

**IZABEL DO ROCIO COSTA FERREIRA**

**A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL E OS  
PROCESSOS DE EDUCAÇÃO EM  
SAÚDE**

Itajaí (SC)  
2007

IZABEL DO ROCIO COSTA FERREIRA

**A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL E OS  
PROCESSOS DE EDUCAÇÃO EM  
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado Profissionalizante em Saúde e  
Gestão do Trabalho. – Área de Concentração  
em Saúde da Família, do Centro de Ciências  
da Saúde, da Universidade do Vale do Itajaí.

Orientadora: Profa. Dra. Rosita Saupe.

Itajaí (SC)  
2007

Ferreira, Izabel do Rocio Costa

A equipe de saúde bucal e os processos de educação em saúde /

Izabel do Rocio Costa Ferreira; Universidade do Vale do Itajaí. – 2007.

116f. : il. color.

Inclui bibliografia

Orientadora: Rosita Saupe

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho.

1. Educação em saúde. 2. Saúde bucal. I. Saupe, Rosita. II. Universidade do Vale do Itajaí. III. Título.

CDD 20.ed. 617.07

**IZABEL DO ROCIO COSTA FERREIRA**

**AS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL  
E OS PROCESSOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre - Área de Concentração Saúde da Família.

Itajaí (SC), 23 de outubro de 2007.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosita Saupe

UNIVALI – Presidente/Orientadora

Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo

UNIVALI – Membro da Banca

Prof. Dr. João Carlos Caetano

UFSC - Membro da Banca

Prof. Dr. Mario Uriarte Neto

UNIVALI – Membro da Banca

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, Verdade, Luz, Sabedoria, Amor absoluto, Vida que permeia minha existência.

Aos meus pais, pelo imenso amor e sabedoria com que me formaram como pessoa, feliz e amada.

À minha irmã e ao meu irmão, queridos, amigos de todas as horas.

Ao meu marido, pelo amor e apoio.

Aos professores do curso de mestrado, que muito contribuíram para minha formação nessa jornada, em especial à coordenadora prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Águeda Wendhausen pelo dinamismo e dedicação.

Às funcionárias da secretaria do curso de mestrado, sempre muito prestativas e atenciosas.

Aos componentes das equipes de saúde bucal da Prefeitura Municipal de Curitiba, pela colaboração e pelo acolhimento.

Ao amigo Lincoln, pelas idéias que contribuíram para este trabalho.

Aos meus colegas, professores do curso Técnico em Higiene Dental da Universidade Federal do Paraná, pelo apoio e amizade.

À professora Dr<sup>a</sup> Rosita Saupe, pelos ensinamentos, pela dedicação e pelo grande exemplo de profissional e ser humano.

FERREIRA, Izabel do Rocio Costa. **A equipe de saúde bucal e os processos de educação em saúde.** 2007. (Dissertação) – Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí / SC, Itajaí, 2007.<sup>1</sup>

Orientadora: Profa. Dra. Rosita Saupe.

## RESUMO

A prática odontológica hegemônica no Brasil, por todo século XX, teve como características a alta complexidade e a utilização de sofisticada tecnologia, sendo marcante o modelo curativo-restaurador. Este modelo mostrou-se inadequado às diferentes realidades, não resultando em melhores condições de saúde bucal para o conjunto da população. As políticas públicas, tanto as relacionadas ao sistema de saúde, quanto ao sistema formador apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida. Entre as ações a serem desenvolvidas pela equipe de saúde bucal estão as de educação em saúde. Evidencia-se a necessidade de uma mudança da prática odontológica, na qual os profissionais, fortemente habituados ao modelo hegemônico com direcionamento centrado na doença, atuem nas ações de promoção da saúde, dentre elas na educação em saúde. Conhecer como as equipes de saúde bucal realizam educação em saúde, e quais os processos educacionais por elas desenvolvidos, são os temas centrais deste estudo, bem como, constatar se a odontologia está atuando nas ações de educação em saúde visando à emancipação do cidadão. Para atingir estes objetivos, a metodologia incluiu: pesquisa pelo método qualitativo, sendo que os dados foram coletados pela técnica da entrevista semi-estruturada, com os componentes das equipes de saúde bucal das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades Programa Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Curitiba, tendo como critério o tempo de experiência de serviço em saúde pública. O conjunto de informações coletado foi analisado e confrontado com os referenciais de educação sanitária e de educação em saúde, levantados pela revisão da literatura. As categorias: concepções sobre educação em saúde; práticas de educação em saúde e componentes da equipe de saúde bucal que realizam educação em saúde, emergiram dos objetivos do trabalho e do processo de análise aplicado, e, foram visualizadas a partir do núcleo processos educacionais em saúde. Os resultados mostraram que estes profissionais estão passando por um momento de transição entre a educação sanitária e a educação em saúde. Ainda que seus processos educativos em saúde se norteiem pelo modo tradicional de educação, há evidentes tentativas de romper esse modelo. Pode-se inferir que estão direcionando-se para uma prática mais horizontal e participativa com os usuários, especialmente os profissionais com mais tempo de

---

<sup>1</sup> Esta Dissertação está vinculada ao Grupo de Pesquisa em Educação na Saúde e Gestão do Trabalho. Linha de Pesquisa: Promoção e Educação em Saúde. Subprojeto vinculado ao Projeto Matricial: “A integralidade em saúde como conceito nuclear da promoção e educação na saúde”, que agrega subprojetos relacionados a três eixos: 1) promoção da qualidade de vida; 2) promoção da integralidade nas ações e serviços de saúde; 3) educação orientada para a promoção da saúde (individual e coletiva) e preparo dos profissionais nos vários níveis da formação, incluindo a educação permanente.

serviço público de saúde. A ação educativa é um processo, e, como tal, exige um tempo para concretizar seu efeito, que deve ser conjunto entre os profissionais de saúde e população.

PALAVRAS-CHAVE<sup>2</sup>: educação em saúde, saúde bucal, equipe.

---

<sup>2</sup> <http://decs.bireme.br/>

FERREIRA, Izabel do Rocio Costa. **The oral health team and health educational processes.** 2007. (Dissertation) – Master’s Degree Program in Health and Management of Work, Center for Health Sciences, University of Vale do Itajaí, Itajaí /SC, Itajaí, 2007 .<sup>3</sup>

Supervisor: Dr. Rosita Saupe.

#### **ABSTRACT**

Throughout the 20<sup>th</sup> century, the hegemonic practice of dentistry in Brazil was characterized by high complexity and sophisticated technology, with an emphasis on the curative-restorative model. This model proved inadequate for the different realities, as it did not result in better oral health conditions for the population in general. Public policies, whether related to the health system or to professional training, point to reorganization of oral healthcare at all its levels, the concept of care being a new axis reorienting the model, which responds to a concept of health that focuses not only on care of the patient but above all, the promotion of quality of life. Education for health is among the actions that need to be improved by oral health teams. It is clear that changes in dentistry practice are needed, in which professionals, who are traditionally accustomed to the hegemonic model and its focus on the treatment of disease, carry out health promotion activities, including education. This study seeks to investigate how the oral health teams carry out health education, and identify their educational processes, and to determine whether dentistry today is developing health education activities aimed at emancipating citizens. To achieve these objectives, the methodology included: qualitative research and data collection through semi-structured interviews with oral health team professionals working at Basic Health Units and Units of the Family Health Program in the city of Curitiba, taking, as criteria, their length of service in the public health service. The information gathered was analyzed face and compared with the reference to sanitary and health education identified in the literature. The categories were concepts of health education, health education practices, and members of the oral health who carry out health education, which emerged from the objectives of this work, and from the process of analysis applied. These were visualized based on the processes of the center of health educational. The results of the research show that these professionals are going through a period of transition between sanitary education and health education. Despite being guided by the traditional education model in their health education processes, these professionals are clearly attempting to break away from this model. It can be inferred that they are heading for a more horizontal and participative practice with patients, especially those professionals who have worked for longer in the public health system. Educational action is a process, and as such, it requires time to materialize its effects, which must be simultaneously improved between health professionals and population.

KEY WORDS<sup>4</sup>: health education, oral health, team.

---

<sup>3</sup> This Dissertation is linked to the Research Group in Education in Health and Management of Work. Line of research: Health Promotion and Education. Sub-project linked to the Curricular Project: “The holistic nature of health as a nuclear concept in the promotion of health education”, which includes sub-projects related to three themes: 1) promotion of quality of life; 2) promotion of a holistic view, in health actions and services; 3) education geared towards health promotion (individual and collective) and preparation of professionals at various levels of training, including permanent education.

<sup>4</sup> <http://decs.bireme.br/>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>15</b>
2.1	Educação Geral	15
2.1.1	Educação como redenção da sociedade	19
2.1.2	Educação como reprodução da sociedade	20
2.1.3	Educação como transformação da sociedade	21
2.1.4	Concepções Pedagógicas	21
2.2	Educação em Saúde	29
2.2.1	Breve Histórico da Educação em Saúde no Brasil	29
2.2.2	Influências nas concepções de saúde no novo modelo assistencial	41
2.3	Saúde Bucal	43
2.3.1	Breve Histórico da Odontologia Brasileira	43
2.3.2	Modelos Assistenciais na Saúde Bucal Brasileira	51
2.3.2.1	Odontologia Sanitária e Sistema Incremental	51
2.3.2.2	Odontologia Simplificada e Odontologia Integral	52
2.3.2.3	Programa Inversão da Atenção – PIA	52
2.3.2.4	Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família	52
2.3.3	Equipe de Saúde Bucal	53
2.3.4	Educação em Saúde Bucal	57
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>59</b>
3.1	Fundamentação Metodológica	59
3.2	Detalhamento Metodológico	61
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>64</b>
4.1	Primeira Etapa: o local do estudo - Curitiba	64
4.2	Segunda Etapa: saúde bucal na Prefeitura Municipal de Curitiba	66
4.3	Terceira Etapa: caracterização dos sujeitos da pesquisa	70
4.4	Quarta Etapa: operacionalização e desenvolvimento	71
4.5	Quinta Etapa: categorias quanto aos processos educacionais em saúde	72
4.5.1	Categoria concepções sobre educação em saúde	73
4.5.2	Categoria práticas de educação em saúde	82
4.5.3	Categoria componentes da equipe de saúde bucal que realizam educação em saúde	93
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>95</b>

<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>98</b>
<b>7</b>	<b>APÊNDICES</b>	
A -	Orientações para realização da Entrevista	104
B -	Roteiro para Entrevista	106
C -	Termo de Compromisso de Utilização de Dados	107
D -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	108
<b>8</b>	<b>ANEXOS</b>	
A -	Administrações Regionais da Secretaria Municipal de Curitiba	110, 111
B -	Rede Municipal de Saúde de Curitiba	112, 113
C -	Declaração de Concordância Institucional - Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-Pr	114
D -	Certificado de aprovação do projeto pela Comissão de Ética da UNIVALI	115

## 1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas, tanto as relacionadas ao sistema de saúde quanto ao sistema formador, determinam que a equipe de saúde bucal desenvolva ações de educação em saúde (BRASIL, 2004 a); (BRASIL, 2002). Todavia, a prática odontológica no Brasil, durante todo o Século XX, teve como hegemônico o modelo curativo-restaurador. Este modelo mostrou-se inadequado às diferentes realidades brasileiras por ser: de baixa cobertura, ineficaz, mercantilista, de alto custo e monopolizado pelas elites, não resultando em melhores condições de saúde bucal para o conjunto da população (NARVAI, 2003).

No início do século XX, os Estados Unidos se firmaram como uma potência mundial, havendo o deslocamento da influência das práticas odontológicas realizadas por países europeus para aquelas realizadas pelos americanos. O modelo educacional da prática odontológica adotado nas universidades brasileiras reproduzia integralmente o modelo da escola norte-americana, caracterizado como cientificista ou flexneriano (OPAS, 2006).

Constata-se que o modelo de assistência odontológica hegemônico, que persistiu até a Constituição de 1988, era, predominantemente, de prática privada (OPAS, 2006).

Tem sido observada grande expansão no número de cursos de odontologia, sobretudo nas duas últimas décadas do século passado (NARVAI,2003). Constata-se que no início dos anos de 1990, o Brasil concentrava cerca de onze por cento dos cirurgiões-dentistas em atividade em todo o mundo (PINTO, 1992 apud NARVAI, 2003). Embora no início do século XXI tal proporção não tenha diminuído, isso não significou melhores condições de saúde bucal para a população brasileira (NARVAI, 2003).

A Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que traz um “conceito ampliado de saúde”, fazendo-se necessária uma mudança no modelo de atenção, antes centrado na doença, para um modelo que promova saúde e visa à emancipação do cidadão.

O Conselho Nacional de Educação (CNE) instituiu em 2002 “as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em odontologia”, onde definiu o seguinte perfil do egresso para os cursos brasileiros (BRASIL, 2002, p. 1):

*Profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.*

Ao mesmo tempo, a criação do SUS com a atribuição de “ordenar a formação de recursos humanos” para a saúde, impulsionou programas de formação de pessoal auxiliar odontológico. O Técnico em Higiene Dental e o Auxiliar de Consultório Dentário compõem a equipe de saúde bucal e realizam atividades necessárias à prestação de cuidados no âmbito da promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal. O exercício dessas profissões está sob supervisão do cirurgião-dentista (BRASIL, 2004 b, p.13).

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004 a, p.3) “apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida...”. Entre as ações a serem desenvolvidas pela equipe de saúde bucal (cirurgião-dentista; técnico em higiene dental e auxiliar de consultório dentário), estão as de educação em saúde “que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-

doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como a possibilitar ao usuário mudar hábitos apoiando-o na conquista de sua autonomia” (BRASIL, 2004a, p.9).

Para que realmente seja efetiva, a educação depende de uma perfeita sintonia entre educadores e educandos, de uma relação harmoniosa entre as partes, de trocas de experiências, partindo da realidade da comunidade local e de suas necessidades (PEREIRA, 2003).

A equipe de saúde bucal deve estar preparada para desenvolver um processo educativo que venha possibilitar ao cidadão exercer autonomia sobre sua própria vida.

O modelo de educação em saúde historicamente hegemônico, referido como tradicional, focaliza a doença e a intervenção curativa, fundamenta-se no biologicismo e tem como estratégias o repasse de informações verticalizadas, que ditam comportamentos e não valorizam os saberes da população (ALVES, 2005).

O modelo emergente, referido como dialógico, interpreta os processos saúde-doença a partir de múltiplos referenciais, considerando que educadores e população possuem saberes complementares, e visa à emancipação do cidadão (WENDHAUSEN, SAUPE, 2003).

O envolvimento efetivo dos profissionais da odontologia em estratégias de promoção da saúde, entre elas a educação em saúde, implica em melhorias na condição de saúde bucal da população, na redução das desigualdades sociais em saúde e conseqüente melhor qualidade de vida. As políticas nacionais, tanto de saúde como de educação, apontam para um novo perfil dos profissionais da odontologia, que devem estar preparados para assumirem o papel de educador em saúde.

Com a finalidade de ilustrar o perfil nacional da saúde bucal, estão apresentados a seguir, alguns dados do mais recente levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado em nosso país. São focalizados também os dados referentes à cidade de Curitiba, capital do Paraná, já que este é o local onde a pesquisa foi realizada.

O Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal (SB-Brasil), concluído em 2003, coordenado pelo Ministério da Saúde, examinou 108.921 pessoas de 18 meses a 74 anos de idade em 250 municípios brasileiros. Entre os índices monitorados, o CPOD (número de dentes cariados, perdidos e obturados) médio aos 12 anos (2,78) foi o único indicador compatível com as metas da Organização Mundial da Saúde para o ano 2000 (CPOD < 3). Contudo, o levantamento mostrou que na passagem da adolescência (CPOD 6,17) para a idade adulta (CPOD 20,13) cerca de 14 dentes são vitimados pela cárie e que a perda dental é o problema que mais atinge os idosos (CPOD 27,79). Segundo o SB-Brasil, menos de 22% da população adulta e menos de 8% dos idosos têm gengivas saudáveis (BRASIL, 2004 c).

Outro grave problema identificado é a perda dental: mais de 28% dos adultos não possuem dente funcional em pelo menos uma arcada e 15% destes necessitam de, pelo menos, uma prótese. Cerca de 75% dos idosos não possuem sequer um dente funcional; 36% deles precisam de dentaduras. Ficou claro também que a assistência odontológica não alcança toda a população, pois, mais de 2,5 milhões de adolescentes (13% desta população) nunca foram ao dentista, bem como, quase 3% dos adultos e 6% dos idosos (JABO, 2004).

Os dados relacionados à cidade de Curitiba mostram que o índice CPOD médio aos 12 anos é 1,27; dos 15 aos 19 anos é 3,9 (números abaixo da média nacional), porém, dos 35 aos 44 anos este índice é de 20,17, e, dos 65 aos 74 anos chega a 28,41 (PARANÁ, 2005).

Evidencia-se a necessidade de uma mudança da prática odontológica brasileira, onde os profissionais formados com direcionamento centrado na doença atuem nas ações de promoção da saúde, dentre elas na educação em saúde.

A questão motivadora para a realização deste estudo, procurou responder como este processo de transição de um modelo centrado no indivíduo e em sua doença está mobilizando os esforços de seus agentes, equipe de saúde bucal, para promover ações de educação em saúde visando à conquista da autonomia das pessoas e grupos sociais.

Conhecer como as equipes de saúde bucal realizam educação em saúde, e quais os processos educacionais por elas desenvolvidos, foram os temas centrais deste estudo, bem como, constatar se a odontologia está atuando nas ações de educação em saúde visando à emancipação do cidadão para que este desenvolva maior controle sobre sua vida, ou pratica uma educação sanitária: normativa, verticalizada que anula o cidadão e o torna dependente.

Neste contexto o objetivo geral deste estudo foi conhecer os processos educacionais em saúde desenvolvidos pelas equipes de saúde bucal, das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades Programa Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Curitiba. Para tanto os objetivos específicos foram: identificar as concepções sobre educação em saúde que permeiam as práticas de cada componente da equipe de saúde bucal; indicar as práticas de educação em saúde realizadas pelos componentes da equipe de saúde bucal; identificar quais componentes da equipe de saúde bucal realizam educação em saúde.

Para o alcance desses objetivos, a metodologia utilizada foi de pesquisa pelo método qualitativo, realizada junto aos componentes das equipes de saúde bucal das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades Programa Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Curitiba, tendo como critério o tempo de experiência de serviço em saúde pública. Os dados foram coletados pela técnica da entrevista

semi-estruturada, sendo que o conjunto de informações coletadas foi analisado e confrontado com os referenciais de educação sanitária e de educação em saúde, levantados pela revisão da literatura.

Neste capítulo introdutório foram apresentados a motivação, a justificativa, o objeto, os questionamentos e os objetivos, explanando a proposta de investigação. No segundo capítulo apresentamos as concepções que deram sustentação ao estudo, tanto na fase de coleta quanto de análise dos dados. No terceiro capítulo a metodologia utilizada é explanada, juntamente com o detalhamento metodológico. O quarto capítulo apresenta os resultados da investigação, bem como, caracteriza o local do estudo e seus sujeitos participantes. O quinto, e, último capítulo apresenta as considerações finais deste estudo.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Neste capítulo apresentamos os conceitos nucleares que fundamentaram este estudo. Iniciamos pela 'educação geral', apresentando a perspectiva histórica do conceito e suas interpretações através do tempo. Na segunda parte tratamos da 'educação em saúde', suas origens e desenvolvimento, destacando as várias concepções que têm sido identificadas no pensamento e na prática. A saúde bucal em sua dimensão educativa completa a fundamentação teórica deste estudo.

### **2.1 Educação Geral**

De acordo com Luckesi (1994), na comunidade primitiva, a educação se realizava de forma difusa entre crianças, jovens e adultos. As novas gerações aprendiam pela participação prática nas experiências de trabalho dos adultos, e, à medida que os adultos exercitavam seus valores, seus rituais religiosos e sociais, espontaneamente os mais jovens assimilavam a vida em sociedade. A educação se realizava no dia a dia da sociedade, assistematicamente.

À medida que a sociedade foi se dividindo em classes, passando a se constituir em um segmento dominante e o outro dominado, a organização social passou a exigir formas de ação mais complexas devido à ampliação de sua produção, foi se tornando necessária uma educação estruturada e institucionalizada. Neste período a educação espontânea já não dava conta da transmissão e assimilação das condutas, comportamentos e dos saberes necessários à sobrevivência da sociedade (LUCKESI, 1994).

Segundo Luckesi (1994), a educação é uma prática humana orientada por uma concepção teórica, na qual a prática pedagógica está articulada com uma

pedagogia, que nada mais é que uma concepção filosófica da educação<sup>5</sup>. Essa concepção ordena os elementos que direcionam a prática educacional.

Luckesi (1994) afirma que o segmento social dominante assumiu a cultura acumulada e necessária à comunidade como propriedade sua, constituindo instâncias sociais para a transmissão e assimilação dos “segredos” ou seja, os saberes, da comunidade. A institucionalização da educação ao longo do tempo ganhou formas diversas e a sociedade burguesa denominou-a de escola. O conhecimento, que era comum a todos, na sociedade de classes foi se transformando em segredo, transmitido apenas aos que pertenciam ao grupo dominante.

Enquanto instituição destinada à educação das classes populares, a escola pública tem sua história ligada ao declínio do feudalismo e ao desenvolvimento do capitalismo comercial, e posteriormente, do capitalismo industrial. Durante a Revolução Francesa surgiram esforços a fim de estabelecer uma educação pública, universal, gratuita e obrigatória. Estes requisitos atenderiam aos interesses da burguesia, que se aliou ao povo para fazer oposição às estruturas e instituições vigentes no sistema feudal (LIBÂNEO, 1984).

Com o desenvolvimento do modo de produção capitalista e a conseqüente ascensão da burguesia, esta se manifesta como classe revolucionária e assume uma posição histórica ao considerar que a dominação da nobreza e do clero era uma dominação não-natural e sim social e acidental, e começa a defender uma sociedade igualitária tendo como base a filosofia da essência. Os interesses da burguesia, então, eram de transformação e igualdade entre os homens (SAVIANI, 1984).

---

<sup>5</sup> Filosofia pode ser definida como interpretação teórica das aspirações, desejos e anseios de um grupo humano, e, educação como instrumento de veiculação dessa interpretação (LUCKESI, 1994).

A burguesia preconizava que a sociedade constituída por senhores e servos não poderia mais existir, e sim, ser substituída por uma sociedade igualitária, havendo então, uma transformação de uma sociedade com base num suposto direito natural por uma sociedade contratual (SAVIANI, 1984).

De acordo com Saviani (1984) os preceitos burgueses seguiam o raciocínio de que os homens, essencialmente livres, poderiam dispor de sua liberdade para os outros homens mediante um contrato. E, sobre essa base da sociedade contratual é que as relações de produção sofreram uma alteração significativa, pois, houve a mudança do trabalhador servo, vinculado à terra, para o trabalhador livre, não mais vinculado à terra, mas, com liberdade para vender a sua força de trabalho mediante um contrato.

Segundo Saviani (1984), escolarizar todos os homens era a condição de transformar servos em cidadãos, que poderiam participar do processo político, para a consolidação da democracia, obviamente burguesa, solidificando a burguesia como classe dominante.

Libâneo (1984) afirma que a escola surge então, como instrumento de disseminação da ideologia burguesa, e se organiza na sua concepção pedagógica, na pedagogia liberal, na sua forma tradicional.

Entretanto, com o passar do tempo, ao se efetivar a participação política não somente da burguesia, mas também das classes populares, começam a surgir interesses conflitantes entre essas duas classes. À medida que a burguesia, de classe em ascensão, se consolida no poder, seus interesses não se direcionam mais à transformação da sociedade, ao contrário, seus interesses se direcionam para a perpetuação da sociedade (SAVIANI, 1984).

Ao defender a igualdade entre os homens, o ideal burguês motivava ao questionamento dos privilégios de sua própria classe. Neste momento não é mais

a burguesia que assume o papel revolucionário, e sim, a classe popular, exatamente àquela explorada pelos burgueses (SAVIANI, 1984).

A partir de então, a burguesia passa a negar a pedagogia baseada no igualitarismo, e lança mão da idéia de diferenças entre os homens em decorrência de suas aptidões e capacidades. Ocorre, então, uma mudança de concepção pedagógica, antes voltada para a pedagogia da essência e agora para a pedagogia da existência, e instala-se a pedagogia nova que tem por finalidade legitimar as desigualdades sociais e os privilégios de classe (LIBÂNEO, 1984).

Para justificar essa mudança de concepção pedagógica, a Escola Nova referia-se à Escola Tradicional como um método pré-científico, dogmático e medieval, e, proclamava-se instrumento de introdução científica na atividade educativa, colocando a educação à altura de sua época (SAVIANI, 1984).

Nota-se que é evidente a importância da análise da realidade educacional em relação às determinações históricas e sociais do contexto em que ela está inserida.

Para Libâneo (1984) a luta pela emancipação humana a partir do capitalismo requer um novo homem, uma nova ordem social e um novo projeto de desenvolvimento humano. Fazendo-se necessária uma escola que revele aquilo que o capitalismo esconde e, que faça crítica da visão de mundo da ideologia liberal. Tal tarefa é papel de uma pedagogia progressista.

De acordo com Saupe (1992) a configuração de uma pedagogia progressista ocorre concomitante às transformações sociais preconizadas pelo movimento socialista no século XIX, como reação às marcantes desigualdades entre as classes sociais.

A pedagogia progressista corresponde ao conjunto de conhecimentos e práticas pedagógicas direcionados à libertação e emancipação do homem, da opressão imposta pelo sistema capitalista (LIBÂNEO, 1984).

De acordo com Luckesi (1994) os três grupos de entendimento do sentido da educação na sociedade podem ser expressos pelos seguintes conceitos: educação como redenção; educação como reprodução; e educação como um meio de transformação da sociedade. Essas são as tendências filosóficas-políticas constituídas ao longo da prática educacional para que se compreenda a Educação.

#### 2.1.1 Educação como redenção da sociedade

Para a tendência redentora, a sociedade é um conjunto de seres humanos que vivem e sobrevivem num todo orgânico e harmonioso, com desvios de grupos e indivíduos que ficam à margem do todo. A educação é vista como uma instância quase que exterior à sociedade e contribui para o seu ordenamento e equilíbrio permanentes, tendo por significado e finalidade a adaptação do indivíduo à sociedade. Em vez de receber as interferências da sociedade, é a educação que interfere, quase de forma absoluta, nos destinos do todo social curando-o de suas mazelas (LUCKESI, 1994).

A tendência redentora conceitua a marginalidade como um fenômeno acidental e individual, podendo afetar a um número maior ou menor dos membros da sociedade, entretanto, é vista como um desvio que deve ser corrigido através da educação (SAVIANI, 1984).

A educação redime a sociedade formando as mentes das novas gerações, dirigindo suas ações a partir dos ensinamentos, adaptando-as ao ideal de sociedade, que no fundo é aquele que atende aos interesses das classes dominantes (LUCKESI, 1994).

A tendência redentora é otimista em relação ao poder da educação sobre a sociedade tendo perdurado por épocas (LUCKESI, 1994).

Os enciclopedistas da Revolução Francesa (pedagogia tradicional) e os pedagogos do final do século XIX (pedagogia nova) continuaram com essa concepção (LUCKESI, 1994).

### 2.1.2 Educação como reprodução da sociedade

Diferentemente da tendência anterior, esta aborda a educação como uma instância dentro da sociedade e exclusivamente ao seu serviço. Não redime as mazelas sociais, mas reproduz a sociedade no seu modelo vigente (LUCKESI, 1994).

Para os seguidores desta tendência, a marginalidade é produto da ignorância, e, a escola se constitui em um instrumento para equacionar o problema da marginalidade (SAVIANI, 1984).

Essa tendência pedagógica interpreta a educação como reprodutora da sociedade e entende-a como um elemento da própria sociedade, determinada por condicionantes econômicos, sociais e políticos (LUCKESI, 1994).

Louis Althusser, no seu livro *Ideologia e aparelhos ideológicos de Estado*, faz a partir de pressupostos marxistas, um estudo sobre o papel da escola como um dos aparelhos do Estado, explica que toda sociedade necessita reproduzir-se em todos os seus aspectos, caso contrário, desaparece (LUCKESI, 1994).

A cada momento os administradores da produção devem estar atentos para verificar o que necessita ser suprido e/ou substituído para a manutenção do teor de produção ou para seu incremento. Entretanto para a produção de bens materiais e sua reprodução é necessário um elemento básico: a força de trabalho,

que, como qualquer elemento, não é infinita e inesgotável, exigindo a sua reprodução (LUCKESI, 1994).

Segundo a análise de Althusser, a escola é o instrumento criado para otimizar o sistema produtivo e a sociedade a que ele serve. A escola qualifica para o trabalho socialmente definido, e também introjeta valores que garantem a reprodução comportamental compatível com a ideologia dominante (LUCKESI, 1994).

A reprodução da sociedade pode ser estimada como a visão descritiva da escola, determinando o modelo hegemônico de educação, já a tendência filosófica de transformação da sociedade, como a visão prescritiva da escola, definindo o modelo educativo contra-hegemônico .

### 2.1.3 Educação como transformação da sociedade

Essa tendência tem como perspectiva compreender a educação como mediação de um projeto social. Ela nem redime nem reproduz a sociedade, mas serve de meio para realizar um projeto de sociedade (LUCKESI, 1994).

É crítica, recusa-se em relação ao otimismo ilusório, quanto ao pessimismo imobilizador. Propõe compreender a educação dentro de seus condicionantes e agir para a sua transformação. Representa um recurso da sociedade na luta pela sua transformação, na expectativa de uma efetiva democratização social, contemplando os aspectos políticos, sociais e econômicos (LUCKESI, 1994).

Após verificar que as três tendências filosóficas políticas que interpretam o papel da educação na sociedade são: educação como redenção, educação como reprodução e educação como transformação da sociedade, trataremos a seguir das concepções pedagógicas propriamente ditas.

### 2.1.4 Concepções Pedagógicas

As concepções pedagógicas, também chamadas tendências, correntes, teorias, abordagens, paradigmas, tentam compreender o pensamento e a prática dos educadores, descrevendo, interpretando, avaliando e propondo alternativas de mudança na ordem dos fenômenos educacionais (SAUPE, 1992).

De acordo com Libâneo (1984) ao se utilizar como critério a posição que adotam em relação aos condicionantes sóciopolíticos da escola, as tendências pedagógicas foram classificadas em liberais e progressistas:

A. Pedagogia Liberal:

- Tradicional
- Renovada:
  - versão funcionalista
  - versão cognitivista
  - versão humanista
  - versão tecnicista

B. Pedagogia Progressista:

- Libertária
- Libertadora
- Dos Conteúdos Culturais

Segundo Libâneo (1985) a tendência liberal surgiu para justificar o sistema capitalista que, ao defender o predomínio da liberdade e dos interesses individuais na sociedade, estabeleceu uma forma de organização social denominada sociedade de classes, baseada na propriedade privada dos meios de produção.

Para a pedagogia liberal a escola tem por função preparar os indivíduos para desempenharem papéis sociais, de acordo com as aptidões individuais, e, para tanto precisam aprender a adaptar-se aos valores e às normas vigentes na sociedade (LIBÂNEO, 1985).

De acordo com Libâneo (1985) a ênfase no aspecto cultural esconde a realidade das diferenças de classes, embora difunda a idéia de igualdade de oportunidades, não considera a desigualdade de condições.

A educação liberal iniciou-se com a pedagogia tradicional, que teve como característica a ênfase no ensino humanístico, de cultura geral, onde o aluno é educado para atingir sua realização como pessoa pelo seu próprio esforço (LIBÂNEO, 1985).

Na tendência liberal tradicional o papel da escola é preparar intelectualmente e moralmente os alunos para assumirem sua posição na sociedade. O compromisso da escola é com a cultura e não com os problemas sociais, pois estes pertencem à sociedade. O aprendizado é o mesmo para todos os alunos (LIBÂNEO, 1985).

Os conteúdos de ensino não se relacionam com a realidade social do aluno. Os conhecimentos e valores sociais acumulados pelas gerações adultas são repassados ao aluno como verdades. As matérias de estudo são determinadas pela sociedade e ordenadas na legislação (LIBÂNEO, 1985).

Como método de ensino, a tendência liberal tradicional, têm como base a exposição verbal da matéria e/ou demonstração, e tanto a exposição quanto a análise são feitas pelo professor (LIBÂNEO, 1985).

No relacionamento professor-aluno observa-se o predomínio da autoridade do professor, que usa a disciplina imposta como meio mais eficaz para garantir a atenção dos alunos. O professor exige atitude receptiva dos alunos e impede qualquer comunicação entre eles durante a aula (LIBÂNEO, 1985).

A aprendizagem é receptiva e mecânica, e a retenção do conteúdo ensinado se dá pela repetição de exercícios sistemáticos e recapitulação da matéria. O ensino consiste em repassar conhecimentos, a transferência da aprendizagem depende do treino, a fim de que o aluno responda às situações novas de maneira análoga

às respostas dadas em situações semelhantes. A avaliação se dá por avaliações de curto e de longo prazo. O reforço pode ser negativo como notas baixas e punições, ou, positivo, através de classificações (LIBÂNEO, 1985).

Em relação à tendência liberal renovada, pode-se dizer que foi uma tentativa de substituição da tendência liberal tradicional, como conseqüência do próprio desenvolvimento das forças produtivas e por influências das inovações técnicas desenvolvidas pela burguesia na fase comercial. Para se ganhar dinheiro era necessário metodizar o esforço e planejar, concepção que se acentua com a introdução da manufatura e mais tarde da fábrica (LIBÂNEO, 1984).

Libâneo (1984) pontua que, ao final do século XIX, multiplicaram-se no mundo inteiro escolas inspiradas pela tendência renovada que originaram quatro versões: funcionalista (Dewey, Montessori e Piaget), cognitivista (Bruner e Ausubel), humanista (Rogers) e tecnicista (Bloom e Gagné).

A seguir, as características comuns das várias versões da pedagogia renovada (LIBÂNEO, 1984 p.49):

- 1) O aluno é o sujeito de seu próprio conhecimento, portanto a educação é auto-educação. O educando deve agir, experimentar, descobrir, e assim formar-se, construindo o conhecimento por si próprio a partir de seus interesses imediatos – valorização do trabalho pessoal;
- 2) A educação deve ser progressiva, proceder por etapas, de acordo com a evolução natural dos interesses correspondentes a cada idade;
- 3) Os programas e métodos são centrados nos interesses do educando, supondo a concentração de estudos em torno de problemas centrais que favoreçam a correlação de matérias;
- 4) O ensino é individualizado e harmonizado com as características individuais dos educandos em ritmo próprio de aprendizagem;
- 5) O grupo de alunos é que estrutura as regras de boa convivência social. A liberdade decorre de uma tendência natural e espontânea, recusando-se toda a sorte de coação ou autoridade externa;

6) A atividade em grupo é priorizada como forma de trabalho que possibilita a reconstrução, no pensamento, dos conteúdos que se quer exprimir, devido à troca de pontos de vista entre alunos;

7) O trabalho escolar firmado sobre o desenvolvimento individual visa à socialização, porque indivíduos bem formados são capazes de aperfeiçoar a sociedade.

De acordo com Libâneo (1984) para a tendência renovadora a escola tem por finalidade adequar as necessidades individuais às exigências sociais. Tendo como resultado do progresso das relações dos homens entre si, com base nos valores dominantes e estabelecidos na cultura, a estrutura da sociedade.

Nesta tendência o professor deve ordenar experiências para a emergência das potencialidades individuais e, a sociedade confere-lhe poderes para orientar essas potencialidades, para a preservação da harmonia social (LIBÂNEO, 1984).

Para os renovados aprender é desenvolver modos de agir que resultem na adaptação do indivíduo ao meio e é através das experiências que o indivíduo se adapta (LIBÂNEO, 1984).

Como consequência da marcante desigualdade social, entre a classe capitalista e a classe operária, no século XIX surgem teorias de organização social denominada de socialismo, sendo necessária uma pedagogia que se oponha ao liberalismo, ocorre então, a configuração de uma pedagogia progressista (LIBÂNEO, 1984).

A concepção da tendência progressista origina-se da visão de homem, sociedade e cultura proposta por Marx e Engels, na qual a formação humana se dá pela própria participação do homem na transformação da realidade natural e social (LIBÂNEO, 1984).

A pedagogia progressista se apresenta em três tendências: a libertária, que tem como característica a autogestão pedagógica; a libertadora, cujo mentor e inspirador foi Paulo Freire; e, a dos conteúdos culturais.

A pedagogia libertária abrange as tendências antiautoritárias em educação, como a anarquista, a psicanalista, a dos sociólogos e dos progressistas (LIBÂNEO, 1985).

Na tendência progressista libertária, espera-se que a escola exerça uma transformação na personalidade do aluno num sentido libertário e autogestionário. A escola deve motivar a participação grupal, estabelecendo mecanismos institucionais de mudança, na forma de assembléias, conselhos, reuniões, associações, entre outros. Há um sentido político, onde se afirma o indivíduo como produto social e que o desenvolvimento individual só se realiza no coletivo. O conteúdo e o método é a autogestão. Esta pedagogia pretende ser uma forma de resistência contra a burocracia como instrumento da ação dominadora de Estado, que exerce controle sobre tudo, retirando sua autonomia (LIBÂNEO, 1985).

Nesta tendência pedagógica os conteúdos de ensino são o resultado das necessidades e interesses manifestados pelo grupo, e não necessariamente as matérias de estudo, pois, estas são colocadas à disposição do aluno, porém, não são exigidas. O importante é o conhecimento que resulta das experiências vividas pelo grupo, principalmente a vivência de mecanismos de participação crítica (LIBÂNEO, 1985).

O método de ensino enfatiza o trabalho em grupo, na forma de autogestão, onde os alunos exercem sua própria iniciativa sem qualquer forma de poder (LIBÂNEO, 1985).

Para os libertários o professor é um orientador e um catalizador, ele se junta ao grupo para uma reflexão comum. Cabe ao professor a função de instrutor-monitor à disposição do grupo, e, nunca como um modelo, já que a pedagogia libertária recusa qualquer forma de poder ou autoridade (LIBÂNEO, 1985).

Para Libâneo (1985) a ênfase da informalidade na aprendizagem via grupo e a negação de qualquer forma de repressão visam favorecer o desenvolvimento de pessoas mais livres e, somente o que é vivido e experimentado é incorporado.

Em relação à tendência progressista libertadora, Libâneo (1985) comenta que não é próprio desta pedagogia falar em ensino escolar, pois, sua característica é a atuação não formal. Diz-se que a educação em geral é uma atividade onde professores e alunos, mediatizados pela realidade que apreendem e da qual extraem o conteúdo de aprendizagem, atingem um nível de consciência dessa mesma realidade, com a finalidade de nela atuarem para a transformação social. A tendência libertadora é uma educação crítica, pois, questiona a realidade das relações humanas e do homem com a natureza, visando uma transformação.

Nesta pedagogia os conteúdos de ensino são extraídos da problematização da prática de vida dos educandos, já que cada grupo envolvido na ação pedagógica dispõe em si próprio os conteúdos necessários. É considerada como invasão cultural, a transmissão de conteúdos estruturados a partir de fora, pois estes não emergem do saber popular (LIBÂNEO, 1985).

A tendência libertadora tem no grupo de discussão, a sua forma de trabalho educativo. O grupo é responsável pela autogestão da aprendizagem, é ele que define o conteúdo e a dinâmica das atividades. O professor deve intervir o mínimo possível, embora, quando se fizer necessário, forneça uma informação mais sistematizada (LIBÂNEO, 1985).

Os educandos chegam a um nível mais crítico de conhecimento de sua realidade através da troca de experiências da prática social, pelos passos de codificação-decodificação e problematização da situação. A avaliação se faz pela prática vivenciada entre educador-educando e, às vezes, pela auto-avaliação feita em termos dos compromissos sociais assumidos com a prática social (LIBÂNEO, 1985).

Para os libertadores, o educador e o educando são sujeitos do ato de conhecimento, adotando como método básico o diálogo e a relação horizontal, eliminando toda relação de autoridade. O educador deve assegurar ao grupo um espaço humano para se exprimir sem se neutralizar (LIBÂNEO, 1985).

Segundo Paulo Freire, a dialogicidade é a essência da educação como prática da liberdade, e, diálogo é o encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, a fim de pronunciá-lo, não se esgotando na relação eu-tu (FREIRE, 2005).

A pedagogia libertadora ou pedagogia de Paulo Freire tem exercido influência expressiva nos movimentos populares, na educação de adultos (LIBÂNEO, 1985).

No transcorrer da implantação da revolução russa, o encaminhamento das soluções educacionais levou à valorização da formação cultural como sustentação da preparação politécnica, já que um novo homem deveria ser capaz de compreender e pensar a partir de suas próprias condições de vida e lutar pela sua superação (LIBÂNEO, 1984).

A ênfase dos conteúdos culturais destaca que o conhecimento resulta das relações com o objeto, e é através da realidade que os dados do conhecimento são oferecidos (LIBÂNEO, 1984).

Segundo Saupe (1992) a pedagogia dos conteúdos culturais não faz oposição entre a cultura erudita e popular, outrossim, orienta no sentido de uma transição

progressiva do senso comum para o conhecimento sistematizado, no qual os objetivos do ensino são definidos pela aquisição de conhecimentos e métodos que atendam a essa necessidade.

De acordo com Libâneo (1984) na tendência dos conteúdos culturais, a educação tem finalidades sociais, pois, deve articular-se no projeto histórico da emancipação refletindo os interesses de classe e tornando-se um instrumento social a favor da classe trabalhadora.

Nesta tendência pedagógica os conteúdos de ensino devem ter ligação, indissociável, à sua significação humana e social e, seus métodos não partem de um saber espontâneo nem mesmo de um saber depositado de fora, outrossim, partem de uma relação direta com a experiência do aluno e confrontada com a sua própria realidade. O professor assume o papel de mediador em um processo no qual aluno e professor fazem trocas. Esta mediação em torno da análise dos conteúdos exclui a não-diretividade como forma de orientação (LIBÂNEO, 1985).

Tendo uma visão geral da historicidade conceitual de educação, passaremos agora a relatar sobre a educação em saúde.

## 2.2 Educação em Saúde

### 2.2.1 Breve Histórico da Educação em Saúde no Brasil

No período do Brasil colonial, muitas doenças acometiam a população, principalmente as doenças tropicais, como a febre amarela e a malária, que eram desconhecidas dos médicos europeus; além da peste bubônica, cólera e varíola, trazidas da Europa através dos seus imigrantes (BAPTISTA, 2005).

A população brasileira era constituída de portugueses, outros imigrantes europeus, índios e negros escravos. Cada um desses grupos era detentor de uma

cultura própria, costumes, tradições e de um conhecimento peculiar sobre as doenças e a maneira de tratá-las (BAPTISTA, 2005).

Havia a figura dos barbeiros ou práticos, conhecedores de algumas técnicas médicas européias como as sangrias, que atendiam àqueles que podiam remunerá-los. Havia também os curandeiros e os pajés, pertencentes à cultura negra e indígena, respectivamente. Estes eram mais acessíveis à maioria da população e utilizavam as plantas, ervas, rezas e feitiços para o tratamento das doenças. Além desses, existiam os jesuítas, que traziam algum conhecimento da prática médica européia, utilizando-se essencialmente da disciplina e do isolamento como técnica para cuidar dos doentes (BAPTISTA, 2005).

O advento da família real no Brasil proporcionou a chegada de mais médicos, bem como, o aumento da preocupação com as condições de vida nas cidades, propiciando o início de um projeto de institucionalização do setor saúde no Brasil e a regulação da prática médica profissional. Portanto, em 1808, foi inaugurada a primeira faculdade de medicina do Brasil, a Escola Médico-Cirúrgica, na cidade de Salvador, Bahia, em conformidade com os moldes europeus (BAPTISTA, 2005).

Assim, as primeiras ações de saúde pública no Brasil, implementadas pelos governantes, foram realizadas no período colonial com a vinda da família real, em 1808. O interesse dessas ações estava na manutenção de uma mão-de-obra saudável e adequada para manter os negócios promovidos pela realeza. Nesse sentido, iniciavam algumas campanhas voltadas para os trabalhadores, como a quarentena, que consistia no afastamento do doente por quarenta dias<sup>6</sup> dos ambientes que habitava ou que circulava. Esta era a principal estratégia para evitar a propagação de doenças entre os trabalhadores, sem uma preocupação mais efetiva com o tratamento do doente (BAPTISTA, 2005).

---

<sup>6</sup> A quarentena foi o período estabelecido para o isolamento de doentes, fundamentado na crença, generalizada nos séculos XIII e XIV, de ser o quadragésimo dia o da separação entre as formas agudas e crônicas das doenças. Foi estabelecido pela primeira vez em Veneza, principal porto de entrada do comércio do Oriente, em 1348, a fim de evitar a entrada da Morte Negra (ROSEN, 1994).

Durante o período Imperial, a quase totalidade da prática médica oficial era voltada para as famílias da elite econômica e política, a partir de uma atuação médica liberal. Os poucos serviços de saúde que atendiam à classe popular eram as Santas Casas de Misericórdia, onde a assistência médica aos trabalhadores era percebida como caridade e não como um direito, sendo assim, aos trabalhadores só cabia a gratidão e nunca a participação. Com relação aos escravos, a maior preocupação era com o seu papel negativo para a saúde das famílias brancas da elite, já que transmitiam doenças, e, a medicina que lhes restava era a dos chás, das ervas e das rezas (VASCONCELOS, 2001).

Era grande o número de publicações<sup>7</sup> médicas com o objetivo de discutir a organização e a higiene das famílias dos senhores de terra e dos “cidadãos de bem” dos centros urbanos, vistas como descuidadas (VASCONCELOS, 2001).

Com a proclamação da República, em 1889, tem início um novo ciclo na política de Estado com o fortalecimento e a consolidação econômica da burguesia cafeeira (BAPTISTA, 2005).

A partir das décadas finais do século XIX, o Brasil experimentou um surto de crescimento econômico estimulado pela rápida expansão da produção de café para a exportação. Ao mesmo tempo, apresentou um crescimento industrial interno, sustentado no desenvolvimento de atividades de infra-estrutura destinadas principalmente, a servir ao setor cafeeiro, através de transporte, eletricidade, etc. (VASCONCELOS, 2001).

A população era predominantemente rural, porém, houve um importante fenômeno de urbanização, principalmente, na região sul e sudeste do Brasil. Houve um

---

<sup>7</sup> O impulso didático do Iluminismo se consolidou em um esforço para tornar o povo esclarecido em matéria de saúde e higiene. Acreditava-se que demonstrar simplesmente a maneira de mudar as condições seria o suficiente para melhorá-las. Esses esforços iniciais ajudaram a preparar o caminho para as campanhas de saúde no século XIX (ROSEN, 1994).

deslocamento geográfico da vida social, política e econômica para o sudeste do país, mudando intensamente a vida nas grandes cidades, principalmente no Rio de Janeiro, em São Paulo e em Santos (VASCONCELOS, 2001).

Com o advento da abolição da escravatura, o restante da mão de obra escrava foi lançada no mercado livre, aumentando o número de desempregados e de subempregados. Também era enorme o fluxo de imigrantes do exterior, que fornecia mão de obra treinada para o trabalho assalariado a ser utilizada nas lavouras de café (VASCONCELOS, 2001).

Com enorme contingente populacional nas grandes cidades, os problemas urbanos se potencializaram. Havia falta de moradias, de modo que os pobres eram obrigados a morar em cortiços e em condições de total precariedade; a criminalidade era assustadora, e problemas de abastecimento de água, de saneamento e de higiene foram se agravando de maneira dramática, gerando violentos surtos de epidemias (VASCONCELOS, 2001).

O ano de 1891 foi marcado pelas epidemias de varíola e febre amarela, juntamente com as de malária e tuberculose, apresentando a taxa de mortalidade em seu mais alto nível, matando 52 pessoas em cada mil habitantes (VASCONCELOS, 2001).

Todos estes acontecimentos começaram a ameaçar seriamente os interesses da economia agro-exportadora, baseada no café, e conseqüentemente a estabilidade do regime republicano, já que o fluxo imigratório caiu drasticamente devido ao temor que as epidemias geraram, como também influenciaram as tripulações dos navios transportadores de café, que se negavam a atracar nos portos brasileiros (VASCONCELOS, 2001).

Várias medidas de combate às epidemias começaram a serem ensaiadas, criando-se aos poucos um aparato legal, institucional e tecnológico necessários.

Iniciavam assim as campanhas<sup>8</sup>, cuja razão fundamental não era o alívio das doenças da população, mas, os interesses da burguesia agro-exportadora (VASCONCELOS, 2001).

Num contexto político de domínio das oligarquias rurais e de extrema debilidade dos atores sociais, cuja maioria tinha recém saído da escravidão, ocorreram as primeiras práticas de educação em saúde, que eram breves e marginais, já que para as autoridades, o povo era incapaz de maiores entendimentos (VASCONCELOS, 1997).

Como forma de educar a população sobre a maneira de evitar doenças eram distribuídos folhetos avulsos chamados “Conselhos ao Povo”, que mais servia para dizer que se tinha tentado a via do convencimento antes de ser “obrigado” a tomar medidas coercitivas (VASCONCELOS, 2001).

A maneira de combater a transmissão das epidemias se fazia pela intervenção sobre a população pobre, que era vista com desprezo pelo aparato estatal. As práticas de educação em saúde foram, então, extremamente autoritárias e sofreram forte influencia da “polícia médica”<sup>9</sup>, doutrina desenvolvida na Alemanha de Bismarck<sup>10</sup>, onde ao Estado cabia assegurar o bem-estar e segurança ao povo, mesmo contra os interesses individuais (VASCONCELOS, 2001).

---

<sup>8</sup> Os estudos da bacteriologia, a partir do químico francês Louis Pasteur e do médico alemão Robert Koch, no final do século XIX, difundiram que a origem das doenças seria os agentes microbianos (ROSEN, 1994). Portanto se fazia necessário o conhecimento específico para controlar as doenças infecciosas, dando legitimidade científica às campanhas.

<sup>9</sup> A Polícia Médica foi uma forma de Medicina de Estado desenvolvida na Alemanha, no final do século XVIII e início do século XIX, cujas práticas visavam interferir nas condições de saúde da população visando o controle e prevenção de doenças. A Polícia Médica alcançou seu ápice nas obras dos médicos Johann Peter Frank e Franz Anton Mai (ROSEN, 1979; ROSEN, 1994; CUTOLO, 2001).

<sup>10</sup> Príncipe Karl Otto Eduard Léopold Bismarck (1815 – 1898). Estadista alemão, fundador do Império Germânico (ROSEN, 1994).

Predominavam a imposição de normas e medidas de saneamento<sup>11</sup> consideradas científicas pelos técnicos. O caso mais exemplar foram as campanhas desenvolvidas por Oswaldo Cruz na capital da República, então Rio de Janeiro, a partir de 1903, sendo a primeira delas, a luta contra a febre amarela, sobretudo pelo combate aos mosquitos transmissores. Foram criadas milícias paramilitares que entravam em todas as casas da região pobre da cidade para a identificação de problemas higiênicos, que deveriam ser obrigatoriamente corrigidos (VASCONCELOS, 2001).

Essas práticas tinham como referência o discurso biologicista<sup>12</sup>, que difundia que os problemas de saúde eram decorrentes da não observância das normas de higiene pelas pessoas e que a mudança comportamental dos indivíduos garantiria a resolução dos problemas de saúde; restringindo, desta forma, a determinação do processo saúde-doença à dimensão individual, não o associando às implicações das políticas públicas sociais e às condições de vida e trabalho (ALVES, 2005).

Em 1904, quando o Estado se organizava administrativa e policialmente para fazer cumprir a lei da vacinação antivariólica, que tinha muitos efeitos colaterais e muitas dúvidas sobre a sua efetividade, houve a grande revolta popular (VASCONCELOS, 2001). Revolta esta que ficou conhecida como a “Revolta da Vacina”.

Era a primeira vez que as classes populares manifestavam uma reação. Ainda eram incapazes de participar da orientação das políticas públicas de saúde, mas já tinham evoluído a ponto de resistirem ao autoritarismo das oligarquias rurais (VASCONCELOS, 2001).

---

<sup>11</sup> O sanitarismo teve origem na Inglaterra do século XIX, na Revolução Industrial, teve como objetivo o controle da saúde e do corpo das classes mais pobres, com a finalidade de reprodução da força de trabalho e de controle sanitário e social (MENDES, 1984).

<sup>12</sup> O biologicismo da medicina científica tem sua origem nos avanços da bacteriologia e tem como pressuposto a natureza exclusivamente biológica das doenças, absolvendo os fatores sociais (MENDES, 1984).

Com o capital acumulado na produção e exportação do café, houve um aumento significativo no número de indústrias, que foi incentivado pela paralisação do comércio internacional durante o período da primeira guerra mundial (VASCONCELOS, 2001).

Como consequência, o número de operários se expande, gerando baixa remuneração, longas jornadas de trabalho e condições de vida extremamente precárias (VASCONCELOS, 2001).

O povo era visto como um quadro em branco sobre o qual os técnicos, que tinham o saber científico, deveriam escrever o verdadeiro conhecimento. O processo educativo passa a desenvolver técnicas que melhor enfatizassem as normas de higiene, já que os problemas de saúde do brasileiro, na visão dos técnicos, estavam nas doenças, que deixavam o povo preguiçoso e sem iniciativa (VASCONCELOS, 1997).

Monteiro Lobato popularizava a história do Jeca Tatu, que só conseguiu tornar-se cidadão altivo e trabalhador, depois de ter aprendido bons hábitos de higiene e tratado sua verminose com os medicamentos prescritos pelos técnicos (VASCONCELOS, 2001).

Manteve-se então, o modelo de educação que Vasconcelos (2001, p. 92) denomina de “toca boiada”: *“Antes tocavam a boiada (povo) com o ferrão (polícia médica), agora com o berrante (palavras)”*.

A partir dos anos de 1940, com a crise mundial na produção de borracha e manganês, durante a segunda guerra mundial, torna-se estratégico para os países aliados, a extração desses produtos no Brasil. Sob o comando de militares norte-americanos, cria-se a Fundação SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), na região amazônica e no Vale do Rio Doce, trazendo para o Brasil novas tecnologias

de medicina preventiva e formas de gerenciamento institucional (VASCONCELOS, 1997).

Na educação em saúde foram introduzidas novas técnicas de difusão de informação e convencimento, e, a população continuava a ser vista como incapaz de resolver seus problemas de saúde (VASCONCELOS, 1997).

O final da década de 1950 e início da década de 1960 foram de efervescência política, onde os movimentos sociais ganharam espaço e, na área da saúde, o processo saúde-doença começa a ser visualizado de forma multidimensional e ligado às questões sociais (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003).

O movimento operário brasileiro influenciado pelas correntes anarquistas, trazidas pelos imigrantes europeus, que viam a exploração do trabalhador também através da dimensão cultural e moral, enfatizava a consciência no processo de luta desde o início do Século XX (VASCONCELOS, 1997).

Educadores ligados à Igreja Católica e, intelectuais influenciados pelo humanismo personalista que crescia na Europa no pós-guerra se voltam para as questões populares (VASCONCELOS, 1997).

O método de educação popular desenvolvido por Paulo Freire se constitui como norteador do relacionamento entre intelectuais e classes populares. Muitos profissionais da saúde descontentes com o mercantilismo e a rotinização dos serviços de saúde, aderem a este processo (VASCONCELOS, 1997).

Este processo é interrompido abruptamente com a instalação do regime militar. A ditadura militar de 1964 criou, contraditoriamente, condições para a emergência de diversas experiências de educação em saúde que significaram uma ruptura com o padrão de imposição de normas e comportamentos considerados adequados

pelas classes econômicas e políticas dominantes (WENDHAUSEN, SAUPE, 2003).

Durante o regime militar a educação em saúde não teve um espaço oficial significativo, e, a política se voltava para a expansão da atenção médica privada (WENDHAUSEN, SAUPE, 2003). A política de saúde estava subordinada à organização do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1967, onde eram atendidas somente as pessoas que tivessem carteira de trabalho ou carnê de contribuição previdenciária (BAPTISTA, 2005). O sistema de saúde caracterizava-se, então, pelo seu cunho fundamentalmente curativista, na ênfase no atendimento médico-hospitalar, na prática privada, na exclusão social, e, pela não participação da população (SILVA, LIMA, 2005).

As características do sistema de saúde acima citadas vão ao encontro do modelo dito flexneriano, resultado do famoso Relatório Flexner, publicado em 1910, pela Fundação Carnegie, dos Estados Unidos, e, aplicado integralmente no Brasil, a partir da década de 1950, tendo ampla influência na prática médica. Os elementos estruturais da medicina flexneriana são (MENDES, 1984, p.31 a 35):

- O mecanicismo: faz analogia do corpo humano com a máquina que pode ser dividido em partes, para a sua melhor compreensão, rompendo desta forma, com a totalidade do ser.
- O biologicismo: tem sua origem com o desenvolvimento da bacteriologia, reduz à natureza biológica a causa das doenças.
- O individualismo: tem como objeto o indivíduo e despreza seus aspectos sociais.
- A especialização: impõe a parcialização do objeto global, aprofundando o saber específico e reduzindo o conhecimento holístico.

- A exclusão de práticas alternativas: fundamenta a superioridade da medicina científica sobre as outras práticas médicas alternativas e populares.
- A tecnificação do ato médico: o parâmetro de qualidade se dá através da densidade tecnológica da prática médica, em detrimento da promoção da saúde e prevenção de doenças.
- A ênfase na medicina curativa: é o setor da medicina mais suscetível de incorporar tecnologia.
- A concentração de recursos: as exigências da sociedade industrial e da tecnificação do ato médico ordenaram uma concentração dos recursos da saúde, tornando a medicina científica urbano-cêntrica e hospitalo-cêntrica.

Esse modelo assistencial não foi capaz de reduzir as doenças da população, tampouco foi capaz de resolver seus problemas sociais. A população ficou à margem das políticas públicas, cujas ações não coincidiam com suas reais necessidades.

Com o esvaziamento dos partidos e sindicatos, a população vai aos poucos buscando novas formas de resistência com apoio significativo da Igreja Católica, que conseguiu se preservar da repressão política, favorecendo o engajamento de intelectuais de diversas áreas (VASCONCELOS, 1997).

Com o decorrer do descaso do Estado com os problemas populares, iniciativas vão se delineando em busca de soluções técnicas, construídas a partir do diálogo entre o saber popular e o saber acadêmico. O setor de saúde serve como exemplo deste processo com o surgimento de vários serviços de saúde com grande controle pelas organizações populares locais, unidos aos técnicos nelas engajados (VASCONCELOS, 1997).

Até a década de 1970, a educação em saúde no Brasil foi realizada a partir de iniciativas das classes econômicas e políticas dominantes, logicamente,

subordinada aos interesses destas, e caracterizava-se pela imposição de normas e comportamentos por elas considerados adequados (VASCONCELOS, 1997).

No cerne das reivindicações por políticas mais universalistas e do processo de abertura política, no final da década de 1970, amplia-se o movimento dos profissionais da saúde e da classe popular por mudanças do modelo de assistência à saúde. Este movimento, que ficou conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária lutou, então, por mudanças significativas, em particular no campo da extensão de cobertura e da atenção primária, influências da Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata, de 1978<sup>13</sup> (PEREIRA, 2003).

Em março de 1986, aconteceu em Brasília, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco histórico da política de saúde brasileira por seu caráter democrático, reunindo milhares de delegados representando usuários, trabalhadores da saúde, partidos políticos, gestores de saúde, entre outros. Seu relatório final apresentava as recomendações que passaram a constituir o projeto da reforma sanitária brasileira caracterizado por três aspectos principais: o conceito abrangente de saúde; saúde como direito de cidadania e dever do Estado; e, a instituição de um Sistema Único de Saúde (SUS). A criação do Sistema Único de Saúde foi aprovada pela Constituição Federal de 1988<sup>14</sup> (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001).

Fez-se necessário, então, uma mudança no modelo de atenção, marcadamente centrado na doença, no autoritarismo dos profissionais da saúde, na medicalização, na exclusão social, na não consideração dos determinantes

---

<sup>13</sup> Conferência Internacional sobre Atenção Primária da Saúde, convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em colaboração com a União das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), no ano de 1978, na cidade de Alma-Ata, antiga URSS. Esse evento foi um dos mais significativos para a saúde pública em termos mundiais, pois trouxe um novo enfoque para a área da saúde, bem como, o reconhecimento da enorme desigualdade social entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Foi acordada a meta "Saúde para Todos no Ano 2000" (WHO, 1978).

<sup>14</sup> A Constituição Federal de 1988 deu um importante passo na garantia do direito à saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Seus princípios direcionam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que passam a ser universais e descentralizados, priorizando a prevenção e a promoção da saúde.

histórico-sociais, para um modelo que promovesse a saúde, fomentasse a participação social, fosse democrático, que respeitasse e valorizasse a história de vida das pessoas, visando melhora da qualidade de suas vidas.

Na conjuntura da atual política de saúde brasileira a estratégia Programa Saúde da Família (PSF) tem desempenhado um marco operacional rumo à transformação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, para a consolidação do SUS.

Desde o momento em que surgiu a concepção de Atenção Primária em Saúde, na Declaração de Alma-Ata, ela tem sofrido várias interpretações. O Ministério da Saúde brasileiro tem denominado Atenção Primária como Atenção Básica, definindo-a como um conjunto de ações, individuais ou coletivas, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, direcionadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006a).

A Atenção Básica tem como fundamentos (BRASIL, 2006a, p. 12):

I - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, em consonância com o princípio da equidade.

II - Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços.

III - Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

IV - Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação.

V - Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação.

VI - Estimular a participação popular e o controle social.

A Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo e deve se constituir na porta de entrada do SUS, sendo o ponto de partida para os sistemas locais de saúde. Alcançou sua maturidade no ano de 2006, com a aprovação e publicação do documento Plano Nacional de Atenção Básica, sendo que, o Pacto pela Vida<sup>15</sup> definiu como prioridade a consolidação da estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde, no SUS (BRASIL, 2006 a).

No documento Plano Nacional de Atenção Básica, em seu capítulo I, dos Princípios Gerais, consta (BRASIL, 2006 a, p.10):

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Condição essencial para efetivação da Atenção Básica é a promoção de saúde, que é uma estratégia que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde, por meio da construção de políticas públicas saudáveis, que levem a população a ter um melhor modo de viver: condições de trabalho, habitação, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006 a). A educação em saúde se consolida como uma das ações da promoção de saúde.

### 2.2.2 Influências nas concepções de saúde no novo modelo assistencial

---

<sup>15</sup> O Pacto pela Vida é uma das dimensões do Pacto pela Saúde. Compreende um conjunto de compromissos sanitários expresso em objetivos e metas, que devem ser assumidos pelos governos federal, estaduais e municipais, devem ainda, serem reavaliados a cada ano e serem executados com foco em resultados.

As concepções de saúde e conseqüentemente as de educação em saúde sofrem influência de um movimento mundial, cujo auge se dá em dois momentos de grande significado: a Conferência de Alma-Ata, acima referida, e, a I Conferência Mundial de Promoção à Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, que retoma a importância da assistência primária à luz da promoção à saúde (WENDHAUSEN, SAUPE, 2003).

A Carta de Ottawa, elaborada pela I Conferência Mundial de Promoção à Saúde apresenta um novo enfoque para o conceito de promoção à saúde (OPAS, 1986, p. 1, meus grifos):

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

Expressa, também, a importância do desenvolvimento das habilidades pessoais para uma maior autonomia (OPAS, 1986, p. 3, meu grifo):

A promoção da saúde apóia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor.

No relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, em Brasília, no item Democratização das Informações, consta (BRASIL, 2001, p. 173):

As Políticas de IEC<sup>16</sup> devem compreender o fortalecimento da cidadania e do Controle Social visando a melhoria da qualidade e humanização dos serviços e ações de Saúde; devem contribuir para o acesso das populações socialmente discriminadas aos insumos e serviços de diferentes níveis de complexidade; garantir a apropriação, por parte dos usuários e população geral, de todas as informações necessárias para a caracterização da situação demográfica, epidemiológica e sócioeconômica; estarem voltadas para a Promoção da Saúde, que abrange a prevenção de doenças, a educação para a saúde, a proteção da vida, a assistência curativa e a reabilitação sob responsabilidade das três esferas de governo, utilizando pedagogia crítica que leve o usuário a ter conhecimento também de seus direitos; dar visibilidade à oferta de serviços e ações do SUS; motivar os cidadãos a exercerem os seus direitos e cobrarem as responsabilidades dos gestores públicos e dos prestadores de serviços de Saúde.

A educação em saúde permeia as concepções de saúde do novo modelo assistencial, e, sua efetividade depende da maneira que os profissionais da saúde realizam suas práticas.

## 2.3 Saúde Bucal

A saúde bucal, no Brasil, está intimamente associada à evolução das políticas públicas de saúde, antes e após a Reforma Sanitária brasileira. Historicamente, movimentos de transformação das práticas sanitárias se desenvolvem em decorrência da forma como o Estado responde, por meio de ações de saúde, às necessidades de saúde da população, moldando-se aos contextos sócio-político-culturais de cada época (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998 apud OPAS, 2006).

### 2.3.1 Breve Histórico da Odontologia Brasileira

No Brasil colonial, nos séculos XV e XVI, o Rei de Portugal regulamentava o exercício da cirurgia, da *physica* (uso de medicamentos) e do barbeiro (denominação dada àqueles que tratavam dentes) (CARVALHO, 1995). Antes, a

---

<sup>16</sup> IEC: informação, educação e comunicação.

odontologia era praticada pelos nossos habitantes como simples práticas geralmente ligadas à religião, às plantas e ervas (SAMICO, 1993). Esta fase era de liberdade absoluta das práticas odontológicas, com finalidade curativa.

Em 1448, uma “Carta Régia Portuguesa”, de 25 de outubro (coincidentemente dia e mês em que séculos depois seria criado o primeiro curso de odontologia do Brasil, também data em que se comemora o “dia do dentista”), disciplinava que o Cirurgião-Mór licenciaria cirurgiões e barbeiros. Em 1629, uma outra “Carta Régia Portuguesa”, determinou que cirurgiões da Corte visitassem o Reino “pelos inconvenientes que resultam das curas que fazem, sem serem examinadas, as pessoas que exercitam nelas os ofícios de cirurgiões e barbeiros” (SAMICO, 1993, p.14).

Em 12 de dezembro de 1631, foi reformado, com a rubrica de Pedro Sanches Farinha, o Regimento do ofício de Cirurgião-Mór da Corte Portuguesa, deliberando que um Cirurgião-Mór, com dois barbeiros, por ele escolhidos, examinariam os candidatos a barbeiro (SAMICO, 1993).

Em 9 de maio de 1743, o “Regimento do Cirurgião Substituto das Minas”, regulamentava as taxas para as pessoas que tirassem dentes, segundo Salles Cunha (apud Samico, 1993), foi de acordo com essa lei que se licenciou Joaquim José da Silva Xavier, o Tiradentes, legalmente dentista pela lei de sua época, Proto-mártir da independência brasileira (CARVALHO, 1995).

De acordo com Carvalho (1995) o vocábulo “dentista” aparece escrito pela primeira vez no documento “Plano de Exames da Junta do Protomedicato” de 17 de dezembro de 1782, que incluía sangradores e dentistas.

Em 23 de maio de 1800, com o “Plano de Exames da Junta do Proto-Medicato e a “Carta de Comissão” do príncipe regente D. João, foi determinado que o Comissário da mesma Junta, na época o cirurgião José Antonio da Costa Ferreira,

examinasse os candidatos a cirurgiões, dentistas, etc., então, naquela época cirurgiões do campo médico e dentistas tinham suas qualificações estabelecidas no mesmo processo de exames (SAMICO, 1993).

Com a vinda da família real portuguesa para o Brasil, em 1808, foram criadas, a Escola de Cirurgião, no Hospital São José, na Bahia, e, a Escola Anatômica Cirúrgica e Médica, no Hospital Militar e da Marinha, no Rio de Janeiro. Em 1811 foi expedida a primeira carta de dentista. O primeiro dentista da Casa Imperial foi Eugênio Frederico Guertin, em 1820, diplomado pela Faculdade de Medicina de Paris (CARVALHO, 1995).

Samico (1993) relata que o Decreto nº 1764, de 14 de maio de 1856 exigia que para a obtenção do título de dentista, o candidato prestasse exames em uma das duas Faculdades de Medicina do país (Bahia ou Rio de Janeiro).

Carvalho (1995, p. 3) comenta uma grande reforma do ensino, expressa pelo Decreto nº 7247, de 19 de abril de 1879, que definia: “a cada uma das faculdades de medicina ficam anexos uma escola de farmácia, um curso de obstetrícia e outro de cirurgia dentária”. A Decisão do Império nº 10, de 4 de julho de 1879, determinava que aos aprovados no curso de cirurgia dentária, seria atribuído o título de cirurgião-dentista.

A primeira Faculdade de Odontologia do Brasil foi criada pelo Decreto nº 9311, de 25 de outubro de 1884, efetivando o início da odontologia como profissão liberal de nível superior. De início o curso era vinculado às Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia (SAMICO, 1993).

Carvalho (1995) ressalta que o desenvolvimento inicial do ensino odontológico brasileiro, ainda que localizado nas Faculdades de Medicina, como em vários países europeus, era diferente destes, pois, era um curso de currículo próprio, sem que houvesse disciplinas em comum com o curso médico.

Freitas (2001) relata que a criação do primeiro curso de odontologia brasileiro revelava o caráter eminentemente prático da profissão emergente, além de seu status inferior em relação à Medicina. O curso tinha duração de dois anos. A odontologia veio, então, se organizando enquanto prática, indicando uma maior proximidade com um “ofício” do que com uma ciência. Proveniente de um posto auxiliar na hierarquia dos cuidados médicos, com uma marcante tradição da não-legalização de sua prática, o dentista floresce no século XIX como um artesão, um técnico.

Mendes e Mendes (1968) identificam três períodos evolutivos na profissão odontológica. O primeiro é o período artesanal da profissão e estende-se desde as origens até a criação da primeira Faculdade de Odontologia. O ensino era feito através do contato direto entre professor e aluno, e somente era transmitido o aspecto artesanal, conseqüentemente, a odontologia era exclusivamente uma arte, sem qualquer preocupação científica. O segundo período, os autores designam de período acadêmico, no qual a odontologia se consolida como profissão de nível superior e se afirma como ciência e arte. A característica essencial deste período é a hipertrofia dos aspectos técnico-científicos da profissão. O terceiro período é intitulado como período humanístico, que corresponde ao período em que o ensino odontológico é dirigido inteiramente no sentido do homem. Suas principais características são: o ensino integrado, o enfoque social, e, a sintonia entre faculdade e sociedade.

O primeiro curso de odontologia do mundo surgiu em 1839 com o Baltimore Dental College, nos Estados Unidos, já que na Europa os conhecimentos odontológicos eram ministrados em Faculdades de Medicina, em seguida à formação médica. O desenvolvimento científico, que a odontologia adquiriu nos Estados Unidos, sem dúvida influenciou o seu desenvolvimento em nosso país (CARVALHO, 1995).

A odontologia norte-americana sofreu grande influência do Relatório Flexner (já citado anteriormente), adquirindo um caráter técnico-científico muito anterior ao da odontologia de outros países. Por influência do Relatório Flexner, a Fundação Carnegie também patrocinou um estudo semelhante para a área odontológica, o Relatório Gies, publicado em 1926. Assim a odontologia se desenvolveu mecanicista, biologicista, com ênfase nos procedimentos curativos, individualista e desumanizando-se em prol da tecnificação (FREITAS, 2001). Faz-se necessário argüir, que apesar das muitas críticas que este modelo recebe na atualidade, ele deve ser contextualizado, já que significou grande avanço para a época, trazendo a ciência e a qualidade para a formação.

As profundas transformações ocorridas na sociedade brasileira ao longo de todo o Século XX, com acentuado crescimento econômico, industrialização e urbanização, caracterizaram a prática odontológica hegemônica no Brasil, cada vez mais complexa e utilizando sofisticada tecnologia (NARVAI, 2003).

A consolidação dos Estados Unidos como potência, no início do século XX, teve como conseqüência o deslocamento da atenção das práticas odontológicas realizadas por países europeus para aquelas realizadas por esse país. As universidades brasileiras reproduziam integralmente o modelo educacional da escola norte-americana, evidenciado como cientificista ou flexneriana (OPAS, 2006).

Assim, o modelo de assistência odontológica hegemônico, que permaneceu até a Constituição de 1988, que aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, era, predominantemente, de prática privada cobrindo a maior parte da população, e o seguro social, por intermédio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), depois Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), oferecendo assistência dentária somente aos trabalhadores privados urbanos segurados, utilizando a contratação de serviços profissionais privados (SERRA, 1998 apud OPAS, 2006).

A criação do Sistema Único de Saúde trouxe um grande avanço social e político já que seu arcabouço jurídico-institucional definiu novas atribuições para os três níveis de governo (federal, estadual e municipal), além de criar espaços para a participação popular e de entidades da sociedade civil, bem como, estabelecer novas relações entre as esferas administrativas de governo e instituições do setor (ZANETTI, et al., 1996 apud OPAS, 2006).

Um marco significativo para o desenvolvimento das políticas de saúde bucal, e, consagração dos princípios defendidos por todos aqueles que se empenharam durante mais de três décadas nas mudanças do modelo hegemônico da assistência odontológica brasileira, foi a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (1ª CNSB). Como parte integrante da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ela foi realizada de 10 a 12 de outubro de 1986, em Brasília-DF, e contou com mais de mil participantes, resultado de um processo de discussão iniciado na maioria dos estados brasileiros por meio da realização de pré-conferências que contaram com significativa presença de diversos segmentos da população e profissionais da odontologia (BRASIL, 1986).

As discussões da 1ª CNSB foram centralizadas em quatro grandes temas: A Saúde como Direito de todos e Dever do Estado; Diagnóstico de Saúde Bucal no Brasil; Reforma Sanitária: Inserção da Odontologia no Sistema Único de Saúde; e Financiamento do Setor de Saúde Bucal (BRASIL, 1986).

As conclusões da 1ª CNSB representaram uma produção democrática e progressiva sobre saúde bucal, e, apontaram para o início de um amadurecimento social técnico e político, com a responsabilização no combate aos índices epidemiológicos caóticos verificados em todo o Brasil. Foi proposta uma nova forma de planejar a saúde bucal e marcou uma nova postura da odontologia diante da sociedade ao defender os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1986), (OPAS, 2006).

No período de 25 a 27 de setembro de 1993, em Brasília-DF, aconteceu a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (2ª CNSB), deliberada a partir da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Durante o evento, delegados e participantes declararam sua indignação com projeto neoliberal em curso no país, responsável pelo desmonte do Estado, da seguridade social e pela piora das condições de vida da população (BRASIL, 1990).

As discussões da 2ª CNSB permitiram a aprovação de diretrizes e estratégias políticas 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. A efetiva inserção da saúde bucal no Sistema Único de Saúde seria a proposta para desmistificar modelos de programas verticais e de políticas ainda existentes que não levavam em consideração a realidade concreta. Foi aprovado que essa inserção se daria sob controle social descentralizado (Conselhos de Saúde), com garantia da universalidade de acesso e a equidade da assistência odontológica, associadas a outras formas de promoção de saúde de grande impacto social (OPAS, 2006).

Com a finalidade de oportunizar e ampliar a participação da população na análise da formulação e da execução da Política Nacional de Saúde Bucal, frente às demandas sociais e a recente conclusão do levantamento epidemiológico SB Brasil, que apontou para uma grande dívida social na área da saúde bucal, com mais de 30 milhões de desdentados no país, foi realizada de 29 de julho a 1º de agosto de 2004, em Brasília-DF, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (3ª CNSB). Esta, teve como referência a saúde bucal das populações como indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades. Cerca de 90 mil pessoas participaram diretamente da consecução das etapas municipal e estadual, culminando com a participação de cerca de 1.200 pessoas, na etapa nacional (BRASIL, 2004 d), (OPAS, 2006).

O tema central da 3ª CNSB: Saúde Bucal: Acesso e Qualidade, Superando a Exclusão Social, foi debatido a partir de quatro eixos temáticos, a saber: Educação e Construção da Cidadania; Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal; Formação e Trabalho em Saúde Bucal; Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal (BRASIL, 2004 d).

Assim sendo, as Conferências Nacionais de Saúde Bucal marcaram a história da saúde bucal no Brasil, pois, trouxeram discussões pertinentes e apresentaram propostas de curto, médio e longo prazo, a fim de alcançar uma saúde bucal digna e de qualidade para todos os brasileiros. Suas resoluções motivaram ao aproveitamento dos cenários políticos para a implementação de mecanismos concretos para o cumprimento efetivo de suas propostas e para redesenhar o quadro da saúde bucal no país (OPAS, 2006).

Como resultado de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal, e, alicerçando-se nas propostas que foram geradas em congressos e encontros de odontologia e de saúde coletiva nas últimas décadas, como em concordância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da 1ª e da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, o Ministério da Saúde, em 2004, apresentou as diretrizes para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS (BRASIL, 2004 a).

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004) constituem o eixo fundamental de proposição para a orientação das concepções e das práticas na assistência odontológica, propiciando um novo processo de trabalho objetivando a produção do cuidado. Este documento deve ser compreendido como referência conceitual para o processo de se fazer o modelo de atenção no espaço da micropolítica, no qual ocorre o encontro dos saberes e dos fazeres entre sujeitos usuários e sujeitos profissionais (BRASIL, 2004 a).

Sobre a produção do cuidado o documento cita (BRASIL, 2004 a, p. 3):

A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Implica a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário.

Entre as ações que o documento propõe estão as de educação em saúde, sobre a qual está escrito (BRASIL, 2004 a, p. 9):

Compreende ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como a possibilitar ao usuário mudar hábitos apoiando-o na conquista de sua autonomia.

... Os conteúdos de educação em saúde bucal devem ser pedagogicamente trabalhados, preferencialmente de forma integrada com as demais áreas. Poderão ser desenvolvidos na forma de debates, oficinas de saúde, vídeos, teatro, conversas em grupo, cartazes, folhetos e outros meios. Deve-se observar a lei federal nº 9394/96, que possibilita a estruturação de conteúdos educativos em saúde no âmbito das escolas, sob uma ótica local, com apoio e participação das equipes das unidades de saúde.

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

## 2.3,2 Modelos Assistenciais na Saúde Bucal Brasileira

### 2.3.2.1 Odontologia Sanitária e Sistema Incremental

Este modelo priorizou a atenção aos escolares do sistema público do ensino de primeiro grau. Foi introduzido na década de 50 pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com enfoque curativo-reparador em áreas estratégicas do ponto de vista econômico. Marca o início da lógica organizativa e de programação para assistência odontológica, mas, com abrangência predominante aos escolares de 6 a 14 anos. Incorpora algumas medidas preventivas e, mais recentemente, pessoal auxiliar em trabalho a quatro mãos (BRASIL, 2006 b).

#### 2.3.2.2 Odontologia Simplificada e Odontologia Integral

Estabelecida ao final dos anos 70, enfatizou a mudança dos espaços de trabalho. Seus principais fundamentos foram a promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional; abordagem e participação comunitária; simplificação e racionalização da prática odontológica e desmonopolização do saber, com incorporação de pessoal auxiliar (BRASIL, 2006 b).

#### 2.3.2.3 Programa Inversão da Atenção – PIA

Sua principal característica alicerçava-se em intervir antes e controlar depois. Através de sua matriz programática buscou adaptar-se ao SUS, porém, sem preocupação com a participação comunitária. Instituiu um modelo centrado em três fases: estabilização, reabilitação e declínio. Para tanto, contava com ações de controle epidemiológico da doença cárie, uso de tecnologias preventivas modernas (escandinavas), mudança da “cura” para “controle” e ênfase no auto-controle, em ações de caráter preventivo promocional (BRASIL, 2006 b).

#### 2.3.2.4 Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família

Por longa data, no Brasil, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela e distante do processo de organização dos

demais serviços de saúde. No presente essa tendência vem sendo revertida. Observa-se o esforço para fomentar uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da associação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida (BRASIL, 2006 b).

O Ministério da Saúde tem realizado esforços no sentido de evidenciar a reorganização das ações e serviços de saúde bucal no âmbito da Atenção Básica, como parte fundamental na construção do SUS (BRASIL, 2006 b).

A Atenção Básica considera o sujeito em sua integralidade, respeitando a sua inserção sócio-cultural, busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças como também a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006 b).

Assim sendo, a equipe de saúde bucal deve estar preparada para trabalhar em um novo modelo de atenção, e, também, capacitada a desenvolver as ações de educação em saúde, considerando tanto as diferenças sociais quanto as peculiaridades culturais de cada grupo social trabalhado.

### 2.3.3 Equipe de Saúde Bucal

Uma forma de organizar o trabalho em saúde é adotar o trabalho em equipe, onde os profissionais, conforme seus conhecimentos e os recursos disponíveis, buscam a melhor solução que cada problema exige (BRASIL b, 2006).

Historicamente, as práticas da Saúde Bucal no Setor Saúde apontam que ela foi exercida a distância, sendo realizada, praticamente, entre quatro paredes, restrita

à prática do cirurgião dentista com seu equipamento odontológico. Atualmente, a incorporação das ações de Saúde Bucal pelas Equipes da Família visa superar esse modelo de organização e prática anterior, sendo altamente desafiador e difícil, na medida em que procura integrar a prática dos profissionais da equipe (BRASIL b, 2006).

O Conselho Nacional da Educação, por intermédio da RESOLUÇÃO CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002, institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Em seu artigo 4º define a formação do cirurgião-dentista (CD), com as seguintes competências e habilidades (BRASIL, 2002 p. 1 e 2).

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo efetividade, da força de trabalho, medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem

posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico /profissional, a formação e cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Técnico em higiene dental (THD) e Auxiliar de consultório dentário (ACD) são ocupações da área da saúde, cuja formação está regulamentada nacionalmente. O exercício destas ocupações está sob supervisão do cirurgião-dentista e se sustenta no Código de Ética Odontológica (CFO, 2003) e na Resolução CFO nº 185/93, alterada pela Resolução CFO nº 209/97. O THD e o ACD compõem a equipe de saúde bucal e realizam atividades necessárias à prestação de cuidados no âmbito da promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal. Atuam nas unidades e serviços de saúde públicos ou privados, conveniados ou não ao SUS, estando em expansão sua inserção em equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2004 b).

O Conselho Federal de Educação aprovou a criação das habilitações do técnico em higiene dental e auxiliar de consultório dentário, através do Parecer 460/75 C.F.E. (MACHADO, 1994).

A história dos recursos humanos auxiliares em saúde bucal no Brasil traz consigo o resultado de tentativas isoladas, em sua maioria, de secretarias estaduais, municipais, faculdades e outras instituições, na tentativa de resgatar o trabalho em equipe. Embora as habilitações do THD e ACD estejam regulamentadas desde 1975, o primeiro curso autorizado e reconhecido pelos órgãos de educação no Brasil, aconteceu na Secretaria de Estado da Saúde do Paraná em 1984 (MACHADO, 1994).

O Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da Coordenação Nacional de Saúde Bucal (CNSB), apresentou especialmente para os trabalhadores que atuam na saúde bucal, o perfil de competências profissionais do Técnico em Higiene Dental e do Auxiliar de Consultório Dentário, com os seguintes objetivos (BRASIL, 2004 b, p. 13):

- Atender à necessidade de um perfil de desempenho ampliado exigido pelas bases legais, políticas e estratégias desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, bem como, pela legislação da educação profissional.
- Subsidiar as instituições formadoras na construção de currículos estruturados no modelo de competências.

As competências profissionais do Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário são (BRASIL, 2004 b, p. 15,16):

- Desenvolver em equipe ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários, visando a melhoria da qualidade de vida da população.
- Desenvolver em equipe ações de planejamento participativo e avaliação dos serviços de saúde.
- Organizar o ambiente de trabalho, considerando a sua natureza e as finalidades das ações desenvolvidas em saúde bucal.
- Desenvolver ações de prevenção e controle das doenças bucais, voltadas para indivíduos, famílias e coletividade.
- Realizar ações de apoio ao atendimento clínico em saúde bucal, interagindo com a equipe, usuários e seus familiares.
- Realizar ações de atendimento clínico odontológico voltadas para o restabelecimento da saúde, conforto, estética e função mastigatória do indivíduo.

-Atuar no desenvolvimento das atividades de educação permanente voltadas para a equipe e trabalhadores da unidade de saúde.

#### 2.3.4 Educação em Saúde Bucal

Práticas de educação em saúde têm sido tradicionalmente desenvolvidas como parte do conjunto de ações de atenção em saúde, todavia, muitas vezes centradas na reprodução de padrões de comportamento que os técnicos julgam mais adequados e que deveriam ser seguidos pelas pessoas para evitar doenças. Quando as pessoas não seguem o padrão comportamental “ensinado”, estas são caracterizadas como culpadas por terem ficado doentes, ainda que, mudanças comportamentais sejam difíceis de serem alcançadas, especialmente quando não se considera a realidade da população (CURITIBA, 2004).

A saúde deve ser entendida como uma produção social, uma construção permanente na qual busca-se compreender o processo de responsabilidade compartilhada com sintonia entre os diferentes setores e a participação popular. As pessoas devem ter consciência de que podem tomar iniciativas e que são sujeitos, e não apenas pacientes, capazes de desenvolver projetos próprios, tanto individuais como coletivamente (BRASIL, 2001).

Com o objetivo de evidenciar a reorganização das ações e serviços de saúde bucal, no âmbito da Atenção Básica, como parte fundamental na construção do SUS, a Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006 b) apresenta propostas para ações educativas a serem realizadas pela equipe de saúde bucal. Reforça que a educação em saúde bucal deve fornecer recursos para fortalecer a autonomia da população no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos. Aponta que a finalidade das ações de educação em saúde é propagar elementos, respeitando a cultura local, que possam contribuir com o empoderamento dos

sujeitos coletivos, capacitando-os para autogerirem seus processos de saúde-doença com vistas à melhoria da sua qualidade de vida.

Nesse contexto, salienta que o conteúdo das ações educativas deve abordar (BRASIL, 2006 b, p.25):

- as principais doenças bucais, como se manifestam e como se previnem;
- a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentífrico fluoretado e o uso do fio dental;
- os cuidados a serem tomados para evitar a fluorose;
- as orientações gerais sobre dieta;
- a orientação para auto-exame da boca;
- os cuidados imediatos após traumatismo dentário;
- a prevenção à exposição ao sol sem proteção;
- a prevenção ao uso de álcool e fumo.

Indica, também, que o planejamento das ações educativas deve ser realizado em conjunto pela equipe de saúde bucal, essencialmente às ações propostas por ciclo de vida, condição de vida, e por fatores de risco comum para várias doenças. Menciona que a educação em saúde deve ser parte das atribuições comuns a todos os componentes da equipe de saúde bucal, mas, indica que os profissionais auxiliares (THD e ACD) devem ser as pessoas ideais para conduzir o trabalho nos grupos, e, que a presença do CD se faz importante em momentos pontuais e no planejamento das ações.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Fundamentação Metodológica**

GIL (1999) define pesquisa como um processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. Desde que ferramenta para adquirir conhecimento, a pesquisa teve o objetivo de conhecer os processos educacionais em saúde desenvolvidos pelas equipes de saúde bucal (cirurgião-dentista; técnico em higiene dental e auxiliar de consultório dentário).

A metodologia utilizada foi a pesquisa pelo método qualitativo. Segundo Minayo, Assis, Souza (2005) a abordagem qualitativa atua considerando a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais e o significado e a intencionalidade que lhe atribuem os atores.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (DESLANDES, 1994).

A população referente a esta pesquisa foi composta pelas equipes de saúde bucal das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades Programa Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Curitiba, o critério utilizado foi o tempo de experiência no serviço público de saúde.

População é um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características (RICHARDSON, 1989; GIL, 1999). O subconjunto da população é denominado amostra, e por meio desta se estabelecem ou se estimam as características desta população (GIL, 1999). “Sob o ponto de vista qualitativo, os princípios de definição amostral se baseiam na busca de aprofundamento e compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição ou de uma representação” (MINAYO, ASSIS, SOUZA, 2005, p. 94).

A técnica utilizada foi a da entrevista semi-estruturada. A entrevista é uma conversa a dois com propósitos bem definidos. Num primeiro nível, essa técnica se caracteriza por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala. Em outro nível, serve como um meio de coleta de informações sobre um determinado tema científico (DESLANDES, 1994).

Entrevista é uma forma de interação social, mais especificamente, uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação. Pode ser definida como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção de dados que interessam à investigação. É adequada para obtenção de informações sobre o que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, como também suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes (GIL, 1999).

A entrevista possibilita a obtenção de dados referentes aos diferentes aspectos da vida social, que podem ser obtidos em profundidade acerca do comportamento humano. Estes dados são passíveis de classificação e quantificação. Possibilita, também, ao investigador, captar a expressão corporal do entrevistado, bem como a tonalidade da voz e ênfase nas respostas. O entrevistador pode esclarecer o significado das perguntas e adaptar-se facilmente às pessoas e às circunstâncias em que se desenvolve a entrevista (GIL, 1999).

As entrevistas podem ser estruturadas, que pressupõem perguntas previamente formuladas, ou, não estruturadas, onde o informante aborda livremente o tema proposto. No entanto há entrevistas que articulam essas duas modalidades, caracterizando-se como entrevistas semi-estruturadas, que constitui a forma desta pesquisa (DESLANDES, 1994).

Segundo Gil (1999), a maneira de reproduzir com precisão as respostas do entrevistado é registrá-las durante a entrevista, mediante anotações ou com o uso do gravador. É recomendado dispor o roteiro da entrevista sobre a mesa e situá-lo na mesma linha visual do entrevistado, para poder observá-los sem grandes movimentos, centrando a atenção no informante. Devem ser utilizadas as mesmas palavras do entrevistado, como também, evitar resumir ou parafrasear as respostas. Faz-se necessário, ainda, anotar alguns aspectos e atitudes do entrevistado que possuam alguma significação útil.

A entrevista deve encerrar-se num clima de cordialidade, tanto por razões éticas como técnicas. É essencial que o entrevistado seja tratado de forma respeitosa pelo entrevistador, sobretudo no encerramento da entrevista quando sua missão já está cumprida (GIL, 1999).

### **3.2 Detalhamento Metodológico**

#### **a) Local da pesquisa.**

Esta pesquisa foi desenvolvida no município de Curitiba. A capital do Paraná tem uma área de 430,9 Km<sup>2</sup> e uma população de 1.727.010 habitantes (estimativa IBGE/2004). Possui 75 bairros, distribuídos em 9 Distritos Sanitários com suas administrações regionais (ANEXO A): Bairro Novo; Boqueirão; Boa Vista; Cajuru; Matriz; Pinheirinho; Portão; Santa Felicidade; CIC (Cidade Industrial de Curitiba). Os dados foram coletados em Unidades Básicas de Saúde e em Unidades Programa Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Curitiba.

#### **b) Sujeitos participantes.**

Este trabalho utilizou como amostra equipes de saúde bucal, inseridas em Unidades Programa Saúde da Família e em Unidades Básicas de Saúde, da Prefeitura Municipal de Curitiba. Foram selecionadas cinco equipes nas quais todos os trabalhadores tinham menos de cinco anos de experiência no serviço público de saúde e cinco equipes em que, também, todos os componentes tinham mais de dez anos de experiência no serviço público de saúde, a fim de verificar se

há diferenças nas concepções e práticas educativas desses trabalhadores, de acordo com o tempo de experiência.

c) Coleta dos dados.

Os dados foram coletados durante quatro meses, de agosto a novembro de 2006. A técnica utilizada foi a entrevista individual semi-estruturada com os integrantes das equipes de saúde bucal, em suas respectivas unidades de saúde, pessoalmente pela mestrand. Para sua realização foram seguidas as “Orientações para realização de entrevistas” (APÊNDICE A) e “Roteiro para entrevista” (APÊNDICE B).

d) Análise dos dados.

Os dados foram analisados seguindo-se o seguinte percurso: inicialmente (primeiro momento) as entrevistas, sob a forma de depoimentos, comentários, explicações, sugestões, foram transcritas e organizados por categoria profissional. Em seguida (segundo momento), para uma primeira aproximação com este conteúdo sistematizado, foi realizada a leitura exaustiva e flutuante das respostas transcritas, no sentido de apurarmos uma possível classificação. Num terceiro momento, passamos à fase de categorização e sub-categorização, propriamente ditas, assinalando palavras e expressões que poderiam dar significado ao desdobramento do núcleo central da temática. O quarto momento foi caracterizado pela análise inferencial das categorias e sub-categorias classificadas. (BOGDAN, BIKLEN, 1994; MINAYO, 1992; TRIVINÓS, 1987; LÜDKE, ANDRÉ, 1986).

e) Dimensão Ética do Estudo.

O projeto que originou esta dissertação foi registrado no SISNEP e encaminhado à Comissão de Ética da UNIVALI, incluindo documentação que confirmava o aceite da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (ANEXO C). O projeto incluiu “Termo de Compromisso de Utilização de Dados” (APÊNDICE C) e “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (APÊNDICE D). Antes de solicitar a assinatura do “Termo de Consentimento”, a mestrand. apresentou todas as informações

referentes ao projeto e assegurou tanto o anonimato dos participantes, quanto o sigilo em relação às informações. O projeto foi implementado somente após sua aprovação pela Comissão de Ética (ANEXO D) e Banca de Qualificação do Curso de Mestrado.

## 4 RESULTADOS

Neste capítulo, os resultados deste estudo obtidos através da metodologia descrita no capítulo anterior, são apresentados em cinco etapas. A primeira etapa relata sobre o local do estudo, a cidade de Curitiba. A segunda etapa focaliza o serviço de saúde bucal da Prefeitura Municipal de Curitiba. A terceira etapa caracteriza os sujeitos participantes. A operacionalização e o desenvolvimento das entrevistas são relatados na quarta etapa. E, finalmente, na quinta etapa são apresentadas as categorias relacionadas aos processos de educação em saúde.

### 4.1 Primeira Etapa: o local do estudo - Curitiba<sup>17</sup>

Curitiba, capital do Paraná, um dos três Estados que compõem a Região Sul do Brasil, teve sua fundação oficial em 29 de março de 1693, quando foi criada a Câmara.

Com o ciclo da erva-mate e da madeira em expansão, no final do século XIX, dois acontecimentos foram bem marcantes: a chegada em massa de imigrantes europeus e a construção da Estrada de Ferro Paranaguá-Curitiba, ligando o Litoral ao Primeiro Planalto Paranaense.

Os imigrantes europeus e de outros continentes, ao longo do século XX, deram um novo sentido ao cotidiano de Curitiba. Seus modos de ser e de fazer se incorporaram de tal maneira à cidade, que hoje são bem curitibanas festas cívicas e religiosas de diversas etnias, dança, música, culinária, expressões, e, a memória dos antepassados, que está representada nos diversos memoriais da imigração, em espaços públicos como parques e bosques municipais.

---

<sup>17</sup> Informações disponíveis em <http://www.curitiba.pr.gov.br/cidade>

Alemães, franceses, suíços, poloneses, italianos e ucranianos, nos centros urbanos ou nos núcleos coloniais, conferiram um novo ritmo de crescimento à cidade e influenciaram de forma marcante os hábitos e costumes locais.

A cidade enfrentou, especialmente nos anos de 1970, a urbanização acelerada, em grande parte provocada pelas migrações do campo, oriundas da substituição da mão-de-obra agrícola pelas máquinas. Curitiba enfrenta agora o desafio de grande metrópole, onde a questão urbana é repensada sob o enfoque humanista de que a cidade é, primordialmente, de quem nela vive.

A capital paranaense tem um dos melhores índices de áreas verdes do país: 52 metros quadrados (m<sup>2</sup>) por habitante, totalizando aproximadamente 82 milhões de m<sup>2</sup>. Ao percorrer as trilhas e atrações das áreas verdes da cidade é possível imaginar a importância, para a população, dos cuidados com o meio ambiente. Os 30 parques e bosques são o resultado mais visível de uma série de medidas públicas tomadas ao longo do tempo.

Principais dados:

- População: 1.727.010 (estimativa IBGE/2004). - Área: 430,9 km<sup>2</sup>.
- Bairros: 75. - Área verde por habitante: 52 m<sup>2</sup>.
- Extensão Norte-Sul: 35 km. - Extensão Leste-Oeste: 20 km.
- Altitude média: 934,6 m. - Latitude: 25°25'48" Sul.
- Longitude: 49°16'15" Oeste. - Fuso horário: Brasília.
- Clima: Temperado. - Pluviosidade: 1.500 mm/ano.
- Temp. média no verão: 21°C. - Temp. média no inverno: 13°C.



Jardim Botânico. Fonte:<http://ippucnet.ippuc.org.br/Bancodedados/Curitibaemdados/Fotos>

#### **4.2 Segunda Etapa: saúde bucal na Prefeitura Municipal de Curitiba**

Em 1966, a Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (Fundação SESP), por intermédio de um acordo de cooperação técnica com a Prefeitura Municipal de Curitiba, passou a nortear o planejamento e a organização dos programas de saúde da cidade, inclusive os serviços odontológicos. Num primeiro momento planejou-se a alocação de dois dentistas em cada escola municipal. Em 1968 foi realizado o primeiro concurso público para a contratação de cirurgiões-dentistas, com a finalidade de expandir o atendimento odontológico a todas as escolas municipais. Adotou-se, então, o “Sistema Incremental” para a organização dos serviços de odontologia de Curitiba (GEVAERD, GUGUISCH, 2002).

De acordo com o modelo da Fundação SESP, a assistência odontológica no sistema incremental, tinha como objetivo atingir as crianças na faixa etária entre

seis e treze anos de idade, de forma escalonada e compulsória. A primeira etapa, preventiva e educativa, tentava impedir a extensão dos agravos bucodentais, reduzindo a incidência (dentes comprometidos). A segunda etapa, restauradora, buscava impedir o aumento da severidade. O sistema incremental tinha como lógica aumentar progressivamente o número de usuários tratados por ano, além de reduzir o avanço da cárie (GEVAERD, GUGUISCH, 2002).

Com o passar dos anos o sistema incremental transformou-se numa proposta de racionalização do atendimento clínico, distinguindo o modelo assistencial dominante na saúde bucal pública curitibana até a década de 1980 (MOYSÉS, GEVAERD, 2002).

Em 1983, Curitiba optou por abandonar o sistema incremental e passou a desenvolver o Modelo Assistencial Comunitário. As cadeiras simplificadas isoladas foram substituídas por clínicas modulares, com novos padrões ergonômicos, com dois cirurgiões-dentistas e cinco auxiliares, em três turnos de trabalho. As ações buscavam o comprometimento mútuo entre a equipe de saúde bucal e a comunidade, oportunizando o controle social (MOYSÉS, GEVAERD, 2002).

Em 1986, a Diretoria de Serviços de Saúde tornou-se Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tendo como diretriz “Saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado” de acordo com os princípios da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nesta nova estrutura organizacional foi criada a Divisão de Odontologia Social (CAMARGO et al., 2002).

Um novo projeto arquitetônico foi elaborado para as clínicas odontológicas, com a disposição dos equipamentos obedecendo ao padrão de um módulo em “U” com o arranjo de quatro camas clínicas, duas destas destinadas ao trabalho com função delegada ao pessoal auxiliar. Alguns auxiliares foram capacitados em serviço e também através de cursos para a formação de Técnico em Higiene Dental oferecidos pela Secretaria Estadual de Saúde (CAMARGO et al., 2002).

Em 1996, numa parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde, Pontifícia Universidade Católica do Paraná e a Universidade de Toronto, professores canadenses realizaram um curso básico de cinco finais de semana, em Saúde da Família. O público alvo incluiu profissionais de nível superior que atuavam nas equipes de saúde da família que, pela primeira vez na história da medicina da família, contava com a participação de cirurgiões-dentistas. Desde então, em Curitiba, graças a esta experiência inovadora, a denominação de “médico da família” transformou-se em “equipe de saúde da família” (MOYSÉS et al., 2002).

A Secretaria Municipal de Saúde conta hoje com 104 Unidades de Saúde, das quais, 95 possuem clínicas odontológicas, onde as equipes de saúde bucal realizam os atendimentos. Destas, 42 Unidades de Saúde participam do Programa de Saúde da Família (PARANÁ, 2007).

Os programas de saúde bucal, desenvolvidos nas Unidades de Saúde são (PARANÁ, 2007):

- Gestantes (Mãe Curitibana)
- Bebês de 0 a 24 meses
- Crianças
- Adolescentes
- Adultos
- Idosos
- Pacientes Especiais
- Programa de Diagnóstico e Tratamento de Lesões Bucais

O movimento de propagação da concepção e filosofia do modelo assistencial público, para a odontologia curitibana, foi estruturado em três vertentes de atuação: Amigo Especial, Dentista Cárie Zero e Ônibus Cárie Zero, buscando reunir esforços entre os setores público e privado; associativo e educacional, procurando potencializar ações e otimizar a atenção odontológica, com prioridade no aumento da cobertura assistencial e nas atividades de promoção da saúde bucal da população (SOUZA, et al., 2002).

Amigo Especial é um programa dirigido às pessoas com necessidades especiais, que tem como proposta a atenção integral, de maneira a organizar o atendimento odontológico para que possa atingir todos os níveis de atuação, desde a promoção da saúde até o atendimento clínico resolutivo nas Unidades de Saúde. Dentista Cárie Zero é um espaço de educação continuada para profissionais da rede pública e privada, onde são ofertados suportes técnico, metodológico e informativo, a fim de oportunizar o desenvolvimento da prática clínica voltada ao controle de doenças e a manutenção da saúde. Aos participantes que cumprem as metas de capacitação acordadas é realizado um processo de certificação, que permite visibilidade junto à sociedade do perfil técnico e do trabalho destes profissionais. Ônibus Cárie Zero é uma estratégia para motivar mudanças de atitude e de autocuidado na população. Este ônibus é especialmente preparado para as atividades de educação em saúde bucal, com equipamentos interativos, abordando o processo de desenvolvimento das principais doenças bucais e os cuidados necessários para a manutenção da saúde. O veículo é deslocado para diversos espaços sociais (SOUZA, et al., 2002).

Na assistência das clínicas são realizados todos os procedimentos básicos em odontologia como restaurações, extrações, procedimentos preventivos (profilaxia, fluoroterapia, selantes), atendimentos emergenciais e outros. Quando necessário, são realizados encaminhamentos para as Unidades de atendimento especializado em Endodontia, Periodontia, Diagnóstico Bucal, Ortodontia Preventiva e Pacientes Especiais. Além disso, são realizadas ações coletivas de Prevenção e Promoção em Saúde Bucal, nas escolas, creches e demais instituições (PARANÁ, 2007).

O acesso ao atendimento é feito através das Unidades de Saúde, próximas à residência do usuário, onde são realizadas avaliações (triagens) diárias para organização do fluxo de atendimento odontológico. Estas avaliações são realizadas em horários especificados pelas Unidades de Saúde (PARANÁ, 2007).

#### **4.3 Terceira Etapa: caracterização dos sujeitos da pesquisa**

Participaram deste estudo componentes de dez equipes de saúde bucal da Prefeitura Municipal de Curitiba. Cada equipe de saúde bucal é composta de um cirurgião-dentista, um técnico em higiene dental e um auxiliar de consultório dentário, totalizando trinta sujeitos informantes. Estes foram divididos pelo critério do tempo de experiência no serviço público de saúde, constando, 5 cirurgiões-dentistas, 5 técnicos em higiene dental e 5 auxiliares de consultório dentário, com até cinco anos no serviço público de saúde, e, 5 cirurgiões-dentistas, 5 técnicos em higiene dental e 5 auxiliares de consultório dentário, com mais de dez anos no serviço público de saúde.

Todos os participantes com até cinco anos de experiência no serviço público de saúde foram encontrados nas Unidades Básicas de Saúde e todos os participantes com mais de dez anos de serviço público de saúde foram encontrados nas Unidades Programa Saúde da Família.

Notou-se a prevalência de profissionais do sexo feminino atuando nas equipes de saúde bucal estudadas, totalizando 86,6% dos entrevistados. Dos cirurgiões-dentistas participantes, 30% foram representantes do sexo masculino e 70% do sexo feminino. Dos técnicos em higiene dental participantes, 10% foram representantes do sexo masculino e 90% do feminino. Dos auxiliares de consultório dentário participantes, 100% foram representantes do sexo feminino. De acordo com o sistema de cadastro do Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2007), o estado do Paraná possui, no total, 13.580 CDs, sendo 6.322 masculinos e 7.258 femininos. Quanto aos THDs, apresenta um total de 894, sendo, 31 masculinos e 863 femininos. Em relação aos ACDs, aponta um total de 3.460,

sendo, 120 masculinos e 3.340 femininos. Esses dados demonstram que a odontologia está cada vez mais se tornando uma profissão feminina, confirmando, também, essa tendência entre os sujeitos participantes.

Verificou-se que 80% dos cirurgiões-dentistas participantes da pesquisa apresentam curso de pós-graduação, sendo que os 20% restantes estão entre os que possuíam até cinco anos de experiência no serviço público de saúde.

#### **4.4 Quarta Etapa: operacionalização e desenvolvimento.**

Num primeiro momento, as autoridades sanitárias<sup>18</sup> de cada Unidade de Saúde, foram contatadas por telefone, pela pesquisadora, a fim de confirmar a presença da equipe de saúde bucal, a qual caracterizava a amostra, e agendar uma visita com seus componentes. No primeiro encontro, com a equipe de saúde bucal, era apresentado o projeto da pesquisa, bem como, discutido seus objetivos. Então, era feito um convite para a participação, além disso, manifestada a importância da colaboração pessoal do entrevistado. Era explicado, também, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), entregue em duas vias, o qual era lido pela pesquisadora e acompanhado pela ESB, ficando claro que a entrevista era estritamente anônima e que as informações prestadas pelo entrevistado seriam tratadas como confidenciais. Os sujeitos participantes assinavam, então, o TCLE ficando com uma via e entregando a outra para a pesquisadora. Assim, agendava-se o próximo encontro, que teria por finalidade a realização da entrevista propriamente dita.

As entrevistas sucederam-se individualmente, em ambiente reservado, no próprio local de serviço e em horário de trabalho. As entrevistas foram realizadas conforme a disponibilidade dos entrevistados, durante os meses de agosto a novembro do ano de 2006. Foram gravadas, após autorização dos entrevistados, utilizando-se gravador e fita cassete. Depois, foram transcritas para posterior análise. Para garantir o anonimato foram utilizados símbolos de identificação das

---

<sup>18</sup> Gerenciam as Unidades de Saúde.

falas dos entrevistados, que foram elaborados da seguinte maneira: os dois primeiros dígitos representam a condição tempo de serviço público de saúde, representados pelos números 10 (mais de 10 anos) e 05 (até 5 anos); após vem a categoria profissional representada pela sua sigla: CD, THD, ACD; os dois algarismos finais representam a ordem da entrevista (01, 02, 03, 04 e 05). Como exemplo: 10.CD.01, representa um cirurgião-dentista, na condição de mais de 10 anos de serviço público de saúde, e, que foi o primeiro de sua categoria profissional a ser entrevistado.

#### 4.5 Quinta Etapa: categorias quanto aos processos educacionais em saúde

As categorias que emergiram do processo de análise aplicado, referidas aos processos de educação em saúde, estão apresentadas no quadro 1. Evidenciam relação direta com os objetivos deste trabalho, igualmente, com as questões propostas na entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B). Foram visualizadas a partir do núcleo: *processos educacionais em saúde*.

Quadro 1 – Categorias e sub-categorias relacionadas ao núcleo temático “Processos educacionais em saúde”.

<b>Núcleo</b>	<b>Categorias</b>	<b>Sub categorias</b>
Processos educacionais em saúde	Concepções sobre educação em saúde	Conceito de educação em saúde
		Objetivos da educação em saúde
		Importância da educação em saúde
	Práticas de educação em saúde	Modelo de educação
		Métodos de educação
	Componentes da equipe de saúde bucal que realizam educação em saúde	Cirurgião-dentista
		Técnico em higiene dental
		Auxiliar de consultório dentário

#### 4.5.1 Categoria concepções sobre educação em saúde

As concepções relativas à educação em saúde são apresentadas no quadro 2 quanto aos seus aspectos conceituais, seus objetivos e à importância de sua prática, sub categorias, estas, evidenciadas a partir do discurso dos sujeitos participantes.

Quadro 2 - Sub-categorias relacionadas à categoria “Concepções sobre educação em saúde”.

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>
Concepções sobre educação em saúde	Conceito de educação em saúde
	Objetivos da educação em saúde
	Importância da educação em saúde

Todos os entrevistados entenderam que o enunciado ‘educação em saúde’, a que a entrevista referia-se, estava relacionado às ações educativas com os usuários. De maneira geral, o discurso dos profissionais revelou um modo tradicional de perceber educação em saúde, entretanto, esta propensão em muitos momentos tendeu a ser rompida, presumindo uma superação do modelo hegemônico, em transição para estes sujeitos participantes.

O espaço da educação em saúde tem sido intensamente repensado desde a década de 1970, com um relativo distanciamento das ações impositivas e coercitivas típicas do discurso higienista<sup>19</sup>. Ao mesmo tempo, há uma maior compreensão do processo saúde-doença, não mais restrita ao biologicismo<sup>20</sup>, mas, como resultado da inter-relação causal entre fatores sociais, econômicos e

<sup>19</sup> Nos séculos XVII e XVIII, a Europa viveu uma fase de muitas mudanças no espaço político e econômico. O Iluminismo mobilizou forças para esclarecer o povo em matéria de higiene e saúde (ROSEN, 1994). O caráter de intervenção era marcadamente higienista, preventivista, compreendendo saúde-doença a partir de fatores multifatoriais simples (CUTOLO, 2001).

<sup>20</sup> No final do século XIX, Pasteur e Koch, a partir de seus estudos bacteriológicos, difundiram que a origem das doenças seria os agentes microbianos (ROSEN, 1994). As consequências desta visão de entender a doença, refletiram profundamente na prática e na educação médica, convergindo para o Relatório Flexner (CUTOLO, 2001).

culturais. Apesar da emergência de um novo discurso no campo da educação em saúde, ainda são prevalentes as práticas educativas hegemônicas (ALVES, 2005).

Da Ros (2000) caracteriza a educação realizada na área da saúde em dois Estilos de Pensamento<sup>21</sup> distintos e incongruentes entre si: a educação sanitária, e, a educação em saúde. A educação sanitária teve seu aparecimento desde o início do século XX, enquanto conteúdo exclusivamente ligado à saúde pública. Fundamentada em uma concepção biologicista, enfatiza a higiene como prevenção da entrada do agente causal e nega a determinação social no processo saúde-doença. Já como características da educação em saúde, o autor coloca que o conceito de saúde é o da determinação social do processo saúde-doença, e, o de educação, o da prática libertadora. Este Estilo de Pensamento tem como pressupostos a construção do conhecimento, a participação dos atores sociais e o respeito às diferentes culturas.

As falas dos entrevistados, ao serem analisadas, revelaram que a educação em saúde é realizada com a intenção de fazer com que o indivíduo adquira hábitos corretos para preservar a sua saúde, prevenindo doenças e as possíveis seqüelas destas. Os profissionais procuram ensinar a maneira correta dos indivíduos se cuidarem, e, se estes seguirem apropriadamente suas orientações, terão menos chance de adoecer. Características, estas, do modelo hegemônico, como apregoa a educação sanitária. Eis alguns depoimentos que ilustram esta afirmação.

*A importância das práticas é realmente a gente estar mudando a questão da... da população, mesmo. O quê que a gente quer com isso?! A gente quer que tenha menos cárie, quer que tenha menos doença gengival, a gente quer que tenha mais conhecimento, que uma pessoa passe pra outra... conhecimento, pra realmente, daqui a algum tempo a gente não ter mais tanto problema com cárie, com doença gengival, então, acho que isso é muito importante. Pra isso a gente tem que*

---

<sup>21</sup> 1. modo de ver, entender e conceber; 2. processual, dinâmico, sujeito à mecanismos de regulação; 3. determinado psico/sócio/histórico/culturalmente; 4. que leva a um corpo de conhecimentos e práticas; 5. compartilhado por um coletivo com formação específica (CUTOLO, 2001, p. 55).

*conversar mesmo, tem que chegar, tem que falar: “tem alguma dúvida?!” Tem que esclarecer... é realmente pra tentar no máximo possível pra diminuir essas doenças... (10.THD.04).*

*...porque a pessoa... ela recebe as informações... se ela praticar... da forma que a gente ensina, a criança não vai vir a desenvolver cáries, não vai vir a ter doenças bucais... (5.CD.01).*

Nota-se, nas falas dos entrevistados, que estes realizam orientações marcadamente fundamentadas na prevenção das doenças, essencialmente por intermédio das ações de higiene. Estas características foram identificadas nas falas de todos os entrevistados. Pode-se observar também, em alguns discursos, o cuidado em relação à transmissão de bactérias, reforçando a visão biologicista da origem das doenças.

*Educação em saúde incentiva a criança... à higiene, higiene geral, tanto bucal... É... tentar mudar a visão das pessoas... com relação à visão que eles têm da odontologia e a visão de higienização, importante a gente incentivar eles... a mudar...é...o hábito deles... (5.THD.02). Meus grifos.*

*...as ACDs realizam a técnica de higiene oral, todos os dias da triagem... elas pegam as pessoas que estão na triagem, um grupo, e fazem a técnica de higienização oral, explicam como escovar os dentes, a técnica, como passar fio dental, tudo mais. Além disso... nós vamos nas escolas, realizar técnica de higiene oral com as crianças. Vai o CD, a THD e a ACD. A gente vai uma vez por semana. A gente pega uma turma, a turma inteira, explica que a gente vai realizar uma técnica de higiene oral, pra educar as pessoas a escovarem os dentes, na tentativa de melhorar a saúde bucal... damos escovas de dente, damos pasta de dente e mostramos como que ela tem que escovar... explica a técnica certinha de escovação, mostra como tem que passar o fio dental (5.CD.05). Meus grifos.*

*...a mãe... a gente já orienta, pelo menos faz uma prevenção na mãe pra não contaminar a criança com a*

*bactéria, a gente fala que realmente a cárie é transmissível pela saliva... (10.THD.03). Meus grifos.*

*...saúde bucal... a gente começa desde lá das bactérias até explicar pra eles... daí fala sobre o beijo na boca, a transmissão de bactérias que acontece no beijo.. é mais sobre isso (10.ACD.04). Meus grifos.*

Merhy (1987) aponta que a educação sanitária traz implícita a idéia de que é a consciência sanitária do indivíduo um dos parâmetros básicos para manter em harmonia a relação saudável entre o homem e seu meio externo, recorrendo a um esforço sistemático e permanente de um trabalho de formação e transformação da consciência individual, segundo preceitos e normas ditadas pela higiene.

*A gente vê que na maioria dos casos é descuido das pessoas mesmo... É falta de higiene, às vezes falta de orientação, o pessoal não sabe escovar o dente direito, então, é importante isso porque de repente pode tá prevenindo e... evitando muito sofrimento de muita gente, assim, dor de dente não é fácil (05. THD. 05). Meus grifos.*

Observa-se na fala anterior, que na visão do entrevistado, o paciente é o responsável pelas suas doenças, pois, por descuido ou por falta de conhecimentos, não segue as normas corretas de higiene. Nota-se a preocupação do sujeito participante para que o paciente não passe por sofrimentos decorridos do adoecer, como que justificando seus conceitos e práticas.

Algumas falas, principalmente as que se referem aos participantes com mais de dez anos de serviço público de saúde, demonstraram uma mescla dos pressupostos da educação sanitária com os da educação em saúde. Como que uma tentativa de superar o modelo sanitário da educação, procurando, então, entender e valorizar o modo de vida e pensar do paciente. Podemos então inferir que estamos em processo de transformação, momento de reconhecimento daquilo que o modelo sanitário trouxe de positivo, crença na educação e no conhecimento

como fatores de transformação, e de incorporação de novas perspectivas, que valorizam as vivências das pessoas, suas subjetividades e participação na troca e revitalização de saberes.

*...a gente aprende com eles também, porque você vê outra realidade a gente não tem a verdade pronta, então acho que isso é importante... (10.CD.02).*

*...a gente percebe assim que tem muita gente que realmente absorveu aquilo que a gente tenta ensinar, sabe, que não é bem ensinar é uma troca, porque acho que você tem um conhecimento técnico, talvez, que eles não têm, mas tem que respeitar também a cultura deles... (10.THD.02).*

Briceño-Leon (1996) afirma que somente conhecendo o indivíduo, suas crenças, seus hábitos e papéis, bem como suas circunstâncias, é possível desenvolver uma ação eficiente e permanente em saúde. O autor, também, propõe sete teses sobre a educação para a participação, a saber:

1. A educação não é somente o que acontece nos programas educacionais, mas em toda a ação em saúde.
2. A ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas um cheio a ser transformado.
3. Não há um que sabe e outro que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas.
4. A educação deve ser dialogada e participativa.
5. A educação deve reforçar a confiança das pessoas em si mesmas.
6. A educação deve reforçar o modelo de conhecimento: resultado ou realização.
7. A educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva.

Alguns dos sujeitos entrevistados enfatizaram a conquista de uma melhora da qualidade de vida, com um usuário mais participante nas questões sociais, e, a importância da formação de vínculos.

*Eu acho que é... a prevenção e essas práticas é tudo o que a gente precisa pra ter uma Curitiba melhor, um mundo melhor, é... com mais qualidade de vida, com mais qualidade de saúde e com mais informação, com mais domínio sobre o próprio corpo... então pra mim é muito importante (10.CD.01). Meus grifos.*

*Olha... eu acho que você só falar ou só mostrar um vídeo...a efetividade é muito pequena, eu tomo por mim, você vê um cartaz “Ah como fazer pra prevenir..”. qualquer coisa, se você não...não tem assim uma vivência maior ou uma...motivação maior pra fazer aquilo, não faz mesmo. Eu acho que tem que ser a educação, mas também, assim, por exemplo, numa comunidade como a nossa a gente tem que dar opção pra ter..., atitudes saudáveis, não só falar e...as pessoas não terem opção de ter essa vida mais saudável, isso envolve tudo, a moradia, a escola, tudo isso. Então é uma coisa que...é importante, mas sozinha não vai conseguir muita coisa, não tem muita efetividade... (10.CD.02). Meus grifos.*

*...é muito importante pra criação de vínculo...eu acho isso **mais** importante no trabalho da gente, você criar vínculo e daí o paciente começar a...a...acreditar em você, ter respeito, a te procurar, então eu acho isso super importante.. gerencialmente falando, eu acho que abrange um maior número de pessoas, é...num curto espaço de tempo, então eu acho isso também bem importante, e também é... na divisão de conhecimentos entre...ou experiências entre as pessoa que estão naquele grupo, eu acho que também isso é bem importante... (10.CD.03). Meus grifos.*

*Promoção de saúde de forma geral é promoção de saúde mesmo. É atingir... para que a pessoa chegue a uma plenitude de saúde, não só bucal... mas a plenitude de saúde, que é a promoção de saúde de uma maneira global. Que a pessoa saiba ter seu autocuidado em casa, evitando com isso que ela tenha problemas futuros... Então é o que a gente procura com educação em saúde..., fazer com que a pessoa tenha o seu autocuidado, tenha... de uma maneira global, que ela possa se cuidar... (10.CD.05). Meus grifos.*

Esses discursos apresentam conceitos de promoção da saúde contidos na Carta de Ottawa, 1986, (OPAS, 1986) que discorre sobre o processo de capacitação da comunidade para atuar na sua qualidade de vida e de saúde, incluindo uma maior participação social, bem como, que a promoção da saúde deve gerar condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis. A Carta reforça, também, que a saúde é produzida socialmente e é definida por diversos fatores: biológicos, ambientais, culturais, econômicos e sociais. Essas falas estão nos discursos dos participantes com mais de dez anos no serviço público de saúde. Demonstram um rompimento do conceito tradicional da percepção de saúde e uma maior tentativa de superação do modelo hegemônico de educação em saúde. Evidenciou-se uma visão mais ampla sobre as condições de vida, culturais, econômicas, da população com que trabalham, revelando uma maior compreensão do paciente a partir das particularidades deste. Pode-se inferir que essa singularidade deva-se às experiências adquiridas com o passar dos anos, com a própria equipe de trabalho, com a convivência entre a comunidade e através dos cursos de capacitação oferecidos pela PMC, como revelam algumas falas dos entrevistados.

*Pelo fato de eu ter muitos anos de prefeitura... na época quando eu entrei a gente não sabia nada, então foram os dentistas da clínica que orientaram... têm cursos, eu gosto muito de participar dos cursos... (10.THD.01).*

*...graças a Deus a prefeitura também dá muitos cursos pra nós... esses cursos que a prefeitura dá pra gente, nos ajuda muito, muito, muito, e tem uma qualidade bem grande... (10. THD.04).*

*...curso oferecido pela prefeitura e...pelos anos, assim, que eu tenho de prefeitura, então... a gente escuta um pouquinho aqui, um pouquinho ali, um pouquinho lá... e sempre um outro profissional vêm acrescentar na equipe e... sempre traz coisas novas pra gente, assim, uma idéia nova, assim, isso é bacana. A equipe não é fechada... (10.ACD.04).*

*...todo dia a gente ta aprendendo, mesmo com os pacientes a gente aprende, né, com eles mesmo, todo dia a gente ta aprendendo... (10.ACD.01).*

Vasconcelos (1997) pondera que quanto mais estudamos a realidade da população mais compreendemos seus conhecimentos, favorecendo um intercâmbio entre o saber científico e o popular em que cada um deles tem muito a ensinar e a aprender.

O discurso dos entrevistados, com até cinco anos de experiência no serviço público de saúde, revelou um modo mais tradicional de conceber educação em saúde, com um foco maior nos fatores biológicos das doenças do que nos sociais. Essas particularidades, talvez, possam ser explicadas pelo pouco tempo de convívio com a comunidade, pouco tempo de trocas de experiências enquanto equipe de saúde bucal, como também, por estarem mais próximos do término dos cursos de graduação (cirurgiões-dentistas), ou, dos cursos de formação (técnicos em higiene dental e auxiliares de consultório dentário). Revelando a maneira com que a educação em saúde é ensinada, tanto na graduação em odontologia, como nos curso de formação de ACD e THD, ministrados também por cirurgiões-dentistas.

De acordo com Morita e Kriger (2004) embora o SUS represente um significativo mercado de trabalho para a odontologia, principalmente com a inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, este fato ainda não produziu o impacto esperado sobre o ensino odontológico. Lemos (2005) relata, que os cursos de graduação de odontologia brasileiros apresentam uma formação tecnicista, elitista e descontextualizada da realidade sócio-econômica, preparando o futuro cirurgião-dentista para ser um profissional competente tecnicamente e para atender o mercado privado. Garbin, Saliba, Moimaz e Santos (2006) ponderam que o modelo da formação na odontologia sempre foi voltado para a prática liberal, além disso, para a preconização da necessidade de aperfeiçoamento e especialização em áreas exclusivamente tecnicistas. O currículo dos cursos sempre privilegiou as

ações curativas, não se orientando pela situação epidemiológica, social, cultural e econômica, da população.

Pode-se considerar que, de um modo geral, o conceito de educação em saúde, para os sujeitos participantes deste trabalho, é o da prevenção de doenças. De acordo com Alves, Arratia e Silva (1996) a prevenção de doenças corresponde a um modelo de saúde que se direciona somente a grupos de risco da população, logo, se preocupa com aspectos concretos de patologia, e, utiliza estratégias específicas, diretivas e persuasivas. A redução de riscos é a base dos programas preventivos. Czeresnia (2003) aponta que as ações preventivas estruturam-se por intermédio de projetos de educação sanitária, com divulgação de informes científicos e recomendações normativas de mudanças de comportamento. No entanto, algumas falas, principalmente a dos respondentes com mais de dez anos de serviço público de saúde, ponderaram, também, sobre a promoção da saúde e da boa qualidade de vida, com um usuário mais participante e capaz de fazer suas próprias escolhas. Alves, Arratia e Silva (1996) discorrem que a promoção da saúde se preocupa com a saúde de uma forma ampla, enfatiza o estilo de vida para a constituição de uma população saudável. As ações de promoção da saúde incluem atividades de educação em saúde, manutenção e proteção, desenvolvimento do meio ambiente e da comunidade, bem como, políticas públicas de saúde.

Como objetivos da educação em saúde, evidencia-se o zelo para que o paciente adquira o autocuidado, e, o alcance de uma melhor higiene, por meio da mudança de hábitos. Vasconcelos (1997) aponta que a educação em saúde tem sido compreendida por muitos profissionais da saúde como uma forma de fazer as pessoas mudarem hábitos prejudiciais à saúde. Fala também, que a falta de higiene e o não-seguimento das recomendações de saúde por parte da população, têm origens muito mais profundas do que apenas carência de conhecimento ou falta de motivação social. Educar para a saúde é auxiliar na

busca da compreensão das raízes dos problemas sociais a que a população é submetida, bem como, no auxílio de suas soluções.

A importância das ações educativas pode ser relatada como um meio para se evitar doenças, impedindo futuras seqüelas ou sofrimentos, reforçando a forma preventiva de considerar as ações de saúde. O discurso da maioria dos componentes das equipes de saúde bucal, participantes desta pesquisa, ainda não enfatiza a educação em saúde como uma forma de possibilitar o processo pelo qual a população desenvolva habilidades para exercer maior controle sobre sua vida. As falas ainda estão muito voltadas para a prevenção de doenças, porém, observa-se claramente a tendência de rompimento deste padrão, principalmente nas equipes com mais de dez anos de serviço público de saúde. Pode-se inferir que as equipes estão num processo de transição. Wendhausen e Saupe (2003) apontam que, enquanto profissionais de saúde, temos uma cultura imediatista em relação às nossas ações. Fazendo-se necessário relativizar e atualizar esse conceito, compreendendo as peculiaridades do trabalho educativo, tanto para os profissionais da saúde, quanto para a população.

#### **4.5.2 Categoria práticas de educação em saúde**

As sub-categorias relativas às práticas de educação em saúde evidenciaram-se a partir das falas dos sujeitos participantes, foram especificadas em modelo e métodos de educação, e, são apresentadas no quadro 3.

Quadro 3- Sub-categorias relacionadas à categoria “Práticas de educação em Saúde”

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>
Práticas de educação em saúde	Modelo de educação
	Métodos de educação

Todos os entrevistados apontaram que a realização das práticas de educação em saúde, pelas equipes de saúde bucal da Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC), se faz nos equipamentos sociais<sup>22</sup> da cidade de Curitiba, nas creches, nas escolas, nas escolas de educação especial, nas próprias Unidades de Saúde, nas visitas domiciliares, nos grupos (gestantes, lactentes, hipertensos, diabéticos, adolescentes), vindo ao encontro das orientações contidas no Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (CURITIBA, 2004).

De acordo com o Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal (CURITIBA, 2004, p. 50) as atividades educativas “visam o repasse de informações e/ou orientações sobre cuidados com a saúde bucal”. O Protocolo define procedimentos coletivos como: “conjunto de procedimentos de educação em saúde e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, que dispensa equipamentos odontológicos”, ressalta, ainda, que a prioridade para a realização destes procedimentos seja o THD, e, cita os seguintes procedimentos coletivos (CURITIBA, 2004, p. 51):

- **Educação em saúde:** atividades educativas realizadas, no mínimo trimestralmente, enfatizando os cuidados com a saúde bucal (controle da placa bacteriana, uso do flúor através da água de abastecimento e métodos tópicos, dieta, desenvolvimento orofacial, aleitamento materno);
- **Fluoroterapias:** bochechos fluorados realizados com solução de fluoreto de sódio ao longo do ano. Pode ser utilizado outro método alternativo, como flúor gel na escova, moldeira, pincelamento ou outras formas dependendo da faixa etária a que se destina, e a situação epidemiológica do grupo. A periodicidade da fluoroterapia é condicionada à atividade de cárie;
- **Higiene bucal supervisionada:** compreende evidenciação da placa bacteriana e escovação supervisionada.

---

<sup>22</sup> Abrigos; albergues; centros de atividades para idosos; centros de referência da assistência social; grupos de convivência; liceus de ofícios; etc. (PMC, 2007).

Pelo descrito, no referido Protocolo, pode-se observar que o conceito de educação em saúde, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, reporta-se a um repasse de informações sobre cuidados com a saúde bucal. Conceito, esse, atrelado à maneira tradicional de conceber educação em saúde. Também nos procedimentos educativos em saúde descritos no mesmo, observam-se essencialmente as ações preventivas de doenças. Presume-se que as concepções de educação em saúde dos funcionários da PMC, melhor dizendo, dos componentes das equipes de saúde bucal da PMC, sigam a mesma linha de raciocínio ou, ao menos, sofram grande influência do Protocolo que orienta suas ações.

Alves (2005) explica que da convivência entre as práticas emergentes e as práticas hegemônicas, é possível delinear dois modelos de práticas de educação em saúde, que podem ser denominados como modelo tradicional e modelo dialógico. O modelo tradicional, historicamente hegemônico, fundamenta-se no referencial biologicista do processo saúde-doença, enfatizando a doença e a intervenção curativa. Suas estratégias educativas apresentam informações verticalizadas, que impõem mudanças comportamentais para a manutenção da saúde. Todavia, o modelo emergente de educação em saúde, referido como modelo dialógico, tem como objetivo transformar saberes existentes, e, busca o desenvolvimento da autonomia pela compreensão da situação de saúde.

Evidentemente nem tudo o que é antigo é ruim ou ultrapassado. É preciso sabedoria para servir-se do que foi proveitoso nos modelos em decadência, bem como, para agregar o que é válido do novo modelo. Caso contrário, teríamos sempre que recomeçar do zero, desconsiderando tudo que é antigo.

Para falar de práticas de educação em saúde, é preciso, primeiramente, analisar a maneira pela qual fomos educados, pois, a tendência é reproduzirmos os modelos a que fomos sujeitos. Luckesi (1994) aponta que historicamente, o modelo tradicional de educação subentende a ação educativa como um repasse de conhecimentos através de conteúdos separados da realidade social, na qual o

educador transmite o conteúdo na forma de verdade a ser absorvida. Ressalta, ainda, que esse modelo é atuante até hoje em nossas escolas. A partir destes preceitos decorre uma série de características que influenciam na relação educador-educando e que são incorporadas às práticas de educação em saúde.

*É através da educação em saúde que a gente consegue passar conhecimento pras pessoas. Seja educação em saúde de maneira individual, seja coletiva, quê que vai acontecer?! É assim que ela vai aprender... ( 10.THD.04)*

Como resultado do modelo tradicional de educação, visualiza-se uma característica, entre as falas dos sujeitos participantes, que é a recorrência das palavras: transmitir, passar conhecimento, bem como, orientar, explicar e ensinar, utilizadas para conceituar ou descrever as práticas de educação em saúde. Mesmo nas ações educativas que tendem a fugir deste modelo, esses termos se fazem presentes.

*...você ensina o quê que faz mal pro dente, você ensina a escovar... (10.THD.03).*

*A gente ensina as crianças a escovar, explica, dá orientação.... (05.ACD.01).*

*...a gente também orienta as mães.. (10.ACD.01).*

*...talvez a gente consiga pegar eles (as crianças) desde pequeninhos e levar... aí um tempo passando essa educação, pode ser que se torne um adulto... é... ciente das coisas (05.ACD.04).*

*Com os adolescentes, a gente faz um levantamento dos temas que eles gostariam de estar abordando. Então, assim, partindo deles, pra não dar nada de cima para baixo, se não eles não acatam e o programa não anda... então a gente foca estes temas e vai passando as informações dentro do que eles querem (10.CD.01).*

Para Alves (2005) no modelo tradicional as estratégias educativas apresentam informações verticalizadas, que impõem mudanças comportamentais para a manutenção da saúde.

Freire (2005, p.67 e 68) denomina de “bancária”, a concepção para a qual a educação é o ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimentos, e, aponta suas características:

1. o educador é o que educa; os educandos, os que são educados;
2. o educador é o que sabe; os educandos, os que não sabem;
3. o educador é o que pensa; os educandos, os pensados;
4. o educador é o que diz a palavra; os educandos, os que a escutam docilmente;
5. o educador é o que disciplina; os educandos, os disciplinados;
6. o educador é o que opta e prescreve sua opção; os educandos, os que seguem a prescrição;
7. o educador é o que atua; os educandos, os que têm a ilusão de que atuam, na atuação do educador;
8. o educador é o que escolhe o conteúdo programático; os educandos, jamais ouvidos nesta escolha, se acomodam a ele;
9. o educador identifica a autoridade do saber com sua autoridade funcional, que opõe antagonicamente à liberdade dos educandos; estes devem adaptar-se às determinações daquele;
10. o educador, finalmente, é o sujeito do processo; os educandos, meros objetos.

As características mencionadas por Freire, se encontram em muitas falas dos entrevistados, demonstrando a influência do modelo tradicional de educar, pelo qual a maioria de nós foi, também, educada. Tais características foram encontradas com relevância nos sujeitos participantes com até cinco anos no serviço público de saúde.

*... essas práticas de educação... eu acho que não são muito válidas. Só quando o paciente vem e senta na cadeira é que a gente consegue puxar um pouco a orelha dele e ele dá uma melhorada... (05.CD.05).  
Meus grifos.*

*Ali, na minha cadeira...o espelho é a primeira coisa, quero que impacte ali comigo, é...o que eu tenho feito é falado muito com relação à bactéria, de ficar engolindo o tempo todo essas bactérias... (05.CD.02). Meus grifos.*

*A gente pega, por exemplo, idoso, alguns assim que já tem um hábito que não muda, então, às vezes, agente dá orientação, dá orientação, dá orientação, e o mesmo paciente volta com o mesmo problema (05.ACD.01). Meus grifos*

*Então acho que tem que ter essa consciência também, a gente desde agora tem que ta impondo esse conhecimento, que a pessoa não tem, né, vai chegar uma idade que ela...vai chegar um tempo que não vai mais...espero eu que não tenha mais problema periodontal, que não tenha cárie, que a gente só precise fazer prevenção (05.ACD.03).*

DA ROS (2000) relata que a educação sanitária apresenta uma concepção de que o educador é o conhecedor da “verdade científica” e como tal, deve apregoar os conhecimentos em uma população. A educação é entendida como repasse de informações, principalmente as que assustam a população<sup>23</sup>, com o objetivo de induzir à mudança de comportamento, já que a população é responsabilizada por suas doenças. A característica de ‘assustar’ a população foi encontrada nos discursos de vários respondentes, evidenciando a tentativa de mudar comportamentos através do susto ou do medo, influência, talvez, das campanhas apresentadas pelo Ministério da Saúde brasileiro, como também, dos tempos escolares, onde muitas vezes o aluno é ‘intimidado’ pelo professor que impõe a disciplina através da autoridade. Essas características são incorporadas nas práticas educativas, como demonstram as falas a seguir.

---

<sup>23</sup> Rosen (1994, p. 301 e 302) relata ações do movimento antituberculose, do início do século XX, nos EUA, onde se faziam exposições de imagens de pulmões tuberculosos e outras cenas chocantes, “na crença que serviriam como argumentos constrangedores e de que assim o povo se convenceria. Usavam-se na campanha antituberculose outros instrumentos, como a publicidade nos jornais, os folhetos e panfletos, palestras sobre saúde. Mais tarde, o filme cinematográfico se juntou a esses equipamentos. A ênfase maior residia na apresentação dos fatos através das técnicas desenvolvidas no campo da propaganda e da publicidade”.

*Eu já participei nas escolas fazendo palestra de piercing... que nossa vem muita gente com o dente quebrado, daí, eu tinha recebido um e-mail...sobre uma que tinha perdido a metade da língua, NOSSA impressionou bastante eles, que eles gostam muito de piercing aqui... Então, trabalhei... essa parte mais preventiva do piercing de língua. **Você leu o e-mail pra eles?** Li.... falei, mostrei, não tinha foto, né, infelizmente... (10.THD.03).*

*É...pros maiores (crianças) a gente tem uma outra fita... falando sobre...um país, chamado dente, onde têm os invasores... que são as bactérias...e é intercalada com desenho... eles chamam bastante a atenção porque o desenho é bem colorido e tal, mostrando os monstros da cárie e tudo mais (10.THD.05).*

*...Daí a gente apresenta tudo isso pra eles, a gente normalmente trabalha em meio círculo, que é oficina e não é palestra, daí a gente faz um intercâmbio, eu passo...todo o material que eu mostro eu passo, e a gente usa algumas figuras chocantes, como um beijo com piercing, com saburra e com fratura dental. No beijo aparece tudo isso: é..uma língua bem saburrosa, é...a tentativa de colocar o piercing em casa, com agulha de injeção, tal, então, são coisas que chocam (05. THD.03).*

*...nós fizemos álbuns seriados... fizemos todo trabalho educativo.. a outra Técnica, ela trouxe umas fotos da boca bonita, da boca feia, com problema periodontal, com cárie, né, trouxe sobre as bactérias, trouxe fotos das bactérias... pra eles poderem entender isso (10.ACD.04).*

Da Ros (2000) aponta que esta maneira de educar se mantém até hoje, mesmo porque é um estilo utilizado em muitas campanhas do Ministério da Saúde, e cita algumas campanhas que utilizam imagens que tentam chocar, repetidas à exaustão, pretendendo a inculcação do cuidado, responsabilizando exclusivamente os indivíduos, como as campanhas anti-drogas e anti-AIDS.

É interessante comentar que as empresas que comercializam produtos que possam alterar a saúde bucal, tais como, doces, cigarros, álcool, etc., sempre

agregam o conceito de felicidade e de satisfação a esses produtos, fazendo com que as pessoas que assistam a seus anúncios sintam-se bem e sem culpa por consumi-los, por outro lado, as campanhas de saúde geralmente trazem consigo o lado 'feio' e 'ruim' dos fatos, inculcando culpa nas pessoas, gerando sensações negativas. Parece óbvio que as pessoas procuram àquilo que as façam sentir-se bem. Os profissionais da saúde devem rever esses valores e agregar novas formas de comunicação às suas ações educativas, considerando a realidade de vida das pessoas e valorizando as suas circunstâncias, bem como, atribuindo um conceito positivo à saúde, já que esta deve ser um recurso para a vida e não o objetivo de viver, como está descrito na Carta de Otawa (OPAS, 1986).

Observa-se a tentativa de superar o modelo tradicional de educação em algumas falas, onde os próprios respondentes rejeitam certas características do referido modelo. Nota-se a abertura da odontologia para novos temas relacionados à saúde, não só ligados à saúde bucal. Atenta-se para o fato de se incentivar a participação da população, tanto na escolha dos temas, como nas ações educativas. Alves (2005) aponta que o modelo emergente de educação em saúde, referido como modelo dialógico, tem como objetivo transformar saberes existentes, e, busca o desenvolvimento da autonomia pela compreensão da situação de saúde.

*Na oficina... primeiro a gente faz eles pensar em falar, eles têm que falar bastante, mais falar do que a gente, então, você tem que saber qual que é a base que eles estão, se a gente vai falar sobre sexualidade, a que nível está o interesse sobre sexualidade, o que quê eles sabem sobre sexualidade. Então, a gente faz oficina, divide em grupos pequenos, cada grupo apresenta pro grupo grande, tudo bem dinâmico mesmo, que a gente faz, e... e a gente tem, assim, bastante participação... (10.THD.05).*

*... palestra é uma coisa muito chata, porque palestra normalmente é o palestrante lá na frente, aonde ele sabe tudo e eu não sei nada, eu penso assim, eu me vejo assim em palestra, eu sinto sono, eu não tenho*

*interesse. Então na oficina, eu acredito assim, que é um intercâmbio, eu sei um pouco mas eu tô aprendendo mais com você, então eu vou aprender...é uma troca na verdade...mesmo porque eu não to lá na frente, eu to no meio deles, eu to no círculo ali, eu tô em termos de igualdade com eles, ta. Nunca gostei de palestra, eu lá e eles aqui, eu gosto de estar entre eles... interagindo ali... (5.THD.03).*

*Com os adolescentes, a gente faz um levantamento dos temas que eles gostariam de estar abordando. Então, assim, partindo deles, pra não dar nada de cima para baixo, se não eles não acatam e o programa não anda. Então a gente viu que os temas mais votados foram: drogadição; anticoncepcionais; planejamento familiar; mercado de trabalho e higiene pessoal. Então a gente focou isso daí, e a gente ta fazendo blocos de palestras com o psicólogo, com o ASA, que é o agente de alcoolismo, com a gente da odontologia, então a gente foca estes temas e vai passando as informações dentro do que eles querem (10.CD.01).*

*...vamos pensar primeiro na cadeira do dentista: uma coisa que eu gosto muito, muito, muito é de atender adolescente, pela questão de que...aí eu acho que é o momento que eu incentivo **bastante**...é o adolescente a estudar, é...pra quê?: pra ele ter um emprego legal, questão de...é...é pra não querer ter filho logo, né, essas coisas assim... que eu acho que é muito importante, eu acho que é um papel meu ali na cadeira, eu acho que...pra mim é o que eu mais gosto na parte de educação... então ali na cadeira eu faço mais essa questão da educação (10.CD.03).*

Gadotti, Freire e Guimarães (1989) apontam que a classe popular tem dois direitos, entre tantos outros, fundamentais: o de conhecer melhor o que ela já conhece a partir da sua prática, e, o de conhecer o que ainda não conhece. E para que se faça isso ao nível do conhecimento da realidade e da participação, deve-se partir do ponto de vista da sua participação do mundo, da sua história, do seu próprio papel na história, a partir do que sabe para saber melhor, e não a partir do que o educador sabe ou pensa que sabe. Freire (2005) fala que a verdadeira educação não se faz de A para B ou de A sobre B, mas de A com B mediatizados

pelo mundo que desafia e impressiona de formas diversas a uns e a outros, gerando pontos de vistas sobre ele.

*...por exemplo eu não forço nada assim de técnica de escovação, primeiro eu vejo como é que essa pessoa escova...e depois eu vou ver, na cadeira, ou ali com a espátula, se tiver placa é porque realmente não está surtindo, então vamos ver se conseguimos uma técnica, se não tiver, zerou a placa, ótimo não interessa se ela faz técnica de Bass ou não, o que importa é se ela sabe escovar, cada um tem seu estilo! Então isso a gente percebe muito, sabe, que tem que respeitar também a cultura deles... (10.THD.02).*

*A gente tem uma visão mais é... globalizada do paciente... a gente sabe a necessidade dele, isso é muito importante, não é só cobrança também, a gente tem que saber das necessidades da pessoa do outro lado. Isso, acho que é uma coisa muito importante, você tem que saber por quê que a pessoa não faz... e não só cobrar. É fácil falar: "tire a chupeta", mas você não dorme lá na casa pra saber quando que a criança chora... Acho que hoje em dia, as pessoas estão mudando um pouco essa visão, de você: "NÃO; AÇÚCAR NÃO; CHUPETA NÃO", eu acho que não é por aí... isso desestimula também. Você colocar um monte de barreiras e as pessoas chegarem a um ponto que na vida prática... não tem como utilizar... (10.CD.05).*

*...aqui é uma população bem carente, eu não sei, eu acredito assim que pra eles a...a saúde oral é uma coisa assim que ta em último lugar na vida deles. Eu acho que pra eles, não pra todos, tem família bem certinha que trabalha e que tem um salário, mas, muitos assim não tão nem pensando nisso, a não ser quando tem dor, vem, procura e resolve aquela dor. Pra eles o que eles estão precisando mesmo é trabalho, é trabalhar, é comer... pra essas pessoas...tinha que ter uma coisa MAIOR... melhorar a VIDA deles primeiro, a educação.. (10.ACD.03).*

Um legítimo processo de educação não pode ser instituído a não ser através de uma análise das necessidades reais da população (GADOTTTI, 1991).

Entre os métodos utilizados, pelos entrevistados, nas práticas de educação em saúde, a escovação supervisionada, a orientação de escovação e a higiene bucal foram unanimidades. Em todos os discursos evidencia-se a importância desta ação para prevenir as doenças bucais, principalmente a cárie e a doença periodontal, através do controle da placa bacteriana. Vinte e um entrevistados citaram também a aplicação tópica de flúor, entre as ações de educação em saúde (embora seja uma ação preventiva) demonstrando sua grande influência para o controle da doença cárie.

Vinte e cinco entrevistados mencionaram a orientação como método de educação em saúde. Essa orientação visa à prevenção de doenças, ao autocuidado e à manutenção da saúde. A palestra foi referida por vinte e um entrevistados, alguns deles falaram a palavra palestra e depois relataram sobre reuniões e oficinas. Em suas atividades educativas, as equipes utilizam cartazes, fitas de vídeo, álbuns seriados, informativos, teatro, gincanas, brincadeiras, entre outras.

A educação é um processo, e, como tal exige um tempo para consolidar seu impacto junto à população. Exige também um tempo para que os trabalhadores da saúde consigam superar o que não deu certo no antigo modelo, sintetizar o que foi bom para agregar às novas concepções e práticas educativas, que o novo modelo de atenção à saúde requer para esse novo cidadão, em formação.

Wendhausen e Saupe (2003) destacam alguns elementos importantes para conceber uma nova concepção de educação em saúde:

- Estabelecimento de uma nova relação com o usuário onde a comunicação seja mais horizontal e onde seja privilegiado o diálogo entre saberes que se complementam.
- Respeito pelo outro e sua alteridade.
- Concepção positiva da saúde.
- Ênfase nos recursos pessoais e comunitários, ao invés da carência.
- Participação e empoderamento do usuário, individual e coletivamente.

- Consideração de que a educação em saúde permeia todas as atividades assistenciais, sejam elas formais ou informais.

Pode-se relatar, que o modelo e os métodos de educação utilizados, nas práticas educativas em saúde, desses sujeitos participantes, fundamenta-se na forma tradicional de conceber o processo educativo, porém, com evidentes tentativas de superá-la e modificá-la, empreendendo esforços para instigar a participação do usuário.

#### **4.5.3 Categoria componentes da equipe de saúde bucal que realizam educação em saúde**

De acordo com o discurso dos respondentes, o quadro 4 apresenta os componentes da equipe de saúde bucal que realizam as práticas educativas em saúde.

Quadro 4- Sub-categorias relacionadas à categoria “componentes da equipe de saúde bucal que realizam educação em saúde”

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>
Componentes da equipe de saúde bucal que realizam educação em saúde	Cirurgião-dentista
	Técnico em higiene dental
	Auxiliar de consultório dentário

Foi unânime, entre os entrevistados, que todos os componentes da equipe de saúde bucal realizam práticas de educação em saúde. Demonstraram-se bem dispostos a realizar ações educativas, individualmente ou coletivamente. Entretanto, as falas evidenciaram que o foco das ações educativas coletivas concentra-se mais no THD e no ACD, vindo ao encontro das propostas

apresentadas pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, (BRASIL, 2006 b p.25) “A educação em saúde deve ser parte das atribuições comuns a todos os membros da equipe de saúde bucal, mas os profissionais auxiliares podem ser as pessoas ideais para conduzir o trabalho nos grupos”. Igualmente, das orientações do Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal (CURITIBA, 2004) para a realização das ações educativas.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aprovação da criação do Sistema Único de Saúde, pela Constituição Federal de 1988, trouxe um conceito ampliado de saúde fazendo-se necessária uma mudança no modelo de atenção, antes centrado na doença, para um modelo que promova a saúde e a boa qualidade de vida. As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, de 2004, confirmam essa mudança no modelo de atenção e apontam que entre as ações a serem desenvolvidas pela equipe de saúde bucal, estão as de educação em saúde.

O modelo de educação em saúde hegemônico traz consigo certas características, alicerçadas no biologicismo, que são repetidas desde o início do século XX, voltadas para a inculcação de hábitos higiênicos pela população, de maneira verticalizada, autoritária, desconsiderando-se o saber popular, com imposição de mudanças de hábitos e comportamentos, através de ações distantes da realidade dos indivíduos.

O modelo emergente de educação em saúde é o da prática libertadora, que interpreta os processos de saúde-doença através de múltiplos referenciais, onde se considera a história de vida das pessoas, sua cultura, facilitando a participação popular, possibilitando que os cidadãos desenvolvam habilidades e capacidades para exercerem maior controle sobre suas vidas, bem como, trazendo um conceito positivo à saúde.

Assim, este estudo procurou conhecer os processos educacionais em saúde desenvolvidos pelas equipes de saúde bucal, das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades Programa Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Curitiba.

As condições de saúde bucal da população curitibana têm evoluído positivamente. Os dados epidemiológicos coletados em 2003 indicam a redução das principais doenças bucais na população até vinte anos. As outras faixas têm sido objeto de

intervenção intensiva através das estratégias do modelo assistencial, ressaltando a saúde da família, concepção adotada de maneira pioneira no país pelo sistema municipal de saúde da cidade.

O conceito de educação em saúde para os respondentes deste trabalho foi o da prevenção de doenças, reforçando a correta higiene e mudança de hábitos da população, ainda que algumas falas, essencialmente as dos sujeitos com mais de dez anos no serviço público de saúde, revelaram uma ruptura desta propensão ao relatarem sobre aspectos da promoção da saúde e qualidade de vida.

As práticas de educação em saúde, dos sujeitos participantes, demonstraram uma tendência de reprodução do modelo tradicional de educação, que historicamente subentende a prática educativa como um repasse de conhecimentos, a qual Paulo Freire chamou de educação “bancária”. Porém, também, observou-se uma tentativa de superar esse conceito, com os próprios participantes rejeitando as características do referido modelo, incentivando a participação popular nos temas e nas ações educativas, de forma mais horizontal, privilegiando o diálogo.

Embora, de uma maneira geral, o discurso dos respondentes tenha revelado um modo tradicional de conceber educação em saúde, esta tendência em muitos momentos foi rompida, revelando um momento de transição para estes profissionais. Momento de utilizar-se do que foi profícuo no modelo antigo e agregar o que é válido deste novo modelo, em formação.

O rompimento com o modelo tradicional, das práticas educativas em saúde, foi mais eminente nas falas dos profissionais com mais de dez anos no serviço público de saúde. Essa singularidade pode ser, talvez, explicada pela experiência proporcionada através do convívio com as equipes de trabalho, bem como, com a própria comunidade atendida, e também, pelas capacitações que a Prefeitura Municipal de Curitiba regularmente oferece aos seus funcionários. A saúde bucal tem tido no desenvolvimento do modelo assistencial da Secretaria Municipal da

Saúde de Curitiba relevante atuação, participando ativamente de todas as discussões e inovações.

As equipes de saúde bucal entrevistadas mostraram-se bastante participativas no processo de educação em saúde. Como revelaram as falas dos entrevistados, todos os componentes da equipe de saúde bucal realizam atividades de educação em saúde, com ênfase na atuação dos THDs nas atividades educativas coletivas.

Evidencia-se que estes profissionais estão passando por um momento de transição entre a educação sanitária e a educação em saúde. Os processos educacionais em saúde, relativos a esses sujeitos participantes, embora, norteados pelo modo tradicional de conceber educação, estão direcionando-se para uma prática mais horizontal e participativa com os usuários. A ação educativa é um processo, e, como tal, exige um tempo para concretizar seu efeito, que deve ser conjunto entre os profissionais de saúde e população.

## 9 REFERÊNCIAS:

ABOPREV: **Promoção de Saúde Bucal**/ Coordenação Léo Kriger. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

ALMEIDA, E.; CHIORO, A.; ZIONL, F., in: WESTPHAL, M. **Gestão de serviços de saúde**: descentralização, municipalização do SUS. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface- Comunic Saúde Educ**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ALVES, E. D.; ARRATIA, A.; SILVA, D. M. G. Perspectiva histórica e conceitual da promoção da saúde. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 1 n. 2, p. 2 – 7 – Jul./dez. 1996.

BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao sistema único de saúde e o que esperamos dele. in:**Textos de apoio em políticas de saúde**. Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Cap.1. 240p. (Série Trabalho e Formação em Saúde).

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **1ª Conferência nacional de saúde bucal**: relatório final. Brasília, 1986. 11p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: 30/05/06.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **2ª Conferência nacional de saúde bucal**: relatório final. Brasília, 1990. 60p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: 30/05/06.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa da saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde**: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000 / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. 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: 16p. 2004 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil de competências profissionais do técnico em higiene dental e do auxiliar de consultório dentário**. Brasília, 2004 b. 24p.- Série A. Normas e Manuais Técnicos. p.13, 15, 20, 22. Brasil. Ministério da Secretaria de Atenção à Departamento de Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **3ª Conferência nacional de saúde bucal**: relatório final. Brasília, 2004 d. 148p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: 30/05/06.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES 3**. Brasília, 2002. Disponível em <http://www.portal.mec.gov.br/sesu/>. Acesso em: 13 nov.2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006 a . 60 p. (Série Pactos pela Saúde 2006 a, v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 b. 92 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17).

Briceño-Leon, R. **Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria**. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p. 7-30, jan.mar.1996.

CAMARGO, A.; et al. A construção da odontologia integral. *In*: CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Os dizeres da boca em Curitiba**. Rio de Janeiro, RJ: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e Prefeitura Municipal de Curitiba, 2002.

CARVALHO, A. C. P. **Educação e Saúde em Odontologia** – Ensino da Prática e Prática do Ensino. São Paulo, SP: Livraria Santos Editora Ltda., 1995.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Sistema de Cadastro. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por [lzabel.ferreira@ufpr.br](mailto:lzabel.ferreira@ufpr.br) em 16/08/2007. CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Informações em Saúde. **Protocolo integrado de atenção à saúde bucal**. Curitiba, 2004.

CUTOLO, L. R. A. **Estilo de Pensamento em Educação Médica – Um estudo do currículo do curso de graduação em Medicina da UFSC**. Tese de Doutorado – CED/USFC . Florianópolis, 2001.

CZERESNIA, D. O conceito de Saúde e a diferença entre Prevenção e Promoção. In. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DA ROS, M. A. **Estilo de pensamento em saúde pública**. Tese de Doutorado. CED/UFSC, Florianópolis, 2000.

DECLARATION of Alma-Ata. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE 1., 1978, URSS. Disponível em: <<http://www.who.int/en>>  
Acesso em: 21/11/2006

DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 40ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREITAS, S. F. T. de. **História social da cárie dentária**. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

GADOTTI, M.; FREIRE, P.; GUIMARÃES S. **Pedagogia: diálogo e conflito**. 3 ed. São Paulo:Cortez-Autores Associados, 1989.

GADOTTI, M. **Educação e poder**. 10.ed. São Paulo:Cortez: Autores Associados, 1991.

GARBIN, C. A. S; SALIBA, N. A.; MOIMAZ, S. A. S.; SANTOS, K. T. O papel das universidades na formação de profissionais. **Revista da ABENO**, São Paulo, v. 6, nº 1,p. 6-10, 2006.

GEVAERD, S.; GUGUISCH, E. Primórdios da odontologia no serviço público municipal de Curitiba. In: CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Os dizeres da boca em Curitiba**. Rio de Janeiro, RJ: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e Prefeitura Municipal de Curitiba, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.  
LEMOES, C. L. S. A implantação das Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação em Odontologia no Brasil: algumas reflexões. **Revista da ABENO**, São Paulo, v. 5, nº 1, p. 80-85, 2005.

LIBÂNEO, J. C. **A Prática Pedagógica De Professores Da Escola Pública**. São Paulo. 1984, 225p. Dissertação (Mestrado) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

LIBÂNEO, J. C. **Democratização da escola pública**. A pedagogia crítico social dos conteúdos. 2 ed. São Paulo: Loyola, 1985.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da educação**. São Paulo: Cortez, 1994.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, Z.C. A evolução da odontologia. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Guia Curricular para a Formação de Técnico em Higiene Dental para Atuar na Rede Básica do SUS**. Área Curricular I: Prevenindo e controlando o processo saúde-doença bucal. Brasília, 1994.

MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica; suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas**. Belo Horizonte, PUC – MG/ FINEP, 1984.

MENDES, E. V., MENDES, E. G. **Odontologia**: alguns aspectos da odontologia brasileira. Petrópolis, RJ: Editora Vozes Limitada, 1968.

MERHY, E. E. **O capitalismo e a saúde pública**: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo. 2 ed. Campinas, SP: Papyrus, 1987.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1992.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos**. Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MORITA, M. C. e KRIGER, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. **Revista da ABENO**, São Paulo, v. 4, nº 1, p. 17-21, 2004.

MOYSÉS, S. J.; GEVAERD, S. A superação do sistema incremental de atenção a escolares em Curitiba. In: CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Os dizeres da boca em Curitiba**. Rio de Janeiro, RJ: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e Prefeitura Municipal de Curitiba, 2002.

MOYSÉS, S. T.; et al. A formação e desenvolvimento da equipe de saúde bucal. *In*: CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Os dizeres da boca em Curitiba**. Rio de Janeiro, RJ: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e Prefeitura Municipal de Curitiba, 2002.

NARVAI, P.C. Recursos humanos para promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI. *in*: ABOPREV: **Promoção de Saúde Bucal**/ Coordenação Léo Kriger. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). Brasil. Ministério da Saúde. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Série Técnica: **Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. N.11. Brasília, 2006.

OPAS. **Carta de Ottawa**. Ottawa, 1986.

Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>

Acesso em 02/08/2007.

PARANÁ. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde bucal**. Disponível em:

[http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/areastematicas/epidemiologia/indicadores/saude\\_bucal\\_2003.pdf](http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/areastematicas/epidemiologia/indicadores/saude_bucal_2003.pdf)

Acesso em: out/2005.

PARANÁ. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde bucal**.

Disponível em:

<[http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/areastematicas/saude\\_bucal/index.htm](http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/areastematicas/saude_bucal/index.htm)>

Acesso em: 11/04/2007.

PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva**: planejando ações e promovendo Saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003.

**Projeto SB Brasil 2003**: condições de bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais / Ministério da Secretaria de Atenção à Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da 2004 c.

Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: 30/05/06.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1989.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Tradutora: Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

ROSEN, G. **Uma história de saúde pública**. Tradutor: Marcos Fernando da Silva Moreira. São Paulo: Hucitec; Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 1994.

SAMICO, A. H. R. **Esforço da História da Odontologia no Brasil: o ensino odontológico**. Rio de Janeiro, RJ: Conselho Federal de Odontologia, 1993.

SAÚDE bucal. **Jornal da Associação Brasileira de Odontologia (JABO)**, n. 88, p. 12-14, mar./abr. 2004.

Saupe, R. **Ensinando e aprendendo enfermagem – A transformação possível**- Tese de Doutorado- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1992.

SAVIANI, D. **Escola e democracia**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1984.

SILVA, J. P. V.; LIMA, J. C. Sistema único de saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. in: **Textos de apoio em políticas de saúde**. Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Cap2. 240p. (Série Trabalho e Formação em Saúde).

SOUZA, L. M. V.; et al. Programas especiais na secretaria municipal da saúde de Curitiba. *In*: CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Os dizeres da boca em Curitiba**. Rio de Janeiro, RJ: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e Prefeitura Municipal de Curitiba, 2002.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais. A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3ª edição ampliada. São Paulo: Hucitec, 1997.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. *In*: VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.

VASCONCELOS, E. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. *In*: VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.

WENDHAUSEN, A.; SAUPE, R. **Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família**. *Texto Contexto Enferm.* v.12, n.1, p. 17-25, jan, 2003.

## **APÊNDICE A**

### **ORIENTAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA**

1. Os sujeitos desta pesquisa serão os profissionais da equipe de saúde bucal (cirurgião-dentista, técnico em higiene dental, auxiliar de consultório dentário) das Unidades Programa Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba. O critério utilizado será o tempo de experiência no serviço público de saúde. Serão entrevistadas cinco equipes de saúde bucal com no máximo cinco anos de experiência no serviço público de saúde e cinco equipes de saúde bucal com no mínimo dez anos de experiência no serviço público de saúde. Sendo que cada equipe é composta de três profissionais, ao todo serão trinta profissionais entrevistados.
2. As equipes a serem entrevistadas serão convidadas mediante contato pessoal prévio com a mestrandia (entrevistadora). No dia da entrevista, a entrevistadora explicará a finalidade da visita, o objetivo da pesquisa e a importância da colaboração pessoal do entrevistado. Será explicado que o entrevistado deve sentir-se livre para interromper, pedir esclarecimentos ou fazer críticas a qualquer momento. Será explicado também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assegurando o anonimato do entrevistado e o sigilo das respostas. Se o entrevistado estiver de acordo será solicitado para que assine o mesmo.
3. Os dados serão coletados pela mestrandia, com dia e horário previamente combinados, através da entrevista semi-estruturada, individualmente e a sós, com os integrantes das equipes de saúde bucal em suas respectivas unidades de saúde, em horário de serviço, pessoalmente pela entrevistadora. As entrevistas serão transcritas e ou gravadas de acordo com o consentimento do entrevistado.

4. Será utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturada por pautas. As pautas com perguntas ordenadas e relacionadas entre si, permitem ao entrevistado responder livremente, ao mesmo tempo em que permite ao entrevistador reformular e aprofundar alguns pontos que julgar necessário. Segundo Gil (1999), a maneira de reproduzir com precisão as respostas do entrevistado é registrá-las durante a entrevista, mediante anotações ou com o uso do gravador. É recomendado dispor o roteiro da entrevista sobre a mesa e situá-lo na mesma linha visual do entrevistado, para poder observá-los sem grandes movimentos, centrando a atenção no informante. Devem ser utilizadas as mesmas palavras do entrevistado e evitar resumir ou parafrasear as respostas. Deve-se, também, anotar alguns aspectos e atitudes do entrevistado que possuam alguma significação útil.
  
5. A entrevista deve encerrar-se num clima de cordialidade, tanto por razões éticas como técnicas. O entrevistado deve ser tratado de forma respeitosa pelo entrevistador, sobretudo no encerramento da entrevista quando sua missão já está cumprida (GIL, 1999).

## **APÊNDICE B**

### **ROTEIRO PARA ENTREVISTA.**

#### Identificação:

1. Nome do entrevistado (ou codinome) e número da entrevista.
2. Data da entrevista.
3. Local da entrevista.
4. Sexo do entrevistado.
5. Nível de escolaridade.
6. Tempo de formação.
7. Pós-graduação.
8. Atualização.
9. Tempo de serviço público de saúde.
10. Profissão do entrevistado.
11. Depoimento do entrevistado: Fale sobre sua pessoa e sobre sua rotina de trabalho.

#### Roteiro:

1. Como você percebe a odontologia realizando educação em saúde?
2. Qual o seu preparo (graduação; pós-graduação; cursos; etc.) para realizar educação em saúde?
3. Quais práticas de educação em saúde são realizadas, pela equipe de saúde bucal, nesta Unidade de Saúde?
4. Quem realiza estas práticas?
5. Onde estas práticas são realizadas?
6. Com que frequência estas práticas são realizadas?
7. Descreva a realização destas práticas.
8. Qual a importância dessas práticas?

**APÊNDICE C****UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE E GESTÃO  
DO TRABALHO****TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS**

As abaixo assinadas, pelo presente 'Termo de Compromisso de Utilização de Dados', em conformidade com a Instrução Normativa nº 001/CEP/UNIVALI/2002, autoras do projeto de pesquisa intitulado "A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL E OS PROCESSOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE", comprometem-se em utilizar os dados coletados somente para fins deste projeto, destinados à elaboração da Dissertação do Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, e possível divulgação científica, através de Relatório, Resumo, Artigo, Livro ou Capítulo. Informamos também que as instituições foram previamente consultadas, concordando e propiciando as condições necessárias para a obtenção dos dados. Outrossim, comprometemo-nos a retornar os resultados da pesquisa às Instituições, apresentando-os aos seus representantes legais.

Itajaí, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

ROSITA SAUPE  
Orientadora

IZABEL DO ROCIO COSTA FERREIRA  
Mestranda

## APÊNDICE D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: A Equipe de Saúde Bucal e os Processos de Educação em Saúde.

Pesquisador Responsável: Izabel do Rocio Costa Ferreira

Telefone para contato: (41) 9974-7711

Orientadora: Professora Doutora Rosita Saupe

Telefone para contato: (47) 3341-7932 – UNIVALI

Este projeto pretende conhecer os processos educacionais em saúde desenvolvidos pelas equipes de saúde bucal, bem como, contribuir para que a odontologia atue nas ações de educação em saúde visando à emancipação do cidadão, para que este desenvolva maior controle sobre sua vida. Para isso estamos consultando profissionais das equipes da saúde bucal e consideramos da maior importância a sua participação. Esclarecemos que os dados serão coletados através de entrevistas individuais, transcritas e ou gravadas conforme consentimento do entrevistado, no período de agosto de 2006 a novembro de 2006, não havendo nenhum tipo de risco, prejuízo, desconforto ou possibilidade de que você venha a sofrer algum dano. No caso de você concordar em participar como voluntário estará contribuindo para aperfeiçoar os processos de educação em saúde na odontologia. A pesquisa será desenvolvida nas Unidades Programa Saúde da Família e nas Unidades Básicas de Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba. Esclarecemos que as informações que você prestar e sugestões que apresentar serão sigilosas e seu anonimato será preservado, bem como sua liberdade de retirar seu consentimento, em qualquer fase do estudo. Os dados serão usados somente para fins acadêmicos, como relatórios, trabalhos de conclusão de curso, artigos, livros, resumos. Os dados ficarão a sua disposição e o relatório final será entregue para a Coordenação de Saúde Bucal do Município.

Nome do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

#### CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios

decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do Sujeito ou

Responsável: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

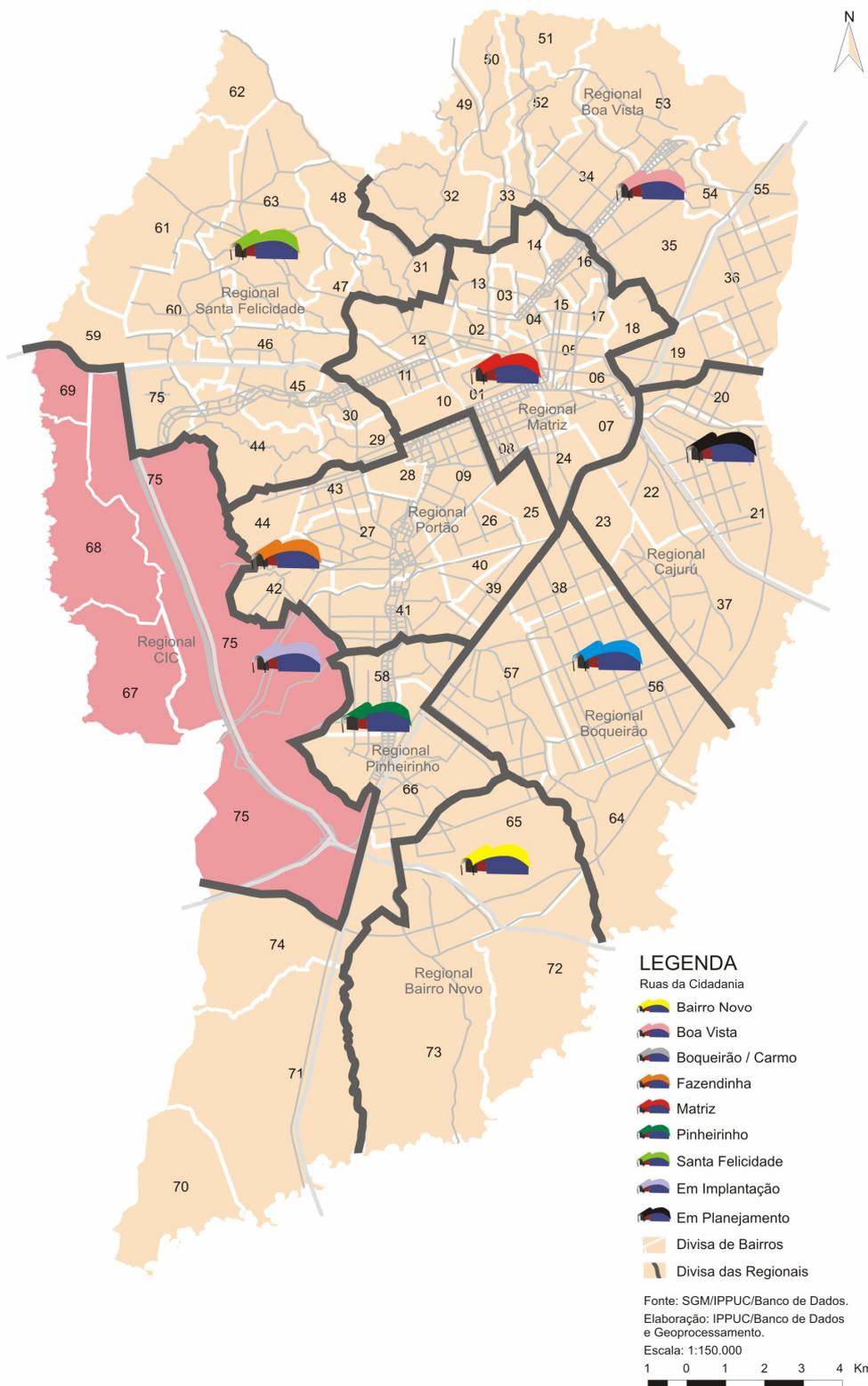
**ANEXO A: Administrações Regionais da Secretaria Municipal de Curitiba.**

# Administrações Regionais e Ruas da Cidadania de Curitiba - 2005

Decreto nº 665 de 29.03.2005

## BAIRROS

- 01 - Centro
- 02 - São Francisco
- 03 - Centro Cívico
- 04 - Alto da Glória
- 05 - Alto da Rua XV
- 06 - Cristo Rei
- 07 - Jardim Botânico
- 08 - Reboças
- 09 - Água Verde
- 10 - Batel
- 11 - Bigorrião
- 12 - Mercês
- 13 - Bom Retiro
- 14 - Ahú
- 15 - Juvevê
- 16 - Cabral
- 17 - Hugo Lange
- 18 - Jardim Social
- 19 - Tarumã
- 20 - Capão da Imbuia
- 21 - Caju
- 22 - Jardim das Américas
- 23 - Guabirota
- 24 - Prado Velho
- 25 - Parolim
- 26 - Guaíra
- 27 - Portão
- 28 - Vila Isabel
- 29 - Seminário
- 30 - Campina do Siqueira
- 31 - Vista Alegre
- 32 - Pilarzinho
- 33 - São Lourenço
- 34 - Boa Vista
- 35 - Bacacheri
- 36 - Bairro Alto
- 37 - Uberaba
- 38 - Hauer
- 39 - Fanny
- 40 - Lindóia
- 41 - Novo Mundo
- 42 - Fazendinha
- 43 - Santa Quitéria
- 44 - Campo Comprido
- 45 - Mossunguê
- 46 - Santo Inácio
- 47 - Cascatina
- 48 - São João
- 49 - Taboão
- 50 - Abranches
- 51 - Cachoeira
- 52 - Barreirinha
- 53 - Santa Cândida
- 54 - Tingui
- 55 - Atuba
- 56 - Boqueirão
- 57 - Xaxim
- 58 - Capão Raso
- 59 - Orleans
- 60 - São Braz
- 61 - Butiatuvinha
- 62 - Lamenha Pequena
- 63 - Santa Felicidade
- 64 - Alto Boqueirão
- 65 - Sítio Cercado
- 66 - Pinheirinho
- 67 - São Miguel
- 68 - Augusta
- 69 - Riveira
- 70 - Caximba
- 71 - Campo de Santana
- 72 - Ganchinho
- 73 - Umbará
- 74 - Tatuquara
- 75 - Cidade Industrial



IPPUC Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba - SIN - Banco de Dados

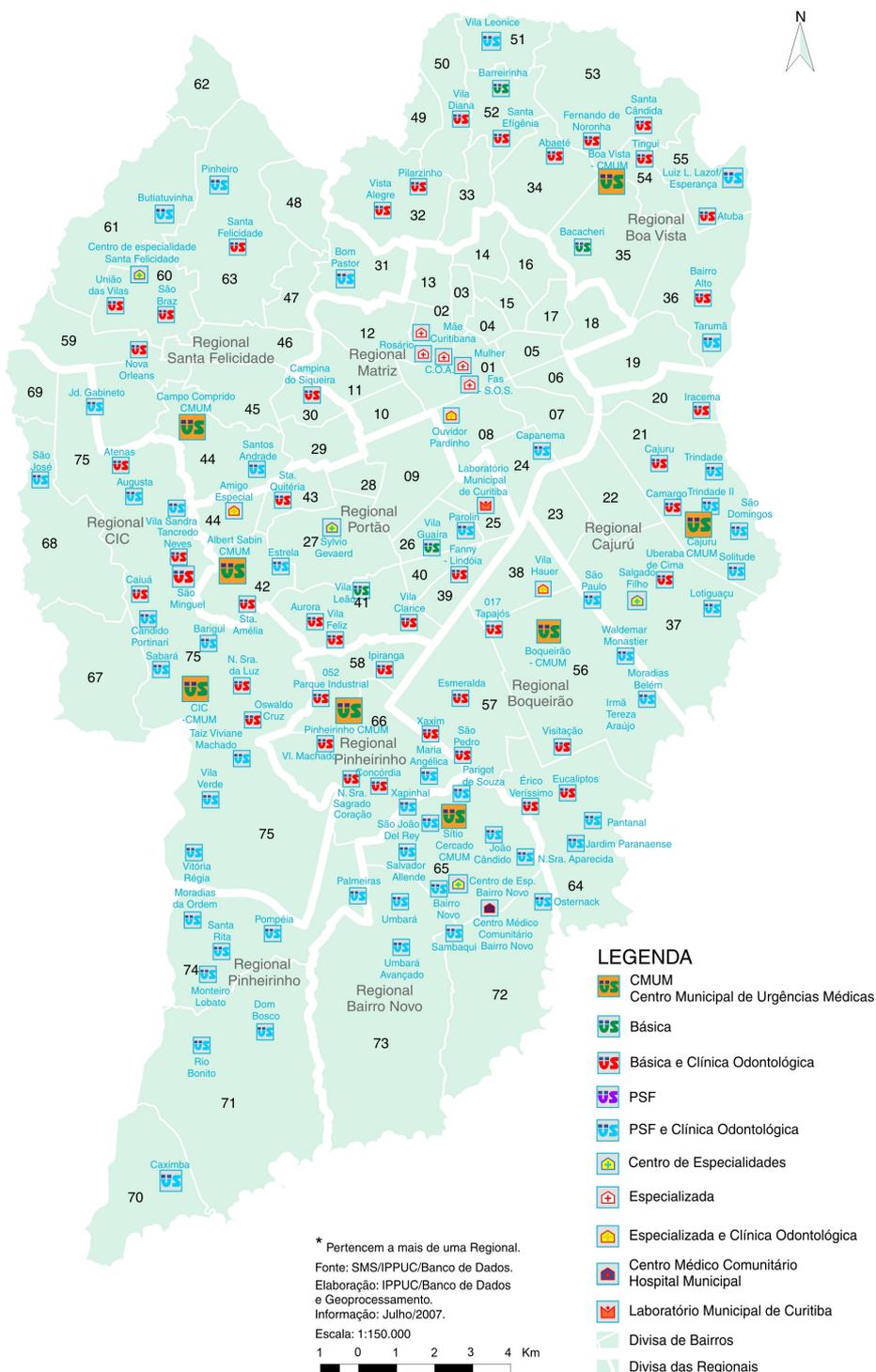
:: Rua Bom Jesus, 669 :: Cabral :: Curitiba :: Paraná :: CEP 80035-010 :: Fone (41) 250-1414 :: Fax (41) 254-8661 :: E-Mail [ippuc@ippuc.org.br](mailto:ippuc@ippuc.org.br) ::

**ANEXO B: Rede Municipal de Saúde de Curitiba-Pr.**

# Rede Municipal de Saúde de Curitiba - 2007

## BAIRROS

- 01 - Centro
- 02 - São Francisco
- 03 - Centro Cívico
- 04 - Alto da Glória
- 05 - Alto da Rua XV
- 06 - Cristo Rei
- 07 - Jardim Botânico
- 08 - Rebouças
- 09 - Água Verde
- 10 - Batel
- 11 - Bigorriño
- 12 - Mercês
- 13 - Bom Retiro
- 14 - Ahú
- 15 - Juvevê
- 16 - Cabral
- 17 - Hugo Lange
- 18 - Jardim Social
- 19 - Tarumã
- 20 - Capão da Imbuia
- 21 - Cajuuru
- 22 - Jardim das Américas
- 23 - Guabirota
- 24 - Prado Velho
- 25 - Parolim
- 26 - Guaíra
- 27 - Portão
- 28 - Vila Isabel
- 29 - Seminário
- 30 - Campina do Siqueira
- 31 - Vista Alegre
- 32 - Pilarzinho
- 33 - São Lourenço
- 34 - Boa Vista
- 35 - Bacacheri
- 36 - Bairro Alto
- 37 - Uberaba
- 38 - Hauer
- 39 - Fanny
- 40 - Lindóia
- 41 - Novo Mundo
- 42 - Fazendinha
- 43 - Santa Quitéria
- 44 - Campo Comprido\*
- 45 - Mossunguê
- 46 - Santo Inácio
- 47 - Cascatinha
- 48 - São João
- 49 - Taboão
- 50 - Abranches
- 51 - Cachoira
- 52 - Barreirinha
- 53 - Santa Cândida
- 54 - Tingui
- 55 - Atuba
- 56 - Boqueirão
- 57 - Xaxim
- 58 - Capão Raso
- 59 - Orleans
- 60 - São Braz
- 61 - Butiatuvinha
- 62 - Lamenha Pequena
- 63 - Santa Felicidade
- 64 - Alto Boqueirão
- 65 - Sítio Cercado
- 66 - Pinheirinho
- 67 - São Miguel
- 68 - Augusta
- 69 - Riviera
- 70 - Caximba
- 71 - Campo de Santana
- 72 - Ganchinho
- 73 - Umbará
- 74 - Tatuquara
- 75 - Cidade Industrial\*



IPPUC Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba - SIN - Banco de Dados

:: Rua Bom Jesus, 669 :: Cabral :: Curitiba :: Paraná :: CEP 80035-010 :: Fone (41) 3250-1414 :: Fax (41) 3254-8661 :: E-Mail ippuc@ippuc.org.br ::

**ANEXO C: Declaração de Concordância Institucional - Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-Pr.**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que a pesquisadora **Izabel do Rocio Costa Ferreira**, protocolou sob o número 35/2006, sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto Intitulado "A equipe de saúde bucal e os processos de educação em saúde".

O tema proposto no projeto, é de interesse desta Secretaria, sendo que, tão logo esteja aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição de Ensino, a execução do mesmo será autorizada, no período solicitado.

Obs: A presente declaração substitui temporariamente a assinatura da folha de rosto, até aprovação no Comitê de Ética da Univali.

Por ser verdade firmamos a presente,

Curitiba, 20 de abril de 2006.

**Erotildes Antunes Xavier  
Secretário Executivo CEP/SMS**

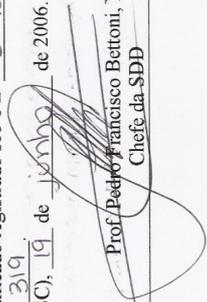
Erotildes Antunes Xavier  
Coord. Téc. Saúde - CES/GMS  
Apel. de RH - Mat. 85896

**ANEXO D: Certificado de aprovação do projeto pela Comissão de Ética da UNIVALI.**

 <p><b>UNIVALI</b></p>	<p>UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, EXTENSÃO E CULTURA</p>	<p><b>certificado</b></p>
<p>Certificamos que o projeto de pesquisa intitulado "A equipe de saúde bucal e os processos de educação em saúde.", da pesquisadora <b>Izabel do Rocio Costa Ferreira</b>, com a orientação da Profa Rosita Saube, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado através do parecer nº 114/2006 pela Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI.</p>		
<p><b>CAAE – 0002.0.085.223-06</b></p>	<p>Itajaí (SC), 19 de maio de 2006.</p>	
<p><b>Prof. Dr. Valdir Cechinel Filho</b> Pró-Reitor de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura</p>	 <p><b>Prof.ª Dr.ª Márcia Maria de Souza</b> Coordenadora da CEP/UNIVALI</p>	

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ**  
Pro-Reitoria de Ensino  
Departamento de Administração Discente  
Seção de Documentação e Diplomação

Certificado registrado sob o nº 8575, livro 34,  
folha 319,  
Itajaí(SC), 19 de junho de 2006.

  
Prof. Pedro Francisco Bettoni, MSc.  
Chefe da SDD