instituídas em 2002, continua prevalecendo a visão de que, para os professores de Odontologia, ensinar para o SUS é um empobrecimento de seus objetivos como educadores. Morita e Kriger (2004) indicam que a adesão ao perfil de ensino odontológico centrado em serviços continua dependendo da motivação ideológica de alunos e professores.

Segundo Viana (2013), o profissional que possui uma formação voltada para a saúde pública, formação essa que o possibilite o desbravar de novos caminhos que norteiam seu processo de trabalho, está mais preparado para enfrentar os desafios de realizar ações educativas em saúde bucal. Sua educação deve ser contínua e capaz de transformar a realidade em que a comunidade assistida está inserida. Apesar das lutas na reorientação dessa prática educativa, ele deve sempre ir atrás da construção de saberes que possam melhorar suas ações.

Historicamente, as práticas da Saúde Bucal no Setor Saúde indicam que ela foi desenvolvida a distância, sendo feita praticamente entre quatro paredes, restrita à prática do cirurgião dentista com seu equipamento odontológico. Atualmente, a incorporação das ações de Saúde Bucal pelas Equipes da Família visa transpor esse modelo de organização e prática anterior, sendo altamente desafiador e difícil, na medida em que procura integrar a prática dos profissionais da equipe (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde estabelece como conteúdo para as ações educativas coletivas em saúde bucal: as principais doenças bucais (como se manifestam e como se previnem); a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentífrico fluoretado, do uso do fio dental; os cuidados a serem tomados para evitar a fluorose; as orientações gerais sobre dieta; a orientação para autoexame da boca; os cuidados imediatos após traumatismo dentário; a prevenção à exposição ao sol sem proteção; e a prevenção ao uso de álcool e fumo (BRASIL, 2008).

Entretanto, as atividades educativas ainda ficam em segundo plano porque são muitas escolas a visitar, poucos recursos humanos, há necessidade de se cumprir uma meta de produção de procedimentos coletivos, o processo educativo não ocorre de forma progressiva e se caracteriza por uma repetição dos mesmos assuntos e metodologia, devido ao espaçamento entre uma visita e outra, o que contribui para a extinção do comportamento ensinado (FIGUEIRA; LEITE, 2008a). Outro problema é que o contato dessa população com o dentista não é frequente e ocorre, muitas vezes, em situações de emergência, quando as ações educativas, usualmente, não se estabelecem (FIGUEIRA; LEITE, 2008b).

É sabido que as ações de educação em saúde devem ser parte das atribuições comuns a todos os membros da equipe de saúde bucal, mas os profissionais auxiliares podem ser as pessoas ideais para conduzir o trabalho nos grupos. O Agente Comunitário de Saúde tem papel relevante na divulgação de informações sobre saúde bucal, devendo a equipe de saúde bucal orientar o seu trabalho (BRASIL, 2008).

As atividades educativas podem ser desenvolvidas pelo Cirurgião-Dentista (CD), técnico em higiene dental (THD), pelo auxiliar de consultório dentário (ACD) e pelo agente comunitário de saúde (ACS), especialmente durante as visitas domiciliares. Mas, as ações devem ser feitas, preferencialmente, pelo THD, pelo ACD e pelo ACS. Compete ao CD planejá-las, organizá-las, supervisioná-las e avaliá-las, sendo, em última instância, o responsável técnico-científico por tais ações. É importante que o trabalho do CD não se restrinja apenas à sua atuação no âmbito da assistência odontológica, limitando-se exclusivamente à clínica, mas sugere-se cautela no deslocamento frequente deste profissional para a execução das ações coletivas (BRASIL, 2004).

A programação das ações educativas deverá resultar da parceria das equipes das Atividades Educação em Saúde e Assistência Odontológica, num processo de planejamento participativo que estimule a reflexão acerca dos interesses, necessidades e demandas da clientela, afim que sejam propostos programas e ações em conformidade com as prioridades identificadas e com os recursos locais. A dimensão educativa deve, assim, estar presente em todos os momentos da atenção em saúde bucal, sendo operacionalizada como processo e valorizada como parte integrante do tratamento odontológico por todos os membros da equipe (SESC, 2007).

O planejamento das ações educativas deve ser feito em conjunto com a equipe de saúde, principalmente em relação às ações propostas por ciclo de vida, condição de vida, e por fatores de risco comum para várias doenças. A presença do Cirurgião-Dentista é importante em momentos pontuais. Assim, as ações serão planejadas e definidas após uma observação e

discussão prévias com a população-alvo, contextualizada dentro de sua cultura, costumes familiares e sociais, estrato econômico e político e então realizadas na prática (BRASIL, 2008).

A portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, define as competências específicas dos trabalhadores de saúde bucal, que atuam na atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família que, em relação à educação em saúde bucal, são:

- Atribuições comuns a todos os profissionais de saúde bucal da ESF: estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal.
- Atribuições do Cirurgião-Dentista: coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais e contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF.
- Atribuições do Técnico em Higiene Dental (THD): realizar, sob a supervisão do Cirurgião-Dentista, procedimentos preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidênciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento, realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidênciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados.
- Atribuições do Auxiliar de Consultório Dentário (ACD): realizar procedimentos educativos e preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como evidênciação de placa bacteriana, orientações à escovação com o uso de fio dental sob acompanhamento do THD, realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidênciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e em espaços sociais identificados.
- Atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde (ACS): desenvolver ações de promoção de saúde bucal e de prevenção das doenças neste âmbito mais prevalentes no seu território de atuação, identificar espaços coletivos e grupos sociais para o desenvolvimento das ações educativas e preventivas em saúde bucal.

Dentre as atividades exercidas pelos dentistas no PSF estão as ações preventivas e educativas. Estes, independentemente do tempo de formados, na maioria das vezes, não estão preparados para essas atividades, realizando-as de maneira inadequada. A população reage

imediatamente, ávida pelo tratamento curativo, resistindo a cada palestra, a cada reunião(ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006).

É preciso esclarecer que as nomenclaturas antes utilizadas para denominar os termos Técnico de Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) foram alteradas pela Resolução nº 85/2009 do Conselho Federal de Odontologia que passaram a ser denominadas TSB (Técnico em Saúde Bucal) e ASB (Auxiliar de Saúde Bucal) (PERES et al., 2013).

A Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008, regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e no seu Art. 5º redefine como competências do Técnico em Saúde Bucal, em relação à educação em saúde bucal: sempre sob a supervisão do Cirurgião-Dentista, participar do treinamento e capacitação de Auxiliar em Saúde Bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde; participar das ações educativas, atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais; participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do Cirurgião-Dentista (BRASIL, 2008).

Para Sanglard-Oliveira et al., 2013, TSB têm a função de participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família, identificar as necessidades e as expectativas da população em relação à saúde bucal, estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal, organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do SUS, sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde, programar e realizar visitas domiciliares, de acordo com as necessidades identificadas, e desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal.

Brasil (2006) diz que as ações educativas no nível coletivo são feitas com enfoques diferentes de acordo com cada grupo: atividades educativas voltadas para a população como um todo (porque existem fatores de risco comuns a várias doenças, tais como tabagismo, alcoolismo, exposição ao sol sem proteção e dieta inadequada, entre outros, e que devem ser abordados em conjunto no nível da equipe de saúde, de forma multiprofissional), atividades educativas voltadas a grupos e espaços sociais (identificar no território possíveis grupos para serem trabalhados a partir de critérios de risco, possibilidade de atuação e recursos disponíveis), atividades educativas em grupos operativos na unidade de saúde (grupos

formados para a problematização das questões de saúde bucal, integração e a democratização do conhecimento a partir de um encaminhamento individual). Nesses grupos, devem ser trabalhadas minimamente a causalidade dos agravos, formas de prevenção, a revelação de placa e a escovação supervisionada, atividades educativa com as famílias (incluir as atividades educativas na rotina do trabalho dos agentes comunitários de saúde e da Equipe Saúde da Família, a partir de critérios de risco ou da identificação do núcleo familiar como um fator determinante no processo saúde-doença), atividades educativas com indivíduos (realizada em todas as etapas do tratamento, de forma particularizada, para atender a necessidades individuais, visando à autonomia no cuidado).

As atividades educativas também podem ser realizadas como parte do tratamento de algumas doenças bucais como: cárie, doença periodontal, gengivite, periodontite, câncer de boca, traumatismos dentários, fluorose dentária e má oclusão (BRASIL, 2008).

Há uma grande deficiência nas atividades educativas relacionadas à doença periodontal. Uma explicação para este fato está no maior enfoque dado às informações relativas à cárie nos programas ou meios de comunicação que se destinam ao processo educativo em saúde bucal. Contribui para este enfoque limitado dos programas educativos a eleição das crianças como seu público alvo exclusivo, priorizando-se informações sobre a patologia bucal de maior prevalência na infância, a cárie dentária. Como, geralmente, não há uma continuidade das atividades educativas durante as diversas fases da vida, o conhecimento sobre a doença periodontal não é estabelecido (FIGUEIRA; LEITE, 2008b).

Atividades educativas em saúde bucal são ações eficientes na prevenção de doenças bucais, são fáceis de ser realizadas e possuem um baixo custo. Entretanto, se não forem realizadas de forma adequada à realidade da comunidade, não surtem o resultado desejado, ou seja, não são apreendidas de modo a produzir conhecimento e autonomia em relação aos cuidados com a saúde da comunidade (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004).

A abordagem pedagógica mais utilizada em atividades educativas é a da transmissão de conhecimentos e esta, dificilmente, consegue educar a população de forma a transformar seus hábitos. Esta é a principal dificuldade que os profissionais encontram ao trabalhar a educação em saúde (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1997).

De acordo com Almeida e Ferreira (2008), a palestra foi a principal forma de realização de ações educativas em escolas e, de forma menos incipiente, emergiram realização de teatros e rodas de conversação como as formas menos citadas de se efetuar educação em saúde nos grupos.

A educação em saúde, como prática social voltada para o coletivo, representa uma importante possibilidade de ampliar a atuação das práticas de promoção da saúde bucal no espaço público. 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; PEREIRA; CYRINO, 2004).

Dentro do Programa da Saúde da Família, as atividades educativas em saúde bucal são cotidianas, porém, existem muitas dificuldades enfrentadas durante sua realização, como a falta de apoio material e incentivo político da gestão. Esta carência de apoio e falta de prioridade na educação faz com que as atividades, muitas vezes, tornem-se improvisadas, mal assimiladas e pouco articuladas às reais necessidades da população (GONDIN et al., 2006).

As atividades educativas dependendo do modo como são conduzidas podem, pela oportunidade que proporcionam de ativar mudanças, atitudes, hábitos e comportamentos, trazer benefícios que culminam na melhoria da qualidade de vida das pessoas. As orientações de higiene oral, o maior acesso ao atendimento odontológico e as visitas domiciliares são as melhorias consideradas de maior importância para a população com a implantação do Programa Saúde Bucal (PSB) em um distrito do Pará (MOURA et al., 2013).

Muitos que trabalham na área da educação em saúde encontram dificuldades como: recomendação de práticas diferentes por instituições diferentes e relacionadas a uma mesma ação que se espera da população; recomendação de práticas com barreiras socioeconômicas ou culturais que dificultam e/ou restringem a sua execução; despreocupação com o universo conceitual da população, achando que tudo depende da transmissão do conhecimento técnico. Portanto, deve-se propiciar condições para que o processo educativo aconteça e, para isso, tem que ficar muito claro o que se entende por educação (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1997). O trabalho educativo é um importante componente da atenção à saúde, pressupõe troca de experiências e um profundo respeito às vivências e à cultura de cada um. Possui um potencial revolucionário, sendo capaz de, quando bem realizado, traduzir-se em resultados incomensuráveis para a promoção de uma vida saudável (BRASIL, 2000).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, uma vez que esta metodologia permite avaliar associações entre as exposições e o desfecho estudado, por meio do cálculo da razão de prevalências.

As pesquisas exploratórias objetivam possibilitar uma melhor investigação sobre a problemática da pesquisa, proporcionando maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, além do aprimoramento ou descoberta de ideias ou de intuições. Seu planejamento, portanto, é bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado (GIL, 2007).

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde do município de Teresina, zona urbana e rural, distribuídas aleatoriamente dentro das três Regionais de Saúde da capital. Sendo estas: Leste-Sudeste, Centro-Norte e Sul. O critério de seleção de Unidades Básicas de Saúde inseridas nas três regionais que compõem a FMS de Teresina deveu-se à melhor distribuição dos participantes dentro da população selecionada.

Foram abordados os cirurgiões-dentistas atuantes na Estratégia de Saúde da Família vinculados às três regionais de saúde pertencentes à Fundação Municipal de Saúde, da cidade de Teresina-PI, cuja sede está situada à Rua Governador Artur de Vasconcelos, 3015 – Aeroporto, Teresina – PI.

3.3 Sujeitos do estudo

A população-alvo da pesquisa foi composta de 229 cirurgiões-dentistas que exercem suas atividades na Estratégia de Saúde da Família (ESF) nas Unidades Básicas de Saúde vinculadas a uma das três Regionais de Saúde que compõem a FMS de Teresina. Esse número de cirurgiões-dentistas corresponde ao total de profissionais da população.

Tamanho da amostra e amostragem: considerado a população finita, foram pesquisados 90 cirurgiões-dentistas pertencentes à ESF. Este tamanho de amostra foi calculado considerando uma variação máxima ($p=0,50$) no parâmetro principal do estudo,

uma margem de erro de 8,0% para mais ou para menos e um nível de confiança de 95%. Pela seguinte fórmula: $n \geq \frac{N.Z^2.p.q}{(n-1)e^2 + Z^2.pq}$, onde Z é o escore da curva normal estabelecida pelo nível de confiança, no caso Z=1,96; p é o valor do parâmetro, p=0,50; q=1-p=1-0,50=0,50 e e=0,08; o erro amostral. Substituindo esses valores na fórmula fica: $n = \frac{229.1,96^2.0,50.0,50}{228.0,0064 + 1,96^2.0,25} = \frac{219,93}{2,42} = 90,88$.

O tipo de amostragem para a seleção da amostra na população em estudo foi uma amostragem estratificada proporcional. O critério de estratificação foi a Regional de Saúde usada pela FMS de Teresina. Assim, na Regional Centro-Norte, foram pesquisados 30 cirurgiões-dentistas; na Regional Sul, 30; e, na Leste-Sudeste, 30. A seleção da amostra em cada subpopulação ocorreu por meio de método aleatório. Os profissionais em cada estrato foram listados e enumerados e o programa BioEstat 2.0 criou números aleatórios para a seleção ocorrer ao acaso.

Os profissionais foram abordados individualmente e convidados a participar da pesquisa, no final do expediente de trabalho, após o último atendimento, em seu próprio local de trabalho, ou em um horário que lhe fosse mais conveniente.

Como critério de inclusão foram incluídos indivíduos de ambos os sexos cadastrados na função de cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família, vinculados a uma das três Regionais de Saúde que compõem a Fundação Municipal de Saúde, da cidade de Teresina- PI. Como critério de exclusão foi considerado a realização das atividades como cirurgiões-dentistas substitutos, assim como os trabalhadores que se encontravam de férias ou de licença.

Faz-se necessário esclarecer que as ESF do município de Teresina-PI não possuem TSB cadastradas. São equipes de saúde da família classificadas como modalidade I. Apesar de muitas das ASB que exercem suas atividades na ESF de Teresina terem participado de um curso técnico que lhes qualificou tanto como ASB como TSB. Então, para fins deste estudo, as respostas em que os CD classificavam suas auxiliares como TSB, foram entendidas como ASB.

Após três meses de entrevistas, todos os noventa cirurgiões-dentistas aceitaram participar do estudo. Considerando a disponibilidade dos sujeitos em participarem do estudo, foi solicitado que, após aceitação verbal, os mesmos assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B), que obedece aos preceitos éticos e legais conforme o Comitê de Ética em Pesquisa do CENTRO UNIVERSITÁRIO – UNINOVAFAPI, acordado com os requisitos da Resolução 466/12.

Para este estudo foram consideradas atividades educativas em saúde bucal o que está determinado, segundo Brasil (2004), nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal no tópico 5- Ações, subtópico 5.1.2- Educação em Saúde. Nele consta que ações de educação em saúde podem ser desenvolvidas na forma de debates, oficinas de saúde, vídeos teatro, conversas em grupo, cartazes, folhetos e outros meios. Também foi considerado o que descreve o Ministério da Saúde na Portaria nº 323, de 5 de Julho de 2010 em procedimento(01.02.01.022-6) e fala sobre atividade educativa para a população: atividade educativa / orientação em grupo na atenção básica é promover e/ou realizar eventos, palestras, reuniões, aulas, oficinas, peças teatrais e demais atividades de divulgação de temas relacionados à vigilância sanitária. E, para fins de definição de atividade educativa neste estudo, também se considerou o que estabelece a tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS que diferencia atividades educativas das ações coletivas de escovação dental supervisionada e aplicação tópica de flúor gel, além de definir atividades educativas como atividades educativas, em grupo, sobre ações de promoção e prevenção à saúde, desenvolvidas na unidade ou na comunidade. Esta também recomenda o mínimo de 10 (dez) participantes para a realização da atividade educativa, duração mínima de 30 (trinta) minutos e que se deve registrar o número de atividades realizadas por mês (BRASIL, 2014).

3.4 Técnica e instrumento para produção de dados

Para alcançar os objetivos propostos e considerando a subjetividade do objeto de estudo, optou-se, para produção de dados, pela técnica de entrevista por esta permitir maior flexibilidade para possíveis intervenções e por possibilitar investigação mais ampla sobre os entrevistados. O instrumento para produção de dados foi um questionário semiestruturado (APÊNDICE A) detalhado e organizado, com perguntas fechadas e abertas em que os entrevistados tiveram a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. As entrevistas foram realizadas, individualmente, após o expediente de trabalho, ou em horários combinados com os cirurgiões-dentistas, de forma que não interferissem em suas atividades rotineiras.

3.5 Análise dos dados

Para análise dos dados se fez uso da estatística descritiva onde foram calculadas algumas medidas estatísticas e percentuais na base 100. Os dados observados foram

apresentados por meio de Tabelas estatísticas. Para todas as análises foi aceito nível de significância $< 5\%$.

3.6 Aspectos Éticos e Legais

De acordo com os preceitos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que envolve pesquisa com seres humanos, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Saúde, Ciências Humanas e Tecnologia do Piauí (UNINOVAFAPI) (ANEXO A), sob o CAAE nº 32389114.1.0000.5210, em 27 de Junho de 2014. O estudo foi previamente autorizado pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina (ANEXO B), como instituição coparticipante.

Essa resolução trata das diretrizes e das normas de pesquisas envolvendo seres humanos, como, por exemplo, a garantia do sigilo e a liberdade de recusa ou retirada do seu consentimento em qualquer fase do estudo. A presente resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

Todos os sujeitos que aceitaram, verbalmente, participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), que obedece aos preceitos éticos e legais conforme o Comitê de Ética em Pesquisa do CENTRO UNIVERSITÁRIO – UNINOVAFAPI, acordado com os requisitos da Resolução 466/12.

3.6.1 Riscos e benefícios

Os sujeitos do estudo correram riscos mínimos como o constrangimento na abordagem e a insegurança quanto ao sigilo das informações e também o medo da crítica por parte dos pesquisadores. Os riscos foram considerados mínimos porque se tratou de uma pesquisa de abordagem quantitativa com manejo apenas de informações adquiridas por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada com perguntas em que o sujeito ficou à vontade para responder ou não e sem perguntas que causassem constrangimentos.

Como forma de minimizar os riscos, foi dada a garantia de manutenção do sigilo das informações fornecidas e da privacidade dos participantes no momento da entrevista. O nome do participante foi mantido em anonimato e foram utilizados números arábicos em sua

identificação. As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada e ocorreram no fim do expediente de trabalho dos participantes, constando apenas da sua presença, bem como da dos pesquisadores. As entrevistas ocorreram no período de julho a outubro de 2014. Foi assegurada ao participante sua vontade de contribuir e de permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida e sua identificação se manterá em sigilo.

Como benefícios os participantes terão acesso a um blog sobreatividades educativas em saúde bucal, objetivando melhorar a forma e o desempenho de seus trabalhos educativos em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.

4 RESULTADOS E ANÁLISE

4.1 Manuscrito (a ser submetido na Revista Ciência & Saúde Coletiva)

Análise das práticas educativas em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família

Analysis of oral health educational activities in Family Health Strategy

Analisis de las practicas educativas en salud oral en la estrategia de la salud de la familia

Fabíola Girão Marques Araujo¹

Fabício Ibiapina Tapety²

Eliana Campêlo Lago³

Marcoeli Silva de Moura⁴

Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida⁵

¹Cirurgiã-Dentista. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAI. Especialista em Endodontia. E-mail: giraofabiola@hotmail.com

²Cirurgião-Dentista, PHD em *Clinical Dentistry* pela *Niigata University*/Japão. Pós-Doutor em Implantodontia pela *Johannes Gutenberg University* em Mainz/Alemanha. Doutor em Reabilitação Oral. Especialista em Bioética e Direitos Humanos pelo Instituto Camilo Filho/ANIS. Especialista em Educação à Distância (EAD) pela UNINOVAFAPI. Professor do Curso de Mestrado em Saúde da Família (UNINOVAFAPI). E-mail: fapety@uninovafapi.edu.br

³Cirurgiã-Dentista, Enfermeira, Doutora em Biotecnologia pela Universidade Federal do Piauí. Mestra em Clínicas Odontológicas pela Universidade Federal do Pará. Especialista em Odontopediatria pela Universidade Federal do Pará. Especialista em Implantodontia pela ABCD – PI. Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário – UNINOVAFAPI. E-mail: elianalago@ig.com.br

⁴Cirurgiã-dentista, Doutora em Ciências Odontológicas pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Mestra em Ciências Odontológicas pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Professora Associada III da Universidade Federal do Piauí. E-mail: marcoeli-moura@uol.com.br

⁵ Enfermeira, doutora em ciências pela Universidade de São Paulo. Professora Titular do Programade Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Email: camila@uninovafapi.edu.br.

Autora responsável para troca de correspondência:

Fabíola Girão Marques Araujo

Endereço: Rua Helvídio Ferraz, nº 315, apto. 300, Jóquei. CEP: 64048-340. Teresina – PI, Brasil.

E-mail: giraofabiola@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever as atividades educativas em saúde bucal realizadas no contexto da Estratégia de Saúde da Família do município de Teresina. **Método:** Consiste em um estudo transversal exploratório descritivo realizado nas Unidades Básicas de Saúde do município de Teresina- Piauí, com cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família (ESF) vinculados

a uma das três Regionais de Saúde que compõem a Fundação Municipal de Saúde. A coleta dos dados foi por meio de entrevista semiestruturada. Nas respostas subjetivas, os aspectos relacionados ao estudo foram quantificados. Foi utilizado o nível de significância de 5%.

Resultados: Após o cálculo amostral, 90 cirurgiões-dentistas participaram do estudo. Todos afirmaram realizar atividades educativas em saúde bucal. Desses, 32,2% realizam palestras como atividade educativa, 2,5% desenvolvem rodas de conversas, 2,1% desenvolvem atividades lúdicas e 0,8% utilizam vídeos com os pacientes. No entanto, 54,4% relatam sentir dificuldades ao realizar essas atividades. 54,4% responderam não existir material suficiente para realizar as ações educativas. 76,7% dos CD acham que suas atividades educativas eram eficientes. 83,3% avaliam suas ações como de impacto positivo. **Conclusão:** As atividades educativas em saúde bucal estão sendo realizadas no contexto da Estratégia de Saúde da Família do município de Teresina. Ainda prevalece a técnica tradicional de transmissão de informação unidirecional da palestra educativa o que compromete a efetividade das ações educativas. Muitos CD confundem o significado de atividades educativas. A maioria dos CD não recebeu uma educação permanente nem uma educação continuada que os capacite a realizar ações educativas, mas, ainda assim, a maioria dos CD da ESF do município de Teresina-PI consideram que suas atividades educativas produzem um efeito positivo no público que delas participa.

Descritores: Educação em saúde. Saúde bucal. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Objectives: To describe the oral health educational activities done in Teresina which are related to Family Health Strategy. **Methodology:** This study consists of an exploratory, descriptive, cross-sectional one with a quantitative approach to dental surgeons who work in

the Health Family Strategy at primary health care units connected to one of the three Regional Health Delegations which make part of the Municipal Health Foundation of Teresina. Semistructured interviews were employed for data collection. For the subjective answers, all aspects related to the study were quantified. **Results:** All 90 selected dental surgeons participated until the end of the study. Everyone interviewed claimed to do educational activities about oral health. Among these activities 32,2% were lectures, 2,5% were chat groups, 2,1% were recreational activities and 0,8% were videos exhibited to the patients. 54,4% of the dental surgeons said they had difficulties to carry out these activities. 54,4% answered that there are not enough material to do the activities. 76,7% of the dental surgeons said they thought their educational activities were efficient . 83,3% assess their initiatives as having a positive impact. **Conclusion:** The oral health educational activities have been done in Teresina in the context of Family Health Strategy. The traditional technique of education lectures still been used, fact that reduce the effectiveness of the education activities. Many dental surgeons mistake the meaning of educational activities, unfortunately the majority of dental surgeons did not received a right training that could be them able to do these activities in a more effective way. Therefore, the majority of dental surgeons of the family strategy in the city of Teresina considerate their educational activities produce a positive effect at the people that participate of them

Keywords: Health education. Oral health. Health Family Strategy.

RESUMEN

Objetivo: Describir las actividades educativas en la salud oral en el contexto de la Estrategia de Salud de la Familia de la ciudad de Teresina. **Método:** Un estudio transversal

exploratorio descriptivo realizado en las Unidades Básicas de Salud de la ciudad de Teresina – Piauí con odontólogos de la Estrategia de Salud de la Familia, vinculados a una de las tres Regionales de Salud que conforman la Fundación Municipal de Salud de esta ciudad. La recolección de datos fue a través de entrevista semi-estructurada, después de la recolección, se analizó e interpretó cada respuesta de forma individual por la investigadora. En las respuestas subjetivas, se cuantificaron todos los aspectos del estudio. Se utilizó el nivel de significación del 5%.

Resultados: Todos los 90 odontólogos seleccionados completaron el estudio. Todos los encuestados afirmaron realizar actividades educativas en salud oral en el contexto de la Estrategia de Salud de la Familia de la ciudad de Teresina. De ellos el 32.2% son conferencias, 2.5% son ruedas de conversaciones, 2.1% actividades recreativas y 0.8% pasan videos para que los pacientes vean. 56.7% sienten dificultades para llevar a cabo estas actividades. 54.4% dijo que no hay material suficiente para llevar a cabo actividades educativas. 76,7% de los CD piensan que sus actividades educativas fueron efectivas. 83.3% evalúan sus acciones como impacto positivo.

Conclusión: Las actividades educativas son llevadas a cabo en salud oral en el contexto de la Estrategia de Salud de la Familia de la ciudad de Teresina. La técnica tradicional de conferencia aun es utilizada, hecho que disminuye la efectividad de la actividad de educación. Muchos CD equivocan el significado de las actividades de educación, lamentablemente la mayoría de los CD no recibieron una educación que los capacitó de hacer las actividades de forma efectiva. Todavía, la mayoría de los CD de la estrategia de Salud de la Familia de la ciudad de Teresina consideran que sus actividades de educación producen efecto positivo en las personas que participan de las actividades.

Descriptores: Educación en salud. Salud oral. Estrategia de Salud de la Familia.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) vem reorientando o modelo assistencial a partir da Atenção Básica, imprimindo uma nova dinâmica para a consolidação do Sistema Único de Saúde¹.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável², é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados³.

A Saúde da Família é a estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar esta Atenção Básica e tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade –, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários².

No início do século XX, os trabalhadores de saúde não viam as ações educativas como prioridades e quando as praticavam tinham o objetivo de domesticar as pessoas para obedecerem a normas de conduta. Os momentos educativos eram desvalorizados no processo de trabalho e esse era centrado na prática clínica, individual e curativa⁴.

Um desafio que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresentou foi a necessidade de mudança na postura dos profissionais de saúde, pois, de acordo com Moretti-Pires⁵, uma formação centrada no modelo tecnicista não garantia uma assistência holística ao paciente, o

qual, inserido no contexto social, deveria ser capaz de modular a sociedade onde vive, exercendo sua cidadania com atuação coerente com as perspectivas de reorganização das práticas da conjuntura existente. Apesar do Programa de Saúde da Família (PSF) se apresentar como um modelo reestruturador, verifica-se que, ainda hoje, existe reprodução de métodos tradicionais de assistência⁶.

Com a Política Nacional de Saúde Bucal o conceito ampliado de saúde, definido no artigo 196 da Constituição da República, passou a nortear a mudança progressiva dos serviços em saúde, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura para um modelo de atenção integral à saúde, em que haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação¹. A educação em saúde começa a ser praticada pelas ESB, porém é abordada de maneira tradicional, sem a participação da comunidade nesse processo⁷.

Educar não significa somente transmitir informações, não é considerado apenas como divulgação, transmissão ou repasse de conteúdos, informações e conhecimentos de forma fragmentada, da realidade e da vida da população⁸. Esse ato não visa apenas modificar comportamentos considerados inadequados, nem possui o objetivo de domesticar pessoas. Educar é libertar o ser humano da opressão em que vive, é dar-lhe opções de compreender o mundo de outra forma e, caso seja do interesse do educando, estarão, à sua disposição, inúmeras opções capazes de transformar seu comportamento e de modificar sua realidade.

O ato de educar ou de reeducar é capaz de transformar costumes aprendidos e adquiridos e que, com o tempo, foram reforçados e reafirmados no dia a dia. É capaz de transformar hábitos de saúde deletérios em saudáveis, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida, sendo, portanto, uma ferramenta de promoção de saúde. Entretanto, mesmo quando as ações educativas apontam quais são os hábitos inadequados e como fazer para

transformá-los e proporcionar, assim, uma vida mais saudável, tentar alterá-los não é tarefa fácil. É necessário compromisso pessoal, boa vontade e muita persistência.

A educação em saúde possibilita essa mudança de hábitos de saúde de quem participa da ação educativa, apoiando-o na conquista de sua autonomia, constituindo-se de ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores de risco e proteção à saúde bucal. Ela é também um dos pilares para o desenvolvimento da assistência odontológica, tendo como foco essencialmente a transformação do saber em conhecimento⁹.

A transformação na realidade individual na saúde bucal de cada paciente é conseguida quando o Cirurgião-Dentista recebe uma formação baseada na educação problematizadora, que tem plena condição de desenvolver um bom trabalho com seus pacientes, a partir dos problemas que surgirem. No âmbito da prevenção da educação em saúde bucal, não é necessário simplesmente aplicar o que foi repassado, é preciso buscar alternativas para solucionar as mais variadas dificuldades que envolvem esta problemática. Esse profissional apresenta uma postura alicerçada num processo de permanente reflexão, tornando-se capaz de proporcionar uma assistência de qualidade, holística, observando as necessidades¹⁰.

Existe dificuldade em mudar os hábitos na população, em relação à saúde bucal, e isso ocorre porque, para a efetivação da mudança, deve haver uma aprendizagem efetiva durante o processo de educação¹¹. As atividades educativas em saúde bucal vêm acontecendo de forma não linear, o que prejudica a continuidade do conhecimento e provoca um desinteresse, tendo em vista que sempre os pacientes/usuários do SUS ouvem o mesmo tema com a mesma abordagem. Ocorre uma cristalização do processo de aprendizado, levando a mais desinteresse¹².

A gestão da Fundação Municipal de Saúde de Teresina decidiu técnica e politicamente pela implantação da saúde bucal na ESF em 2003¹³. Desde então, os profissionais ligados à FMS que atuam na ESF passaram a vivenciar a realidade de mudança no foco assistencial, ao menos através das portarias e documentos que normatizam a ESF.

Como hipótese deste estudo, levantou-se a possibilidade de que os cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família, no município de Teresina, não estão conseguindo realizar, de forma eficiente, ações educativas em saúde bucal, já que houve uma mudança de paradigma nas diretrizes assistenciais em odontologia, saindo de uma odontologia eminentemente curativa, para uma odontologia preventiva. Assim, a realização deste estudo justifica-se pela carência de dados na literatura atual referentes às ações educativas que são realizadas pelos profissionais da saúde bucal da ESF. O objetivo deste estudo é descrever as atividades educativas realizadas em saúde bucal no contexto da Estratégia de Saúde da Família do município de Teresina e verificar as dificuldades enfrentadas pelos CD ao realizar essas atividades educativas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal exploratório descritivo realizado no município de Teresina, Estado do Piauí. O município é subdividido em três Regionais de Saúde: Centro-Norte, Leste-Sudeste, e Sul.

A população-alvo do estudo (N) foi composta de 229 cirurgiões-dentistas que exercem suas atividades na Estratégia de Saúde da Família (ESF) nas Unidades Básicas de Saúde, zona urbana e rural, vinculadas a uma das três Regionais de Saúde que compõem a FMS de Teresina. Desse total de CD 77 eram vinculados à regional Centro-Norte, 80 à Leste-

Sudeste e 72 à Sul, Esse número de cirurgiões-dentistas corresponde ao total de profissionais da população, zona urbana e rural, que atuam na ESF.

Tamanho da amostra e amostragem: considerado a população finita, foram pesquisados 90 cirurgiões-dentistas pertencentes à ESF. Esse tamanho de amostra foi calculado considerando uma variação máxima ($p=0,50$) no parâmetro principal do estudo, uma margem de erro de 8,0% para mais ou para menos e um nível de confiança de 95%.

Para a seleção dos participantes na população em estudo foi utilizada um tipo de amostragem estratificada proporcional. O critério de estratificação foi a Regional de Saúde utilizada pela FMS de Teresina. Assim, foram pesquisados 30 CD em cada uma das três regionais: Centro-Norte, Leste-Sudeste e Sul, totalizando 90 CD. A seleção da amostra em cada subpopulação ocorreu por meio de método aleatório. Os profissionais em cada estrato foram listados e enumerados e o programa BioEstat 2.0 criou números aleatórios para a seleção ocorrer ao acaso.

Foram incluídos indivíduos de ambos os sexos cadastrados na função de Cirurgiões-Dentistas da Estratégia de Saúde da Família, vinculados a uma das três Regionais de Saúde que compõem a Fundação Municipal de Saúde, da cidade de Teresina- PI. Foram excluídos os profissionais que exercem suas atividades como substitutos, assim como os trabalhadores que se encontravam de férias ou de licença trabalhista.

Faz-se necessário esclarecer que as ESF do município de Teresina-PI não possuem TSB cadastradas. São equipes de saúde da família classificadas como modalidade I. Apesar de muitas das ASB que exercem suas atividades na ESF de Teresina terem participado de um curso técnico que lhes qualificou tanto como ASB como TSB. Então, para fins deste estudo, as respostas em que os CD classificavam suas auxiliares como TSB, foram entendidas como ASB.

Os profissionais foram abordados individualmente e convidados a participar da pesquisa, no final do expediente de trabalho, após o último atendimento, em seu próprio local de trabalho, ou em um horário que lhe fosse mais conveniente.

Após três meses de entrevistas, todos os noventa cirurgiões-dentistas aceitaram participar do estudo. Considerando a disponibilidade dos sujeitos em participarem do estudo, foi solicitado que, após aceitação verbal, os mesmos assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B), que obedece aos preceitos éticos e legais conforme o Comitê de Ética em Pesquisa do CENTRO UNIVERSITÁRIO – UNINOVAFAPI, acordado com os requisitos da Resolução 466/12.

A entrevista foi realizada utilizando um questionário que consistia de 22 perguntas. As perguntas questionavam se os CD realizavam as atividades educativas em saúde bucal no contexto da ESF, quais eram realizadas, se enfrentavam dificuldades ao realizar as ações, se havia material suficiente para realizar, se alguém mais da equipe participava dessas ações educativas e quem eram esses outros profissionais. Depois foram feitas perguntas sobre a influência do curso de graduação e pós-graduação nas atividades educativas dos CD, se eles conheciam as legislações existentes sobre educação em saúde bucal, se já haviam participado de algum curso de capacitação sobre educação em saúde bucal e com qual frequência. Por fim foi perguntado sobre a percepção do CD quanto à efetividade de suas ações e impacto causado.

Cada resposta foi analisada e interpretada individualmente pela pesquisadora. Os dados observados foram apresentados por meio de Tabelas estatísticas (Tabela 1 e 2). Para todas as análises foi aceito nível de significância $< 5\%$. As respostas objetivas foram inseridas numa planilha em Excel® e os gráficos foram elaborados para dar melhor visualização aos resultados. Em todas as respostas subjetivas foram quantificados os aspectos relacionados ao

estudo. Para análise dos dados se fez uso da estatística descritiva na qual foram calculadas algumas medidas estatísticas e percentuais na base 100.

Para este estudo foram consideradas atividades educativas em saúde bucal o que está determinado nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal no tópico 5- Ações, subtópico 5.1.2- Educação em Saúde. Nele consta que ações de educação em saúde podem ser desenvolvidas na forma de debates, oficinas de saúde, vídeos teatro, conversas em grupo, cartazes, folhetos e outros meios⁹. Também foi considerado o que descreve o Ministério da Saúde na Portaria nº 323, de 5 de Julho de 2010 procedimento 01.02.01.022-6. Esse, ao discorrer sobre o que é atividade educativa para a população (atividade educativa / orientação em grupo na atenção básica) relata: promover e/ou realizar eventos, palestras, reuniões, aulas, oficinas, peças teatrais e demais atividades de divulgação de temas relacionados à vigilância sanitária¹⁴. E, para fins de definição de atividade educativa neste estudo, também se considerou o que estabelece a tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS que diferencia atividades educativas das ações coletivas de escovação dental supervisionada e de aplicação tópica de flúor gel e define atividades educativas como atividades educativas, em grupo, sobre ações de promoção e prevenção à saúde, desenvolvidas na unidade ou na comunidade. Também recomenda o mínimo de 10 (dez) participantes para a realização da atividade educativa, duração mínima de 30 (trinta) minutos e que se deve registrar o número de atividades realizadas por mês¹⁵.

O estudo recebeu o parecer de aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAP, atendendo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sob o CAAE nº 32389114.1.0000.5210, em 27 de Junho de 2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 90 CD que participaram do estudo, a maioria era do sexo feminino. Metade dos participantes havia sido graduada há mais de 20 anos. A maioria dos CD pesquisados já atua na ESF de 5 a 10 anos e, quase a totalidade da amostra possui pós-graduação, sendo que, a maior parte, em área clínica (tabela 01).

Todos afirmaram que realizavam atividades educativas em saúde bucal no contexto da ESF.

Realizar atividades educativas em saúde bucal é atribuição comum a todos os profissionais de saúde bucal da ESF¹⁶. Assim, o profissional de saúde bucal, como membro da equipe, é obrigado a se inserir dentro das normas exigidas pelo MS e, portanto, tem o dever de realizar essas ações educativas. Os resultados obtidos indicam que, no município de Teresina, os CD afirmam que estão cumprindo com o plano de reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Isso aponta para uma mudança de paradigma de ações de assistência em saúde bucal, caracterizando uma verdadeira transição de uma odontologia curativa/mutiladora para uma odontologia preventiva. A educação para a saúde faz parte dos programas de saúde pública¹.

Martelliet al.¹⁸ observaram dados semelhantes aos resultados desse estudo, em que 89,6% dos CD afirmaram que realizavam atividades educativas como procedimentos não curativos. As “atividades coletivas de educação em saúde vêm sendo realizadas por profissionais de nível superior” na comunidade (fora do estabelecimento de saúde) em 42,6%, em comparação a 57,4% para as atividades realizadas no estabelecimento de saúde⁶. O alto percentual encontrado em ambos os estudos indicam que a grande maioria dos profissionais já procura atuar de forma menos curativista.

Quando questionados qual tipo de atividades educativas em saúde bucal realizavam, apenas 37,6% dos CD entrevistados responderam positivo para alguma atividade que configurasse ação educativa de acordo com os critérios estabelecidos nos métodos deste estudo para classificar o que seriam consideradas atividades educativas. Desses 37,6%, 32,2% realizam palestras, 2,5% realizam rodas de conversas, 2,1% promoviam atividades lúdicas e 0,8% utilizavam vídeos como atividade educativa com seus pacientes.

De acordo com Almeida e Ferreira⁶, as principais formas de realização de ações educativas são as palestras (61,2%), teatros (28,7%) e rodas de conversa (7,5%). Martins, Abrantes e Miasato¹⁹ relatam a prática de conversas e manipulação de livros e Araújo e Dimenstein⁷ afirmam que as ações educativas realizadas pelos cirurgiões-dentistas se restringem, na maioria das vezes, em palestras ou vídeos educativos.

Palestras não são a melhor forma de se realizar atividades educativas em saúde bucal. Via de regra, tem como pressuposto a ideia de que a doença é determinada pela falta de cuidado do indivíduo com sua saúde culpabilizando-o pelos problemas que apresenta. Limita-se à simples transmissão de conteúdo acrítico e descontextualizado, uma vez que as práticas educativas não são percebidas pelos trabalhadores da saúde como parte de suas atividades⁴. Não existe, necessariamente, uma relação de causalidade entre informação e ação e deve-se estimular a adoção de comportamentos desejados²⁰.

Muitos profissionais responderam que realizavam a Escovação Dental Supervisionada (21,6%) e a Aplicação Tópica de Flúor (ATF) (18,2%), como forma de atividade educativa, e isso demonstra uma confusão de conceitos e mostra que estes profissionais não conseguem diferenciar promoção, prevenção e educação em saúde.

Faz-se necessário esclarecer que, de acordo com os critérios de classificação de atividades educativas utilizados neste estudo, a Aplicação Tópica de Flúor e a

escovação dental supervisionada não são atividades de educação em saúde bucal. São ações preventivas para a cárie e doença periodontal.

A atividade educativa é, também, uma das formas de se realizar promoção de saúde. Mas nem ações de promoção, nem atividades educativas podem ser confundidas com ações preventivas de proteção específica. Existem os níveis de prevenção das doenças propostos por Leavell e Clark¹⁵ em que promover saúde ou utilizar medidas preventivas significa prevenir a ocorrência ou a evolução da doença, a partir do entendimento de sua História Natural. Logo, níveis de prevenção são as barreiras que se interpõem nas diversas etapas do ciclo evolutivo de uma determinada doença. O primeiro nível é a promoção da saúde; o segundo nível corresponde à proteção específica; o terceiro nível consiste no diagnóstico precoce e no tratamento imediato; o quarto nível constitui a limitação do dano e o quinto nível refere-se à reabilitação. A Promoção da Saúde consiste na criação de condições favoráveis para que o ser humano possa resistir ao ataque de qualquer doença, articulando-se com a qualidade de vida das populações e sua atuação é inespecífica, no sentido de capacitar o ser humano a resistir a esses ataques e a relacionar-se com a fase de pré-patogênese inespecífica. Na Proteção específica, já se protege o ser humano especificamente contra uma determinada doença, referindo-se, assim, à pré-patogênese específica.

Atividades de proteção específica, desprovidas de teor educativo, não são definidas como atividades de educação realizadas como parte da promoção de saúde bucal. Com isso, apenas o ato de escovar dentes e de realizar ATF não se caracterizam como ação educativa. Muitos cirurgiões-dentistas se equivocam, ao considerar tais atividades como educação em saúde bucal. Essa alta proporção de respostas equivocadas nos resultados obtidos, demonstra como os profissionais desconhecem o que é educação em saúde bucal.

Os principais programas educativos em saúde bucal são classificados como: programas voltados ao tratamento curativo, ao preventivo e educativo, programas preventivos

com flúor, programas educativos pontuais, programas educativos com foco na informação e no uso de recursos mobilizadores, programas preventivos e educativos de conscientização. São considerados como métodos preventivos: escovação supervisionada, bochechos com solução fluorada, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor gel. As atividades educativas consideradas foram palestras, orientações fundamentadas em normas de conduta, material audiovisual e as atividades lúdicas de um robô-dente²¹. Também Figueira e Leite¹², ao citarem as atividades desenvolvidas em seu estudo, classificam, de forma separada as ações de educação em saúde, escovação supervisionada e ATF. Dessa forma, fica explícito que, também para esses autores, ação educativa não é o mesmo que ATF ou escovação supervisionada (higiene bucal supervisionada).

Moura et al.²² ressaltam três tipos de ações diferentes ao relatar:

[...] para a área odontológica, o estímulo ao desenvolvimento de ações de promoção, proteção e educação se faz necessário, bem como a correspondente capacitação profissional, buscando ampliar, por meio do PSF, a conscientização da população quanto a essa importante questão da saúde.

Vale ressaltar que, ao se realizar a ATF e a escovação supervisionada, sem uma troca de saberes entre o profissional e paciente, sem teor educativo, elas não se configuram atividades educativas, apesar de serem atividades de promoção de saúde. Educação em saúde pode ser uma das formas de se promover saúde bucal, mas não pode ser confundida como tal. A promoção de saúde, segundo a Carta de OTTAWA²³, promove o desenvolvimento pessoal e social inclusive por meio de educação para a saúde.

Atividades educativas em saúde bucal atuam na vida cotidiana das pessoas de uma forma mais próxima e direta e é a peça básica na fundamentação de todas as ações.²⁴

Após serem questionados se enfrentavam alguma dificuldade ao realizar as ações educativas, 54,4% dos CD responderam que sim. A falta de material (40,0%), a indisponibilidade de transporte (24,6%) e a dificuldade de local para realização das ações educativas em saúde bucal (14,5%) foram as dificuldades mais relatadas pelos cirurgiões-dentistas.

Os profissionais envolvidos nos programas educativos apresentam como dificuldade as dúvidas de o que e como fazer. Muitas vezes atuam apenas como intermediários de informações e de materiais educativos produzidos por órgãos oficiais, nem sempre observando a realidade local²⁶. Alguns expressam a falta de material para realizar educação em saúde, outros não sabem como realizá-la. Porém, esses fatores não justificam a ausência dessas ações, pois há facilidade no acesso aos manuais de orientação do Ministério da Saúde, às faculdades de Odontologia, além de diversas maneiras de construir esses instrumentos educativos, inclusive com a participação da comunidade⁷.

Ao serem questionados se existia material suficiente para a realização das ações educativas em saúde bucal em seu espaço de trabalho, 54,4% cirurgiões-dentistas responderam que não. Quando o Ministério da Saúde analisou o Piauí havia material suficiente para a realização de ações educativas, 54,5 % das ESB referiram que sim. Estando o estado acima da média no Brasil que foi de 41,9%²⁶.

Em relação ao questionamento, se mais alguém da equipe participava dessas ações educativas, 97,8% responderam que sim. Esses achados vão ao encontro do estabelecido na Portaria nº 267 de 6 de março de 2001, a qual estabelece ser atribuição comum a todos os profissionais de saúde bucal da ESF estimular e executar atividades educativas em saúde bucal²⁷.

Quando se questionou quem participa dessas atividades educativas em saúde bucal, encontramos que, na regional leste-sudeste, 80,0% são ASB 73,3% dos participantes são

ACS, 10% outros e 6,7% técnicos em enfermagem. Na Regional centro-norte: 93,3% são ASB, 66,7% são ACS, 30% técnicos em enfermagem e 10% são outros. Na regional Sul: 76,7% são ASB, 50% são ACS, 10% são outros e 6,7% técnicos em enfermagem.

As Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na ESF podem ser formadas pelo Cirurgião-Dentista (CD) e pelo Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), sendo denominada de equipe modalidade I, ou pelo CD, ASB e TSB, denominada de equipe modalidade II. No entanto, uma minoria de equipes de saúde bucal no Brasil é da modalidade II²⁸. Apesar de muitas das ASB que exercem suas atividades na ESF de Teresina terem participado de um curso técnico que lhes qualificou tanto como ASB como TSB, faz-se necessário esclarecer que as ESF do município de Teresina-PI não possuem TSB cadastradas. São equipes de saúde da família classificadas como modalidade I.

Em alguns países há a figura dos higienistas dentais, cuja ocupação tem perfil semelhante ao dos TSB, para a promoção e para a educação em saúde. A Lei nº 11.889/08 do Ministério da Saúde deixa explícita que os TSB têm amplas funções em relação aos procedimentos coletivos. Sob a frase “participar das ações educativas, atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais”, são criadas condições de atuação do TSB como multiplicador e até mesmo como supervisor. Neste caso, não se impõe vedações específicas, apesar de se expor uma supervisão indireta do TSB por parte do Cirurgião-Dentista. Essa atuação do TSB na promoção de saúde, com a identificação de riscos comuns tanto à saúde bucal, quanto à saúde geral, constitui um grande ganho da legislação, o que não se percebia nas normatizações anteriores²⁸.

Moura et al.²³ relatam que a maioria dos agentes comunitários de saúde avaliados em alguns municípios de pequeno porte do estado do Piauí não foi capacitada, nem assistiu a palestras educativas sobre saúde bucal e quase a totalidade da amostra demonstrou dificuldade em desempenhar funções relativas a orientações sobre saúde bucal na comunidade, apesar de

considerar a função como parte de suas atribuições. Sousa-Nétto et al.²⁹ evidenciaram a baixa qualidade do trabalho educativo dos ACS, relacionado às especificidades da saúde bucal, ou mesmo sua absoluta ausência.

A grande maioria (93%) dos CD relatou que seu o curso de graduação contribuiu para atuar em atividades educativas em saúde bucal. Apesar da grande maioria dos entrevistados terem respondido que o curso de graduação contribuiu para que eles atuassem nas atividades educativas em saúde em saúde bucal, “a existência de matrizes curriculares orientadas para uma formação mais técnica, com uma prática clínica individualizada, fragmentada, biocêntrica, curativa não contribui para uma verdadeira melhora nas atividades educativas em saúde bucal.”³⁰ Os currículos da maioria dos cursos de Odontologia do país dão, ainda, muita ênfase ao aspecto técnico-científico, modelo considerado ultrapassado por se mostrar incapaz de melhorar os indicadores de saúde bucal da população e a ênfase didática é dada para a fragmentação do tratamento odontológico e muito voltado para a especialização, daí a importância do treinamento e atualização permanentes dos profissionais¹³.

Ao questionar os CD de que forma seu curso de graduação contribuiu para que eles atuassem em atividades educativas em saúde bucal, as respostas mais comuns revelaram que receberam do curso as seguintes contribuições: experiência prática (40,2%), base teórica (39,3%), incentivo por parte dos professores que trabalham com atividades educativas (12,8%), nada (6,0%) e não responderam (1,7%).

A quantidade de CD que cursaram pós-graduação foi de 88,9% da amostra. Esses números estão de acordo com as observações de Moura et al.³⁰ ao relatar que, apesar do pouco tempo decorrido da graduação da grande parte dos profissionais que exercem suas atividades no PSF no Piauí, os CD em questão já passaram por cursos de pós-graduação: aperfeiçoamento/especialização, especialmente em áreas clínicas. Vilarinho et al.¹³ analisaram outra realidade dentro do mesmo Estado, particularmente em sua capital

Teresina, encontraram que somente 32,7% dos cirurgiões-dentistas possuíam pós-graduação. Em um estudo, Martelliet al.¹⁸ encontraram que apenas 44,9% dos CD já realizaram especialização.

Dos CD que cursaram pós-graduação, ou seja, 80, 48,8%, responderam que seu curso de pós-graduação contribuiu para atuar em atividades educativas em saúde bucal. E 51,2% responderam que não, seu curso não contribuiu.

Quando o CD foi questionado de que forma seu curso de pós-graduação contribuiu para que ele atuasse em atividades educativas em saúde bucal, a contribuição mais citada foi a base teórica (70,6%), em nada (11,7%), a segurança para transmitir ideias e incentivar cuidados (9,9%) e a experiência prática (7,8%).

Os cursos de pós-graduação em áreas clínicas, com ênfase no uso de tecnologias de ponta, continuam sendo a tônica dominante, apesar de a retórica recente e crescente de aproximação com o SUS, provocada especialmente pelas Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da área de saúde, e por importantes iniciativas interministeriais voltadas para a formação de graduação em saúde, como PET Saúde e o Pró-Saúde, por isso não há contribuições reais em atividades educativas em saúde bucal³⁰.

Quando questionados se conheciam as legislações existentes sobre educação em saúde bucal, 64,4% dos CD entrevistados disseram não conhecer. Desses, 66,7% eram da regional leste, 70% da regional norte e 56,7% da regional sul. Dos CD que disseram conhecer estas legislações, quando foi pedido que listassem quais legislações sobre educação em saúde bucal eles conheciam, 27,9 % responderam conhecer a Lei nº 8080/90, 16,3% destacaram o Caderno de Atenção Básica nº 17 do MS, 18,6% declararam saber sobre a Política Nacional de Atenção Básica, incluindo PSE, 13,9% disseram ter informações acerca da Política Nacional de Saúde Bucal, 11,6% asseguraram conhecer a Política Nacional de Educação Permanente e 11,7% não souberam dizer.

É importante ressaltar as especificidades de cada instituto citado: A Lei nº 8080/90 não trata sobre educação em saúde bucal. O Caderno de Atenção Básica nº 17 é um documento que serve de referência técnica e científica e leva informações básicas fundamentais à organização das ações de saúde bucal. A Portaria nº 1996 de 20 de agosto de 2007, do Ministério da Saúde, dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. A Política Nacional de Saúde Bucal define educação em saúde, dispõe sobre atividades educativas em saúde bucal, onde devem ser realizadas, o que considerar ao planejá-las e quais profissionais devem participar. A Política Nacional de Atenção Básica discorre sobre a valorização dos profissionais de saúde e o estímulo à sua educação permanente.

Quando questionados se já haviam participado de algum curso de capacitação sobre educação em saúde bucal, 58,9% dos entrevistados responderam que sim (53,3% da regional leste, 60% da regional norte e 63,3% da regional sul). Os CD relataram ter participado de curso sobre ART, uso dos anestésicos, importância do flúor, CIV e Saúde Bucal Coletiva. Isso demonstra que os entrevistados desconhecem o significado de educação em saúde bucal, pois nenhum curso de capacitação relatado configura curso de capacitação para a área de educação em saúde bucal.

Dos CD que disseram que já lhes foi, sim, ofertado curso de capacitação sobre educação em saúde bucal, 55,4% disseram que este curso foi realizado pela Fundação Municipal de Saúde e 24,3% disseram que foi por meio da Universidade Federal do Piauí.

Após serem abordados sobre a frequência com que os CD se capacitam na área de educação em saúde bucal, as respostas foram que 28,9% nunca se capacitaram, 23,3% capacitam-se semestralmente, 22,2% capacitam-se anualmente, 16,7% responderam outros e 8,9% responderam que após o primeiro curso, nunca se capacitou novamente.

Quando questionados se FMS já lhes ofertou algum curso de capacitação em qualquer área, os CD responderam que sim em 98,9%. Destes, 16,8% afirmaram que já lhes foi ofertado curso sobre anestésicos, 16,4% sobre ART, 11,5% importância do Flúor e 10,7% sobre CIV.

Com relação à frequência com que a FMS oferece tais cursos de capacitação em educação em saúde bucal aos CD entrevistados, 22,2% responderam que anualmente lhes é ofertado (destes, 26,7% são da regional leste, 23,3% da sul e 17,7% da norte), 21,1% responderam que nunca lhes foi ofertado curso sobre este tema (destes, 26,7% da regional leste, 23,4% da norte e 13,3% da regional sul). 18,9% responderam outros (destes, 16,7% são da regional leste, 13,3% da norte e 26,7% da regional sul). Aqui, faz-se necessário chamar a atenção ao fato de que o Município de Teresina deve proporcionar uma educação permanente de seus profissionais, de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica. Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal desenvolver ações e articular instituições para formação e garantia de Educação Permanente aos profissionais de saúde das equipes de atenção básica e das equipes de Saúde da Família³¹.

A incapacidade e a falta de vontade política das secretarias municipais de saúde, dos colegiados gestores regionais, das secretarias estaduais de saúde, e de seus mecanismos, via polos permanentes de educação, dos órgãos intergestores (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde em colocar em prática e acompanhar regionalmente a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, repercute negativamente na consolidação de uma estratégia que, em tese, é considerada uma prioridade nacional na área da saúde³⁰.

A Portaria nº 267/01 normatizou as ações em saúde bucal que deverão, além de expressar os princípios e diretrizes do SUS, apresentar diversas características operacionais inclusive: caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de

saúde; estímulo às ações de promoção da saúde; educação permanente dos profissionais; acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas²¹.

Para a odontologia, o estímulo ao desenvolvimento de ações de promoção, proteção e educação se faz necessário, bem como a correspondente capacitação profissional, buscando ampliar, por meio do PSF, a conscientização da população quanto a essa importante questão da saúde²³.

Ao iniciar a implantação das equipes de saúde bucal, a FMS ofereceu um curso introdutório de 40 horas para capacitar os profissionais que integrariam as equipes. Por esse motivo, 90% dos CD entrevistados responderam possuir formação na área de saúde pública, independente de terem cursado outro tipo de pós-graduação. Além do curso introdutório, alguns profissionais fizeram ou estão fazendo cursos de aperfeiçoamento e/ou especialização em saúde bucal coletiva, programa saúde da família, saúde pública ou áreas afins¹³.

A maior parte dos CD acham que suas ações educativas realizadas em saúde bucal são efetivas (76,7%). Desse modo, torna-se conflitante o fato de os entrevistados não serem capacitados em atividades educativas, não possuírem material suficiente para realização das atividades e, mesmo assim, acharem que suas atividades são eficientes. Estudos que façam ligação entre a realidade da situação da saúde bucal dos usuários com a efetividade das atividades educativas realizadas no âmbito da ESF do município de Teresina devem ser realizados.

Mesmos a maioria dos CD avaliando suas atividades como eficiente, grande parte da literatura consultada contradiz esses números como o artigo de Freire et al.³² em que, segundo os resultados de três anos de atividades educativas realizadas durante a permanência de um trailer na instituição trabalhada, não foram suficientes para promover mudanças efetivas na condição de cárie das crianças. A alta prevalência de perdas dentárias entre adultos aponta para a necessidade de programas direcionados ao atendimento dessa parcela populacional

pelos serviços odontológicos, considerando medidas preventivas e educativas em idades mais precoces³². Dentre as atividades exercidas pelos cirurgiões-dentistas no PSF estão as ações preventivas e educativas e estes, independente do tempo de formados, na maioria das vezes, não estão preparados para essas atividades, realizando-as de maneira inadequada⁷.

Em relação ao impacto das ações educativas em saúde bucal realizadas pelos CD entrevistados, 83,3% avaliam como positivo/satisfatório suas ações. Esse alto índice chama atenção, já que esses profissionais, em sua grande maioria, somente estudaram sobre atividade educativa durante a graduação, não estão sendo capacitados na área de educação em saúde bucal pela FMS e a grande maioria não está realizando pós-graduação na área de Saúde Coletiva.

Há uma grande limitação nos programas educativos ancorados em palestras e orientações pontuais em relação ao impacto na prevenção das doenças e na promoção da saúde bucal. As atividades educativas como as palestras só serão realmente eficazes se forem desvinculados de modelos pedagógicos ancorados em práticas de comunicação unidirecional, dogmática e autoritária, e passar a ancorar-se em modelos com foco na transmissão de informação, pela discussão e reflexão, desencadeadas pela problematização de temas de saúde bucal²².

A educação para a saúde também faz parte dos programas de saúde pública. Na prática, no entanto, tem-se observado que os profissionais envolvidos nos programas apresentam dúvidas de como e o que fazer. Muitas vezes atuam apenas como intermediários de informações e de materiais educativos produzidos por órgãos oficiais, nem sempre observando a realidade local. Portanto, apesar do esforço realizado, não se consegue obter o impacto esperado e os usuários dos serviços de saúde acabam recebendo a culpa pela sua incapacidade de compreender o que foi ensinado²⁶.

Considerando esses aspectos, objetiva-se verificar não só a incorporação das práticas preventivas e educativas, como também a existência de instrumentos de avaliação dessas atividades, tanto em âmbito individual quanto em nível coletivo, desenvolvidos pelo Cirurgião-Dentista no contexto do PSF⁶.

A maioria (73,0%) dos CD deste estudo avaliam o impacto de suas ações educativas por meio de algum método. Desses, 44,3% realizavam um exame clínico na cavidade oral, 27,0% realizavam uma observação da melhora no comportamento, sem exame bucal, e 10,4% realizavam levantamento epidemiológico.

A avaliação norteia as ações, indica possíveis erros e desvios e se podem ou não ser corrigidos. É por meio de avaliações sistemáticas que se consegue verificar se os objetivos foram atingidos. Desse modo, é fundamental implementar um processo constante de monitoramento, a partir da definição e da aplicação de indicadores que permitam avaliar os projetos/programas³⁴.

Almeida e Ferreira⁶ relataram que quanto à utilização de instrumentos de avaliação para verificar mudanças ou impacto nos indivíduos ou grupos beneficiados com as ações, a maioria dos cirurgiões-dentistas relatou a inexistência de instrumentos avaliativos ou não ter como avaliar (73,7%), enquanto 15% afirmaram anotar algo na ficha ou prontuário/livro. 7,5% utilizaram o índice 0,1,2 e 3,7% realizaram o índice CPO-D/ceo-d. Tanto o índice 0,1,2 como o CPO-D/ceo-d foram desenvolvidos apenas nas escolas, sendo mensurados somente os índices iniciais, pois não houve uma segunda avaliação para comparação dos dados.

Quando o CD foi questionado se acreditava que as pessoas que participam de suas atividades educativas em saúde bucal compreendiam o teor da ação educativa realizada por ela, 83,3% responderam que sim.

É necessário saber se os CD realmente se fazem compreender pelas pessoas que participam de suas atividades: se a metodologia, a frequência, a abordagem, o tema e a

didática utilizada estão realmente adequadas ao público que participa das ações. Para isso, estudos observacionais que analisem a qualidade dessas atividades educativas precisam ser realizados. Estudos em longo prazo que observem se essas atividades também estão trazendo mudanças comportamentais aos pacientes, de forma a melhorar sua saúde bucal, necessitam ser realizados.

Em desacordo com os resultados obtidos neste estudo, estão os achados de Alves e Aerts, para quem os trabalhadores de saúde acabam não conseguindo contribuir para a diminuição das iniquidades sociais porque têm grande dificuldade em atuar com o conceito ampliado de saúde⁴. As práticas educativas nos serviços de saúde obedecem a metodologias tradicionais e não se preocupam com a criação de vínculos entre os trabalhadores em saúde e a população. Esses trabalhadores continuam a fazer prescrições sobre o comportamento mais adequado para se ter saúde e a população acata sem questionar ou relacionar esses conteúdos à sua realidade. A população reage imediatamente, ávida pelo tratamento curativo, resistindo a cada palestra, a cada reunião⁷.

Quando questionado aos CD quais eram os fatores que dificultavam a compreensão das atividades educativas as respostas foram: 46,7% achavam que as pessoas não compreendiam devido ao pouco entendimento do público (ao baixo nível intelectual), 20% por falta de estrutura local para realizar uma boa atividade, 13,3% por dificuldade em estabelecer uma comunicação com o público, 13,3% por falta de material para realizar uma boa atividade e 6,7% por falta de atenção do público e pelo fato de as pessoas ficarem dispersas.

Muitos CD ainda responsabilizam as próprias pessoas por todos os problemas que possuem, deixando de perceber a complexidade dos determinantes que levam à extração e às próteses como única alternativa para as populações mais pobres²². Apesar do esforço realizado pelos CD em efetuar uma atividade educativa, não se consegue obter o impacto esperado e os

usuários dos serviços de saúde acabam recebendo a culpa pela sua incapacidade de compreender o que foi ensinado²⁶. Cabe aos profissionais da odontologia compreender esse fato e procurar outras formas de realizar atividades educativas em saúde bucal que sejam mais eficientes.

Infelizmente, há muitos obstáculos a serem vencidos, para que a ESF seja executada de forma adequada. A falta de uma normatização quanto a qual abordagem pedagógica utilizar nas atividades educativas, a ausência de definição do público-alvo adequado para cada tipo de ação, a falta de especificação do lugar em que as ações devem ser realizadas, a carência de material didático, de transporte, de capacitação profissional e, até mesmo, a deficiência na formação acadêmica dos cirurgiões-dentistas para realizar essas atividades dificultam a operacionalização das ações. Muitos profissionais planejam e realizam atividades para as quais não foram treinados e, muitas vezes, sentem-se despreparados.

Tabela 1– Perfil demográfico da amostra

Variável	Categoria	Total n %
Sexo	Masculino	34,4
	Feminino	65,6
Tempo de graduado	Mais de 20 anos	50,0
	Entre 10 a 19 anos	26,7
	Entre 5 a 9 anos	17,8
	Entre 1 a 4 anos	5,5
Tempo em que atua na ESF	14 anos	5,6
	Entre 10 a 13 anos	23,3
	Entre 5 a 9 anos	44,4
	Entre 1 a 4 anos	26,7
Possui pós-graduação	Sim	88,9
	Não	11,1
Área da pós-graduação	Endodontia	29,4
	Saúde da Família	22,1
	Ortodontia	17,6
	Prótese/Implante	10,3
	Saúde Coletiva	7,4
	Periodontia	5,9
	Saúde Pública	5,9
	Dentística	4,4
	Odontopediatria	3,1
	Gestão em Saúde	3,0
	Odontologia do Trabalho	1,5
	Genética	1,5
	Radiologia	1,5
	Auditoria em serviço de saúde	1,5
	Administração hospitalar	1,5
Total (90)		100

(Fonte: Pesquisa direta.)

Tabela 2– Síntese dos dados coletados na pesquisa

Variável	Categoria	Regional Centro- Norte n%	Regional Sul n%	Regional Leste- Sudeste n%	Total n%
Realiza atividades Educativas em Saúde Bucal (ESB)	Sim	100,0	100,0	100,0	100,0
	Não	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfrenta dificuldades ao realizar atividades educativas	Sim	60,0	50,0	53,3	54,4
	Não	40,0	50,0	46,7	45,6
O material é suficiente para a Realização de atividades ESB	Sim	50,0	40,0	46,7	45,6
	Não	50,0	60,0	53,3	54,4
Mais alguém da equipe participa das atividades educativas	Sim	100,0	100,0	93,3	97,8
	Não	0,0	0,0	6,7	2,2
Que outros membros participam das atividades	ACS	66,7	50,0	73,3	63,3
	TSB	30,0	30,0	6,7	22,2
	ASB	63,3	46,7	73,3	61,1
	Tec. Enf	30,0	6,7	6,7	14,5
	Outro	10,0	10,0	10,0	10,0
Sua Graduação contribuiu para atuar na área de ESB	Sim	93,3	96,7	90,0	93,3
	Não	6,7	3,3	10,0	6,7
Sua Pós Graduação contribuiu para atuar na área de ESB	Sim	40,0	50,0	40,0	43,3
	Não	46,7	36,7	53,3	45,6
	Sem Pós	13,3	13,3	6,7	11,1
Conhece a legislação existente sobre a atividade ESB	Sim	30,0	43,3	33,3	35,5
	Não	70,0	56,7	66,7	64,5
Participou de algum curso de capacitação em ESB	Sim	60,0	63,3	53,3	58,9
	Não	40,0	36,7	46,7	41,1
Frequência com que participa de capacitação em ESB	Mensalmente	0,0	0,0	0,0	0,0
	Semestralmente	26,7	16,7	26,6	23,3
	Anualmente	16,7	30,0	20,0	22,2
	Nunca	26,7	23,3	36,7	28,9
	Só uma vez	16,7	10,0	0,0	8,9
	Outro	13,3	20,0	16,7	16,7
A FMS já lhe ofertou algum Curso de capacitação	Sim	96,7	100,0	90,0	95,6
	Não	3,3	0,0	10,0	4,4

Frequência que FMS oferece	Mensalmente	13,3	3,3	10,0	8,9
Capacitação em ESB	Semestralmente	16,7	20,0	16,7	17,8
	Anualmente	17,7	23,3	26,7	22,6
	Só uma vez	15,6	13,3	3,3	10,7
	Nunca ofertado	23,4	13,3	26,7	21,1
	Outro	13,3	26,7	16,7	18,9
Acredita que as ações realizadas em educação são eficientes	Sim	83,3	76,7	70,0	76,7
	Não	16,7	23,3	30,0	23,3
Acredita que as pessoas compreendem o teor de suas ações educativas	Sim	80,0	96,7	73,3	83,3
	Não	20,0	3,3	26,7	16,7
Total (30)	-	100,0	100,0	100,0	100,0

(Fonte: Pesquisa direta.)

CONCLUSÃO

A maioria dos profissionais entrevistados era do sexo feminino, formados há mais de 20 anos e com pós-graduação em áreas clínicas. Apenas 26,6% tinham mais de 10 anos de experiência em ESF.

Apesar de todos os cirurgiões-dentistas entrevistados afirmarem realizar atividades educativas em saúde bucal, apenas o percentual de 37,6%, afirmou realizar este tipo de atividade educativa de acordo com os critérios estabelecidos no método deste estudo. O restante dos entrevistados relatou que realiza atividades preventivas tais como higiene bucal supervisionada e aplicação tópica de flúor, acreditando que estão realizando atividades de educação em saúde bucal. Isto mostra que muitos cirurgiões-dentistas não conseguem diferenciar atividades educativas de ações preventivas e possuem dificuldades para realizar esse tipo de atividade. Os profissionais, ao realizarem atividade preventiva como sendo educativa, demonstram despreparo e falta de capacitação. Assim reproduzem modelos pedagógicos antigos, não motivadores, que não repercutem mudanças no comportamento das

pessoas que participam das atividades e não geram impactos positivos na melhora da qualidade da saúde bucal da população assistida.

As principais dificuldades encontradas pelos profissionais ao realizar atividades educativas foram a falta de material, a indisponibilidade de transporte e a falta de local apropriado para realização das ações em saúde bucal.

Verificou-se uma carência de educação permanente para os profissionais que já atuam na ESF do município avaliado, de forma que esses não participam de treinamentos, capacitação e nem cursos voltados, diretamente, para a área de educação em saúde bucal. Como a maioria dos entrevistados formou-se ainda antes da implantação da ESF, muitos não receberam essa formação voltada para educação em saúde.,

O impacto das ações de educação em saúde bucal na população adstrita foi considerado positivo pela maioria dos CD. Entretanto essa percepção é pessoal e influenciada pela personalidade e autoestima dos entrevistados. Recomendam-se estudos futuros de avaliação da eficiência dessas ações educativas para a população precisam ser realizados.

São necessários estudos mais específicos para verificar se, realmente, o que os CD vinculados à ESF de Teresina estão desenvolvendo configura ação educativa em saúde bucal. Sugere-se que isso pode ser realizado por meio de estudos observacionais in loco, no campo de atuação da ESB. A carência desse tipo de estudo é muito grande na área de saúde coletiva e necessita ser reforçado para que se melhore a qualidade das ações educativas realizadas em âmbito local e nacional.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de atenção básica. Área técnica de saúde bucal. Plano de reorganização da saúde bucal na Atenção Básica. A reorganização da saúde bucal na atenção básica Brasília; 2001.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica – 110 p.: il. (Série E. Legislação em Saúde), Brasília, 2012.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. (Séries Pactos pela Saúde 2006, v.4)
- 4 Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Ciências & Saúde Coletiva, 2011;16(1):319-25.
- 5 Moretti-Pires RO. O pensamento crítico social de Paulo Freire sobre humanização e o contexto da formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo [dissertação online]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008 [acesso em 2011 nov2]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-26032008-131633/>
- 6 Almeida GCM, Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008 set;24(9):21-31.

7 Araujo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do Cirurgião-Dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2006 mar;11(1):219-27.

8 São Paulo. Educação em Saúde: Planejando as Ações Educativas (Teoria e Prática). Manual para a operacionalização das ações educativas no SUS NES/PROG. HANS. – CVE. 1997.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1997. Disponível em:

<ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/educacao.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2015.

9 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, Brasília, 2004.

10 Viana MRP, Moura MEB, Nunes BMVT, Monteiro CFS, Lago EC. Formação do enfermeiro para a prevenção do câncer de colo uterino. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2013 dez;21(esp.1):624-30.

11 Chaves RIFM. Educação em saúde bucal: Oficinas para a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde de Montes Claros [dissertação]. Belo Horizonte: Ensino de Ciências e Matemática da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2011.

12 Figueira TR, Leite ICG. Percepções, conhecimentos e práticas em saúde bucal de escolares. Rev. Gaúcha Odontol. Porto Alegre, 2008 jan/mar;58(1):27-32.

13 Vilarinho SMM, Mendes RF, Prado Jr RR. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em Teresina (PI). Revista Odonto Ciência. Fac. Odonto/PUCRS, 2007 jan/mar;22(55):1-96.

14 Brasil.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.Portaria N° 323, de 5 de Julho de 2010. Descreve atividade educativa para a população, dentre outros. Diário Oficial da União nº 128, 07 jul 2010. [acesso 2016 jan 22]. Disponível em:
http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/U_PT-MS-SAS-323_050710.pdf

15 Brasil. SIGTAP Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (programa de computador). Versão 1.2.0909141204 Windows (16.1MB) de 14/09/2009. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/download.jsp.2014>.

16 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Institui as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família [online]. Diário Oficial da União, 7 mar 2001; Seção 1[acesso em 2014 set 13].Disponível em:
http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/32_Portaria_267_de_06_03_2001.pdf

17Martelli PJJ, Macedo CLSV, Medeiros KR, Silva SF, Cabral APS, Pimentel FC, et al. Perfil do Cirurgião-Dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2010 out;15(2):3243-8.

18 Martins VR, Abrantes FM, Miasato JM. Professores como uma importante fonte de informação e promoção de saúde bucal. *Pesq. Bras. Odontop. Clin. Integr.*, João Pessoa, 2008 jan/abr;8(1):27-30.

19 Figueira TR, Leite ICG. Conhecimentos e práticas de pais quanto à saúde bucal e suas influências sobre os cuidados dispensados aos filhos. *Pesq. Bras. Odontop. Clin. Integr.*, João Pessoa, 2008 jan/abr;8(1):87-92.

20 Leavell H, Clark EG. *Medicina Preventiva*. McGraw-Hill Inc., São Paulo; 1976.

21 Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2004 [acesso em 2015 jan 19];9(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.

22 Moura SM, Carvalho CJ, Amorim JTC, Marques MFSS, Moura LFAD, Mendes RF. Perfil e práticas de saúde bucal do agente comunitário de saúde em municípios piauienses de pequeno porte. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(supl 1):1487-95.

23 Carta de Ottawa. I Conferência Internacional de Promoção de Saúde [online]. 1986 nov; Canadá [acesso em 2014 dez 20]. Disponível em: www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf

24 Cunha CAC, Costa ICC. Similaridades e diferenças sobre promoção de saúde e educação em saúde na opinião de concludentes de odontologia. *Robrac*. 2005;14(37):49-54.

25 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001/2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 (Série C. Projetos, programas e relatórios).

26 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Institui as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família [online]. Diário Oficial da União, 7 mar 2001; Seção 1 [acesso em 2014 set 13].Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/32_Portaria_267_de_06_03_2001.pdf

27 Sanglard-Oliveira CA, Werneck MAF, Lucas SD, Abreu MHNG. Atribuições dos Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013 [cited 2015 may 18];18(8):2453-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800030

28Nétto OBS, Moura MS, Lima MDM, Lages GP, Moura LFAD. O pró-saúde no curso de odontologia da Universidade Federal do Piauí (UFPI): Relato de uma vivência de cinco anos. Ciência, cuidado e saúde. 2013 abr/jun;12(2):391-7.

29 Moura MS, Ferro FEFD, Cunha NL, Nétto OBS, Lima MDM, Moura LFAD. Saúde bucal na estratégia de saúde da família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2013 fev;18(2): 471-80.

30 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à

Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

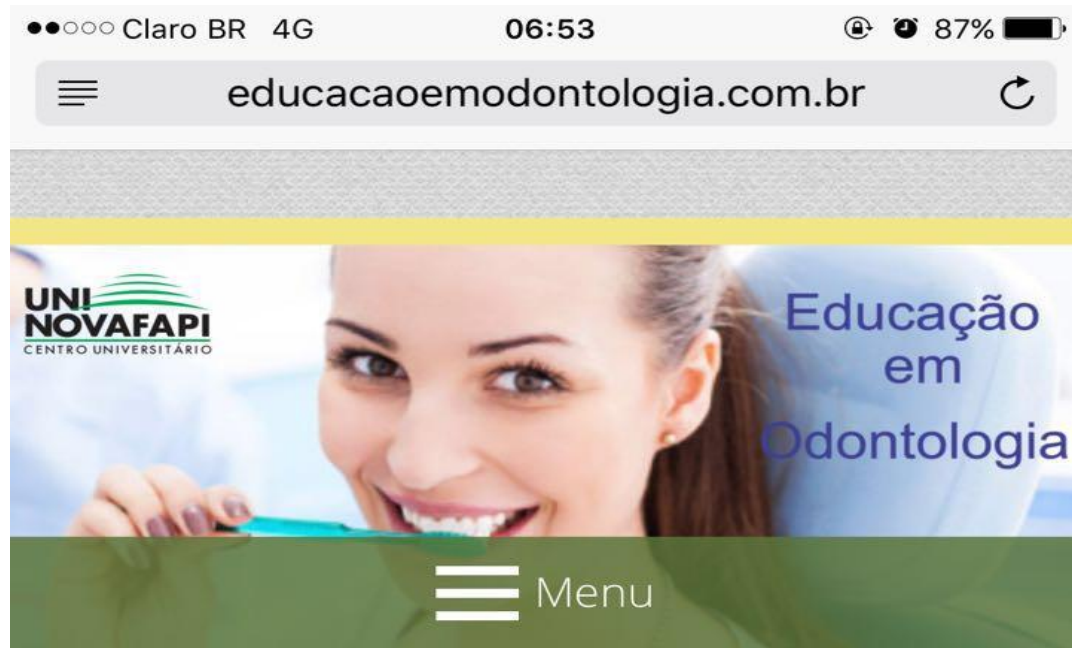
31 Freire MCM, Soares FF, Higino MASP, Nunes MF, Soares EF, Nunes FCS. Experiência de cárie em crianças de instituições de educação infantil com e sem assistência odontológica. Rev. odonto ciênc. 2009;24(1):64-70.

32 Haikail DS, Martins AMEBL, Aguiar PHS, Silveira MF, Paula AMB, Ferreira E F. O acesso à informação sobre higiene bucal e as perdas dentárias por cárie entre adultos. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2014;19(1): 287-300.

33 Serviço Social do Comércio (SESC). DN. DPD. Manual técnico de educação em saúde bucal. In: Barros CMS, coordenador. Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2007. 132 p.:il.; 29 cm.

4.2 Produto

Blog Educativo disponível em: www.educacaoemodontologia.com.br/site



MATERIAIS DIDÁTICOS QUE PODEMOS
UTILIZAR PARA REALIZAR ATIVIDADES
EDUCATIVAS MAIS INTERESSANTES.

📅 17 de março de 2016 👤
educacaoemodontologia 💬 Nenhum
comentário

Vou indicar esse vídeo de uma colega mestre
em Saúde da Família chamada Teresa Marly.
Seus vídeos são ótimos, muito didáticos e
estão disponíveis em 3 módulos na internet.



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades educativas em saúde bucal devem ser um instrumento de mudança de comportamento que gere autonomia em relação ao cuidado com a saúde e devem ser realizadas por todos os profissionais que trabalhem diretamente com saúde bucal. Infelizmente, estas atividades nem sempre vêm sendo realizadas de forma adequada pelos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde Bucal.

A falta de normatização quanto à escolha da melhor abordagem pedagógica, a falta de definição do público-alvo adequado para cada tipo de ação educativa, a falta de disponibilização de um lugar em que as ações devem ser realizadas e, até mesmo a deficiência na formação acadêmica dos cirurgiões-dentistas para o desenvolvimento de atividades educativas, dificultam a operacionalização destas ações. A forma como o Ministério da Saúde orienta a realização das ações educativas é muito amplo, permitindo que os profissionais planejem e executem atividades para as quais não foram treinados e, muitas vezes, sentem-se despreparados.

A maioria dos CD que participaram da pesquisa continua realizando atividades educativas com uma reprodução de técnicas reducionistas, centrada na doença, consequência de sua própria formação acadêmica, que ainda está pautada em uma abordagem curativista e tecnicista.

Infelizmente os cursos de graduação em Odontologia ainda não formam profissionais capacitados para atuar eficazmente em educação em saúde bucal, mesmo após as novas diretrizes curriculares do curso de graduação em Odontologia do MEC. Os profissionais ainda não aprendem sobre as técnicas pedagógicas mais adequadas e não compreendem como se deve realizar atividades educativas eficazes. Ainda não faz parte da grade curricular das universidades de odontologia uma disciplina que possibilite ao aluno aprender de forma concreta como planejar uma atividade educativa em saúde bucal e como realizá-la de forma a melhorar, de fato, a realidade da comunidade.

Nos cursos de pós-graduação os mesmos erros se repetem. Os CD saem especialistas em uma área clínica, mas muitos ainda não sabem realizar uma atividade educativa que realmente seja capaz de melhorar a saúde de quem participa, de sedimentar os conhecimentos, de se fazer assimilar e de fazer a diferença na saúde bucal daquela comunidade.

A maioria dos profissionais, depois de graduados, precisa receber um treinamento para aprender como planejar uma atividade educativa. Precisam de informações gerais para

realizá-las de maneira correta e sentirem menos dificuldades, como: adequá-las ao público a que se destinam, organizar o tempo que cada atividade deve ter, saber o tema prioritário da ação, que lugar é mais adequado para cada tipo de atividade e qual a linguagem adequada a cada público que participará da atividade. Mas, a falta de capacitação profissional em atividades educativas, de educação permanente pela Fundação Municipal de Teresina contribui para a ineficácia das atividades educativas realizadas.

Mesmo a totalidade dos entrevistados terem afirmado que realizavam atividades educativas, muito responderam que realizavam ATF e HBS. Chama atenção fato desses profissionais não conseguirem perceber que estas atividades de proteção específica, por si só, não configuram atividades educativas. Percebe-se que muitos cirurgiões-dentistas ainda confundem educação em saúde e proteção específica. A não distinção dos conceitos acaba dificultando o entendimento do que é atividade educativa em saúde bucal. É certo que toda ação em odontologia deve ser trabalhada, também com o enfoque educativo, mas o que chama atenção é o fato de que o profissional se confunde quando tenta distinguir, dentre as atividades que realiza, o que seria a atividade educativa.

As palestras, atividade educativa realizada pela maioria dos entrevistados, são modelos pedagógicos ultrapassados, ancorados em práticas de comunicação unidirecional, autoritária, focada apenas na transmissão de informação. A prática educativa deve ter a metodologia baseada na participação da população assistida, focada na problematização, no afeto para se buscar a aprendizagem a partir de confronto com situações que ocorrem no dia a dia da comunidade.

Quase a metade dos entrevistados relatou não sentir dificuldade ao realizar as atividades educativas em saúde bucal, mas a maioria das atividades educativas desenvolvidas pelos CD na ESF no município de Teresina-PI não são atividades prazerosas, são atividades de transmissão de informações diretas, sem a participação da comunidade. Poucos profissionais relataram usar o lúdico como facilitador como o uso de jogos, brincadeiras, teatro, arte, momento de vivência com troca de experiência, criação de conflito, ressignificação do que vivem e do que sentem, para então, assim, fazerem com que as pessoas consigam assimilar o que foi dito e internalizar como conhecimentos.

Mudanças de hábitos na população, em relação à saúde bucal, só serão alcançadas quando ocorrer uma aprendizagem efetiva durante o processo de educação em saúde bucal. Ações educativas bem planejadas e executadas da forma correta podem transformar a realidade da saúde bucal das pessoas. As pessoas precisam ter acesso a mais informações sobre saúde bucal e para isso ocorrer deve haver uma relação mais próxima entre os CD e os

usuários, com uma real troca de conhecimentos. Muito ainda precisa ser adequado para que as atividades educativas em saúde bucal realizadas pelos CD entrevistados sejam mais eficazes.

Como produto, foi elaborado um blog sobre atividades educativas em saúde bucal com o objetivo de ajudar os colegas cirurgiões-dentistas a compreender melhor o que configura atividade educativa em saúde bucal, como torna-las mais eficientes e a compartilharem suas experiências na área.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M. A. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 21-31, set. 2008.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 319-325, 2011.

ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do Cirurgião-Dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 219-227, mar. 2006.

ARCIERE, R. M. et al. Análise do conhecimento de professores de Educação Infantil sobre a saúde bucal. **Educar em Revista**, Curitiba, n. 47, p. 301-314, jan./mar. 2013.

ARESTRUP, C.; TAVARES, C. M. M. A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. **Rev. Eletrônica de Enferm**, v. 10, n. 1, p. 228-234, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a21.htm>>. Acesso em: 2 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**, Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c (Séries Pactos pela Saúde 2006, v.4).Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acessado em: 2 fev. 2015.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior Resolução CNE/CES 3, de 19 de Fevereiro de 2002. Resolução CNE/CES 3/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Pesquisa mundial de saúde no Brasil: como os brasileiros auto-avaliam sua saúde?** Informe da Atenção Básica nº 24; Ano V, Brasília, 2004.

_____. _____. Departamento de Ações Programáticas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, 2004.

_____. _____. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica – 110 p.: il. (Série E. Legislação em Saúde),** Brasília, 2012.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9), Brasília, 2009.

_____. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES). **Orientações gerais para o roteiro de auto-avaliação das instituições.** Brasília: Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa Anísio Teixeira, 2004.

_____. Congresso Nacional. Lei nº 11.889, de 24/12/2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, Seção 1, n. 251, p. 2-3, 26 de dezembro de 2008.

_____. Ministério da Saúde. A implantação da unidade de saúde da família. Brasília, 2000.

_____. _____. Informações de Saúde MS/SE/Datasus Sistema de Informação da Atenção Básica Produção e Marcadores Notas Técnicas. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/siabpdescr.htm>

_____. **Indicadores do PSF,** Ministério da Saúde. Brasília/DF, 2002. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/ascom/indicadorespsf/intr_sint.htm>. Acesso em: 18 mar. 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466,** de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001/2002.** (Série C. Projetos, programas e relatórios). Brasília, 2004.

_____. _____. Portaria nº 648/GM, de 28 de março 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 28 mar. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>. Acesso em: 13 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Institui as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, 7 mar. 2001; Seção 1. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/32_Portaria_267_de_06_03_2001.pdf>. Acesso em: 13 set. 2014.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. –110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde).Brasília, 2012.

_____. _____. Normas e Manuais Técnicos. **Cadernos de Atenção Básica nº 17**. Brasília: 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/caderno_de_educacao_popular_e_saude.pdf>. Acesso em: 26/11/14.

_____. _____. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de atenção básica. Área técnica de saúde bucal. **Plano de reorganização da saúde bucal na Atenção Básica**. A reorganização da saúde bucal na atenção básica. Brasília, 2001.

_____. SIGTAP Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (programa de computador). Versão 1.2.0909141204 Windows (16.1MB) de 14/09/2009. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/download.jsp>.2014.

CARTA DE OTTAWA. **I Conferência Internacional de Promoção de Saúde**, 1986. Disponível em: <www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2015.

CHAVES R. I. F. M. **Educação em saúde bucal**: Oficinas para a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde de Montes Claros. 2011. 70 f. Dissertação (Mestrado em Ensino de Ciências e Matemática)– Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Minas Gerais, 2011.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: Uma abordagem multidisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

FALCÓN, G. S.; ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H. S. A complexidade na Educação dos profissionais para o cuidado em saúde. **Revista Texto & Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 343-351, abr./jun. 2006.

FARIAS, M. R.; SAMPAIO, J. J. C. Papel do Cirurgião-Dentista na equipe de saúde da família. **RGO - Rev Gaúcha Odontol**, Porto Alegre, v. 59, n. 1, p. 109-115, jan./mar. 2011.

FIGUEIRA, T. R.; LEITE, I. C. G. Percepções, conhecimentos e práticas em saúde bucal de escolares. **Rev. Gaúcha Odontol**, Porto Alegre, v. 58, n. 1, p. 27-32, jan./mar. 2008a.

_____. Conhecimentos e práticas de pais quanto à saúde bucal e suas influências sobre os cuidados dispensados aos filhos. **Pesq. Bras. Odontop. Clin. Integr**, João Pessoa, v. 8, n. 1, p. 87-92, jan./abr. 2008b.

FREIRE, Paulo. **A importância do ato de ler**: em três artigos que se completam. São Paulo: Cortez, 2001.

FREITAS, S. F. T. de ; CALVO, M. C. M.; LACERDA, J. T. de. Saúde coletiva e novas diretrizes curriculares em odontologia: uma proposta para graduação. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 223-234, jul./out. 2012.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GEUS, Laryssa Maria Mendes de et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700010&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 2 jul. 2014.

GONDIM, F. I. D.; ALMEIDA, A. B.; CRUZ, P. J. S. C.; ALVARENGA, J. P. O. Análise das práticas educativas em saúde do programa de saúde da família no Distrito Sanitário II da cidade de João Pessoa, Paraíba. Departamento de Ciências da Saúde. Saúde Coletiva – 5. **Anais da 58ª Reunião Anual da SBPC**, Florianópolis, SC, jul. 2006.

HAIKAIL, D. S. et al. O acesso à informação sobre higiene bucal e as perdas dentárias por cárie entre adultos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 287-300, 2014.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. McGraw-Hill Inc., São Paulo, 1976.

MARTINS, V. R.; ABRANTES, F. M.; MIASATO, J. M. Professores como uma importante fonte de informação e promoção de saúde bucal. João Pessoa. **Pesq. Bras. Odontop. Clin. Integr**, v. 8, n. 1, p. 27-30, jan./abr. 2008.

MASSONI, A. C. L. T. et al. Saúde Bucal Infantil: Interesse de Pais e Responsáveis. **Pesq. Bras. Odontop. Clin. Integr** João Pessoa, v. 10, n. 2, p. 257-264, mai./ago. 2010.

MIRANDA, J. et al. Promoção de saúde bucal em odontologia: uma questão de conhecimento e motivação. **Rev. do CROMG**, v. 6, n. 3, p. 154-157, 2000.

MORAN, J. M. et al. **Novas tecnologias e mediação pedagógica**. 13. ed. Campinas: Papirus, 2007.

MORETTI-PIRES, R. O. **O pensamento crítico social de Paulo Freire sobre humanização e o contexto da formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo**. 2008. 343 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)– Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-26032008-131633/>>. Acesso em: 2 jul. 2015.

MORITA, M. C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. **Revista da Abeno**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 17-21, 2004.

MOURA, S. de M. et al. Perfil e práticas de saúde bucal do agente comunitário de saúde em municípios piauienses de pequeno porte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1487-1495, 2010.

_____. Saúde bucal na estratégia de saúde da família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 471-480, fev. 2013.

NÉTTO, O. B. S. et al. O pró-saúde no curso de Odontologia da Universidade Federal do Piauí (UFPI): relato de uma vivência de cinco anos. **CiencCuidSaude**, v. 12, n. 2, p. 391-397, abr./jun. 2013.

PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, L. T.; CYRINO, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7abr. 2015.

PEREIRA, B. T.; PEIXE, B. C. S.; STARON, L. Avaliar a eficiência e eficácia da gestão escolar integral no processo ensino-aprendizagem: estudos de casos nas escolas estaduais da região de Campo Largo. In: *Formulação e gestão de políticas públicas no Paraná: reflexões, experiências e contribuições*. Paraná: **Edunioeste**, 2010, p. 17-31.

PERES, H. et al. Aspectos éticos e legais relacionados à atuação dos técnicos e auxiliares em saúde bucal. **SALUSVITA**, Bauru, v. 32, n. 3, p. 321-331, 2013.

PRADO, M. L.; RIEBNITZ, K. S.; GELBECKE, F. L. Aprendendo a cuidar: a sensibilidade com elemento plasmático para a formação da profissional crítico-reflexivo em enfermagem. **Texto e Contexto Enferm**, v.15, n. 2, p.296-302, abr./jun. 2006.

REZENDE, A. M. B. **Ação educativa na Atenção Básica à Saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial**: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional. Catálogo USP, São Paulo, 2011.

RODRIGUES, S. A. et al. Educação em saúde em comunidades quilombolas. **Rev. Gaúcha Odontol**, Porto Alegre, v. 59, n. 3, p. 445-451, jul./set. 2011.

SANGLARD-OLIVEIRA, C. A. et al. Atribuições dos Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2453-2460, 2013.

SÃO PAULO. **Educação em Saúde**: Planejando as Ações Educativas (Teoria e Prática). Manual para a operacionalização das ações educativas no SUS NES/PROG. HANS. – CVE. 1997. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1997. Disponível em: <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/educacao.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2015.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Trabalhando com gestantes**: manual para profissionais de saúde. São Paulo: FESIMA, 1988.

SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO (SESC). DN. DPD. **Manual técnico de educação em saúde bucal**. BARROS, Claudia Márcia Santos (Coord.). Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional. 132p. : il.; 29 cm. 2007.

UNFER, B.; SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 190-195, 2000.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

VERAS, M. S. C. et al. Educação em saúde e a promoção de saúde bucal: marcos conceituais, teóricos e práticos na odontologia. **Rev. Odontol UNICID**, v. 15, n. 1, p. 55-61, 2003.

VIANA, M. R. P. et al. Formação do enfermeiro para a prevenção do câncer de colo uterino. UERJ. **Rev. enferm.** Rio de Janeiro, v. 21, esp.1, p. 624-630, dez. 2013.

VILARINHO, S. M. M.; Mendes, R. F.; Prado Jr, R. R. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em Teresina (PI). **Revista Odonto Ciência** – Fac. Odonto/PUCRS, v. 22, n. 55, p. 31-45, jan./mar. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA DA PESQUISA

CENTRO UNIVERSITÁRIO – UNINOVAFAPI
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA
PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA

Roteiro de entrevista da Pesquisa

Depoente nº:

Ano de Formação:

Pós-graduação: Ano: Área:

Tempo de atuação na ESF:

1) Você realiza atividades educativas em saúde bucal no contexto da Estratégia Saúde da Família?

1-Sim () 2-Não ()

2) Quais atividades educativas em saúde bucal você
realiza?_____

3) Você enfrenta alguma dificuldade ao realizar tais ações?

1-Sim () 2-Não ()

Quais:_____

4) Existe material suficiente para realizar ações educativas em saúde bucal no seu espaço de trabalho?

1- Sim () 2-Não ()

5) Alguém mais da equipe participa dessas ações educativas?

1- Sim () 2-Não ()

6) Quem?

1-ACS () 2-TSB () 3-ASB () 4-Técnico em Enfermagem () 5-Outro ()

7) Seu curso de graduação contribuiu para você atuar em atividades educativas em saúde bucal?

1- Sim () 2-Não ()

8) De que forma seu curso de graduação contribuiu para você atuar em atividades educativas em saúde bucal?

9) Seu curso de pós-graduação contribuiu para você atuar em atividades educativas em saúde bucal?

1-Sim () 2-Não () 3- Não tenho Pós-Graduação ()

10) De que forma seu curso de pós-graduação contribuiu para você atuar em atividades educativas em saúde bucal?

11) Você conhece as legislações existentes sobre educação em saúde bucal?

1-Sim () 2-Não ()

12) Quais legislações sobre educação em saúde bucal você conhece?

13) Você já participou de algum curso de capacitação sobre educação em saúde bucal?

1-Sim () 2-Não ()

Quais: _____

14) Caso a resposta anterior tenha sido sim, este curso de capacitação foi realizado por qual instituição?

15) Com que frequência você se capacita na área de educação em saúde bucal?

1-Mensalmente () 2-Semestralmente () 3-Anualmente () 4-Bienalmente ()

5-Nunca me capacitei () 6-Após o primeiro curso, nunca participei de outro ()

7-Outros ()

16) A FMS já lhe ofertou algum curso de capacitação (qualquer área)?

1-Sim () 2-Não ()

Quais: _____

17) Com que frequência a FMS lhe oferece tais cursos de capacitação em educação em saúde bucal em saúde bucal?

1-Mensalmente () 2-Semestralmente () 3-Anualmente () 4-Bienualmente () 5-Depois o primeiro curso ofertado, nunca me foi ofertado participar de outro () 6-Nunca me foi ofertado cursos de capacitação () 7-Outros ()

18) Você acha que suas ações educativas realizadas em saúde bucal são eficientes?

1-Sim () 2-Não ()

19) Como você avalia o impacto de suas ações educativas em saúde bucal?

20) Quais métodos você utiliza para avaliar o impacto causado

21) Você acredita que as pessoas que participam de suas atividades educativas em saúde bucal compreendem o teor da ação educativa realizada?

1-Sim () 2-Não ()

22) Caso a resposta anterior tenha sido não, quais os fatores que dificultam esta compreensão?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1

APÊNDICE**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos você para participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada "Análise das práticas educativas em saúde bucal na estratégia saúde da família". Esta pesquisa é orientada pelo Professor Dr. Fabrício Ibiapina Tapety, pesquisador participante, e tem como pesquisadora responsável Fabíola Girão Marques Araujo, acadêmica do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, caso você aceite fazer parte deste estudo, por favor, queira assinar ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra pertence ao pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Ressaltamos ainda que você poderá pensar se aceita ou não participar, sua decisão será livre.

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA

A presente pesquisa tem como objeto de estudo: as ações educativas em saúde bucal. Como objetivo geral: descrever as atividades educativas realizadas em saúde bucal no contexto da Estratégia de Saúde da Família e tem como objetivos específicos: identificar, no âmbito da Saúde da Família, as dificuldades enfrentadas pelos cirurgiões-dentistas ao realizar atividades educativas em saúde bucal, verificar a existência de treinamentos ou capacitações na área de saúde bucal voltadas para educação, identificar o impacto das ações de educação em saúde bucal na população adstrita, verificar a disponibilidade de recursos materiais para a realização das práticas educativas, descobrir se os cirurgiões-dentistas conhecem quais ações educativas devem ser realizadas segundo as legislações existentes.

O interesse pela temática surgiu por tratar-se de um tema relevante e complexo, porém pouco discutido na graduação e na vivência dos profissionais de saúde. Trata-se de um tema que irá fomentar a opinião crítica da comunidade universitária sobre as atividades educativas realizadas em saúde bucal, bem como, trazer o conhecimento sobre a temática no sentido de divulgar a importância da educação em saúde bucal para a população, haja vista que educar em saúde é promover a descoberta do que se é, da consciência de existir; promover a liberdade, desenvolvendo, assim, a capacidade de


Fabrício Tapety

escolher, de pensar e de ter um olhar crítico sobre o mundo (COSTA; CARBONE, 2009).

Os procedimentos adotados nesta pesquisa são: questionário semiestruturado, com perguntas fechadas e abertas, proporcionando ao entrevistado expor suas ideias, discorrendo livremente sobre o tema proposto. Participarão do estudo 133 cirurgiões-dentistas que atuam na ESF. O tipo de amostragem para a seleção da amostra na população sob estudo será uma amostragem estratificada proporcional. O critério de estratificação será a Regional de Saúde usada pela FMS de Teresina. Assim, na Regional Norte, serão pesquisados 45 cirurgiões-dentistas, na Regional Centro-Sul 46 e na Leste/Sudeste 42. A seleção da amostra em cada sub população ocorreu através de sorteio. Os profissionais em cada estrato foram listados e enumerados e o programa BioEstat 2.0 criou números aleatórios para a seleção ocorrer ao acaso.

Faz-se necessário frisar que somente os profissionais que aceitarem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido serão incluídos na amostra final.

Os profissionais serão abordados individualmente e convidados a participar da pesquisa, no final do expediente de trabalho após o último atendimento, em seu próprio local de trabalho.

Serão incluídos indivíduos de ambos os sexos cadastrados na função de cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família vinculados às três Regionais de Saúde que compõem a Fundação Municipal de Saúde, da cidade de Teresina-PI. Serão excluídos os profissionais que exercem suas atividades como substitutos, assim como os trabalhadores que se encontrarem de férias ou licença trabalhista. Os participantes serão nomeados com o nome de depoentes seguido do numeral arábico para garantir o anonimato destes e o sigilo das informações por eles fornecidas.

Informo que a pesquisa oferece risco mínimo aos participantes, como constrangimento na abordagem e a insegurança quanto ao sigilo das informações e também o medo da crítica por parte dos pesquisadores. Como forma de minimizar esses riscos será dada a garantia de manutenção do sigilo das informações fornecidas e da privacidade dos participantes no momento da entrevista. Esclarecemos que seu nome será mantido em anonimato e utilizaremos números arábicos em sua identificação. As entrevistas serão realizadas em uma sala reservada e ocorrerão no fim do expediente de trabalho dos participantes, constando da presença apenas da sua presença, bem como da dos pesquisadores. As entrevistas ocorrerão no período de julho a agosto de 2014.


Fábio Teófilo

Como benefícios você será convidado a participar de uma palestra de capacitação em atividades educativas em saúde bucal, como forma de melhorar o desempenho de seu trabalho em odontologia preventiva. O estudo irá também contribuir para o conhecimento sobre o tema, um novo posicionamento acerca das atividades educativas em saúde bucal na ESF e a partir desse conhecimento, poderão ser elaboradas estratégias para conscientização e esclarecimento da população, bem como, despertar em outros profissionais dos cursos de saúde interesse neste tipo de estudo. Além disso, a pesquisa servirá como fonte e subsídio para outros interessados nesta temática.

Ratificamos que lhe é garantida plena liberdade em participar ou recusar-se a participar a qualquer momento da pesquisa e como compromisso de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, você poderá contactar a pesquisadora responsável e o pesquisador participante para esclarecimento de eventuais dúvidas, nos endereços descritos ao final das assinaturas.

Tendo em vista os itens descritos e apresentados, eu, de forma livre e esclarecido manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Diante do exposto, eu,

_____, concordo em participar da pesquisa acima descrita. Declaro que fui informado sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa. Entendo que terei como garantia de confidencialidade, ou seja, que apenas dados consolidados serão divulgados e ninguém, além dos pesquisadores, terão acesso aos nomes dos participantes da pesquisa. Entendo também, que tenho direito de receber informação adicional sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com os pesquisadores da pesquisa. Fui informado, ainda, que a participação é voluntária e se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo a qualquer momento, os pesquisadores compreenderão a opção. Declaro não possuir nenhum grau de dependência com os pesquisadores envolvidos e, portanto, não me sinto pressionado de nenhuma maneira a participar desta pesquisa e que compreendi tudo que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento.


Fabricio

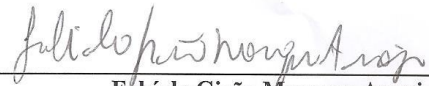
Pesquisadora Responsável: Fabíola Girão Marques Araujo: End: Rua Helvidio Ferraz no , nº 315. Bairro São Cristóvão. CEP: 64.048-340. Teresina-Piauí. Telefone: (86) 88082611. E-mail: giraofabiola@hotmail.com

Pesquisador participante: Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety. End.: Rua Noé Forte, nº 916. Bairro Uruguai. CEP: 64.073-046. Teresina – Piauí. Telefone: (86) 99241401; E-mail: fabricao100@hotmail.com

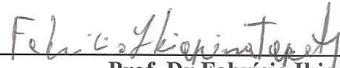
Endereço do CEP: Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123, Bairro Uruguai, CEP: 64073-505. Centro Universitário UNINOVAFAPÍ, Bloco A, térreo, próximo à Secretaria Geral. Cidade: Teresina. Estado: Piauí. Telefone: (86) 2106-0738 Fax: (86) 2106-0740 Home Page: <http://uninovafapi.edu.br/principal/cep> E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Coordenadora do CEP: Francisca Teresa Coelho Matos. End.: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Bairro Uruguai. CEP: 64073-505, Teresina – Piauí. Telefone: (86) 2106-0738. E-mail: cep@uninovafapi.edu.br.

Funções do CEP: Avaliar protocolos de cada pesquisa envolvendo seres humanos; desempenhar papel consultivo e educativo em questões éticas.



Fabíola Girão Marques Araujo
Pesquisadora Responsável



Prof. Dr Fabrício Ibiapina Tapety
Pesquisador Responsável



Fabrício Tapety

ANEXOS

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Fabíola Girão Marques Araujo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32389114.1.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 700.796

Data da Relatoria: 25/06/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, sobre as atividades educativas realizadas em saúde bucal na Estratégia da Saúde da Família. Será realizado nas Unidades Básicas de Saúde das Regionais Leste-sudeste, Centro-Norte e Sul e cuja população-alvo serão 229 cirurgiões-dentistas que exercem atividades na Estratégia de Saúde da Família. A amostra de 133 cirurgiões-dentistas responderá a um questionário semi-estruturado sobre as atividades educativas realizadas em saúde bucal no contexto da Estratégia de Saúde da Família. A educação significa o meio em que os hábitos, costumes e valores de uma comunidade que são transferidos de uma geração para a seguinte. As maneiras de ensinar são embasadas em duas vertentes: educação bancária e a educação problematizadora. Deve-se estimular o pensamento crítico dos educandos, desenvolver a capacidade de analisar criticamente a sua realidade para resolver problemas e modificar situações. Atividade educativa não é um processo de condicionamento para que as pessoas aceitem, sem questionar, as orientações que lhes são passadas. Educar em saúde é promover a descoberta do que se é, da consciência de existir, é reconhecer seu potencial transformador, colaborando na construção e desconstrução de valores. As ações educativas devem estar presentes em todos os momentos da atenção em saúde bucal, sendo integrante do tratamento odontológico e realizada por todos os membros da equipe a fim de

Theoná Gomes Perceiro
Coordenadora do CEP UNINOVAFAP

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 700.796

proporcionar mais autonomia dos usuários no controle do processo saúde –doença e na condução de seus hábitos. Como ações educativas bem planejadas podem transformar a realidade das pessoas, este projeto de pesquisa tem por objetivo descrever as atividades educativas realizadas em saúde bucal no contexto da Estratégia de Saúde da Família e por finalidade descobrir se ela são eficazes e, caso não o sejam, elaborar um protocolo que possibilite que as atividades educativas em saúde bucal se tornem mais eficazes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: descrever as atividades educativas realizadas em saúde bucal no contexto da Estratégia de Saúde da Família, bem como verificar indícios de eficácia e eficiência dessas ações.

Objetivo Secundário: verificar se os cirurgiões dentistas da ESF aplicam atividades educativas da forma preconizada pela Estratégia de Saúde Bucal; Identificar, no âmbito da Saúde da Família, as dificuldades enfrentadas pelos cirurgiões-dentistas ao realizar atividades educativas em saúde bucal; Verificar a existência de treinamentos ou capacitações na área de saúde bucal voltadas para educação; Identificar o impacto das ações de educação em saúde bucal na população adstrita na visão dos cirurgiões dentistas da ESF; Verificar a disponibilidade de recursos materiais para a realização das práticas educativas; Descobrir se os cirurgiões-dentistas conhecem quais ações educativas devem ser realizadas segundo as legislações existentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: os sujeitos do estudo correrão riscos mínimos, tais como o constrangimento na abordagem e a insegurança quanto ao sigilo das informações e também o medo da crítica por parte dos pesquisadores. Os riscos são considerados mínimos porque se trata de uma pesquisa de abordagem quantitativa com manejo apenas de informações adquiridas por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturada com perguntas em que o sujeito ficará à vontade para responder ou não. Como forma de minimizar os riscos será dada a garantia de manutenção do sigilo das informações fornecidas e da privacidade dos participantes no momento da entrevista. O nome do participante será mantido em anonimato e serão utilizados números arábicos em sua identificação. As entrevistas serão realizadas em uma sala reservada e ocorrerão no fim do expediente de trabalho dos participantes, constando apenas da sua presença, bem como da dos pesquisadores. As entrevistas ocorrerão no período de setembro a novembro de 2014. Será assegurada ao participante sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida e sua identificação se

Theonias Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFPI

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
Bairro: Bairro do Uruguai **CEP:** 64.073-505
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)2106-0738 **Fax:** (86)2106-0740 **E-mail:** cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 700.796

manterá em sigilo.

Benefícios: como benefícios os participantes serão convidados a participar de uma palestra de capacitação em atividades educativas em saúde bucal, como forma de melhorar o desempenho de seus trabalhos em odontologia preventiva. Esta palestra será ministrada logo após a entrevista e será realizada pelos pesquisadores. Mesmo que não imediatos, os benefícios poderão surgir através de programas educativos que beneficiem a melhoria da

qualidade das ações educativas em saúde bucal realizadas na Estratégia de Saúde da Família, já que os resultados serão entregues aos gestores municipais e estaduais e serão tornados públicos. O estudo irá também contribuir para o conhecimento sobre o tema, um novo posicionamento acerca das atividades educativas em saúde bucal na ESF e a partir desse conhecimento, poderão ser elaboradas estratégias para conscientização e esclarecimento da população, bem como, despertar em outros profissionais dos cursos de saúde interesse neste tipo de estudo. Além disso, a pesquisa servirá como fonte e subsídio para outros interessados nesta temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Durante a infância, obtemos diversos conhecimentos e, é durante esta fase de nossas vidas, que muitos de nossos hábitos são adquiridos. Com o tempo, estes hábitos são reafirmados e fica muito difícil tentar modificá-los. Mesmo através de ações educativas que nos mostrem como nossos hábitos podem ser transformados a fim de nos proporcionar uma vida mais saudável, não é tarefa fácil tentar alterá-los. É necessário compromisso pessoal, boa vontade e muita persistência. O ato de educar ou de reeducar é capaz de transformar estes costumes tão arraigados em nossa essência. Educar é construir, é libertar o homem do determinismo, passando a reconhecer o papel da História e onde a questão da identidade cultural, tanto em sua dimensão individual, como em relação à classe dos educandos, é essencial à prática pedagógica proposta. A pesquisa é pertinente, interessante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de Apresentação Obrigatória presentes neste protocolo de pesquisa:

- TCLE;
- Carta de Encaminhamento de Projeto de Pesquisa;
- Declaração de Compromisso dos Pesquisadores;
- Termo de Autorização Institucional;
- Currículo Lattes dos Pesquisadores;
- Folha de Rosto;
- Instrumento de Coleta de Dados

Thaís Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPÍ

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 700.796

- Projeto de Pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de Pesquisa está elaborado de acordo com a Res.466-2012 do CNS, portanto, aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

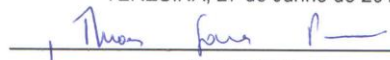
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado considerou que protocolo de pesquisa está aprovado, porque o mesmo está elaborado de acordo com a Resolução CNS 466/2012.

TERESINA, 27 de Junho de 2014

 **Theonas Gomes Pereira**
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPI

Assinado por:

FRANCISCA TEREZA COELHO MATOS
(Coordenador)

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
NÍVEL MESTRADO**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Teresina, 24 de março de 2014.

Ilustríssimo Senhor Luiz Gonzaga Lobão Castelo Branco
Presidente da Fundação Municipal de Saúde de Teresina

Eu, Prof. Fabrício Ibiapina Tapety, coordenador substituto do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família e responsável principal pelo projeto de pesquisa, venho pelo presente, solicitar vossa autorização para desenvolver o projeto da referida pesquisa intitulada: **“Análise das práticas educativas em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família”** na Fundação Municipal de Saúde de Teresina, **nas unidades básicas de saúde**, juntamente com a aluna **Fabiola Girão Marques Araujo**.

Este projeto de pesquisa atendendo ao disposto na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, tem como objetivo **descrever as atividades educativas realizadas em saúde bucal no contexto da Estratégia de Saúde da Família, no ano de 2014, no município de Teresina, Piauí**.

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, uma vez que esta metodologia permite avaliar associações entre as exposições e o desfecho estudado, através do cálculo da razão de prevalências, no município de Teresina, Piauí, no ano 2014.

Esta atividade não apresenta riscos aos sujeitos participantes. Os dados deverão ser coletados no período de junho a agosto de 2014.

Espera-se com esta pesquisa descrever as atividades educativas em saúde bucal realizadas na ESF, para a definição de ações prioritárias de educação em saúde bucal, de políticas públicas apropriadas à realidade e na formulação de estratégias que tragam uma melhor qualidade nas ações educativas em saúde bucal.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida através do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do **Centro Universitário UNINOVAFAPI** e pelos pesquisadores responsáveis através do e-mail **fabricao100@hotmail.com** e telefones (86) 99241401 e **giraofabiola@hotmail.com** – telefone: (86) 8808-2611.

A qualquer momento vossa senhoria poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores aptos a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para solucionar ou contornar qualquer mal estar que possa surgir em decorrência da pesquisa.

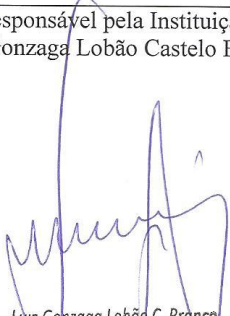
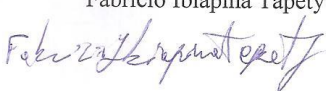
Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos e que, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição como nome, endereço e outras informações pessoais não serão em hipótese alguma publicados. Na eventualidade da participação nesta pesquisa, causar qualquer tipo de dano aos participantes, nós pesquisadores nos comprometemos

em reparar este dano, e ou ainda prover meios para a reparação. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento.

Autorização Institucional

Eu, **Luiz Gonzaga Lobão Castelo Branco** responsável pela instituição Fundação Municipal de Saúde de Teresina, declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição COPARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro também, que não recebemos qualquer pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do **Parecer de Aprovação** por um **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**.

Responsável pela Instituição Luiz Gonzaga Lobão Castelo Branco  Luiz Gonzaga Lobão C. Branco Presidente Fundação Municipal de Saúde	Coordenador substituto do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família e responsável principal pelo projeto de pesquisa Fabrício Ibiapina Tapety 
--	---

Dados da instituição de ensino

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI – PROGRAMA DE MESTRADO
PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
Rua Vitorino Orthiges Fernandes, nº 6123, Bairro do Uruguai, Teresina - PI,
CEP: 64.073-505 - Fone/Fax: (86)2106-0700 - Fax: (86) 2106-0740.
site: www.uninovafapi.edu.br