
O PROCESSO EDUCATIVO NA PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL

- Uma Prioridade -

- Como Fazê-lo Funcionar? -

OLIVEIRA SANTOS, Maria Eliza *
VALENÇA, Ana Maria Godim **
AMARAL, Mônica Almeida Tostes **
GRAÇA, Tereza Cristina Almeida ***
BASTOS, Valéria Abreu da Silva **
SOUZA, Zita Bittencourt Frossard de ****

SINOPSE - O presente trabalho destaca a importância da educação em saúde na prática odontológica, em especial na clínica odontopediátrica. Dentro deste contexto a educação é vista como um processo de transformação do indivíduo que propicia mudanças de comportamento com vistas a melhoria das condições de saúde bucal.

UNITERMOS - Saúde bucal, Educação em Saúde, Prevenção.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho destaca a importância do educativo na promoção de saúde, enfocando em especial a saúde bucal.

A educação em saúde, neste contexto, é uma estratégia para mudança do perfil epidemiológico da população brasileira, bem como para a formação de

SUMMARY- This paper shows the importance of health education in pedodontics as a changing behavioral activity of the people meaning a transformation process of their means, improving the conditions of oral health.

UNITERMS - Oral Health - Health education, Prevention.

recursos humanos em odontologia, adequados a nossa realidade regionalizada.

Necessário se faz, em consequência, que o profissional de saúde, reconheça-se não apenas enquanto técnico e/ou docente, mas principalmente como educador, pois neste caso, a odontologia é uma prática educativa em saúde.

* Professor Adjunto da Disciplina de Odontopediatria da FO/UFF. Mestre em Odontopediatria.

** Professor Assistente da Disciplina de Odontopediatria da FO/UFF. Mestre em Odontopediatria.

*** Professor Assistente de Odontopediatria da FO/UFF. Mestre em Odontologia Social

**** Professor Auxiliar da Disciplina de Odontopediatria da FO/UFF.

Considerando-se que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de saúde significa "completo bem estar físico, intelectual e social do paciente" ³, é de fundamental importância que o profissional da área da saúde esteja consciente da estreita correlação entre saúde e condição de vida. Desta forma, a saúde não significa meramente ausên-

cia de doenças mas é a resultante de determinantes sociais, tais como: desemprego, pobreza, falta de saneamento básico, educação, dentre outros.

No que tange a saúde bucal, os dados registrados pelo Ministério da Saúde, conforme aponta a tabela abaixo, revelam o grave quadro epidemiológico em nosso país;

Tabela 1- Índice de ataque pela cárie dental (CPO-D) e atendimento dentário no último ano, nos grupos de 6-9, 10-12, 15-19, 35-44 e 50-59, estado de saúde periodontal, necessidades e posse de prótese total em adolescentes e adultos - Brasil.

| Grupo Etário | Índice CPO-D Médico | % de pessoas que receberam atendimento odontológico no último ano | Doenças periodontais (% de pessoas) | | | | | Prótese total (% de pessoas) | | | | | | | | |
|--------------|---------------------|---|-------------------------------------|--------------|------------|----------------------|----------------|------------------------------|------------------|-------|------------------|------------------|-------|--|--|--|
| | | | Sadios | Necessitam | | | Não necessitam | Necessitam | | | Possuem | | | Necessitam prótese Inferior e possuem prótese Superior | Necessitam prótese Superior e possuem prótese Inferior | |
| | | | | Higiene Oral | Profilaxia | tratamento Cirúrgico | | Prótese Superior | Prótese Inferior | Ambas | Prótese Superior | Prótese Inferior | Ambas | | | |
| 6-9 | 2,68 | 52,77 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | |
| 10-12 | 5,56 | 48,27 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | |
| 15-19 | 12,68 | 67,59 | 28,76 | 69,49 | 49,60 | 0,71 | 98,27 | 0,39 | 0,04 | 0,08 | 0,96 | 0,00 | 0,14 | 0,10 | 0,00 | |
| 35-44 | 22,50 | 44,29 | 5,38 | 71,17 | 59,30 | 5,17 | 59,75 | 3,74 | 0,78 | 3,47 | 14,47 | 0,24 | 12,86 | 4,60 | 0,09 | |
| 50-59 | 27,21 | 31,51 | 1,33 | 46,63 | 37,28 | 7,40 | 27,92 | 5,72 | 0,97 | 9,17 | 14,18 | 0,35 | 30,72 | 10,73 | 0,22 | |

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986, Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde 1988. (4)

Estes dados distanciam o Brasil das metas propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Federação Dentária Internacional (FDI) para o ano 2000, as quais se encontram no quadro abaixo:

Quadro 1 : Metas estabelecidas pela OMS e FDI para o ano 2000.

| FAIXA ETÁRIA | META |
|-----------------|---|
| 5-6 ANOS | 50% deve estar isento de cáries dentárias |
| 12 ANOS | 3 ou menos dentes cariados, perdidos ou obturados |
| 18 ANOS | 85% deve conservar todos os dentes |
| 35-44 ANOS | redução de 50% dos níveis de anodontia observadas em 1981 |
| 65 ANOS OU MAIS | redução de 25% dos níveis de anodontia observadas em 1981 |

Fonte: OMS. Genebra-Métodos y programas de prevencion de las enfermedades bucodentarias, 1984. (6)

Com vistas a reverter tal situação e no que concerne à educação do paciente e à formação do aluno de odontologia, é fundamental importância na clínica odontológica o processo educativo.

Neste contexto é bom ressaltar o conceito de educação, que afirma ser a mesma: não uma simples transmissão de conhecimento, mas sim uma mudança de atitudes e de comportamento.⁵

O processo educativo na área de saúde tem também por objetivo mudanças de atitudes, hábitos e comportamentos do indivíduo, conjugados a ações participativas.

Para que tais mudanças sejam obtidas, necessário se faz que novos conhecimentos, valores, atitudes e práticas sejam incorporadas pelo indivíduo. Esses elementos representam inovações para o indivíduo que as adota e, para que tal adoção aconteça, são necessárias 5 etapas. Na primeira etapa: 1 - contato inicial ou conhecimento da nova idéia - o indivíduo toma conhecimento da inovação. Na próxima etapa: 2 - interesse pela nova idéia - o indivíduo, ao interessar-se pela idéia, busca informações complementares sobre o assunto. Na terceira etapa: 3- avaliação ou análise da nova idéia- o indivíduo aplica mentalmente a inovação à sua situação presente, decidindo comprová-la ou rejeitá-la. Durante a quarta etapa: 4- comprovação ou testagem da nova idéia - o indivíduo testa a inovação

em pequena escala, analisando os resultados. Finalmente, na quinta etapa; 5 - adoção da idéia - o indivíduo resolve continuar, usando a inovação no futuro.¹

Assim sendo, vê-se que para haver mudanças de comportamento através da adoção de novas idéias, são necessários: tempo e que o processo educativo exige ações contínuas.

Ainda quanto aos fatores que devem ser considerados para que se obtenha êxito em programas de saúde bucal, é imprescindível que previamente a qualquer planejamento, seja realizado o diagnóstico inicial da população a ser assistida. Neste momento procura-se identificar os problemas de saúde desta comunidade, para que a metodologia a ser adotada atenda a estas necessidades.

Com base no diagnóstico inicial, deverão ser adotadas medidas educativas associadas a técnicas e atitudes preventivas, relacionadas à saúde bucal dos pacientes.

Tal diagnóstico pode ser realizado através de questionário e informações colhidas usando técnicas para este fim. Uma das técnicas empregadas em coletividade e considerada de excelente aceitação é a técnica do "mapa falante",² a qual é utilizada na Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense.

Nesta técnica as crianças expressam o que já incorporaram acerca de saúde bucal em cartazes, expressados através de figuras, desenhos e linguagem escrita. Um exemplo do resultado obtido com o "mapa falante" é visto na figura 1



Figura 1 - Mapa falante realizado pelos pacientes da Disciplina de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense.

O trabalho educativo deve fazer parte de um programa de saúde bucal. Sendo ambos contínuos e permanentes, neles integram-se pacientes, pais ou responsáveis e profissionais educadores (conforme demonstrado na figura 2).

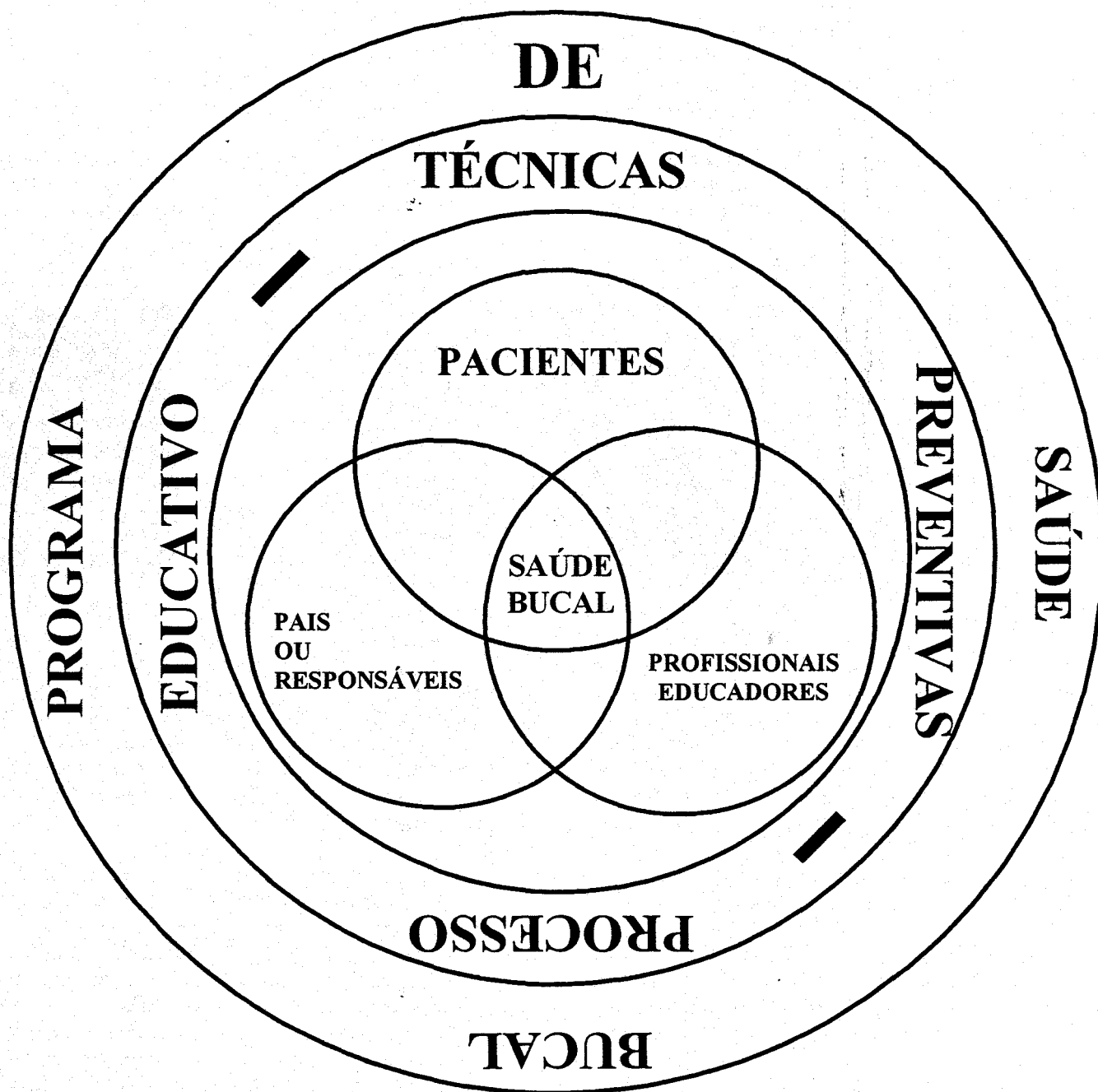


Figura 2 - Esquema representativo dos componentes do processo educativo.

É possível observar que a dinâmica do processo educativo envolve a participação do profissional de saúde, a quem cabe o "dever" de questionar, incentivar e ensinar ao paciente a responsabilidade que este possui sobre a sua própria saúde. Desta forma, o profissional oferece ao paciente a possibilidade de "independência" da aquisição e manutenção da sua saúde

O papel dos pais ou responsáveis é executado, mesmo após os momentos de maior motivação.

Em síntese, considerando-se que:

- toda prática de saúde é uma prática educativa em saúde;

- o processo educativo exige ações contínuas e participativas;

- a grande responsabilidade dos profissionais de saúde que atuam na formação de recursos humanos em Odontologia não se esgota no conhecer e transmitir técnicas;

Afirmamos que:

Todos os participantes deste processo - profissionais da saúde e da educação, alunos de graduação, pais ou responsáveis, devem ser multiplicadores desta concepção e prática libertadora da Educação em Saúde na Odontologia.

01. DELREY, D. C. H., **O componente educativo da ação de saúde.** São Paulo, USP/FSP, 1984 (mimeografado)
02. HOLANDA, HORTÊNCIA H., Mapa Falante. In: Seplan /MHV/MS/OPAS/OMS. **Fundamentos conceituais e metodológicos de educação e participação em saneamento rural.** Projeto Nacional de Saneamento Rural, 1982.
03. MÁRIO M. CHAVES. **Odontologia Social.** 3. edição, cap. I., p. 5, 1986. Ed. Artes Médicas Ltda.
04. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Nacional de Programas Especiais, Divisão nacional de Saúde Bucal Fundação de Serviços de Saúde Pública - **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana,** 1986 - Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde 1988. 137 p. (Série C: Estudos e Projetos, 4).
05. MORAES, N. EBIJELLA, V. T., Educação Odontológica do Paciente. **Revista da Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas.** v. 36, f. 3, p. 300a 307, maio/junho 1982.
06. OMS., Genebra. **Métodos y programas de prevención de las enfermedades bucodentales.** 1984, 51p.

Clinical Evaluation of Resin Bonded Retainers

Ferrari M., Mason PN, Cagidiaco D, Cagidiaco MC (Univ of Siena, Italy; Univ of Int J Periodont Rest Dent 9:207-219, 1989.

Resin-bonded retainers have been considerably improved since they were originally developed. Although much attention has been given to the development of materials and testing them by strength and microscopic analysis, the clinical trials have been too short for a reliable evaluation of this technique. Assessment was made of clinical retention of resin-bonded retainers, and clinical cases were analyzed over a 3- to 4- year observation period.

Technique- The abutment teeth were selected on a basis of periodontal health. The maximum number of pontics was 4, in the anterior area of the mouth and 2 in posterior quadrants. The enamel was reduced by .2 to .5 mm without dentin encroachment. Impressions were made with reversible hydrocolloids or with silicones. The nonnoble alloy Ni-Cr-Be was used routinely at present, it is possible to etch the Ni-Cr-Be alloy chemically, which results in a stronger bond. The frameworks were air abraded with aluminum hydroxide prior to etching. After etching, the frameworks were cleaned ultrasonically for 10 minutes in 18% hydrochloric acid. Bonding was performed with several different agents, but Comspan Opaque was used in 90% of cases. The bonding was always done with the use of a rubber dam. Abutment enamel was etched with orthophosphoric acid at 37% for 1 minute and then rinsed with water spray for 1 minute and air dried. Twelve-fluted metal burs were used for refining the borders of the frameworks, and the retainers were polished under water spray with rubber cups of varied abrasiveness. Patients returned every 3 months for the first year and on a 6-months basis in the following years.

Resin-bonded retainers provide the advantages of conservative tooth preparation and avoidance of the gingival margin. They provide good solutions for prosthetic and periodontal problems when constructed and applied with the correct materials and when the manufacturer's instructions are carefully followed. The most frequent cause of failure is faulty electrochemical etching, which is now preventable with the use of chemical methods. Most failures develop during the first month after bonding. Manual dexterity and extensive experience with this technique by the dentist play a decisive role in determining success or failure.

As a complement to the studies already discussed, this important paper deals with additional mechanisms of failure associated with resin-bonded retainers. -K.F. Leinfelder, D.D.S.