Manual Técnico de Educação em Saúde Bucal

SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO

Presidente do Conselho Nacional do SESC
Antonio Oliveira Santos

Diretor Geral do Departamento Nacional do SESC
Maron Emile Abi-Abib

Consultoria da Direção Geral
Juvenal Ferreira Fortes Filho

Divisão Administrativa e Financeira
João Carlos Gomes Roldão

Divisão de Planejamento e Desenvolvimento
Luís Fernando de Mello Costa

Divisão de Programas Sociais
Álvaro de Melo Salmito

PUBLICAÇÃO

Coordenação Editorial
Gerência de Estudos e Pesquisas / DPD
Sebastião Henriques Chaves

Conteúdo
Gerência de Estudos e Pesquisas / DPD
Cláudia Márcia Santos Barros (Coordenação)
Gerência de Saúde / DPS
Anderson Furtado Dalbone
Felícia Freire Maciel Biato
Júlio de Campos Ribeiro
Maria Silvia Nacao
Rita de Cássia Gonzaga Martorelli
Valéria Maria de Araújo Roças

Produção Gráfica
Assessoria de Divulgação e Promoção / Direção Geral
Anderson de Oliveira

Revisão de Texto
Rosane Carneiro

FICHA CATALOGRÁFICA

SESC. DN. DPD
Manual técnico de educação em saúde bucal / Claudia Márcia Santos Barros, coordenador. – Rio de Janeiro : SESC, Departamento Nacional, 2007.
132p. : il.; 29 cm.

Inclui bibliografia
ISBN 978-85-89336-21-5

1. Educação odonto-sanitária.. 2. Saúde bucal. I. Barros, Claudia Márcia santos. II. Título.

CDD 617.645

SUMÁRIO

07	APRESENTAÇÃO
09	INTRODUÇÃO
12	1. REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA: EXPERIÊNCIAS, CONCEITOS E VALORES
12	1.1. Afinal, de que saúde estamos falando, então?
15	1.2. Princípios para atuação no campo da saúde bucal
15	1.2.1. Integralidade
15	1.2.2. Atuação interdisciplinar e intersetorial
16	1.2.3. Acolhimento
16	1.2.4. Responsabilidade e compromisso com o processo educativo
17	1.2.5. Desenvolvimento de ações e áreas temáticas integradas
17	1.2.6. Processo de acompanhamento e avaliação contínuo e sistemático
18	Sugestões de leitura sobre os assuntos tratados neste capítulo
19	Notas
21	2. TRABALHANDO SABERES E PRÁTICAS: A EDUCAÇÃO NOSSA DE CADA DIA
22	2.1. A abordagem individual – o desafio da comunicação
26	2.2. Atividades grupais – como fazer
26	2.2.1. O papel do coordenador/ facilitador das ações educativas
28	2.2.2. Como organizar as atividades coletivas de caráter sistemático
29	Sugestões de leitura sobre os assuntos tratados neste capítulo
30	Notas
31	3. PRIMEIRO PASSO: CONHECER A CLIENTELA E IDENTIFICAR SITUAÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERVENÇÃO EDUCATIVA
32	3.1. O primeiro contato com a clientela da clínica odontológica
33	3.1.1. Preparação da oficina inicial
34	3.1.2. Objetivos
34	3.1.3. Conteúdo Básico
37	3.1.4. Pontos para reflexão e debate
37	Sugestões de leitura sobre os assuntos tratados neste capítulo
39	4. DOS DESAFIOS E PERSPECTIVAS ÀS AÇÕES: SUBSÍDIOS PARA O PLANEJAMENTO
40	4.1. Os objetivos do SESC com relação à saúde bucal
40	4.1.1. Na dimensão da prevenção
41	4.1.2. Na dimensão da promoção da saúde
41	4.1.3. Na dimensão do controle social da saúde
41	4.2. Estabelecimento da programação
44	4.3. O enfoque dos ciclos de vida
44	4.3.1. A Gestante
47	4.3.2. A Infância
53	4.3.3. O Adolescente
55	4.3.4. O Adulto
57	4.3.5. O Idoso
59	4.4. Programação básica de educação em saúde bucal
60	4.4.1. Objetivos gerais das ações educativas em saúde bucal
60	4.4.2. Indicadores de resultado
60	4.4.3. Atividades básicas
62	4.5. Eixo temático 1: Processo saúde-doença cárie
63	4.5.1. Conteúdo básico
66	4.5.2. Pontos para reflexão e debate
66	4.6. Eixo temático 2: Doenças da gengiva
66	4.6.1. Conteúdo básico
69	4.6.2. Pontos para reflexão e debate
70	Sugestões de leitura sobre os assuntos tratados neste capítulo
71	Notas

73	**5.** ENTRANDO EM AÇÃO: SOBRE ALGUMAS ESTRATÉGIAS POSSÍVEIS
74	5.1. Sugestões de dinâmicas para operacionalização da oficina inicial com a clientela da clínica odontológica
74	5.1.1. Preparação e Aquecimento
75	5.1.2. Desenvolvimento
78	5.1.3. Fechamento
79	5.2. Propostas de oficinas com temáticas associadas à prevenção do processo saúde-doença cárie
79	5.2.1. Usando experiências e modelos anatômicos
85	5.2.2. Trabalhando com figuras
88	5.3. Exemplos de jogos para abordagem de diferentes temáticas
88	5.3.1. Jogo da velha humano
89	5.3.2. Caça ao tesouro
89	5.3.3. Jogo dos pares com dados
91	5.3.4. Bingo da saúde bucal
92	5.4. Considerações sobre capacitação de professores
94	5.4.1. Proposta de estrutura programática
98	5.5. Sugestões de jogos e dinâmicas para ações de capacitação/ formação
98	5.5.1. O jogo da educação em saúde bucal
106	5.5.2. Estamos no mesmo barco
107	5.5.3. A linha da vida
108	5.5.4. Três respostas pedagógicas para uma situação-problema
110	5.5.5. Planejamento: para quê? Com quem? Como?
110	5.5.6. Que será que é?
111	5.5.7. Roteiro de leitura
112	5.6. Sugestões de dinâmicas para trabalhar fatores de risco e agravos correlacionados à saúde bucal
112	5.6.1. Criando o restaurante “Sabor e Saúde”
113	5.6.2. Revendo preconceitos sobre a pessoa idosa através da dramatização
113	5.6.3. Inventário de pontos positivos e negativos para se ter uma boa saúde
114	5.6.4. Medindo as atividades físicas
114	5.7. Exemplos de instrumentos e técnicas para avaliação das ações educativas
114	5.7.1. Ficha-avaliação diária
115	5.7.2. Ficha-avaliação de curso/ treinamento
115	5.7.3. Questionário-avaliação de resultados
116	5.7.4. A bolsa de surpresas
117	5.7.5. A barca
117	5.7.6. Trinca de ás
118	Sugestões de leitura sobre os assuntos tratados neste capítulo
118	Sugestões de filmes e vídeos
119	Sugestões de músicas

121	ANEXOS
122	Anexo I – Exemplo de matriz lógica para elaboração da programação de educação em saúde bucal
126	Anexo II – Proposta de matriz para estimativa de necessidades de ações de educação em saúde bucal, por grupo populacional e tipo de atividade
127	Anexo III – Proposta de matriz para estimativa da capacidade potencial de oferta de atividades educativas em saúde bucal por categoria funcional
128	Anexo IV – Proposta de matriz para programação das atividades de educação em saúde bucal de acordo com as prioridades pactuadas, considerando as necessidades locais e a capacidade potencial instalada
129	Anexo V – Instruções para o auto-exame da boca
130	Anexo VI – Esquema para mapeamento dos dentes
131	Anexo VII – Planilha para registro de controle de placa e gengivite
132	Anexo VIII – Planilha para registro de controle de placa e gengivite

No contexto de busca permanente da excelência em todo o Sistema, o Departamento Nacional do SESC assume historicamente o compromisso com o fortalecimento das ações e o aprimoramento dos processos de trabalho implementados pelos Departamentos Regionais.

Dessa forma, a elaboração de manuais de orientação técnica constitui-se em recurso estratégico para consolidação das diretrizes político-institucionais formalizadas nos Modelos de Atividades, na medida em que sistematizam os aspectos operacionais subjacentes, instrumentalizando as equipes para formulação, implementação e concretização de intervenções efetivas e adequadas às especificidades locais.

No campo da Saúde, os manuais de orientação técnica vêm atender à necessidade de efetivar processos continuados de subsídio teórico e metodológico para implantação de programas e projetos específicos voltados para temáticas de saúde de relevância epidemiológica no cenário nacional.

Considerando o objetivo do SESC de atuar de forma modelar na área da Saúde por meio de uma ação programática propositiva, os manuais de orientaçã o técnica da Atividade Educação em Saúde visam, também, à experimentação de metodologias e à investigação dos limites e possibilidades dessa área de atuação, apoiando-se sobre as elaborações teóricas e metodológicas mais recentes, sem perder de vista a articulação com as políticas públicas contemporâneas.

O Manual Técnico de Educação em Saúde Bucal resulta de uma construção coletiva, integrando as Atividades Educação em Saúde e Assistência Odontológica, e, dessa forma, articulando as especificidades de cada um desses campos de conhecimento e prática.

Acreditamos, assim, que a presente publicação constituir-se-á em um valioso instrumento para o fortalecimento da integralidade das práticas e para a consolidação da atenção em saúde bucal no SESC como estratégia para a qualidade de vida.

Maron Emile Abi-Abib
Diretor-Geral

Este é um manual didático que integra a série de documentos de orientação técnica destinados a subsidiar as equipes de Educação em Saúde dos Departamentos Regionais para implantação de programas e projetos voltados para temáticas de saúde de relevância epidemiológica no cenário nacional e/ou de caráter prioritário no âmbito institucional.

Pelo potencial do trabalho no cenário institucional, priorizamos a temática da saúde bucal e, desta maneira, procuramos apontar caminhos, neste manual, sobre como operacionalizar o planejamento integrado com a equipe da Atividade Assistência Odontológica e sistematizar ações educativas que contribuam para a melhoria da saúde bucal da clientela, atuando sobre seus determinantes e fatores de risco correlacionados.

Dessa forma, o Manual de Educação em Saúde Bucal resulta de uma construção coletiva, traduzindo o consenso sobre o que, no atual momento, as equipes das Atividades Educação em Saúde e Assistência Odontológica no Departamento Nacional consideram ser um referencial de atuação, com base no processo contínuo de reflexão teórica sobre a prática, possibilitado pelo intercâmbio com as equipes dos Departamentos Regionais.

Tal processo vem se apoiando na reflexão acerca dos limites e possibilidades da atenção em saúde bucal no SESC como estratégia para a qualidade de vida, no esforço de compreender e desenvolver práticas de saúde, a partir de uma visão da educação como processo participativo de emancipação dos sujeitos e construção da cidadania.

Este referencial de atuação é tratado na primeira seção deste manual, sob o título Reflexões sobre a prática: experiências, conceitos e valores, na qual são abordados os conceitos necessários à compreensão das escolhas metodológicas e estratégias de atuação propostas e que fundamentam os princípios orientadores das práticas educativas voltadas para a saúde bucal.

A seção seguinte – Trabalhando saberes e práticas: a educação nossa de cada dia – assinala o papel educativo do profissional de saúde no SESC, em consonância com o propósito institucional de emancipação dos sujeitos e de promoção de uma melhor qualidade de vida, apresentando as condições e características diferenciadas da atuação educativa de caráter individual e da abordagem voltada para grupos.

Os objetivos da ação educativa em saúde, voltados para intervenção sobre os fatores que determinam o processo saúde–doença bucal, nos seus aspectos relacionados aos estilos, condições e modos de vida, além dos processos biológicos, exigem que se adote como ponto de partida para a ação, procedimentos que permitam conhecer as principais características de saúde da clientela, na relação com seu contexto de vida e sistema de valores sócio–culturais. É essa a abordagem que fazemos na terceira seção deste manual, intitulada Primeiro Passo: conhecer a clientela e identificar situações que justifiquem a intervenção educativa, demonstrando como o primeiro contato com a clientela pode se constituir em oportunidade para aprofundar esses conhecimentos.

A partir daí, é possível planejar as ações, estabelecendo a programação. As orientações para o planejamento estão na seção Dos desafios e perspectivas às ações: subsídios para o planejamento.

Partimos da abordagem dos ciclos de vida (gravidez, infância, adolescência, maturidade e envelhecimento), cuja caracterização em relação à saúde bucal pode orientar a definição da programação temática e, a partir daí, propomos uma estrutura programática básica com sugestões de instrumentos que auxiliam as equipes na sistematização de ações com base na análise comparativa entre recursos disponíveis e necessidades da clientela.

Considerando a importância da avaliação para a tomada de decisões que garantam o mais alto grau de adequação possível da programação ao público a que se destina, em termos de temáticas, conteúdo,

linguagem, enfoque, metodologia e sobretudo aos objetivos de desenvolvimento da autonomia, propomos alguns indicadores gerais dirigidos aos resultados da aprendizagem e à condução do processo.

Adotamos como eixos temáticos para abordagem de conteúdo as principais doenças bucais: cárie e doenças da gengiva, descrevendo sua dinâmica de determinação e controle.

Concluindo o manual, está a seção Entrando em ação: sobre algumas estratégias possíveis, em que apresentamos sugestões de oficinas, jogos, dinâmicas de grupo, instrumentos e técnicas de avaliação, fazendo a descrição de algumas possibilidades de atuação voltadas para diferentes segmentos da clientela e comunidade em geral, que poderão ser aplicadas ou servir de inspiração para as equipes no planejamento das ações educativas. Referem-se à organização de experiências vivenciadas pelas equipes do Departamento Nacional e dos Departamentos Regionais, assim como resulta da pesquisa e seleção com base em publicações das áreas de educação em saúde e de formação pedagógica.

Ao final de cada seção, sugerimos algumas fontes bibliográficas para aprofundamento teórico dos assuntos abordados, as quais poderão, inclusive, ser geradoras de grupos de estudos, reunindo as equipes de Educação em Saúde e Assistência Odontológica.

Na seção de anexos, organizamos os instrumentos auxiliares à organização do planejamento, execução e monitoramento das ações.

Nossa intenção na elaboração deste Manual foi sistematizar conhecimentos e socializar experiências vivenciadas pelas equipes do SESC e de outras instituições de ensino, pesquisa e assistência, que possam contribuir para o planejamento das ações e estabelecimento de uma programação voltada para as doenças e agravos mais comuns em saúde bucal, levando em consideração a realidade local e contemplando as vivências e os interesses da clientela.

Tivemos o cuidado de procurar adotar uma linguagem mais coloquial, usando, sempre que possível, o recurso ao formato de perguntas e respostas, a fim de tornar este material de apoio acessível a profissionais de diferentes níveis de formação.

Como não poderia ser diferente, lembramos que o manual não é um livro de receitas que tornará seu planejamento infalível e sua prática educativa perfeita no alcance certeiro dos resultados.

É necessária a permanente atualização da equipe e, sobretudo, uma postura profissional que se abra ao diálogo e ao intercâmbio de experiências; que não se reduza à transmissão de informações, mas sim estimule o pensamento crítico; que se implique com a singularidade dos conhecimentos e com as necessidades e interesses da clientela, reforçando suas potencialidades.

Essa dinâmica de trabalho, assim consolidada, certamente recriará o Manual ora elaborado, em processo constante de reinvenção da prática com base na interação com as equipes com quem trabalhamos e as pessoas que atendemos.

E nos conte como tem sido sua experiência para que possamos promover o intercâmbio com as equipes dos diferentes Departamentos Regionais do SESC e contribuir para a ampliação das estratégias educativas na área de saúde bucal!

CAPÍTULO I

REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA: EXPERIÊNCIAS, CONCEITOS E VALORES

"... nós precisamos, para um novo fim, também de um novo meio, ou seja, de uma nova saúde, de uma saúde mais forte, mais engenhosa, mais tenaz, (...) mais alegre, do que todas as saúdes que houve até agora. (...) Da Grande Saúde – de uma saúde tal, que não somente se tem, mas que também constantemente se conquista ainda, e se tem de conquistar; porque se abre mão dela outra vez, e se tem de abrir mão!."
Nietzsche

Estamos acostumados a falar e a ouvir que “a saúde começa pela boca”. É muito comum o uso desse ditado na intenção de reforçar a importância de orientações e recomendações voltadas para a saúde bucal.

Este pode ser, então, um bom começo para o nosso “bate-papo” a respeito do ponto de partida do nosso trabalho. Partimos da premissa de que é fundamental compreender o modelo explicativo do processo saúde–doença que determina o modo como organizamos a nossa prática educativa em saúde.

Nossa proposta é que possamos refletir juntos sobre os diferentes sentidos associados àquele ditado, para além do mais comumente divulgado, que é a relação da mastigação com a digestão e, portanto, com a alimentação. Também queremos ir mais além da relação entre saúde dos dentes e gengivas com o estado saudável do organismo como um todo.

Nossa intenção é falar dessa saúde que começa pela boca porque é por ela que nos conhecemos quando chegamos ao mundo e por ela nos comunicamos. Uma compreensão de saúde, portanto, que supõe conhecimento de si e do outro, escuta de si e diálogo com o outro – sendo esta a base da ação educativa em saúde: partilha e diálogo.

1.1. Afinal, de que saúde estamos falando então?

Se essa pergunta te deixou intrigado, que tal começarmos nossa reflexão conversando um pouco sobre o que é saúde?

É comum associar saúde à ausência de doença, entendendo que a condição saudável supõe que o corpo esteja funcionando perfeitamente. Seguindo essa idéia, cuidar da saúde seria apenas uma forma de manter o corpo humano como uma máquina em boa condição de funcionamento.

Mas será que é só isso ou essa idéia, embora não de todo errada, está incompleta?

Se partirmos dessa concepção de saúde, vamos acreditar que basta desenvolver habilidades nas pessoas para que dominem mecanicamente o controle dos fatores que desequilibram o meio bucal, que terão sua saúde garantida.

E sendo a saúde definida em termos de “reparação da máquina corporal”, este papel será atribuído aos técnicos e aos serviços, não cabendo à clientela outro lugar que o de “pacientes” neste processo.

Mas é isso que acontece? O que a sua experiência profissional lhe tem revelado? As doenças mais prevalentes em odontologia são resultantes apenas de interações biológicas na placa bacteriana dentária? E basta “orientar”, “instruir” a clientela para que as medidas de prevenção e controle dessas patologias sejam adotadas pelas pessoas que atendemos?

Para começar, podemos questionar a identificação do corpo com a máquina. Onde encaixar, nessa definição mecanicista do ser humano, a dimensão subjetiva do pensar e sentir?

Os conhecimentos advindos dos estudos no campo da psicossomática são exemplos claros da relação existente entre o que se passa na cabeça das pessoas e o funcionamento de seus corpos. Existem doenças que são desencadeadas por uma situação afetiva difícil, por uma espécie de impacto psíquico.

Tem sido apontada a relação do estresse e da ansiedade no progresso da doença periodontal, na determinação das disfunções têmporomandibulares (que causam danos criando um ciclo vicioso de dor/estresse/dor) e no desenvolvimento da halitose (mau hálito).

Além disso, é possível evidenciar que, no curso de uma doença, os momentos de crises não acontecem a qualquer momento na vida. Elas ocorrem justamente em momentos precisos, quando se passa alguma coisa no plano psíquico, no plano mental, no plano afetivo.

Nessa dimensão do campo da saúde o que está em questão são objetivos, desejos, esperanças.

> “Saúde é quando ter esperança é permitido. Vê-se que isso faz mudar um pouco as coisas. O que faz as pessoas viverem é, antes de tudo, seu desejo.” [1]

> "Descobri que uma pessoa que realiza o sonho de fazer uma viagem, após 35 anos de trabalho, está realizando um ato de saúde em todos os sentidos. Proporcionar a realização de sonhos e desejos é estar fazendo saúde. (técnico da Atividade Turismo Social do Departamento Regional do SESC no Maranhão)."

Considerar a esfera do desejo na forma de conceber saúde é admitir a dimensão singular dos sujeitos, sua alteridade, sua diferença. É reconhecer que existem formas diferentes de lidar com as opções e valores que se referem à saúde e que os cuidados de saúde, como o restante de nossas decisões pessoais, alteram sua intensidade e freqüência na dependência de tantos outros fatores bons e ruins, próprios da dinâmica da vida.

Inseridas no conjunto de decisões pessoais, as opções relacionadas à saúde também estão referidas a uma pergunta fundamental, a qual só se pode responder de forma singular, que é: o quanto essa ou aquela medida é fundamental na minha vida? Que sentido tem nesse momento que estou passando? E a essa pergunta respondemos de formas diversas nas diferentes fases de nosso ciclo de vida e de acordo com cada episódio que vivenciamos, os quais conformam o modo com que lidamos conosco e com os outros.

Se refletirmos sobre as nossas atitudes em torno da saúde bucal, certamente vamos identificar momentos da nossa vida em que, seja pela excitabilidade dos motivos alegres ou pela radicalidade de vivências de tensão e desprazer, não priorizamos as condutas de autocuidado que até já tinham se tornado hábito. Essa percepção subverte o entendimento do "comportamento saudável" como norma que coloca os outros comportamentos como desviantes, revelando que a dinâmica das escolhas pessoais não segue uma lógica constante e linear.

Percebemos, assim, que saúde 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.

Isso nos leva a algumas questões fundamentais para a prática educativa: o que está em jogo na decisão e motivação das pessoas para cuidarem da sua saúde bucal? E isso é igual para todos? Podemos dizer que é possível encontrar um motivo-padrão que influencie ou intervenha da mesma maneira no processo saúde–doença dos diferentes indivíduos? Podemos fazer recomendações gerais sem discutir o que está implicado na determinação desse processo e 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?

> "Nada como pequenas coisas, que não parecem dizer nada, mas que são muito importantes. Por exemplo, aquilo que comemos: eu sei que quando eu como certas coisas, quando eu bebo certas coisas, isso me faz mal; meu vizinho, ele come a mesma coisa, ele bebe a mesma coisa, e isso não lhe faz nenhum mal. Simplesmente, esta capacidade de escutar e de saber aquilo que nos faz bem e aquilo que nos faz mal, ao invés de comer a mesma coisa que os outros, só porque é isso que se deve comer..."[2]

A educação em saúde supõe considerar essa sensibilidade ao próprio corpo, essa autonomia no cuidado de si. Autonomia esta que supõe a "inteligência coletiva" – trata-se de escutar a si próprio, mas também aos outros: a possibilidade de compartilhar informações e conhecimentos com outros (que podem ser dentistas, técnicos de higiene dental, enfermeiros, médicos, mas também outras pessoas que têm o mesmo problema, vizinhos, familiares, outros doentes etc). E, mais que informações, trata-se de partilhar sentidos: partilhar um contexto comum, uma cultura, uma história, uma experiência etc.

Estar atento aos aspectos de natureza cultural e antropológica que determinam os comportamentos com relação à saúde bucal significa relacionar-se com cada cliente, vendo-o por inteiro, como sujeito singular que tem história própria, valores, hábitos, costumes, paixões e conflitos.

Isso traz conseqüências para o encaminhamento de uma consulta, seja na cadeira odontológica, seja no "escovódromo" ou sala de prevenção ou qualquer espaço social onde o atendimento se realize. O ambiente de atendimento, como espaço educativo, é, necessariamente, um verdadeiro encontro. Não é só transmitir uma mensagem – é tentar ter alguma coisa em comum. Esse é um espaço que se constrói. Demanda tempo e assume um curso próprio caso a caso.

> Se você não singulariza, se você não conhece as condições de vida da pessoa para saber porque é que é naquele momento e não em outro que ela está procurando ajuda, você não consegue ouvi-la de verdade, o que dificultará em muito a ela também escutar você. (...) Agora, se você 'gasta' um encontro para saber da própria pessoa por que ela está ali, como é a vida dela, o que ela está sentindo ou como está afetada, você consegue um envolvimento que permite um engajamento com aquilo que você tem a propor que também se modifica com aquilo que você ouve.[3]

Então, é necessário também que nós mesmos, como profissionais, possamos nos "escutar", perceber a influência da nossa história pessoal na determinação dos valores que orientam nossas atitudes, perceber quais são as nossas implicações, saber que sentimentos e sentidos estão envolvidos na relação que estabelecemos com as pessoas e grupos que atendemos para que possamos nos dar conta das nossas próprias dificuldades e não correr o risco de entrar num movimento de impor o nosso ponto de vista à clientela.

Mas será que esgotamos aqui os determinantes da saúde? Ainda que seja muito comum adotarmos um enfoque que privilegia o plano individual na determinação dos estados de saúde e de doença, parece-nos que essa articulação corpo-mente na explicação dos fenômenos ou processo saúde–doença ainda é restritiva com relação à complexidade de sua determinação.

A prioridade à dimensão biológica e à responsabilidade individual das pessoas nos faz guiar as ações a partir de um princípio equivocado de que o comportamento dos indivíduos é o principal determinante de seu estado de saúde ou de doença, sem levar em conta as condições adversas à saúde presentes nos diferentes contextos de vida, moradia e trabalho, as quais, inclusive, acabam impondo maneiras de agir, estilos de vida e comportamentos pessoais que afetam a saúde diretamente e modificam os efeitos das características bioconstitucionais.

Estudos têm mostrado que as diferenças de classe são as principais produtoras de desigualdade social, implicando oportunidades desiguais de ocupação no mercado de trabalho, de remuneração, de acesso à educação, à moradia adequada e aos serviços de saúde de boa qualidade.

> Existe um vasto corpo de evidências demonstrando que as pessoas situadas nas camadas mais baixas na escala socioeconômica possuem pior saúde quando comparados a seus opostos em melhores condições. Esse relacionamento existe no mundo inteiro e inclui uma ampla extensão de indicadores de saúde que incluem: taxas de mortalidade, expectativa de vida, taxas de doenças agudas e crônicas, dias de atividade restrita, sintomas psiquiátricos, hipertensão arterial, altura abaixo dos valores médios, obesidade, prematuridade, baixo peso ao nascer, fertilidade e autopercepção de saúde.

"Ainda que a cárie dentária e as doenças periodontais, as duas doenças mais prevalentes em odontologia, sejam preveníveis ou passíveis de controle e as medidas necessárias sejam relativamente simples, verifica-se que os objetivos de uma melhor saúde bucal, em nível populacional, não são alcançados. E 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."[5]

Os processos de saúde–doença bucal são, portanto, de caráter essencialmente sociopolítico, exigindo

uma modalidade de atenção que leve em consideração as condições de vida e a estrutura social no conjunto de fatores que determinam tais processos.

Superando a compreensão isolada e descontextualizada da doença e dos doentes, passamos a reconhecer o processo social subjacente à saúde, entendendo como as vidas das pessoas são dirigidas para uma situação de saúde ou doença. Da mesma forma, passamos a entender saúde e doença como um processo ativo do sujeito dentro da sociedade. Sujeito esse que é pleno de potencialidades e capaz de participar ativamente e exercer sua autonomia.

Que implicações, então, essa compreensão mais integral e integralizante do processo saúde–doença traz para a nossa prática?

Destacamos aquelas mais diretamente relacionadas à esfera da educação em saúde e que se constituem em princípios para a atuação no campo da saúde bucal.

1.2. Princípios para atuação no campo da saúde bucal

1.2.1 Integralidade

Como estratégia para a qualidade de vida, a atenção em saúde bucal deve intervir sobre os fatores estruturais dos processos de saúde–doença bucal, caracterizando uma prática que está voltada para "resolver os problemas de saúde bucal *integralmente*, e *integrados* a um conjunto de problemas gerais que caracterizam as dificuldades de um espaço social determinado para desenvolver-se plenamente.[6]"

Isso implica atuar concomitantemente sobre todos os determinantes do processo saúde–doença bucal. É necessário, portanto, conhecer os problemas nesse campo, identificando-os, dimensionando-os e buscando estabelecer relações causais que transcendam a dimensão simplesmente biológica desse processo. Ato contínuo será a identificação das possibilidades e limites de atuação da equipe de saúde bucal do SESC, no sentido do engajamento nas modalidades de intervenção que estão para além da esfera clínica, mas que se fazem necessárias para potencializar os resultados que se pretende obter com relação à melhoria das condições de saúde bucal da clientela.

Essa análise não é feita de forma burocrática. Supõe implicar-se com os problemas e demandas da clientela, tornando-se co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados ao processo saúde–doença bucal, requerendo considerá-los no planejamento da atenção em saúde bucal com vistas à atuação interdisciplinar e intersetorial.

É recomendável, ainda, que as ações de educação em saúde bucal voltadas aos diferentes grupos sejam partes de programas integrais de saúde da criança, do adolescente, da mulher, do trabalhador e do idoso, percebendo as inter-relações da saúde bucal com a saúde geral e entendendo o indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade.

Na esfera do atendimento clínico, requer o "desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento e providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos.[7]"

Pretende-se fortalecer a perspectiva da Linha de Cuidado em Saúde de modo que promoção, prevenção, tratamento e reabilitação ocorram num processo articulado e coordenado.

1.2.2 Atuação interdisciplinar e intersetorial

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, a fim que sejam propostos programas e ações em conformidade com as prioridades identificadas e com os recursos locais.

A atuação da equipe da Atividade Assistência Odontológica não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. Além de suas funções específicas, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do cliente como um todo, atenta ao contexto socioeconômico-cultural no qual ele está inserido.

A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente, viabilizando o planejamento integrado e o envolvimento dos diferentes agentes sociais, na perspectiva da mediação estratégica, potencialmente capaz de reforçar alianças e engajar os diferentes setores (educação, lazer, trabalho, ambiente etc.) para atuação sobre os fatores determinantes do processo saúde–doença bucal, de acordo com os problemas prioritários evidenciados.

1.2.3 Acolhimento

Essa compreensão traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Implica a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores de saúde, em construir, com a clientela, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não só se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender possibilite a construção compartilhada do conhecimento e reforce a autonomia de cada pessoa atendida na gestão de sua saúde e bem–estar.[8]

Supõe desenvolver ações considerando os sujeitos em sua integralidade bio-psico-social, garantindo que toda a equipe esteja preparada para a humanização das relações nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar.

> "Se eu vejo o comerciário chegar cansado, nervoso para o atendimento odontológico, eu lhe ofereço um copo de água ou um cafezinho"
>
> "Se o comerciário vem cheio de problemas e aqui eu demonstro que estou interessado nele, que vou atendê-lo bem, estou atenuando o seu problema, logo, estou contribuindo para a sua saúde" (recepcionistas das clínicas odontológicas dos Departamentos Regionais em Alagoas e no Maranhão).

1.2.4 Responsabilidade e compromisso com o processo educativo

Deslocando-nos de uma perspectiva de assistência intervencionista, de caráter pontual e de natureza curativa, estamos nos baseando em um modelo de atenção em saúde bucal que se aproxima da noção de "cuidado", entendido como "relação intersubjetiva que se desenvolve num tempo contínuo, e que, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação do saber, dos desejos e das necessidades do outro.[9]"

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.

Trata-se de uma prática educativa dialógica e participativa, voltada para o reforço da auto-estima, a ampliação de conhecimentos, o desenvolvimento da autonomia e o apoio à organização comunitária para identificação, prevenção e solução dos problemas relacionados à produção da saúde–doença bucal.

Para tal, é necessário suprimir práticas educativas prescritivas, onde o profissional define comportamentos e atitudes que devem ser assumidos pela clientela.

Saúde tem a ver com qualidade de vida e a educação deve ser pensada, por isso, em seu sentido emancipatório, de constituição de sujeitos capazes de atuar individual e coletivamente em prol de uma vida melhor.

A base da ação educativa é o conhecimento progressivo das pessoas atendidas, possibilitado pela escuta atenta e interessada, de forma a desenvolver um vínculo de respeito e confiança mútua e possibilitar a co-participação no processo de resolução dos problemas identificados.

É fundamental assegurar a participação consciente e informada da clientela, seja na esfera clínica, com relação à tomada de decisão de tratamentos e estratégias de controle de doença, seja no que se refere ao seu engajamento no planejamento e avaliação das ações e serviços, de forma que possa atuar ativa e concretamente nesses processos e não seja chamada apenas para referendar decisões preestabelecidas.

1.2.5 Desenvolvimento de ações e áreas temáticas integradas

A reflexão e o debate crítico sobre a saúde bucal na sua relação com a saúde geral são os elementos fundamentais do processo educativo, devendo-se trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos correlacionados: diabetes, hipertensão, obesidade, trauma, câncer, tabagismo, alcoolismo, doenças de pele, doenças cardíacas, estresse, auto-cuidado etc.

As práticas educativas devem abrir espaços ao diálogo efetivo sobre saúde, no qual seja valorizada a forma como cada pessoa lida com a saúde/doença no cotidiano, as dificuldades que enfrenta e as alternativas que utiliza. Espaços nos quais o saber técnico-científico possa ser compartilhado e se abrir à interação respeitosa com a cultura popular, ampliando as visões de ambos os lados, num processo de construção compartilhada do conhecimento.[10]

A programação deverá ser organizada a partir das prioridades identificadas com base nas maiores necessidades de acompanhamento em cada fase do ciclo de vida (infância, adolescência, maturidade e envelhecimento), prevendo peculiaridades de grupos específicos, tais como: gestantes, hipertensos, diabéticos, portadores de necessidades especiais etc.

As ações devem ter caráter contínuo e sistemático, podendo ser desenvolvidas em diferentes espaços: clínicas fixas e móveis, unidades operacionais do SESC, empresas do comércio, escolas, creches, associações e demais espaços sociais.

1.2.6 Processo de acompanhamento e avaliação contínuo e sistemático

A avaliação dá o norte de nossas ações, indica o que está certo, o que está errado, onde houve desvios, se eles podem ou não ser corrigidos, e assim por diante. E é ela também que nos dirá se chegamos onde queríamos, e se iremos obter o que pretendíamos.[11]

É fundamental implementar um processo constante de monitoramento, a partir da definição e aplicação de indicadores que permitam avaliar os projetos/programas pelo menos em quatro aspectos:

Relevância – o programa, ou suas atividades, é necessário e corresponde às necessidades concretas e definidas? Está adequadamente desenhado para satisfazer as necessidades da clientela? É importante para esta?

Progresso – até que ponto a execução do programa está em consonância com o planejado. Que alterações precisam ser feitas ou serão feitas?

Eficiência – os resultados obtidos ou que serão obtidos justificam o esforço e o custo para alcançá-los?

Impacto – em que medida os resultados alcançados estão contribuindo para o cumprimento dos objetivos planejados para o programa? Qual o alcance dos efeitos, a médio e longo prazos? (Os resultados do programa têm tido um efeito sobre os problemas que se buscava solucionar ou diminuir?)

E entendendo que o trabalho educativo envolve práticas e relações entre sujeitos, baseadas no reconhecimento da autonomia e da singularidade desses diferentes agentes (profissionais, clientela, parceiros) e na abertura para o diálogo, também o processo avaliativo deve desenvolver mecanismos que permitam levar em conta os diferentes pontos de vista, possibilitando o envolvimento de todos nos processos decisórios por ele desencadeados.

Sugestões de leitura sobre os assuntos tratados neste capítulo

AYRES, José Ricardo de C. M. – Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 8, n. 14, p.73-92, set. 2003-fev. 2004.

BERLINGUER, Giovanni. A doença. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1988.

BOFF, Leonardo. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BOLTANSKI, Luc. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde. Brasília: 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Promoção da saúde: Declaração de Alma-Ata,Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Ministério da Saúde, Brasília, 2001.

BRICEÑO-LEÓN, Roberto. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 12(1):21-22, jan-mar, 1996.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. In: Ciência e Saúde Coletiva, 5(1):163-177, 2000. (p. 167)

CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

GENTILI, Marilena. Promoção da Saúde. In: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde – Promoção da Saúde. Ano 1/nº 1 – ago/out, 1999 (pp 9-11)

NARVAI, Paulo Capel. Saúde bucal: assistência ou atenção? 1992. (http://planeta.terra.com.br/saude/angelonline/)

OLIVEIRA, Angelo G. R. da Costa et alii – Modelos Assistenciais em Saúde Bucal no Brasil: Tendências e perspectivas. Ação Coletiva: vol. II(1), jan./mar., 1999.

SESC/DN. Diretrizes Gerais de Ação do SESC. Rio de Janeiro, 2004.

SESC/DN. Núcleo de Odontologia. Promoção de Saúde Bucal. Rio de Janeiro, 2000.

UNFER, Beatriz & SALIBA, Orlando. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. Revista de Saúde Pública, 34(2): 190-5, 2000.

VALLA, V. V.; CARVALHO, M; ASSIS, M. Participação popular e os serviços de saúde: o controle social como exercício da cidadania. Rio de Janeiro: Pares. Fundação Oswaldo Cruz, 1993.

Notas

[1] DEJOURS, Cristophe. Por um novo conceito de saúde (tradução da palestra proferida pelo autor, em out/82, a trabalhadores, como parte de um ciclo de debates promovido pela Federação dos Trabalhadores da Metalurgia, da Confederação dos Trabalhadores (CGT) francesa, sobre questões de saúde e condições de trabalho). (http://planeta.terra.com.br/saude/angelonline/)

[2] LÉVY, Pierre. Árvores de Saúde – uma conversa com Pierre Lévy. In: Revista eletrônica Interface – Comunicação, Saúde & Educação, fev. 1999, p. 143-156, (p.152).

[3] CROMBERG, Renata Udler. Psicanálise: contribuições à prática em Educação. In: Revista eletrônica Interface – Comunicação, Saúde & Educação, agosto 2001, p. 159-168, (p.163).

[4] PATUSSI, Marcos Pascoal. Privação e saúde bucal: medidas ao nível do indivíduo e da área geográfica na qual ele reside (p.6). (http://planeta.terra.com.br/saude/angelonline/).

[5] UNFER, Beatriz & SALIBA, Orlando. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. In: Rev. Saúde Pública, 34 (2): 190-5, 2000 (p. 191) www.fsp.usp.br/rsp

[6] CORDÓN, Jorge. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 13(3): 557-563, jul-set, 1997 (p. 559).

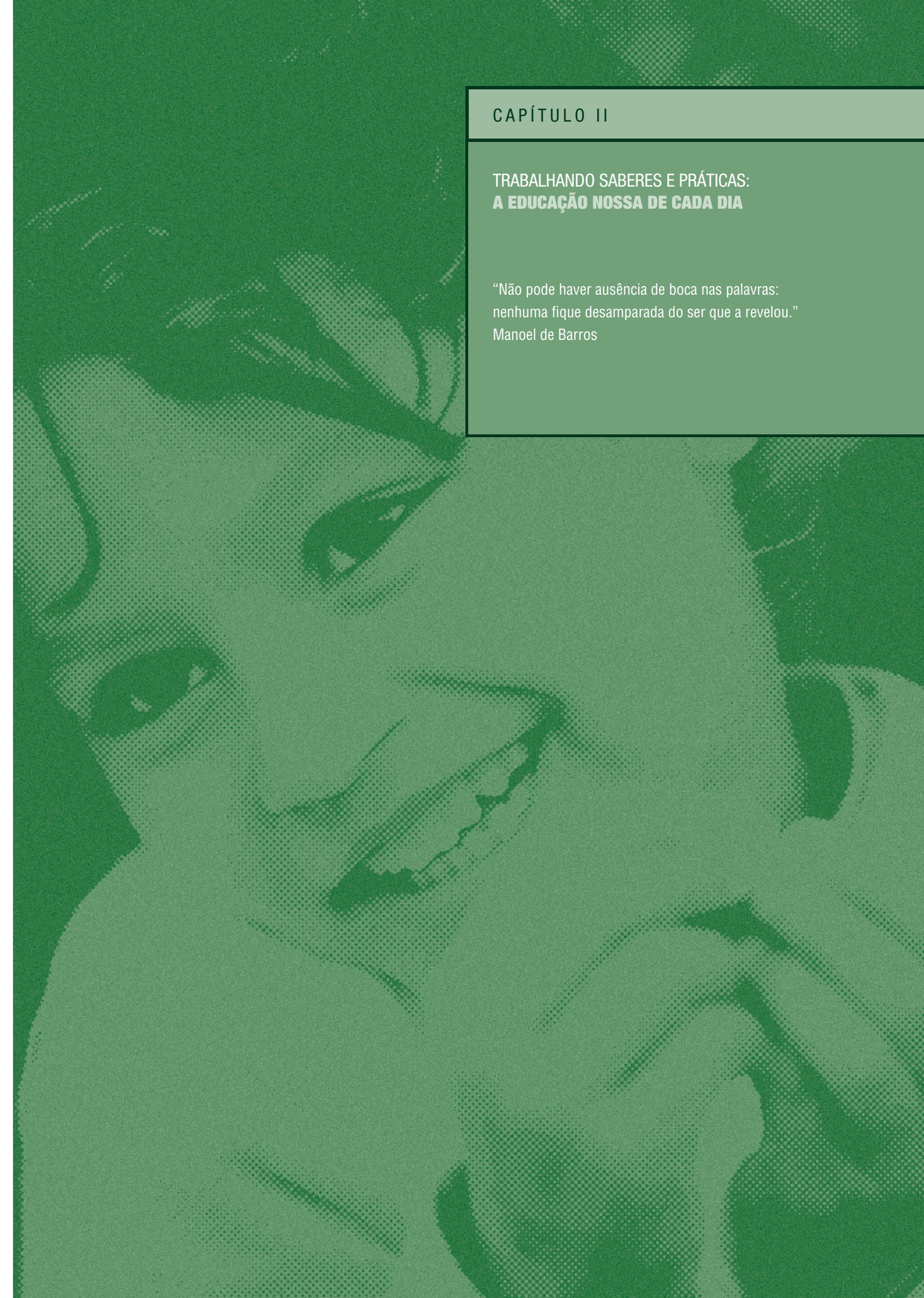
[7] MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA/ COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004. (p. 6)

[8] MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA/ COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004. (p. 3)

[9] BONET, Octavio. Educação em saúde, cuidado e integralidade. De fatos sociais totais e éticas. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 2004.

[10] ASSIS, Mônica de (org.). Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Série Livros Eletrônicos. Programas de Atenção ao Idoso. Rio de Janeiro: CRDE/UnATI/Uerj, 2002.

[11] BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Guia de produção e uso de materiais educativos. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.



CAPÍTULO II

TRABALHANDO SABERES E PRÁTICAS: **A EDUCAÇÃO NOSSA DE CADA DIA**

"Não pode haver ausência de boca nas palavras:
nenhuma fique desamparada do ser que a revelou."
Manoel de Barros

Já reparou que na nossa prática profissional, na relação cotidiana com a clientela, a gente "ensina enquanto aprende"? Pois é, "a ação educativa, como um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para assumirem a solução dos problemas de saúde, é um processo que inclui também o crescimento dos profissionais de saúde, através da reflexão conjunta sobre o trabalho que desenvolvem e suas relações com a melhoria das condições de saúde da população".[1]

Todos nós temos um compromisso com a ação educativa e a todo momento e em todo lugar estamos tendo oportunidades para desempenhar o nosso papel como educadores – seja qual for a nossa função na equipe de saúde bucal.

Tamanha, então, é a nossa responsabilidade com o tipo de educação que desempenhamos, sendo fundamental nos prepararmos para um método educativo coerente com o propósito institucional de emancipação dos sujeitos e de promoção de uma melhor qualidade de vida.

Por meio das ações educativas, cada profissional da equipe assume o compromisso de compartilhar seu conhecimento técnico específico, reconhecendo que a clientela, por sua vez, tem experiências e um saber que devem ser levados em conta.

Consideramos que profissionais e clientela possuem um acúmulo de conhecimentos e cada um precisará dos conhecimentos do outro para poder se comunicar e garantir, no final do processo, uma nova aprendizagem.

O objetivo é contribuir para tornar as pessoas cada vez mais capazes de pensar e analisar criticamente as relações do processo saúde–doença bucal com seus determinantes econômicos, sociais, políticos, culturais, ambientais, e também biológicos. Além de favorecer que encontrem formas de resolver seus problemas de saúde–doença e não apenas de "seguir normas recomendadas de como ter mais saúde ou evitar doenças".

A palavra-chave é **participação**. É necessário que nos encontros com a clientela se alcance o respeito mútuo às convicções e à autonomia de cada participante – o que é possível quando se faz claro que o ponto de vista de cada um é o resultado das histórias pessoais, as quais guardam diferenças entre si. Assim, uma opinião pode ser aceita, se fizer sentido para a pessoa, ou rejeitada no caso contrário. E essa troca de idéias certamente estimulará a busca por informações, assim como dará sentido aos novos conhecimentos – não serão simples conceituações, mas conhecimento construído coletivamente e aplicado no cotidiano de cada sujeito.

Além da ação educativa de abordagem individual, característica da esfera de atuação clínico-odontológica, também se valoriza o desenvolvimento de práticas grupais que trazem vantagens para a aprendizagem por permitirem "que os participantes se deparem com muitas formas de viver uma mesma situação, possibilitando um conhecimento amplo e aumentando a experiência de cada componente[2]". Tais atividades proporcionam, ainda, apoio emocional e prático, ampliando as opções e condições das pessoas para operarem mudanças em prol do seu bem-estar.

> Por tudo que podem favorecer, os grupos são importantes em qualquer idade. Existem, no entanto, aspectos que se destacam em cada uma das etapas do curso de vida. A criança aprende a se socializar em grupo. O adolescente se identifica com os companheiros de sua faixa de idade e se sente mais seguro. O adulto troca experiências, aumentando o seu repertório de respostas frente ao mundo. O idoso encontra fundamentalmente suporte social, suporte esse que vai apoiar seu aprendizado, suas mudanças e, mais que tudo, permitir o relacionamento interpessoal tão necessário neste estágio da vida.[3]

2.1 A abordagem individual – o desafio da comunicação

Os espaços de atendimento individual são plenos de oportunidades para consolidação de uma atenção integral que reforce a auto-estima do cliente, incremente conhecimentos e favoreça a autonomia no controle sobre a própria saúde.

Vamos começar pelo momento do diagnóstico, que, freqüentemente na prática clínica, fica restrito à identificação, sob a ótica do profissional, da presença das doenças bucais mais prevalentes (cárie e doença periodontal), a partir do registro de manifestações clínicas e laboratoriais observadas.

A prática tradicional no processo de diagnóstico tem a tendência a identificar a doença como se fosse uma entidade independente da pessoa doente. Também seu processo acaba se restringindo à aplicação de um roteiro de anamnese ou entrevista e ao repasse de informações sobre a doença, acompanhado da repetição de preceitos normativos para prevenção. Dessa forma, a percepção e um diálogo sobre a real demanda do cliente ficam prejudicados.

Partimos do princípio de que, para que a ação educativa possa se efetivar, possibilitando o desenvolvimento da autonomia do cliente durante o processo de atenção à saúde bucal, é necessário um rearranjo da prática profissional que nos faz deslocar o olhar e a escuta da doença para o sujeito pleno de potencialidades.

Não podemos perder de vista que a investigação clínica para diagnóstico é a base da atuação clínica, do estabelecimento de um plano de tratamento, da definição sobre alternativas terapêuticas possíveis e das estratégias de monitoramento, voltadas para indivíduos diferenciados com relação as suas histórias de vida pessoais, experiências anteriores de tratamento, características e estilos de vida diversos. E isso num contexto de tratamento que supõe ações conjuntas do profissional e do paciente, além de ações específicas de cada um para promoção e manutenção da saúde. [4]

Isso implica alguns pressupostos:

a) Fatores biológicos envolvidos no processo saúde–doença cárie não podem ser avaliados isoladamente, pois não representam a integralidade dos seus determinantes, levando a uma restrição, tanto das alternativas como do próprio prognóstico do caso.

b) As concepções, práticas e representações associadas ao processo saúde–doença bucal são diferenciadas, dependendo das experiências específicas dos grupos sociais – e isso repercute nas expectativas que cada sujeito tem com relação ao seu tratamento.

c) Todo estado de doença tem repercussões para o sujeito doente, determinando uma experiência pessoal e singular, que inclui: sensações e sentimentos, incapacidades e desconfortos, defesas e apoios, forças e fraquezas, atitudes diante de sua condição e diante do profissional que o assiste, efeitos da perturbação nas suas atividades e relações.[5]

Nosso ponto de partida são os conhecimentos que temos sobre a determinação do processo saúde–doença bucal, aliados aos recursos terapêuticos e tecnologias disponíveis, os quais precisam ser associados ao que o cliente sabe, as suas expectativas com relação ao tratamento e as suas condições e possibilidades para tomar medidas que visem à manutenção ou melhoria de sua saúde bucal.

Percebe-se, assim, que o momento do diagnóstico é um encontro rico de informações sobre a clientela, as quais devem ser usadas como elementos para o diálogo, visando a uma orientação compatível com cada sujeito em atendimento.

Não somente a consulta diagnóstica, mas todo o espaço de atuação clínica requer uma comunicação efetiva, com possibilidades de aprendizagem e construção de conhecimentos novos.

Para tal, é preciso substituir modelos ancorados em práticas de comunicação unidirecional, dogmática e autoritária, com foco na transmissão de informação, por discussão e reflexão, desencadeadas pela problematização de temas de saúde bucal. Torna-se imprescindível a abertura ao diálogo e à troca mediados pelos valores e vivências dos sujeitos envolvidos. Afirmar o sujeito do tratamento é acreditar e investir na prevenção e no autocuidado.

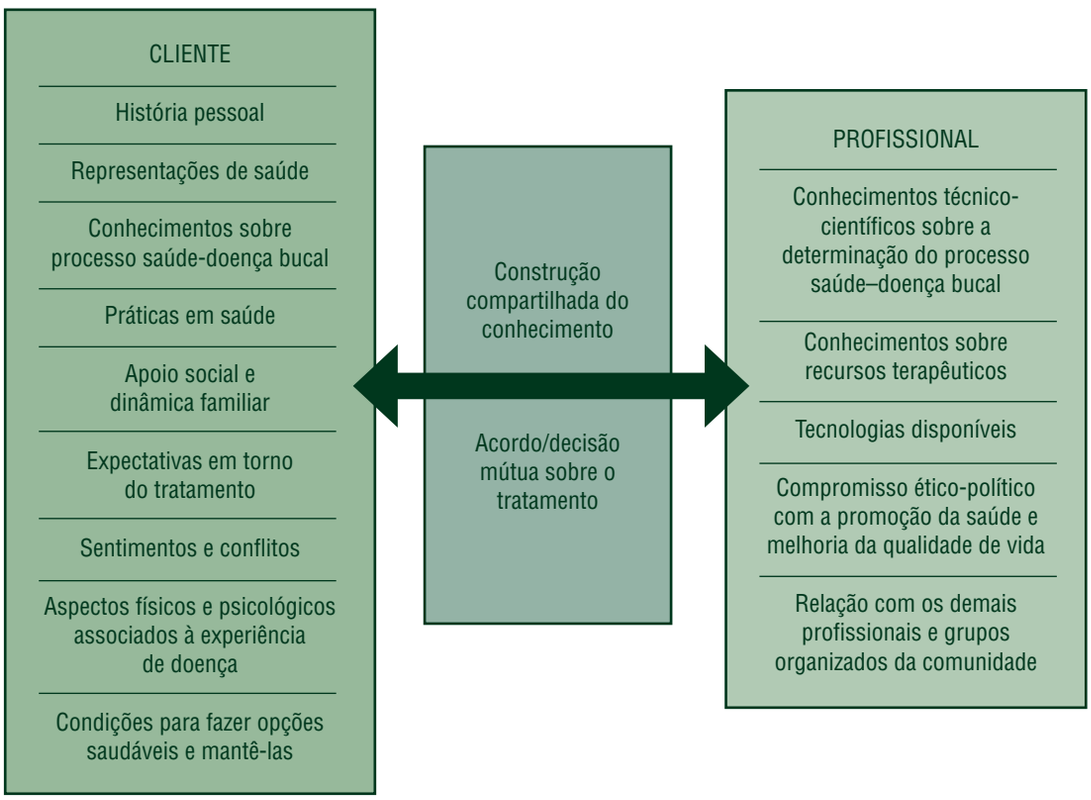
Esse é o desafio que se configura, então, para os trabalhadores envolvidos na atenção à saúde bucal, requerendo desenvolver habilidades profissionais necessárias ao estabelecimento de uma comunicação efetiva que produza conhecimento. Dentre essas habilidades, destacamos:

a)Propiciar um espaço para que o cliente possa expressar aquilo que sabe, pensa e sente em relação a sua situação de saúde;

b) Empregar uma linguagem clara ao prestar informações apropriadas às reais expectativas, dúvidas e necessidades do cliente e adequadas do ponto de vista técnico-científico;
c) Acolher o cliente, prestando o apoio emocional que se revele necessário;
d) Estar atento aos apoios sociais e estruturais que favoreçam a tomada de decisões e a manutenção de opções saudáveis, identificando as possibilidades de cooperação do serviço odontológico do SESC na mediação para melhoria dessas condições.

Em outras palavras, nosso saber técnico-científico não estará contribuindo muito para o atendimento se não formos capazes de colaborar para torná-lo conhecimento prático no cotidiano das pessoas que atendemos. É como ocorre também em nossas vidas, se não conseguimos fazer daquilo que estudamos alguma coisa que nos faça viver melhor e transformar a realidade em que vivemos.

FIGURA 1 | **RELAÇÃO PROFISSIONAL–CLIENTE**



O tratamento, desde o momento do diagnóstico, é um **processo cooperativo** e como tal deve ser vivenciado, evitando-se estabelecer com o cliente uma relação de dominação-submissão, que faz do profissional o detentor do saber sobre o que é melhor para o outro.

Privilegiando o diálogo e a partilha de conhecimentos, valores e sentidos, passamos a prescindir das técnicas como meio de relação com o cliente. As tradicionais técnicas de escovação e uso do fio dental, por exemplo, deixam de ser as protagonistas e assumem a sua verdadeira função auxiliar, colocando-se a serviço das necessidades identificadas em conjunto com os sujeitos em atendimento.

Já observou que obtemos resultados diferentes quando usamos como base para orientação individual aquilo que o cliente sabe ou alguma habilidade que ele demonstra dominar? O que você tem percebido que dá mais certo: ensinar a técnica “ideal” de escovação independentemente do que a pessoa demonstra saber e ter desenvolvido como hábito ou valorizar aquilo que ela já faz e dá certo, apontando os aspectos em que se evidencia a necessidade de reformulações para um melhor controle do processo saúde–doença?

Acreditamos que se você já passou por essas experiências, certamente chegou à conclusão de que a segunda opção de procedimento alcança resultados melhores, no que diz respeito ao desenvolvimento de novos hábitos de autocuidado.

É disso que estamos tratando quando afirmamos que se deve dar ênfase ao diálogo, à interação, à reflexão. Não significa prescindir da informação, nem equivale a afirmar que tudo, absolutamente tudo, vai surgir do auto–descobrimento. É necessário fornecer dados, informações (conteúdos) nos momentos oportunos, de forma que a pessoa vá descobrindo, elaborando, fazendo seu o conhecimento. Isto é possível quando a pessoa parte da sua experiência concreta, encontrando no profissional um facilitador para a sistematização dos conhecimentos e aquisição/aplicação de novas habilidades.

A tomada de decisão clínica está sempre referida a um acordo, de forma que as preferências do tratamento não podem depender apenas da visão unilateral do profissional.

No controle do processo saúde–doença bucal é marcante a importância de se ampliar os elementos de análise caso a caso, trabalhando em conjunto com o cliente na identificação dos fatores implicados na sua dinâmica de determinação desse processo: o seu padrão alimentar, o seu padrão de escovação e uso do fio dental, o domínio dessas habilidades, os valores familiares e culturais que sustentam as opções e os hábitos de autocuidado, os fatores de motivação para busca e adesão ao tratamento, as principais limitações e dificuldades, os recursos sociais que costuma utilizar, as associações que faz do seu cotidiano à determinação do seu estado de saúde – informações que não são obtidas de um momento para o outro e que requerem o estabelecimento de uma relação de respeito recíproco que o cliente precisa estabelecer com o serviço como um todo.

Desde o primeiro momento da chegada do cliente, desde a sua inscrição, é necessária a existência de um clima de respeito e acolhimento. Todos os elementos da equipe estão implicados na qualidade do serviço prestado.

No SESC, temos a vantagem de estar trabalhando em equipe. Não é o cirurgião-dentista com seu cliente, mas a equipe de saúde com sua clientela pensada caso a caso, e ao mesmo tempo de forma integrada, procurando identificar o que há de comum entre os diferentes sujeitos atendidos para o estabelecimento de uma programação em consonância com as necessidades e prioridades identificadas.

Então, a identificação e análise dos fatores envolvidos na determinação do estado de saúde de cada pessoa atendida e o esforço cooperativo de encontrar com o cliente as melhores opções de tratamento envolvem todos os profissionais da equipe de saúde bucal, parceiros internos e externos.

As informações do diagnóstico realizado pelo cirurgião-dentista devem ser associadas àquelas obtidas no processo de diagnóstico participativo implementado, bem como às contribuições de cada profissional geradas pelos contatos individuais e coletivos com a clientela.

São essas informações que vão permitir o planejamento das ações educativas e as moda-lidades de orientação individual na “sala de prevenção”, assim como a definição dos eixos temáticos ou “linhas de cuidado” que devem ser alvo da intervenção educativa em saúde.

A discussão dos casos em equipe permite a troca de informações que auxiliam a definição das alternativas de tratamento e a identificação das modalidades de apoio necessárias para o engajamento dos clientes às medidas de prevenção e controle do processo saúde–doença e de promoção da saúde bucal.

Contribui, assim, para a identificação das necessidades coletivas que orientam a formação de grupos de auto-ajuda e apoio mútuo (tais como: gestantes, hipertensos, diabéticos, prevenção do estresse), aulas abertas, oficinas, cursos etc.

Também aponta para as necessidades de que a equipe atue no sentido da mediação estratégica e estabelecimento de parcerias visando à melhoria de condições estruturais que interferem nas dinâmicas individuais (fluoretação da água de abastecimento, infra-estrutura sanitária básica, acesso à escova de dente e à pasta fluoretada, desenvolvimento de programas de saúde bucal escolar etc). Esta é, portanto, uma dinâmica de trabalho que permite extrapolar a dimensão da atuação estritamente clínica, otimizando as possibilidades de intervenção mais integral sobre os determinantes do processo saúde–doença bucal.

2.2 Atividades grupais – como fazer

Como já dissemos, a aprendizagem é mais do que a aquisição de uma nova informação e não se restringe ao aspecto cognitivo. Envolve a elaboração dos significados, sentimentos e relações.

O modo como as pessoas veêm e representam a saúde e a doença está carregado de subjetividade, decorrendo daí a importância de se levar em conta, nos processos educativos, as representações dos sujeitos, entendidas como noções e modos de pensamento construídos ao longo das trajetórias de vida, influenciados pela experiência coletiva, pelos fragmentos das teorias científicas e dos saberes escolares, expressos, em parte, nas práticas sociais e modificados para servir à vida cotidiana.[6]

Tanto as representações definem as práticas como essas (re)constroem novas representações. O campo de interface entre representações e práticas; subjetividade e objetividade; pensamento e ação; corpo e mente é a experiência – ponto de partida do processo educativo.

Dessa forma, nossa opção metodológica predominante é a de atividades grupais[7], pois são espaços que favorecem a construção coletiva do conhecimento, a análise da realidade, a confrontação e o intercâmbio de experiências e o fortalecimento da autonomia, por meio de estratégias que estimulam e criam condições para a participação e integração dos seus membros, a inter-relação entre fatores subjetivos e objetivos, a dinamização da comunicação e a cooperação no esforço de encontrar soluções para as necessidades dos participantes em seu cotidiano e contexto de vida.

As atividades grupais constituem-se, assim, numa estratégia indicada tanto para o desenvolvimento de ações educativas com objetivo de capacitação e desenvolvimento de habilidades para o autocuidado e intervenção sobre os fatores que interferem no processo saúde–doença, quanto para programas de caráter formativo, voltados para a constituição de multiplicadores em diferentes cenários (escolas, empresas, associações comunitárias etc).

O que se pretende é a criação de espaços de aprendizagem, onde sejam estimuladas a reflexão sobre a realidade que se pretende modificar, a troca de experiências vivenciadas pelos integrantes do grupo (incluindo os profissionais responsáveis pela atenção) e a busca compartilhada de soluções para os problemas evidenciados.

2.2.1 O papel do coordenador/facilitador das ações educativas

Desenvolver processos... Partir da experiência... Refletir a prática por meio da análise crítica... Construir o conhecimento de forma compartilhada...O que significa isto? O que queremos? O que esperamos de um coordenador/facilitador das ações educativas?[8]

O coordenador/facilitador deve estimular o grupo para que este gere suas análises, produza seus conhecimentos, questione sua própria prática e concepções. O cumprimento desse papel depende do ambiente de confiança criado e sustentado, do conhecimento dos métodos e técnicas para trabalhar cada tema, em cada etapa do processo.

No momento em que ele inicia o diálogo, ele também tem uma contribuição a dar, tanto no que se refere ao conhecimento do objeto do trabalho específico, quanto em termos de horizontes (objetivos) ao qual ele quer chegar. Essa é a competência do coordenador/facilitador. Para isso é preciso estudar, atualizar-se, pesquisar. Estar atento às mudanças, à dinâmica das coisas.

Ele conduz o grupo ao alcance dos objetivos propostos, por meio da reflexão, da análise, da síntese. O coordenador/facilitador deve ter muito claro os objetivos que pretende alcançar, em geral (como resultado do processo de capacitação/formação) e em cada etapa do processo (unidades de estudos, atividades). Ele não deve discutir qualquer tema sem saber “por que” e “o que” quer conseguir com a discussão. E não pode deixar que o tema seja concluído sem alcançar os objetivos previstos.

Tal competência, entretanto, não pode inibir o surgimento crítico do grupo. O coordenador/facilitador deve fornecer dados, informações (conteúdos) nos momentos oportunos, respondendo a uma prévia problematização, a uma necessidade, a uma busca e inquietude por parte do grupo, promovendo-o, estimulando-o, através do processo de análise, reflexão e sistematização da experiência concreta dos integrantes do grupo, construindo, em conjunto, uma nova ação.

A contribuição da teoria (leitura de textos, consultas etc.) é essencial ao processo, pois nem todo conhecimento está naquilo que pertence ao grupo. Mas os meios ou instrumentos (manuais, textos, módulos didáticos etc) devem ser usados como elementos que ajudam a pensar, a inter–relacionar fatos para tirar conclusões.

O processo baseia-se na participação da pessoa como protagonista e sujeito, partindo de sua prática concreta e de sua experiência com os demais, desenvolvendo sua capacidade para assumir direitos e responsabilidades (decidir) como membro consciente de um grupo, de uma comunidade. Somente participando, envolvendo-se, investigando, fazendo-se perguntas e buscando respostas, problematizando e problematizando-se é que se chega realmente ao conhecimento e se desenvolve a capacidade de raciocinar por si mesmo, de relacionar, deduzir e sintetizar (consciência crítica). Nesse processo, o coordenador/facilitador ajuda o grupo a desmistificar a realidade e desnaturalizar a doença, extraindo-a de um contexto em que é vista como normal, natural.

Uma tarefa, portanto, é fazer com que surjam as perguntas ou inquietudes para que, então, a informação possa se constituir em avanço para o grupo, para que possa ser realmente assimilada (incorporação crítica).

E quando houver necessidade de ensinar destrezas técnicas e conhecimentos práticos? Como fazer? Nada impede, nestes casos, que se utilizem procedimentos de demonstração, desde que os mesmos sejam empregados dentro de uma orientação global problematizadora e participativa, partindo das experiências/vivências do grupo.

O coordenador/facilitador deve ajudar a criar um ambiente de confiança e estar atento à dinâmica desenvolvida pelo grupo para mantê-lo animado e ativo, impedindo o cansaço e a tensão. Para tanto, é desejável conhecer e empregar técnicas de dinâmica de grupo, e utilizá-las com criatividade nos momentos em que sejam realmente necessárias, sabendo selecionar a mais adequada a cada situação.

O domínio conceitual e metodológico de exercícios, vivências e técnicas de dinâmica de grupo possibilita ao coordenador/facilitador trabalhar os sentimentos mobilizados e auxiliar as pessoas a expressarem seus preconceitos, medos, tabus e fantasias em relação aos temas em questão. Entretanto, é preciso que ele entenda que essas técnicas podem ser um instrumento auxiliar precioso para o seu trabalho, mas não devem ser impostas nem ao grupo nem a si próprio.

Na realidade, o principal objetivo é fazer pensar. Mas este pensar (transformador) deve levar pessoas e grupos a agirem, a transformarem uma realidade.

Um bom coordenador/facilitador tem que desenvolver sua capacidade de fazer a pergunta oportuna; saber “o que” e “como” perguntar. Isto é ainda mais importante que saber responder. Durante o processo educativo, a resposta vai sendo encontrada a partir do conhecimento do grupo e dos novos elementos que se oferecem. As interpretações do grupo vão sendo obtidas progressivamente, de maneira ordenada e sistemática, por meio da pergunta e da repergunta. Coordenador e grupo aprofundam as causas e buscam as relações não–visíveis dos fenômenos estudados.

O coordenador/facilitador deve, além disso, saber opinar e não apenas questionar, deve saber calar e ter paciência para não se adiantar ao processo do grupo, inibindo-o com a “sua verdade”.

Nos grupos de educação em saúde, é sempre muito enriquecedora a coordenação integrada por profissionais de áreas diferentes, pois poderão contribuir mais, na medida em que têm diferentes compreensões de um mesmo assunto.

As atividades deverão ser coordenadas pelo educador em saúde em conjunto com o odontólogo ou outro membro da equipe de saúde bucal, incorporando, ainda, na medida do possível e conforme as necessidades de aprofundamento da temática abordada, profissionais de outros campos disciplinares.

> "Ao final de cada encontro, eles devem conversar com muita sinceridade sobre suas intervenções. Este hábito facilita que a dupla de coordenadores se entrose mais rapidamente, aumentando a possibilidade de um bom resultado dentro do que se espera. Além do mais, o entrosamento ou não dos coordenadores é captado pelo grupo, que reagirá positiva ou negativamente, conforme o caso.[9]"

2.2.2 Como organizar as atividades coletivas de caráter sistemático

A) Planejamento:

O planejamento da abordagem grupal é fundamental para o êxito dessa estratégia e deve envolver os membros das equipes de Educação em Saúde e Odontologia, assim como demais parceiros internos e externos que possam contribuir para o encaminhamento das atividades necessárias.

Sempre que possível, deve-se priorizar o estabelecimento de uma programação sistemática, composta por sessões que permitam a abordagem de conteúdos, de forma progressiva e integrada, voltados para interesses e necessidades identificados em conjunto com a clientela.

Nessa etapa, é preciso pensar em diversos aspectos:[10]

a) Quais são as características do grupo: nº de participantes, faixa etária, sexo, nível de integração;

b) Critérios de seleção dos participantes (faixa etária?/características socioculturais?/necessidades de atenção em saúde bucal? etc);

c) Seleção;

d) Local;

e) Número de encontros;

f) Periodicidade;

g) Tempo de cada encontro;

h) Temas a serem discutidos;

i) Técnicas a serem utilizadas;

j) Recursos auxiliares;

k) Coordenação.

O critério que deve orientar a definição do tamanho do grupo diz respeito às condições para implementar um trabalho educativo que garanta a participação de todos e o alcance dos objetivos de análise reflexiva e elaboração subjetiva das temáticas a serem trabalhadas. Para o trabalho ter um desenvolvimento pleno, o ideal é que os grupos tenham, no máximo, 20participantes. No caso de exceder esse número, torna-se fundamental a formação de subgrupos para o desenvolvimento dos trabalhos e a reunião em plenária nos momentos de socialização e de síntese. Em todos os casos, deve se respeitar o limite máximo de 30 pessoas.

O espaço deve permitir que as pessoas possam ficar em círculo, visíveis umas as outras, bem como deve possibilitar a mobilidade das cadeiras para formação de subgrupos e criação de área livre para o desenvolvimento de técnicas de dinâmica de grupo.

B) Execução

O desenvolvimento das sessões, em geral, se dá através dos seguintes momentos básicos:

a) Aproximação da realidade/sensibilização (ou preparação e aquecimento): refere-se ao momento para apresentação, motivação, integração e para estimular o grupo a se envolver na tarefa. É aconselhável que sejam utilizadas dinâmicas rápidas, de curta duração.

b) Aprofundamento/reflexão (ou desenvolvimento): diz respeito ao tempo em que os participantes estão envolvidos na tarefa, realizando atividades e/ou buscando soluções. Devem ser usadas dinâmicas que facilitem a reflexão e o aprofundamento.

c) Conclusão/compromisso (ou fechamento): é o momento da síntese final, dos encaminhamentos, da avaliação.

Para cada um desses momentos é necessário prever, portanto, uma dinâmica adequada para cada situação específica, tendo-se sempre presente a experiência de vida dos sujeitos envolvidos no processo educativo.

Na proposta de desenvolvimento do tema o coordenador/facilitador pode lançar mão de inúmeras técnicas de dinâmica de grupo e dos recursos audiovisuais e pedagógicos existentes para proporcionar a participação, a socialização da palavra, a vivência de situações concretas e a análise de acontecimentos.

São recursos possíveis: leitura e discussão de textos, a realização de videodebates, o trabalho com diferentes expressões da cultura popular, expressão gráfica (escrita e desenho), as dramatizações, a expressão corporal, pinturas, música, relaxamento, recorte e colagem – tantos quantos sejam necessários e adequados aos objetivos educativos.

Na escolha das estratégias metodológicas, o importante é garantir que métodos, atividades e materiais estejam adequados aos objetivos, às características dos envolvidos no processo educativo e a tempo e recursos disponíveis.

C) Avaliação

Além da aplicação de técnicas e instrumentos para obter a opinião do grupo sobre formato, conteúdo, metodologia e condições de infra-estrutura da ação realizada, devem ser usados recursos para a avaliação dos resultados do processo educativo implementado.

A avaliação de processo possibilita verificar o nível de adequação metodológica, permitindo o melhor planejamento das atividades em andamento. E a avaliação de resultado é fundamental para a verificação de quanto foi possível realizar os objetivos traçados.

Ao término da programação global prevista para o grupo operativo, deve ser feita uma avaliação mais ampla do trabalho realizado – o que possibilita, inclusive, a avaliação da aprendizagem com base nas impressões da clientela após o grupo já ter retornado a sua vida cotidiana, tendo tido condições de observar a validade e a importância dos conhecimentos, reflexões e vivências para o seu trabalho e sua vida.

Sugestões de leitura sobre os assuntos tratados neste capítulo:

ANDRADE, Suely Gregori. Teoria e prática de dinâmica de grupo: jogos e exercícios. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ASSIS, Mônica de. Educação em Saúde: para além dos modelos, a busca da comunicação. Estudos em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: IMS-UERJ, nº 169, 1998.

BORDENAVE, J. E. D. – Alguns fatores pedagógicos. Texto traduzido e adaptado do artigo 'La Transferencia de Tecnología Apropiada al Pequeño Agricultor (Bordenave, J.E.D., Revista Interamericana de Educação de Adultos, v. 3, n. 1-2 – PRDE-OEA) por Maria Thereza Grandi, OPAS, Brasília, 1983, para a Capacitação Pedagógica do Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio em Saúde (Projeto Larga Escala).

BLEGER, José.Temas de Psicologia: entrevista e grupos. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1980.

BONET, Octavio. "Educação em Saúde", "Cuidado" e "Integralidade". De Fatos sociais totais e éticas. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (org.). Cuidado: as Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004.

CARVALHO, Maria Alice Pessanha de; ACIOLI, Sonia & STOTZ, Eduardo Navarro. O processo de construção compartilhada do conhecimento. In: VASCONCELOS, Eymar Mourão (org.). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, SP, 2001.

CYRINO, E. G. e TORALLES-PEREIRA, Mª L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por

descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(3): 780-788, mai-jun, 2004.

DAVINI, Mª C. Do processo de aprender ao de ensinar. Texto elaborado para a Capacitação Pedagógica de Instrutores/Supervisores do Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio em Saúde (Projeto Larga Escala), mediante consultoria à OPAS, Brasília, 1983.

FREIRE, P. Pedagogia da Autonomia – saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996 – Coleção Leitura.

GASTALDO, D. É a educação em saúde "saudável"? Repensando a educação em saúde através do conceito de bio-poder. In: Educação & Realidade, 22(1): 147-168, jan-jun, 1997.

SMEKE, Elizabeth de Leone Monteiro & OLIVEIRA, Nayara Lúcia Soares de. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, Eymar Mourão (org.) – A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V. V. & STOTZ, E. N. – Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

VALLA, V. (org.). Saúde e educação. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2000.

VASCONCELOS, Eymar Mourão. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, Eymar Mourão (org.) – A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

_____. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec, 1999.

Notas

[1]Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo – Educação em Saúde. Planejando as ações educativas. Teoria e Prática. São Paulo, 1997/revisto em 2001 (versão para Internet) (p. 93)

[2]ASSIS, Mônica de (org.) – Promoção da Saúde e Envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Série Livros Eletrônicos. Programas de Atenção ao Idoso, Rio de Janeiro, CRDE/UnATI/Uerj, 2002. (p. 19)

[3]Idem, p. 19

[4]KRIGER, Léo; MOYSÉS, Simone Tetu & DZIERWA, Simone. A filosofia de promoção de saúde na clínica privada. In: Aboprev: Promoção de Saúde Bucal/Coordenação Léo Kriger – 3ª ed. – São Paulo: Artes Médicas, 2003.

[5]Idem.

[6]GAZZINELLI, Mª F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(1): 200-206, jan-fev, 2005.

[7]Metodologias de trabalho com grupos e sua utilização na área da saúde – texto disponibilizado no site da Lista da Rede de Educação Popular em Saúde (http://br.groups.yahoo.com/group/edpopsaude/)

[8]"Subsídios metodológicos para a prática da educação e participação em saneamento rural" (Ipea, 1989), In: Ministério da Saúde – Fundação Nacional de Saúde – Capacitação de pessoal de sala de vacinação – Manual do monitor. Brasília. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids - Manual do multiplicador - Prevenção às DST/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

[9]ASSIS, Mônica de (org.). Promoção da Saúde e Envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Série Livros Eletrônicos. Programas de Atenção ao Idoso, Rio de Janeiro, CRDE/UnATI/Uerj, 2002. (p.21)

[10]Idem.

CAPÍTULO III

PRIMEIRO PASSO: **CONHECER A CLIENTELA E IDENTIFICAR SITUAÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERVENÇÃO EDUCATIVA**

"O erro do intelectual consiste em acreditar que se possa saber sem compreender e principalmente sem sentir."
Gramsci

Os objetivos educativos específicos da ação de saúde procuram sempre intervir nos determinantes da saúde, provocando mudanças: nos **motivos** que levam à adoção de um determinado estilo de vida, nas **condições** que favorecem essa decisão e nos **apoios** sociais e estruturais que a reforçam.

São esses os aspectos que devem estar em jogo quando elaboramos nossos objetivos educativos, no planejamento das ações. São esses aspectos também que devem ser o alvo da atenção educativa na atuação clínica. Para tal, é fundamental conhecer o que a clientela tem a dizer a respeito do seu contexto de vida, a sua compreensão de saúde e de doença, os aspectos que ela identifica como atenuantes ou agravantes do seu mal-estar.

Levando em consideração a abordagem familiar, tal processo implica em conhecer como cada família cuida e identifica suas forças, suas dificuldades e seus esforços para partilhar responsabilidades e, a partir daí, discutir e decidir de forma conjunta a melhor assistência possível.[1]

É fundamental conhecer e discutir crenças, valores e práticas que cada família possui acerca de saúde e doença – o que inclui desde o que o sintoma significa, quando e aonde levar a pessoa doente, até o que é melhora ou cura. Tais valores e crenças se revertem em práticas de cuidado à saúde, que, por sua vez, afetam o estado de saúde da família.[2]

O reconhecimento e a valorização dos eventos relacionados com a saúde bucal, por exemplo a cárie e as doenças periodontais, e as decisões relativas à prevenção e ao tratamento refletem as diferentes maneiras de compreender e atuar sobre esses problemas de saúde. Daí a necessidade de conhecer as noções práticas mais valorizadas pelas mães e seu ambiente social, sobre as causas das doenças, as características de suas manifestações, as suas conseqüências e as escalas de gravidade que fundamentam as opções por condutas terapêuticas (dentre elas a busca pelo serviço odontológico).

Agir sobre uma realidade com vistas a transformá-la requer conhecê-la e estudá-la. Quando nossa percepção da realidade está muito distante da realidade concreta, a nossa ação estará longe de produzir os resultados esperados, por melhores que sejam as nossas intenções.

Portanto, conhecer a clientela é o nosso ponto de partida, objetivando de forma coletiva as prioridades e identificando os recursos existentes para a intervenção necessária.

Isso supõe aliar procedimentos comuns na esfera do atendimento clínico-odontológico (a exemplo da anamnese) com práticas coletivas de reconhecimento da realidade e levantamento de necessidades e demandas da clientela, a fim de sistematizar propostas para a implementação do componente educativo nas ações de saúde bucal e o desenvolvimento de atividades educativas voltadas para prevenção e promoção da saúde com ênfase nesse eixo temático.

Sabemos que algum nível de conhecimento a respeito da clientela e sua realidade sociocultural e epidemiológica sempre existe, seja proporcionado pela convivência, ou pela aplicação de instrumentos protocolares de cada Atividade, pelo conhecimento de alguns indicadores sociais e de saúde de ampla divulgação na imprensa etc.

É a análise dessas informações, realizada de forma conjunta com equipes e clientela, que permitirá identificar prioridades, estabelecendo uma programação a respeito dos grupos com quem se vai trabalhar e de seu contexto de vida e relações que tenha correspondência com as necessidades e interesses da clientela, assim como com os recursos locais. São essas informações, também, que irão possibilitar avaliar o quanto de mudança foi alcançado, ao final da intervenção.

3.1 O primeiro contato com a clientela da clínica odontológica

Partimos do princípio de que, para maior resolutividade dos problemas de saúde bucal, as ações da clínica odontológica devem ser dimensionadas de acordo com a realidade ou necessidades da clientela e, a partir dessa "matéria-prima", poderemos oferecer alternativas de prestação de serviços e/ou ações que contemplem os aspectos curativos, preventivos e de promoção da saúde.

Além disso, não podemos perder de vista que o processo educativo lida com histórias de vida, um conjunto de crenças e valores, a própria subjetividade do sujeito, que requer soluções social e culturalmente sustentadas.

Uma boa forma de estabelecer o primeiro contato com a clientela é através de uma atividade educativa que contribua para que se agregue aos dados disponíveis acerca da situação sociosanitária informações sobre o que as pessoas sabem e de como vivenciam os seus problemas de saúde bucal, além de alternativas que apresentam para resolvê-los (as quais decorrem de valores, saberes e práticas que foram construídos ao longo do tempo, através de suas experiências de vida).

Nessa atividade, clientela e técnicos interagem, num trabalho conjunto, buscando e identificando os problemas e suas causas e discutindo soluções alternativas. Trata-se de uma oficina que, como método, é o oposto da **aula tradicional**, em que o **professor** expõe o assunto conforme uma ordem planejada e aos alunos cabe escutar e, no máximo, fazer algumas perguntas.

A oficina é a nossa proposta de atividade educativa para substituir o que se convencionou chamar tradicionalmente na clínica odontológica do SESC de palestra inicial. Ou seja, constitui-se no primeiro encontro com a clientela no processo de atendimento, sendo, dessa forma, parte integrante do tratamento odontológico, concebido não só como conjunto de procedimentos cirúrgico-restauradores, mas como processo de atenção à saúde bucal.

Processo que, orientado pelo princípio de integralidade, remete-se a um modo ampliado de compreensão das necessidades de saúde bucal, procurando sempre associar a necessidade de um cuidado específico numa situação concreta (reconhecida a partir do conhecimento técnico e profissional) a uma apreciação do sentido desse cuidado na vida das pessoas e dos grupos sociais, indagando-nos sobre a possibilidade de contribuirmos, como profissionais de saúde, ainda que modestamente, para uma vida com mais qualidade e melhores condições[3].

Essa primeira atividade, inclusive, orientará quanto à necessidade de agendamento de outros encontros preliminares à consulta odontológica (através, por exemplo, de atividades educativas e de monitoramento da presença de placa visível e sangramento gengival), estando, portanto, diretamente integrada ao processo de planejamento e estabelecimento da programação de educação em saúde bucal.

3.1.1 Preparação da oficina inicial

É necessário considerar que não há como se discutir o processo educativo e a aquisição de conhecimentos por parte dos grupos sociais no sentido de superação/enfrentamento dos problemas sem relacioná-los com as condições materiais de existência. Dessa forma, é sempre necessário fazer a articulação do conteúdo das atividades educativas com o cotidiano da clientela. Além disso, conhecer como certos grupos elaboram representações do processo saúde–doença bucal nos possibilita a apreensão de forma mais profunda de características socioculturais e atitudes dos indivíduos em relação a essa doença.

Na preparação da oficina inicial, as equipes deverão reunir os dados disponíveis e identificar as lacunas existentes no que diz respeito ao conhecimento das seguintes principais características da clientela:

a) **Físicas e de saúde:** sexo; faixa etária; nível de exposição a fatores de risco para as doenças bucais; taxas de incidência de cárie e doenças da gengiva; taxas de incidência das doenças de risco comum à saúde geral e à saúde bucal (principalmente hipertensão, diabetes e cardiopatias).

b) **Sociodemográficas:** tipo de ocupação; nível de renda mensal; grau de instrução; local de residência e condições de habitação; local de trabalho; situação familiar.

c) **Socioculturais:** representações, objetivos, lógicas e linguagens associados ao proces-so saúde–doença bucal e à forma de resolver seus problemas de saúde; crenças, valores,

tabus, preconceitos; opiniões sobre existência, cobertura, acesso e aceitabilidade dos serviços de saúde locais com relação à saúde bucal e ao tratamento de doenças correlacionadas; necessidades, expectativas e prioridades referentes à saúde bucal e seus fatores determinantes.

Esses são dados, em geral, necessários ao planejamento das ações educativas, visando avaliar os potenciais e as barreiras existentes para a melhoria da situação de saúde bucal da clientela, suas necessidades de aprendizagem e as estratégias educativas mais adequadas às suas características e composição. Algumas sugestões de dinâmicas para a operacionalização dessa oficina inicial com a clientela da clínica odontológica são apresentadas no capítulo 5 deste Manual e sua estrutura foi pensada para permitir sua execução com grupos diferenciados, não estando circunscrita somente à realidade da clínica.

3.1.2 Objetivos

a) Favorecer a compreensão integrada dos fenômenos saúde/doença bucal, desenvol-vendo a capacidade de análise crítica acerca dos determinantes das condições de vida e saúde.
b) Fortalecer a competência para intervenção sobre a realidade através de ações individuais e coletivas que contribuam para a saúde pessoal e a melhoria das condições de vida associadas à determinação da saúde bucal.
c) Possibilitar a co-participação no processo de resolução dos problemas identificados.
d) Informar e discutir processos operacionais e condições de tratamento da clínica odontológica do SESC.
e) Obter e discutir informações sobre os conhecimentos, as opiniões, as atitudes, as habilidades e as práticas dos indivíduos e grupos em relação aos problemas de saúde bucal.

3.1.3 Conteúdos básicos

A oficina inicial deverá ser coordenada pelo educador em saúde em conjunto com odontólogos, técnicos em higiene dental (THD) e/ou auxiliares de consultório dentário (ACD), sendo indispensável a presença de pelo menos um profissional da clínica odontológica, a fim de que esse primeiro momento de contato com a clientela já se constitua no início da formação de um vínculo com a equipe profissional desse setor.

É um momento propício para apresentação/caracterização da equipe de trabalho, a fim de promover a compreensão de que o encaminhamento tratamento, no contexto da atenção em saúde bucal, é de responsabilidade de todos os profissionais. Ou seja, o tratamento odontológico não se restringe aos momentos em que o cliente está sentado na cadeira do dentista, mas, sim, é composto por diferentes momentos/dimensões da atenção, desde as ações individuais e coletivas de educação em saúde até as consultas clínicas.

Essa forma de caracterização do tratamento e da equipe, que busca romper com estereótipos associados à predominância do saber/poder do cirurgião dentista e a supervalorização do tratamento cirúrgico-restaurador, contribui para a compreensão, por parte da clientela, dos objetivos de promoção da saúde bucal e para o desenvolvimento da autonomia com vistas à co-participação na busca de melhor saúde e bem-estar.

Ainda que a oficina inicial não se destine propriamente ao trabalho conceitual ou informativo, sua essência está na articulação da coleta de dados com o propósito educativo de fortalecer a competência para a ação. Dessa forma, é fundamental que os coordenadores/facilitadores dessa atividade estejam atentos para introduzir conteúdos relacionados à determinação do processo saúde–doença bucal e propiciem a partilha de saberes e práticas voltados para a atuação sobre esses determinantes, rumo à

construção de uma vida com qualidade (neste Manual, você encontrará fundamentação teórica para a abordagem das principais temáticas relacionadas à saúde bucal, assim como sugestões de bibliografia para aprofundamento desses conhecimentos).

Esquematicamente, quanto ao processo de determinação do processo saúde–doença bucal, podemos pensar em um marco causal que envolve desde condições ambientais relacionadas à infra-estrutura sanitária básica e fluoretação da água, passando pela dimensão individual, no que tange à (in)existência de hábitos de autocuidado, como escovação dos dentes, uso de fio dental, adoção de alimentação não-cariogênica, até os determinantes socioeconômicos que privam grandes parcelas da população de condições dignas de moradia, do acesso aos equipamentos de educação e saúde, legando não raro ao atendimento odontológico especializado a tarefa de consumar o êxito do processo carioso, através da extração dentária.

FIGURA 2 | **DETERMINANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA BUCAL**

Biológicos	Condições de vida	Estilos de vida
placa bacteriana processo desremineralização	saneamento básico	autocuidado escovação fio dental alimentação
capacidade de recomposição do PH	água fluorescente	
presença constante de flúor	acesso aos serviços de saúde e educação	aspectos culturais valores conceitos
ciclo biológico exposição a fatores de risco	organização dos serviços	
	poder aquisitivo	informação
	tipo de moradia	motivação
	políticas públicas	auto-estima
		oportunidades para fazer escolhas
		experiência anterior

O indivíduo precisa de condições concretas para a realização (concretização) de suas necessidades, dos seus valores e de seus cuidados com o corpo. A procura pela saúde bucal só pode aparecer quando condições básicas de cidadania já foram conquistadas. Quando o corpo e a vida estão mais humanizados.

Nesse contexto, levando em consideração a multideterminação do processo saúde–doença bucal, é importante, ainda, que os coordenadores/facilitadores estimulem a discussão dos problemas identificados, abordando aspectos que sejam esclarecedores e favoreçam a identificação, pela clientela, das prioridades que se encontram no espectro de intervenção da clínica odontológica do SESC, definindo as possibilidades de co-participação profissionais–clientela.

Considerando a existência de fatores de risco ou de proteção simultâneos à saúde bucal e à saúde geral, esse encontro pode ser também a oportunidade para discutir essa inter-relação e verificar a incidência desses fatores no grupo, a fim de definir, de forma conjunta, as temáticas que poderão ser alvo das atividades educativas visando à prevenção desses agravos e ao fortalecimento dos fatores de proteção à saúde.

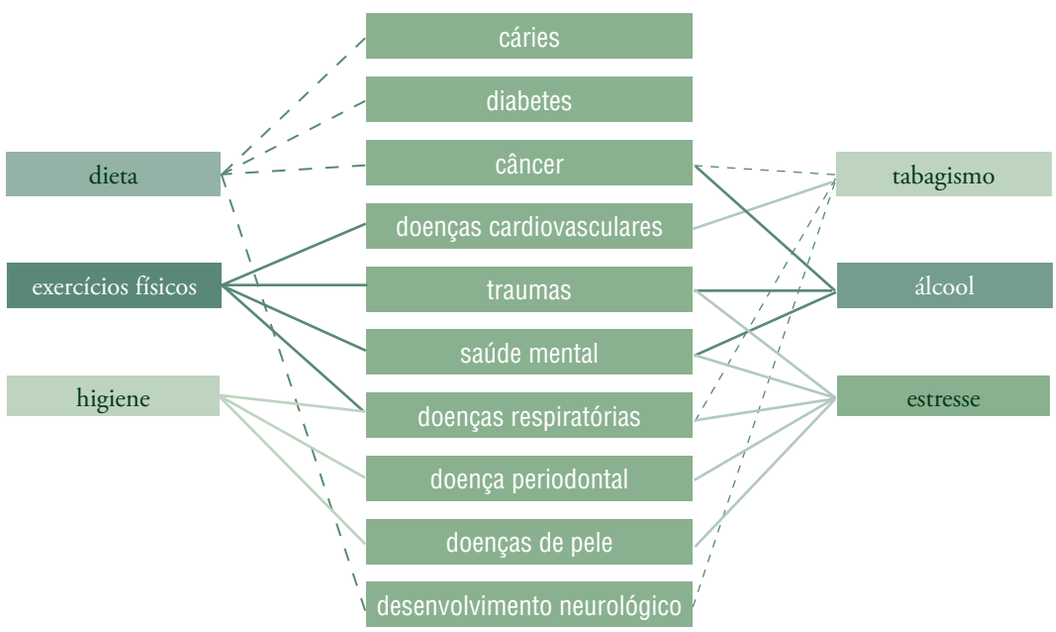
É fundamental garantir, no estabelecimento da programação, a abordagem dos fatores de prevenção das enfermidades que, embora não sejam da cavidade oral, repercutem nos processos saúde–doença bucal, aumentando a vulnerabilidade das pessoas para desenvolver tais doenças ou dificultando o controle das mesmas. Da mesma forma, doenças bucais podem aumentar o risco de outras enfermidades, em particular o diabetes e as doenças do coração.

As mudanças de hábitos alimentares que ocorreram ao longo das últimas duas décadas não só transformaram a obesidade, o diabetes, as doenças cardiovasculares e o câncer em graves problemas de saúde pública como também fizeram aumentar as ameaças para a saúde bucal.

Os brasileiros foram substituindo cada vez mais o consumo de alimentos ricos em fibras e nutrientes (frutas, verduras e legumes) pelo de alimentos industrializados, ricos em gorduras e carboidratos refinados (açúcares e farinha), que fermentam e facilitam a proliferação bacteriana na boca.

Esquematicamente, as inter-relações dos fatores de risco e dos fatores protetores da saúde bucal com os da saúde geral podem ser assim representadas:

FIGURA 2 | **DETERMINANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA BUCAL**



Sheihem & Moysés, 2000

As deficiências nutricionais, aliadas ao cigarro, ao álcool e ao estresse da vida contemporânea, prejudicam muito o desempenho de todo o sistema imunológico, inclusive dos anticorpos e células de defesa da saliva, que protegem os dentes.

No âmbito das enfermidades, o diabetes é um caso típico das inter-relações existentes entre fatores de risco e fatores protetores simultâneos à saúde bucal e à saúde geral. A doença compromete as defesas

naturais do organismo, favorecendo todo tipo de infecções, inclusive as bucais, sobretudo a gengivite, a periodontite, a pulpite e o abcesso periodontal. Quando graves, algumas dessas infecções bucais podem provocar infecções em outras regiões do organismo. Além disso, também podem neutralizar a ação da insulina, comprometendo o controle do diabetes com medicamento e, dessa forma, gerando um grave círculo vicioso.

Ainda entre os problemas gerais, existem diferentes pesquisas que apontam as doenças periodontais, principalmente a periodontite, como fator de risco para graves doenças, dentre as quais o infarto do miocárdio. Esses estudos mostram que indivíduos, apresentando periodontite depois dos 40 anos têm maior chance de sofrer ataques cardíacos e de vir a morrer em decorrência destes.

3.1.4 Pontos para reflexão e debate

a) Que fatores estão envolvidos na determinação da saúde bucal, individual e coletivamente?
b) Que aspectos da realidade vivida são geradores de doença?
c) Onde as pessoas costumam buscar informações acerca da saúde bucal?
d) Quais são as soluções individuais e coletivas que devem ser buscadas para melhorar a qualidade de vida e a saúde?
e) Que outras pessoas/grupos têm problemas semelhantes? Como eles se articularam para resolver os problemas identificados?
f) Que aspectos culturais podem auxiliar ou dificultar a aprendizagem acerca da prevenção às doenças bucais e o desenvolvimento da saúde bucal como valor?

Sugestões de leitura sobre os assuntos tratados neste capítulo

GAZZINELLI, Mª F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(1): 200-206, jan-fev, 2005.

L'ABBATE, Solange. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (org.). Agir em Saúde. Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MATTOS, Ruben Araújo de. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004.

MELLO, Dalva A., ROUQUAYROL, Maria Zélia, ARAUJO, Dominique et al. Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiróz, Quixadá, Ceará, Brasil). Cad. Saúde Pública, jul./set. 1998, vol.14, no.3, p.583-595.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO/Núcleo de Educação em Saúde/Programa Estadual do Controle de Hanseníase/Centro de Vigilância Epidemiológica – Educação em Saúde – Planejando as ações educativas (Teoria e prática), São Paulo: 1997.

Notas

[1] ÂNGELO, Margareth; BOUSSO, Regina Szylit – Fundamentos da Assistência à Família em Saúde. In: IDS/ USP/ Ministério da Saúde – Manual de Enfermagem/ Programa de Saúde da Família (www.ids-saude.org.br/enfermagem)

[2] Idem.

[3] MATTOS, Ruben Araújo de – Cuidado Prudente para uma Vida Decente. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (org.) – Cuidado: as Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro, Hucitec/ ABRASCO,

CAPÍTULO IV

DOS DESAFIOS E PERSPECTIVAS ÀS AÇÕES: **SUBSÍDIOS PARA O PLANEJAMENTO**

"E aprendi que se depende sempre de tanta muita diferente gente. Toda pessoa sempre é as marcas das lições diárias de outras tantas pessoas."
Gonzaguinha

Ao chegar nesta seção do Manual, é provável que estejam surgindo algumas inquietações sobre como operar a educação em saúde bucal no SESC, a partir da proposta aqui apresentada: **Como organizar grupos na clínica odontológica? Como implementar um programa de ações sistemáticas? Que critérios adotar para isso?**

Certamente essas perguntas têm suas respostas condicionadas às características locais, tais como: qualificação dos recursos humanos das Atividades Educação em Saúde e Assistência Odontológica; nível de entrosamento das equipes; grupos prioritariamente atendidos nessas Atividades; horário de funcionamento da clínica odontológica; proximidade da Unidade Operacional às empresas do comércio, escolas e outras instituições da comunidade etc.

Mas ainda antes dessa análise, nos parece que há uma questão básica a ser respondida a fim de nos tornarmos capazes de dar solução àquelas inquietações: **Como as ações educativas podem contribuir para o alcance dos objetivos voltados para prevenção de doenças e agravos e para recuperação e manutenção da saúde bucal?**

Para responder a essa questão, precisamos ter claro, antes de tudo, quais são os nossos objetivos nas áreas de responsabilidade das Atividades Assistência Odontológica e Educação em Saúde (prevenção de doenças e agravos, promoção da saúde e controle social da saúde).

4.1 Os objetivos do SESC com relação à saúde bucal

4.1.1 Na dimensão da prevenção

a) Ampliar conhecimentos, favorecendo a análise crítica e a compreensão acerca dos fatores protetores e dos determinantes do processo saúde–doença bucal, a fim de contribuir para a adoção das medidas individuais e coletivas de prevenção, pertinentes a cada fase do ciclo de vida.

b) Reforçar a auto-estima e o autocuidado.

c) Reduzir a incidência, na clientela atendida, das doenças bucais mais prevalentes (cárie dentária, doença periodontal e suas seqüelas).

d) Diminuir o risco biológico de cárie dentária e doença periodontal (e suas seqüelas) entre as pessoas atendidas e seus familiares, com a redução da quantidade e da freqüência do consumo de alimentos cariogênicos, remoção freqüente da placa bacteriana, melhoria das condições de higiene bucal e aplicação tópica de flúor.

e) Instrumentalizar a clientela para realização do auto-exame e identificação da “perda da normalidade”, contribuindo para o diagnóstico precoce do câncer bucal e das demais lesões de tecido mole.

f) Reduzir a incidência, na clientela atendida, de fatores de risco e agravos simultâneos à saúde bucal e à saúde geral (tabagismo, álcool, estresse, diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, doenças de pele, desenvolvimento neurológico).

g) Instrumentalizar profissionais e familiares para atuação no contexto escolar e comunitário, sistematizando ações de prevenção a fatores de risco e agravos simultâneos à saúde bucal e à saúde geral.

h) Capacitar cuidadores informais de “pacientes especiais” (idosos, pessoas portadoras de doenças crônicas e pessoas com necessidades especiais) para controle dos fatores de risco comum à saúde bucal e à saúde geral.

i) Promover a desmonopolização do saber técnico para a clientela assistida, contri-buindo para a co-participação profissional/clientela na tomada de decisões de tratamentos e estratégias de controle da doença.

j) Familiarizar as crianças com a clínica odontológica, visando reduzir sentimentos de ansiedade e medo com relação ao atendimento e ao processo de tratamento.

4.1.2 Na dimensão da promoção da saúde

a) Contribuir para a manutenção e melhoria das condições de saúde bucal da clientela assistida, através do reforço da auto-estima, a ampliação de conhecimentos, o desenvolvimento da autonomia e o apoio à organização comunitária para identificação, prevenção e solução dos problemas relacionados à produção da saúde–doença bucal.
b) Reforçar os fatores de proteção simultâneos à saúde bucal e à saúde geral (dieta, exercícios físicos, higiene e autocuidado, auto-estima, fatores ambientais e de acesso aos serviços).
c) Propiciar apoios e exercer mediação estratégica visando a mudanças nas condições que favorecem a adoção de medidas necessárias à saúde bucal.

4.1.3 Na dimensão do controle social da saúde

a) Divulgar os serviços comunitários de referência para a saúde bucal, informando sobre formas de acesso e condições de utilização desses recursos e favorecendo ações de reivindicação para que estejam de acordo com suas necessidades de prevenção, proteção e recuperação da saúde.
b) Assegurar a participação consciente e informada da clientela no planejamento e avaliação de ações e serviços comunitários relacionados à atenção em saúde bucal.

4.2 Estabelecimento da programação

Uma vez que temos clareza quanto aos nossos objetivos, voltados para atuação sobre os determinantes da saúde bucal, incluindo os fatores de risco e fatores protetores simultâneos à saúde geral, podemos passar à análise das características locais, a fim de que possamos estabelecer prioridades estratégicas que vão orientar a definição da programação, considerando as peculiaridades de cada fase do ciclo de vida e os diferentes cenários de atuação. A estrutura da programação pode ser assim representada pela Figura 4.

Algumas questões podem nos ajudar nessa análise:

1) Que grupos queremos atingir? (isso dependerá dos critérios que a equipe venha a estabelecer, os quais poderão estar relacionados a: a) incidência de cárie e/ou doença periodontal em segmentos específicos da clientela – crianças da Educação Infantil; clientela atendida na clínica odontológica; funcionários de algumas empresas onde já se tem um programa de educação em saúde implantado; b) objetivos de potencialização de ações de saúde já desenvolvidas com a clientela de algumas Atividades, como Educação Infantil e Terceira Idade, por exemplo; c) interesse de fortalecer parcerias com órgãos da comunidade, como escolas, orfanatos etc; d) objetivos relacionados ao controle de fatores de risco e redução de vulnerabilidade de grupos específicos atendidos na clínica odontológica - gestantes, diabéticos, adolescentes; e) necessidade de intensificação de ações de saúde nos locais de trabalho da clientela comerciária; f) intenção de integrar o tema saúde bucal aos programas de educação em saúde da criança, do adolescente, da mulher, do trabalhador e/ou do idoso já em desenvolvimento; g) demais critérios priorizados pelas equipes)

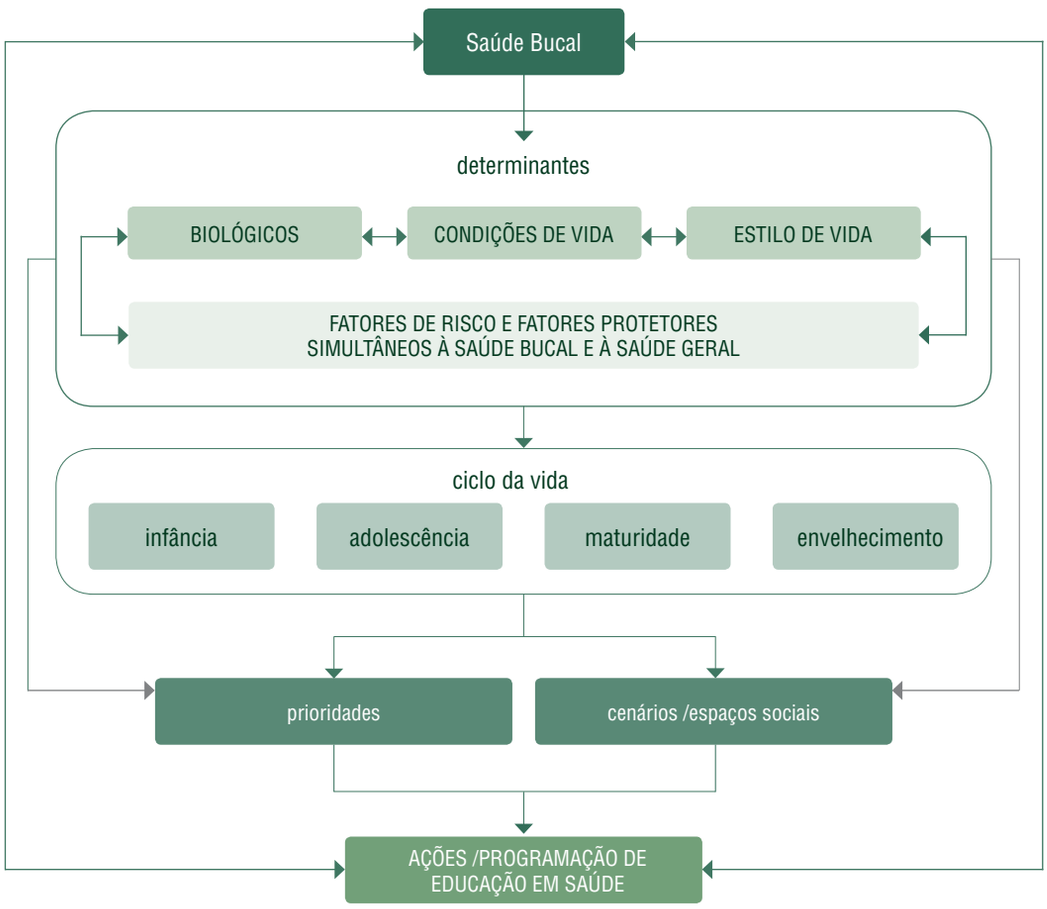
2) Como esses grupos estão caracterizados? (faixa etária, nível de escolaridade, condições de saúde bucal, fatores de risco e fatores protetores que se fazem presentes simultaneamente à saúde bucal e à saúde geral nesses grupos específicos, necessidades educativas - conceitos, valores, conhecimentos, habilidades, atitudes; condições de acesso e aceitabilidade dos serviços de saúde locais voltados para assistência odontológica e doenças com fatores de risco comum etc)

3) Onde encontramos essas pessoas? (são grupos organizados pelo próprio SESC? Freqüentam regularmente alguma Atividade? São estudantes de escolas próximas? São trabalhadores de empresas do comércio onde o SESC já desenvolve algum trabalho? São familiares das pessoas que freqüentam regularmente o SESC? São os pacientes da clínica odontológica?)

4) Quais são os recursos que temos para desenvolver esse trabalho? (com que profissionais poderemos contar (do próprio SESC e parceiros)? Eles já estão qualificados para o desenvolvimento do trabalho ou será necessária uma capacitação? De que materiais didáticos dispomos? Quais são as características do espaço em que vamos atuar? Quais são as possibilidades de horário que temos em relação ao que a clientela dispõe?)

5) Quais são os objetivos educativos específicos que queremos alcançar junto a esses grupos de pessoas? (estão voltados para ampliação de conhecimentos e habilidades da clientela para alcançar o controle dos fatores envolvidos na determinação do estado de saúde identificados na situação de atendimento clínico? E/ou relacionam-se à formação de agentes multiplicadores? E/ou referem-se à capacitação de profissionais para implantação de projetos em seu local de trabalho? E/ou estão relacionados ao fortalecimento de fatores protetores no ambiente familiar? E/ou dizem respeito ao fortalecimento da organização comunitária para intervenção sobre condições e apoios que favorecem a adoção de um estilo de vida favorável à saúde bucal?)

FIGURA 4 | ESTRUTURA DA PROGRAMAÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL



6) Quais são os conteúdos e métodos mais adequados ao alcance desses objetivos traçados? (Que temas estão associados aos objetivos educativos que se pretende alcançar com relação aos problemas identificados que justificam a intervenção educativa? Em que grau de complexidade eles precisam ser trabalhados? Que modalidade de programação é mais adequada, considerando os objetivos firmados, as características da clientela e os recursos disponíveis (aulas abertas com seqüência de temas inter-relacionados? Cursos? Oficinas? Orientações individuais? Etc.)? Com que periodicidade se pretende desenvolver as ações educativas para grupos específicos? Quais são as técnicas pedagógicas e ludopedagógicas mais apropriadas ao grupo a que se destina a intervenção educativa?)

7) Como se pretende verificar o alcance dos objetivos? (Que indicadores serão adotados? Estão relacionados a que dimensões das ações? (capacitação/empoderamento; construção de ambientes saudáveis; interdisciplinaridade/intersetorialidade). Que instrumentos e técnicas serão utilizados? Com que periodicidade? Quem são os atores dessa avaliação?).

O que vamos procurar fazer aqui, então, é abordar alguns eixos temáticos e propostas de trabalho que, associados aos aspectos de análise das equipes quanto à realidade local, possam servir de linhas de direção para a organização da programação.

Iniciaremos com o enfoque do ciclo de vida que nos possibilita estruturar a programação de educação em saúde bucal, adotando como linhas programáticas as fases desse ciclo (infância, adolescência, maturidade e envelhecimento) e, dessa forma, levando em consideração as oportunidades, o potencial e as interações, que variam com cada uma dessas fases e cuja ocorrência de episódios contra a saúde bucal são de fácil predição e intervenção oportuna. Abordaremos, assim, as características de cada fase, as quais se constituem em importante subsídio para a definição dos conteúdos programáticos das ações educativas.

A fim de subsidiar as equipes na abordagem educativa dos conteúdos relacionados à saúde bucal, adotaremos como temas geradores as doenças mais prevalentes em odontologia (a cárie e as doenças da gengiva), descrevendo sua dinâmica de determinação e controle.

Definiremos objetivos gerais e respectivos indicadores de resultado para cada eixo temático. Contudo, na prática das equipes será necessário elaborar objetivos e indicadores específicos das ações que serão desenvolvidas para atender as demandas identificadas e as prioridades estabelecidas em cada Departamento Regional.

A matriz que apresentamos no Anexo I poderá auxiliar a organização da programação de acordo com as prioridades pactuadas com as equipes parceiras e clientela, considerando as necessidades locais e a capacidade potencial de atuação em educação em saúde.

Trata-se de uma matriz elaborada a partir do enfoque do ciclo de vida, permitindo articular os principais problemas de saúde bucal aos seus determinantes e sistematizar objetivos, atividades e indicadores de avaliação para cada fase do ciclo.

Na esfera da clínica odontológica, as reuniões de equipe, com discussão dos casos atendidos, serão fonte de subsídio permanente para adequação da programação às necessidades individuais e coletivas verificadas no que diz respeito à conquista da saúde bucal pela clientela atendida.

Ainda com objetivo de instrumentalizar as equipes para a sistematização de dados com vistas ao estabelecimento da programação e monitoramento das ações, apresentamos no Anexo II uma matriz de estimativa de necessidades de ações educativas, por grupo/segmento da clientela e tipo de atividade e no Anexo III, uma matriz para estimativa da capacidade potencial de oferta de atividades por categoria funcional[1].

Propomos ainda, no Anexo IV, uma matriz[2] que facilita a visualização da programação por grupo/segmento da clientela, auxiliando o monitoramento periódico do cumprimento das metas acordadas. Mas o acompanhamento sistemático de indicadores que possam representar resultados das ações desenvolvidas deve ser prioritário.

4.3 O enfoque dos ciclos de vida[3]

> "Não é que vivo em eterna mutação, com novas adaptações a meu renovado viver e nunca chego ao fim de cada um dos modos de existir. Vivo de esboços não acabados e vacilantes. Mas equilibro-me como posso, entre mim e eu, entre mim e os homens, entre mim e o Deus."
>
> (Clarice Lispector)

> "Cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é..."
>
> (Caetano Veloso)

Abordaremos os ciclos de vida a se iniciar pela gestação, passando para a infância, adolescência, fase adulta e envelhecimento.

Para cada uma dessas fases, daremos informações acerca das principais características com relação à saúde bucal, na sua relação com a saúde geral, comentando as dúvidas mais freqüentemente colocadas pela clientela.

Chamamos a atenção, no entanto, para o fato de que, se por um lado, conhecer as características gerais de cada fase nos auxilia no estabelecimento da programação, por outro é sempre um desafio para nós, profissionais de saúde, considerar tal previsibilidade sem permitir que ela engesse nossa capacidade de nos surpreender com as singularidades das pessoas que atendemos. Sem essa capacidade, corremos o risco de assumir uma postura normativa e prescritiva, estabelecendo medidas-padrão para todos os casos, a partir de definição de "normalidades" e "anormalidades" que passam a ser os balizadores de nossa conduta profissional, no lugar de uma interação efetiva que possibilita conhecer como que aquela mãe, aquela criança, aquele adolescente, aquele idoso, aquela família vivencia e lida com as oportunidades, potencialidades e vulnerabilidades de cada ciclo, fazendo escolhas e interagindo com o contexto em que vive.

Essa postura profissional é fundamental para favorecer o desenvolvimento da saúde bucal como valor, como ato de cuidado consigo e com o outro, para além da preocupação (que gera negativismo e culpa) com comportamentos "certos" em contraposição aos "errados".

O agir comunicativo suposto na prática educativa de característica interativa é também um diálogo com a racionalidade técnica, possibilitado pelo acesso ao saber que a informa e pela sua discussão, na perspectiva da afirmação dos sujeitos. E cada um vai encontrar a sua "justa medida", considerando seus sentimentos e valores em relação à própria vida, posicionando-se de forma consciente e ativa com relação ao cuidado da saúde, para além do plano das normas comportamentais.

4.3.1 A Gestante

O contexto de cada gestação interfere no seu desenvolvimento, bem como na relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança, desde as primeiras horas após o nascimento. Influencia, também, no processo de amamentação e nos cuidados com a criança e com a mulher.

Neste Manual, entraremos em maiores detalhes acerca das questões mais diretamente relacionadas à saúde bucal, mas, na perspectiva da atenção integral, cabe à equipe de saúde bucal, ao entrar em contato com uma mulher gestante, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, notadamente se ela for adolescente.

Uma escuta atenta às suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o conhecimento sobre si mesma, contribuindo para um nascimento tranqüilo e saudável.

O estado de saúde bucal apresentado durante a gestação tem íntima relação com a saúde geral da gestante, podendo influenciar diretamente na saúde geral e bucal do bebê.

a) Quais são as características desse período que podem interferir na saúde bucal?

Durante o período de gestação pode ocorrer uma série de alterações no organismo da gestante que facilitam o surgimento de problemas bucais:

• **Aumento da acidez bucal:** existem relatos de alterações no pH da saliva (tornando-a mais ácida) como sendo um dos fatores que predispõem e podem levar ao surgimento de cárie dentária nas gestantes. Esta hiperacidez pode ser controlada com a escovação após as refeições.

• **Alterações hormonais e aumento da vascularização gengival:** a gengiva também passa por alterações durante a gestação, onde pode existir uma resposta exagerada dos tecidos moles gengivais aos fatores locais, que se deve ao aumento da vascularização da gengiva durante a gravidez. Além disso, pode ocorrer aumento da mobilidade dentária, que pode estar associada a alterações dos hormônios estrógeno e progesterona.

• **Náuseas, vômitos, aumento na produção de saliva ou sialorréia:** existem hipóteses de hipersecreção das glândulas salivares no início da gravidez, que costuma cessar por volta do terceiro mês e coincide com o desaparecimento da emese gravídica, ou seja, dos enjôos, regurgitações e ânsias de vômito, freqüentes na gestação.

Mas não dá para saber se a mãe enjoará apenas três meses ou mais. Porém, pequenas dicas podem auxiliar a gestante a não sofrer tanto e, principalmente, não se desnutrir:

– Comer várias vezes por dia, um pouco por vez;

– Dar preferência aos alimentos com os quais se sentir bem;

– Logo cedo, antes de se levantar, comer três a quatro bolachas tipo cream cracker, em jejum. Depois de um tempinho, tomar o café da manhã normalmente;

– Os vômitos da gestante, embora incômodos, não a impedem de comer novamente, tão logo se sinta bem;

– Caso os enjôos e vômitos persistam, tornando-se um empecilho para a mulher, ela deve conversar com o obstetra se há necessidade de receber alguma medicação.

• **Mudança nos hábitos alimentares:** principalmente no terceiro trimestre, a gestante apresenta uma diminuição na capacidade fisiológica do estômago e pode ingerir menos quantidade de alimentos, porém com maior freqüência. Assim, associada à falta de cuidados com sua higiene bucal, pode haver um aumento no risco de cárie dentária devido à tendência que há de se fazer pequenas e numerosas refeições.

• **Diminuição dos cuidados com a higiene bucal:** pesquisas demonstram que ocorrem alterações nos hábitos de higiene bucal durante a gestação, existindo ainda o enjôo ao creme dental, o que compromete a escovação. Embora ocorram alterações na freqüência de alimentação, estas não refletem na escovação, ou seja, aumenta-se o número de refeições, o que não é acompanhado pelo aumento no número de escovações. Além disso, depois do nascimento do bebê existe a tendência da mãe esquecer-se de si mesma, o que pode prejudicar os devidos cuidados com a sua saúde bucal, não vista nesse momento como prioridade.

b) Algumas dúvidas freqüentes relacionadas à saúde bucal da gestante

• As gestantes podem apresentar maiores riscos de perdas dos dentes?

Não. A gravidez não é responsável pelo aparecimento de cárie e nem pela perda de minerais (como o cálcio) dos dentes da mãe para formar as estruturas calcificadas (ossos) dos bebês. O aumento da atividade cariogênica está relacionada com alterações da dieta e presença de placa bacteriana devido à higiene inadequada dos dentes. Também se observa a diminuição do pH bucal, tornando-se mais ácido, o que requer uma melhor e maior freqüência na higienização bucal para neutralizar esse pH.

Portanto, a melhor maneira de se evitar as cáries durante a gravidez é evitar o consumo freqüente de alimentos açucarados (mantendo-se uma alimentação saudável, em horários regulares, de forma a

também facilitar o controle do peso na gravidez), exercer uma adequada higiene bucal com o uso correto de escova e fio dental e utilizar creme dental com flúor, pois este elemento é o principal fator responsável pela prevenção das cáries.

• É normal a gengiva sangrar durante a gravidez?

Não. O sangramento é sinal de que a gengiva está inflamada (gengivite) devido a placa bacteriana que não foi removida completamente. Entretanto, o que ocorre durante a gravidez é uma piora da gengivite, pois os hormônios associados à gravidez promovem uma maior vascularização do periodonto (tecido que envolve o dente), afetando as áreas já inflamadas. Se houver sangramento da gengiva, deverá haver maior higienização desse local e, persistindo o problema, a gestante deverá procurar a clínica para a avaliação, orientação e tratamento.

O sangramento gengival durante a gravidez pode ser um indicador de risco a problemas de parto prematuro e bebês de baixo peso.

• A gestante pode receber tratamento odontológico?

Sem dúvida, ela deve procurar pela equipe de saúde bucal para participar das atividades de educação em saúde e atendimento clínico programado. Ao longo da gestação, realiza-se o acompanhamento quanto aos cuidados com a saúde, controle de dieta e cuidados especiais com a higiene bucal, além de avaliação sobre a continuidade dos cuidados no período puerperal (pós-parto).

• Existem riscos quanto à utilização da anestesia local?

Não, porém a avaliação do médico responsável pela gestante poderá informar ao dentista o tipo de anestésico mais indicado, principalmente quando houver elevações da pressão arterial.

• Devem-se evitar radiografias odontológicas durante a gravidez?

As radiografias são muito importantes para auxiliar o dentista a detectar cáries e outros problemas que não estejam visíveis. O dentista poderá decidir juntamente com a gestante quando as radiografias são indispensáveis e a melhor época para realizá-las. Alguns fatores garantem a segurança da gestante e do bebê:

– A quantidade e o tempo de radiação são pequenos;
– O raios X está normalmente dirigido à boca, distante da barriga;
– Sempre deverá ser utilizado um avental de chumbo para proteger a gestante e o bebê.

• Existe algum fortificante que assegure uma boa dentição para o bebê?

Os “fortificantes” estão numa alimentação balanceada, constituída por diferentes grupos de alimentos (carnes, peixes, frutas, legumes e verduras, cereais, leite e derivados). As carências de vitaminas podem comprometer o desenvolvimento normal dos dentes. Durante o pré-natal, o médico poderá avaliar a necessidade de complementação vitamínica.

• Quando os dentes do bebê começam a se formar?

Na fase da embriogênese (formação e mineralização). Os dentes decíduos começam a se formar a partir da sexta semana de vida intra-uterina e os dentes permanentes, a partir do quinto mês de vida intra-uterina. Por isso que condições desfavoráveis durante a gestação, como o uso de medicamentos, infecções, deficiências nutricionais, entre outros, podem acarretar problemas.

• Os alimentos que a grávida consome afetam os dentes do bebê que vai nascer?

Sim. Enquanto o futuro dente de leite está se desenvolvendo, são necessários sais minerais (cálcio, fósforo), vitaminas (A,B,C,D) etc. Assim, a ingestão de uma dieta balanceada nutre a mãe e o bebê, assegurando uma boa estrutura dental à criança.

• O uso de medicamentos durante a gestação pode prejudicar os dentes do bebê?

De modo geral, sempre que possível deve-se evitar o uso de medicamentos para a gestante, principalmente no primeiro trimestre da gestação, tendo em vista os possíveis efeitos prejudiciais ao desenvolvimento do bebê. No que diz respeito à formação dos dentes o cuidado diz respeito a um grupo específico de substâncias químicas, como as tetraciclinas, que são depositadas com cálcio nos ossos e dentes, durante sua calcificação, provocando manchas permanentes nos dentes (outros antibióticos

como as penicilinas, cefalosporinas, eritromicinas e espiramicinas podem ser administradas em qualquer período da gestação sem danos aos dentes do bebê).

• Tomar flúor durante a gravidez beneficia os dentes do bebê?

Antigamente acreditava-se que o uso do flúor pelas gestantes teria uma grande importância na saúde dos dentes dos bebês. Atualmente, sabe-se que o principal efeito preventivo do flúor ocorre localmente nos dentes que estão sofrendo o ataque carioso. Assim sendo, o flúor ingerido pela gestante tem pouca importância.

O importante é que a criança receba alguma forma de flúor a partir da erupção (nascimento) dos dentes. Em locais com flúor na água, este é, em geral, suficiente.

• Quais os cuidados que a gestante deverá ter em relação à saúde bucal do bebê?

O melhor que a gestante pode fazer pelo seu bebê é cuidar da sua própria saúde. O nível de saúde bucal da mãe tem relação com a saúde bucal do bebê. Hábitos familiares saudáveis serão assimilados pelas crianças e as conseqüências serão mais favoráveis a uma saúde bucal desejável. Alimentação saudável, higiene adequada, amamentação natural, evitando o uso de chupetas e, em casos onde isso não seja possível, usar mamadeiras e chupetas com bicos ortodônticos, que poderão amenizar os problemas de má oclusão dentária.

4.3.2 A Infância

O Projeto SB Brasil – Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira constatou que 27% das crianças de 18 a 36 meses possuem pelo menos um dente cariado. Quase 60% das crianças menores de 5 anos têm cárie. Em quem já tem dente permanente, a incidência de cárie é medida pelo índice de dentes Cariados, Perdidos ou Obturados (CPO). À medida que as pessoas envelhecem, o índice de CPO aumenta. Nas crianças de até 12 anos, o CPO é de 2,8. Nos adolescentes, o número sobe para 6,2; nos adultos, chega a 20,1 e nos idosos, a 27,8.

A atenção precoce é uma conquista da Odontologia, e representa a incorporação de um novo entendimento da abordagem das doenças bucais fortemente centrada numa perspectiva preventivo – promocional. Surgida a partir do desenvolvimento da Cariologia, a sua incorporação na prática deveu-se à disseminação da idéia do tratamento da cárie enquanto doença infecciosa, reforçando a importância do controle dessa enfermidade o mais precocemente possível.

A prevenção da cárie dentária, através do controle da dieta, pode ser desenvolvida desde a vida intra-uterina, especificamente a partir do quarto mês de gestação – período em que se inicia o desenvolvimento do paladar do bebê. Dessa forma, os hábitos alimentares da mãe poderão proporcionar uma melhor condição de saúde bucal para o seu filho.

Hábitos saudáveis são fundamentais, como, por exemplo, hábitos de higiene e alimentação balanceada, incluindo a diminuição do consumo de produtos açucarados, principalmente os industrializados.

• Por que a amamentação natural é importante para o desenvolvimento da dentição do bebê?

A sucção do seio é um exercício importante para o desenvolvimento da boca (arcos dentários) e para criar hábitos corretos de deglutição (engolir). No primeiro semestre de vida do bebê, o leite é essencial e o ideal é produzido pela mãe, pois contém tudo o que o bebê e seus dentes precisam, na medida e temperatura exatas, inclusive anticorpos responsáveis pela defesa do organismo. A amamentação ainda significa para a criança motivo de satisfação, prazer e segurança, importantes para um bom equilíbrio emocional no futuro.

É muito importante que a equipe de saúde bucal esteja preparada para a abordagem da importância da amamentação sem perder de vista que nem tudo é perfeito! Mulheres não nascem sabendo amamentar e nem desenvolvem esse conhecimento e habilidade simplesmente porque engravidaram ou passaram pela experiência do parto. Muitos são os aspectos em jogo: expectativas, medos, tabus, inseguranças, pressões familiares, dor física, cansaço... Levar em conta essas fragilidades é fundamental para que se

tenha uma conversa franca e aberta com as mulheres, que as deixe à vontade para esclarecer dúvidas e expressar seus sentimentos, contribuindo para uma vivência consciente e prazerosa dessa fase, de forma que a decisão por amamentar possa ser mantida de acordo com o desejo da mulher.

A formação de grupo de gestantes é uma estratégia muito indicada para essa abordagem, tendo em vista possibilitar a troca de experiências e a livre expressão de mulheres que se encontram em situação semelhante, conferindo uma sensação de pertinência e contribuindo para que as informações sejam tratadas de forma mais "horizontal", a partir das vivências e relatos dos participantes e não do ponto de vista do especialista.

Além da importância afetiva e nutricional, a amamentação também traz os seguintes benefícios para o bebê:

a) Correto padrão de respiração;
b) Correto posicionamento da língua sobre as arcadas dentárias, estimulando o veda-mento labial, crescimento das arcadas e a posição correta dos dentes sobre a arcada;
c) Obtenção de um adequado tônus muscular orofacial (boca e face), crescimento das funções de mastigação, deglutição e fonação (fala);
d) Perfeita estimulação sensória, motora e oral dos órgãos fonoarticulatórios, propi-ciando o bom desenvolvimento da fala;
e) Deglutição correta.

É recomendado amamentar no peito exclusivamente até o sexto mês, a partir de quando já é possível começar a introduzir alimentos através de colher, desmamando progressivamente. Entre um ano e um ano e meio, passa-se o leite para o copo, não precisando usar mamadeira. Nessa substituição, o uso do modelo de copo com sugador auxilia a adaptação da criança à fase que requer novas habilidades.

É importante lembrar que tais recomendações nem sempre são compatíveis com o cotidiano das famílias, pois freqüentemente as mães voltam a trabalhar após quatro meses da licença-gestação, só esse fato já servindo para inviabilizar o cumprimento da amamentação natural exclusiva no primeiro semestre de vida do bebê.

Nos casos em que a família precise introduzir ou manter o uso da mamadeira, alguns cuidados podem ser tomados, inclusive a fim de evitar as chamadas "cáries de mamadeira" ou cáries de aparecimento precoce:

a) Não aumentar o pequeno furo do bico do mamilo artificial, que serve para o bebê fazer a sucção, fazendo com que o mínimo fluxo do leite seja suficiente para que ele aprenda a deglutir;
b) Não acrescentar açúcar, mel, achocolatados e nem carboidratos ao leite, a não ser com recomendações médicas;
c) Evitar as mamadas noturnas, em que o leite fica depositado a noite inteira na região superior anterior dos dentes do bebê e depois escoa um pouco para a região posterior, causando as cáries rampantes, que provocam a destruição total desses dentes.

• Quando se deve iniciar a limpeza dos dentes do bebê?

A limpeza da cavidade bucal do bebê deve ser iniciada antes mesmo da erupção dental, com a finalidade de remover o leite estagnado em seu interior e nas comissuras labiais, massagear a gengiva e acostumá-lo à manipulação da boca.

Para tanto, pode ser usada uma dedeira, gaze, ou uma fralda macia embebida em água filtrada que deve ser esfregada delicadamente na gengiva.

Esse procedimento prepara o ambiente ideal para a chegada dos dentes e habitua crianças ao ato da higiene.

Em situações onde não seja possível realizar a limpeza, ofereça água após a alimentação.

Não podemos perder de vista que os bebês, em geral, resistem à limpeza dos dentes, o que leva muitos responsáveis a desistirem dessa tarefa. É importante que essa reação seja vencida pela persistência. Para tanto, é necessário se assegurar de que a escovação não esteja machucando a boca da criança. Com isto

assegurado, resta o desafio exigido pelo cuidado de bebês e crianças a fim de proporcionar-lhes boas condições de desenvolvimento, ou seja: criatividade para lidar com as "resistências" infantis!

Uma dica é associar o ato da escovação com um momento de carinho, de tal modo que o bebê associe o cuidado bucal com o prazer e o afeto.

• Beijar o bebê na boca ou experimentar sua comida pode causar cáries?

As bactérias da placa e da cárie são transmitidas ao bebê no seu ambiente familiar. Mais importante do que não beijar ou não experimentar alimentos é que as pessoas em volta da criança tenham saúde bucal. Assim, a criança irá adquirir não só um conjunto de bactérias associadas à saúde como, principalmente, se beneficiará do convívio e do exemplo de um comportamento associado à saúde bucal, incluindo baixo consumo de alimentos açucarados, escovação, uso do fio dental e pasta de dente com flúor.

• Quando vão aparecer os primeiros dentinhos?

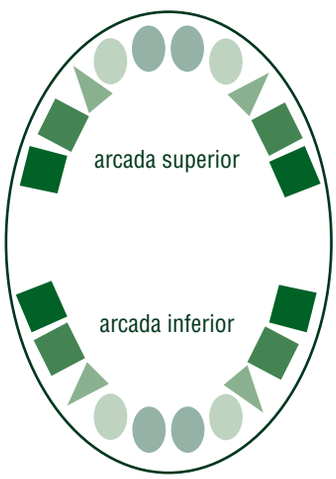
A primeira infância (de 0 a 36 meses de idade) é o período em que se dá a erupção dos dentes decíduos ("de leite"), caracterizando-a como a fase ideal para desenvolver condições que irão favorecer a saúde bucal dos indivíduos.

Os dentes decíduos começam sua formação por volta da sexta semana de vida embrionária e, a partir do sexto mês de vida extra-uterina, inicia-se o processo de erupção dentária, sendo os incisivos inferiores os primeiros dentes a irromperem. Seguem a seqüência de erupção os incisivos centrais e laterais superiores com um intervalo aproximado de dois meses.

Por volta dos 16 meses de vida aparecem os primeiros molares superiores e inferiores; os caninos inferiores e superiores irrompem aos 18 meses e 20 meses, respectivamente, e aos 27 meses erupcionam os segundos molares inferiores seguidos pelos segundos molares superiores, aos 29 meses. Desta forma, aos 36 meses de vida, o processo de erupção da dentição decídua estará completo e as crianças terão 20 dentes na boca, isto é, oito incisivos, quatro caninos e oito molares. Em muitas crianças, a erupção dos dentes decíduos é precedida pelo aumento da salivação e irritabilidade durante o dia. Nesta época, a criança pode intensificar o hábito de chupar o dedo ou de friccionar a gengiva, perder o apetite ou apresentar alterações gengivais.

A mãe pode proporcionar-lhe algum alívio oferecendo um mordedor de borracha ou massageando sua gengiva com o dedo limpo. Febre e diarréia também podem ocorrer de forma associada ao nascimento dos dentes, mas a mãe pode levar o bebê ao pediatra a fim de descartar a possibilidade de um problema mais sério. Essa seqüência e cronologia de erupção dos dentes representam um valor estatístico médio, mas não quer dizer que deva ser exata e invariável num mesmo indivíduo ou de um indivíduo para outro. Inversões nem sempre representam uma manifestação patológica e os desvios de 3 a 4 meses são limites considerados normais.

Quadro 1 | Erupção dos dentes decíduos



	dentes superiores	dentes inferiores
Incisivos centrais	8 meses	6 meses
Incisivos laterais	10 meses	9 meses
Caninos	20 meses	18 meses
Primeiros molares	16 meses	16 meses
Segundos molares	29 meses	27 meses

• Por que os dentes de um bebê podem cariar?

As cáries nos dentes dos bebês ocorrem da mesma maneira que na boca dos adultos e ainda com o agravante de que todos os dentes são mais susceptíveis à cárie quando erupcionam, pois ainda não estão com a calcificação completa.

Por volta dos 16 meses de vida, a erupção dos primeiros molares decíduos é um marco caracterizado por aumentar as regiões de retenção da placa bacteriana, sendo, portanto, uma fase de maior suscetibilidade à doença cárie.

O bebê não tem condições de limpar seus dentes! Se estes não forem limpos, a placa bacteriana presente vai produzir os ácidos que atacam os dentes. Nesta fase, recomenda-se utilizar escovas dentais infantis, pois dedeiras e gaze não removem adequadamente a placa bacteriana da superfície oclusal dos dentes. Deve-se lembrar que a quantidade de creme dental deve ser mínima, correspondendo aproximadamente a dois tufos de cerdas da escova, pois grande parte dele é ingerida, havendo risco de ocorrer fluorose.[4]

• Mas, se os dentes de leite são temporários, por que é importante tratá-los?

Na resposta a essa pergunta da clientela, um dos motivos que podemos destacar é que a presença dos dentes de leite é muito importante porque prepara o caminho (guia) para a erupção dos dentes permanentes, mantendo em equilíbrio harmônico o crescimento de dentes, ossos e músculos. Sua presença proporciona uma mastigação e deglutição adequadas dos alimentos e conseqüente digestão. Além disso, um dente de leite comprometido seriamente por um processo de cárie poderá levar a uma infecção, acarretando a má-formação do dente permanente (além da dor que pode causar à criança). Para além desses aspectos de ordem anatômica e fisiológica, sabemos também que, assim como para o adulto, crianças esteticamente comprometidas podem apresentar dificuldade de comunicação e integração social. Esse fator é fundamental na avaliação do dentista, juntamente com a família, sobre quando é pertinente lançar mão de um procedimento cirúrgico-restaurador nesses casos.

Assim, é importante esclarecer aos pais que, conforme os dentes vão aparecendo, devem passar a fazer uso da escova dental para higienizar a cavidade bucal de seus filhos, após as refeições, começando em uma área determinada da boca e prosseguindo de forma ordenada até remover e desorganizar a placa bacteriana. Se os dentes adjacentes estiverem em contato, indica-se o uso do fio dental nessas áreas, sempre motivando as crianças a participarem do processo.

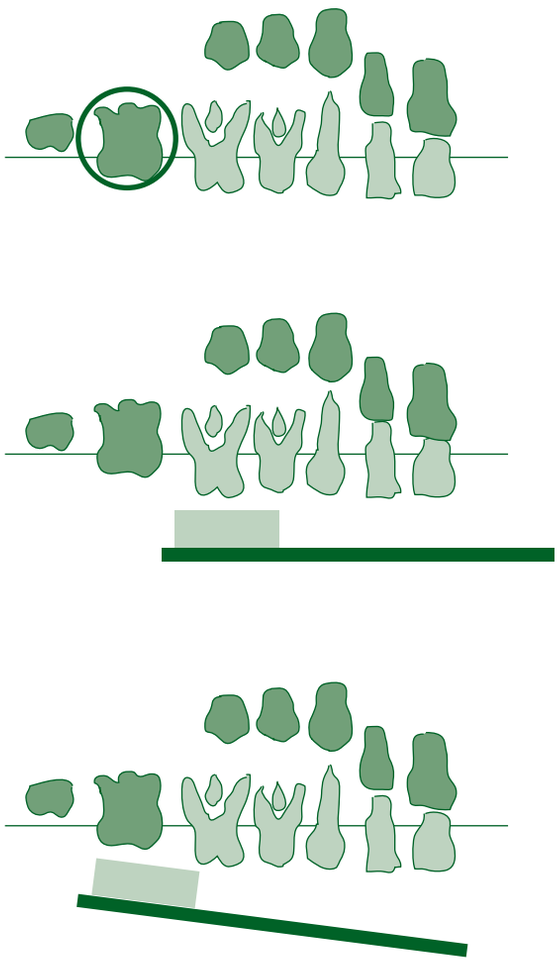
• Quem deve fazer a higiene da criança?

A higiene bucal deverá ser realizada pelo adulto que tiver mais tempo para executar a tarefa com regularidade, interesse e calma (mãe, pai, avó etc).

Embora as crianças desenvolvam a habilidade motora necessária para utilizar a escova dental, é indispensável que os familiares supervisionem a atividade e assumam a responsabilidade de escovar e usar o fio dental nos dentes de suas crianças, enquanto ainda não têm condições para conseguir uma boa limpeza. Todo interesse e iniciativa devem ser incentivados tendo em vista sua finalidade educativa, e, dessa forma, a própria criança poderá ensaiar uma escovação complementar àquela que o adulto realiza. À medida que a criança adquire destreza manual, essa responsabilidade pode ser transferida para ela, ficando os pais com a tarefa de supervisionar a escovação. A verificação do desenvolvimento da habilidade pode ser feita pelos pais em conjunto com a criança, observando o grau de deplacagem que ela vem conseguindo com a escovação feita de forma autônoma. Nessa avaliação, o cirurgião-dentista pode dar uma importante contribuição.

É importante chamar a atenção de pais e familiares para o fato de que é ainda na infância, por volta dos 6 anos de idade, que ocorre a erupção dos primeiros molares permanentes, quando a maioria dos dentes na boca da criança ainda são os chamados “dentes de leite”. O primeiro molar permanente nasce atrás do último molar decíduo, sem necessidade de que nenhum dente caia para que ele apareça (aliás, costumeiramente, é só a partir dessa fase que os dentes começam a cair). Assim, é comum que os pais considerem que este é mais um dente de leite que está nascendo.

A partir do nascimento do primeiro molar, a criança passa a apresentar uma dentição mista com a presença de dentes decíduos e dentes permanentes.



Atenção redobrada deve ser dada à higiene do primeiro molar permanente porque sua posição o coloca "em desvantagem" com relação aos demais elementos dentais (como ele está nascendo e outros já estão formados, ele fica mais baixo que os demais), prejudicando sua limpeza e, desse, forma, desencadeando o processo da cárie e comprometendo precocemente a higidez desse dente.

Repare que, para atingir o primeiro molar permanente, na escovação, é preciso inclinar a escova. Essa necessidade persistirá ao longo do tempo de erupção, que dura em média de dois a dois anos e meio até chegar à altura dos dentes adjacentes.

• Quais são os cuidados alimentares que se pode tomar para prevenir a cárie no bebê e na criança?

Não se deve adoçar a mamadeira, água, chá ou sucos. Mel e açúcar mascavo também provocam cáries. Ao iniciar a alimentação sólida o ideal é acostumar o bebê com sabores naturais não–adocicados, evitando também os produtos industrializados. A maioria possui açúcar na sua composição porque ele é excelente conservante. Também não se deve adoçar a chupeta, ainda que esse método seja às vezes utilizado pelas famílias, na intenção de acalmar o bebê e fazê-lo parar de chorar. Algumas alternativas poderão trazer resultados melhores, com a vantagem de não causarem cáries. Lembre-se: o bebê não conhece o açúcar e não sentirá falta dele!

É importante adotar uma dieta variada e nutritiva e oferecer alimentos consistentes (frutas, verduras e legumes) para estimular o desenvolvimento ósseo dos arcos e a salivação, que é uma defesa natural da boca.

O doce é uma tentação e, muitas vezes, uma válvula de escape aparentemente cômoda. O abuso acaba criando o hábito de consumo de alimentos açucarados. Como conseqüência, a criança, além de se alimentar mal, estará aumentando o risco de um número crescente de cáries.

• O que dizer sobre a criança que chupa o dedo?

A sucção é um impulso presente desde o nascimento e serve de treinamento para o segundo reflexo da alimentação: a mastigação.

A sucção não visa somente à nutrição, mas, também, satisfação psicoemocional, de forma que cada bebê apresenta a sua necessidade individual de sucção que pode não ser satisfeita apenas com o aleitamento natural.

Dessa forma, quando isso ocorre, a chupeta deve ser usada racionalmente, não devendo ser oferecida a qualquer sinal de desconforto para acalmar o choro provocado por outros fatores, nem entendida como apoio emocional.

Crianças com até 2 anos de idade encontram-se na chamada fase oral, estando neste período com a sua satisfação voltada para a cavidade bucal. Em algumas crianças essa necessidade é bem maior, requerendo maiores cuidados no sentido de impedir que o hábito se cristalize, removendo-o o quanto antes, de forma gradativa, explicando o porquê da remoção, com reforços positivos, motivado pelo amor e compreensão, usando muita criatividade para distrair a criança. Se persistir após os 4 anos de idade, esse hábito poderá ocasionar problemas no desenvolvimento normal da dentição.

Não é recomendável que o bebê durma todo o tempo com a chupeta, devido à necessidade de manter a boca fechada enquanto dorme para criar uma memória muscular do contato entre os lábios e favorecer a correta respiração pelo nariz.

• Qual é a chupeta ideal?

Mesmo entendendo a chupeta como um aparelho de sucção, que também pode prevenir a sucção de dedo, é melhor que apresente as características mais anatômicas e funcionais possíveis, para não provocar danos maiores na eventualidade de se formar um hábito.

– A chupeta deve ter o bico compatível com o tamanho da boca e com a idade do bebê.
– Além disso, é importante que a direção do longo eixo do bico esteja em uma posição inclinada para cima em relação ao apoio labial.

Para os recém-nascidos, a chupeta pode ser:

– De látex ou de silicone e, para os bebês de baixo peso ou prematuros, o tamanho do bico deve ser adequado, para não provocar um posicionamento incorreto com uma posteriorização da língua;
– O disco ou apoio labial deve ser de plástico firme e maior do que a boca do bebê para prevenir que a chupeta seja colocada inteira dentro da boca, proporcionando uma vedação para que o bebê não coloque os lábios em cima do apoio;
– Deve ser recortado como um grão de feijão para evitar uma conseqüente deformação na região anterior da arcada dentária e na base do nariz;
– Deve apresentar no mínimo dois furos de ventilação opostos com diâmetro de 5mm e a distância do bico de 5 a 6 mm para favorecer a circulação do ar no rosto do bebê e prevenir irritações na pele causadas pelo acúmulo de saliva;
– Não precisa, obrigatoriamente, ter argola, podendo possuir apenas uma saliência para que se possa puxar para estimular os exercícios de sucção ou para retirá-la da boca do bebê;
– Jamais deve ser amarrada ou pendurada ao redor do pescoço do bebê com fita, corrente ou fralda, pois, além de haver o risco de estrangulamento, pendurá-la e deixá-la acessível favorecerá a instalação do hábito.

Para a segurança do bebê, o bico e o disco de plástico devem ser inspecionados freqüentemente para detecção de qualquer sinal de deterioração. Se o bico estiver inchado, rasgado ou pegajoso, a chupeta deve ser trocada. Depois de cada uso, a mãe deve verificar se o bico está bem preso ao disco de plástico para evitar acidentes.

• Como fazer os exercícios de sucção para favorecer o tônus muscular e o crescimento facial ordenado?

Quando o bebê chora, por falta de sucção ou por necessidade de sugar mais, mesmo estando alimentado, a mãe deve estimular a sucção colocando a chupeta lentamente em contato com o contorno dos lábios do bebê e com toques leves, para que o bico seja umedecido e haja estímulo para o reflexo.

O bebê, então, começa a sugar e a mãe deve segurar a chupeta e puxá-la com movimentos leves, como se fosse para retirá-la da boca, estimulando a sucção.

Ao realizar esses exercícios várias vezes, a musculatura facial já deve ter trabalhado o suficiente e a função de sucção deverá ter sido concluída. O bebê não deseja mais a chupeta e o hábito não se instala.

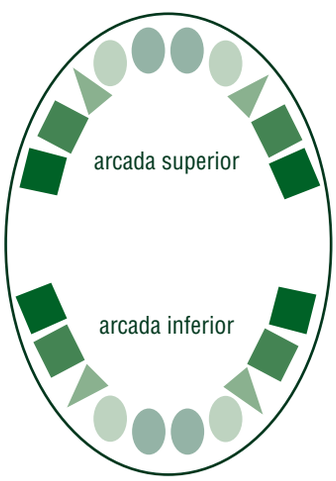
É fundamental que a equipe de saúde bucal transmita à mãe (e demais familiares responsáveis pelo cuidado do bebê) a informação de que a chupeta deve ser utilizada exclusivamente como aparelho para complementar a sucção na fase em que o bebê necessita desse exercício funcional, que é um estímulo benéfico ao crescimento e desenvolvimento dos arcos dentários.

Por isso, é importante que a família realmente utilize a chupeta para satisfazer a sucção, obtendo com isso apenas os seus efeitos desejáveis. Sendo assim, após o término da fase de sucção, o bebê está apto para as fases subseqüentes de crescimento e desenvolvimento.

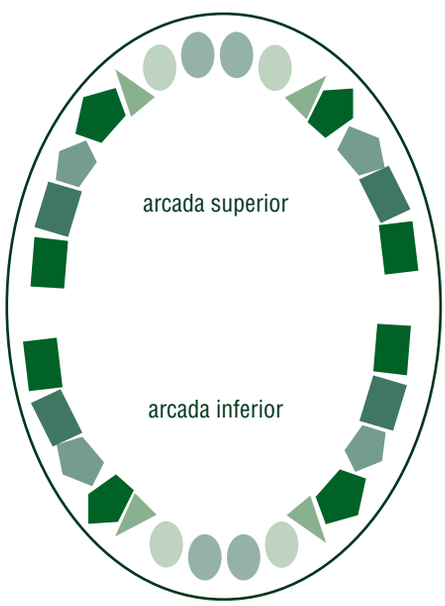
4.3.3 O adolescente

A saúde bucal dos adolescentes tem uma grande importância porque é nesse período que a maioria dos elementos dentais permanentes de maior risco à cárie irrompe na boca.

É uma fase do desenvolvimento marcadamente caracterizada por ambigüidades, tensões e conflitos, além de descobertas e muita intensidade na vivência das diferentes situações da vida – sejam boas ou ruins. Tudo parece urgente e o tempo acaba sendo medido com essa régua da ansiedade. Desse modo, é comum que os jovens não se sintam "tendo tempo" para as medidas de autocuidado e é freqüente (principalmente no início da adolescência) que os bons hábitos de higiene sejam colocados de lado, assumindo menor importância nesse contexto de descobertas, urgências e intensidades. A essa altura, não só os pais já delegaram as tarefas de cuidado da saúde bucal para os filhos, como estes também têm dificuldade de aceitar a interferência dos familiares no seu dia-a-dia.



	dentes superiores	dentes inferiores
Incisivos centrais	7-8 anos	6-7 anos
Incisivos laterais	8-9 anos	7-8 anos
Caninos	11 anos	10 anos
Primeiros molares	10 anos	11 anos
Segundos molares	12 anos	12 anos



	dentes superiores	dentes inferiores
Incisivos centrais	8 anos	7 anos
Incisivos laterais	8-9 anos	7-8 anos
Caninos	11 anos	9-11 anos
Primeiros pré-molares	11 anos	10 anos
Segundos pré-molares	11 anos	11 anos
Primeiros molares	6 anos	6 anos
Segundos molares	12 anos	12 anos
Terceiros molares	17-30 anos	17-30 anos

Na busca de um equilíbrio físico-psíquico-social, o adolescente apresenta comporta-mentos extremos, ora exacerbando suas atitudes positivas, ora mostrando- se francamente negligente com seus cuidados à saúde. Não raro, a adolescência é tida como um período de risco aumentado à cárie dentária, em decorrência do precário controle de placa e da redução dos cuidados com a escovação dentária.

Por outro lado, torna-se um período crucial na atenção à saúde porque, nessa época, se estabelece todo um aprendizado ligado a condutas e comportamentos futuros, de forma que essa é também uma fase propícia ao desenvolvimento de um estilo de vida saudável a partir da consolidação de uma mentalidade de autocuidado de caráter mais duradouro, desde que haja condições favoráveis para tal.

• Além da cárie, que outros problemas podem ocorrer?

A gengivite é a ocorrência mais comum depois da cárie. A gengivite é uma inflamação da gengiva provocando vermelhidão, sangramento e mau hálito. A gengivite é uma infecção causada por bactérias da placa quando não houver um controle adequado através da escovação e do fio dental.

Freqüentemente, a gengivite está associada à presença de cálculo dental (tártaro). O cálculo é placa bacteriana que mineralizou e por isto grudou e endureceu na superfície do dente, podendo ser removido pelo dentista.

Algumas pessoas têm maior propensão à gengivite – é o caso dos adolescentes – e por isso precisam controlar a placa muito bem. Os programas educativos podem auxiliar na manutenção das escolhas saudáveis que levam ao controle dos fatores que tornam as pessoas mais suscetíveis a esse problema.

Associado às gengivites ou não, o mau hálito é um problema sério, pois na maior parte das vezes quem tem não sente e as pessoas em volta sentem, mas ficam constrangidas em avisar a quem tem o problema. Além da gengivite, o mau hálito pode ser causado pela produção de gases malcheirosos por bactérias presentes na língua. Daí a importância de escovar sempre a língua, principalmente quem tem mau hálito.

• Qual o principal agravo nessa fase?

O risco aumentado à doença periodontal fica evidente quando se observa a alta incidência de gengivites e o surgimento de uma patologia, não exclusiva, mas própria dessa faixa etária, a Periodontite Juvenil Localizada ou Generalizada. A Periodontite Juvenil faz parte de um grupo de doenças periodontais severas, que aparecem no início da puberdade e caracteriza-se pela destruição do periodonto de sustentação. Trata-se de uma doença crônica inflamatória, onde ocorre grande destruição óssea. Pode ser classificada de duas formas: localizada, afetando os primeiros molares e incisivos permanentes, e, generalizada, quando todos os dentes podem ser afetados.

A Periodontite Juvenil se deve, principalmente, à invasão bacteriana dos tecidos periodontais por um grupo específico de bactérias - de nomes bem complicados – que em geral são a Actinomycetemcomitans e a porphyromonas gingivalis. Fatores genéticos e falhas no mecanismo de defesa do hospedeiro colaboram para determinar a susceptibilidade da pessoa à infecção periodontal e à velocidade de progressão da doença.

A melhor prevenção para a Periodontite Juvenil é a visita periódica ao dentista, pois, se houver algum problema, este será diagnosticado precocemente, e o tratamento será mais brando, com seqüelas menores.

O tratamento da Periodontite Juvenil pode incluir raspagem ou cirurgia periodontal, além de terapia com antiinflamatório e antibiótico (excetuando a tetraciclina, pelo risco de malformações e/ou alterações na cor dos dentes permanentes).

Os resultados alcançados por esse tipo de tratamento em geral são satisfatórios. Quanto mais precocemente diagnosticada a doença melhor será o resultado do tratamento.

As principais características das periodontites:

– Tem formas localizadas e generalizadas;
– Na maioria dos casos, o paciente tem um aspecto periodontal saudável;
– A quantidade de placa bacteriana é incompatível com a severa destruição periodontal;
– Podem ser caracterizadas por uma tendência familiar;
– São de progressão rápida.

Além do tratamento típico para periodontite crônica, deve ser considerado para pacientes que têm periodontite agressiva:

– Uma avaliação médica geral pode determinar se doença sistêmica está presente nas crianças e adultos jovens que exibem periodontite severa, particularmente se a periodontite agressiva não responder à terapêutica clássica;
– Somente procedimentos periodontais básicos freqüentemente são ineficientes no tratamento de periodontites agressivas. Porém, nas fases iniciais da doença, o tratamento pode ser realizado com tratamento básico conjugado com terapêutica antimicrobiana ou sem a fase cirúrgica;
– O resultado a longo prazo pode depender da colaboração do paciente e da manutenção periodontal em intervalos apropriados, que de forma geral deve ser considerado como ideal a cada três meses;
– Se dentes decíduos forem afetados, a erupção de dentes permanentes deve ser monitorada para se detectar possível perda de inserção;
– Pela potencial natureza familiar das doenças agressivas, avaliação e aconselhamento dos familiares devem ser feitas.

Cabe à equipe de saúde bucal incorporar-se aos atendimentos de grupo de adolescentes e, através de linguagem e metodologia apropriadas para a faixa etária, consolidar a idéia do autocuidado e da importância da saúde da boca para cada indivíduo.

• Aumenta o risco de trauma. O que fazer se um dente sair inteiro como resultado de um tombo?

Conforme a criança vai ganhando maior autonomia e segurança em seus movimentos – sobretudo na adolescência – passa também a ficar mais exposta ao risco de traumas diversos pela prática de esportes e brincadeiras que envolvem impacto e superação de desafios relacionados a agilidade, força e equilíbrio

Não há porque limitar essas atividades, tendo em vista sua importância no âmbito da psicomotricidade e para integração social. Importante é garantir, ao máximo, condições de segurança para que elas aconteçam com o menor risco possível.

Em caso de trauma, com perda do dente, deve-se proceder da seguinte forma:

1º) Procurar o dente;

2º) Lavá-lo com água corrente, sem remover a carne que está em torno dele;

3º) Colocar o dente entre a bochecha e os outros dentes para ele permanecer no meio bucal, ou colocá-lo no leite ou soro fisiológico;

4º) Procurar um dentista imediatamente, pois o fator tempo é decisivo na preservação do dente.

4.3.4 O Adulto

Na vida adulta, as cáries em volta das restaurações (chamadas cáries recorrentes) e na raiz dos dentes se tornam mais comuns. Mas um dos principais problemas bucais que acomete o adulto é a doença periodontal (sendo, inclusive, as cáries de raiz uma decorrência da doença periodontal, em virtude da retração da gengiva).

Essa é uma fase em que se deve dar atenção à identificação precoce de determinadas patologias, em especial o diabetes, a hipertensão e o câncer bucal, sendo importante que a programação de educação em saúde envolva ações voltadas para a instrumentalização da clientela para a prevenção, busca do tratamento e controle dos fatores de risco.

O **Diabetes Mellitus** é uma doença que se manifesta mais significativamente acima de 45 anos e se caracteriza por uma insuficiência absoluta ou relativa de insulina, causada pelas alterações metabólicas dos carboidratos, lipídios e das proteínas. A insuficiência de insulina é provocada pelo pâncreas, ou pela falta de resposta dos tecidos periféricos à insulina.

As pessoas portadoras de diabetes freqüentemente apresentam secura na boca pela diminuição na saliva, sensibilidade dolorosa na língua e distúrbios de gustação.

Menos freqüentemente observa-se tumefação (inchaço) de glândula parótida,[5] abcessos recorrentes e aumento no número de cáries. Porém a prevalência é a doença periodontal, encontrada em 75% das pessoas com diabetes.

A **Hipertensão Arterial Sistêmica** é o mais comum e importante fator de risco para a doença cardiovascular e tem, com esta, uma relação contínua e progressiva. O tratamento farmacológico da HAS pode acarretar efeitos colaterais no meio bucal. Além disso, a terapia diversificada usada no tratamento dessa doença pode interferir direta ou indiretamente nos procedimentos odontológicos, devido a interações medicamentosas, a indução da hipotensão postural e a alteração de humor.

Tanto no caso do diabetes quanto no caso da hipertensão arterial, é importante que as pessoas sejam informadas sobre os serviços públicos de referência para tratamento dessas patologias.

O **Câncer Bucal** é uma denominação que inclui os cânceres de lábio e de cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua oral e assoalho da boca). O diagnóstico precoce é de vital importância para um bom prognóstico, pois, se tratado na fase inicial, a expectativa de cura é de 80 a 100%.

No entanto, a proporção de diagnóstico em fase inicial é de apenas 10% dos casos e nos cânceres de língua esta taxa cai para 5%. Daí a importância de que a programação de educação em saúde bucal contemple ações que instrumentalizem as pessoas para realizarem o auto-exame da boca, a fim de identificar os sinais primários do câncer. (No Anexo V, encontram-se as informações para o auto-exame da boca, conforme recomendado pelo Inca/MS).

Também nesse caso é necessário que a equipe tenha em seu banco de dados as informações sobre os serviços públicos de referência para tratamento dessa doença, a fim de informar as condições e possibilidades de acesso das pessoas com suspeita de câncer bucal.

• Quais são as relações existentes entre doenças bucais, tratamentos odontológicos e doenças cardíacas?

Estudos têm demonstrado uma relação entre doenças da cavidade oral, especialmente infecções periodontais, e doenças sistêmicas, principalmente as doenças cardiovasculares. Tem sido encontrada grande associação entre o índice dental (medido por cáries, doença periodontal, lesões endodônticas e periodontais) e as doenças cardíacas, ainda sendo necessários estudos complementares para melhor definir as condições dessa relação.

Levanta-se a hipótese de que agentes infecciosos como vírus e bactérias teriam um papel no início e eventual progressão da doença arteriosclerótica. A cavidade bucal apresenta uma vasta colonização por bactérias, mesmo em condições normais. A ocorrência de infecções como a doença periodontal determina o aumento do número e o aparecimento de novas bactérias. Algumas destas têm sido relacionadas com a evolução da doença arteriosclerótica, como demonstrado pela maior ocorrência de doenças cardiovasculares em portadores de doença periodontal.

Antigamente associava-se o tratamento odontológico à determinação da endocardite bacteriana (processo infeccioso da superfície do endocárdio, envolvendo geralmente as valvas cardíacas – doença que era fatal, antes do advento dos antibióticos). Hoje se sabe que o tratamento odontológico é responsável por apenas uma pequena porcentagem dos casos dessa doença, mantendo-se, contudo, o entendimento da importância de que os cirurgiões–dentistas devam ser constantemente informados acerca dos diversos aspectos relacionados à prevenção da endocardite bacteriana, enfatizando-se a integração dos dentistas com os médicos cardiologistas.

Como regra geral, a profilaxia antibiótica é recomendada em todos os procedimentos odontológicos associados com sangramento excessivo.

• Por que a halitose e outros problemas da boca podem ser um sinal para o diabetes descontrolado?

A halitose no paciente com diabetes descontrolado apresenta odor característico, semelhante ao da acetona. Outro sinal importante é um fenômeno conhecido por xerostomia, ou seja, sentir a boca seca, sem saliva.

Isso acontece porque quando ocorre, por qualquer razão, uma carência de insulina[6], as células se vêem privadas de seu principal combustível, ou seja, da glicose. Nesta situação o organismo vai exigir outras fontes de energia que não necessitem da insulina para seu aproveitamento, recorrendo aos depósitos de gordura. Para esse aproveitamento da gordura corporal como fonte energética, ela é então transformada

em ácidos, conhecidos como corpos cetônicos, que serão utilizados como fonte de alimento para as células. A persistência da carência absoluta ou relativa de insulina faz com que se eleve muito os níveis desses ácidos no sangue, tornando-o acidificado, o que é extremamente danoso para o organismo.

Concomitantemente ocorre acúmulo da glicose sangüínea que não está sendo aproveitada pelas células, elevando a taxa da glicemia a níveis muito altos. A acidose sangüínea e a hiperglicemia conduzem aos sintomas típicos da cetoacidose, tais como sede excessiva, volume urinário elevado, mal-estar, desidratação, náuseas e vômitos, respiração acelerada e dores abdominais.

As causas mais freqüentes de cetoacidose em diabéticos do tipo 1 (insulino-dependentes) são as infecções (urinárias, pulmonares, dentárias, entre outras), o uso inadequado ou em doses insuficientes de insulina, ou ainda a omissão de aplicação da insulina.

Os profissionais da equipe de saúde bucal podem se constituir em importantes parceiros dos clientes portadores de diabetes, auxiliando-os no esforço de controle das taxas glicêmicas.

• Quais são os fatores de risco do câncer bucal?

O câncer de boca tem seu desenvolvimento estimulado por fatores ambientais e fatores próprios do indivíduo:

– Idade superior a 40 anos;
– Sexo masculino;
– Tabagismo;
– Alcoolismo;
– Má higiene bucal;
– Desnutrição e imunodepressão;
– Uso de próteses mal ajustadas;
– Irritação crônica da mucosa bucal;
– Consumo excessivo e prolongado de chimarrão.

• Quais são os principais sintomas do câncer bucal?

O principal sintoma desse tipo de câncer é o aparecimento de feridas na boca que não cicatrizam em uma semana. Outros sintomas são ulcerações superficiais com menos de 2 cm de diâmetro e indolores, podendo sangrar ou não, e manchas esbranquiçadas ou avermelhadas nos lábios ou na mucosa bucal. Dificuldade para falar, mastigar e engolir, além de emagrecimento acentuado, dor e presença de linfadenomegalia cervical (caroço no pescoço) são sinais de câncer de boca em estágio avançado.

4.3.5 O Idoso

Estudos sugerem que 70% dos idosos necessitam de algum tipo de tratamento odontológico. No entanto, somente 25% a 40% percebem isso e apenas 20% a 35% procuram o tratamento. Como fatores intervenientes nessa ocorrência, são destacados: condição socioeconômica, dependência funcional ou estado de saúde extremamente debilitado.

Para o atendimento do idoso devem-se considerar fatores e características próprias desta faixa etária, tais como: consumo de medicação contínua, estado físico e emocional, insegurança, estilo de vida e maior risco a algumas patologias bucais, como o câncer bucal.

• O idoso é um "paciente especial"?

Do grupo dos chamados "pacientes especiais" fazem parte os idosos, as crianças excep-cionais, pessoas com problemas cardíacos, diabetes, câncer e Aids, pela complexidade que assume o seu tratamento e a necessidade ampliada de se estar atento ao estado de saúde geral dessas pessoas antes de iniciar qualquer procedimento.

No idoso, ganha maior importância a compreensão de que qualquer tipo de tratamento médico ou odontológico vai ter seu prognóstico fortemente influenciado pelo caráter psicológico, motivacional e emocional da pessoa em atendimento.

Visando ao acolhimento, a equipe de saúde bucal deve se preocupar em garantir um atendimento personalizado, chamando o idoso pelo nome (e não com as tradicionais expressões “vovô” ou “titio”), dirigindo-se a ele e não ao acompanhante, que supostamente prestaria informações com maior agilidade. O recurso ao acompanhante deve acontecer somente nos casos em que o idoso apresenta alguma dificuldade que não o permita prestar as informações adequadamente.

Deve-se procurar falar face a face para facilitar a leitura labial, esclarecendo as etapas do processo de forma detalhada, a fim de reduzir o risco de que o idoso se sinta inseguro quanto ao seu tratamento. Como já é recomendado para todos os casos, não se deve perder de vista a necessidade de que o paciente idoso também tenha garantido o seu direito de co-participação nas decisões e procedimentos necessários ao tratamento.

A abordagem grupal é recomendada pelo potencial de reforço dos laços sociais, tão necessários nessa fase da vida.

• Quais são os principais agravos à saúde bucal dos idosos?

As pessoas idosas costumam apresentar um quadro clínico caracterizado por edentulismo (ausência de dentes), doença periodontal, cárie de raiz, xerostomia (diminuição de produção da saliva/secura na boca), atrição/abrasão e lesões da mucosa bucal. O quadro precário é decorrente não só do processo de envelhecimento por si, mas principalmente de um conjunto de agravos distintos vivenciados em diferentes graus ao longo da vida.

Considerando que a saliva tem uma função limpadora, além de proteger dentes, mucosas e tecidos moles da boca, o fato de o idoso ter reduzida a capacidade de produzir saliva faz com que a limpeza da língua se torne uma grande preocupação dos dentistas na orientação quanto à higienização, a fim de garantir a eliminação dos resíduos que ficam nas papilas. E isso numa fase em que é natural que se vivencie dificuldade em realizar a higiene bucal, em função da perda gradual de movimentos coordenados, sendo este um dado importante no sentido de instrumentalizar os familiares para o cuidado do idoso.

Particularmente as alterações salivares costumam estar associadas principalmente ao uso de medicamentos para tratamento de doenças sistêmicas. Aliás, calcula-se que cerca de 70% dos remédios comumente ingeridos pelos idosos têm efeitos colaterais na cavidade bucal e interferem no equilíbrio das bactérias presentes na boca. Os que são usados com mais freqüência no controle do diabetes e hipertensão, por exemplo, causam a xerostomia, fazendo com que o número de bactérias aumente (levando a problemas gengivais e aumento de cáries), deixando a mucosa bucal mais seca, gerando certo incômodo no uso das próteses e dificultando a mastigação dos alimentos com maior consistência e melhores nutrientes.

Esse é um aspecto importante a ser considerado na condução do tratamento, não só no sentido de evitar a sobreposição de medicação, mas também no que diz respeito a uma compreensão mais integral das dificuldades pelas quais passa a pessoa idosa, procurando auxiliá-la no seu quadro geral de saúde.

• Quais as relações entre saúde bucal e qualidade de vida no idoso?

A constatação de que as doenças bucais podem ocasionar complicações sistêmicas e diminuição da qualidade de vida determina decisões relativas ao encaminhamento do atendimento integral à saúde do idoso.

Discutir com o cliente idoso e com os familiares, ou pessoas responsáveis pelo seu cuidado, os fatores que favorecem suas condições de bem-estar, como a alimentação, por exemplo, que nessa fase assume preponderância como fonte de prazer, torna-se elemento fundamental na condução do tratamento. Ações educativas que instrumentalizem a construção de cardápios balanceados, atraentes e adequados às peculiaridades dos idosos favorecem a superação das dificuldades relacionadas à perda do paladar e às limitações impostas pelas doenças sistêmicas, favorecendo que o idoso mantenha o consumo satisfatório de nutrientes (e, dessa forma, precisando ingerir menos medicamentos com seus inevitáveis efeitos colaterais em outros órgãos e na cavidade bucal, prejudicando o funcionamento das próteses totais, por exemplo).

A preocupação com uma anamnese cuidadosa, considerando que o idoso geralmente usa mais drogas tanto prescritas quanto não-prescritas do que a população adulta em geral e que as interações

farmacológicas tendem a ocorrer nessa situação, merece atenção especial, a fim de se propor fármacos que não possuam tantos efeitos colaterais.

Para auxiliar no quadro geral de saúde do idoso o programa deve incluir orientações e apoios voltados para o estímulo e a viabilidade da prática de atividade física, considerando os benefícios do exercício físico para melhora da capacidade fisiológica em portadores de doenças crônicas, redução do número de medicamentos prescritos, prevenção do declínio cognitivo, manutenção do status funcional mais elevado, redução da freqüência de quedas e incidência de fraturas e benefícios psicológicos, como melhora na auto-estima.

• Quais são os cuidados necessários com relação ao uso de próteses?

Manter as próteses totais limpas é essencial para a manutenção de uma boa saúde bucal.

A higienização das próteses evita odores desagradáveis e manchas nas peças, além de prevenir a colonização de bactérias, que podem injuriar a mucosa e provocar doenças sistêmicas.

Hábitos incorretos, como a utilização das próteses totais durante a noite e a higiene inadequada, têm sido associados à prevalência de estomatite relacionada ao uso de próteses totais.

Discutindo os pontos positivos e as dificuldades encontradas na adaptação à prótese, as ações de acompanhamento devem incluir instruções sobre ajustes iniciais e cuidados, orientação com relação aos procedimentos de reembasamento e explicação quanto à necessidade de um novo par de próteses totais após cinco anos de uso, ou conforme se faça necessário em função de episódios intercorrentes, como perda excessiva de peso, por exemplo.

Atenção especial deve ser dada ao aparecimento de lesões. Com o passar do tempo, os tecidos se modificam e esses aparelhos não acompanham essas alterações. A tendência é que eles se tornem instáveis e soltos. A movimentação dessas próteses sobre a mucosa bucal leva a lesões e crescimentos teciduais que são potencialmente cancerígenos. É importante a visita ao dentista pelo menos uma vez ao ano para, se necessário, fazer os ajustes ou troca das próteses.

Estética, harmonia facial, desgaste dos dentes, envelhecimento precoce, falta de retenção, reabsorção óssea, dores em alguma áreas são alguns itens importantes para indicação ou não de uma nova dentadura.

• Quanto tempo é necessário para se acostumar às dentaduras?

A dentadura inferior leva quatro vezes mais tempo que a superior. Quanto mais tempo a pessoa empregar na mastigação, melhor será a adaptação.

Para tal, orienta-se não comer porções grandes de alimentos no princípio, dividindo-os em pequenas porções.

É natural sentir dor e desconforto no começo, e se aparecerem pontos dolorosos ou “calos”, deve-se procurar o dentista para que sejam tomadas as providências indicadas.

Nos primeiros dias, deve-se comer alimentos macios e cremosos e, à medida que for progredindo, pode-se passar aos alimentos sólidos, mastigando vagarosamente e por igual, a fim de controlar a dentadura e a pressão das gengivas ao morder.

4.4 Programação básica de educação em saúde bucal

O que estamos chamando de programação básica de educação em saúde bucal é, na verdade, um conjunto de atividades que, se não esgota todas as possibilidades de intervenção, procura contemplar um mínimo desejável para uma atuação de caráter integral.

Queremos deixar claro, contudo, que o fato de ser denominada como básica não quer dizer que deva ser considerada como critério ou padrão de atuação para todos os Departamentos Regionais indistintamente ou que deva ser cumprida na íntegra, a partir de uma exigência de atenção à totalidade dos grupos etários em suas múltiplas necessidades.

O estabelecimento da programação estará sempre na dependência da análise comparativa que considera o potencial de atuação das equipes em relação às necessidades e demandas da clientela. Fica

a seu critério, a partir dessa análise, a decisão acerca de quais grupos priorizar e quais modalidades de intervenção eleger para melhor alcançar os objetivos de melhoria da saúde bucal da população eleita.

No capítulo V você encontrará sugestões de oficinas, dinâmicas de grupo, recursos lúdicos, programas de capacitação de professores, instrumentos e técnicas de avaliação, que poderão ser adaptados à realidade do Departamento Regional, auxiliando na sistematização das atividades programáticas.

4.4.1 Objetivos gerais das ações educativas em saúde bucal

a) Ampliar conhecimentos, favorecendo a análise crítica e compreensão acerca dos fatores protetores e dos determinantes dos processos saúde–doença cárie, doenças da gengiva e câncer bucal, a fim de contribuir para a adoção das medidas individuais e coletivas de prevenção.
b) Reforçar a auto-estima e o autocuidado.
c) Fortalecer os laços sociais e a participação na comunidade.
d) Desenvolver competências e habilidades de pais e familiares para que favoreçam que as crianças desenvolvam hábitos de autocuidado para prevenção da cárie e doenças da gengiva.
e) Instrumentalizar gestantes para os cuidados no pré-natal e no primeiro ano de vida do bebê para a garantia da saúde bucal.
f) Familiarizar as crianças com a clínica odontológica, visando reduzir sentimentos de ansiedade e medo com relação ao atendimento e ao processo de tratamento.
g) Capacitar professores e profissionais envolvidos no cuidado de crianças para implantação de mudanças organizacionais, supervisão e execução de atividades voltadas para a prevenção da cárie no cotidiano das instituições de ensino.
h) Instrumentalizar os escolares para a adoção de medidas de prevenção à cárie e doenças da gengiva.
i) Sensibilizar e instrumentalizar os adolescentes para que se engajem em ações de cuidado à saúde bucal no meio escolar e no contexto comunitário.
j) Desenvolver competências e habilidades para o controle de fatores de risco comuns à saúde bucal e à saúde geral.
k) Ampliar conhecimentos e potencializar habilidades para prevenção de perdas dentárias e outras afecções da cavidade bucal (em especial as decorrentes do uso de próteses).
l) Difundir informações sobre a existência e as formas de acesso aos serviços de referência na comunidade para realização de tratamento odontológico e de doenças com fatores de risco comuns.
m) Contribuir para iniciativas coletivas que visem garantir as condições ambientais propícias ao desenvolvimento de hábitos que favoreçam a saúde bucal.
n) Capacitar familiares, profissionais de diferentes áreas e agentes comunitários para atuar como cuidadores informais de idosos com ênfase nas temáticas relacionadas à saúde bucal.

4.4.2 Indicadores de resultado

a) Proporção de pessoas atendidas que demonstram ter ampliado seu conhecimento acerca dos fatores determinantes do processo saúde–doença bucal e dos meios de prevenção.
b) Proporção de pessoas atendidas que demonstraram ter desenvolvido habilidades relacionadas ao equilíbrio do meio bucal, reduzindo o risco pessoal de desenvolver cáries e doenças da gengiva.

c) Proporção de pessoas atendidas que alcançaram melhorias em seu quadro clínico.
d) Proporção de familiares atendidos em ações específicas que demonstram saber supervisionar a escovação dos dentes das crianças.
e) Proporção de gestantes atendidas que demonstra ter ampliado seu conhecimento e desenvolvido habilidades relacionadas aos cuidados no pré-natal e no primeiro ano de vida do bebê para a garantia da saúde bucal.
f) Proporção de professores capacitados que demonstram saber supervisionar a escovação dos dentes de seus alunos e monitorar os resultados desse processo por meio da aplicação dos instrumentos de registro de presença de placa visível e de sangramento gengival.
g) Iniciativas desenvolvidas pelos professores capacitados para inclusão de temáticas de saúde nos programas político-pedagógicos das escolas em que trabalham.
h) Iniciativas implementadas nas escolas para garantia de condições propícias ao desenvolvimento de hábitos que favoreçam a saúde bucal (construção de escovódromos; distribuição de kits de higiene bucal; rotina de escovação supervisionada; acesso/integração com os serviços de saúde da comunidade etc.), inclusive por meio da ação conjunta de toda a comunidade escolar (professores, profissionais não-docentes, pais, alunos).
i) Proporção de pessoas atendidas em ações de capacitação/formação que se engajaram em ações/projetos de cuidado aos idosos.
j) Iniciativas no sentido de articulação de diferentes setores (saúde, educação, meio ambiente etc) para garantia de condições de infra-estrutura determinantes da saúde bucal (fluoretação da água de abastecimento ou microfluoretação da água de instituições de ensino, por exemplo).
k) Proporção de pessoas atendidas que procuraram atendimento nos serviços de saúde locais de acordo com suas necessidade de tratamento de patologias passíveis de prevenção e controle.
l) Proporção de idosos atendidos com fatores de risco comuns à saúde bucal e à saúde geral que passaram a controlar níveis tensionais e/ou níveis glicêmicos, de acordo com as necessidades apresentadas.

4.4.3 Atividades básicas

a) Oficina inicial com a clientela da clínica odontológica, trabalhando conhecimentos, práticas relacionadas à saúde bucal e ao tratamento na clínica odontológica do SESC.
b) Oficina inicial com pais e familiares das crianças que serão atendidas, trabalhando conteúdos associados às principais características dessa fase.
c) Visita orientada para que as crianças conheçam a clínica odontológica e façam o primeiro contato com a equipe de saúde bucal.
d) Orientação individual e coletiva com escovação supervisionada, no escovódromo, com auxílio de materiais de apoio, tais como modelos anatômicos e fantoches.
e) Oficinas, atividades lúdicas, dinâmicas de grupo e demais recursos interativos, trabalhando conhecimentos e habilidades associados à prevenção de cárie, doenças da gengiva e câncer bucal, conforme as características, necessidades e demandas de cada grupo etário.
f) Cursos ou oficinas para gestantes, abordando orientações sobre os cuidados no pré-natal e no primeiro ano de vida do bebê para garantia da saúde bucal.
g) Capacitação de professores de escolas do SESC e da comunidade, instrumentalizando-os para a institucionalização de atividades e programas que contribuam para a saúde bucal dos escolares.
h) Oficinas com alunos da Educação Infantil das escolas do SESC e da comunidade, trabalhando conhecimentos e habilidades associados à prevenção da cárie.

i) Implantação do Programa de Saúde Bucal Escolar nas Unidades com Educação Infantil e escolas do SESC.
j) Participação em campanhas junto à comunidade, desenvolvendo ações educativas voltadas para a sensibilização quanto a adoção de medidas individuais e coletivas de prevenção à cárie.
k) Participação em campanhas para difusão de informações sobre a existência e as formas de acesso aos serviços de referência na comunidade para realização de tratamento odontológico e de doenças com fatores de risco comuns à saúde bucal e à saúde geral.
l) Cursos ou oficinas para capacitação de agentes multiplicadores de saúde no meio escolar, laboral e no entorno comunitário.
m) Grupos de apoio mútuo voltados para portadores de diabetes e hipertensão arterial.
n) Oficinas de meditação, relaxamento e alongamento para a clientela que tem estresse como fator de risco associado às doenças bucais.
o) Cursos ou oficinas para capacitação de familiares, profissionais de diferentes áreas e agentes comunitários para atuar como cuidadores informais de idosos com ênfase nas temáticas relacionadas à saúde bucal.

4.5 Eixo temático 1: processo saúde–doença cárie

No ano 2000, o Ministério da Saúde iniciou a discussão sobre a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários e que incluísse tanto população urbana como rural.

Este projeto, hoje identificado como “SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira”, apresenta em seu relatório final dados sobre o perfil de saúde bucal no Brasil.[7]

No que diz respeito à prevalência de cárie, quase 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária, sendo que a proporção chega a quase 60% das crianças de 5 anos de idade.

Quanto à cárie dentária na dentição permanente, quase 70% das crianças brasileiras de 12 anos e cerca de 90% dos adolescentes de 15 a 19 anos apresentam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie dentária.

Em crianças e adolescentes, o principal problema são as cáries não–tratadas, enquanto nos adultos e idosos seqüela como a perda dentária surge como problema mais grave.

Em números absolutos, 24,5 milhões de brasileiros (ou 14,4% da população) não têm um dente sequer. Nesse contexto, um dado importante que nos leva a inferir a importância das condições de vida na determinação da saúde bucal é que o percentual de desdentados é maior entre os mais pobres, 17,5% contra 5,9% entre os mais ricos.

As crianças do norte e nordeste do país apresentaram os maiores números de dentes cariados não-tratados. Essas diferenças são ainda mais marcantes na análise por porte municipal e entre os adolescentes.

Outro dado igualmente relevante neste sentido é que o índice de cárie dentária é maior nos municípios sem água tratada. Informação que também confirma a eficácia do flúor no combate a essa doença.

A pesquisa revelou mais uma carência: 45% dos brasileiros não têm acesso à escova de dente.

O desenvolvimento científico pelo qual passou a Odontologia nos últimos anos evidenciou que a cárie é uma doença passível de ter seu curso controlado, através de medidas relacionadas ao autocuidado (escovação, uso do fio dental, dieta não-cariogênica) e aos fatores ambientais/estruturais envolvidos na determinação desse processo saúde–doença (fluoretação da água de abastecimento, acesso à escova de dente, acesso aos equipamentos de saúde e educação etc).

É essa evidência que orienta a definição dos objetivos específicos, conteúdos e estratégias metodológicas que propomos com relação à abordagem educativa voltada para a prevenção da cárie.

4.5.1 Conteúdo básico

• O que é cárie?

Do ponto de vista estritamente biológico, a cárie é resultante do desequilíbrio bioquímico da cavidade bucal, em função dos processos fisiológicos de desmineralização e remineralização das superfícies dentais.

Esses processos dependem da "quantidade e qualidade da placa bacteriana, a quantidade e freqüência do consumo de açúcares, o fluxo e a capacidade–tampão da saliva [capacidade de recompor o pH normal do meio bucal] e a presença constante de flúor na superfície dentária, cujos determinantes estão relacionados diretamente ao comportamento do indivíduo, frente aos seus hábitos alimentares e de higiene bucal"[8] e do nível de acesso aos recursos e apoios que viabilizam que esses hábitos sejam desenvolvidos.

• O que é placa bacteriana?

Compreende-se por placa bacteriana o agregado de bactérias que coloniza a cavidade bucal. A placa bacteriana conseguirá se fixar principalmente nas regiões de difícil limpeza, como a região entre a gengiva e os dentes ou a superfície dos dentes posteriores, que apresentam mais reentrâncias. Quanto mais perto da gengiva e mais escondidas, melhor sobrevivem, pois ficam isoladas dos ataques salivares e dos atritos (lábios, bochecha, língua, escova etc) e tem farta refeição dos fluidos da gengiva, principalmente se esta encontra-se inflamada. Por isso, durante a escovação é importante ficar atento para esses lugares mais difíceis de limpar. Não esqueça: o principal objetivo da escovação é remover a placa.

• Como a placa bacteriana se forma?

O processo de formação da placa é contínuo. Logo depois de limparmos todos os dentes, deixando o mínimo de bactérias, a formação da película protetora que vem da saliva e a colonização bacteriana que se dá sobre ela, reinicia-se imediatamente. O que varia é a velocidade com que as bactérias formam a placa. Sabemos, por exemplo, que a ingestão freqüente de açúcar acelera tremendamente esse processo.

A placa bacteriana apresenta consistência diferente em função do tipo de bactéria presente em sua conformação, a qual está diretamente relacionada ao tipo de alimento ingerido. Sua coloração é amarelada, apresentando pouca variação de cor, independente do tipo de bactéria presente. De 24 a 48 horas, a placa passa a apresentar maior consistência, quando então adquire capacidade cariogênica. É a chamada placa madura.

• É possível identificar a placa bacteriana "a olho nu"?

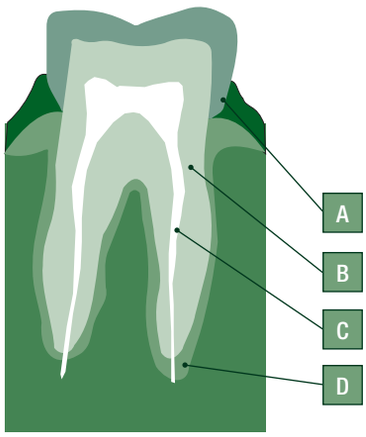
É possível identificar a placa bacteriana de maneiras simples. Uma delas é através do "teste da língua", ou seja: passando a língua sobre as superfícies dentárias, é possível perceber onde ela se apresenta mais "rugosa", indicando assim, presença de placa. Ela também poderá ser visualizada através da auto-observação com espelho. Os recursos táteis e visuais são importantes para que cada pessoa possa estar apta a controlar sua incidência de placa e identificar que regiões da sua cavidade bucal merecem maior atenção.

• Qual é a relação da placa bacteriana com o processo da cárie?

Quando ingerimos açúcar, a acidez do meio bucal é aumentada, o que favorece o processo de desmineralização da superfície dental e conseqüentemente o surgimento da cárie. Convém assinalar que nessa associação placa + açúcar = cárie, estamos falando de açúcar refinado, principalmente a sacarose (açúcar da cana), contida nos alimentos e bebidas adoçados, a qual é imediatamente transformada em ácido. Os açúcares contidos naturalmente nos alimentos, como no leite e nas frutas, não são digeridos imediatamente nessa forma pelas bactérias e não ocasionam a excreção de ácido.

O esmalte e a dentina são compostos minerais à base de apatita (sais contendo cálcio e fosfato), extremamente dinâmicos, tanto no período de desenvolvimento dentário, quanto após a sua erupção. A saliva, por apresentar cálcio e fosfato, principais minerais componentes da estrutura cristalina dos dentes, protege naturalmente tanto o esmalte quanto a dentina. Essa propriedade biológica da saliva é dependente

do pH e, assim, as variações de pH, decorrentes da ingestão de alimentos ou da conversão de açúcar em ácido pela placa dentária, estabelecerão o limite da capacidade da saliva de proteger os dentes.[9]



O dente é formado por quatro camadas diferentes:
A - Esmalte: camada externa, esbranquiçada e muito dura.
B - Dentina: camada abaixo do esmalte, composta por canalículos que contêm líquidos.
C - Polpa: parte de dentro do canal, que contém sangue e nervo.
D - Cemento: parte que forma a raiz, ligada ao osso alveolar através de fibras.

Mas o fato é que o processo de des-remineralização dos dentes ocorre várias vezes ao dia, a cada vez que ingerimos algum alimento. Cada vez que comemos, ocorre perda de minerais da superfície dental (desmineralização). Após esse processo de perda, tem início a reposição de minerais (remineralização), a qual é concluída aproximadamente de 40 a 60 minutos após a ingestão de alimentos.

Ora, se para agregar novamente minerais ao dente, nosso organismo precisa em média de 40 a 60 minutos, o que será que deve acontecer se ingerimos guloseimas várias vezes ao dia? Acertou! Não haverá tempo suficiente para remineralizar a superfície dentária, fragilizando-a a ponto de ser deflagrado o processo de cárie, que, diferente do que muita gente pensa, não é só a cavidade ou a "panela", mas que tem início com uma pequena alteração na textura e coloração da superfície dental: é a chamada mancha branca ativa. Caso não haja interferência do dentista no sentido de reverter o processo de cárie, a mancha branca evolui até formar a cavidade cariosa.

> A velocidade desse processo varia de indivíduo para indivíduo e mesmo de local para local em um mesmo indivíduo. Assim, a presença de uma única mancha ativa é suficiente para determinar a atividade cariosa num indivíduo.[10]

• E como o flúor atua no controle do processo saúde–doença cárie?

À medida que a saliva flui na placa dentária, seus componentes-tampão (bicarbonato, fosfato e peptídeos) neutralizam os ácidos produzidos pelas bactérias e o pH retorna à normalidade, ao menos enquanto o fluxo salivar é normal. A capacidade biológica da saliva de proteger a estrutura mineral dos dentes é aumentada na presença do flúor, que, além de proteger contra a dissolução de minerais do esmalte dentário, promove uma aceleração no processo de remineralização.

Sendo assim, quando a água adequadamente fluoretada é ingerida continuamente ou se faz uso regular de creme dental fluoretado, propicia-se a presença constante de flúor na saliva, mudando suas propriedades físico-químicas e dessa forma, potencializando a resposta de menor solubilidade do esmalte perante as atividades bacterianas.

Hoje é consenso na literatura que, em vez de "fortalecer os dentes" através da fluoretação do esmalte, com o objetivo de produzir altos níveis de flúor incorporado, o método que se revela mais efetivo para controle da cárie dentária é manter um suprimento constante de baixos teores de flúor na cavidade bucal, particularmente na interface placa/saliva/esmalte.[11]

A implementação de políticas saudáveis que garantem a fluoretação da água de abastecimento público em diferentes municípios do território nacional tem sido um importante coadjuvante no processo de

redução dos índices de cárie, pela sua alta resolutividade na redução da prevalência da doença em torno de 40% a 60%.

Esse fator ressalta que os aspectos que não estão no nível de intervenção direta da clientela e da equipe de saúde bucal também possam ser considerados e problematizados, visando à identificação dos limites e possibilidades do serviço odontológico do SESC atuar como mediador e/ou fortalecer a ação comunitária por meio das ações educativas em saúde, de tal forma a possibilitar que medidas estruturais eficazes como a microfluoretação das águas possam ser implementadas.

• Então, quais são os principais fatores que atuam no controle do processo saúde–doença cárie?

Os principais fatores relacionados ao controle dos aspectos fisiológicos da doença cárie nas pessoas que têm equilibrado seu processo de des-remineralização, ou seja, não apresentam processo de cárie, são:

– Eliminação da placa bacteriana;
– Uso racional do açúcar;
– Utilização adequada do flúor nas suas diversas formas.

O primeiro fator é controlado através da limpeza mecânica (escovação e uso de fio dental). O uso racional do açúcar refere-se não só à quantidade, como também à freqüência de consumo de alimentos ricos em sacarose. O terceiro fator é viabilizado, no nível individual, pela utilização de cremes dentais fluoretados.

Nesses casos, o controle é realizado diretamente pelas pessoas envolvidas, sendo importante a atuação educativa da equipe de saúde bucal para auxiliar a compreensão acerca do sentido desses procedimentos, em função de seu potencial para o alcance do equilíbrio do meio bucal, prevenindo que se instale o processo da cárie.

• Como o dentista pode ajudar para reverter a atividade de cárie?

Quando ocorre um desequilíbrio no controle dos fatores relacionados ao processo da cárie, a doença pode começar a se instalar, produzindo de imediato os seus primeiros sinais (a mancha branca ativa, lembra?). Quando a doença se encontra na fase inicial, cabe ao dentista efetuar seu diagnóstico e, com o auxílio do paciente, reequilibrar os fatores anteriormente descritos e avaliar outros itens que também podem estar influenciando o aparecimento da doença.

Na prevenção da cárie, a aplicação de flúor profissional não é mais eficiente que o uso do creme dental fluoretado, mas no que se refere ao tratamento, quando se diagnostica a atividade de cárie, a fluorterapia é um recurso muito importante na paralisação e até reversão de lesões iniciais de cárie. Isso porque toda vez que é feita uma aplicação tópica de flúor ocorre uma reação química na estrutura mineral dos dentes, formando produtos que posteriormente agem interferindo na progressão da cárie dentária. Nesses produtos, o responsável pelo efeito tópico do flúor no controle da cárie é um mineral tipo fluoreto de cálcio (CaF2). Tal mineral funciona como um reservatório, mantendo constante o flúor do meio. Acontece que se forma mais CaF2 quando da reação de qualquer tipo de flúor tópico no esmalte com lesão de cárie do que no íntegro.[12]

Parece fácil, né? Mas nem sempre foi assim. Durante muito tempo a Odontologia se preocupou em tratar apenas os sintomas, ou seja, a cavidade cariosa. Para tanto, bastava remover o tecido cariado e restaurar o dente, utilizando materiais e técnicas adequados. É assim que funciona o modelo tradicional ou cirúrgico-restaurador.

Só que você já percebeu que a cárie não é só a cavidade portanto restaurar a cavidade não é suficiente. Foi assim que surgiu o enfoque de promoção de saúde bucal, o qual propõe, em contraposição ao modelo cirúrgico-restaurador, que o tratamento do processo carioso não se limite à restauração, mas tenha como principal objetivo reequilibrar o processo de des-remineralização do indivíduo, através da reposição dos minerais perdidos.

É importante lembrar que este processo de perda de minerais é contínuo. O processo de des-remineralização ocorre várias vezes ao dia, durante toda a vida. Caberá ao dentista, ao constatar o processo de cárie, avaliar a necessidade de reposição dos minerais perdidos, através da fluorterapia, de forma a restabelecer o equilíbrio dinâmico da cavidade bucal. É também sua atribuição contribuir para que

a clientela compreenda o processo de formação da doença cárie e se torne apta para identificar quais são os fatores que, no contexto de vida de cada um, estão contribuindo na determinação dessa dinâmica, a fim de que possam se tornar co-participantes no tratamento e adquirir autonomia no encaminhamento de medidas que contribuam para melhoria do seu estado de saúde. A cárie dentária é uma doença, não uma condição fisiológica, e não faz parte da infância, assim como a dentadura (prótese total) não faz parte da senilidade.

4.5.2 Pontos para reflexão e debate

a) Quais são os fatores individuais e coletivos envolvidos no autocuidado?
b) Qual é o papel da equipe de saúde na atenção à saúde bucal?
c) Quais são as condições de atuação da escola no sentido do desenvolvimento do autocuidado e na prevenção da cárie?
d) Autocuidado e contexto sociosanitario – possibilidades e limites para as escolhas saudáveis.
e) Consumo elevado de açúcar em nosso contexto cultural.
f) Como a experiência de tratamento odontológico no SESC pode contribuir para a constituição da saúde bucal como valor para seus beneficiários?

4.6 Eixo temático 2: doenças da gengiva[13]

4.6.1 Conteúdo básico

• O que são as doenças da gengiva?

As doenças da gengiva também estão associadas à presença da placa bacteriana e classificam-se em dois grandes grupos:

a) A **gengivite**, que são inflamações que deixam a gengiva vermelha, inchada e sangrante, seja espontaneamente (no travesseiro pela manhã), seja ao toque da escova, fio dental, palito ou alimentos. Elas estão freqüentemente associadas ao mau hálito e tártaro. Algumas vezes elas podem determinar um crescimento da gengiva até mesmo cobrindo os dentes.
b) As **periodontites**, que são inflamações que atingem as estruturas que suportam o dente no osso. Geralmente estão acompanhadas de uma gengivite, de forma que, nos estágios iniciais, nem se nota a diferença entre uma e outra.

Dessa maneira, a periodontite acaba por ser observada pela pessoa somente depois de estar muito avançada. Nesse momento os dentes ficam frouxos, mudam de posição, observa-se a presença de pus, o mau hálito se acentua e dor espontânea pode ocorrer. Por isso, é essencial que o exame das gengivas seja feito por um profissional, pois somente ele poderá diagnosticar periodontites nos seus estágios iniciais, justamente quando o tratamento é simples e resolve sem deixar seqüelas.

• O que causa as gengivites?

A maior parte das gengivites é decorrente da presença da placa bacteriana que não é removida adequadamente devido a uma higiene insuficiente. Alguns estados hormonais podem acentuar a severidade da gengivite, por exemplo: puberdade, gravidez, menstruação, menopausa, anticoncepcionais.

Por outro lado, fumar diminui o sangramento, dando a falsa impressão de que o fumante não tem gengivite. Muito pelo contrário; os problemas gengivais dos fumantes são muito mais graves. Existem algumas doenças que acentuam a gengivite; por exemplo, o diabetes.

Finalmente, alguns medicamentos fazem com que a gengiva inflamada aumente de volume.

Uma pequena porção das gengivites pode ocorrer por conta de alergias ou como manifestação de doenças sistêmicas como o herpes ou alguns tipos de leucemia.

Se a pessoa observa sangramento, se suas gengivas estão inchadas e se ela apresenta mau hálito, deve procurar o dentista imediatamente para um diagnóstico definitivo. O tratamento é simples, indolor e resulta em cura rápida.

• O que causa as periodontites?

As periodontites também são infecções causadas pelas bactérias das placas. Esta placa, porém, tem a peculiaridade de se localizar entre a gengiva e o dente em um local de acesso difícil ou impossível para a escova ou o fio dental.

Estas bactérias são particularmente agressivas e, se encontrarem um indivíduo suscetível, elas desencadearão um processo destrutivo do osso e do ligamento que segura o dente no osso.

Nem todo mundo é suscetível. Sabe-se que existe um componente familiar, particularmente nas periodontites mais agressivas que acometem crianças e jovens. Existem também doenças que se constituem em fatores de risco, como, por exemplo, o diabetes. Recentemente, várias pesquisas têm demonstrado que fumantes têm muito maior probabilidade de desenvolver uma periodontite mais agressiva e de mais difícil tratamento.

Outras vezes, as periodontites são decorrentes pura e simplesmente do descuido com a higiene bucal e da ausência de um exame odontológico apropriado. As periodontites podem se manifestar para as pessoas após poucos meses ou muitas décadas de seu início e por isso torna-se ainda mais importante procurar um dentista para um exame detalhado da gengiva, a fim de certificar-se de que não se é portador das formas iniciais de periodontite, ou, por outro lado, a fim de possibilitar o tratamento em sua fase inicial.

• Piorréia e periodontite são a mesma coisa?

Piorréia é um dos nomes populares para as periodontites. Sua origem está associada ao fato de que, nos estágios avançados, observa-se grandes quantidades de pus formando-se e escorrendo das gengivas doentes – daí o nome: pio, de pus e réia, de corrimento.

Aliás, a formação de pus também ocorre nos estágios iniciais da periodontite. Entretanto, por ser uma quantidade menor, ele não é facilmente percebido pela pessoa, requerendo um exame clínico pelo dentista.

• Doenças da gengiva são infecções?

Sim. As doenças da gengiva são infecções, pois são causadas por bactérias e apresentam todas as características de feridas infeccionadas como: inflamação, sangramento, supuração (pus) e necrose (morte do tecido). Na verdade, se juntássemos todas as feridas que ocorrem na gengiva de todos os dentes, resultaria numa ferida do tamanho do dorso do antebraço. Imagine a repercussão de uma ferida dessas, às vezes presente por vários anos, na saúde geral do indivíduo!!

• O que mais, além da placa bacteriana, pode causar doenças da gengiva?

Além de manifestações alérgicas e infecções virais, que são muito raras, as gengivas tornam-se doentes a partir da presença das bactérias das placas. Entretanto, existe uma série de fatores que contribuem para que as doenças gengivais se manifestem de forma diferenciada de pessoa para pessoa.

Sem dúvida nenhuma, **aspectos genéticos** são importantes. Isso quer dizer que nós herdamos de nossos pais a capacidade de responder às bactérias da placa. Em alguns casos, a resposta está alterada e o indivíduo se torna mais suscetível ou mais resistente. Essa pode ser uma das razões porque certas pessoas com graus semelhantes de higiene bucal podem ter distintos problemas gengivais e periodontais.

Um outro aspecto que freqüentemente é confundido com genética é o fato de que nós adquirimos nossos hábitos de higiene de nossos familiares. Assim, em situações onde cuidar dos dentes não é considerado importante ou que esse valor não pôde ser desenvolvido por diferentes razões, é de se esperar que problemas gengivais possam ocorrer.

O **fumo** é um outro aspecto que aumenta o risco às doenças da gengiva. Fumar não só aumenta suas chances de desenvolver a doença, como também ela progredirá mais rapidamente. Além disso, fumar faz com que o tratamento seja mais difícil. Nos fumantes, o sangramento gengival está diminuído e muitas pessoas podem confundir isso com saúde gengival. Nada mais equivocado! A ausência de sangramento nesses casos indica uma fraqueza da gengiva.

O **diabetes**, tanto o que acomete indivíduos jovens (tipo I), como aquele que acomete indivíduos adultos (tipo II), aumenta o risco das periodontites e faz com que o tratamento seja mais difícil. Por isso, quem tem diabetes deve se consultar com o dentista periodicamente.

O **estresse** pode ser um fator que aumenta o risco às doenças da gengiva. Problemas emocionais e afetivos freqüentemente levam o indivíduo a se desinteressar pelos cuidados mais elementares, como, por exemplo, a escovação. O estresse pode, ainda, tornar a gengiva menos resistente às bactérias.

O **alcoolismo** e a **obesidade** também têm sido associados a maior suscetibilidade às doenças da gengiva.

Alguns **medicamentos** podem fazer com que a gengiva inflamada aumente de volume.

Além disso, as **alterações hormonais** na **puberdade** e na **adolescência** podem aumentar a severidade da gengivite. Nas mulheres, as gengivas podem ficar mais inflamadas durante a **menstruação**, a **gravidez** e a **menopausa** ou, em alguns casos, durante o uso de **anticoncepcionais**.

Existe ainda uma série de doenças raras nas quais as gengivas também se encontram alteradas, como é o caso das **leucemias**.

Pessoas com **Aids** freqüentemente apresentam gengivite e periodontite associada.

Essas inter-relações nos chamam a atenção para a necessidade de incluir essas temáticas na programação das ações educativas em saúde bucal.

• É verdade que as doenças da gengiva estão associadas, entre outras, a doenças do coração?

Recentes estudos têm demonstrado que as doenças periodontais, principalmente por seu caráter infeccioso, são fatores de risco para doenças sistêmicas, sendo que as associações mais importantes são entre as periodontites e o enfarte agudo do miocárdio (ataque do coração), e o acidente vascular cerebral (AVC), bem como a óbitos decorrentes de enfarto.

A doença periodontal pode iniciar ou provavelmente exacerbar a patogênese da doença cardíaca por diversos mecanismos. Na arteriosclerose, sabe-se da possibilidade das bactérias periodontais patogênicas invadirem a circulação como resultado de mastigação, escovação traumática e procedimentos dentais. O seu contato direto com os vasos sanguíneos e a invasão das células endoteliais poderiam tanto iniciar como exacerbar a patogênese da doença coronária.

Ainda que estudos adicionais sejam necessários para melhor definir as associações existentes entre essas doenças, é fato que as enfermidades cardiovasculares e periodontais, ambas crônicas e multifatoriais, têm em comum uma base genética de suscetibilidade e dividem fatores de risco semelhantes como idade, estresse, nível socioeconômico, gordura corporal, hábitos relacionados à dieta, à higiene e ao tabagismo – o que justifica a consideração dessas questões na condução do tratamento clínico e na programação das ações educativas.

• Quais são os sinais indicativos das doenças da gengiva?

O principal sinal das doenças da gengiva é o **sangramento gengival** que está associado à gengivite. Outro sinal é o **mau hálito**, que muitas vezes está relacionado à presença de **pus** que se forma nas feridas da gengiva.

Ainda outro sinal característico de problemas com a gengiva é a **recessão gengival**. As gengivas retraem porque o osso que sustenta as raízes do dente está sendo perdido. Essa perda pode ser causada pela periodontite. Na maior parte das vezes ela é irreversível, mas, com tratamento adequado, pelo menos ela não irá progredir e, dessa forma, não acarretando a perda dos dentes.

Mobilidade e/ou **afastamento** dos dentes são, em geral, sinais de periodontites já em estágios mais avançados e devem ser discutidos com um dentista imediatamente. Observe que isso pode acontecer também com crianças, o que é ainda mais preocupante.

Finalmente, **dor ao mastigar** e/ou **inchaço da gengiva** são sinais de que pode haver doenças das estruturas que sustentam os dentes e, mesmo que eles ocorram só de vez em quando, são indicativos de que se deve procurar o dentista.

• Como o dentista faz o diagnóstico das doenças da gengiva?

Primeiramente, ele se baseia na conversa inicial (anamnese) para saber dos hábitos do cliente, doenças,

remédios que usa, história familiar, experiências anteriores de tratamento etc. Segue-se um exame clínico onde o dentista usa uma sonda (instrumento) especial com o qual ele observa o grau de inflamação das gengivas (gengivites), bem como o grau de descolamento das gengivas (periodontites). Freqüentemente, ele necessitará de radiografias para se certificar da extensão da reabsorção do osso nas periodontites.

No SESC, os exames das gengivas são realizados juntamente com o exame odontológico tradicional que pesquisa cáries.

A partir do diagnóstico realizado, o dentista conversa com o cliente as opções de tratamento (incluindo o agendamento das ações educativas em saúde de caráter individual e/ou coletivo), e condições de co-participação da equipe de saúde bucal com o cliente para o alcance de melhor estado de saúde bucal.

• Retração da gengiva é a mesma coisa que doença da gengiva?

A retração pode ser causada pelas periodontites. O osso perdido faz com que a gengiva suba, descobrindo a raiz. Nesses casos, além da retração estarão presentes os outros sinais da periodontite, como sangramento e pus observados no exame pelo profissional. A retração, na maioria das vezes, é definitiva. Isso quer dizer que, mesmo depois do tratamento, os dentes terão retração, apesar de curados da periodontite.

As retrações também podem ser causadas pela escovação traumática dos dentes. Se forem usadas escovas duras, escovas velhas e esgarçadas e, ainda, se forem adotados muita força e movimentos muito amplos, a gengiva irá ficar machucada e acabará retraindo. Nestes casos, os sinais clínicos da periodontite não estarão presentes. Ainda assim, a retração dificilmente poderá ser revertida.

Existem alguns casos em que, por questões estéticas, pode-se recobrir a retração com enxertos gengivais, mas os enxertos não são tratamento!

Periodontites e escovação traumática é que causam retração. Lembrando apenas que alguns pesquisadores sugerem que as retrações podem ser causadas pelo excesso de força de mastigação (bruxismo), entretanto outros estudos dizem que não, mostrando que essas forças não têm como causar a retração.

• Como se tratam as gengivites e as periodontites?

Antigamente as cirurgias da gengiva eram realizadas para tratar essas doenças. Atualmente esse tipo de tratamento está sendo substituído por formas mais conservadoras que, controlando as causas das doenças, determinam a cura do caso.

Assim, o tratamento da doença periodontal inicia-se por um controle adequado da placa por parte do paciente. Como o cálculo dental está freqüentemente presente (até já foi confundido com a causa da doença – o que hoje se sabe que não é o caso), é preciso removê-lo para permitir um controle adequado da placa bacteriana com escova e fio dental.

Em seguida, o profissional fará a eliminação da placa bacteriana associada à periodontite. Isso é feito através de uma raspagem da superfície da raiz contaminada com as bactérias. O procedimento é realizado sob anestesia e, em geral, é indolor no pós-operatório.

• Qual é o risco que se tem de ficar novamente doente após o tratamento das doenças da gengiva?

O tratamento das doenças da gengiva cura o problema que existia. Entretanto, a pessoa, sendo suscetível (propensa) às doenças gengivais, poderá vir a ficar doente novamente. Para que isso não ocorra são precisos alguns cuidados:

– Não descuidar do controle diário da placa bacteriana;

– Visitar periodicamente o dentista para fazer uma manutenção preventiva, detectando problemas que requerem uma observação clínica para sua verificação.

4.6.2 Pontos para reflexão e debate

a) Qual é o papel da equipe de saúde no controle dos fatores de risco comuns à saúde bucal e à saúde geral?

b) Como a experiência de tratamento odontológico no SESC pode contribuir para minimizar os fatores de risco comuns à saúde bucal e à saúde geral?
c) O prazer da alimentação e a construção de escolhas saudáveis.
d) Cuidar da casa e cuidar do corpo – possibilidades e limites do autocuidado na vida cotidiana.
e) As modificações de hábitos de vida x questões culturais e socioeconômicas.

Sugestões de leitura sobre os assuntos tratados neste capítulo

ASSIS, Mônica de. Envelhecimento e suas conseqüências sociais. In: CALDAS, Célia Pereira (Org.) – Saúde do Idoso: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1998.

BRASIL, 1990. Estatuto da criança e do adolescente – Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. A Construção de vidas mais saudáveis /Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto de Promoção da Saúde. – Reimpressão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 16 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde; n. 24)

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de 2004-2007 /Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas – 1.ª ed., 1.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL, Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. – 2ª Reimpressão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 80 p. – (Série A. Normas Técnicas e Manuais Técnicos)

CARVALHO, Joana & MALTZ, Marisa. Tratamento da doença cárie. In: Aboprev: Promoção de Saúde Bucal/Coordenação Léo Kriger – 3ª ed. – São Paulo: Artes Médicas, 2003.

CARVALHO, Mª do Carmo Brant de. Avaliação participativa – Uma escolha metodológica. In: RICO, Elizabeth Melo (Org.) - Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. Cortez Editora, SP, 2001.

FERREIRA, F. W. Planejamento sim e não: um modo de agir num mundo em permanente mudança. 7ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1986.

KICKBUSCH, Ilona. El autocuidado en la promoción de la salud. In: Organização Panamericana de Salud. Promoción de la Salud: una antologia. Washington: OPS, (Publ. Cient. 557), 1994.

KRIGER, Léo; MOYSÉS, Simone Tetu; DZIERWA, Simone. A filosofia de promoção da saúde na clínica privada. In: Aboprev: Promoção de Saúde Bucal/Coordenação Léo Kriger – 3ª ed. – São Paulo: Artes Médicas, 2003.

LIPP, Marilda Novaes. Estresse: conceitos básicos. In: LIPP, Marilda Novaes (Org.) – Pesquisas sobre estresse no Brasil. Saúde, Ocupações e Grupos de Risco. Campinas: Papirus, 1996.

LIPP, Marilda Novaes e NOVAES, Lucia Emmanuel. O estresse. Mitos e Verdades. São Paulo: Contexto, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1992.

MOYSÉS, Samuel Jorge & SHEIHAM, Aubrey. Saúde bucal coletiva: personagens, autores ou... Pirandello de novo? In: Aboprev: Promoção de Saúde Bucal/Coordenação Léo Kriger – 3ª ed. – São Paulo: Artes Médicas, 2003.

OPPERMANN, Rui Vicente & RÖSING, Cassiano Kuchenbecker. Prevenção e tratamento das doenças periodontais. In: Aboprev: Promoção de Saúde Bucal/Coordenação Léo Kriger – 3ª ed. – São Paulo: Artes Médicas, 2003.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Avaliação das práticas educativas em saúde (pp. 267 e 269) In

VASCONCELOS, Eymar Mourão (Org.). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. Hucitec, SP, 2001.

RAUPP, Bárbara et alii. A vigilância, o planejamento e a educação em saúde no SSC: uma aproximação possível? (p. 214) In: VASCONCELOS, Eymar Mourão (org.). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. Hucitec, SP, 2001.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO – Educação em Saúde – Planejando as ações educativas (Teoria e prática) /Núcleo de Educação em Saúde/Programa Estadual do Controle de Hanseníase/Centro de Vigilância Epidemiológica, SP, 1997.

SILVA, Milton Fernando de Andrade. Flúor: metabolismo, toxicologia, fluorose e cárie dental. In: Aboprev: Promoção de Saúde Bucal/Coordenação Léo Kriger – 3ª ed. – São Paulo: Artes Médicas, 2003.

STOTZ, E. N. e VALLA, V.V. Desenvolvimento de habilidades pessoais. In: BUSS, P.M. (coord. e editor) Promoção da Saúde e a Saúde Pública. Contribuição para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz , 1998.

VASCONCELOS, Eymar Mourão. Educação popular e atenção à saúde da família. São Paulo – Brasília: Hucitec – Ministério da Saúde, 1999.

VALLA, V. V.; CARVALHO, M; ASSIS, M. Participação popular e os serviços de saúde: o controle social como exercício da cidadania. Rio de Janeiro: Pares. Fundação Oswaldo Cruz, 1993.

VERAS, Renato. Terceira Idade. Alternativas para uma sociedade em transição. Rio de janeiro: Unati/ Relume-Dumará, 2000.

Notas

[1] Matrizes adaptadas dos modelos de monitoramento adotados na atenção básica de saúde (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação/ Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2004).

[2] Idem.

[3] Este item apresenta uma versão adaptada do capítulo VI do documento Protocolo integrado de atenção à saúde bucal – Curitiba: Secretaria de Saúde de Curitiba. Centro de Informações em Saúde, 2004. (pp. 55-82), lançando mão das informações dos folhetos da Série Odontologia Sesc, elaborada pelo Departamento Regional em Alagoas, sob supervisão do Núcleo de Odontologia do Departamento Nacional do Sesc e revisão do Prof. Rui Oppermann.

[4] Fluorose é uma anomalia do desenvolvimento que está ligada à estética do esmalte e ocorre em conseqüência da ingestão prolongada de flúor durante o período de formação dos dentes. Caracteriza-se pelo aumento da porosidade do esmalte, fazendo com que este pareça opaco.

[5] A parótida, juntamente com as glândulas submandibulares e sublinguais, pertence ao grupo das glândulas salivares maiores.

[6] A insulina é o hormônio responsável pelo aproveitamento da glicose no organismo, funcionando como uma chave de abertura das células permitindo a entrada do açúcar.

[7] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

[8] SESC/ DN. Núcleo de Odontologia. Promoção de Saúde Bucal. Rio de Janeiro, 2000.

[9] RAMIRES, Irene; BULAZAF, Marília A. R. – Manual: Flúor e fluoretação da água de abastecimento público. Bauru, 2005

[10] SESC/ DN. Núcleo de Odontologia. Promoção de Saúde Bucal. Rio de Janeiro, 2000.

[11] RAMIRES, Irene; BULAZAF, Marília A. R. – Manual: Flúor e fluoretação da água de abastecimento público.Bauru, 2005.

[12] Idem.

[13] Informações extraídas do folheto Doença da Gengiva, nº 5 da Série Odontologia Sesc, elaborada pelo Departamento Regional em Alagoas, sob supervisão do Núcleo de Odontologia do Departamento Nacional do Sesc e revisão do Prof. Rui Oppermann.

CAPÍTULO V

ENTRANDO EM AÇÃO:
SOBRE ALGUMAS ESTRATÉGIAS POSSÍVEIS

"Viver é afinar o instrumento de dentro
pra fora de fora pra dentro."
Walter Franco

O fazer pedagógico desta proposta é planejado de forma a combinar os conteúdos e temas com a integração e a interação grupal através da espontaneidade e da participação junto com a reflexão e a vivência de oficinas.

Nossa opção metodológica está baseada na participação real e na problematização, buscando a aprendizagem a partir do confronto com situações reais no contexto de vida das pessoas e grupos. Na busca do conhecimento de sua situação de vida e na discussão visando ao encontro de soluções viáveis, os técnicos e a clientela estarão aprendendo e decidindo o encaminhamento das ações.

Não podemos perder de vista que, além de veicularem informações científicas atualizadas sobre saúde, os temas das ações educativas deverão refletir necessidades, sentimentos e interesses da clientela. Assim, serão definidos após uma observação e discussão prévias com a população-alvo, contextualizada dentro de sua cultura, costumes familiares e sociais, estrato econômico e político.

Faremos a descrição de algumas possibilidades de atuação voltadas para diferentes segmentos da clientela e comunidade em geral, propondo algumas abordagens metodológicas que permitam aos participantes identificar problemas, levantar hipóteses, reunir dados, refletir sobre situações, descobrir e desenvolver soluções comprometidas com a promoção e a proteção da saúde pessoal e coletiva, favorecendo a aplicação dos conhecimentos construídos.

Mas, apesar do estilo passo-a-passo, os caminhos aqui apontados não são receitas fechadas e, sim, possibilidades que se abrem à permanente reinvenção. Examine-as com espírito crítico e criativo, dinamizando sua aplicação a partir dos desafios propostos pela prática cotidiana.

5.1 Sugestões de dinâmicas para operacionalização da oficina inicial com a clientela da clínica odontológica

5.1.1 Preparação e aquecimento

1º momento

Dinâmica de apresentação (30 min.)

Distribuir os crachás para os participantes, que deverão escrever o seu nome da forma como gostam de ser chamados. No verso do crachá, deverão escrever uma palavra que simbolize suas expectativas em relação ao tratamento na Clínica Odontológica. Em seguida, cada um fará sua apresentação individual, falando seu nome e esclarecendo suas expectativas.

Os coordenadores deverão ir listando em flip-chart ou painel as expectativas apresentadas pelos participantes, procurando registrá-las adotando a mesma linguagem e expressões usadas pela clientela.

2º momento:

Apresentação da proposta de trabalho (20 min.)

Neste momento, os coordenadores farão também a sua apresentação, procedendo ainda a uma caracterização geral da equipe de saúde bucal e as características do tratamento a ser oferecido, estabelecendo relações entre as expectativas apresentadas pelo grupo e as possibilidades de intervenção da Clínica Odontológica do SESC. É também o momento para esclarecer as dúvidas que surgirem.

Essas expectativas levantadas irão orientar, ainda, a introdução da proposta de trabalho desse primeiro encontro, chamando atenção para seu caráter de diálogo e troca de informações, na perspectiva de estabelecimento, em conjunto, das prioridades e metas do processo de atenção à saúde bucal que se inicia.

É a hora de marcar que esse é um processo que exige co-participação (cliente/equipe de saúde) para o alcance dos resultados relacionados à conquista da saúde bucal, e que é esse o compromisso que se firma a partir do encontro.

5.1.2 Desenvolvimento

Proposta 1:

Mapa falante (60 min.)

Consiste basicamente numa representação gráfica, elaborada coletivamente a partir de um tema que se pretenda trabalhar, ilustrando fenômenos ou dinâmicas associadas ao processo saúde–doença bucal.

É, essencialmente, um "mapa que fala", ou seja, às representações gráficas se associam dados e representações sociais, fornecendo elementos básicos para configuração e análise dos problemas e necessidades da clientela com relação à saúde bucal.

Esta metodologia permite um trabalho integrado técnico-clientela, possibilitando a socialização de conhecimentos e a participação reflexiva na objetivação e dimensiona-mento das demandas, bem como na análise dos fatores que influenciam na determinação dos problemas identificados.

Fornece, ainda, elementos básicos para a definição dos conteúdos e elaboração dos materiais educativos necessários ao desenvolvimento da programação voltada para a temática da saúde bucal.

a) Materiais:

- Papéis pardos (para formar os mapas/painéis);
- Papéis brancos cortados em tamanho 10 cm x 10 cm;
- Pilots;
- Lápis de cor;
- Tesouras;
- Fita adesiva;

b) Descrição:

Um ponto de partida que pode ser adotado é investigar se no grupo há pessoas que moram próximos umas das outras. Se houver, este será o critério para formação de subgrupos (um outro critério pode ser o local de trabalho, por exemplo).

A tarefa de cada subgrupo será elaborar um mapa de seu bairro (ou conjunto de bairros próximos), evidenciando as condições desse lugar e os fatores que influenciam positiva ou negativamente o processo saúde–doença bucal (seja nas suas casas, nas escolas, nos locais de trabalho, nos espaços de circulação da comunidade).

Para auxiliar no cumprimento dessa tarefa, o coordenador deverá fazer o levantamento do que o grupo, como um todo, acha que deve ser representado neste mapa para torná-lo completo quanto aos determinantes da saúde de uma comunidade, em especial a saúde bucal. Estimular que a representação gráfica reflita aquilo que o grupo vivencia e/ou já ouviu de sua família e vizinhança a respeito de seu morar, trabalhar, lazer, sua saúde e sua doença.

De forma prévia à dedicação dos elementos do subgrupo ao cumprimento dessa tarefa, o coordenador deverá solicitar que cada pessoa desenhe numa folha pequena (10 cm x 10 cm) sua casa, os membros da família (ou os elementos representativos dessa unidade familiar).

O coordenador pode combinar com o grupo os símbolos que serão usados para indicar a experiência anterior de cada um dos componentes do grupo familiar com relação à saúde bucal, integrando a representação de cada lar (aspectos como: se já fez algum tratamento odontológico anterior, número de dentes obturados e perdidos, presença de dor e/ou de sangramento gengival, queixa de mau hálito e outros aspectos da saúde bucal que o próprio grupo defina como relevante).

A montagem do mapa pode ser feita utilizando-se papéis com essas mesmas dimensões para o desenho dos locais que o grupo quer destacar na representação do seu bairro: escolas, hospitais, centros de saúde, igrejas, áreas de lazer, centros comunitários etc

Após a conclusão do mapa, cada subgrupo deverá apresentá-lo em plenária, colando-o na parede, de modo a formar um grande painel. O coordenador deverá estimular que o grupo evidencie os pontos de semelhança e de diferença quanto aos determinantes da saúde bucal representados nos mapas, contribuindo para a análise de suas causas.

Para auxiliar a discussão sobre a multicausalidade do processo saúde–doença bucal, um recurso possível é articular o que foi expresso pelos participantes aos dados de que o coordenador dispõe sobre a saúde bucal no município, considerando seus fatores determinantes (condutas associadas à saúde bucal; fatores ambientais, como condições de tratamento e fluoretação da água, infra-estrutura sanitária básica; fatores socioeconômicos e protetores como nível de renda, escolaridade; características de atenção à saúde como acessibilidade, qualidade e cobertura dos serviços ambientais, sociais e de saúde).

Conforme o andamento do grupo, o coordenador pode ir sistematizando as informações obtidas através da construção de esquemas que resumam os aspectos de determinação e interações entre biologia humana, meio ambiente, condições e estilos de vida (como o representado na figura 3).

É uma boa oportunidade também para fazer uma abordagem dos fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos e que tenham se revelado significativos para o grupo.

A evidência desses fatores de risco no grupo, a partir do relato de seus membros, poderá orientar a definição da programação de ações educativas que se voltem para a prevenção desses agravos e o reforço das medidas de proteção à saúde.

Proposta 2:

Iniciando com um cartaz (60 min.)

Essa é uma outra possibilidade para iniciar a problematização da temática saúde bucal a partir de experiências, conhecimentos e valores que as pessoas trazem como resultado de suas vivências e histórias de vida.

Permite ainda conhecer o que, no cotidiano da clientela, interfere positiva ou negativamente na manutenção da saúde bucal.

a) Materiais:

- 2 folhas de papel 40g ou papel pardo;
- Pilots de cores diferentes;
- Fita adesiva;

b) Descrição:

O coordenador inicia o grupo afixando dois painéis em branco na parede, destinados a registrar de um lado o que os participantes sabem sobre o que contribui para a saúde bucal e, de outro, os fatores que prejudicam ou causam doença.

Ao fazer essa solicitação, deve estimular o grupo a se posicionar com base nas suas experiências pessoais, o conhecimento que tem a partir do que já leu ou estudou, suas vivências familiares, as informações recebidas de diferentes fontes, procurando registrar tudo o que os participantes indicam, da forma como eles falam.

Esse primeiro momento deve transcorrer sem crítica ou discussão. Tudo deve ser registrado. O coordenador deve procurar fazer questões que favoreçam a indicação do maior espectro de fatores, de modo a listar aspectos relacionados não só ao comportamento individual, mas também aqueles associados ao meio ambiente, às condições de vida, ao acesso aos serviços de saúde etc.

Concluída a listagem, o coordenador complementa as informações procurando destacar, a partir das próprias explicações dos participantes, o porquê dos fatores favoráveis indicados.

Em seguida, os participantes se dividem em grupos de até cinco ou seis pessoas com a tarefa de classificar, por ordem de importância, as listas de pontos positivos e negativos. Após essa classificação

irão discutir que mudanças no modo de vida são mais importantes para obter saúde bucal, assim como quais outras mudanças são necessárias, relacionando o que dificulta e o que favorece que elas aconteçam ou tenham sua viabilidade construída coletivamente. Cada grupo deve escolher um relator, que ficará encarregado de anotar as respostas do grupo.

Passa-se à plenária, em que os relatores apresentarão a conclusão de cada subgrupo, cabendo ao coordenador destacar semelhanças e discordâncias e buscando identificar e definir com o grupo o encaminhamento de atividades que se encontram no espectro de possibilidades de intervenção da clínica odontológica do SESC (incluindo a definição dos conteúdos temáticos que constituirão a programação educativa, a fim de instrumentalizar os participantes para a adoção das medidas individuais e coletivas assinaladas).

Proposta 3:
Verdades e mitos (60 min.)

As pessoas constroem seus conhecimentos acerca da saúde bucal a partir de suas vivências familiares, suas experiências anteriores de tratamento, das possibilidades conformadas por suas condições de vida e de acesso aos equipamentos sociais e de saúde etc. – tudo isso vai contribuindo para formação de conhecimentos, construção de valores, posicionamentos mais ou menos pró-ativos em relação a sua própria saúde.

Essa é uma dinâmica que permite conhecer o perfil da clientela, discutindo esses diferentes aspectos relacionados à saúde bucal.

a) Material:
- Cartões com frases (verdades e mitos) sobre saúde bucal;
- Papel pardo, ou papel 40g, ou cartolina (5 a 6 folhas);
- Fita adesiva;
- Tesoura;
- Pilots;
- Revistas ou gravuras (para montagem dos painéis);

b) Descrição:

O coordenador entrega cartões a cada participante, contendo frases em relação a verdades e mitos quanto à saúde bucal (preferencialmente devem ser usadas frases que a equipe já ouviu de sua clientela e que representam esse universo de conceitos e valores).

Exemplos de frases:
- A cárie é um furo no dente causado por um microorganismo.
- O flúor é uma forma de proteger os dentes.
- Não há problema em comer balas e doces, desde que se escove os dentes em seguida.
- Quando usamos o fio dental, é natural que haja sangramento gengival.
- A presença de flúor na água de abastecimento é uma grande aliada na promoção da saúde bucal.
- A gravidez enfraquece os dentes e os faz cair.
- As escolas não têm que se ocupar de programas de saúde bucal para os alunos.
- Uma boa forma de resolver a dor de dente é mascar cravo.
- Não há como identificar a placa bacteriana “a olho nu”.
- Devemos usar fio dental para retirar os restos de alimento que ficam entre os dentes.
- O dentista é o principal responsável pelo sucesso do tratamento odontológico.

O coordenador pode preparar tantas frases quantos forem os participantes ou optar por 10 frases que se repitam duas ou três vezes (conforme o número total de participantes), orientando as pessoas que receberam cartões com as mesmas frases para se agruparem.

Ao receber o seu cartão, cada pessoa deve fixá-lo num quadro, dividido em dois espaços: falso ou verdadeiro (no caso da formação de subgrupos, o coordenador deve orientar as pessoas discutirem e chegarem a um consenso sobre a categoria em que deve ser posicionada a frase).

Após essa etapa, o coordenador pede que cada pessoa (ou subgrupo) leia e comente o que achou de sua frase, abrindo-se em seguida o debate para o esclarecimento de dúvidas.

O coordenador deve estar atento para criar um clima de respeito e confiança, evitando comentários que denotem um julgamento de valor, e procurando entender a lógica que faz com que as pessoas optem por uma classificação ou por outra (valores familiares, concepções equivocadas, experiências anteriores de tratamento etc.), de forma a contribuir para a elucidação das temáticas. Suas ponderações deverão ser no sentido de reforçar os comentários do próprio grupo que esclarecem o que está sendo debatido, assim como acrescentar informações que possam trazer esses esclarecimentos.

O passo seguinte é formar subgrupos de até cinco ou seis pessoas para que discutam e elaborem uma representação gráfica com aquilo que no seu dia-a-dia contribui ou dificulta a manutenção da saúde bucal (considerando medidas individuais e coletivas).

Em plenária, esses painéis devem ser debatidos com a perspectiva de definir a programação das atividades educativas e informar a respeito das características e condições do tratamento na clínica odontológica do SESC.

5.1.3 Fechamento (10 min)

Considerando que as dinâmicas propostas para essa atividade já fornecem, em si, um retorno para o coordenador sobre as necessidades educativas do grupo, trata-se de, no fechamento, firmar compromissos com os participantes a respeito da continuidade das sessões para atender tais demandas.

Contudo, é importante obter a opinião do grupo acerca do desenvolvimento da atividade, de acordo com os objetivos propostos e as expectativas levantadas no início do trabalho.

Assim, propomos a seguinte dinâmica:

a) Material:

- Pilots;
- Cartaz em papel manilha ou cartolina:

ITENS			
Infra-estrutura do local			
Grupo			
Conteúdo			
Coordenação			
Assessoria			
Animação			
Metodologia/dinâmica			

b) Descrição:

Com o hidrocor, cada participante vai até o cartaz e marca um "X" em cada item, orientando-se pelas carinhas, expressando sua avaliação sobre o encontro.

Em plenária, observa-se cada item; que tipo de carinha cada item ganhou mais.

Abre-se, então, para os comentários.

O coordenador deve anotar em um flip-chart, quadro ou painel os principais pontos da discussão, enfatizando lacunas a serem superadas e possíveis desdobramentos do trabalho.

Ao final desse primeiro encontro as pessoas podem sair levando o folheto 20 perguntas que você faria ao seu dentista, como forma de reforço a alguns dos conteúdos tratados na atividade desenvolvida.

5.2 Propostas de oficinas com temáticas associadas à prevenção do processo saúde–doença cárie

5.2.1 Usando experiências e modelos anatômicos

Uma forma possível de trabalhar o tema com a clientela infantil é a realização de experiências que possibilitam a verificação dos processos fisiológicos envolvidos na determinação da doença cárie, auxiliando na compreensão desses determinantes e, assim, conferindo sentido às medidas de prevenção recomendadas.

Traz a vantagem de ser uma metodologia de fácil aplicação também no cotidiano da escola, favorecendo o desenvolvimento de atividades que se insiram na proposta curricular de trabalho sistemático e contínuo de formação de habilidades e construção de conhecimentos para agir positivamente sobre os fatores que condicionam a saúde.

Chamamos a atenção para a importância de que as experiências sejam feitas antecipada-mente pelos técnicos que irão coordená-las, de forma que eles possam vivenciar a metodologia utilizada antes da realização com a clientela, a fim de garantir sua execução de forma satisfatória.

Ressaltamos, ainda, a necessidade de se providenciar em tempo hábil o material a ser utilizado nas experiências, em número e condições compatíveis com o planejamento realizado.

As dinâmicas e experiências que propomos possibilitam abordar conteúdos relaciona-dos ao processo saúde–doença cárie, trabalhando conceitos que contribuam para que as crianças saibam identificar a presença de placa bacteriana na superfície dos dentes, compreendam os objetivos da remoção da placa e desenvolvam habilidades para garantir a deplacagem. São experiências que podem ser realizadas com grupos de crianças a partir de 6 anos de idade. A complexidade da abordagem dos conteúdos a elas associados é que vai variar conforme o nível de escolaridade e de conhecimento dos participantes.

Proposta 1 :

Placa bacteriana e atividade de cárie

A) Preparação e aquecimento (10 min.)

Opção 1: OS MACAQUINHOS (10 min.)

O coordenador convida o grupo para um jogo muito sério. Todos que concordarem devem ficar em pé, num círculo. A seguir, o coordenador começa o jogo, dizendo "eu sou um(a) macaquinho(a) e não quero ficar no meio desta roda. Vou escolher um de vocês para me substituir. Vou chegar bem perto e fazer muita careta até você sorrir... Aí eu vou pro seu lugar na roda. Se você não rir apesar das minhas caretas, eu vou procurar outro macaco(a) até encontrar aquele que vai rir muito!..." O jogo continua até o momento em que todos estejam dando risadas e após a troca de quantos macacos(as) forem necessários para animar o grupo.

Opção 2: MEU NOME EM MOVIMENTO (10 min.)

Se o grupo não se conhece, é importante que os participantes tenham oportunidade de se apresentar. Então, é melhor começar por uma dinâmica que possibilite essa primeira aproximação. Uma proposta

possível é pedir que todos fiquem de pé, em círculo e cada um diga seu nome fazendo algum movimento com o corpo (piruetas, rodopios, pulos, danças, o que quiser!), até que todos tenham se apresentado.

B) Desenvolvimento (60 min.)

Dinâmica Inicial: "Teste da língua" (30 min.)

a) Objetivo:

Desenvolver autonomia para identificação da placa bacteriana e adoção dos métodos adequados de deplacagem, compreendendo os objetivos da remoção da placa.

b) Materiais:

• Escovas de dente em quantidade suficiente para todas as crianças participantes (pode-se pedir para que elas compareçam à atividade levando a sua própria escova).

• Espelhos (de bolsa, de preferência com cabo) em quantidade correspondente a, pelo menos, metade dos participantes.

c) Descrição:

Mantém-se a formação em círculo, mas agora as crianças devem ser convidadas a sentar.

O coordenador deverá explicar que este é um encontro para fazer experiências que vão demonstrar os fatores e mecanismos que estão envolvidos na determinação da cárie, nos ajudando a entender o que podemos fazer para cuidar da nossa saúde bucal e evitar essa doença.

Para iniciar a reflexão acerca do tema e conhecer o que as crianças sabem a respeito e como esse conhecimento se aplica no dia-a-dia, o coordenador poderá começar fazendo perguntas às crianças, tais como:

• O que vocês fazem para cuidar da saúde dos seus dentes?
• Vocês costumam escovar os dentes?
• Quando vocês escovam?
• Por que escovam?
• Vocês usam fio dental?
• Quando?
• Por quê?

É importante ir anotando as respostas – tantas quantas surgirem, sem crítica – em um flip-chart (ou quadro de giz/quadro branco, ou painel) para poder, depois, ir fazendo associações com os conteúdos que serão trabalhados e também para que as próprias crianças possam compará-las com as respostas dadas ao final da oficina.

A partir das respostas dadas, o coordenador poderá introduzir a atividade seguinte. Se as crianças já tiverem demonstrado conhecer algo sobre placa bacteriana, esse será o "gancho" para fazer a proposta de fazer um "teste" que nos ajuda a reconhecer a placa.

Outra forma de começar pode ser :

"Vamos fazer uma experiência para saber o que fazemos quando escovamos os dentes? Alguém aqui já fez o 'teste da língua'?! O primeiro passo é o seguinte: peguem suas escovas de dente e escovem somente os dentes do lado esquerdo da boca e apenas os dentes de cima. Escovem até acharem que eles já estão bem limpos" (o ideal é fazer essa atividade em um local onde haja um escovódromo, mas, se isso não for possível, providencie copos descartáveis para cada criança, a fim de que elas possam cuspir se precisarem).

"Agora, vamos fazer o 'teste da língua'. Alguém sabe como é? O 'teste da língua' a gente faz passando a língua por todos os nossos dentes, começando pela parte que a gente não escovou até chegar aos dentes que estão escovados" (é importante que o próprio coordenador demonstre como fazer).

"Vocês percebem alguma diferença?" O coordenador deverá ir anotando os comentários das crianças a respeito das sensações que experimentaram ao fazer o "teste da língua", classificando-as em duas colunas: 1) dentes limpos; 2) dentes sem escovação.

Após compor esse quadro, o coordenador deverá fazer as associações entre os depoimentos das crianças e os conteúdos relativos à placa bacteriana, no que diz respeito a sua formação e consistência.

O objetivo aqui é esclarecer que aquilo que puderam perceber pelo "teste da língua" é a presença de placa bacteriana, que tem esse nome por ser formada por grupos de bactérias que aderem aos dentes, concentrando-se principalmente naquelas partes onde é mais difícil chegar a escova. Deve-se estimular, também, a identificação visual da placa, por meio da observação com os espelhos.

É importante ouvir as hipóteses das crianças sobre o que elas acham que forma a placa bacteriana para, então, poder estabelecer correlações e esclarecer a influência da alimentação na determinação da acidez bucal e aceleração da formação da placa, favorecendo o processo de desmineralização da superfície dental e conseqüentemente o surgimento da cárie.

Concluindo a dinâmica, o coordenador poderá perguntar às crianças, então, para que escovamos os dentes, certificando-se de que tenha favorecido a compreensão de que o objetivo da escovação é a retirada da placa.

Com o auxílio de macromodelos poderá introduzir a importância do uso do fio dental para melhor limpeza/deplacagem, por possibilitar atingir todas as faces do dente. É importante que as próprias crianças demonstrem a escovação no macromodelo bem como o uso do fio dental. (Lembrar que crianças pequenas ainda estão desenvolvendo habilidades motoras necessárias ao uso correto do fio dental e que, assim, precisam do auxílio dos pais ou responsáveis).

Para esclarecer a relação entre padrão de alimentação, formação da placa e determinação da cárie, o coordenador pode lançar mão da seguinte experiência:

Experiência:

Processo de transformação de açúcar em ácidos (30 min.)

a) Objetivo:

Exemplificar o processo de transformação do açúcar em ácido dentro e fora do meio bucal.

b) Materiais:

- Papel indicador de pH – encontrado em casas especializadas em material para laboratório;
- Dois copos plásticos transparentes com solução de SACAROSE (açúcar branco comum diluído em água);
- Escala cromática para identificação do pH;
- Uma colher;
- Copos descartáveis - 50 ml (de cafezinho) para coleta de saliva.

c) Descrição:

Para realização dessa experiência o melhor é que sejam formados subgrupos com até oito participantes cada um, a fim de que as crianças possam observar e participar melhor da atividade. Será, portanto, necessário que o coordenador conte com a presença de outros facilitadores ou monitores.

Os coordenadores/facilitadores deverão explicar para o seu subgrupo que vão fazer uma experiência que demonstra como os alimentos açucarados se transformam em ácido no meio bucal.

Deverão apresentar os materiais que serão usados, explanando que os indicadores de pH serão colocados nas soluções com as quais vamos trabalhar e que a escala cromática serve para que possamos verificar, fazendo comparação com a cor presente no indicador de pH, o grau de acidez daquelas soluções.

O primeiro copo com solução de sacarose deverá ser reservado, esclarecendo aos participantes que ele será usado ao final da experiência para fazer uma comparação.

Em seguida, devem solicitar um voluntário, explicando que para fazer a experiência será necessário coletar a saliva de um dos participantes. A saliva deverá ser coletada no copo descartável denominado COPO CSSS (Copo de Saliva Sem Sacarose).

Continuando a experiência, deve-se pedir ao mesmo voluntário que faça um bochecho com a solução de sacarose e, em um segundo copo descartável, denominado COPO CSCS (Copo de Saliva Com Sacarose), deverá ser coletada a saliva do participante, após o bochecho com a solução de sacarose.

Será necessário aguardar de cinco a doze minutos para que seja possível detectar as mudanças de pH ocorridas nas substâncias coletadas. Nesse período, os coordenadores podem fazer uma retrospectiva

do passo-a-passo da experiência e levantar as hipóteses das crianças acerca do que pensam que vai acontecer com cada uma das substâncias: a solução de sacarose, a saliva sem sacarose e a saliva com sacarose.

Passado o período necessário, os coordenadores deverão pedir para que três crianças do seu subgrupo (incluindo aquele que foi voluntário para coleta da saliva) insiram papel-teste nas diferentes substâncias, detectando o pH da solução de sacarose e das salivas dos copos (CSSS e CSCS) a partir da comparação das colorações apresentadas com a escala cromática. Deverão apresentar-se respectivamente neutra, neutra e ácida. É importante se certificar de que todos os participantes tenham tido oportunidade de fazer a verificação.

Nesse momento, as crianças poderão voltar a sua formação inicial e, no grande círculo, um participante de cada subgrupo poderá contar o que aconteceu na sua experiência. Esse relato deverá ser registrado em um flip-chart (ou quadro de giz/quadro branco, ou painel), iniciando o debate sobre as hipóteses das crianças a respeito das relações existentes entre o que comemos e a aceleração do processo de formação da placa bacteriana.

Os coordenadores deverão ir acrescentando às conclusões das crianças as informações necessárias à compreensão desse processo de determinação da cárie e que medidas podem ser tomadas para manter o equilíbrio do meio bucal.

Nessa conclusão, é importante que fique claro para as crianças a associação entre açúcar e cárie, entendendo que consumir freqüentemente alimentos adoçados faz com que se forme mais placa bacteriana e ainda por cima com bactérias que produzem mais ácido, conseqüentemente aumentando a capacidade de provocar cáries. Essa placa bacteriana será muito pegajosa e por isso mais difícil de ser removida durante a escovação. É em função disso que o açúcar deve ser ingerido numa freqüência cada vez menor, não esquecendo de escovar os dentes após a ingestão desse tipo de alimento.

C) Fechamento (20 min.)

A fim de verificar a compreensão dos conhecimentos trabalhados, o coordenador pode voltar a fazer as mesmas perguntas que fez no início da oficina, formando um novo painel.

Esse procedimento possibilitará verificar o aprendizado dos participantes, inclusive pela comparação com as respostas dadas no início da oficina, apontando os possíveis aspectos que ainda precisam ser trabalhados para favorecer a compreensão das crianças a respeito do processo de determinação da cárie.

Para finalizar, se a hora for propícia, as crianças podem ser convidadas a experimentar um lanche saudável com cardápio não-cariogênico (salada de frutas, sucos naturais, queijinhos tipo polenguinho). E, é claro, seguindo-se com um momento para escovação dos dentes!

Proposta 2 :

Desequilíbrio do processo des-remineralização, flúor e atividade de cárie

Esta é uma oficina que pode ser realizada de forma seqüencial à proposta anterior, integrando uma programação sistemática[1] voltada para a saúde bucal, uma vez que possibilita a progressão associativa dos conteúdos relacionados ao processo saúde–doença cárie.

A) Preparação e aquecimento (10 min.)

Opção 1: ENERGIA POSITIVA (10 min.)

Os participantes, em uma área delimitada da sala, andarão de olhos fechados, e a cada vez que esbarrarem em alguém, abrirão os olhos e o cumprimentarão da forma como quiserem. Após alguns encontros, o coordenador solicitará que todos abram seus olhos e formem um círculo, dando-se as mãos. A mão direita de cada um fica por cima da mão esquerda do companheiro ao lado. O coordenador deverá explicar que a mão direita estará transmitindo energia para o colega ao lado, enquanto a esquerda estará recebendo. Ao seu comando todos deverão desejar “Bom dia” (“Boa tarde”/“Boa noite”) em voz alta, sacudindo as mãos, como numa simulação de transmissão de energia para o outro.

Opção 2: NEM O MEU, NEM O SEU, O NOSSO (10 min.)

Grupo de pé, espalhado pela sala. Música. Pedir que todos se movimentem pela sala de acordo com a música. Explorar os movimentos do corpo. Parar a música. Solicitar que formem dupla com a pessoa mais próxima e que, de braços dados, continuem a se movimentar no ritmo, procurando um passo comum, quando a música recomeçar. Após um tempo, formar quartetos e, assim, sucessivamente, até que todo o grupo esteja se movimentando junto, no mesmo passo. Pedir que se espalhem novamente pela sala, parando num lugar e fechando os olhos. Respirar lentamente até acalmar-se. Abrir os olhos, sentar em círculo.

B) Desenvolvimento (50 min.)

Experiência: Processo de desmineralização do dente e ação do flúor

a) Objetivos:

•Demonstrar o processo de desmineralização do dente quando submetido a um meio ácido.

• Favorecer a compreensão acerca da ação do flúor na superfície dentária.

b) Materiais:

• 2 (dois) ovos cozidos (tipo caipira – marrom);
• Creme dental com flúor;
• 50 ml de ácido muriático para meio copo de água;
• 1 (um) copo de vidro branco transparente;
• 1 (uma) colher de sopa;
• 1 (um) copo descartável - 50 ml (de cafezinho);
• 1 (uma) caneta pilot para retroprojetor (na cor preta);
• Luvas descartáveis (para se proteger com relação ao ácido muriático);
• 1 sonda.

c) Etapa preliminar:

Para realização dessa experiência, será necessário preparar os ovos com antecedência. Os dois devem ser cozidos com 24 horas de antecedência. Um deles deverá ser reservado e o outro preparado da seguinte forma:

• Delimitar o ovo, com caneta pilot para retroprojetor, dividindo-o em duas áreas distintas: Área F – área que ficará em contato com o creme dental fluoretado e Área SF – área sem contato com o creme dental fluoretado.

• Colocar creme dental com flúor até a metade do copo descartável e inserir o ovo de forma que a área F fique em contato com o conteúdo desse pelo período de vinte e quatro horas.

Lembramos que para realização dessa experiência o melhor é que sejam formados subgrupos com até oito participantes cada um, a fim de que as crianças possam observar e participar melhor da atividade. Dessa forma, será preciso preparar tantos ovos quantos forem necessários para o número de experiências que serão realizadas simultaneamente. Assim como será necessário reservar os demais materiais em quantidade suficiente.

d) Descrição:

Se a oficina estiver ocorrendo em seguimento à abordagem de conteúdo feita na proposta 1 (formação da placa bacteriana), o coordenador pode iniciar essa atividade indagando aos participantes o que lembram a respeito da relação entre placa bacteriana e processo de cárie. Pode perguntar, ainda, se há alguém no grupo que tenha modificado algum hábito de alimentação ou autocuidado ou que tenha tentado fazer essa modificação e não tenha conseguido, procurando saber dos participantes o que contribui e o que dificulta essas mudanças necessárias para a prevenção da cárie e a conquista de uma melhor saúde bucal. (É importante sempre registrar as respostas do grupo em um local em que todos possam visualizar as respostas, a fim de que essas informações possam ser trabalhadas ao longo da oficina, assim como subsidiem o planejamento de ações que se façam necessárias para o desenvolvimento da autonomia do grupo com relação às medidas que favorecem a saúde bucal)

Em seguida, o coordenador deverá explicar aos participantes que eles irão participar de mais uma experiência que contribui para a compreensão dos fatores que determinam o processo saúde–doença cárie. Dessa vez, será demonstrado, de um lado, como a acidez do meio bucal age no processo de desmineralização do dente e, de outro, como o flúor protege os dentes interferindo nesse processo.

Convidar, então, os participantes a se organizarem em subgrupos a fim de que possam compartilhar melhor a experiência.

Cada coordenador/facilitador deverá apresentar ao seu subgrupo os materiais que serão usados na realização da experiência, explicando que o ovo foi escolhido porque a composição da casca guarda semelhanças com o esmalte dos dentes, tornando possível exemplificar o processo de desmineralização desencadeado pela presença de acidez no meio bucal, resultante da associação da placa bacteriana + alimentação + saliva (acidez representada, na experiência, pelo ácido muriático diluído em água). Esclarecer que um dos ovos foi submetido previamente à ação do flúor e será possível, então, verificar como essa região "fluoretada" se comporta na presença de substância ácida e se há alguma diferença em relação àquela que não teve contato com o flúor.

A primeira etapa da experiência exemplifica as perdas minerais. O coordenador/facilitador deverá pegar o ovo que não foi submetido à ação prévia do creme dental fluoretado e mergulhá-lo no copo contendo ácido. A reação imediata é a formação de bolhas. O coordenador deverá perguntar às crianças o que estão observando que está acontecendo e, diante da resposta, explicar que a liberação das bolhas caracteriza a desmineralização da casca do ovo, e que processo similar ocorre na superfície do dente.

Após a formação das bolhas, o coordenador deverá retirar o ovo 1 da solução ácida, lavar, secar com papel toalha e propor ao subgrupo que verifique as alterações ocorridas em sua superfície, sempre registrando as respostas das crianças, em local visível.

Nessa etapa, o ovo 1 irá se apresentar poroso, friável e esbranquiçado. É importante perguntar às crianças e deixar que elas próprias identifiquem essas alterações e respondam o que estão observando. A partir de questões dirigidas ao grupo, o coordenador poderá favorecer que os participantes estabeleçam relações de semelhança entre o processo observado e o que ocorre no dente quando submetido ao meio ácido (placa bacteriana + alimentação + saliva) de forma desequilibrada, caracterizando a perda de minerais do esmalte.

Poderá esclarecer, assim, que esse processo é resultante de inúmeras exposições do dente à presença da placa bacteriana, ausência de flúor e freqüência desordenada de ingestão de alimentos, principalmente aqueles que contêm açúcar (e, no caso de o grupo ter participado da oficina sobre placa bacteriana, poderá estimular os participantes a fazerem associações com o conteúdo trabalhado naquela oportunidade).

A seqüência da experiência diz respeito à exemplificação da ação do flúor. O coordenador deverá mergulhar o ovo 2 (que foi submetido à ação prévia do creme dental fluoretado) no copo com a solução ácida, convidando os participantes a observarem e compararem a liberação de bolhas nas áreas delimitadas, verificando se há diferença entre a área F (com flúor) e SF (sem flúor). Anotar as respostas dos participantes, confirmando a ocorrência mais acentuada de liberação de bolhas na área SF.

Após essa etapa, retirar o ovo 2 da solução ácida, lavar, secar com papel toalha e verificar as alterações ocorridas em sua superfície. Para tal, poderá lançar mão do auxílio de uma sonda, convidando as crianças a "espetarem" as duas regiões do ovo 2, verificando as diferenças entre elas. A área SF estará mais porosa, friável e esbranquiçada quando comparada com a área F, caracterizando a efetiva ação do flúor na superfície mineralizada.

As crianças deverão ser convidadas, então, a estabelecer relações com a ação do flúor nos dentes, concluindo sobre a importância do uso do creme dental fluoretado e da presença constante do flúor na superfície dos dentes.

Nesse momento, as crianças poderão voltar a sua formação inicial e, no grande círculo, um participante de cada subgrupo poderá contar o que aconteceu na sua experiência. Esse relato deverá ser registrado em um flip-chart (ou quadro de giz/quadro branco, ou painel), iniciando o debate sobre as hipóteses das

crianças a respeito das relações existentes entre a freqüência de ingestão de alimentos e o processo de desmineralização/remineralização dos dentes, bem como a influência da presença do flúor nesse processo.

O coordenador poderá acrescentar às conclusões das crianças informações acerca da presença ou ausência de flúor na água de abastecimento público da região, fazendo considerações sobre os efeitos disso para a saúde bucal.

Poderá estimular, também, as crianças a falarem sobre suas experiências de visita ao dentista e de aplicação de flúor, criando oportunidade para esclarecimentos que se façam necessários.

c) Fechamento (40 min.)

A fim de verificar a compreensão dos conhecimentos trabalhados, o coordenador pode convidar os participantes a formarem cinco subgrupos com a tarefa de elaborar uma matéria de reportagem (seja de jornal, revista, rádio, tv), abordando as dinâmicas e conteúdos trabalhados na oficina. Deve-se estimular as crianças a decidirem em que formato vão apresentar esse conteúdo: um programa de entrevista, uma página de jornal, um telejornal, um programa de rádio etc. Os coordenadores dos subgrupos deverão facilitar esse processo, aproveitando o momento para esclarecer dúvidas com relação aos conteúdos trabalhados. A previsão de tempo é de quinze minutos para elaboração em subgrupos e de até cinco minutos para cada apresentação.

Para realização dessa atividade, será necessário disponibilizar materiais como: papel pardo ou papel manilha ou papel 40g, revistas, sucata, pincéis atômicos, tesoura, cola, modelos anatômicos (kit macrodiz) etc.

5.2.2 Trabalhando com figuras

Essa proposta de dinâmica é mais apropriada para a clientela adulta, podendo também ser usada com adolescentes.

Tem como principal objetivo desenvolver autonomia para o controle dos fatores de desequilíbrio envolvidos na determinação do processo saúde–doença cárie.

A) Preparação e aquecimento

Tema: "SENTINDO E CONVERSANDO COM O MEU CORPO" (15 min.)

Entendendo a necessidade de consolidar a saúde bucal como um valor de autocuidado, uma boa forma de iniciar a oficina é propondo uma dinâmica de relaxamento que visa aprofundar a vivência sobre o próprio corpo, sensibilizando para a saúde como bem-estar.

Se possível, o coordenador deverá convidar o grupo a se espalhar pela sala, deitando-se, de forma a relaxar todo o corpo no chão, enquanto ouve uma música suave ao fundo. A condução do relaxamento deve ser feita em voz calma, pedindo que os participantes respirem puxando o ar pelo nariz e soltando pela boca, enquanto vão procurando sentir cada parte do corpo conforme vai sendo nomeada pelo coordenador. Orientar para que os participantes identifiquem as partes do corpo de que gostam e de que não gostam, ou as regiões do corpo que apresentam alguma sensação desconfortável, e que concentrem seu pensamento nessas partes, conduzindo energia/pensamento positivo ao puxar o ar e jogando fora a sensação desagradável ao expelir o ar. Após passar por todas as regiões do corpo, sugerir aos participantes começarem a movimentar-se lentamente, até se espreguiçarem. Abrir os olhos, levantar e sentar-se em círculo para comentar:

- Como estão se sentindo?
- Qual o sentimento mais forte durante a dinâmica?
- O que lhes chamou a atenção?
- Que relações estabelecem com as experiências individuais e coletivas de cuidado com a saúde?

O coordenador deverá estimular a se expressarem as pessoas se expressem livremente, enquanto vai anotando os comentários em um painel, flipchart ou quadro de giz para que todos possam visualizar com facilidade.

B) Desenvolvimento (40 min.)

A partir dos comentários feitos pelos participantes na dinâmica de aquecimento, o coordenador pode seguir estimulando o estabelecimento de relações entre o que disseram e os hábitos que possuem com relação à saúde bucal. A seguir, deve apresentar ao grupo uma série de figuras, solicitando que os participantes as posicionem em um painel que classifique de um lado o que contribui para a saúde bucal e, de outro, o que, pelo contrário, prejudica, determinando as doenças bucais, em especial a cárie.

Os comentários feitos pelos participantes, registrados em painel, vão orientar o encaminhamento de questões, pelo coordenador, que levem a conclusões sobre os fatores determinantes da cárie e medidas de prevenção correspondentes. É importante que as figuras contemplem fatores associados não só aos estilos de vida, mas também aos fatores ambientais e sociais, de forma a possibilitar discutir a multideterminação do processo de formação da cárie (figuras de escova de dente, fio dental, pessoas escovando os dentes, ambientes com infra-estrutura sanitária básica, ambientes insalubres, alimentos cariogênicos, alimentos saudáveis, diferentes ambientes de trabalho, serviços de saúde, escolas, creches etc.).

Poderá perguntar, por exemplo, por que escovamos os dentes, se acreditam que exista uma forma padrão para escovação, por que usamos fio dental, se sabem se a água de abastecimento público da região é fluoretada, se o ambiente de trabalho favorece a adoção das medidas necessárias à saúde bucal etc

Essas questões e as respostas a elas permitirão abordar os conceitos associados à placa bacteriana e à atividade da cárie, trabalhando as medidas de prevenção adequadas: freqüência de ingestão dos alimentos, adoção de alimentação não-cariogênica, freqüência de escovação, importância do flúor, acesso ao serviço de saúde etc.

Para dinamizar essa abordagem, o coordenador pode lançar mão da “dinâmica do laço”, em que solicita a dois ou três voluntários que desamarrem e amarrem de novo seus sapatos, enquanto o grupo observa de que forma dão o laço no calçado. Essa dinâmica possibilita evidenciar que o hábito, consolidado ao longo da vida, é diferente em sua técnica, para cada pessoa. Da mesma forma, a escovação não está condicionada a técnicas específicas, mas à forma como cada pessoa consegue realizar a deplacagem de forma eficaz.

A partir daí, pode-se discutir com o grupo formas de identificar a placa tátil e visualmente, a fim de alcançar uma deplacagem eficaz. Se houver um ambiente propício para isso, pode-se propor a dinâmica do “teste da língua” e estimular que as pessoas conversem com seus dentistas, ou com os Técnicos em Higiene Dentária (THD), na sala de prevenção, discutindo se estão alcançando um bom nível de deplacagem e o que podem fazer nos casos em que precisem melhorar.

Nesse momento o coordenador pode voltar ao painel inicial, verificando com o grupo se houve mudanças com relação à compreensão inicialmente demonstrada. Poderá, então, propor um novo painel em que as pessoas listem o que consideram que no seu dia-a-dia contribui para que tomem medidas individuais e coletivas de prevenção e o que, por outro lado, dificulta, discutindo no grupo como as pessoas lidam com essas questões e se as experiências de uns podem auxiliar os outros na solução de problemas identificados.

Se estiver trabalhando com um grupo de adultos, pode estimular a discussão sobre as mudanças que identificam na suas histórias de vida com relação aos aspectos de saúde bucal – tanto as mudanças positivas quanto as negativas, verificando se há possibilidade de ir alterando alguns fatores de autocuidado que foram se perdendo com o tempo ou se por outro lado, é possível reforçar aqueles que foram adquiridos com a experiência.

C) Fechamento (30 min.)

Com o objetivo de avaliar a oficina e coletar informações importantes para futuras ações, pode-se aplicar o roteiro de avaliação que propomos a seguir.

Esclarecemos que esse modelo de formulário é apenas uma orientação sobre os tipos de questões que são úteis para uma avaliação. Dessa forma, pode ser reformulado tanto para essa atividade como pode

ser adaptado a diferentes situações, de acordo com a natureza do grupo, o tipo de oficina/atividade que se está trabalhando e o tipo de informações que se gostaria de recolher.

O importante desta avaliação é obter reações e idéias que poderão ajudar a equipe a melhorar seus métodos de formação e os conteúdos das atividades. Se houver tempo, após a devolução dos roteiros preenchidos pelos participantes pode-se pedir que caminhem pela sala e digam uma palavra ou frase que sintetize a atividade.

Ao final dessa oficina, poderá ser oferecido aos participantes o folheto Orientações para saúde bucal de quem tem 12 anos em diante como forma de reforçar os conteúdos trabalhados.

MODELO DE FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO[2]

Por favor, escreva seus comentários abaixo, para nos ajudar a descobrir o quanto esta atividade foi útil e como devemos prosseguir com este tipo de trabalho.
Obrigado.

1. O que você achou mais útil na oficina?

_____

_____

2. O que você achou menos útil na oficina?

_____

_____

3. Sobre o conteúdo da oficina (por favor marque a opção mais apropriada)

( ) Inútil ( ) Regular ( ) Muito útil

Comentários:

_____

_____

4. Sobre o estilo da oficina (por favor marque a opção mais apropriada)

( ) Inútil ( ) Regular ( ) Muito útil

Comentários:

_____

_____

5. O que você acha que aprendeu na oficina?

_____

_____

6. Como você vai utilizar, no seu cotidiano, o que aprendeu na oficina?

_____

_____

7. O que você acha que poderia impedir o uso do que você aprendeu?
(Inclua suas próprias atitudes e receios)

_____

_____

8. Como você gostaria de ver a sua vida, relacionando-a a esta aprendizagem, no futuro?

_____

_____

9. Outros comentários.

_____

_____

5.3 Exemplos de jogos para abordagem de diferentes temáticas[3]

O jogo está na origem do pensamento, da descoberta de si mesmo, da possibilidade de experimentar, de criar e de transformar o mundo. Dessa forma jogos e brincadeiras assumem uma função educativa, permitindo um trabalho pedagógico que possibilita a produção do conhecimento, num divertido exercício de ensinar brincando.

Nesta seção, damos alguns exemplos de jogos que têm como objetivos a informação e o desenvolvimento/fortalecimento da integração grupal.

5.3.1 Jogo da velha humano

a) Material:

- Cartolinas;
- Barbante;
- Papel contact transparente;
- Fita crepe;
- Perfurador de papel.

b) Modo de confeccionar:

Elaboram-se 11 questões sobre determinado tema trabalhado. As respostas a essas questões serão coladas em tarjetas retangulares (cartolina) medindo 20 cm de comprimento e 5 cm de largura. Cada resposta é duplicada, de forma que somam 22 tarjetas com respostas. Em seguida perfuram-se as tarjetas com perfurador de papel e coloca-se o barbante de modo que as tarjetas possam ser usadas como crachás. O papel contact será usado para revestir as tarjetas e a folha de perguntas para dar durabilidade ao material.

Exemplo:

Pergunta – “Tenho cerdas macias para não machucar as gengivas. Quem sou eu?”

Resposta – Escova de dente

c) Participantes:

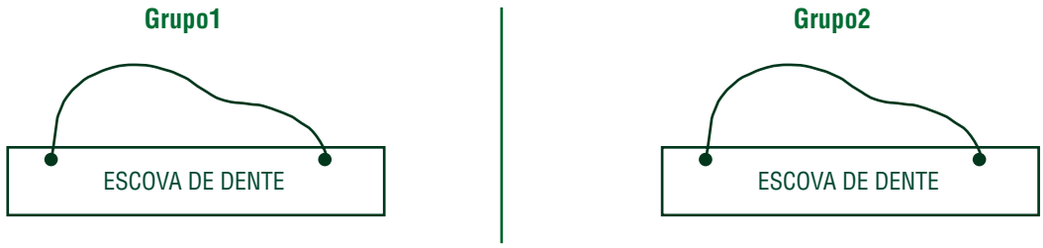
Em cada rodada jogam 22 pessoas.

d) Modo de jogar:

O facilitador desenha no chão com fita-crepe o jogo-da-velha e depois divide os 22 participantes em dois grupos (11 pessoas em cada, portanto). As 22 tarjetas-crachás com as respostas são distribuídas entre os participantes, de forma que os dois grupos tenham as mesmas respostas. Em seguida, o facilitador explica aos participantes as regras do jogo.

Vencerá o jogo o time que primeiro conseguir formar uma linha humana horizontal, vertical ou na diagonal com três participantes. Ao longo da brincadeira, os participantes devem esperar que o facilitador

faça a pergunta e depois emita o sinal para que os jogadores ocupem os espaços do jogo. Para cada pergunta devem correr dois participantes, um de cada time. Fica no espaço o participante que primeiro chegar e que estiver com a resposta certa à pergunta do facilitador. O jogo transcorre dessa forma até que sejam formadas as linhas humanas, quando, então, o jogo é desfeito e recomeçado.



5.3.2 Caça ao tesouro

a) Material:
- 2 cartolinas;
- Fita-crepe;
- Papel A4;
- 1 folha de papel contact.

b) Modo de confeccionar:

São elaboradas 10 perguntas numa folha de papel A4, que deve ser plastificada com contact, a fim de prolongar a durabilidade do material. As respostas são coladas em tarjetas medindo 20 cm de cumprimento e 5 cm de largura, também plastificando-as em seguida.

c) Participantes:

De 20 a 40 pessoas.

d) Modo de jogar:

O facilitador esconde as tarjetas com as respostas em diferentes lugares do espaço de realização da brincadeira. Logo após explica o jogo ao grupo.

Cada pergunta feita pelo facilitador deve ser ouvida com atenção pelos participantes. Após a leitura da pergunta os participantes saem em busca da resposta solicitada (tesouro). Enquanto os participantes estão procurando esse tesouro, o facilitador vai dando pistas do lugar onde encontrá-lo. O participante que achar a resposta (tesouro) ganha o brinde (o brinde deve ser de acordo com a temática do jogo. Por exemplo: saúde bucal, usar como brinde o kit com escova, creme dental, fio dental e panfletos). O facilitador vai realizando as perguntas e à medida que os tesouros são encontrados distribuem-se os brindes.

Obs.: para cada pergunta realizada o facilitador dá explicações claras e rápidas.

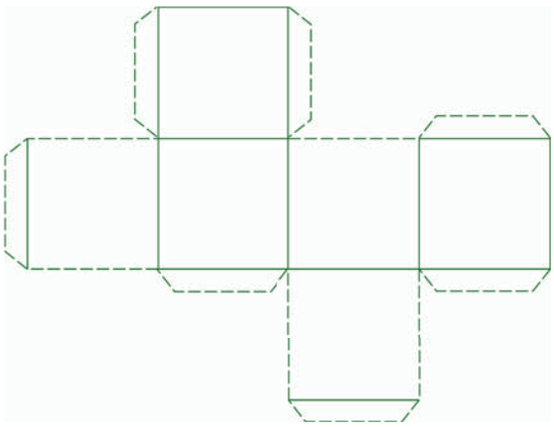
5.3.3 Jogo dos pares com dados

a) Material:
- Papel-cartão, cartolina ou papelão;
- Papel contact transparente;

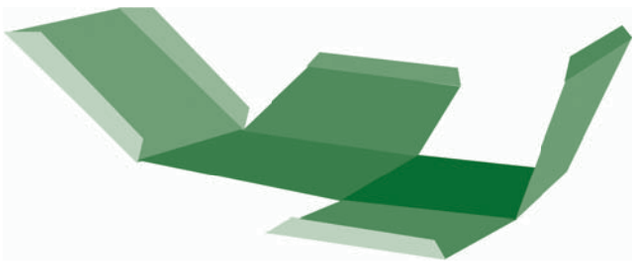
- 6 pares de figuras (de acordo com a temática a ser trabalhada);
- Cola;
- Tesoura;
- Durex;
- 1 régua de 30 cm;
- Durex colorido.

b) Modo de confeccionar:

Com a cartolina (ou papel cartão ou papelão) serão feitos dois dados (6 lados com as mesmas medidas, conforme o esquema abaixo).



Após recortar, colar as figuras selecionadas em cada uma das faces dos cubos, de modo a formar dois dados iguais. Cobrir as faces dos dados com contact, dobrar e colar, tomando cuidado para deixar secar bem cada parte antes de colar a seguinte.



Depois de montados os dados, revestir as quinas com durex colorido para torná-los mais resistentes.

c) Participantes:

De 20 a 30 pessoas.

d) Modo de jogar:

O facilitador explica aos participantes que devem jogar os dois dados de uma vez e se conseguir formar um par de figuras iguais ganhará o brinde. Ao ser formado um par o facilitador dá explicações rápidas sobre a figura e em seguida entrega o brinde.

Obs.: esse jogo pode ser adaptado de acordo com a necessidade e criatividade do facilitador (ele pode propor, por exemplo, a formação em grupos para uma competição entre equipes; pode propor que, a cada par formado, o próprio jogador comente as figuras, conforme os conhecimentos trabalhados etc.).

5.3.4 Bingo da saúde bucal

a) Material:

- Cartolinas;
- Cola;
- Tesoura;
- Papel contact transparente;
- Globo para bingo.

b) Modo de confeccionar:

Elaboram-se 20 cartelas (20 cm x 8 cm) com palavras relacionadas ao tema que se deseja trabalhar. A cartela é dividida em seis espaços. Cada espaço deve ser preenchido com uma palavra e um numeral. É importante que os números das cartelas sejam iguais aos números das pedrinhas do bingo (globo) e que se tenha o cuidado de fazer uma lista com as palavras adotadas para cada número. O papel contact será utilizado para plastificar as cartelas. Exemplos de cartelas:

6 PLACA BACTERIANA	5 CÁRIE	3 AÇÚCAR
4 FLÚOR	2 ESCOVA DE DENTE	6 FIO DENTAL
3 AÇÚCAR	7 GENGIVITE	2 ESCOVA DE DENTE
8 DEPLACAGEM	10 DIETA NÃO-CARIOGÊNICA	6 FIO DENTAL

c) Participantes:

20 pessoas.

d) Modo de jogar:

O facilitador distribui as cartelas entre os 20 participantes. Em seguida explica que será vencedor o participante que primeiro preencher a cartela (seis espaços). O facilitador vai chamando as bolas do bingo e, à medida que são chamadas, o facilitador aproveita para comentar algumas informações sobre a palavra correspondente ao número chamado.

Se houver mais de um ganhador, os ganhadores são convidados a escolher uma das palavras de sua cartela e falar o que entende sobre a mesma para os demais participantes. O facilitador pode ajudar

na formulação do pensamento dos desafiantes, pois o objetivo não é o desempate e sim possibilitar espaços de interação e troca de informação. Após essa etapa, o facilitador deve entregar os brindes aos participantes que estão empatados.

Obs.: sempre que houver um ganhador ou ganhadores o jogo é recomeçado.

5.4 Considerações sobre capacitação de professores

Uma importante meta a se alcançar em programas preventivo-promocionais no âmbito escolar é a autonomia das escolas para desenvolver suas ações. Uma das dificuldades na conquista dessa autonomia é a falta de instrumentos e metodologias que permitam às escolas consolidar medidas de autocuidado, verificar resultados e manter a motivação.

Outro desafio está relacionado à capacidade de mediação das equipes, envolvendo a comunidade e construindo um convívio intersetorial que possibilite o engajamento de diferentes setores através do estabelecimento de parcerias efetivas.

O enfrentamento desses desafios se faz fundamental em função da compreensão de que as ações de autocuidado dependem do desenvolvimento da saúde bucal como um valor de auto-estima, o que, por sua vez, é facilitado pelo autoconhecimento e pelas oportunidades sociais que criam condições para o fortalecimento dessas práticas.

Acreditamos, assim, que um programa de capacitação de professores e trabalhadores em creches e instituições escolares deve estar voltado para instrumentalização desses profissionais para a sistematização de ações dirigidas ao desenvolvimento do auto-exame bucal, escovação supervisionada e controle da placa bacteriana, como parte integrante de um projeto de educação em saúde bucal, integrando os conteúdos temáticos ao programa curricular de cada série.

O **auto-exame bucal** se inicia pelo mapeamento dos dentes, onde, através de um formulário (Anexo V), é registrada a presença de dentes temporários e permanentes, em cada aluno. São também identificados os dentes que apresentam “buracos”. Essa atividade é realizada pela equipe capacitada (professores, familiares, alunos monitores, voluntários) e supervisionada pelo dentista.

A **escovação supervisionada** com registro do controle de placa e sangramento gengival (através de formulários específicos – Anexos VI e VII) é realizada pelos componentes da equipe capacitada, em horários definidos junto ao corpo docente da escola. A atividade deve se desenvolver ao longo do ano letivo e visa à manutenção da saúde bucal através do monitoramento do controle da placa bacteriana e da gengivite realizado pelos alunos.

Conforme as condições de parceria estabelecida, é possível que esse programa ainda possa ampliar suas possibilidades de intervenção, associando ao trabalho de “escovação supervisionada–controle da placa bacteriana” a fluorterapia e o atendimento das crianças com atividade de cárie nos centros de saúde locais. É bom lembrar que, nesse caso, todas as crianças devem ter autorização dos pais para o tratamento.

Essa é, inclusive, uma dimensão da atuação que se torna viável na Educação Infantil do próprio SESC, cuja clientela já costuma ter atendimento garantido na clínica odontológica.

A **fluorterapia intensiva** consiste na realização de cinco a sete Aplicações Tópicas de Flúor (ATF) para o tratamento da atividade de cárie, e deve ser realizado somente em crianças diagnosticadas como cárie ativas sob supervisão de um cirurgião-dentista responsável.

O intervalo mínimo entre cada ATF é de uma semana. A aplicação pode ser realizada em grupos de 25 a 30 crianças ao mesmo tempo, utilizando a própria escova de dente de cada aluno.

Cada profissional deve contar com uma equipe devidamente treinada para a ação (que pode ser composta por professores, familiares e alunos monitores).

Esse tratamento é realizado em horário definido em conjunto com o corpo docente da escola.

A técnica obedece as seguintes etapas:

Deplacagem: Remoção da placa bacteriana realizada pelos próprios alunos, orientados por um aluno monitor, de forma coletiva.

Registro do controle de placa e gengivite: Cada criança é supervisionada por alguém da equipe capacitada, que verifica a qualidade da escovação e registra em formulário próprio a presença de placa bacteriana e sangramento gengival à escovação ou ao passar o fio dental. Geralmente uma pessoa da equipe supervisiona enquanto outra vai anotando em ficha própria. É importante que o procedimento não assuma o caráter de "fiscalização", que pode intimidar as crianças. Esse deve ser mais um momento de interação com a criança, em que ela também participa, verificando em que precisa melhorar sua escovação.

Orientação de higiene bucal: Quando a presença de placa e/ou sangramento for detectada, a criança recebe uma orientação específica, para que possa visualizar os locais onde há necessidade de maior atenção na hora da escovação. Esse é um momento em que se deve sempre valorizar o estágio que a criança já alcançou na sua habilidade de escovação, discutindo e experimentando formas de realizar uma melhor deplacagem.

ATF – Aplicação Tópica de Flúor: É colocada em cada escova uma gota de flúor (quantidade semelhante ao tamanho de uma lentilha) e, em seguida, cada criança espalha o flúor em todas as superfícies dentárias, durante 1(um) minuto.

O **tratamento cirúrgico-restaurador** é dedicado inicialmente aos alunos que apresentam um estágio mais avançado do processo de atividade de cárie (conforme verificado na atividade de mapeamento dos dentes, supervisionada pelo dentista) e serão os que irão receber primeiramente um tratamento mais individualizado, com investigação dos fatores que estão determinando o seu quadro clínico.

O compromisso da equipe do SESC se refere não só à capacitação/formação, mas também, sempre que possível, ao acompanhamento dos programas implementados nas instituições participantes, de forma a manter o apoio técnico pelo período de pelo menos um ano de execução e melhor analisar os resultados com vistas à avaliação da efetividade das ações educativas implementadas.

Alguns critérios podem auxiliar as equipes na definição de quais instituições eleger para o desenvolvimento desse tipo de trabalho (para além das equipes docentes do próprio SESC):

- Perfil das comunidades próximas às Unidades Operacionais do SESC: quantitativo de escolas, de professores e de alunos que compõem as respectivas instituições da região; histórico/relatório dos possíveis trabalhos já realizados com a mesma natureza; demandas apresentadas pelos profissionais e instituições locais com relação às temáticas de educação em saúde bucal; potencial de complementaridade das ações do SESC com os programas de saúde bucal em desenvolvimento pelas Secretarias de Saúde e de Educação etc.
- Proximidade entre as Unidades Operacionais e as instituições candidatas, tendo em vista que isso facilitará o acompanhamento que o Departamento Regional deverá fazer dos trabalhos posteriormente realizados pelos professores/agentes multiplicadores em suas respectivas instituições, como um desdobramento das ações de capacitação.
- Perfil epidemiológico da região, considerando os dados consolidados com relação à saúde bucal.
- Potencial de articulação de parcerias da comunidade escolar com profissionais/instituições de diferentes áreas (Saúde, Educação, Serviço Social etc.); órgãos públicos e/ou privados (Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde, de Educação, de Meio Ambiente, clínicas de atendimento ao adolescente, universidades etc.); instituições comunitárias (igrejas, associações de moradores etc.).
- Instituições que atendam a maior parte dos filhos/dependentes/familiares dos comerciários.

5.4.1 Proposta de estrutura programática

a) Objetivo geral:

Instrumentalizar professores e demais trabalhadores de creches e instituições escolares para sistematização de ações que contribuam para o desenvolvimento da saúde bucal como valor de auto-estima e para a prevenção das principais doenças bucais em escolares.

b) Objetivos específicos:

- Contribuir para a integração dos conteúdos relacionados à saúde bucal aos programas político-pedagógicos das escolas atendidas.
- Propiciar o envolvimento e a participação de toda a comunidade escolar no programa de educação em saúde bucal.
- Desenvolver competências e habilidades para uma maior autonomia no cuidado da saúde bucal.
- Desenvolver habilidades individuais para a remoção da placa bacteriana, através da inclusão da "escovação supervisionada – controle da placa bacteriana" nas atividades diárias dos escolares.
- Potencializar as relações afetivas entre professores e alunos, visando ao desenvolvimento da auto-estima e à criação de um ambiente escolar saudável.
- Auxiliar na integração entre serviços de saúde e instituições de atenção à criança.
- Identificar, acompanhar e analisar o perfil epidemiológico relacionado ao nível de saúde bucal e o quadro das principais doenças bucais, ao longo do desenvolvimento do programa.
- Avaliar o impacto do programa de educação em saúde bucal nas escolas atendidas.

c) Indicadores:

- Proporção de professores capacitados em relação ao total de professores inscritos.
- Proporção de escolas que implementaram programa de educação em saúde bucal.
- Proporção de escolas que incluíram os temas de saúde bucal nos seus programas curriculares.
- Proporção de escolares que ampliaram conhecimento acerca dos determinantes e formas de prevenção das doenças bucais.
- Proporção de escolares que desenvolveram habilidades relacionadas à prevenção das doenças bucais, alcançando controle da placa e da gengivite.
- Consolidação/ampliação de parcerias para o desenvolvimento dos programas de educação em saúde bucal.
- Número ou proporção de familiares e voluntários que se engajaram nas atividades do programa de educação em saúde bucal nas escolas.

d) Estratégias de implantação:

A partir da definição, pelo Regional, das escolas/instituições a cujos professores será oferecido o projeto de educação em saúde bucal, a equipe deverá elaborar um programa preliminar baseado nos dados que orientaram a escolha dessa clientela como grupo-alvo do processo de capacitação, prevendo as atividades a serem executadas numa carga horária média de 20 horas, detalhando: possíveis locais, datas e horários para desenvolvimento das atividades; sugestões de temas a serem abordados/enfatizados; recursos humanos envolvidos (incluindo possíveis parcerias).

Tal programação preliminar servirá de ponto de partida para divulgação da proposta junto às instituições consideradas prioritárias pela equipe técnica do Departamento Regional. Essa primeira aproximação poderá ser feita por contato telefônico e/ou envio de correspondência, a fim de preparar a direção, coordenação pedagógica, corpo docente, funcionários, representantes de alunos, grêmio estudantil e possíveis parceiros para o encontro de divulgação da proposta.

O primeiro encontro será o momento para a equipe técnica responsável pelo projeto argumentar a favor da adesão da clientela e poderá contar, também, com a participação de profissionais locais com quem tenham sido estabelecidas parcerias, como, por exemplo, representantes das equipes de saúde bucal do centro de saúde de referência para a instituição escolar em questão.

Uma sugestão é realizar uma oficina, abordando os seguintes temas:

- O papel da escola e do professor no desenvolvimento da auto-estima e do autocuidado como fato indissociável da construção da cidadania. Podem ser realizadas dinâmicas que auxiliem os profissionais a relembrar e discutir o papel das escolas pelas quais passaram e dos professores que tiveram na formação dos adultos que são hoje.
- O conceito ampliado de saúde e a multideterminação do processo saúde–doença. Podem ser adotadas dinâmicas que estimulem relatos sobre a saúde bucal que tiveram na infância, a que têm hoje, conhecimentos sobre as práticas odontológicas que já vivenciaram e a análise crítica desses diferentes modelos de atenção, discutindo a proposta atual, a partir da apresentação dos conceitos básicos que orientam a proposição do programa de educação em saúde bucal na escola.
- O potencial de programas de educação em saúde nas escolas para contribuir com o desenvolvimento cognitivo, enriquecimento do vocabulário, desenvolvimento da psicomotricidade, criatividade, surgimento de habilidades específicas como liderança e capacidade de organização, desenvolvimento de atitudes e valores como o compromisso social, a solidariedade, a participação cidadã. Os próprios professores poderão dar exemplos concretos desse potencial dos programas de educação em saúde.

É importante que fique evidenciado o protagonismo de toda a comunidade escolar no desenvolvimento do projeto, em prol da saúde bucal dos escolares. Um importante diferencial da proposta é a participação efetiva do corpo docente no planejamento, na execução e na avaliação das ações, inclusive com a adoção de instrumentos protocolares de monitoramento dos resultados alcançados, que possibilitam aos professores verificar os efeitos de seu trabalho na melhoria da saúde de seus alunos. Dessa forma, no lugar de serem meros executores, como geralmente se faz na proposição de programas nas escolas, os professores se apropriam do processo, ganhando autonomia na implementação das ações.

Entretanto, para que seja possível a participação desses profissionais no processo de capacitação aqui proposto, e no possível desdobramento desse trabalho, não basta o seu interesse pessoal pelo tema e seu compromisso social, apesar disso ser fundamental.

Os professores precisam exercer as funções para as quais foram contratados (o que envolve, dentre outras tarefas, o planejamento de aula, elaboração e correção de exercícios e provas, estudos, pesquisas etc.), cumprindo a sua carga horária de trabalho. O fato dificulta sua liberação para envolvimento em atividades não previstas inicialmente em suas atribuições funcionais.

Portanto, precisarão contar com total apoio e envolvimento da direção e coordenação pedagógica da sua instituição, para poder aderir ao projeto. Por isso, a sensibilização dessas chefias se faz tão necessária, considerando que qualquer tentativa de implantar e implementar um programa como esse sem o apoio desse segmento estará fadada ao fracasso. Essa sensibilização deverá se estender, ainda, aos demais componentes presentes, mostrando-lhes como cada um poderá participar e contribuir com essa ação.

Para tal, é recomendável incluir nesse primeiro encontro os seguintes procedimentos:

- Apresentar o potencial de articulação de parcerias com a comunidade, de acordo com os dados previamente levantados.
- Apresentar a programação preliminar, a ser (re)definida a partir do planejamento participativo, contendo uma previsão: dos horários das atividades; do período em que serão realizadas; apresentação dos parceiros já envolvidos no projeto e suas contribuições nessa ação.
- Apresentar as diferentes possibilidades de contribuição dos parceiros: disponibilização de espaço físico, instalações, recursos audiovisuais, materiais didáticos, cópia/xerox, alimentação, transporte, verba/patrocínio, recursos humanos, atendimento clínico/tratamento, medicamento e/ou quaisquer outros tipos de subsídio para o desenvolvimento da ação.

• Apresentar as opções de execução da capacitação, possibilitando ao grupo discutir a mais adequada às condições da clientela. Neste sentido, propõe-se:

- que as atividades ocorram na própria instituição, de acordo com as condições que o Departamento Regional tenha para garantir a qualidade da ação e, de igual forma, a escola possa atender às condições mínimas para sediar o evento no período e horário propostos pelo grupo. Essa estratégia permite a capacitação desses profissionais em seu próprio local de trabalho, podendo ainda atender professores de outras instituições da comunidade, dependendo da adesão ao projeto.
- que as atividades ocorram em local cedido pelo(s) parceiro(s), de acordo com as condições que o Departamento Regional tenha para garantir a qualidade da ação e, de igual forma, atenda exigências mínimas para sediar o evento no período e horário propostos pelo grupo.
- que as atividades ocorram em uma das Unidades Operacionais do SESC, atendendo às exigências mínimas para garantir a qualidade da ação, no período e horário propostos pelo grupo.

• Oferecer, como elemento incentivador para adesão da instituição e/ou dos professores ao projeto:

- Acompanhamento técnico e subsídio (doação de materiais didáticos, informativos atualizados, apoio financeiro etc.), de acordo com as condições do Departamento Regional.
- Certificado para os participantes que freqüentarem 75% da carga horária do curso e entregarem, no tempo previsto, o projeto preliminar de educação em saúde bucal na sua escola.

• Levantar informações do grupo no que diz respeito a:

- Expectativas em relação ao trabalho a ser desenvolvido;
- Temas de interesse do grupo;
- Características que sejam relevantes para o processo de capacitação (tradições e costumes locais, religião, atividades culturais e de lazer existentes na comunidade, inclusive aquelas realizadas pelas crianças, adolescentes e jovens etc.);
- Grau de interesse pelo projeto, incluindo informações sobre os motivos da (não) adesão ao trabalho.

e) Execução:

Essa fase consiste na capacitação dos professores e demais profissionais interessados das instituições escolares, de acordo com o planejamento participativo que possibilita (re)elaborar a programação do curso, a partir da discussão com os professores inscritos e parceiros que se comprometeram com essa etapa do trabalho.

Ato contínuo à capacitação, encontra-se a fase de acompanhamento do processo educativo implementado, particularmente no que diz respeito ao subsídio das ações de escovação supervisionada e monitoramento da presença de placa visível e sangramento gengival. Como resultado da capacitação, quando os participantes formulam o seu plano de ação, é possível acordar como será feito esse processo de acompanhamento, definindo as possibilidades de contribuição do SESC e das equipes parceiras que atuam nesse programa.

Os profissionais capacitados podem ainda decidir pela replicação do curso para capacitação de pais, familiares, voluntários, requerendo também a discussão sobre necessidades e possibilidades de apoio das equipes do SESC nesse processo.

Para a capacitação dos professores, propomos o desenvolvimento das atividades em cinco encontros/blocos temáticos com carga horária média de 4 horas-aulas cada, totalizando 20 horas-aulas de curso. Os horários e as datas serão definidos pelos participantes em comum acordo com o Departamento Regional.

Sugerimos uma programação preliminar que possa garantir a consecução da finalidade do projeto, lembrando que não se trata de um modelo a ser obrigatoriamente seguido ou uma exigência de conteúdo programático a ser cumprido. Significa apenas uma alternativa de composição de temas, entre muitos outros que poderão ser abordados durante o processo de capacitação, conforme a experiência das equipes e as demandas da clientela.

f) Metodologia:

A sistematização de ações educativas em saúde bucal na instituição escolar exige a adoção de estratégias participativas que possibilitem o envolvimento efetivo de toda a comunidade escolar na busca de soluções para os problemas de saúde considerados prioritários.

Essa preocupação deve orientar as opções metodológicas na condução do processo de capacitação/formação dos professores, procurando valorizar sua experiência profissional, as relações que desenvolveram com a comunidade e os conhecimentos que possuem acerca das condições sociosanitárias dos escolares e do entorno escolar.

Além das sugestões de atividades que se seguem, neste capítulo do Manual você encontra outras propostas que poderão ser aplicadas ou adaptadas para trabalhar os conteúdos necessários a esse processo de capacitação (a exemplo das oficinas baseadas no uso de experiências, que poderão ser replicadas pelos professores na condução de atividades educativas com os alunos).

	Sugestões Temáticas	Data	Horário
Bloco I	Apresentação dos participantes e levantamento de expectativas Definir, coletivamente: - os temas a serem abordados nos demais encontros - os procedimentos metodológicos a serem adotados e as estratégias de ação - os indicadores dos resultados - os instrumentos de avaliação do trabalho Debater sobre a importância e a viabilidade da prática do planejamento participativo em saúde na escola, tomando como referência o projeto político-pedagógico. Refletir sobre as vantagens e as desvantagens da utilização do planejamento participativo em saúde na escola, discutindo as possibilidades de articulação da educação com o setor saúde.	a definir	a definir
Bloco II	Concepção de saúde processo saúde–doença Determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais da saúde Papel da educação em saúde na escola Papel do professor na educação em saúde escolar Projetos e programas de educação em saúde bucal na escola	a definir	a definir
Bloco III	**Saúde bucal:** Cronologia de erupção dos dentes Cuidados com o primeiro molar permanente Mapeamento dos dentes **Processo saúde–doença cárie:** - Placa bacteriana - Atividade de cárie como desequilíbrio do processo de desremineralização - Instrumentos para remoção da placa bacteriana (escova, creme dental, fio dental) - Objetivo da escovação e freqüência - Dieta não-cariogênica - Flúor como aliado no tratamento e na prevenção do processo de atividade de cárie **Doenças da gengiva:** definição, classificação, formas de prevenção e tratamento.	a definir	a definir

	Sugestões Temáticas	Data	Horário
Bloco IV	Descrição e experimentação dos procedimentos metodológicos do projeto de educação em saúde bucal na escola: - Mapeamento dos dentes - Escovação supervisionada - Monitoramento do controle de placa e gengivite - Orientação de higiene bucal - Aplicação tópica de flúor - Critérios de encaminhamento para o tratamento cirúrgico-restaurador Discussão de estratégias para sensibilização/envolvimento da comunidade escolar (professores, funcionários, alunos, pais, familiares) no projeto.	a definir	a definir
Bloco V	Elaboração/apresentação de um projeto preliminar dos participantes: - Justificativa - Perfil da clientela - Objetivos - Metodologia/estratégias (que propiciem uma atuação interdisciplinar e intersetorial) - Proposta de programação/cronograma - Indicadores dos resultados - Instrumentos de avaliação - Orçamento/possíveis parcerias **Avaliação do curso** - Considerações sobre os aspectos de conteúdo, método e organização - Análise dos resultados - Sugestões e recomendações dos participantes	a definir	a definir

5.5 Sugestões de jogos e dinâmicas para ações de capacitação/formação

5.5.1 O jogo da educação em saúde bucal

O jogo que apresentaremos a seguir foi inspirado na proposta lúdica apresentada no livro O lúdico na formação do educador e tem como objetivo acrescentar subsídios para a capacitação do educador.

É composto por um tabuleiro onde constam o tema central, os subtemas e as alternativas verdadeiro, falso e água. Há também um conjunto de cartas que contêm as afirmações referentes aos subtemas. Está organizado para ser utilizado por grupos de 6 pessoas por tabuleiro.

O objetivo do jogo é propiciar reflexão e discussão sobre aspectos conceituais e práticos da educação em saúde bucal, contribuindo para a construção dos conhecimentos fundamentais associados ao tema e a desconstrução de preconceitos, a partir do posicionamento de cada participante.

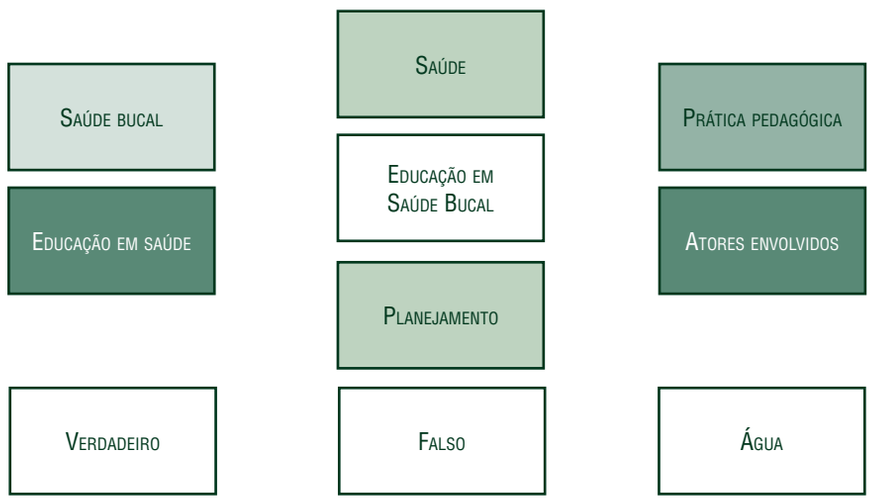
Para tal, foram eleitos seis subtemas:

- SAÚDE: conceituação; qual a sua importância nos diferentes contextos; relação entre autocuidado e contexto social etc.
- PRÁTICA PEDAGÓGICA: problematizando aspectos como: por que ensinar, como fazer educação em saúde, quem deve fazer etc.
- ATORES ENVOLVIDOS: influência da escola e da família nesse processo; interdisciplinaridade; intersetorialidade etc.
- EDUCAÇÃO EM SAÚDE: aspectos histórico-sociais; usos e funções da educação em saúde na escola e no contexto social etc.

• SAÚDE BUCAL: definições e conceitos; formas de prevenção das doenças bucais, fatores de risco comuns à saúde bucal e à saúde geral etc.
• Planejamento: aspectos relacionados a por que, como e com quem planejar.

a) Material:
• Papelão;
• Papel-cartão ou cartolina preta;
• Papel-cartão ou cartolina colorida;
• Papel-contact transparente;
• Cola;
• Tesoura;

b) Modo de confeccionar:
Tabuleiro:
Cortar um quadrado em cartolina preta com 40 cm de lado e colar num papelão do mesmo tamanho.
Colocar no centro um retângulo branco de 3 cm x 6 cm, com o nome do tema do jogo (Educação em Saúde Bucal).
Circular o retângulo central com 6 (seis) cartões coloridos de 3 cm x 6 cm, com os nomes dos subtemas a serem trabalhados (Saúde, Prática Pedagógica, Atores Envolvidos, Educação Em Saúde, Saúde Bucal, Planejamento). Cada subtema é representado por uma cor.
Na extremidade do tabuleiro, colocar 3 (três) cartões brancos com as alternativas verdadeiro, falso e água (esta corresponde à incerteza).
Ao final, plastificar o tabuleiro com o papel contact.



Dado:
Confeccionar um dado de papelão com 2 cm de lado e forrar cada lado com cores correspondentes às cores de cada subtema. Forrar com contact transparente.
Cartas:
Confeccionar 10 (dez) cartas (3 cm x 6 cm) de cada cor correspondente aos subtemas, onde estarão as afirmativas divididas em verdadeiras e falsas. Ao final, plastificá-las.
A seguir, apresentamos as afirmativas para cada subtema, organizando as falsas na primeira coluna e as verdadeiras na segunda coluna. O coordenador poderá elaborar outras afirmativas que considere mais pertinentes com relação aos grupos com os quais vai trabalhar.

Subtema: Saúde

A saúde é uma questão de bons hábitos.	A saúde envolve recursos sociais e pessoais, além das capacidades físicas.
O aspecto biológico é o fator mais importante na determinação da saúde.	Mesmo quando os conhecimentos e as motivações existem, nem sempre são suficientes para a adoção de um estilo de vida saudável.
A saúde se traduz pelo estado de funcionamento harmônico do corpo humano na sua relação com o meio ambiente.	É possível perceber que cada sociedade tem um discurso sobre saúde e sobre corpo.
Saúde é uma questão de responsabilidade individual.	A saúde se define pela ausência de doença.
Saúde e qualidade de vida são interdependentes.	Existem formas diferentes de lidar com as opções e os valores que se referem à saúde.

Subtema: Prática pedagógica

No processo educativo, deve-se dar ênfase aos conteúdos temáticos e à transmissão do conhecimento.

Os pontos de partida do processo educativo são a experiência e o saber do grupo sobre a própria realidade.

O modelo pedagógico ideal é aquele que adota estratégias de persuasão e se volta aos efeitos da ação educativa.

Educar implica a possibilidade de encontro com o outro, de reconhecimento da subjetividade e do afeto como facilitadores da interação e do crescimento mútuo.

O processo educativo deve privilegiar a dimensão intelectual ou cognitiva dos sujeitos, a fim de favorecer a apropriação dos conceitos trabalhados.

Aceitar as diferenças sem tentar a problematização é negar a possibilidade de construir um conhecimento em comum.

Os métodos de trabalho devem ser eleitos com base no objetivo de transmissão do saber pelo professor aos alunos.

A ação educativa supõe sempre um processo de troca, que resulta na construção de um conhecimento, articulando saber estruturado e experiência vivida.

Materiais de apoio metodológico são indispensáveis ao fazer pedagógico.

O trabalho pedagógico possibilita o aprendizado e o engajamento cidadão também por parte da equipe docente.

Subtema: Atores envolvidos

Os professores não devem interferir na preparação dos alunos para as questões de saúde.	O envolvimento dos professores de diferentes áreas na organização de temas relativos à saúde permite o desenvolvimento de conteúdos de modo regular e contextualizado.
Os familiares são os únicos responsáveis pela educação em saúde e crianças e jovens.	O engajamento da comunidade escolar possibilita que a saúde seja abordada no cotidiano da experiência escolar e não no estudo de uma “matéria”.
O setor saúde é suficiente para dar conta das questões relacionadas à qualidade de vida da comunidade.	A sistematização de práticas educativas e coletivas de saúde através das parcerias escola/comunidade de saúde/comunidade promove a qualidade de vida da população.
Grande parte das ações de saúde deve passar exclusivamente pelo acompanhamento médico.	Além de suas funções específicas, as equipes de saúde devem interagir com outras áreas, ampliando seus conhecimentos, para abordagem integral do cliente.
Se não houvesse uma lei que regulasse as diretrizes da educação, a saúde nunca entraria como um tema transversal.	As questões de saúde, se envolvem as pessoas, responsabilizam as relações em que elas estão envolvidas e, portanto, as instituições, as empresas, os governos.

Subtema: Educação em saúde

O objetivo da ação educativa é promover uma decisão informada sobre riscos à saúde, entendida como responsabilidade individual.	Concepções, valores e atitudes sobre o que é saúde ou sobre o que é saudável podem perpassar todas as áreas de estudo escolar.
O importante são os conhecimentos ou idéias e os comportamentos corretos e fiéis ao esperado.	A ação educativa deve possibilitar a construção de conhecimentos que capacitam as pessoas a escolher os comportamentos e caminhos a seguir.
O processo educativo deve pretender substituir alguns dogmas e regras (julgados errados) por outros considerados corretos.	A educação em saúde requer ações socialmente sustentadas do ponto de vista cultural e político-econômico.
A questão educativa que atravessa as ações de saúde deve ser pensada unicamente em termos de sua capacidade de intervir na morbimortalidade.	O professor e a comunidade escolar podem contribuir na formação de cidadãos capazes de atuar para a melhoria dos níveis de saúde pessoais e da coletividade.
A educação em saúde tem como objetivo principal a mudança de comportamento.	A questão educativa na área da saúde deve integrar diálogo, afirmação da subjetividade e avaliação crítica da qualidade de vida.

Subtema: Saúde buca

A cárie se define pela cavidade na superfície dos dentes.	O processo de formação da placa bacteriana é contínuo e leva de 24 horas a 48 horas para se tornar cariogênica.
Em odontologia, as causas das doenças e as alternativas terapêuticas são sempre as mesmas para todos os indivíduos.	Por volta dos 6 anos de idade, nasce o primeiro molar permanente, quando a maioria dos dentes na boca da criança ainda são chamados “dentes de leite”.
A cárie é uma doença de determinação comportamental e, assim, as pessoas devem seguir as regras de autocuidado de modo incondicional.	Algumas pessoas têm maior propensão à gengivite – é o caso dos adolescentes –, requerendo maior atenção no controle da placa bacteriana.
A proibição ao consumo de doces é uma medida eficaz na prevenção à cárie.	A eliminação da placa bacteriana, o uso racional do açúcar e o uso adequado do flúor em suas diferentes formas são os principais fatores de controle dos aspectos fisiológicos da cárie.
O tratamento das doenças bucais é de responsabilidade exclusiva do cirurgião-dentista.	É possível identificar a placa bacteriana de forma visual e tátil e eliminá-la através da escovação e do uso do fio dental.

Subtema: Planejamento

O processo de planejamento deve estar baseado prioritariamente no ponto de vista de quem o propõe.	O planejamento deve envolver diferentes profissionais e clientela, chegando-se ao consenso quanto aos objetivos, estratégias e resultados pretendidos.
No processo de planejamento, quem tem soluções a apresentar são os técnicos.	A complexidade do processo saúde–doença aponta para a necessidade da cooperação multissetorial.
Os principais atores da avaliação são os técnicos que propuseram as ações.	O processo de planejamento participativo reúne pessoas e grupos distintos, os quais passam a compreender e conviver com anseios dos outros atores sociais.
A contribuição da equipe de saúde bucal está na esfera estritamente clínica-assistencial.	A avaliação participativa é uma estratégia educativa que possibilita a produção de informação para tomada de decisões segundo interesses coletivos.
Os educadores devem ser os responsáveis pela coordenação das ações educativas em saúde.	Para o planejamento, é necessário considerar necessidades, demandas e potencialidades locais.

Preparação do jogo:

Colocar o tabuleiro no centro da mesa e distribuir as cartas, conforme a cor indicada. Eleger um coordenador do grupo.

Regra:

• O primeiro jogador lança o dado e, de acordo com a cor sorteada, retira uma carta, lê a afirmativa e posiciona-se, escolhendo uma das alternativas: verdadeiro, falso ou água. Os demais integrantes do grupo polemizam sobre o posicionamento. Após a discussão, o procedimento será colocar a carta sobre uma das alternativas, que poderá ser:

Verdadeiro – quando os participantes do grupo, após a discussão, concluírem que o conteúdo da afirmativa é verdadeiro.

Falso – quando os participantes do grupo concluírem que o conteúdo da afirmativa é falso.

Água – quando, após a polemização, o grupo não entra em consenso sobre a alternativa escolhida, indicando que o conteúdo deve ser repensado, portanto esta alternativa corresponde à incerteza.

• O jogo prossegue até que todos os subtemas sejam sorteados e as cartas posicionadas.

• Ao final, o coordenador de cada subgrupo deverá analisar as alternativas verdadeiras e falsas. No momento do relato, a discussão acontecerá entre os participantes dos diferentes subgrupos. Nesse momento, o coordenador/facilitador da atividade poderá fazer algumas intervenções de ordem teórica a respeito dos posicionamentos, proporcionando mudanças nos resultados.

As cartas com conteúdo polêmico, colocadas na opção água, poderão ser trabalhadas de duas maneiras: 1º) quando o assunto for finalizado no mesmo dia, deverão ser justificadas como verdadeiras ou falsas pelo coordenador; 2º) se o assunto do jogo for trabalhado em um período mais longo, tais conteúdos deverão ser repensados e pesquisados para serem retomados em uma nova rodada do jogo, utilizando somente essas cartas.

5.5.2 Estamos no mesmo barco

a) Objetivo:

Discutir conhecimentos e impressões que os professores têm acerca da situação de saúde bucal dos escolares, seus fatores de risco e seus fatores protetores na relação com as condições de atuação da comunidade escolar.

b) Descrição:

Os professores devem ser convidados a se reunir em grupos de cinco a oito pessoas. Cada grupo deve receber um barco de papel com o tema “A saúde bucal dos escolares e a situação da escola com relação à prevenção das doenças bucais”.

O coordenador deverá solicitar que os subgrupos discutam esse tema, pedindo que cada participante, ao pegar o barco, reflita e apresente aos demais o que pensa e sente, com base nas seguintes questões orientadoras:

• Como o barco está navegando?
• O que o faz parar?
• Que bons ventos o levam?
• Costuma navegar em tormentas/tempestades?
• Tem comandante e/ou imediato?
• Qual o destino?
• O que o move (remos, vela, motor, caldeiras)?
• Navega sozinho ou numa frota?

Cada grupo deve eleger um relator, que se encarregará de anotar o que cada um fala. Todos discutem o que foi dito e levantam os pontos comuns para a apresentação em plenária.

Ao final, os resultados são sistematizados, analisando-se as perspectivas de um trabalho de educação em saúde bucal na escola.

5.5.3 A linha da vida[6]

a) Objetivo:

• Reconstruir o histórico de um lugar e, ou processo.

• Resgatar a percepção dos participantes sobre uma idéia, conceito ou etapa de sua vida, formação ou trabalho.

• Recuperar conhecimentos dos fatos ou conceitos, em diferentes momentos da vida dos participantes.

b) Descrição:

O coordenador deve definir claramente quais aspectos históricos quer recuperar do tema que está sendo trabalhado com o grupo, por exemplo:

• Sobre o tema Educação
- a educação que eu tive
- a educação que eu gostaria de ter tido
- a educação que eu pratico
- a educação que eu gostaria de praticar

• Sobre o tema saúde bucal (ou qualquer outro problema de saúde)
- o tratamento que eu tive
- o tratamento que eu gostaria de ter tido
- o tratamento que eu tenho
- o tratamento que eu gostaria de ter

Tendo essa definição, o coordenador deverá confeccionar a matriz da linha da vida. Sugere-se utilizar papel manilha pardo, devido ao baixo custo e à resistência. Sugere-se que o pedaço de papel no qual será trabalhado cada um dos aspectos do tema tenha, no mínimo, um metro e meio de comprimento. A linha é construída segundo o modelo que se segue:

Passado		Presente	Futuro
a... que tive	a... que eu gostaria de ter tido	a... que pratico	a... que gostaria de praticar

A técnica consiste, basicamente, na elaboração de murais em grupos, sobre cada um dos aspectos abordados na linha. Para a aplicação, divide-se a técnica em duas etapas:

• Etapa individual

O coordenador deve providenciar quatro caixas vazias ou cadeiras. Nelas, deve afixar pedaços de papel onde estarão escritos cada um dos pedaços da linha, um de cada cadeira ou caixa.

Deve, também, providenciar material para que sejam feitos os murais. Poderão ser utilizados sucata, recortes de papel coloridos, recortes de revistas, desenhos individuais etc.

O coordenador deve solicitar aos participantes que observem cada uma das fases afixadas nas cadeiras ou caixas. Feito isso, cada participante deverá escolher (ou produzir) um material que melhor expresse sua vivência/percepção ou conhecimento de cada uma das quatro fases.

Assim, cada participante selecionará quatro materiais ou produzirá quatro desenhos. Os materiais/desenhos deverão ser colocados na cadeira/caixa correspondente à fase.

• Etapa coletiva

O coordenador deve solicitar aos participantes que se dividam em quatro subgrupos. Cada subgrupo receberá a cadeira ou caixa correspondente a uma fase e o pedaço da linha da vida daquela mesma fase.

O coordenador deve orientar os participantes para que produzam um mural que expresse a vivência/percepção/conhecimento coletivo do tema; para isso deverão utilizar o material selecionado/produzido por todos os participantes e que se encontra na caixa/cadeira que o grupo recebeu. Outras coisas poderão ser adicionadas, porém nenhum material poderá ser retirado.

Terminados os murais de cada subgrupo, o monitor deve compor a linha completa, afixando a base e cada um dos murais na parede. Em seguida, cada subgrupo apresenta o seu pedaço da linha e abre-se para plenária e discussão.

Cuidados/Dicas:

- Por ser uma técnica relativamente longa, é recomendável que o monitor delimite o tempo para a fase individual, a coletiva e a plenária.
- Pode se utilizar o mesmo material para a linha toda, porém é possível também misturar todos os materiais ou utilizar um material diferente para cada pedaço da linha, por exemplo:
  - a ... que eu tive – sucata
  - a ... que eu gostaria de ter tido – recortes coloridos
  - a ... que eu pratico/tenho – desenhos individuais
  - a ... que eu gostaria de ter/praticar – recortes de revista
- É recomendável reforçar que as escolhas devem ser significativas: cor, tamanho, formato, textura do material escolhido ou do desenho feito devem traduzir o mais possível a vivência do participante que os escolheu.
- No caso do coordenador, utilizar desenhos individuais, reforçar que não importa o aspecto estético do desenho, se é bonito ou feio, bem ou mal feito, mas sim o quanto ele é significativo para quem o produziu.
- As apresentações dos subgrupos ficam muito enriquecidas se, antes do próprio subgrupo apresentar seu mural, o coordenador solicitar aos demais participantes que interpretem o que o subgrupo procurou transmitir.
- Esta técnica é bastante produtiva para se fazer uma síntese coletiva a respeito de um tema que já foi trabalhado anteriormente, ou para diagnosticar o que os participantes trazem a respeito do tema, antes que ele seja trabalhado, ou, ainda, diagnosticar como trabalham ou vivenciam o tema.
- Os monitores podem participar livremente da técnica, desde que não inibam ou direcionem os participantes.

5.5.4 Três respostas pedagógicas para uma situação-problema

a) Objetivo:

Analisar as características de diferentes modelos pedagógicos, discutindo suas vantagens e desvantagens com relação ao alcance dos objetivos traçados para a educação em saúde.

b) Descrição:

Os participantes devem ser convidados a se reunir em grupos de cinco a oito pessoas. Em seguida, o coordenador/facilitador distribui aos participantes a seguinte ficha-problema, lendo em voz alta (ou pedindo para que alguém leia) o caso e as três respostas pedagógicas dadas:

O Caso:

Ao observar a conduta adotada para a esterilização de pinças para curativos, o instrutor/supervisor constatou que o atendente de enfermagem limitava-se a colocá-las em imersão em água fervente, afirmando que, assim, conseguia esterilizá-las muito bem.

Analisando esse caso, os instrutores/supervisores chegaram à conclusão de ser necessário encontrar alternativas de ensino que diminuíssem a incidência de fatos semelhantes.

Da discussão em três grupos de instrutores/supervisores, surgiram as seguintes respostas pedagógicas:

Resposta "A"

1. instrutor/supervisor realiza palestras para os alunos sobre a técnica de esterilização, destacando os diversos aspectos do processamento do material (lavagem prévia, métodos de esterilização, temperatura e tempo de exposição de acordo com o tipo de material).

2. instrutor/supervisor apresenta um resumo em transparência dos tópicos mais importantes do conteúdo utilizando retroprojetor.

3. instrutor/supervisor apresenta para os alunos através de data show todas as etapas do processamento de artigos hospitalares. Após a projeção, as dúvidas levantadas pelos alunos serão respondidas pelos instrutores/supervisores.

4. Os alunos realizam prática simulada de esterilização de artigos hospitalares, sob supervisão do instrutor/supervisor.

Resposta "B"

1. instrutor/supervisor apresenta aos alunos o material utilizado para curativos e solicita que os mesmos simulem uma situação de trabalho na qual este material é esterilizado. São anotados os diferentes procedimentos adotados por cada participante e comparados entre si.

2. instrutor/supervisor indaga aos alunos o motivo pelo qual optaram por um dado procedimento, levando a discussão para as "diferenças entre sujo e limpo, contaminado e estéril". A seguir os alunos observam ao microscópio diferentes tipos de microorganismos.

3. próximo passo é a leitura e discussão de texto sobre classificação dos microorganismos, cadeia de transmissão de doenças, conceito de contaminação e métodos de esterilização de material (com ênfase em forma, temperatura, tempo de exposição).

4. em seguida, os alunos, com a orientação do instrutor/supervisor, sistematizam os princípios e procedimentos para o processamento de artigos hospitalares e partem para a prática em serviço. O instrutor/supervisor indaga o porquê de cada procedimento do aluno, controlando, dessa forma, a eficiência.

Resposta "C"

1. instrutor/supervisor demonstra aos alunos os métodos de esterilização de material hospitalar, enfatizando os aspectos de limpeza, preparo e acondicionamento de materiais, tempo e formas de exposição, temperatura adequada, etc.

2. instrutor/supervisor projeta para os alunos um filme demonstrando as diferentes técnicas de esterilização de artigos hospitalares, reforçando cada etapa dos procedimentos e a seqüência correta dos passos.

3. os alunos repetem todos os passos de cada técnica até que sejam capazes de reproduzir com fidelidade e segurança todas as operações requeridas para tornar os materiais efetivamente estéreis.

4. os alunos de melhor desempenho passam a colaborar com o instrutor demonstrando as técnicas utilizadas até que todo o grupo seja capaz de reproduzir os passos seqüenciais.

Ao final da leitura, o coordenador/facilitador solicita aos subgrupos que escolham um relator que irá se responsabilizar pelo registro e apresentação em plenária das conclusões do grupo, a partir do seguinte roteiro orientador da discussão:

- Analise as três respostas apresentadas, procurando compará-las e distinguindo suas diferenças no que diz respeito ao papel do instrutor/supervisor e ao papel do aluno no processo.
- Identifique qual o conceito de aprendizagem que orienta cada uma das respostas.
- Escolha a resposta que você considera mais adequada para a resolução do problema e justifique.

As apresentações em plenária possibilitarão o debate ampliado, visando à conclusão dos participantes acerca do modelo pedagógico mais adequado à proposta de educação em saúde que desenvolve conhecimentos e valores necessários ao autocuidado e o compromisso com a coletividade. Nesse processo, a atuação do(s) coordenador(es) é fundamental para garantir o respeito mútuo às diferentes opiniões e a problematização/aprofundamento das questões que levam à desconstrução dos conceitos preestabelecidos, paradoxos e contradições sempre presentes em nossa prática profissional.

5.5.5 Planejamento: para quê? com quem? como?

a) Objetivos:

- Favorecer a integração do grupo.
- Trabalhar conceitos e valores associados ao processo de planejamento participativo.

b) Material:

- Sucata diversa (caixas de papelão, vasilhames, retroses de linha vazios, latas de refrigerante, garrafas PET, frascos de soro fisiológico, pedaços de lã e barbante, retalhos de pano, couro, feltro, botões, ferragens etc.);
- Papéis coloridos;
- Cartolinas;
- Jornais e revistas;
- Cola, tesoura, régua;
- Canetas pilot, lápis de cera, lápis de cor;

c) Descrição:

Construção com sucata – cada subgrupo formado deverá realizar a tarefa de construir um objeto com sucata. O objeto a ser construído, os materiais que serão utilizados e a forma de construção serão da escolha de cada subgrupo. Os materiais não serão, contudo, disponibilizados de forma uniforme. A coordenação não fará nenhuma orientação no sentido de estimular que haja o intercâmbio, mas os grupos poderão decidir por fazê-lo.

Após a conclusão da confecção dos objetos, cada subgrupo apresentará a sua produção em plenária, falando sobre a sua experiência. O coordenador deve garantir que sejam evidenciados aspectos a serem relacionados posteriormente ao processo de planejamento: Como decidiram qual objeto fazer? Foi fácil chegar a um consenso? Como foi feita a defesa das propostas? Como escolheram os materiais? Houve intercâmbio de materiais com outros grupos? Como foi o processo de negociação? E a qualidade do resultado? Correspondeu às expectativas? O que interferiu nesse processo?...

Concluir com o grupo a correlação com o processo de trabalho: Por que planejar? Com quem? Quais são as etapas?

5.5.6 Que será que é?[8]

a) Objetivos:

- Descobrir o processo de conhecimento, que se faz através de análise e síntese.

• Tomar consciência da possibilidade de se criar conhecimento, a partir de experiências vividas.

• Identificar os processos mentais utilizados pelo homem ao produzir conhecimento, embasados na realidade concreta.

• Discutir as interfaces do processo ensino-aprendizagem no trabalho de cada um.

b) Descrição:

O coordenador solicita que cada um escreva na folha de papel que lhe foi entregue tudo o que sabe sobre as palavras ali escritas.

Após alguns minutos, subdivide os participantes em grupos de em média cinco participantes e solicita que todos juntos tentem lembrar tudo o que sabem sobre as "palavras-chave" escritas em seus papéis.

Cada grupo deve anotar em folhas grandes todos os conceitos conhecidos e/ou sugeridos ou formar um conceito único. Tudo o que for lembrado e/ou associado deve ser anotado, no período de quinze minutos.

Esgotado o tempo, o relator de cada grupo apresenta as conclusões das discussões, anotadas na folha de papel.

Após o relato de todos os grupos, o coordenador apresentará os significados e conceitos das "palavras-chave", colhidos literalmente de uma fonte científica atual. Exemplo: do dicionário Aurélio.

A partir desse momento, o coordenador debaterá com todos os participantes os processos utilizados pelos grupos para conhecer as "palavras-chave" e comparar as semelhanças e diferenças das conclusões dos diferentes grupos. Todos juntos identificam o que cada participante e cada subgrupo conhece sobre o "que será que é". De onde começaram, para onde foram. Qual o caminho que cada um percorreu. Como cada um obteve o conhecimento sobre as palavras analisadas, procurando reconstruir o todo.

Concluir, refletindo sobre o que aconteceu com cada pessoa no subgrupo e com todos no grupo inteiro durante o processo vivenciado, tirando conclusões sobre o processo de aprendizagem e a construção/reconstrução do conhecimento.

Explicitar que o conhecimento é socialmente construído e a sua reconstrução é uma ação coletiva que contém o individual.

Refletir sobre o processo vivenciado e o dia-a-dia de cada um, no seu trabalho, em especial na socialização do conhecimento sobre saúde/doença.

Cuidados/Dicas:

• Neste jogo, o coordenador atua como alguém que introduz a tarefa e controla suas etapas.

• O coordenador deve observar os grupos durante o "jogo" e anotar as falas dos relatores que possam facilitar a sistematização a seguir.

• O coordenador deve ter muito claros os pontos que deseja abordar relativos ao "processo de produção do conhecimento". Sugere-se, para sua maior segurança, consultar a bibliografia sobre o assunto em questão.

5.5.7 Roteiro de leitura

Esta não é uma dinâmica propriamente dita, mas um recurso que pode ser utilizado em qualquer oficina ou dinâmica que inclua leitura de textos.

a) Objetivo:

Desenvolver a habilidade de analisar textos técnicos e teóricos.

b) Material:

• Folhas grandes de papel madeira ou papel branco ou flip-chart;

• Pincéis atômicos;

• Fita crepe ou adesiva no caso de não ser flip-chart;
• Cópias individuais do texto que se deseja trabalhar;
• Roteiro de questões;

c) Descrição:

1. Peça para que, em pequenos grupos, as pessoas façam a leitura do texto indicado, orientada pelo roteiro de questões. Cada grupo prepara uma apresentação para o grande grupo, também de acordo com o roteiro.

2. Comente os resultados das apresentações e estimule o debate no grande grupo sobre as questões levantadas na apresentação.

Roteiro para leitura e apresentação:

1. Leiam o texto em voz alta, interrompendo a leitura e debatendo dúvidas e divergências sempre que o grupo achar necessário.

2. Identifiquem no texto as seguintes questões:
• O que não é novidade para o grupo?
• Onde essas questões já foram debatidas?
• O que é novidade para o grupo? Por quê?
• Quais questões ou aspectos do texto parecem mais interessantes e importantes para o grupo? Justifiquem.
• De que maneira as informações e análises contidas no texto se articulam com a sua vida cotidiana?

3. Organizem a apresentação para o grande grupo obedecendo a seguinte ordem:
• Explanação geral sobre o conteúdo do texto.
• Resultados do debate no pequeno grupo.
• Questões importantes para debater com o grande grupo.

Cuidados/Dicas:
• Escolha textos com os quais você tenha muita familiaridade.
• Você pode trabalhar com um mesmo texto para todos os grupos. Neste caso, não é necessário que o grupo faça uma explanação geral sobre o conteúdo do texto. Isso só se torna necessário quando se trabalha com textos diferentes para cada grupo ou com partes de um mesmo texto para cada grupo.

5.6 Sugestões de dinâmicas para trabalhar fatores de risco e agravos correlacionados à saúde bucal

5.6.1 Criando o restaurante "Saúde e sabor"[9]

a) Objetivo:

Sensibilizar as pessoas para a adoção de bons hábitos alimentares com ênfase especial nos portadores de diabetes.

b) Descrição:

Exibir o vídeo sobre diabetes da Série Viva Legal. Em seguida, formar três a quatro grupos, cada qual com seis integrantes – um dos quais terá a função de relator, devendo anotar todas as idéias surgidas no grupo. Cada participante deve fazer um pequeno comentário sobre o aspecto do vídeo que achou mais interessante. A seguir, cada membro propõe uma composição de alimentos saudáveis e gostosos, que podem fazer parte de um almoço ou jantar. Assim, cada grupo produzirá seis cardápios. Todas as sugestões devem ser também adequadas para pacientes diabéticos.

A seguir, o coordenador divide o quadro em seis colunas e anota as sugestões apresentadas. Os participantes devem fazer comentários, excluindo, obviamente, as sugestões repetidas. Se for o caso, devem criar novas combinações. É interessante também estimular os participantes a conversarem sobre sugestões a respeito de como auxiliar os familiares e amigos no que diz respeito à prevenção e controle do diabetes. Ao final, a turma monta um cardápio, cuja cópia os integrantes poderão levar para suas casas para mostrar a seus familiares e conversar sobre a atividade realizada.

5.6.2 Revendo preconceitos sobre a pessoa idosa através da dramatização [10]

a) Objetivo:

Discutir a respeito de sentimentos e concepções acerca do envelhecimento e da pessoa idosa, contribuindo para o convívio intergeracional.

b) Descrição:

Primeira fase: O coordenador do grupo conta um caso. Exemplo: um neto não quer mais visitar o avô, porque acha que ele é uma pessoa sem graça, que não consegue mais jogar bola, etc. O avô procura o neto para saber por que este não vem mais visitá-lo.

Segunda fase: Os participantes são divididos em grupos de três pessoas. Em cada grupo, um faz o papel do avô outro, o papel do neto; e o terceiro fica observando a conversa que acontece entre os dois. Os papéis são trocados, de forma que cada participante interpreta os três papéis.

Terceira fase: Os pequenos grupos são desfeitos e o coordenador discute com os participantes o que acharam da experiência, que sentimentos foram despertados na vivência de cada um dos papéis e em que aspectos a situação se parece com a vida real.

Observação: várias adaptações podem ser feitas conforme o coordenador julgue pertinente: pode escolher propor diferentes situações para que cada subgrupo dramatize uma situação diferente para os seus companheiros, a fim de discutir essas experiências no final; pode lançar mão de “alter egos”, de modo que os observadores assumam a função de auxiliar os “atores” no desempenho de seus papéis; e tantas outras possibilidades que os objetivos da atividade, as características do grupo e a criatividade da equipe permitirem!

5.6.3 Inventário de pontos positivos e negativos para se ter uma boa saúde[11]

a) Objetivo:

Refletir sobre o próprio modo de vida e seus efeitos sobre a saúde.

b) Descrição:

Primeira fase: Os participantes recebem uma folha de papel. Nela, cada um anota, no lado esquerdo, o que, em seu modo de vida, lhe ajuda a ter boa saúde. E no lado direito, o que lhe prejudica a saúde.

Segunda fase: No quadro, o coordenador dos trabalhos listará, de um lado, todos os pontos positivos apresentados pelos grupos; de outro, todos os pontos negativos.

Terceira fase: Os participantes são divididos em grupos de até seis pessoas, que irão classificar, por ordem de importância, as listas de pontos positivos e negativos. Em seguida, irão discutir que mudanças no modo de vida são mais importantes para tornar a vida mais saudável. Cada grupo deve escolher um relator, que ficará encarregado de anotar as respostas do grupo.

Quarta fase: Os grupos se desfazem e cada relator lê, para todos os integrantes, as conclusões do grupo. Ao final, os participantes debatem as conclusões e aprovam um plano de mudança no modo de vida, considerando o tempo que levarão para iniciar e firmar o novo hábito.

5.6.4 Medindo as atividades físicas[12]

a) Objetivo:

Verificar se as pessoas praticam atividade física regular e suficiente, discutindo as possibilidades e condições de melhorias, quando for necessário.

b) Descrição:

Primeira fase:

O coordenador solicita aos participantes que anotem, numa folha, as atividades físicas que praticam e quanto tempo gastam com a mesma por dia e por semana. A folha já deve conter previamente uma lista de atividades físicas, com colunas para registrar o tempo gasto por dia e por semana.

Segunda fase:

A turma é dividida em pequenos grupos de até seis pessoas, que analisarão as respostas e julgarão se a atividade física praticada é suficiente ou insuficiente. Cada grupo indica um relator para anotar as conclusões.

Terceira fase:

Os grupos são desfeitos e cada relator passa a ler as respostas do grupo para os demais. No final, os resultados são debatidos e obtidas as conclusões sobre como a situação pode ser melhorada.

5.7 Exemplos de instrumentos e técnicas de avaliação das ações educativas

5.7.1 Ficha-avaliação diária[13]

Avaliação do Dia

Data: _____/_____/_____

Complete com um X o campo que reflita a sua opinião sobre o dia de hoje
(1 = muito deficiente; 5 = excelente)

Indicadores de avaliação	1	2	3	4	5
Tema					
Aula teórica					
Trabalho em grupo					
Plenária/Debate					
Dinâmicas utilizadas					
Material de apoio					
Facilitador/Professor					
Outro (especificar):					
Outro (especificar):					
Outro (especificar):					
Outro (especificar):					

Quanto ao(s) tema(s) discutido(s) no dia de hoje, assinale os aspectos que necessitam de maior discussão/aprofundamento: _____

_____

_____

Observações:

• Este tipo de avaliação requer espaço de tempo no dia seguinte para sanar as dúvidas que possam atrapalhar a continuidade do curso/treinamento.

• As dúvidas individuais podem ser trabalhadas à parte.

5.7.2 Ficha-avaliação de curso/treinamento

Avaliação do curso

1. O curso atingiu a sua expectativa inicial?

( ) Sim
( ) Parcialmente
( ) Não
( ) Não sei

2. A organização do curso em relação a tempo, local, material, metodologia e textos de apoio foi:

	Adequada	Parcialmente adequada	Inadequada	Não sei
Tempo				
Local				
Material				
Metodologia				
Textos de apoio				

3. Dê uma nota de 1 a 5 para sua participação no grupo:

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

4. Dê uma nota de 1 a 5 para a atuação dos instrutores durante o curso:

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

5. O que você mais gostou no curso?

_____
_____
_____

6. O que você acrescentaria ou mudaria para os próximos cursos?

_____
_____
_____

5.7.3 Questionário-avaliação de resultados[15]

Obs.: Sugerimos o envio desse questionário, juntamente com um envelope selado, após um intervalo de tempo (de três a seis meses) determinado pela coordenação do curso.

Prezado _____,
Para melhor avaliação dos resultados obtidos no Curso de Educação em Saúde Bucal, pedimos que você preencha o questionário abaixo. Desta forma, estaremos trabalhando para melhor avaliação e percepção do impacto de nossas atividades após o curso.
Favor enviar esse questionário preenchido para o endereço abaixo:
(endereço da Unidade Operacional do SESC responsável pela coordenação do curso)

1. Você teve facilidade de implantar o projeto de educação em saúde bucal no seu local de trabalho?
( ) sim ( ) não ( ) parcialmente

Por quê?

_____
_____

2. Caso você não tenha conseguido, descreva as ações que você tentou realizar para aplicar a abordagem educativa em saúde bucal.

_____
_____

3. A partir das suas atividades diárias, qual(quais) foi(foram) o(s) tema(s) abordado(s) durante o curso que você mais utilizou dentro da sua função profissional?

_____
_____

4. O que faltou no curso para que você pudesse melhorar o seu trabalho?

_____
_____

5. Você melhorou o seu desempenho profissional após o curso? Comente.
( ) sim ( ) não ( ) em parte

_____
_____

Espaço para outros comentários:

_____
_____
_____

5.7.4 A bolsa de surpresas[16]

a) Objetivos:
- Avaliar a compreensão dos conteúdos trabalhados durante a atividade.
- Identificar aspectos dos conteúdos que ainda precisam ser tratados.
- Relembrar os conteúdos trabalhados.

b) Material:
- Papel;

• Lápis ou caneta;
• Sacola;

c) Descrição:

Os coordenadores preparam perguntas para avaliar uma atividade, anotando-as em tiras de papel para que sejam colocadas em uma sacola.

No grupo, cada participante tira uma pergunta da sacola e a responde imediatamente, passando a sacola para outra pessoa a seu lado. Os outros participantes do grupo podem opinar sobre as respostas de cada um.

Ao final, faz-se um resumo de tudo que surgiu na avaliação – tanto o que ajudou (o que foi positivo) no encontro, como o que poderia ter sido diferente (o que foi negativo).

Dicas/Comentários:

• Os coordenadores podem solicitar que participantes do grupo também elaborem perguntas para serem colocadas na sacola.

• Pode-se incentivar os participantes a colocarem perguntas engraçadas a fim de tornar a avaliação mais divertida.

5.7.5 A barca

a) Objetivos:

• Avaliar o grau de satisfação.
• Recolher críticas e sugestões dos(as) participantes com relação à atividade educativa.

b) Material:

• Papel pardo ou jornal para confeccionar a barca.

c)Descrição:

O coordenador deverá confeccionar um barco com papel pardo ou jornal.

Os participantes ficarão em círculo (em pé ou sentados) e o coordenador estimulará a que todos reflitam sobre tudo o que aconteceu durante o encontro.

Após alguns minutos, o coordenador pedirá que cada um “coloque” na barca uma coisa de que gostou na oficina (uma qualidade) e que “retire” alguma coisa que incomodou (um defeito), circulando a barca por todos os participantes.

As colocações dos participantes deverão ser registradas para subsidiar a avaliação do encontro.

5.7.6 Trinca de ás

a) Objetivos:

• Avaliar a compreensão dos conteúdos trabalhados durante a atividade.
• Identificar aspectos dos conteúdos que ainda precisam ser tratados.
• Relembrar os conteúdos trabalhados.

b) Material:

• Tarjetas de papel ou cartolina;
• Pincéis atômicos de diferentes cores;
• Fita adesiva ou fita-crepe;
• Roteiro de avaliação.

c) Descrição:

1. Peça para que, em grupos de três, as pessoas respondam ao roteiro de questões da seguinte maneira: a primeira pessoa tem até um minuto para responder a primeira questão e, em seguida, as outras completam a resposta com o que falta.
2. Peça para que escrevam cada resposta em uma tarjeta, numerando-as de acordo com cada questão.
3. Coloque as tarjetas na parede e estimule o debate no grande grupo, corrigindo eventuais erros de conteúdo.
4. Comente o resultado geral da avaliação.

Dicas/Comentários:

• Não estimule a competição entre os trios, mas enfatize o modo como as questões foram compreendidas por cada um.

• Comente as respostas, reforçando os conteúdos e acrescentando informações importantes que estiverem ausentes.

Sugestões de leitura sobre os assuntos tratados neste capítulo:

ALVES, Rubem. Conversas com quem gosta de ensinar. São Paulo: Papirus Campinas, 2000.

_____. A alegria de ensinar. São Paulo: Papirus. Campinas, 2002.

ANTUNES, Celso. Manual de técnicas de dinâmica de grupo. Rio de Janeiro: Vozes. Petrópolis, 1999.

BENEVIDES, I. Viagem pelos caminhos do coração. Uma abordagem em verso e prosa sobre as possibilidades e limites do Programa de Saúde da Família. In: VASCONCELOS, Eymard (org.): A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo: Hucitec, 2001.

CASTILHO, Áurea. A Dinâmica do Trabalho de Grupo. Qualitymark, 1999.

FRITZEN, Silvino José. Exercícios práticos de dinâmica de grupo. Rio de Janeiro: Vozes. Petrópolis, 1999.

GONÇALVES, Ana Maria; PERPÉTUO, Susan Chiode. Dinâmica de grupos na formação de lideranças. Rio de Janeiro: DP&A editora, 1998.

MILITÃO, Abejenor e MILITÃO, Rose. S.O.S. dinâmica de grupo. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.

MILITÃO, Rose. Jogos, dinâmicas e vivências grupais. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.

MINICUCCI, Agostinho. Dinâmica de grupo – Teorias e sistemas. Atlas, São Paulo, 1999.

OPAS/OMS. Escuelas promotoras de salud: modelo y guía para la acción. Desarrollo y fortalecimiento de los sistema locales de salud. OPAS/OMS, 1996.

PORTELLA, Ana Paula e GOUVEIA, Taciana. Idéias e dinâmicas para trabalhar com gênero. Recife: SOS Corpo, 1999.

SCHALL, Virgínia. Alfabetizando o corpo: o pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em saúde. Cad. Saúde Pública, 1999, vol.15 supl.2, p.149-159.

STRUCHINER, Miriam, VIEIRA, Alexandre Rezende e RICCIARDI, Regina Maria Vieira. Análise do conhecimento e das concepções sobre saúde oral de alunos de odontologia: avaliação por meio de mapas conceituais. Cad. Saúde Pública, 1999, vol.15 supl.2, p.55-68.

WILLIAMS, Suzanne; SEED, Janet e MWAU, Adelina. Manual de formação em gênero da Oxfam. Recife, OXFAM GB/SOS Corpo, 1999.

Sugestões de filmes e vídeos

Patch Adams – o amor é contagioso (direção de Tom Shadyac) – No ambiente silencioso e esterilizado de um hospital, um palhaço com sapatos gigantescos e um enorme nariz vermelho surge pela porta

Os pacientes que se cuidem... Rir é contagioso. A história real de Patch, paciente e, mais tarde, médico de uma instituição para doentes mentais, celebra o triunfo da busca insistente por um ideal. Utilizando métodos nada convencionais e surpresas incríveis para aplacar a ansiedade dos pacientes, Patch foi o pioneiro na idéia, até então radical, de que os médicos devem tratar as pessoas, e não apenas a doença. Compaixão, envolvimento e empatia têm tanto valor quanto remédios e avanços tecnológicos.

Janela da alma (direção de João Jardim e Walter Carvalho) – Tem como subtítulo: Um filme sobre o olhar. O filme vai se compondo com estórias e histórias entrelaçadas e muitas vezes complementares através dos depoimentos de 19 pessoas, falando de seus dramas, de suas vidas e de como a visão se encaixa nestas histórias, de como ela é importante na inclusão pessoal no mundo e de como o mundo acaba moldando essa visão.

Diários de motocicleta (direção de Walter Salles) – Adaptação para os cinemas do diário de Che Guevara, antes de se tornar líder revolucionário, em viagem de moto pela América, ainda estudante de medicina especializando-se em leprologia e que terminou por mudar os rumos de sua vida. Inicialmente, a viagem era uma aventura de dois amigos, mas pouco a pouco Ernesto e Alberto descobriram a realidade social e política do continente em que viviam, e isso muda completamente o tom da jornada e quem eles viriam a se tornar.

Sugestões de músicas:

Comida, de Arnaldo Antunes/Sérgio Brito/Marcelo Fromer
É, de Gonzaguinha
Tocando em frente, de Almir Sater e Renato Teixeira
Paciência, de Lenine e Dudu Falcão
Eu apenas queria que você soubesse, de Gonzaguinha
Coração tranqüilo, de Walter Franco
Gente, de Caetano Veloso

Anexos

Anexo I
Exemplo de matriz lógica para elaboração da programação de educação em saúde bucal

Anexo II
Proposta de matriz para estimativa de necessidades de ações de educação em saúde bucal, por grupo populacional e tipo de atividade

Anexo III
Proposta de matriz para estimativa da capacidade potencial de oferta de atividades educativas em saúde bucal por categoria funcional

Anexo IV
Proposta de matriz para programação das atividades de educação em saúde bucal de acordo com as prioridades pactuadas, considerando as necessidades locais e a capacidade potencial instalada

Anexo V
Instruções para o auto-exame da boca

Anexo VI
Esquema para mapeamento dos dentes

Anexo VII
Planilha para controle da escovação supervisionada

Anexo VIII
Planilha para controle de tratamento fluoterápico

ANEXO I

EXEMPLO DE MATRIZ LÓGICA PARA ELABORAÇÃO
DA PROGRAMAÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Linha programática: **Infância** População-alvo: **gestantes, bebês e crianças até 11 anos de idade**

Fatores protetores e fatores de risco		
Biológicos	**Estilo de Vida**	**Condições de Vida**
a) Placa bacteriana. b) Processo desmineralização/ remineralização. c) Capacidade de recomposição do pH. d) Presença constante de flúor na superfície dentária. e) Exposição a fatores de risco próprios da fase.	a) Autocuidado: escovação; uso do fio dental; adoção de dieta não-cariogênica. b) Contexto familiar e sócio-cultural. c) Informação/ conhecimento. d) Auto-estima. e) Oportunidades para fazer escolhas.	a) Fluoretação da água de abastecimento público. b) Infra-estrutura sanitária básica. c) Tipo de moradia. d) Renda familiar. e) Acesso aos serviços de saúde e educação. f) Organização dos serviços de saúde.

Objetivos
a) Instrumentalizar as crianças para a adoção de medidas de prevenção à cárie. b) Reforçar a auto-estima e o autocuidado. c) Familiarizar as crianças com a clínica odontológica, visando reduzir sentimentos de ansiedade e medo com relação ao atendimento e processo de tratamento. d) Desenvolver competências e habilidades de pais e familiares para que favoreçam que as crianças desenvolvam hábitos de autocuidado para prevenção da cárie. e) Instrumentalizar gestantes para os cuidados no pré-natal e no 1º ano de vida do bebê para a garantia da saúde bucal. f) Capacitar professores e profissionais envolvidos no cuidado de crianças para implantação de mudanças organizacionais, supervisão e execução de atividades voltadas para a prevenção da cárie no cotidiano das instituições de ensino.

Atividades	
COM A CLIENTELA DA CLÍNICA ODONTOLÓGICA a) Oficina inicial com pais e familiares das crianças que serão atendidas. b) Visita orientada para que as crianças conheçam a clínica odontológica e façam o primeiro contato com a equipe de saúde bucal. c) Escovação supervisionada, no escovódromo, com auxilio de materiais de apoio, tais como modelos anatômicos e fantoches. d) Oficinas, atividades lúdicas, dinâmicas de grupo e demais recursos interativos, trabalhando conhecimentos e habilidades associados à prevenção da cárie. e) Cursos ou oficinas para gestantes, abordando orientações sobre os cuidados no pré-natal e no 1º ano de vida do bebê para garantia da saúde bucal.	COM CLIENTELA E USUÁRIOS, NO SESC E NA COMUNIDADE a) Capacitação de professores de escolas do Sesc e da comunidade. b) Oficinas, atividades lúdicas, dinâmicas de grupo e demais recursos interativos, com alunos da Educação infantil, das escolas do Sesc e da comunidade, trabalhando conhecimentos e habilidades associadas à prevenção da cárie. c) Implantação do Programa de Saúde Bucal Escolar nas Unidades com Educação Infantil e escolas do Sesc. d) Cursos ou oficinas para gestantes, abordando orientações sobre os cuidados no pré-natal e no 1º ano de vida do bebê para garantia da saúde bucal. e) Participação em campanhas junto à comunidade, desenvolvendo ações educativas voltadas para a sensibilização de crianças e familiares quanto à adoção de medidas individuais e coletivas de prevenção à cárie.

Indicadores	
DE PROCESSO: a) Proporção de crianças atendidas na clínica odontológica que participa das ações de educação em saúde. b) Proporção de casos conhecidos/ existentes (crianças, pais e familiares) que necessita de ações complementares que favoreçam a saúde bucal das crianças e que participou dos programas específicos de educação em saúde. c) Proporção de professores das escolas participantes do programa que freqüentou as ações de capacitação. d) Proporção de gestantes das empresas atendidas que participou de cursos ou oficinas de caráter específico para essa fase.	DE RESULTADO: a) Proporção de crianças atendidas que demonstrou conhecer os fatores de risco e fatores protetores associados ao processo saúde-doença cárie. b) Proporção de crianças atendidas que demonstrou ter desenvolvido habilidades relacionadas à escovação dos dentes, alcançando melhores resultados quanto a deplacagem. c) Proporção de crianças atendidas que reduziu os índices de placa visível e de sangramento gengival. d) Proporção de pais e familiares atendidos que demonstra ter ampliado seu conhecimento acerca dos fatores de risco e fatores protetores associados ao processo saúde-doença cárie. e) Proporção de pais e familiares atendidos que demonstra ter desenvolvido habilidades relacionadas à escovação supervisionada. f) Proporção de gestantes atendidas que demonstra ter ampliado seu conhecimento e desenvolvido habilidades relacionadas aos cuidados no pré-natal e no 1º ano de vida do bebê para garantia da saúde bucal. g) Proporção de profissionais de instituições escolares atendidos que demonstra ter ampliado seu conhecimento acerca dos fatores de risco e fatores protetores associados ao processo saúde-doença cárie. h) Proporção de profissionais de instituições escolares atendidos que implantou mudanças organizacionais e/ou institucionalizou processos voltados para a saúde bucal dos alunos.

Linha programática: **Adolescência** População-alvo: **jovens de 12 a 18 anos de idade**

Fatores protetores e fatores de risco		
Biológicos	**Estilo de Vida**	**Condições de Vida**
a) Placa bacteriana. b) Processo desmineralização/ remineralização. c) Capacidade de recomposição do pH. d) Presença constante de flúor na superfície dentária. e) Exposição a fatores de risco próprios da fase.	a) Autocuidado: escovação; uso do fio dental; adoção de dieta não-cariogênica. b) Contexto familiar e sociocultural. c) Informação/conhecimento. d) Auto-estima. e) Oportunidades para fazer escolhas.	a) Fluoretação da água de abastecimento público. b) Infra-estrutura sanitária básica. c) Tipo de moradia. d) Renda familiar. e) Acesso aos serviços de saúde e educação. f) Organização dos serviços de saúde.

Objetivos

a) Instrumentalizar os adolescentes para a adoção de medidas de prevenção à cárie e doenças da gengiva.
b) Reforçar a auto-estima e o autocuidado.
c) Familiarizar os escolares com a clínica odontológica, visando reduzir sentimentos de ansiedade e medo com relação a atendimento e processo de tratamento.
d) Sensibilizar e instrumentalizar os adolescentes para que se engajem em ações de cuidado à saúde bucal no meio escolar e no contexto comunitário.
e) Desenvolver competências e habilidades de pais e familiares para que favoreçam que os adolescentes desenvolvam hábitos de autocuidado para prevenção das doenças bucais.
f) Capacitar professores e profissionais envolvidos no cuidado de adolescentes para implantação de mudanças organizacionais, supervisão e execução de atividades voltadas para a prevenção da cárie no cotidiano das instituições de ensino.

Atividades	
COM A CLIENTELA DA CLÍNICA ODONTOLÓGICA a) Oficina inicial com pais e familiares dos adolescentes que serão atendidos. b) Visita orientada para que os escolares conheçam a clínica odontológica e façam o primeiro contato com a equipe de saúde bucal. c) Escovação supervisionada, no escovódromo, com auxílio de materiais de apoio, tais como modelos anatômicos. d) Oficinas, atividades lúdicas, dinâmicas de grupo e demais recursos interativos, trabalhando conhecimentos e habilidades associados à prevenção das doenças bucais. e) Cursos ou oficinas para capacitação de agentes multiplicadores de saúde no meio escolar e no entorno comunitário.	COM CLIENTELA E USUÁRIOS, NO SESC E NA COMUNIDADE a) Capacitação de professores de escolas do SESC e da comunidade. b) Oficinas, atividades lúdicas, dinâmicas de grupo e demais recursos interativos, com alunos das escolas do SESC e da comunidade, trabalhando conhecimentos e habilidades associadas à prevenção das doenças bucais. c) Implantação do Programa de Saúde Bucal Escolar nas escolas do SESC. d) Cursos ou oficinas para capacitação de agentes multiplicadores de saúde no meio escolar e no entorno comunitário. e) Participação em campanhas junto à comunidade, desenvolvendo ações educativas voltadas para a sensibilização de adolescentes e familiares quanto a adoção de medidas individuais e coletivas de prevenção às doenças bucais.

Indicadores	
DE PROCESSO: a) Proporção de adolescentes atendidos na clínica odontológica que participam das ações de educação em saúde. b) Proporção de casos conhecidos/existentes (adolescentes, pais e familiares) que necessitam de ações complementares que favoreçam a saúde bucal dos adolescentes e que participaram dos programas específicos de educação em saúde. c) Proporção de professores das escolas participantes do programa que freqüentaram as ações de capacitação.	DE RESULTADO: a) Proporção de adolescentes atendidos que demonstraram ter ampliado o conhecimento acerca dos fatores de risco e fatores protetores associados ao processo saúde–doença bucal. b) Proporção de adolescentes atendidos que demonstraram ter desenvolvido habilidades relacionadas à escovação dos dentes, alcançando melhores resultados quanto à deplacagem. c) Proporção de adolescentes atendidos que reduziram os índices de placa visível e de sangramento gengival. d) Proporção de pais e familiares atendidos que demonstram ter ampliado seu conhecimento acerca dos fatores de risco e fatores protetores associados ao processo saúde–doença bucal. e) Proporção de profissionais de instituições escolares atendidos que demonstram ter ampliado seu conhecimento acerca dos fatores de risco e fatores protetores associados ao processo saúde–doença bucal. f) Proporção de profissionais de instituições escolares atendidos que implantaram mudanças organizacionais e/ou institucionalizaram processos voltados para a saúde bucal dos alunos. g) Proporção de escolares atendidos em ações de capacitação/ formação de agentes multiplicadores que se engajaram em projetos implementados no contexto escolar.

Linha programática: **Adultice e maturidade** População-alvo: **adulto jovem (19 a 39 anos) e meia idade (40 a 59 anos).**

Fatores protetores e fatores de risco		
Biológicos	**Estilo de Vida**	**Condições de Vida**
a) Placa bacteriana. b) Processo desmineralização/ remineralização. c) Capacidade de recomposição do pH. d) Presença constante de flúor na superfície dentária. e) Exposição a fatores de risco próprios da fase.	a) Autocuidado: escovação; uso do fio dental; adoção de dieta não-cariogênica. b) Contexto familiar e sociocultural. c) Informação/conhecimento. d) Auto-estima. e) Oportunidades para fazer escolhas.	a) Fluoretação da água de abastecimento público. b) Infra-estrutura sanitária básica. c) Tipo de moradia. d) Renda familiar. e) Acesso aos serviços de saúde e educação. f) Organização dos serviços de saúde.

Objetivos

a) Instrumentalizar os sujeitos para a adoção de medidas de prevenção à cárie e às doenças da gengiva.
b) Reforçar a auto-estima e o autocuidado.
c) Sensibilizar e instrumentalizar os sujeitos para que se engajem em ações de cuidado à saúde bucal no local de trabalho e no contexto comunitário.
d) Desenvolver competências e habilidades para o controle de fatores de risco comuns à saúde bucal e à saúde geral.
e) Difundir informações sobre a existência e as formas de acesso aos serviços de referência na comunidade para realização de tratamento odontológico e de doenças de fatores de risco comuns.
f) Contribuir para iniciativas coletivas que visam garantir as condições ambientais propícias à manutenção de hábitos que favoreçam a saúde bucal.

Atividades	
COM A CLIENTELA DA CLÍNICA ODONTOLÓGICA a) Oficina inicial de diagnóstico participativo. b) Escovação supervisionada, no escovódromo, com foco na orientação indivi-dualizada acerca das condições de saúde bucal e das habilidades para garantia da deplacagem. c) Oficinas, atividades lúdicas, dinâmicas de grupo e demais recursos interativos, trabalhando conhecimentos e habilidades associados à prevenção das doenças bucais. d) Grupos de apoio mútuo voltados para portadores de diabetes e hipertensão arterial. e) Oficinas de meditação, relaxamento e alongamento para a clientela que tem estresse como fator de risco associado às doenças bucais.	COM CLIENTELA E USUÁRIOS, NO SESC E NA COMUNIDADE a) Oficinas, atividades lúdicas, dinâmicas de grupo e demais recursos interativos, trabalhando conhecimentos e habilidades associados à prevenção das doenças bucais. b) Cursos ou oficinas para capacitação de agentes multiplicadores de saúde para atuação no local de trabalho e no entorno comunitário. c) Participação em campanhas junto à comunidade, desenvolvendo ações educativas voltadas para a sensibilização quanto à adoção de medidas individuais e coletivas de prevenção às doenças bucais. d) Participação em campanhas para difusão de informações sobre a existência e as formas de acesso aos serviços de referência na comunidade para realização de tratamento odontológico. e) Grupos de apoio mútuo voltados para portadores de diabetes e hipertensão arterial. f) Oficinas de meditação, relaxamento e alongamento para a clientela que tem estresse como fator de risco associado às doenças bucais.

Indicadores	
DE PROCESSO: a) Proporção de adultos atendidos na clínica odontológica que participam das ações de educação em saúde. b) Proporção de casos conhecidos/existentes que necessitam de ações complementares para garantia do equilíbrio do meio bucal e que participaram dos programas específicos de educação em saúde. c) Proporção de profissionais das empresas atendidas que freqüentaram as ações de capacitação.	DE RESULTADO: a) Proporção de sujeitos atendidos que demonstraram ter ampliado o conhecimento acerca dos fatores de risco e fatores protetores associados ao processo saúde–doença bucal. b) Proporção de sujeitos atendidos que demonstraram ter desenvolvido habilidades relacionadas à escovação dos dentes, alcançando melhores resultados quanto à deplacagem. c) Proporção de sujeitos atendidos que reduziram os índices de placa visível e de sangramento gengival. d) Proporção de sujeitos atendidos em ações de capacitação/ formação de agentes multiplicadores nos locais de trabalho que se engajaram em projetos implementados nessas organizações. e) Proporção de sujeitos atendidos que procuraram atendimento nos serviços de saúde locais de acordo com suas necessidades de tratamento de patologias passíveis de prevenção e controle. f) Proporção de sujeitos atendidos com fatores de risco comuns à saúde bucal e à saúde geral que passaram a controlar níveis tensionais e/ou níveis glicêmicos, de acordo com as necessidades apresentadas.

Linha programática: **envelhecimento** População-alvo: **idosos à partir de 69 anos de idade.**

Fatores protetores e fatores de risco		
Biológicos	**Estilo de Vida**	**Condições de Vida**
a) Placa bacteriana. b) Processo desmineralização/ remineralização. c) Capacidade de recomposição do pH. d) Presença constante de flúor na superfície dentária. e) Exposição a fatores de risco próprios da fase.	a) Autocuidado: escovação; uso do fio dental; adoção de dieta não-cariogênica. b) Contexto familiar e sociocultural. c) Informação/conhecimento. d) Auto-estima. e) Oportunidades para fazer escolhas.	a) Fluoretação da água de abastecimento público. b) Infra-estrutura sanitária básica. c) Tipo de moradia. d) Renda familiar. e) Acesso aos serviços de saúde e educação. f) Organização dos serviços de saúde.

Objetivos

a) Reforçar a auto-estima e o autocuidado.
b) Sensibilizar e instrumentalizar os sujeitos para que se engajem em ações de cuidado à saúde bucal no contexto familiar e comunitário.
c) Desenvolver competências e habilidades para o controle de fatores de risco comuns à saúde bucal e à saúde geral.
d) Difundir informações sobre a existência e as formas de acesso aos serviços de referência na comunidade para realização de tratamento odontológico e de doenças com fatores de risco comuns.
e) Contribuir para iniciativas coletivas que visam garantir as condições ambientais propícias à manutenção de hábitos que favoreçam a saúde bucal.
f) Ampliar conhecimentos e potencializar habilidades para prevenção de perdas dentárias e outras afecções da cavidade bucal (em especial as decorrentes do uso de próteses).
g) Fortalecer os laços sociais e a participação na comunidade.
h) Capacitar familiares, profissionais de diferentes áreas e agentes comunitários para atuar como cuidadores informais de idosos com ênfase nas temáticas relacionadas à saúde bucal.

Atividades	
COM A CLIENTELA DA CLÍNICA ODONTOLÓGICA a) Oficina inicial de diagnóstico participativo. b) Orientação individualizada acerca das condições de saúde bucal e das habilidades para garantia da melhoria do quadro clínico. c) Oficinas, atividades lúdicas, dinâmicas de grupo e demais recursos interativos, trabalhando conhecimentos e habilidades associados à saúde bucal. d) Grupos de apoio mútuo voltados para portadores de diabetes e hipertensão arterial. e) Atividades grupais voltadas para o estímulo e apoio à prática regular de atividade física e adoção de alimentação saudável. f) Oficinas de relaxamento, alongamento e desenvolvimento de tônus muscular.	COM CLIENTELA E USUÁRIOS, NO SESC E NA COMUNIDADE a) Oficinas, atividades lúdicas, dinâmicas de grupo e demais recursos interativos, trabalhando conhecimentos e habilidades associados à prevenção da cárie (em especial a cárie de raiz). b) Cursos ou oficinas para capacitação de familiares, profissionais de diferentes áreas e agentes comunitários para atuar como cuidadores informais de idosos com ênfase nas temáticas relacionadas à saúde bucal. c) Participação em campanhas junto à comunidade, desenvolvendo ações educativas voltadas para a sensibilização quanto à adoção de medidas individuais e coletivas de prevenção à cárie. d) Participação em campanhas para difusão de informações sobre a existência e as formas de acesso aos serviços de referência na comunidade para realização de tratamento odontológico e de doenças com fatores de risco comuns. e) Grupos de apoio mútuo voltados para portadores de diabetes e hipertensão arterial.

Indicadores	
DE PROCESSO: a) Proporção de idosos atendidos na clínica odontológica que participam das ações de educação em saúde. b) Proporção de casos conhecidos/existentes que necessitam de ações complemen-tares para melhoria do quadro clínico e que participaram dos programas específicos de educação em saúde.	DE RESULTADO: a) Proporção de sujeitos atendidos que demonstraram ter ampliado o conhecimento acerca dos fatores de risco e fatores protetores associados ao processo saúde–doença cárie. b) Proporção de sujeitos atendidos que demonstraram ter desenvolvido habilidades relacionadas à prevenção da cárie de raiz e lesões da mucosa bucal, alcançando melhorias no seu quadro clínico. c) Proporção de sujeitos atendidos em ações de capacitação/ formação que se engajaram em ações/projetos de cuidado aos idosos. d) Proporção de idosos atendidos que procuraram atendimento nos serviços de saúde locais de acordo com suas necessidades de tratamento de patologias passíveis de prevenção e controle. e) Proporção de idosos atendidos com fatores de risco comuns à saúde bucal e à saúde geral que passaram a controlar níveis tensionais e/ou níveis glicêmicos, de acordo com as necessidades apresentadas.

ANEXO II

PROPOSTA DE MATRIZ PARA ESTIMATIVA DE NECESSIDADES DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL, POR GRUPO POPULACIONAL E TIPO DE ATIVIDADE

GRUPO ALVO	ATIVIDADES PROGRAMADAS					
	Consultas Odontológicas		AÇÕES EDUCATIVAS			
			Orientações na Sala de Prevenção	Oficina Inicial	Atividades coletivas	Formação/Capacitação
FAMÍLIAS						
GESTANTES						
CRIANÇAS						
CRIANÇAS Com difícil controle dos fatores de risco para a saúde bucal						
ADOLESCENTES						
ADOLESCENTES Com difícil controle dos fatores de risco para a saúde bucal						
ADULTOS						
ADULTOS Com difícil controle dos fatores de risco para a saúde bucal						
ADULTOS Com necessidade de controle da hipertensão arterial (níveis tensionais)						
ADULTOS Com necessidade de controle do diabetes (níveis glicêmicos)						
IDOSOS						
IDOSOS Com difícil controle dos fatores de risco para saúde bucal						
IDOSOS Com necessidade de controle da hipertensão arterial (níveis tensionais)						
IDOSOS Com necessidade de controle do diabetes (níveis glicêmicos)						
PROFESSORES						
CUIDADORES DE IDOSOS						

ANEXO III

Proposta de matriz para estimativa da capacidade potencial de oferta de atividades educativas em saúde bucal por categoria funcional

PROFISSIONAL/ATIVIDADE	Rendimento (nº de atividades/ horas)	Carga horária do profissional na atividade	Capacidade potencial oferta no tempo determinado
Educador Em Saúde			
Oficina inicial			
Atividades educativas coletivas			
Programas de formação/Capacitação			
Orientações individuais			
Monitoramento do processo de trabalho			
Odontólogo			
Oficina inicial			
Atividades educativas coletivas			
Programas de formação/Capacitação			
Tratamento de patologias bucais			
Monitoramento do processo de trabalho			
THD			
Oficina inicial			
Atividades educativas coletivas			
Programas de formação/Capacitação			
Orientações na sala de prevenção			
Participação nas consultas clínicas			
Monitoramento do processo de trabalho			
ACD			
Oficina inicial			
Atividades educativas coletivas			
Programas de formação/Capacitação			
Orientações na sala de prevenção			
Apoio às consultas clínicas			
Monitoramento do processo de trabalho			

ANEXO IV

PROPOSTA DE MATRIZ PARA PROGRAMAÇÃO DAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL DE ACORDO COM AS PRIORIDADES PACTUADAS, CONSIDERANDO AS NECESSIDADES LOCAIS E A CAPACIDADE POTENCIAL INSTALADA

GRUPO ALVO	Demanda		ATIVIDADES PROGRAMADAS												
			AÇÕES EDUCATIVAS												
			Orientações na Sala de Prevenção	Oficina Inicial			Atividades coletivas				Formação/ Capacitação				
	N	C		T	P	A	T	S	P	A	T	A/H	P	A
FAMÍLIAS															
GESTANTES															
CRIANÇAS															
CRIANÇAS Com difícil controle dos fatores de risco para a saúde bucal															
ADOLESCENTES															
ADOLESCENTES Com difícil controle dos fatores de risco para a saúde bucal															
ADULTOS															
ADULTOS Com difícil controle dos fatores de risco para a saúde bucal															
ADULTOS Com necessidade de controle da hipertensão arterial (níveis tensionais)															
ADULTOS Com necessidade de controle do diabetes (níveis glicêmicos)															
IDOSOS															
IDOSOS Com difícil controle dos fatores de risco para saúde bucal															
IDOSOS Com necessidade de controle da hipertensão arterial (níveis tensionais)															
IDOSOS Com necessidade de controle do diabetes (níveis glicêmicos)															
PROFESSORES															
CUIDADORES DE IDOSOS															

N = número; **C** = cobertura; **T** = turnos (ou turmas, no caso dos cursos de formação/capacitação);
S = sessões; **P** = participantes; **A** = atendimentos
Na coluna de atividades coletivas deverão ser registrados sessões ou turnos, conforme as categorias de realização eleitas, seguindo os critérios definidos para preenchimento dos mapas estatísticos (Modelo 11).

ANEXO V

AUTO-EXAME DA BOCA - CONHEÇA SUA BOCA

COPYRIGHT © 1996-2005 INCA - MINISTÉRIO DA SAÚDE

O que é o auto-exame da boca? É uma técnica simples que a própria pessoa pode fazer, bastando que tenha um espelho e esteja num ambiente bem iluminado.

A finalidade deste exame é identificar lesões precursoras do câncer de boca, uma doença curável se tratada no seu início.

Como fazer o auto-exame da boca? Atenção: lave bem a boca e remova próteses dentárias, se for o caso.

1) De frente para o espelho, observe a pele do rosto e do pescoço. Veja se encontra algum sinal que não tenha notado antes. Toque suavemente com as pontas dos dedos todo o rosto.

2) Puxe com os dedos, o lábio inferior para baixo, expondo a sua parte interna (mucosa). Em seguida, apalpe todo o lábio. Puxe o lábio superior para cima e repita a palpação.

3) Com a ponta do dedo indicador, afaste a bochecha para examinar a parte interna da mesma. Faça isso nos dois lados.

4) Com a ponta do dedo indicador, percorra toda a gengiva superior e inferior.

5) Introduza o dedo indicador por baixo da língua e o polegar da mesma mão por baixo do queixo e procure palpar todo o assoalho da boca.

6) Incline a cabeça para trás e abrindo a boca o máximo possível, examine atentamente o céu da boca. Palpe com o dedo indicador todo o céu da boca. Em seguida diga ÁÁÁÁ... e observe o fundo da garganta.

7) Ponha a língua para fora e observe a parte de cima. Repita a observação com a língua levantada até o céu da boca. Em seguida, puxando a língua para esquerda, observe o lado direito da mesma. Repita o procedimento para o lado direito.

8) Estique a língua para fora, segurando-a com um pedaço de gaze ou pano, apalpe em toda a sua extensão com os dedos indicador e polegar da outra mão.

9) Examine o pescoço. Compare os lados direito e esquerdo e veja se há diferenças entre eles. Depois, apalpe o lado esquerdo do pescoço com a mão direita. Repita o procedimento para o lado direito, palpando com a mão esquerda. Veja se existem caroços ou áreas endurecidas.

10) Finalmente, introduza o polegar por debaixo da queixo e apalpe suavemente todo o seu contorno inferior.

O que procurar?
- mudanças na aparência dos lábios e da porção interna da boca
- endurecimentos
- caroços
- feridas
- sangramentos
- inchações
- áreas dormentes
- dentes amolecidos ou quebrados

Faça o auto-exame da boca mensalmente.
Se notar alguma anormalidade, procure imediatamente um dentista ou um médico.

Previna-se do câncer de boca reduzindo o fumo e o álcool e fazendo uma alimentação rica em frutas, verduras e legumes.

ANEXO VI

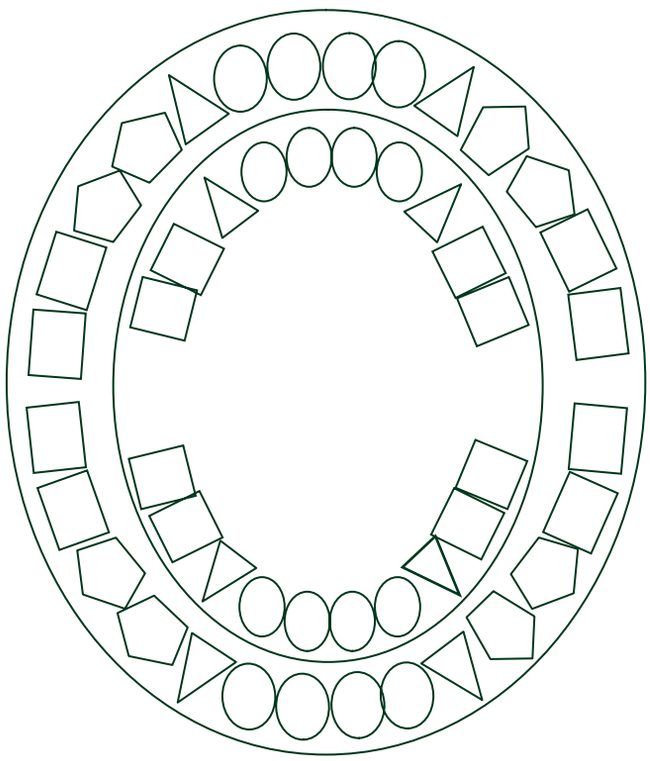
Esquema para mapeamento dos dentes

Escola: _____

Professora: _____ Turma: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Anotador: _____ Data: _____



ANEXO VII

PLANILHA PARA CONTROLE DA ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA

Controle da Escovação Supervisionada | Turma: _____ Horário: _____

Professor: _____ Dentista: _____

Auxiliares /Monitores: _____

Nº	Nome	D/S	Data Nasc. [dd/mm/aa]	IDADE	1ª SEMANA							2ª SEMANA						3ª SEMANA						4ª SEMANA					
					DATA	PV			SG			PV			SG			PV			SG			PV			SG		
						D	A	E	D	A	E	D	A	E	D	A	E	D	A	E	D	A	E	D	A	E	D	A	E
1																													
2																													
3																													
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													
11																													
12																													
13																													
14																													
15																													
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													

Orientações:
1. Preencher este formulário antes de iniciar a atividade: nomes completos, datas de nascimento e idades dos alunos e com qual mão eles fazem a escovação (D-direita e E-Esquerda), nome do professor/turma/horário; 2. Verificar presença de placa visível nas faces vestibulares do molares superiores, língua dos molares inferiores. Dica: afastar a bochecha ou a língua com a escova do próprio aluno; 3. As colunas PV e SG estão subdivididas com as letras “D”, “A” e “E”, correspondendo respectivamente às regiões Direita, Anterior e Esquerda; 4. Caso seja constatada a presença de Placa Visível ou Sangramento Gengival, deverá ser assinalado um “X” na região correspondente.

ANEXO VIII

Planilha para controle de tratamento fluorterápico

Controle da Escovação Supervisionada | Turma: _____ Horário: _____

Professor: _____ Dentista: _____

Auxiliares /Monitores: _____

Nº	Nome	D/S	Data Nasc. [dd/mm/aa]	IDADE	1ª CONSULTA				2ª CONSULTA				3ª CONSULTA				4ª CONSULTA			
					DATA	PV	SG	RUB	DATA	PV	SG	RUB	DATA	PV	SG	RUB	DATA	PV	SG	RUB
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

Orientações:
1. Preencher este formulário antes de iniciar a atividade: nomes completos, datas de nascimento e idades dos alunos e com qual mão eles fazem a escovação (D-direita e E-Esquerda), nome(s) do(s) C. Dentistas e nome(s) do(s) Auxiliar(es); 2. Verificar presença de placa visível nas faces vestibulares do molares superiores, língua dos molares inferiores. Marcar X, em caso de presença de placa, no campo PV. Dica: afastar a bochecha ou a língua com a escova do próprio aluno; 3. Colocar creme dental na escova dos alunos (quantidade igual ao do tamanho da unha do dedo mínimo). Supervisionar a escovação e verificar presença de sangramento gengival durante a escovação supervisionada. Marcar, em caso positivo, as áreas: um D (lado direito), um E (lado esquerdo), e/ou A (dentes anteriores), no campo SG; 4. Realizar a Aplicação Tópica de Flúor: colocar uma gota (correspondente ao tamanho de uma lentilha) de flúor gel na escova de cada criança após ter verificado a ausência de placa visível. Repassar para os alunos as áreas críticas que necessitam de reforço na escovação diária. Rubricar.