

Educação em saúde: análise e reflexão das práticas educativas na odontologia

Health education: analysis and reflexion on education practices in dentistry

Simone de Melo Costa*
João Felício Rodrigues Neto**
Sarah Jane Alves Durães***

Resumo: Na perspectiva de uma odontologia voltada para a promoção da saúde, a educação em saúde é uma atividade de suma importância. Propõe-se, por meio de uma revisão de literatura, a análise e reflexão das práticas educativas em saúde na odontologia. As práticas são influenciadas pelos modelos flexneriano e de produção social de saúde. O discurso dominante é ainda da unicausalidade embasada no biologismo, sendo assim, não contribui para diminuir as desigualdades em saúde. Diante deste fato, conclui-se que faz-se necessário promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde, considerando os determinantes sociais da saúde na abordagem educativa.

Palavras-chave: Educação em saúde, odontologia, saúde bucal.

Abstract: From the perspective of a dentistry focused on health promotion, health education is considered to be highly important. Through a reading review on the topic, this article proposes an analysis and reflexion on educational practices in health dentistry care. The present predominant point of view is still that one of a single cause based only on a biological matter. Such approach, therefore, does not contribute to diminish (social) inequalities in health care. It may be concluded, for this reason, that changes in present predominant dentistry care practices of the health service must occur if social determiners are to be considered when dealing with educational approach.

Key words: Health education, dentistry, oral health

* Professora assistente do Departamento de Odontologia da Unimontes, especialista em Saúde Pública, Bioética e Metodologia do Ensino Superior; *e-mail*: simonemelocosta@ig.com.br)

** Professor titular do curso de Medicina da Unimontes, Doutor em Medicina Interna e Terapêutica, UNIFESP.

*** Professora titular do Departamento de Ciências Sociais da Unimontes e Doutora em Educação pela PUC/SP.

No Brasil, a educação em saúde bucal surgiu nos serviços públicos em 1912, sendo que a implantação do programa de atenção odontológica, “Sistema Incremental”, que previa a educação em saúde, se deu em 1950, alcançando grande difusão em 1960. O Sistema Único de Saúde (SUS), em 1993, preconizou ações de educação em saúde como fundamentais para modificar o quadro epidemiológico das enfermidades da boca. Sendo assim, a articulação do setor educação com saúde foi proposto com o objetivo de definir ações educativas para a promoção da saúde da população. A norma do SUS trata da educação em saúde de forma limitada, apenas caracterizando como atividades educativas a respeito dos cuidados com a saúde bucal (Martins, 1998).

Na prática, observa-se que a educação em saúde não tem sido uma atividade simples de ser realizada. A odontologia carece de sistematização de estratégias educativas nas diretrizes do SUS.

Estudos e pesquisas têm sido desenvolvidos no Brasil na área de educação em saúde, entretanto, um dos problemas correntes da maioria desses estudos é que eles focalizam a quantificação das informações, enquanto minimizam as influências contextuais nestas informações (Dickson & Abegg, 2000). Portanto, torna-se necessário ampliar a visão sobre os aspectos que configuram a prática educativa em saúde bucal, para entender se a educação em saúde está atingindo o objetivo proposto.

A educação em saúde é uma das responsabilidades dos profissionais da equipe odontológica, exigência do SUS que seja praticada em escolas e centros de saúde públicos. É também atividade dos projetos de extensão universitário e Programas Saúde da Família. Além disso, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que tem como uma de suas propostas a formação dos trabalhadores de saúde no Brasil, para realização de ações populares de educação na saúde (educação popular em saúde) (Brasil, 2003). É importante saber por quê, para quê e para quem se destinam as atividades educativas em saúde bucal. Torna-se então re-

levante o desenvolvimento deste trabalho, pois o conhecimento das práticas educativas na odontologia contribuirá para a compreensão e reflexão acerca das estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde. Propõe-se, por meio de uma revisão literária, a análise e reflexão das práticas educativas em saúde bucal, na perspectiva dos modelos flexneriano e produção social da saúde.

Material e métodos

Para desenvolvimento deste artigo, foram utilizados artigos, livros científicos e documentos publicados no período entre 1985 a 2004. O estudo constou também de busca bibliográfica junto a Medline, base de dados BBO e BIREME/OPAS/OMS, base de dados Lilacs. Para a busca, foram utilizadas as palavras chave *educação, saúde bucal (ou saúde oral)*.

Resultados

Foram encontradas 81 referências na busca bibliográfica eletrônica, sendo 62 junto a Medline e 19 junto a BIREME; e mais 33 referências em publicações impressas, como livros e documentos. Os critérios adotados para seleção das referências foram: temáticas que enfatizavam a educação em saúde bucal proposta pelos profissionais de saúde aos usuários e trabalhos que objetivavam avaliar práticas educativas na saúde, principalmente na odontologia. Os resultados foram agrupados por temas: Educação em saúde e paradigmas da saúde, Educação em saúde na perspectiva do modelo flexneriano e Educação em saúde na perspectiva do modelo produção social da saúde.

Educação em saúde e paradigmas da saúde

Nos anos 60 e 70, do séc XX, quando as teorias do capital humano ganhavam prestígio internacionalmente, “a educação chegou a ser considerada a panacéia para quase todos os males sociais”. Explicava-se pobreza e desnutrição como ignorância das pessoas, e bastaria educá-las para transformar os seus hábitos

(Pinto, 1992:234). Mesmo na atualidade, autores indicam a educação como fator importante para saúde. São iníquas as desigualdades no campo da saúde, geradas pelas moradias sem higiene e educação insuficientes (Berlinguer, 2000). As desigualdades no campo da saúde bucal também são evidentes. A situação de saúde bucal da população brasileira com condições sócioeconômicas é ruim. Fatores como educação, renda, solidariedade coletiva, auto-estima são tão importantes quanto acesso ao tratamento (Dickson & Abegg, 2000). Precisamos de revolução na educação, pois é direito civil do indivíduo ter oportunidades e chances de se tornar alfabetizado no tocante à saúde (Sass, 2003).

As ações educativas na saúde objetivam melhorar o grau de saúde, permitindo melhor qualidade de vida. Visam mudança de comportamento que se faz necessário para a manutenção, aquisição e promoção de saúde (Pinto 1992; Petry & Pretto, 1999; Dickson & Abegg, 2000; Moysés & Watt, 2000; Pinto, 2000).

No Brasil, a educação em saúde foi reconhecida como um meio para melhorar as condições de saúde bucal das pessoas (Pinto 1992; Dickson & Abegg, 2000; Moyses & Watt, 2000; Pinto, 2000). Mas, apesar do grande impulso das ações preventivas nas últimas décadas, os desafios ainda são grandes (Martins, 1998; Cavalcanti & Rodrigues, 2002). A educação em saúde tem dois enfoques, tradicional e participativo, que se diferenciam sob o ponto de vista de quem deve ser educado, como e com qual finalidade (Martins, 1998). Os enfoques são influenciados pelos paradigmas flexneriano e produção social da saúde.

Para explicar a origem do modelo flexneriano, Mendes (1985), Marsiglia (1998) e Pessini & Barchifontaine (2000) afirmam que, para atender o sistema capitalista, tornava-se imperativo produzir mais em menos tempo, e a medicina foi chamada para estudar o rendimento do corpo humano. A preocupação principal da medicina passou a ser com o corpo, reconhecido política e socialmente como força de trabalho. Como consequência, o objeto hegemônico da

prática médica deslocou-se do coletivo para o individual. O paradigma flexneriano transformou a medicina e seus serviços numa mercadoria dentro da lógica do capitalismo. Este paradigma consolida-se através das recomendações do Relatório Flexner, em 1910, pela Fundação Carnegie, que tem como elementos estruturais: mecanicismo, biologismo, individualismo, especialização, exclusão de práticas alternativas, tecnificação do ato médico, ênfase na medicina curativa e concentração de recursos nos hospitais.

A odontologia absorveu o paradigma flexneriano (Frazão, 1998). Muitos profissionais aprenderam na faculdade que, para melhorar os níveis de saúde bucal das pessoas, era necessário fazer restaurações e próteses. A instrução era para esperar os danos aparecerem para iniciar o tratamento curativo das lesões (Weyne, 1999). As doenças se explicavam pela unicausalidade, pautada nos agentes etiológicos (Martins, 1998; Nunes, 1998; Sheiham & Moysés, 2000).

O modelo flexneriano fragmenta o homem e transforma a boca em apêndice de um organismo. Esta apreensão teórica não corresponde ao real. Favorece e reforça a prática utilitária em que partes do corpo eram oferecidas ao mercado como mercadoria a ser vendida ou comprada. Esse modelo exclui da odontologia (produção, organização e formas de trabalho) sua humanidade (o trabalho e as relações sociais) e sua historicidade. Não é a boca que constitui o objeto da odontologia, mas sim o homem, seu produto e produtor (Lyda, 1998).

A partir dos anos 60 e 70, do séc XX, o modelo flexneriano passa a ser questionado (Weyne, 1999; Dickson & Abegg, 2000; Moysés & Watt, 2000). No entanto, a odontologia nas últimas décadas se caracteriza como prática centrada na assistência individual, no ambiente clínico-cirúrgico; e que, opondo-se à hegemonia de mercado, propostas e ações vêm sendo implementadas no Brasil com o objetivo de impedir o predomínio da lógica de mercado na assistência odontológica (Frazão, 1998). Mas, apesar das

propostas implementadas, a política de saúde ainda se concentra na distribuição de assistência à doença, em vez de concentrar-se no desenvolvimento, na sustentação e melhoria da educação e competência para a saúde (Sass, 2003).

Diante da mudança do conceito de saúde como processo que pode melhorar ou deteriorar conforme a ação de uma sociedade sobre os fatores que lhes são determinantes, o modelo flexneriano torna-se limitado para atender a essa realidade; neste sentido surge novo paradigma, o da produção social da saúde, que se fundamenta na teoria da produção social (tudo o que existe é produto da ação humana na sociedade) (Mendes, 1996). Sendo assim, a doença tem caráter social (Nunes, 1998). A vida e a saúde resultam da construção social (Anjos, 2000). O novo paradigma propõe nova prática sanitária, que, da atenção médica, passa para a vigilância à saúde, a qual implica ação integral sobre os diferentes momentos ou dimensões do processo saúde-doença. A estratégia combina ações de promoção de saúde, prevenção das enfermidades e acidentes, e atenção curativa (Mendes, 1996).

Com a nova concepção de saúde, a partir de 1980, foi sendo definido em Conferências e Declarações o papel da Promoção de Saúde. Apesar do conceito de promoção de saúde ter surgido na literatura científica em 1936, sua ênfase política aparece na sua reintrodução em 1986, na 1ª Conferência Internacional de Promoção de Saúde, em Ottawa. Nessa conferência, a educação em saúde foi apontada como ação importante para promover saúde, juntamente com mudanças de políticas públicas, enfoque no ambiente e na ação comunitária (Moysés & Watt, 2000). Diante do exposto, pode-se afirmar que a promoção de saúde está emergindo como estratégia para o desenvolvimento de ações mais efetivas em saúde, englobando estratégias criativas e participativas (Moysés, 1999; Moysés & Watt, 2000). O novo paradigma permite que a odontologia estenda os compromissos éticos com a sociedade e com o social, possibilitando qualidade de vida para as pessoas. No

Brasil, na década de 90, séc. XX, é que se inicia a estruturação da odontologia de promoção de saúde, desta forma, os profissionais de saúde passam a ter um papel de maior importância nos espaços sociais, assumindo também o papel de educadores (Weyne, 1999).

Educação em saúde na perspectiva do modelo flexneriano

Muitas vezes, os profissionais de saúde atuam como intermediários de informações e de materiais educativos produzidos pelos órgãos oficiais, para a população. Mas as ações e informações reproduzidas nem sempre estão de acordo com a realidade onde atuam. Muitas vezes, as ações educativas não levam a uma melhoria imediata das condições de higiene da população, nem à modificação dos hábitos nocivos à saúde. Diante do pequeno ou nenhum resultado alcançado pelas ações educativas, os usuários dos serviços de saúde recebem a culpa pela sua apatia, ignorância, desinteresse e precárias condições de vida (Moysés & Watt, 2000). Tradicionalmente, a educação em saúde tem se baseado na transmissão de informações, que se colocam neutras e verdadeiras e se constituem em mensagens prontas, aplicáveis em todos os lugares e em todas as faixas etárias e camadas sociais (Martins, 1998).

A abordagem educativa adotada por muitos clínicos tem apresentado certas limitações. Geralmente, consideram os pacientes passivos, o foco é individualista, isola saúde bucal da saúde geral, não é voltada para as desigualdades em saúde bucal, centrada em informações na expectativa de mudanças, não alcança mudanças sustentáveis em saúde bucal, intervenções são freqüentemente desenhadas e avaliadas de forma inadequada (Moysés & Watt, 2000).

Os métodos de controle de comportamento, com explicação unicausal biológica para a doença são métodos de culpabilização das vítimas, que provocam vergonha ou medo nos portadores da doença. Não há preocupação com o indivíduo enquanto ser

social, que tem sua própria história, conforme suas condições de vida e que também é o maior interessado no processo educativo (Martins, 1998; Dickson & Abegg, 2000; Moysés & Watt, 2000; Sheiham & MOYSÉS, 2000). Essa abordagem comportamental, ou do estilo de vida, influencia a odontologia desde o início dos anos 1970, e considera os comportamentos individuais os determinantes da saúde (Dickson & Abegg, 2000). Ainda predomina como definição de saúde a ausência de doença. Conseqüentemente, os serviços de saúde têm como principal preocupação tratar os doentes para aliviar as conseqüências da doença. A explicação da doença enfatiza a perspectiva biológica, desconsiderando fatores sociopsicológicos, ambientais (estilo de vida) e fatores físicos que influenciam o processo saúde-doença (Dickson & Abegg, 2000; Moysés & Watt, 2000).

As práticas educativas baseadas na transmissão de informações, centradas no biologismo e na abordagem comportamental, que excluem os fatores sociais, correspondem à filosofia do modelo flexneriano.

Educação em saúde na perspectiva do modelo produção social da saúde

Na perspectiva do modelo de produção social da saúde, educar o paciente exige do profissional conhecimento científico, pois é necessário conhecer o contexto da doença (pessoal, familiar e social). Portanto, aspectos subjetivos como valores, atitudes e sentimentos devem ser considerados nas tomadas de decisões (Martins, 1998; Kriger & Moysés, 1999; Dickson & Abegg, 2000; Moysés & Watt, 2000).

Muitos modelos teóricos estão sendo construídos para planejar ações de promoção de saúde. No entanto, todos podem ser criticados, pela abordagem limitada de educação em saúde, focada na mudança de comportamento e que excluem os contextos social, político e ambiental da saúde. Modelos que oferecem pouca oportunidade para a participação comunitária. Educação em saúde pode tornar-se instrumento de formação para uma nova cultura políti-

ca de participação popular e de exercício de cidadania, de forma individual ou coletiva, na superação das desigualdades econômicas e sociais que restringem a melhoria nos padrões de saúde da população (Moysés & Watt, 2000).

O final do século XX trouxe questões sociais e éticas que propõem reflexão na Odontologia (Dickson & Abegg, 2000). Pode-se questionar se as doenças aparecem porque a população não sabe optar pela moradia, tipo de água, alimentação, etc, ou porque a população é marginalizada na sociedade; e que o desenvolvimento científico e tecnológico não beneficia toda a humanidade da mesma forma. Assim, saber não é suficiente para se modificar as formas de viver; é preciso ter condições para realizar a mudança (Martins, 1998; Dickson & Abegg, 2000; Moysés & Watt, 2000; Sheiham & MOYSÉS, 2000).

Rudolph Virchow, (citado por Dickson & Abegg, 2000:42), fundador da patologia celular, afirmou que todas as doenças têm causas patológica e política. Sendo assim, há necessidade de “revisar os problemas e soluções da saúde bucal, em termos de seu contexto político, econômico e social”.

A visão do todo transforma o profissional em promotor de saúde. A promoção de saúde, ao focar os determinantes da saúde (fatores socioeconômicos, ambientais, comportamentais) evita uma abordagem de culpabilização da vítima, entendendo o limitado controle que geralmente muitos indivíduos têm sobre sua saúde (Dickson & Abegg, 2000; Moysés & Watt, 2000). Portanto, para melhorar as condições de saúde e reduzir as desigualdades, faz-se necessário o envolvimento ativo do profissional de saúde em estratégias de promoção de saúde, tornando-se educador e promotor de saúde bucal (Weyne, 1999; Dickson & Abegg, 2000; Moysés & Watt, 2000).

A seguir, citaremos alguns estudos científicos realizados no Brasil que corroboram a necessidade de mudança na abordagem educativa dos indivíduos. Tamietti *et al.* (1998) realizaram estudo em escola

pública de Belo Horizonte, investigando o conhecimento e a percepção de adolescentes sobre temas ligados à saúde bucal. Concluiu-se que a amostra, apesar de receber educação em saúde bucal trimestralmente, não possui conhecimentos necessários para a manutenção da saúde bucal. Sugerem que os métodos tradicionais sejam substituídos por pedagogia participativa e desenvolvida a partir das representações sociais e que as ações de promoção em saúde sejam prioritárias nos serviços de saúde. Tomita *et al.* (2001) verificaram o impacto de métodos educativos dinâmicos e participativos em saúde bucal sobre a melhoria da higiene bucal, em escolas adolescentes de diferentes inserções sociais. Concluiu-se que programas educativos que aplicam metodologia participativa têm fundamental importância na mudança de hábitos de higiene bucal em adolescentes, independente de sua inserção social.

Os resultados encontrados nessas pesquisas confirmam as argumentações de Martins (1998), Dickson & Abegg (2000) e Moysés & Watt (2000), que a estratégia do desenvolvimento comunitário para a saúde bucal vai além da abordagem no comportamento individual, nos move para ações sociais. Isso reforça o que dizem Moysés & Watt (2000:18): “uma abordagem de promoção de saúde na educação em saúde evidencia o processo participativo que fornece habilidades aos sujeitos da educação, as quais os tornam capazes de tomar decisões saudáveis e controlar sua própria vida”. Para Dickson & Abegg (2000:58), “a aspiração dominante nos nossos tempos é o de desenvolvimento dos indivíduos, dos grupos, das comunidades e da sociedade como um todo”, aumentando consciência sobre os problemas e as possibilidades de solução.

A compreensão da educação e da saúde como práticas sociais implica compreensão da sociedade, para intervenção na mesma (Silva & Bordin, 1996; Dickson & Abegg, 2000; Moysés & Watt, 2000).

Discussão

A formação fragmentada, centrada nas partes isoladas da doença e dos doentes reflete em um profissional incapaz de entender saúde/doença como processo dinâmico. A análise unilateral e biologistica considera exclusivamente os fatores biológicos determinantes da doença, os quais não representam a integralidade dos fatores envolvidos (Kriger & Moysés, 1999).

A odontologia distanciou-se da integralidade e historicidade do indivíduo (Mendes, 1996; Moysés & Watt, 2000). O modelo flexneriano não leva em conta a equidade social, e os determinantes sociais, políticos, econômicos e educacionais de saúde (Dickson & Abegg, 2000). O Relatório Flexner reforçou a atenção médica individual e deu pouca ênfase aos aspectos preventivos e de promoção da saúde (Canesqui, 2000). O paradigma flexneriano é coerente com o conceito de saúde como ausência de doença (Weyne, 1999). O enfoque unicausal mostrou-se limitado para explicar a doença, ao enfatizar aspectos biológicos individuais, descuida-se da causalidade social da doença, produção e reprodução social (Nunes, 1998). Para Dickson & Abegg (2000), as práticas educativas na perspectiva do modelo flexneriano não têm contribuído para diminuir as desigualdades em saúde.

A odontologia evolui a partir de paradigmas científicos. De acordo com Kuhn, (citado por Kramer *et al.*, 1997:3) “a necessidade de superação de um paradigma está contida dentro do próprio modelo e se torna evidente na medida em que as limitações do modelo para atuar sobre a realidade se tornam cada vez mais evidentes”.

A crise da medicina flexneriana se deu pelos problemas de ineficiência, ineficácia e desigualdade (Mendes, 1996; Moysés & Watt, 2000). A prática odontológica no Brasil, de modo geral, é ineficaz,

ineficiente, de alto custo, baixa cobertura, alta complexidade, essencialmente mercantilista e predominantemente dirigida às atividades curativas (Narval, 1999).

A partir da crise do modelo flexneriano, surge o modelo produção social da saúde, que valoriza a educação em saúde como estratégia de promoção de saúde. Educação em saúde é medida adotada pela Saúde Pública com objetivo de atender às falências típicas do estado de saúde das populações desassistidas, mas no geral, ela tem sido elaborada de forma paternalista e autoritária, relegadas apenas ao plano informativo. “Nessas condições, ficam estabelecidas as relações mais amplas do processo de dominação, subordinação capazes de garantir a manutenção da estrutura social tradicionalista” (Chammé, 2000:276). Isto reforça o que dizem Martins (1998), Dickson & Abegg (2000), Moysés & Watt (2000) e Pinto (2000), programas educativos que só levam a informação e colocam o indivíduo como culpado por sua condição de doença falham porque não consideram os fatores sócioeconômicos .

Portanto, apesar da implantação da educação em saúde nas práticas de Saúde Pública, como proposta de promover saúde, a prática educativa continua tendo abordagem que reforça os elementos estruturais do modelo flexneriano. Minayo, (citado por Martins, 1998: 433) afirma que, na maioria das abordagens de educação em saúde, existe uma grande preocupação em descrever os micróbios, como eles invadem e agem em nossos corpos. “Na maioria das vezes, não se considera que através das dores do seu corpo, o ser humano fala de seu cotidiano e das marcas do grupo social ao qual pertence”. Donneys (1991) também critica a maioria dos programas de educação em saúde, afirmando que quase todos eles consideram apenas as causas biológicas da doença, desconsiderando suas características sociais. Neste sentido, a educação se utiliza somente dos conhecimentos científicos para tentar modificar a consciência e controlar o comportamento das pessoas. O discurso dominante ainda é da unicausalidade embasada

no biologismo. Procura-se resposta biológica para as causas sociais.

Infelizmente, a saúde pública tem optado por práticas educativas que enfocam mudanças de comportamento ou recriminam a vítima (Petry & Pretto, 1999; Dickson & Abegg, 2000). No nosso país há críticas de que as práticas educativas são instrumentos fracassados, de dominação da população devido às características autoritária e coercitiva, usando atitudes paternalistas para coaptar os indivíduos (Petry & Pretto, 1999). Dickson & Abegg (2000) esclarecem que Paulo Freire rotulou este processo de instrumento de opressão, já que ele molda a visão e atitudes dos outros, e mantém os pobres no seu lugar original. Os mesmos autores, Dickson & Abegg (2000:53) afirmam que, desde muito tempo, os estudos científicos em “epidemiologia bucal têm documentado que o status da saúde bucal é comprometido por ameaças auto-impostas”.

Para atender ao modelo produção social da saúde, as práticas educativas dominantes no sistema de saúde devem sofrer mudanças. Pensando em mudanças, surge a abordagem sócioambiental, a qual considera os determinantes sociais da saúde bucal. Essa abordagem é uma resposta às críticas da abordagem comportamental, que tinha intenção de “culpar as vítimas”(Dickson & Abegg, 2000). Para Silva & Bordin (1996), Martins (1998) , Dickson & Abegg (2000) e Feuerwerker (2002), a educação em saúde deve objetivar a socialização do saber científico e o reconhecimento social do saber popular; e não consistirá em um fluxo unidirecional de conhecimentos e conceitos.

Sendo assim, a abordagem de educação em saúde como forma de intervenção sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença parte de atividades que visem a conscientização dos indivíduos para ações de cidadania. Portanto, para que ocorra mudança das condições de saúde, é necessário que ocorram mudanças estruturais da sociedade, principalmente daquelas geradoras de exclusão social (Silva & Bordin, 1996). Dickson & Abegg (2000) fazem alusão

a Paulo Freire, dizendo que o mesmo faz um convite a examinar nossas abordagens relativas à educação, para observar se elas promovem a socialização das pessoas; pois, no processo, todos serão aprendizes em algum grau.

Infelizmente, as ações inovadoras de sistemas de saúde enfatizando prevenção e promoção de saúde são embrionárias e isoladas porque o modelo de Odontologia praticado ainda é predominantemente curativo (Kramer, 1997). A prática precisa mudar e isso exige mudanças no sujeito do trabalho odontológico (Narval, 1999).

Com vistas às mudanças necessárias para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando o papel da educação das pessoas como agente capaz de transformar a realidade e como componente indispensável para a promoção de saúde, faz-se necessário, a qualificação de recursos humanos na Odontologia (Feurwerker, 2002). De acordo com Muñoz & Almeida (1999), a responsabilidade para com a sociedade é conscientizar que as profissões de saúde não são mais tão-somente uma ciência, uma arte e uma profissão (meio de vida). O profissional de saúde é agente modificador e até gerador de valores sociais e tem influência política na comunidade em que vive. Responsabilidade para com a saúde individual e também com a saúde coletiva.,

Conclusão

Apesar de a educação em saúde ter sido considerada como parte do trabalho de profissionais de saúde, muitas vezes o processo de educação limita-se a dizer aos pacientes o que eles deveriam fazer, em lugar de conferir-lhes autoridade para tomar suas próprias decisões. As práticas educativas em saúde na odontologia são influenciadas pelos modelos flexneriano e de produção social da saúde. Profissionais de saúde influenciados pelo modelo flexneriano ignoram a série de fatores que interferem no comportamento humano e, assim, acreditam, erroneamente, que a condição de saúde bucal é primaria-

mente dependente das escolhas individuais, e que a informação em bases científicas e intervenções comportamentais resolverão os problemas de saúde. A abordagem restritiva e impositiva não resulta em mudanças de comportamentos desejáveis. Esta abordagem é predominante nos serviços, nos quais a promoção de saúde é oferecida pelos profissionais através de programas educativos e preventivos, em que os profissionais são os provedores, e os pacientes, os beneficiários. Isto faz com que a prática educativa em saúde funcione como instrumento de dominação da população. A abordagem educativa sócioambiental proposta pelo modelo de produção social da saúde considera os determinantes sociais da saúde. O trabalho passa a ser com as pessoas, em vez de ser sobre as pessoas, buscando a participação comunitária e considerando o contexto político e econômico, favorecendo ambientes para transformação. O processo educacional deve ser participativo, com análise crítica das realidades. Esse enfoque muda a atitude do profissional, que passa a ser o apoio a uma comunidade mais participativa, contribuindo para a superação da exclusão social. Diante deste fato, faz-se necessário promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde.

Referências bibliográficas

- ANJOS, M. F. Bioética nas desigualdades sociais. In: GARRAFA, V.; COSTA, S. I. F. (org.) *A bioética no século XXI*. Brasília: Universidade de Brasília, 2000.
- BARBOSA, M. I. S. A dimensão socio-cultural do processo saúde-doença: falando de raça. In: CANESQUI, A.M. (org.) *Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico*. São Paulo: HUCITEC/ FAPESP, 2000.
- BERLINGUER, G. Equidade, qualidade e bem-estar futuro. In: GARRAFA, V.; COSTA, S. I. F. (org.) *A bioética no século XXI*. Brasília: Universidade de Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde*. Mimeo, 2003. 50p

- CANESQUI, A.M. Ciências Sociais e saúde no ensino médico. In: _ *Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico*. São Paulo: HUCITEC/ FAPESP, 2000.
- CAVALCANTI, A.L.; RODRIGUES, B. C.; Avaliação do conhecimento dos pais sobre saúde bucal na primeira infância. *Revista CROMG*. v.8, n.2, abr/mai/jun.2002.
- CHAMMÉ, S. J. Intervenção Sanitária na Saúde e doença: o avanço das discussões. In: CANESQUI, A.M. (org.) *Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico*. São Paulo: HUCITEC/ FAPESP, 2000.
- DICKSON, M.; ABEGG, C. Desafios e oportunidades para a promoção de saúde bucal. In: BUISCHI, Y. P (coord.). *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2000.
- DONNEYS, M. E. C. Educacion para la salud: aspectos metodológicos. *Educ. Med Salud*, n.2, v.25,1991.
- FEURWERKER, L. *Além do discurso de Mudança na Educação Médica, processos e resultados*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- FRAZÃO, P. Tecnologias em saúde bucal coletiva. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. (org.) *Ciências Sociais e Saúde Bucal : questões e perspectivas*. Bauru, SP: EDUSC; São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1998.
- IYDA, M. Saúde bucal: uma prática social. In: BOTAZZO, C.; Freitas, S. F. T. (org.) *Ciências Sociais e Saúde Bucal: questões e perspectivas*. Bauru, SP: EDUSC; São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1998.
- KRIGER, L.; MOYSÉS, S. T. A filosofia de promoção de saúde na clínica privada. In: KRIGER, L (coord.). *Promoção de saúde bucal*. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999.
- KRAMER, P.L.; FELDENS, C. A.; ROMANO, A.R. *Promoção de saúde bucal em odontopediatria - diagnóstico, prevenção e tratamento da cárie oclusal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997.
- KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. 2 ed. São Paulo: Perspectiva, 1978 apud KRAMER, P.L.;
- FELDENS, C. A.; ROMANO, A.R. *Promoção de saúde bucal em odontopediatria _ diagnóstico, prevenção e tratamento da cárie oclusal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997.
- MARSIGLIA, R. M. G. Perspectivas para o ensino das ciências sociais na graduação odontológica. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. (org.) *Ciências Sociais e Saúde Bucal : questões e perspectivas*. Bauru, SP: EDUSC; São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1998.
- MARTINS, E. M. Educação em saúde bucal. In: *guia curricular para formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- MENDES, E. V. *A evolução Histórica da prática médica – suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas*. Belo Horizonte: Fundação Mariana Resende Costa, 1985, 124p.
- MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996, 298p.
- MINAYO, M. C. S. Na dor do corpo, o grito da vida. In: - *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis: Vozes-Abrasco, 1989 apud MARTINS, E. M. Educação em saúde bucal. In: *guia curricular para formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- MOYSÉS, S. J. O conceito de Promoção da Saúde na construção de Sistemas In: KRIGER, L (coord). *Promoção de saúde bucal*. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999.
- MOYSÉS, S. T. ; WATT, R. Promoção de Saúde Bucal – definições. In: BUISCHI, Y. P (coord.). *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2000.
- MUÑOZ, D. R.; ALMEIDA, M. Noções de responsabilidade em Bioética. In: SEGRE, M.; COHEN, C. (org.) *Bioética*. São Paulo: EDUSP, 1999.
- NARVAI, P. C. Recursos Humanos para Promoção de

Saúde Bucal . In: KRIGER, L (coord). *Promoção de saúde bucal*. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p. 449-463.

NUNES, E. D. A doença como processo social. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. (org.) *Ciências Sociais e Saúde Bucal : questões e perspectivas*. Bauru, SP: EDUSC; São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1998.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. Progresso Tecnocientífico, medicina e humanização. In: *Problemas atuais de Bioética*. São Paulo: Loyola, 2000. p 137-136.

PETRY, P. C.; PRETTO, S. M. Educação e motivação em saúde bucal In: KRIGER, L (coord.) e cols. *Promoção de saúde bucal*. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999.

PINTO, V. G. Educação em saúde. In : PINTO, V. G. et al. *Saúde bucal coletiva*. 3ed. São Paulo: Santos, 1992.

PINTO, V. G. Educação em saúde. In : PINTO, V. G. et al. *Saúde bucal coletiva*. 4 ed. São Paulo: Santos, 2000.

SASS, H. M. Promover a educação em saúde para enfrentar a doença e a vulnerabilidade. In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. (org.) *Bioética: poder e injustiça*. São

Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética / Centro Universitário São Camilo/ Loyola, 2003.

SHEIHAM, A ; MOYSÉS, S. T. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde. In: BUISCHI, Y. P (coord.). *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

SILVA, J. O.; BORDIN, R. Educação em Saúde. In: DUNCAN, B. B. ; SCHMIDT, M. I. ; GIUGLIANY, E. R. J. *Medicina Laboratorial: condutas clínicas em atenção primária*. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

TAMIETTI, M. B.; CASTILHO, L. S.; PAIXÃO, H. Educação em saúde bucal para adolescentes: inadequação de uma metodologia tradicional. *Arq. Odontol*. Belo Horizonte. 34 (1). pp 33-45. jan/jun. 1998.

TOMITA, N. E.; PERNAMBUCO, R. A.; LAURIS, J.R.P.; LOPES, E.S. Educação em saúde bucal para adolescentes: uso de métodos participativos. *Rev Fac. Odontol*. Bauru. 9 (1/2). pp 63-69 .jan / jun. 2001.

WEYNE, S. C. A construção do paradigma de promoção de saúde – um desafio para as novas gerações. In: KRIGER, L (coord) e cols. *Promoção de saúde bucal*. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999.