



Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Departamento de Saúde Coletiva
Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde



**ANAJARA DE SOUZA POROCA
MANOEL MARQUES COSTA JUNIOR
MARIA ISIS SILVA DE ALBUQUERQUE CÉSAR**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL: UMA ANÁLISE DO
CONHECIMENTO DO USUÁRIO SOBRE SAÚDE
BUCAL EM UMA USF NO MUNICÍPIO DO BONITO-PE**

**RECIFE
2008**

**ANAJARA DE SOUZA POROCA
MANOEL MARQUES COSTA JUNIOR
MARIA ISIS SILVA DE ALBUQUERQUE CÉSAR**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL: UMA ANÁLISE DO CONHECIMENTO DO
USUÁRIO SOBRE SAÚDE BUCAL EM UMA USF NO MUNICÍPIO DO BONITO-PE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz como requisito à obtenção do grau de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientador:

Petrônio José de Lima Martelli

RECIFE

2008

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

P836e Poroça, Anajara de Souza.

Educação em saúde bucal: uma análise do conhecimento do usuário sobre saúde bucal em uma USF no município do Bonito-PE/Anajara de Souza Poroça, Manoel Marques Costa Junior, Maria Isis Silva de Albuquerque César. — Recife: A. S. Poroça, 2008.

33 f.: il.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Petrônio José de Lima Martelli.

1. Saúde Bucal. 2. Educação em Saúde Bucal. 3. Serviços de Saúde Bucal. I. Martelli, Petrônio José de. II. Título.

CDU 616.31

“[...] 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)

POROCA, Anajara de Souza; COSTA JUNIOR, Manoel Marques; CÉSAR, Maria Isis Silva de Albuquerque. **Educação em saúde bucal**: uma análise do conhecimento do usuário sobre saúde bucal em uma USF no município do Bonito-PE. 2008. Monografia (Especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

RESUMO

Os avanços ocorridos na atenção à saúde da população brasileira desde a época do movimento da reforma sanitária até fatos mais recentes como a implantação dos programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), de Saúde da Família (PSF), e a própria Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que tem o objetivo de reorganizar o modelo de atenção à saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e possibilitar um maior acesso da população às ações de saúde bucal com a inserção do cirurgião-dentista nas equipes do PSF, bem como, as reformas curriculares ocorridas nas universidades, não colaboraram o suficiente para romper com o modelo de atenção hegemônico, estritamente curativo, bancário por excelência e que não tem apresentado resultados para contribuir no sentido de que se alcancem níveis de saúde bucal desejáveis. Neste sentido, para que se possa intervir de maneira efetiva na melhoria da saúde bucal da população objetivando a redefinição do atual modelo assistencial, torna-se imprescindível educar para a saúde, considerando os aspectos de natureza cultural e antropológica em que vivem as comunidades. Enfim, conhecer sua realidade e suas concepções à cerca do processo saúde-doença. O presente estudo foi desenvolvido com o intuito de conhecer os entendimentos sobre saúde bucal detidos pela população do Distrito de Bentivi, localizado no município de Bonito-PE, os principais problemas, métodos preventivos utilizados, a relevância da conservação dos elementos dentários, entre outros, e ainda estabelecer as relações entre as variáveis: nível de escolaridade e renda familiar. E para tal contou-se com a participação de oito Agentes comunitários de Saúde (ACSs), que atuam no PSF-Jací Carneiro Leão, localizado no referido Distrito os quais contribuíram como entrevistadores, valendo-se de uma entrevista semi-estruturada, aplicada nas residências das famílias selecionadas por conveniência entre as mais predisposta à colaborar e participar do presente estudo, somando um total de 44 famílias. Os dados foram analisados utilizando-se como instrumento de análise o EPINFO – versão DOS 6.04. E analisando-se os dados percebeu-se que as variáveis nível de escolaridade, (67% entre analfabetos e 1º grau menor) e renda familiar (60% recebendo menos de 1 salário mínimo/mês) foram fatores preponderantes sobre o grau de conhecimento dos usuários à cerca dos problemas de saúde bucal. Visto que através de suas repostas a maioria dos entrevistados revelaram um pequeno e inadequado conhecimento sobre saúde bucal. Os resultados obtidos com a realização deste estudo servirão de subsídios para a gestão municipal que ao apropriar-se do grau de conhecimento dos usuários de sua rede de atenção, deverá utilizar estes dados para o embasamento de propostas de intervenções voltadas para o fortalecimento das práticas de educação em saúde bucal coletiva, uma vez que os resultados aqui apresentados expressam a necessidade de adoção destas práticas, ressaltando sua importância na perspectiva da construção de uma consciência sanitária em que se conjuguem os saberes

popular e o científico, neste sentido, torna-se essencial que os cirurgiões-dentistas inseridos na atenção básica dos municípios somem esforços com vistas à reorganização da assistência meramente curativa, e introduzam em seu cotidiano práticas de atenção menos centralizadoras, devendo a educação em saúde bucal coletiva ser considerada tão essencial quanto o conhecimento dos procedimentos clínicos básicos.

Palavras-chaves: Estratégia Saúde da Família; Política Nacional de Saúde Bucal; Modelo de atenção em Saúde; Educação em Saúde; Saúde Bucal Coletiva.

POROCA, Anajara de Souza; COSTA JUNIOR, Manoel Marques; CÉSAR, Maria Isis Silva de Albuquerque. **Dental health education**: an analysis of the user's knowledge about oral health in a USF in the city of Bonito-PE. 2008. Monograph (Specialization in systems management and health services) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

ABSTRACT

The advances in health care of the Brazilian population since the days of the movement of health reform until more recent events such as the deployment of the Program of Community Health Agents (PACS), Family Health Strategy (ESF), and National Policy on Oral Health (PNBS), and having the goal of reorganizing the model of care to oral health as part of the Unified Health System (SUS), and allowing greater access of population to the actions of oral health with the insertion of dentistry-teams in the ESF, as well as, curricular reforms occurred in universities. They are not enough to break through the hegemonic model of care. Strictly curative, banking for excellence, and that has not shown results to contribute to the achievement of levels on desirable oral health. In this sense, in order to intervene effectively in improving the oral health of the population, aiming the redefinition of current model, it becomes essential to educate for health, considering the cultural aspects and anthropology of the communities in which they live in. Finally, to know their reality and their conceptions about the relation between health and disease. The present study was developed with an effort to learn about the knowledge on oral health held by the population of the district of Bentivi, located in Bonito-PE, their main problems, prevention methods used, the importance of conservation of dental elements, among others, and even establish the relations between the variables: level of education and family income. For this, it has been counted on with the participation of eight Community Health Agents (ACS), who serve in FHP-Jaci Carneiro Leão, located in the above mentioned district and who contributed as interviewers, using a semi-structured interview, applied to homes of families selected conveniently among those most predisposed to cooperate and participate in this study, in a total of 44 families. The data was analyzed using as a tool the EPINFO - DOS version 6.04. By analyzing the data we found that the variables "level of schooling", (67% between illiterates and elementary school) and "family income" (60% receiving less than 1 minimum wage/month) were dominant factors on the degree of knowledge of users about the problems of oral health. Since that the answers of the majority of respondents have shown a small and inadequate knowledge about oral health. The results of this study provide the subsidies for municipal management that are appropriate to the degree of knowledge of users of their network of care, they should use this data to the light of proposals for interventions aimed to strengthen the practice of collective education in oral health, since the results presented here express the need for adoption of these practices, highlighting their importance in view of the construction of a health consciousness that combines popular and scientific knowledge. In this sense, it is essential that dentist-surgeons, included in the basic care of the municipalities, add efforts to reorganize the merely curative care, and introduce less centralized care into their routine practices. Education in oral health should be considered as essential as the knowledge of basic clinical procedures.

Key words: Family Health Strategy, National Policy for Oral Health; Model in Health Care, Health Education, Collective Oral Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Caixa da Aposentadoria e Pensões

CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IAPS – Instituto de Aposentadoria e Pensões

PNPS – Política Nacional de Promoção de Saúde

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

PSF – Programa de Saúde da Família

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1 Breve Histórico da Política de Saúde Bucal no Brasil	12
2.2 Promoção e Educação em Saúde	14
3 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo Geral	19
3.2 Objetivos Específicos	19
4 METODOLOGIA	20
4.1 Universo da Pesquisa	20
4.2 Seleção da Amostra	21
4.3 Critérios de Substituição e Inclusão	21
4.4 Coleta e Análise dos Dados	21
4.5 Aspectos Éticos	22
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

Os fatores biológicos não são os únicos responsáveis pelo surgimento das doenças, do mesmo modo a prevalência e a incidência de diversas patologias bucais sofrem influência de outros fatores que agindo só ou em conjunto são capazes de desencadeá-las. Entre eles podemos citar as condições sociais, políticas e educacionais, estando a prevalência das doenças cárie e periodontal intrinsecamente relacionadas a estas (SANTOS, 2005). Fato este que vem a exigir dos cirurgiões-dentistas inseridos na rede de atenção básica, práticas cotidianas de atenção menos centralizadoras, baseada não apenas na oferta de procedimentos clínicos básicos, e ações educativas normatizadoras, mas; acima de tudo considerando o indivíduo como um todo e sua inserção na sociedade.

A centralidade nas ações clínico-cirúrgicas individuais e paralelamente a odontologia preventiva, por não vislumbrarem a integralidade da atenção através de uma concepção ampliada do processo saúde-doença, não foram suficientes para contribuir na melhoria da saúde bucal das populações. Diante do exposto, entende-se que existe a necessidade de uma reorganização da atenção em saúde bucal, considerando o Programa de Saúde da Família (PSF) como espaço privilegiado da atenção básica para o desenvolvimento de ações que visem esta reorganização. O modelo de atenção proposto requer a adoção de novas práticas de educação em saúde coletiva objetivando a reformulação do modelo assistencial hegemônico, considerado autoritário pela prevalência do saber científico e bancário e por reduzir os sujeitos à condição de “deposito de informações”, propondo uma maior integração entre os profissionais do PSF e as comunidades com vistas a apropriação e troca de saberes, crenças, hábitos, valores e cultura (VASCONCELOS, 2005). Em um de seus princípios, a educação em saúde coletiva preconiza que é através do entendimento da realidade local que se pode intervir de maneira efetiva na melhoria da qualidade de vida dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), nos fatores que a colocam em risco e da saúde bucal na atenção básica (BRASIL, 2006).

Ressalte-se aqui a importância da participação e envolvimento das comunidades nos processos da produção do cuidado nos serviços de saúde, buscando o exercício de sua cidadania, tornando-os sujeitos capazes de analisar

criticamente, reivindicar direitos, controlar as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS, bem como, estimula a consciência sobre os aspectos relacionados ao processo saúde-doença.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), (BRASIL, 2004), define educação em saúde como sendo um conjunto de ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, objetivando também estimular o usuário a mudar hábitos apoiando-o na conquista de sua autonomia. E de acordo com suas diretrizes, a adequação do processo de trabalho ao modelo de atenção proposto requer: interdisciplinaridade, multiprofissionalismo, integralidade da atenção, intersetorialidade, ampliação e qualificação de assistência, condições de trabalho, parâmetros e ações. A PNSB define ainda em um de seus pressupostos uma política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam as necessidades da população e aos princípios do SUS. Apresentando a educação permanente em saúde como instrumento para a qualificação e recharacterização da nova práxis necessária, visando a redefinição do modelo assistencial.

Neste sentido torna-se imperiosa a conscientização dos gestores para a implementação dessa política em nível municipal, visto que a adequação do processo de trabalho também requer profissionais que tenham uma visão da odontologia social e coletiva, incorporando ações de promoção e proteção de saúde em seu cotidiano, ações estas que compreendem um elenco vasto e diversificado de natureza educativo/preventivas. Fazendo-se necessário, portanto, que os gestores priorizem a educação em saúde coletiva, generalizando-a em seus serviços.

Posto que a Educação em Saúde precisa ser disseminada nos serviços de saúde e que faz-se necessário também a implementação de mudanças no modelo assistencial hegemônico em saúde bucal, baseadas nas novas diretrizes da Política Nacional de Saúde bucal, entende-se que é de fundamental importância para a gestão municipal de saúde apropriar-se do grau de conhecimento sobre saúde bucal dos usuários da rede assistencial do município, para o embasamento de propostas de intervenção voltadas para o fortalecimento das práticas de educação em saúde bucal coletiva.

O presente estudo, portanto, consistiu em uma abordagem sobre Educação em Saúde Bucal, tendo como foco principal a análise a cerca dos conhecimentos sobre saúde bucal expressados pelos usuários dos serviços de saúde da rede básica do Distrito de Bentivi no município do Bonito, no Estado de Pernambuco. Tomou-se como base o referido município uma vez que, em função de práticas de gestão em saúde vivenciadas pela equipe, sentiu-se a necessidade de desenvolvermos propostas de intervenção em saúde bucal com vistas à melhorar a qualidade de vida da população.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Breve Histórico da Política de Saúde Bucal no Brasil

A odontologia que até então era de cunho estritamente privado, em 1912 insere-se na assistência pública, tendo sua primeira experiência com a fundação das clínicas dentárias escolares por Baltazar Vieira de Melo, em São Paulo. Em 1950 a assistência planejada voltada para os escolares, foi introduzida pelos serviços especiais de saúde pública (SESP), o que, de certa forma, rompeu com a demanda espontânea do modelo hegemônico, enfatizando a dicotomia previdência versus saúde pública. E até 1952, o atendimento escolar no Brasil mostrava-se rudimentar principalmente quanto ao seu planejamento e ao tipo de serviço ofertado. O modelo hegemônico que permaneceu até a constituição de 1988 era essencialmente baseado em práticas privadas, seguindo o modelo norte-americano, e o seguro social através das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) e depois Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) oferecia assistência dentária somente aos trabalhadores privados urbanos segurados.

Diversos modelos de atenção foram sendo introduzidos, na tentativa de atender a demanda tivemos o modelo produtivista (de baixa resolutividade e alto custo) que deu origem a odontologia simplificada. O reconhecimento do grande número de doenças e a incapacidade para controlá-las deu origem ao modelo preventivista, cuja atenção estava voltada para os mais jovens, originando a odontologia integral sendo esta, portanto, excludente à exemplo do modelo incremental que manteve esta característica por quatro décadas repetindo as atividades e dispensando atenção aos adultos só em casos de urgência.

A partir dos anos 1990, o espaço escolar começa a ser questionado como local exclusivo para o atendimento odontológico. Com a evolução dos conhecimentos técnicos sobre as patologias bucais e as formas de intervenção, outras perspectivas e estratégias de organização fora do espaço escolar foram surgindo. Tem início a centralização em unidades básicas de saúde no Distrito Federal. Em Belo horizonte instalou-se um modelo de atenção originário do sistema de inversão, que trocava a odontologia clássica curativa para a curativa adequada que tem a finalidade de atingir a estabilidade do “meio bucal” através da eliminação

de todos os processos infecciosos. Assim a limitada atenção curativa assumiu um caráter preventivo avançado, integrando cada vez mais a prática à clínica, no entanto, não potencializou a participação e o controle social.

A ênfase na promoção só teve início em 1995 com experiências na região metropolitana de Curitiba, quando a saúde bucal coletiva passou a fazer parte das atividades promocionais intra-domiciliares, e utilizando critérios de risco organizou-se o fluxo de acesso ao atendimento nas unidades de saúde.

Com a criação do SUS, houve um grande avanço social e político, originando uma série de opções programáticas que romperam com os modelos propostos até então. Paralelamente a constituição de 1988 estabeleceu princípios participativos na organização do estado brasileiro, entre eles a participação da sociedade civil organizada na deliberação de políticas públicas de saúde, em conjunto com o controle social. Aconteceu, portanto a 1ª **Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB)**, antes da constituição em 1986, como parte integrante da 8ª Conferência Nacional de Saúde onde foi elaborado um documento propondo novas formas de se planejar a saúde bucal. Em 1993 aconteceu a 2ª **Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB)**, que desta feita contou com a participação de entidades nacionais da odontologia, do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde entre outros. A aprovação de diretrizes e estratégias para a saúde bucal no país, considerando a saúde bucal como direito de cidadania; um novo modelo de atenção em saúde bucal; os recursos humanos; o financiamento e o controle social foram alvos das discussões.

Em 2004, realizou-se a 3ª **Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB)**, possibilitando a participação popular na análise e formulação da Política Nacional de Saúde Bucal. Em seu contexto a 3ª CNSB ressaltou contrastes sociais e a exclusão de parcela expressiva da população do acesso aos mais elementares direitos sociais. A escolaridade deficiente, a baixa renda, a falta de trabalho, enfim, a má qualidade devida produz efeitos devastadores sobre a saúde bucal, entendendo-se que para enfrentar tais problemas faz-se necessário muito mais que ações assistenciais e profissionais competentes, requerem acima de tudo políticas inter-setoriais, a integrações de ações preventivas, curativas e de reabilitação e ainda o enfoque de promoção de saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os seguimentos sociais e, sobretudo, compromisso do estado com o envolvimento das três esferas de governo como determina a Constituição da República.

Historicamente a prestação de serviços odontológicos no Brasil foi marcada por seu caráter de baixa complexidade, curativo e mutilador com acesso restrito. Em 2003 teve início a elaboração de uma política de saúde bucal que resgatasse o direito do cidadão brasileiro à assistência odontológica, por meio de ações governamentais superando o estado de abandono e a falta de compromisso com a saúde bucal da população.

A Política Nacional de Saúde Bucal foi elaborada visando a reorganização das práticas e a qualificação das ações e serviços oferecidos na atenção básica, especialmente por meio da ESF sendo esta uma de suas principais linhas de atuação. O que veio a possibilitar a ampliação e qualificação do acesso da população às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal.

2.2 Promoção e Educação em Saúde

Os movimentos como Declaração de Alma-Ata (1978) e demais conferências sobre promoção de saúde, Carta de Ottawa (1986), conferências de Adelaide (1989), Sundsvall (1991) bem como, a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), propiciaram uma visão mais ampla da saúde e evidenciaram a sua inter-relação com os diversos segmentos sociais, políticos, econômicos e ambientais. Fato este, que veio a ser reafirmado na Política Nacional de Promoção de Saúde, que visa ações de promoção de saúde mais abrangentes que as discutidas até então, e associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Promover a saúde de acordo com esta política é: “Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, lazer, educação cultura e acesso a bens e serviços essenciais.

Entende-se por educação em saúde: “Uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde” (BRASIL, 1980). E tem como objetivo desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde, e pela saúde da comunidade a

qual pertençam, e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva.

Portanto, a promoção de saúde inclui sempre a educação em saúde, e segundo Bunton e Macdonal (apud SANTOS, 2005), a educação é uma parte chave para se alcançar os princípios da moderna promoção de saúde e seus objetivos, é pois a disciplina pilar da promoção de saúde.

Arroyo (2001) considera que todo ato educativo é, antes de tudo, um processo de construção dos sujeitos vivenciado através do diálogo entre estes, reconhecendo-os como sujeitos, não como objeto de intervenções educativas, agentes que têm sua história, trajetória, cultura e valores.

A educação em saúde considera que os aspectos de natureza cultural e antropológico determinam os comportamentos com relação à saúde bucal, e considerar estes aspectos significa ver os sujeitos por inteiro com história própria, valores, hábitos e costumes (SANTOS, 2007).

É preciso que: “ao se pensar em intervenções educativas, leve-se em consideração as representações dos sujeitos” (GAZZINELLI, 2005). E mais: “[...] que se crie mecanismos que garantam o envolvimento ativo dos sujeitos, tornando-os responsáveis por suas próprias decisões e capazes de desenvolver atividades conjuntas com os profissionais de saúde [...]” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1983).

A necessidade de redefinição do atual modelo assistencial biomédico tradicional dominante, baseado em ações educativas normatizadoras em que impera o saber médico, num rotinizado repasse de informações, sem levar em consideração o saber e a participação popular (VASCONCELOS, 2004). O novo modelo favoreceu a emergência de novas práticas no campo da educação em saúde, que convivem com as práticas educativas hegemônicas, e estão sob a ótica do modelo tradicional e o dialógico (ALVES, 2005), sendo possível, no entanto reconhecer modelos intermediários.

Alves (2005) continua seu raciocínio afirmando que o modelo emergente pode ser chamado dialógico, por ser o diálogo o seu instrumento essencial, e tem como objetivo, transformar os saberes existentes e não informar para a saúde. O usuário dos serviços de saúde é reconhecido como sujeito portador de um saber, que embora diverso do saber técnico-científico, não é deslegitimado pelos serviços. E o reconhecimento dos sujeitos está no centro de todas as propostas renovadoras e

identificadas no setor saúde, dentre as quais, encontra-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (AYRES apud ALVES, 2005).

Ainda segundo Alves (2005), as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais da ESF, devendo ser norteadas pelo princípio da integralidade. E a integralidade contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. O olhar do profissional deve ser totalizante e procurar ir além da assistência à doença e sofrimento expressos, buscando as necessidades mais abrangentes dos sujeitos.

As atividades de educação em saúde devem ser vistas, não como uma atividade a mais a ser realizada nesses espaços, mas, como uma ação que visa orientar a globalização das práticas ali executadas (VASCONCELOS, 2004).

Assim a saúde bucal no PSF tornou-se um desafio para a categoria e para toda sociedade, visto que prioriza promover a saúde de forma universal, utilizando ações de promoção e recuperação da saúde bucal com envolvimento da comunidade, conferido-lhes autonomia e resolutividade em assuntos como a doença cárie dental que outrora foram de “boca’ e hoje são comprovadamente problemas sociais (REIS, 2005).

Neste sentido, considera-se imprescindível aproximar-se das pessoas e tentar conhecer suas condições de vida, as representações e concepções que têm a cerca de sua saúde, seus hábitos e o que fazem quando adoecem e para evitar enfermidades (BRASIL, 2004).

Os vínculos profissionais/comunidades estreitaram-se com o PSF, a implantação da Equipe de saúde bucal (ESB) permitiu que um elevado contingente populacional pudesse ter acesso às suas ações e serviços, contudo, “[...] a relação entre esses atores mantém-se em sua grande maioria verticalizada, pela imposição de saberes, inculcação de hábitos, e desprezo ao saber e à iniciativa dos doentes e familiares” (BRASIL, 2000).

O papel do educador na prática de educação em saúde rejeita a concepção estatística do aprendizado através da transferência de conhecimentos, habilidades e destrezas (SANTOS, 2005). Rejeita, pois o educador bancário e enaltece o

[...] educador-educando, dialógico, problematizador, o conteúdo programático da educação não é uma doação ou imposição – mas, a devolução organizada, sistematizada e acrescentada ao povo daqueles elementos que este lhe entregou de forma desestruturada [...] (FREIRE, 2005).

As enfermidades que estão relacionadas ao comportamento humano são as que apresentam maiores dificuldades de cura, como as doenças provocadas pelo tabagismo, maus hábitos de higiene e alimentares, entre elas se destacam a obesidade, o câncer bucal, a cárie dentária e a periodontite. Portanto, partindo de uma abordagem mais humanística, mais próxima da realidade e menos tecnicista é que grande parte das doenças: cárie e periodontal, que acomete as populações, poderão ser minimizadas (PETRY; PRETTO apud SANTOS, 2005).

Sendo a atividade cariogênica diretamente influenciada pelos hábitos do indivíduo, a educação em saúde desempenha um papel essencial no desenvolvimento do senso crítico das pessoas na reformulação de hábitos, aceitação de novos valores e estímulo à criatividade (PETRY; PRETTO apud SANTOS, 2005). Neste contexto ao privilegiarmos as ações de educação em saúde estaremos contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida dos usuários do SUS e da saúde bucal na atenção básica.

Não se deve perder de vista o fato de que a doença cárie tem cura, e que é possível alcançar uma situação de completa saúde bucal, valendo-se neste sentido da educação como subsídio primordial para promoção de mudanças de hábitos. Neste cenário, apesar das recentes reformas curriculares implementadas, persistem resistências por parte de algumas faculdades de odontologia na formação de profissionais com ênfase no modelo curativo e reabilitador. Os alunos formam-se com pouca sensibilidade social e com predomínio do saber técnico (VALENÇA apud SANTOS, 2005). Para Gadotti (apud SANTOS, 2005) a consciência social do profissional deve ser formada antes do saber técnico. Um especialista é antes de tudo um profissional do humano, do social, do político. Paralelamente, a visão mercantilista da odontologia é predominante.

Entre as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), Consolidação do SUS, estão o fortalecimento da atenção básica, que prevê ações de qualificação dos profissionais que ali atuam por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional. O que de certa forma subsidiará os gestores na implementação de políticas de educação permanente.

A atuação de muito profissionais comprometidos e movimentos orientados pela educação popular, tem avançado muito na desconstrução do autoritarismo dos doutores (VASCONCELOS, 2004), no entanto, não basta alguns saberem fazer, é

preciso que o saber seja difundido e generalizado nas instituições de saúde. O autor continua dizendo que é preciso encontrar os caminhos administrativos e de formação profissional que permitam que as práticas de saúde mais integradas à lógica de vida da população se generalizem institucionalmente.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Conhecer e analisar o entendimento dos usuários da Unidade de Saúde da Família (USF) Jací Carneiro Leão do município do Bonito no Estado de Pernambuco, sobre saúde bucal relacionado ao seu perfil sócio-econômico.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Verificar o conhecimento dos usuários da rede assistencial do distrito de Bentivi no município do Bonito no Estado de Pernambuco a cerca dos principais problemas de saúde bucal, métodos de prevenção utilizados, bem como, a relevância da conservação dos elementos dentais;
- b) Conhecer o perfil sócio-educacional da população da ESF do Bentivi, do município de Bonito;
- c) Estabelecer as relações entre as variáveis de nível de escolaridade e renda familiar e os conhecimentos a cerca de saúde bucal.

4 METODOLOGIA

O presente estudo é de natureza descritiva, e de acordo com Gil (2002), estes estudos têm como “objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”.

Neste estudo elegeram-se as variáveis, nível de escolaridade e renda familiar para verificar suas influências sobre os conhecimentos de saúde bucal da população da área de Bentivi.

4.1 Universo da Pesquisa

O município do Bonito localiza-se à 137 Km da capital pernambucana, na região de desenvolvimento (RD) do agreste central. Sua área territorial corresponde a 399,50 Km², com uma população total de 38.908 pessoas segundo censo do IBGE (2000). Administrativamente o município é formado pelos distritos de Alto Bonito e Bentivi, onde neste último foi desenvolvido o presente estudo.

Situado à aproximadamente 22 Km de distância da sede municipal, o distrito de Bentivi faz fronteira com a mata sul do estado de Pernambuco. A população é estimada em 3782 habitantes, destes, 1403 residem na sede distrital e 2379 nos engenhos e sítios que o circunda, perfazendo um total de 876 famílias cobertas pelo PSF Jací Carneiro Leão, localizado na sede do distrito. Caracteriza-se por ser uma região onde predomina o cultivo de cana de açúcar entre outros cultivos agrícolas, sendo esta a principal fonte de renda da maioria das famílias, que são consideradas pobres ou extremamente pobres. Apesar do programa habitacional em execução pelo governo municipal, observa-se grande prevalência de casas de taipa, e segundo dados da secretaria de obras do município 60% das casas possuem saneamento básico, no entanto, suas águas provenientes do esgotamento sanitário e seus dejetos são despejados “in natura” no Rio Camevô que corta o distrito. Quanto ao abastecimento d'água a comunidade é assistida por um sistema artesanal que capta água de uma nascente próxima, esta é armazenada em uma caixa, e distribuída à população sem um tratamento adequado.

Os principais problemas de saúde que acometem a população além da cárie e doença periodontal são: doenças diarréicas e respiratórias. Salientando-se também o número elevado de acidentes de trabalho causados por facas, foices e machados, instrumentos utilizados no trabalho nas lavouras (BONITO, 2007).

4.2 Seleção da Amostra

Dentre as 876 famílias cadastradas na USF Jaci Carneiro Leão, foram selecionadas por conveniência 44 famílias, indicadas pelos agentes de saúde entre as mais predispostas à colaborar e participar do presente estudo, perfazendo um percentual de 5% do seu número total. Considerando que a USF em tela conta com oito agentes comunitários de saúde, cada agente entrevistou em média cinco pessoas, que foram sempre as responsáveis pelo domicílio. Para realização da entrevista foi utilizado o formulário em anexo.

4.3 Critérios de Substituição e Inclusão

Foram substituídos os formulários que apresentaram duplicidade de respostas nas questões de resposta única. Ou outras incorreções que viessem a atrapalhar sua análise. Todos os formulários com preenchimento completo.

4.4 Coleta e Análise dos Dados

A coleta foi realizada através de entrevista semi-estruturada aplicadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, que após entendimento prévio sobre a pesquisa se dirigiram às residências das famílias selecionadas e junto aos chefes de família ou pessoa responsável por elas, aplicaram o questionário. Não sendo utilizado nenhum outro dado.

Os dados foram agregados, tabulados e analisados utilizando como instrumento de análise o EPINFO-versão DOS 6.04.

4.5 Aspectos Éticos

Foi mantida em sigilo a identificação dos usuários em todas as etapas deste estudo, respeitando os trâmites da Resolução CNS 196/96.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP/CPqAM em 25 de novembro de 2008 pelo parecer de nº. 117/2008.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O baixo grau de escolaridade da população estudada correspondendo a 67% entre analfabetos e 1º grau menor como mostra o (gráfico1), e a baixa renda familiar 60% recebendo menos que um salário mínimo de acordo com o (gráfico 2), acrescido de fatores de ordem culturais, marcas das desigualdades sociais, evidenciaram-se nas respostas prestadas nos 44 questionários analisados.

Moreira, Nations e Alves (2007), afirmam que: “As desigualdades sociais manifestam-se diretamente na percepção dos problemas odontológicos e nos tratamentos solicitados aos serviços, levando ao incremento das doenças bucais nos grupos de baixa renda [...]”.

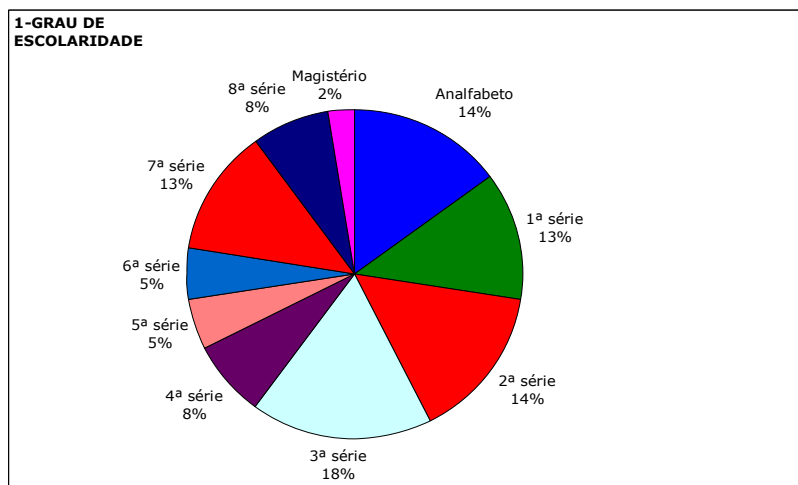


Gráfico 1- Grau de escolaridade.

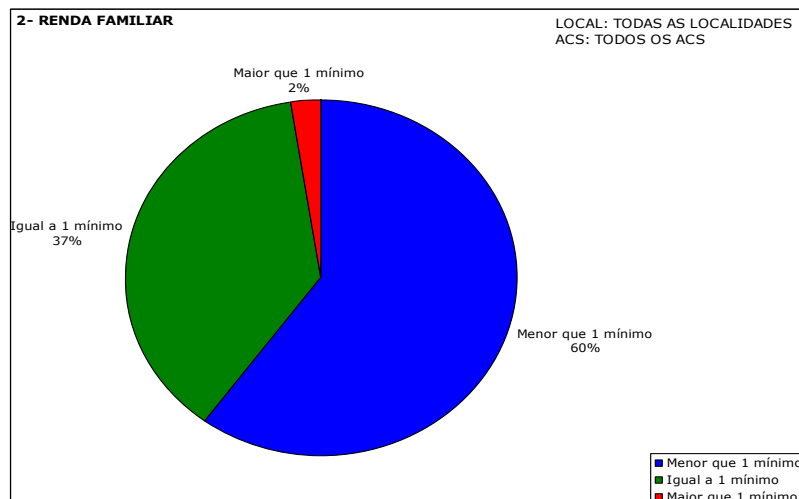


Gráfico 2 – Renda familiar.

A baixa renda familiar leva a utilização de critérios para compra de produtos considerados essenciais para sobrevivência como alimentos, deixando muitas vezes os produtos de higiene pessoal como última opção a exemplo da escova e do creme dental. Observa-se, no entanto, que no (gráfico 3) 88% dos entrevistados referem que já fizeram ou faz atualmente uso de escova dental. Esta situação é justificada pela doação de kits odontológicos pelo governo municipal, durante o ano em curso.

Chamou a atenção algumas respostas, como a utilização de: caco de telha, tecido e algodão, quando indagados se já fizeram uso de outro meio para higienização bucal na ausência da escova. Considera-se que o percentual de 12% para estas respostas como vemos no (gráfico 4) prende-se ao fato de que uma parcela considerável da população aproximadamente 38%, não reside na sede do distrito, se encontrado distribuída nos engenhos circunvizinhos, áreas consideradas de difícil acesso e por esta razão acabam não sendo contemplados com determinadas ações de atenção à saúde bucal. Sendo a dificuldade de acesso uma das barreiras que também favorece as iniquidades sociais.

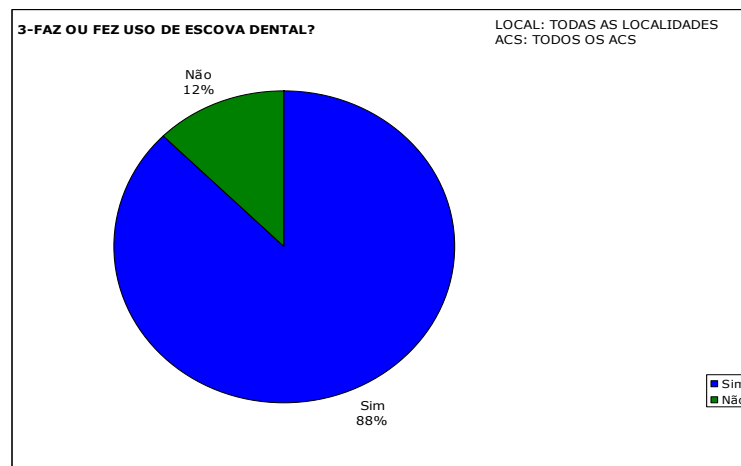


Gráfico 3 – Faz ou fez uso de escova dental.

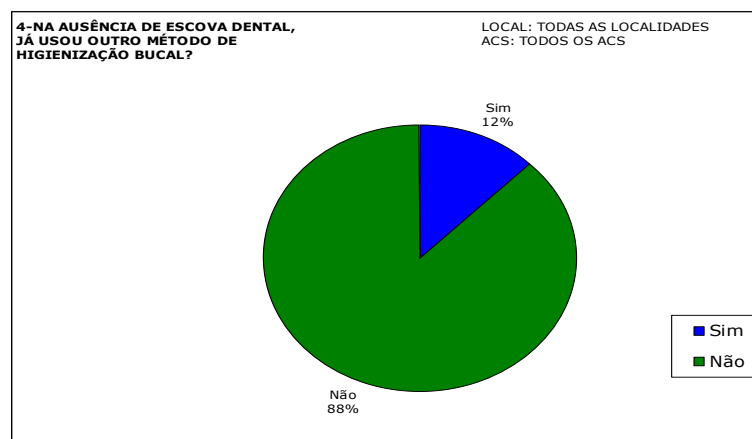


Gráfico 4 – Na ausência de escova dental, já usou outro método de higienização?

Quanto à utilização de creme dental 98% dos entrevistados responderam que sim, fazem uso do creme para higienização da cavidade bucal como se vê no (gráfico 5). Fato este justificado também pela distribuição dos kits odontológicos pelo governo municipal.

É preocupante um percentual de 22% de entrevistados que já utilizou outro meio de higienizar os elementos dentários na ausência do creme dental (gráfico 6). Respostas como a utilização de açúcar e sal de cozinha como métodos de higienização na ausência do creme dental, têm que ser consideradas, visto que em muitos casos pode levar a piora ou mesmo desencadear um quadro patológico sistêmico, como a sacarose para os diabéticos, e o cloreto de sódio nos casos de pacientes hipertensos. Ressaltando ainda o efeito patogênico do açúcar na cavidade oral.

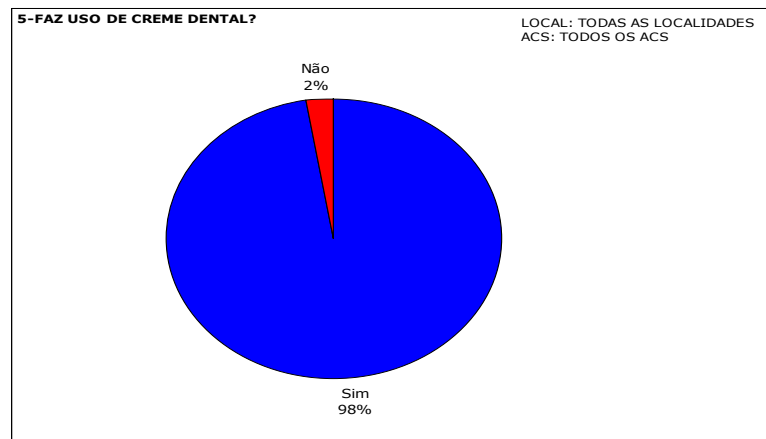


Gráfico 5 – Faz uso de creme dental?

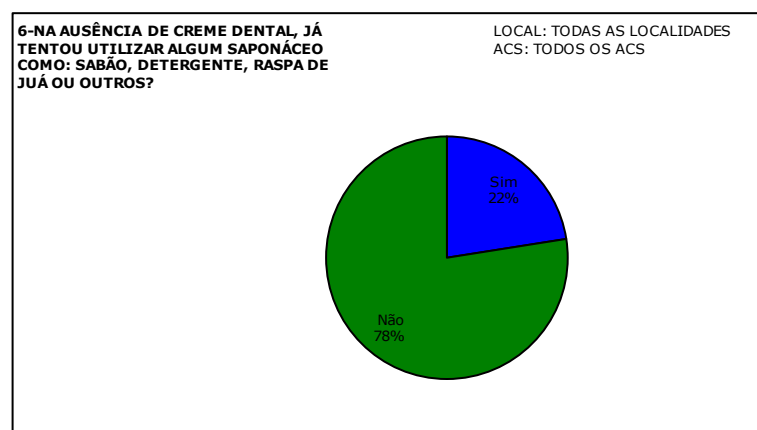


Gráfico 6 – Na ausência de creme dental, já tentou utilizar algum saponáceo como: sabão, detergente, raspa de juá ou outros?

Levando-se em consideração as duas doenças mais prevalentes em odontologia, cárie e doença periodontal, o gráfico 7 revela que a população refere conhecer um considerável número de patologias bucais, citando inclusive a cárie

como sendo um destes problemas(58%), e sangramento na gengiva (66%). Pelas falas dos entrevistados, pode-se perceber que o entendimento e a referência a um número elevado de patologias bucais deve-se mais pelo conhecimento adquirido através de experiências vivenciadas do que por informações prestadas pela Equipe de Saúde Bucal (ESB).

Com relação à assimilação de informações, Figueira e Leite (2008), afirmam que dependendo da qualidade das fontes pode resultar num conhecimento incompleto ou inadequado, decorrente de uma linguagem inacessível à população ou da transmissão do conteúdo de maneira incorreta. Por outro lado o contato dessa população com o dentista não é freqüente, e ocorre muitas vezes em situações de emergência, quando as ações educativas não se estabelecem.

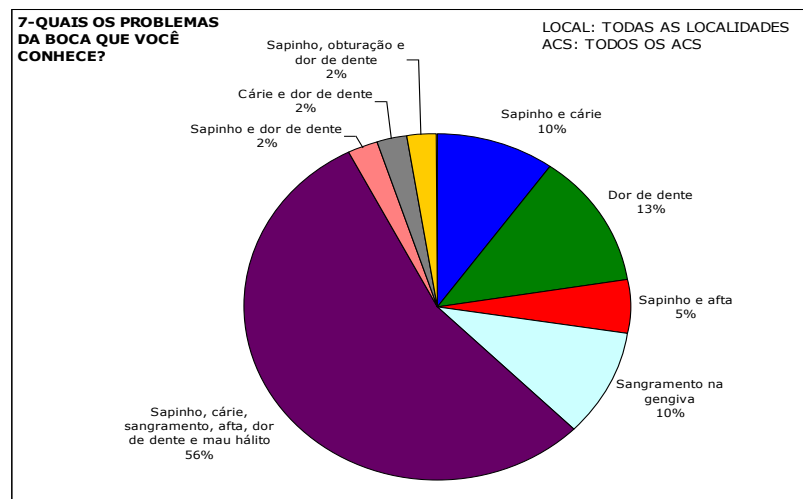


Gráfico 7 – Quais os problemas da boca que você conhece?

Há necessidade de se investigar o número elevado (75%) de entrevistado que responderam o sapinho ou candidíase como sendo um dos problemas inerentes à cavidade bucal.

No gráfico 8 percebe-se que 98% dos entrevistados acham importante conservar os elementos dentários na cavidade oral, no entanto, observa-se uma contradição em relação ao gráfico 10, no qual 70% referiram achar melhor extrair o elemento dentário ao invés de restaurá-lo. Entende-se que mesmo achando importante conservar os elementos dentários, ao se depararem com um problema dentário optam pelo tratamento radical (exodontia), por achar este tratamento de resolução definitiva, pelo tempo que levam esperando para conseguirem marcar o

atendimento, por medo que o dente volte a doer, “e se a massa cair”? Estas foram algumas das justificativas dadas pelos usuários por ocasião da entrevista.

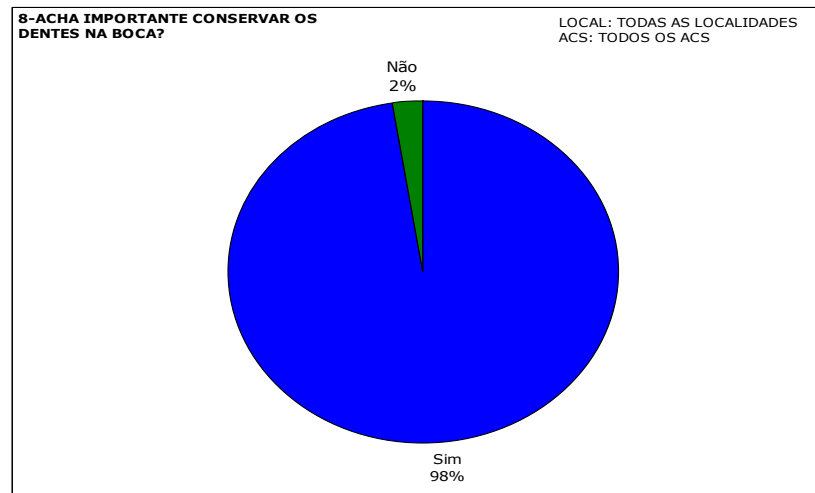


Gráfico 8 – Acha importante conservar os dentes na boca?

De acordo com Parente e Almeida (2007), a cárie é uma doença infecto-contagiosa que resulta em perda localizada de minerais dos dentes afetados, causada por ácidos orgânicos provenientes da fermentação microbiana dos Carboidratos da dieta. Têm caráter multifatorial e é usualmente crônica.

Percebe-se que mesmo identificando a cárie como um dos problemas inerentes à cavidade bucal 34% da população não conseguiu defini-la, (gráfico 9) e 66% deram outras definições.

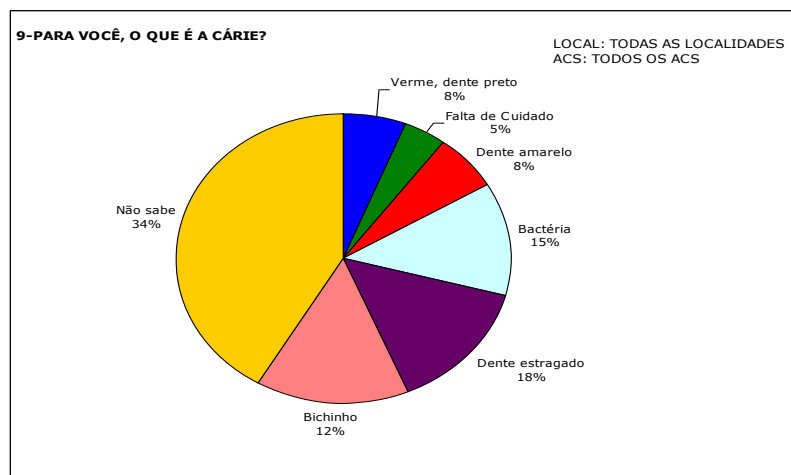


Gráfico 9 – Para você, o que é a carie?

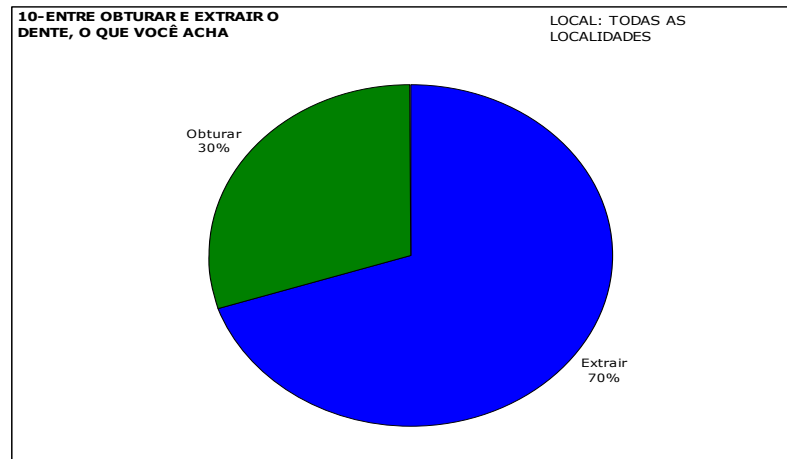


Gráfico 10 – Entre obter e extrair o dente, o que você acha?

Ainda de acordo com o gráfico 10, constata-se que a cultura de optar pelo tratamento radical, ainda muito presente em nosso cotidiano, principalmente nas regiões mais carentes e distantes dos centros urbanos, muitas vezes não é uma opção isolada do paciente estando muitas vezes atrelada a outros fatores como: difícil acesso e falta de habilidade técnica de alguns profissionais.

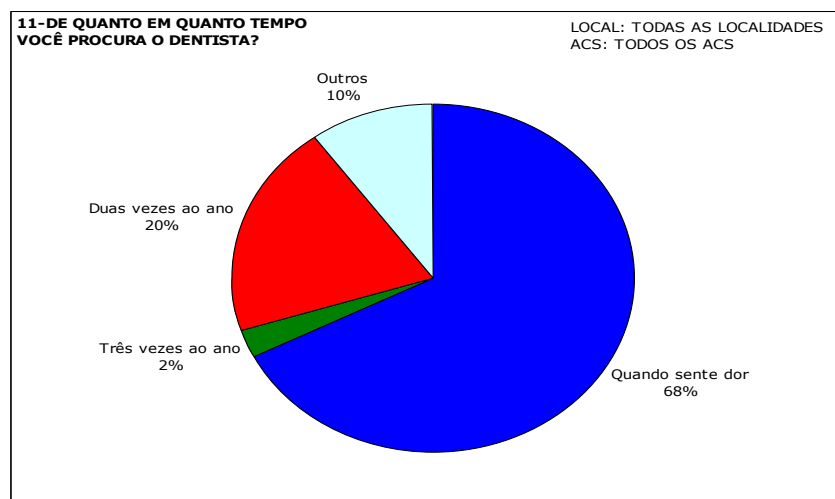


Gráfico 11 – De quanto em quanto tempo você procura o dentista?

O gráfico 11 revela que o fator dor é a condição principal para a procura do atendimento odontológico (68%), o que deixa claro que o fator prevenção não influencia nesta decisão.

Silva et al. (2006), afirmam que é necessário considerar as percepções do indivíduo sobre saúde bucal, pois estas podem fazer com que ele procure ou não o atendimento, estando intimamente relacionadas a forma como se traduz esta percepção, e a busca pelo atendimento e pela cura.

Segundo Nadanovsk et al. (2006), a ocorrência de dor de dente pode ser explicada pelo fato de os indivíduos que possuem escolaridade alta e maior renda procurarem os serviços preventivos de saúde com maior frequência, possuírem melhor alimentação, mais auto-cuidado preventivo de uma forma geral e menos doenças bucais em relação aos que possuem baixa escolaridade e menor renda. Já a associação com o número de visitas ao dentista está relacionada, de acordo com os especialistas, ao fato de as visitas de rotina ao dentista evitarem por meio de diversos tipos de tratamento, que a cárie progrida até o estágio que cause dor. Dessa forma, eles alertam para a importância de as pessoas irem ao dentista com frequência e realizarem uma boa higiene bucal.

6 CONCLUSÃO

A necessidade premente de adoção de ações de educação em saúde bucal coletiva fica explícita nos resultados obtidos a partir deste estudo. Vê-se que o modelo de atenção em saúde bucal desenvolvido no distrito de Bentivi, precisa ser repensado, visto que não tem conseguido atender ao preconizado na Política Nacional de Saúde Bucal em especial no que diz respeito ao acesso da população às ações de promoção e prevenção.

A apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, seus fatores de risco e de proteção à saúde bucal, a reformulação de hábitos visando a conquista da autonomia pelos usuários, são objetos desta política que precisam ser incentivados, estimulados e disseminados nos serviços de saúde do município.

Este estudo realizado na comunidade de Bentivi mostrou que considerar o contexto social em que vivem as comunidades, é essencial no desenvolvimento de novas práticas de trabalhos educativos na odontologia, haja vista que as desigualdades sociais influem diretamente na percepção e concepções à cerca dos problemas bucais e no processo de produção do cuidado. Sendo grau de escolaridade e renda familiar fatores determinantes com relação ao pouco grau de conhecimento sobre saúde bucal de um modo geral.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. A. Um modelo de educação em saúde para o PSF: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, fev. 2005.

ARROYO, M. G. A Prática Educativa como Processo de Construção dos Sujeitos, conferência proferida no II Seminário sobre educação social e saúde no contexto da promoção da saúde, realizado em agosto de 2001 na universidade de Brasília. **Radis**, Rio de Janeiro, n. 21, nov./dez. 2001.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 5 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conceito de educação em saúde, 1980**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 abr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2008.

BRASIL. **Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro 2000**. Brasília, DF, 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/16285-1444>>. Acesso em: 6 mar. 2008.

BRASIL. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Brasília, DF, 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 12 mar. 2008.

BRASIL. **Portaria nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília, DF, 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/PORTARIA_Nº_687GM.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2008.

BONITO. Secretaria Municipal de Saúde. **Levantamento epidemiológico realizado no Distrito de Bentivi**. Bonito, 2007.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma Ata. **Declaração de Alma Ata**. Washington: OPAS, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2008.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DE SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. **Carta de Ottawa**. Washington: OPAS, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2008.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DE SAÚDE, 2., 1989, Adelaide. **Declaração de Adelaide**. Washington: OPAS, 1989. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2008.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DE SAÚDE, 3., 1991, Sundsvall. **Declaração de Sundsvall**. Washington: OPAS, 1991. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Sundsvall.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2008.

FIGUEIRA, T. R.; LEITE, I. C. G. Conhecimentos e práticas dos pais quanto à saúde bucal e suas influências sobre os cuidados dispensados aos filhos. **Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada**, João Pessoa, v. 8, n. 1, p. 87-92, jan./abr. 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 46. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GAZZINELLI, M. F et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência das doenças **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, fev. 2005.

MOREIRA, T. P.; NATIONS, M. K.; ALVES, M. S. C. F. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1383-1392, June 2007.

NADANOVSK, P. et al. Prevalência de Fatores Associados à ocorrência da Dor de Dente que Impediu a realização de Tarefas Habituais em uma População de

Funcionários Públicos do RJ, Brasil. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1073-1078, maio 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A política nacional de saúde bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. Brasília, DF, 2006.

PARENTE, J. G.; ALMEIDA, V. C. F. Saúde bucal: análise da eficácia dos meios mecânicos de prevenção. **Saúde coletiva**: coletânea [online], Jaboaão dos Guararapes, v. 1, n. 1, out. 2007. Disponível em: <<http://coletanea2007.no.comunidades.net/index.php?pagina=1230434009>>. Acesso em: 26 nov. 2008.

REIS, C. M. R. **A Participação Popular como Instrumento da organização da Atenção em Saúde Bucal da Unidade Básica de Saúde Dr. Estevão Ferreira da Ponte**. 2005. Monografia (especialização) - Universidade Estadual Vale do Acaraú Sobral, Sobral, 2005

SANTOS, C. M. **Manual técnico de educação em saúde bucal**. Rio de Janeiro: Departamento Nacional do SESC, 2007.

SANTOS, M. E. M. **Os odontólogos e suas noções sobre educação e saúde bucal**. 2005. Dissertação (mestrado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

SILVA, C. J. P. et al. Percepção de saúde bucal dos usuários do Sistema Único de Saúde do Município de Coimbra – Minas Gerais. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 47, n. 3, p. 23-28, dez. 2006.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular, de uma prática alternativa, a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2005.