

UNIVERSIDADE TIRADENTES

THIRZA CAROLINE TEIXEIRA REIS

**A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA
PROMOVENDO QUALIDADE DE VIDA DO USUÁRIO
ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

ARACAJU/SE
2010.2

THIRZA CAROLINE TEIXEIRA REIS

A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA
PROMOVENDO QUALIDADE DE VIDA DO USUÁRIO
ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Trabalho de Conclusão Curso apresentado a
Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade
Tiradentes com parte dos requisitos para obtenção do
grau de bacharel em odontologia.

Orientadora: Simone Alves Garcez Guedes

ARACAJU/SE
2010.2

AUTORA: THIRZA CAROLINE TEIXEIRA REIS

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PROMOVENDO
QUALIDADE DE VIDA DO USUÁRIO ATRAVÉS DA
EDUCAÇÃO EM SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão Curso
apresentado a Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade Tiradentes
como requisito parcial para obtenção do
grau de bacharel em odontologia.

Aprovada em ____/____/____.
Banca Examinadora

Prof^a. Msc. Simone Alves Garcez Guedes
Orientadora/Presidente da Banca

1º Examinador
Prof^a. Msc. Mara Augusta Cardoso Barreto

2º Examinador
Prof^a. Msc. Jamile Bastos Pereira

“De tanto ver triunfar as nulidades, de tanto ver prosperar a desonra, de tanto ver crescer a injustiça, de tanto ver agigantarem-se os poderes nas mãos dos maus, o homem chega a desanimar-se da virtude, a rir-se da honra, a ter vergonha de ser honesto”.

(Rui Barbosa)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, por mais esta vitória que me concedeu o Dom da vida, estando presente todo tempo ao longo desta caminhada, ensinado-me a ser forte diante das dificuldades, colocando em meu caminho pessoas iluminadas.

A meus pais **Humberto Reis e Agda Regina**, que me ensinaram o valor do que realmente importa: o amor, a amizade, a dedicação, a perseverança, a dignidade, honestidade e respeito. Vocês são minha alegria e dedico-lhes a minha vitória, com a mais profunda gratidão e respeito. Amo muito vocês!

A vocês, meus irmãos **Tissiane e Humberto Filho**, companheiros e confiantes, que hoje sorriem orgulhosos ou choram emocionados. A vocês, que compartilharam os meus ideais, e me incentivaram a prosseguir na jornada, mostrando que meu caminho deveria ser seguido sem medo, fossem quais fossem os obstáculos. Agradecer parece tão pouco... O que realmente quero é comemorar juntos essa vitória!

Nem sempre é preciso falar, às vezes, basta estar ao lado, estar junto. A vocês, meus irmãos e meus pais que acompanharam minhas angústias e alegrias, que foram cúmplices de minhas decisões, que compartilharam comigo as decepções e as conquistas ao longo dessa trajetória. Obrigado por fazerem parte de minha vida. O amor que tenho por vocês faz a vida valer ainda mais a pena.

Agradecer é admitir que houve momentos em que se precisou de alguém. É reconhecer que o ser humano não possui o dom de ser auto-suficiente. Ninguém e

nada cresce por si só, sempre é preciso um olhar de apoio, uma palavra de incentivo, um gesto de compreensão, uma atitude de amor. Obrigada á vocês meus **amigos e parentes** pela compreensão nos momentos em que faltei e pelos momentos felizes divididos.

Aos **mestres** que mim acolheram com amor para dirigir ao saber. Frente a dúvidas e olhares questionadores, transmitiram um pouco de si e suscitaram em mim à crítica, os sonhos, as expectativas. A estes, que souberam respeitar e tirar proveito das diferenças e que, mais do que saber, multiplicaram suas experiências e conhecimentos, tal missão lhes é tão própria que os chamam merecidamente de mestres, em especial à minha orientadora **Simone Guedes** que me acolheu com carinho e paciência, muito obrigada!

Thirza Caroline Teixeira Reis

ARTIGO CIENTÍFICO

“A ESTRATÈGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PROMOVEDO QUALIDADE DE VIDA DO USUÁRIO ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA”.

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PROMOVENDO QUALIDADE DE VIDA DO USUÁRIO ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA

THIRZA CAROLINE TEIXEIRA REIS¹;
SIMONE ALVES GARCEZ GUEDES².

RESUMO

O Programa Saúde da Família se constitui numa estratégia de reorganização do modelo assistencial, estruturado a partir do fortalecimento da atenção à saúde, com ênfase na promoção da saúde, na integralidade da assistência, no tratamento do indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade. Tendo em vista o reportado nesta análise é importante entender que o atendimento odontológico precisa ser feito em uma perspectiva multi e interprofissional, uma vez que a boca não é uma área independente do organismo e, conseqüentemente, as doenças bucais não se esgotam necessariamente nela. É valiosa a informação ao paciente de que as doenças bucais ou a microbiota da cavidade bucal podem produzir doenças sistêmicas. Na perspectiva de mudança de paradigma clínico curativista, a proposta do Programa Saúde da Família (PSF) de ação preventiva e multiprofissional, com estratégias, como orientação e conscientização, com atividades educativas, resultando na redução das complicações da doença visando melhorias na qualidade de vida dos usuários contribuindo para que possam lutar pelos seus direitos como cidadãos, fazendo as escolhas que lhes sejam mais saudáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégias saúde da família, Educação em saúde, Qualidade de vida.

ABSTRACT

The Family Health Program is a strategy for reorganizing the health care model, structured from the strengthening of the attention to the health, with emphasis on health promotion, the completeness of assistance in treating the individual as a subject integrated into the family, household and the community. Given the analysis reported its important to understand that dental care needs to be done in a multi and cross, since the mouth is not a separate area of the body and, consequently, oral diseases are not necessarily deplete it . It is valuable information to the patient that oral diseases or microbiology of the oral cavity can produce systemic illnesses. From the perspective of clinical curative paradigm shift, the proposal of the Family Health Program (FHP) and preventive action multidisciplinary, with strategies such as orientation and awareness, with educational activities, resulting in the reduction of complications of the disease in order to improve the quality of life helping the users so they can fight for their rights as citizens, making the choices that appear to be healthier.

Keywords: Strategies for family health, health education, quality-of life.

1 INTRODUÇÃO

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) apresenta uma nova estratégia para reordenação do modelo assistencial da saúde: o Programa Saúde da Família (PSF). Este programa prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua. Atua com população adscrita, prestando atenção integral à saúde da família, dentro dos princípios do SUS e propõe resgatar o vínculo de co-responsabilidade entre os serviços e a população, favorecendo a prevenção das doenças e a cura, como também a valorização do papel das pessoas, das famílias e da comunidade na melhoria da qualidade de vida, das condições de saúde e de vida (BRASIL, 2002 b).

Assim a promoção da Saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma participação no controle desse processo. Neste sentido, incorpora na sua práxis, valores como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria que se constitui numa combinação de estratégias, envolvendo vários atores: Estado, comunidade, família e indivíduo (MACHADO, et al 2007).

Ainda segundo o autor, a promoção da saúde não constitui responsabilidade restrita do setor saúde, mas de uma integração entre os diversos setores do governo municipal, estadual e federal, os quais articulam políticas e ações que culminem com a melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços essenciais aos seres humanos.

A pretensão desta análise objetiva avaliar a efetividade das ações educativas em saúde desenvolvidas pelo Programa de Saúde da Família, como estratégia em promover qualidade de vida dos usuários.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL COMO ESTRATÉGIA PARA MUDANÇA NO MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE

Do SUS, emergem princípios básicos: acesso universal e igualitário às ações e serviços; participação comunitária; descentralização; rede regionalizada e hierarquizada, cujas ações de saúde devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda a princípios como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (MACHADO, et al 2007).

As equipes multiprofissionais que atuam na Unidade de Saúde da Família assumem a responsabilidade pelo acompanhamento permanente e sistemático de um número determinado de famílias que residem em um território delimitado. A adstrição de clientela possibilita o estabelecimento de vínculos de compromisso e coresponsabilidade entre equipes de saúde e comunidade, permite a caracterização do território e o conhecimento das condições de vida, aumentando a capacidade de respeito às necessidades básicas de saúde da população (AQUINO, et al 2003).

Atenção básica é definida pelo Ministério da Saúde (2008) como um conjunto de ações, individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltado para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Ela considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural

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.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi introduzido, no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1994, como proposta concebida dentro da vigência do Sistema Único de Saúde e teve como antecedente, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991, que já trabalhava tendo a família como unidade de ação programática. Com os bons resultados dos PACS, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil, buscou-se uma ampliação e uma maior resolutividade das ações e, a partir de janeiro de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes de Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010 a).

Pode-se afirmar, então, que o PACS é um antecessor do PSF, pois uma das variáveis importantes que o primeiro introduziu e que se relaciona diretamente com o segundo é que pela primeira vez há um enfoque na família e não no indivíduo dentro das práticas de saúde. O programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda. Além disso, outro diferenciador são as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica (VIANA; DAL POZ, 2005).

O Programa Saúde da Família, assim denominada a partir de documento expedido pelo Ministério da Saúde no ano de 1997, surge no cenário nacional e em especial para o setor saúde como uma proposta à descentralização e sobre tudo a reorganização do Modelo Assistencial do SUS, tendo como porta de entrada a Atenção Básica e a Atenção Primária de Saúde (BRASIL, 1997).

O PSF vem com propostas baseadas em conceitos como estabelecimento de vínculos; criação de laços de compromisso e responsabilidade entre profissionais da saúde e população; a família como objeto de atenção a partir de seu ambiente de vida. Trata-se de uma Estratégia e não de um Programa, porque possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, visando enfrentar e resolver problemas identificados.

Tratar-se de uma proposta substitutiva com dimensões técnica, política e administrativas inovadoras e sustentada no princípio da vigilância à saúde, na atuação inter e multidisciplinar e na responsabilidade integral sobre dada população residente em uma área de abrangência, coberta por equipe de saúde da família, vinculada a uma Unidade Básica de Saúde. É realmente um modelo substitutivo ao tradicional, assumindo o desafio do princípio da equidade e exigindo alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (BRASIL, 1997).

O PSF apresenta-se também como uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil, tendo em vista que o programa aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, no processo de descentralização histórica (SILVEIRA FILHO, 2003).

A Estratégia de Saúde da Família reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS, propondo, portanto, a reorganizar a prática assistencial da Atenção Básica a partir de novas bases em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura da doença e para o hospital. A base operacional desse novo sistema é a Unidade de Saúde da Família (USF) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010 a).

Ainda segundo o autor, é recomendável que a equipe de uma Unidade de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a estas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo. As atividades deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação.

A opção pelo Programa Saúde da Família (PSF) como elemento central na reorganização da atenção básica no SUS não tem sido consensual. Heimann *et al.* (2000), afirmam que o PSF é um programa essencialmente voltado para a extensão de cobertura da atenção e, não supera a hierarquização rígida entre os diversos ní-

veis de atenção, uma vez que a NOB (Norma Operacional Básica) não articula as mudanças propostas com a assistência hospitalar, que permaneceu intocada.

Na visão de Franco e Merhy (2010) a implantação do PSF por si só não significa que o modelo assistencial esteja sendo modificado e, ainda, que “a adesão ou a rejeição” ao Programa de Saúde da Família da forma que está estruturado pelo Ministério da Saúde não lhe dá a possibilidade de se tornar de fato um dispositivo para a mudança. Pois, é um programa paralelo que conduz a algumas armadilhas, entre elas, a de considerar à atenção básica-médica centrada como única forma de atuação realmente impactante, uma espécie de retificação do generalista.

2.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE- COMPONENTE FUNDAMENTAL NA CONSTRUÇÃO DO NOVO MODELO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA.

2.2.1 Educação em Saúde

É preciso entender que a educação e a saúde são campos do conhecimento que se inter-relacionam, se integram e se articulam, visando “promover transformações na vida das pessoas e conseqüentemente, na realidade de uma sociedade” (COSTA, FUSCELLA, 1999 p.45). A Educação em Saúde deve representar o espaço de prática e conhecimento que promova a relação entre a ação de saúde e o pensar e fazer do cotidiano da população (VASCONCELOS, 2001; SOPHIA, 2001).

Desta forma, as ações de Educação em Saúde encontram-se vinculadas ao exercício da cidadania na busca por melhores condições de vida e saúde da população principalmente quando perpassam todas as fases do atendimento, promovendo espaços de troca de informação, permitindo identificar as demandas de saúde dos (as) usuários (as) e as escolhas mais adequadas e diminuindo a distância habitual entre profissionais de saúde e a população (MATTOS, 2010).

Segundo Candeias (1997) educação em saúde pode ser entendida como “*quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes á saúde*”. Neste sentido, combinação significa a abordagem dos múltiplos determinantes dos comportamentos humanos, experiências e intervenções; delineamento diz respeito a processos cujas atividades são sistematicamente planejadas; facilitação e voluntariedade significam aceitação sem coerção e com plena compreensão dos objetivos educativos implícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas (BRASIL, 2008).

Assim, as ações de Educação em Saúde são norteadas por concepções pedagógicas que, dependendo da escolha, vão promover impactos diferentes nas ações desenvolvidas. Existem diferentes opções pedagógicas, entre estas, duas são diametralmente opostas nos seus resultados: a **pedagogia da transmissão** e a **pedagogia da problematização** (BORDENAVE, 1983).

Ao se realizar ações educativas na perspectiva da **pedagogia da transmissão**, também conhecida como “educação bancária”, o (a) profissional de saúde, “detentor (a) do saber”, deposita informações descontextualizadas da realidade local. Nesta pedagogia o mais importante é a transmissão de informações sem que haja uma interação entre profissional de saúde – usuário (a), evidenciando-se como resultado a passividade, a falta de atitude crítica e de postura reflexiva diante dos problemas, com o distanciamento entre a teoria e a prática. A simples transferência de conhecimento oferecida por métodos não reflexivos evidencia a superficialidade e a baixa assimilação de conhecimentos, e com isso, maior dificuldade para promover “o desenvolvimento baseado na transformação de estruturas, no crescimento pleno das pessoas e sua participação ativa no processo de mudança, evolução” (BORDENAVE, 1983, p.3).

Outra perspectiva da Educação em Saúde é a que utiliza a **pedagogia da problematização** que incorpora a democratização do saber com o reconhecimento e a valorização do saber do outro, a transmissão de informações e a construção compartilhada de novos saberes, potencializando o protagonismo das pessoas e dos coletivos sociais, favorecendo, assim, a conquista de melhor qualidade de vida. Através das atividades de Educação em Saúde que priorizem as relações dialógicas e o encontro das pessoas, esse resultado pode ser obtido, contribuindo para a forma-

ção de uma consciência sanitária crítica e possibilitando o pleno exercício da cidadania (MUSA, 1999).

Esta é uma das formas de se atingir a produção social em saúde por oferecer condições para o indivíduo se entender como “sujeito” do seu processo de saúde-doença, participativo na condução da vida da comunidade e não passivo – “paciente” - e alienado das suas condições de vida, bem como para reforçar a vinculação com a unidade de saúde e com os (as) profissionais de saúde, impactando de forma positiva na saúde da comunidade. É importante que a atuação dos (das) profissionais de saúde considere as necessidades da população, trazendo respostas que sejam de fato efetivas. (COSTA e FUSCELLA, 1999).

Ainda segundo os autores, desta forma, a prática da Educação em Saúde requer uma reflexão inserida no contexto da pedagogia que a repense de forma dialógica, envolvendo não só os (as) usuários (as), mas também os (as) profissionais da saúde e que caminhe em direção a um objetivo comum aos sujeitos envolvidos neste processo, onde a simplificação do saber seja peça importante para que haja multiplicação de ações. Como afirma Fortes (1998, apud PEREIRA et al, 2000,p.43) “[...] a educação em saúde deve ter como pressuposto básico o respeito à dignidade humana, valor essencial para a coesão social e harmonização dos interesses individuais e coletivos.”

Na busca da saúde de forma integral, a Educação em Saúde tem um significado muito importante por colaborar na reorientação das práticas e saberes dos (das) profissionais, trazendo como resultado a melhoria na qualidade do atendimento e o fortalecimento dos sujeitos. Entretanto, freqüentemente observamos que a atuação de profissionais apenas reproduz ações educativas verticalizadas na perspectiva da pedagogia da transmissão com ações prescritivas, individualistas, autoritárias e disciplinadoras de condutas (PEDROSA, 2003). Esta afirmação de Pedrosa confirma o quanto é atual a análise histórica de Oshiro (1988) das práticas de Educação em Saúde no Brasil:

[...] as práticas que compõem o conjunto de ações em saúde de caráter educativo, quando analisadas historicamente, revelam a presença do projeto hegemônico da medicina nas práticas de saúde. Constitui-se, portanto, como um conjunto de práticas autoritárias, normalizadoras e disciplinadoras de condutas, ficando o corpo, to-

mado como 'indivíduo biológico', subordinado às ações médicas [a exemplo das palestras, conhecido recurso técnico utilizado por profissionais de saúde como prática educativa do PFJ] (Oshiro, 1988 apud VARGAS, SIQUEIRA, 1999, p.72).

Novamente, observa-se a importância das instâncias formadoras dos (das) profissionais de saúde para a formação de recursos humanos capacitados para a realização da Educação em saúde e adequados às novas demandas que o SUS requer: “profissionais capazes de atender às necessidades da população, de realizar trabalho em equipe, de comunicar-se” (FEUERWERKER *et al*, 2000,p.37).

A prática da Educação em Saúde existe, com maior ou menor limite, em todas as relações terapêuticas e/ou que envolvam saúde. Um atendimento individual pode e deve ser um momento de rico aprendizado mútuo. É nos grupos, entretanto, que há condições mais propícias ao seu desenvolvimento, como a maior disponibilidade para a apreensão e debate de informações e a troca de experiências entre os participantes. A atividade de grupo representa “uma oportunidade singular de repor a questão saúde no espaço coletivo, aprofundar aprendizados, fortalecer vínculos, propor abordagens lúdicas, dimensões ainda pouco valorizadas no contexto assistencial” (ASSIS, 2001, p. 37), principalmente quando é realizada na perspectiva do desenvolvimento da cidadania, através de práticas pedagógicas que busquem na essência das suas ações a melhoria da qualidade de vida e a promoção do homem (MERCHÁN-HAMANN, 1999; SCHALL, STRUCHINER, 1999).

2.2.2 Qualidade de vida

A expressão Qualidade de vida ligada à saúde (QVLS) é definida por Auquier *et al.*,(1997) *como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial.* Martin e Stockler, (1998) sugerem que qualidade de vida seja definida em termos da distância entre expectativas individuais e a realidade (apud MINAYO, 2000).

A versão inglesa do conceito de health-related quality of life (HRQL), em Gianchello (1996), é similar: é o valor atribuído à duração da vida quando modificada

pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções. Sendo utilizado nessa conotação, o HRQL indicará também se o estado de saúde medido ou estimado é relativamente desejável (Gold et al., 1996). Para esses autores, os conceitos fundamentais de HRQL seriam igualmente a percepção da saúde, as funções sociais, psicológicas e físicas, bem como os danos a elas relacionados.

Mostrando a extrema variabilidade do conceito, a revisão de Ann Bowling (1991) sobre as escalas de qualidade de vida relacionadas com saúde inclui medidas de capacidade funcional, do estado de saúde, de bem estar psicológico, de redes de apoio social, de satisfação e estado de ânimo do paciente. Em geral, de forma implícita ou explícita, toda medida repousa sobre teorias que guiam a seleção de procedimentos de mensuração. Auquier et al., (1997) consideram que três correntes orientam a construção dos instrumentos hoje disponíveis: o *funcionalismo*, que define um estado normal para certa idade e função social e seu desvio, ou morbidade, caracterizado por indicadores individuais de capacidade de execução de atividades; a *teoria do bem-estar*, que explora as reações subjetivas das experiências de vida, buscando a competência do indivíduo para minimizar, sofrimentos e aumentar a satisfação pessoal e de seu entorno e a *teoria da utilidade*, de base econômica, que pressupõe a escolha dos indivíduos ao compararem um determinado estado de saúde a outro.

Em relação ao campo de aplicação, as medidas podem ser classificadas como genéricas, se usam questionário de base populacional sem especificar patologias, sendo mais apropriadas a estudos epidemiológicos, planejamentos e avaliação do sistema de saúde. Um desses instrumentos foi desenvolvido pela OMS que recentemente criou o Grupo de Qualidade de Vida, the WHOGOL Group (1995), e definiu o termo como a *percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*. Assim, o instrumento desenvolvido por esse organismo internacional em estudo multicêntrico baseia-se nos pressupostos de que qualidade de vida é uma construção subjetiva (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composta por elementos positivos (por exemplo, mobilidade) e negativos (dor) (MINAYO, 2000).

Ainda segundo o autor o grupo desenvolveu, até o momento, dois instrumentos gerais de medida de qualidade de vida: WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref. O primeiro consta de 100 questões que avaliam seis domínios: a) físico, b) psicológicos, c) de independência, d) relações sociais, e) meio ambiente e f) espiritualidade/crenças pessoais. O segundo instrumento é uma versão abreviada, com 26 questões, extraídas do anterior, entre as que obtiveram os melhores desempenhos psicrométricos, cobrindo quatro domínios: a) físicos, b) psicológicos, c) relações sociais e d) meio ambiente. A versão em português- inclusive dos questionários- está disponível no Brasil, no Grupo de Estudos sobre Qualidade de Vida, do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio grande de Sul e no Hospital das Clínicas do Paraná.

O tema qualidade de vida é tratado sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do senso comum, seja do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas. No âmbito da saúde, quando visto no sentido ampliado, ele se apóia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante.

Quando vista de forma mais focalizada, qualidade de vida em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Isso porque, em geral, os profissionais atuam no âmbito em que podem influenciar diretamente, isto é, aliviando a dor, o mal-estar e as doenças, intervindo sobre os agravos que podem gerar dependências e desconfortos, seja para evitá-los, seja minorando conseqüências dos mesmos ou das intervenções realizadas para diagnosticá-los ou tratá-los (MINAYO, 2000).

2.3 EFETIVIDADE DAS AÇÕES EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

No PSF, as atividades educativas em grupo são ferramentas de trabalho da Equipe, permitindo prestar assistência específica a várias pessoas com necessida-

des semelhantes, ao mesmo tempo, fazendo com que este seja mais bem aproveitado. Nesse sentido, gravidez, e morbidades como hipertensão e diabetes, são, constantemente, motivos para a realização de grupos, que objetivam o resgate de uma vida saudável, mesmo na convivência com essas morbidades, através do autocuidado para a promoção, manutenção e recuperação da saúde, na perspectiva de construção da cidadania e melhoria da qualidade de vida (SOUZA, 2003).

Fritzem (1995) afirma que os grupos influenciam a maneira pela qual aprendemos, ou seja, aprendemos de maneira mais rápida e melhor, permitindo que grande parte das nossas crenças, atitudes e sentimentos seja adquirida nos grupos, de tal forma que, muitas vezes, ao nos integrarmos, há mudanças nos trabalhos, hábitos e objetivos. Munari e Zago (1997, p. 359) completam, afirmando que *“através do grupo, o homem pode desenvolver habilidades nas suas relações pessoais, realizar tarefas, aprender e mudar seu comportamento divertir-se, oferecer e receber ajuda.”*

O Ministério da Saúde (2000) reforça que as atividades educativas (pelas quais as gestantes constituem o foco do processo de aprendizagem) a serem realizadas em grupo ou individualmente devem conter uma linguagem clara e compreensível, a fim de promover orientações gerais sobre os cuidados na gestação, alterações fisiológicas e emocionais, cuidados com o recém-nascido, amamentação e planejamento familiar, assim como envolver o pai, respeitando a cultura e o saber popular para facilitar a participação ativa no parto.

Moscovici (1996) refere que a técnica de dinâmica grupal para aprendizagem favorece a comunicação entre os participantes no sentido da troca, comparação e discussão de experiências, fazendo com que, nessa troca de ajuda aos outros, o indivíduo receba ajuda com a mesma intensidade.

Com a publicação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marca-se uma ruptura conceitual com os princípios até então norteadores da política de saúde das mulheres e as prioridades nessa área, na medida em que propõe ações voltadas a sua integridade, equidade e abordagem global em todas as fases do seu ciclo vital (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a).

Conforme foi sendo organizada a atenção à saúde da mulher, houve a elaboração de políticas públicas prioritárias e de manuais para a padronização de condutas dos profissionais de saúde. A política de humanização do atendimento culminou com a elaboração do Manual sobre atenção ao Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001 a).

Segundo o Ministério da Saúde (2001), esse Manual descreve a gravidez e o parto como eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres, como experiência humana extremamente significativa e enriquecedora. Propõe a individualidade no atendimento e a introdução dos conceitos de humanização nos serviços, permitindo ao profissional de saúde estabelecer maior vínculo afetivo; estimula a formação da consciência crítica e a autonomia do seu próprio corpo com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido. Reconhece que a mulher é ativa no seu processo de gestar e parir e não apenas coadjuvante de sua própria experiência.

O Ministério da Saúde (2000) reforça que as atividades educativas (pelas quais as gestantes constituem o foco do processo de aprendizagem) a serem realizadas em grupo ou individualmente devem conter uma linguagem clara e compreensível, a fim de promover orientações gerais sobre os cuidados na gestação, alterações fisiológicas e emocionais, cuidados com o recém-nascido, amamentação e planejamento familiar, assim como envolver o pai, respeitando a cultura e o saber popular para facilitar a participação ativa no parto.

A promoção à saúde no pré-natal ocorre quando possibilitamos à mulher conhecimento sobre seu corpo e compreensão das alterações ocorridas, atuando de forma mais consciente e positiva no seu gestar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 a).

Em 2002 o Ministério da Saúde implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus com o objetivo de estabelecer diretrizes e metas para reorganizar a atenção a estes grupos de agravos no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da atualização dos profissionais de saúde, implementação de protocolos de assistência, distribuição de medicamentos, vinculação do paciente as unidades básicas e ampliação de atendimento resolutivo (TORRES, 2007).

Nas atividades educativas desenvolvidas nos grupos de hipertensos, as mudanças de hábitos são constantemente propostas pela equipe do PSF, no momento da troca de informações, pois atividades como: alimentação, atividade física, lazer e manutenção da cultura, muitas vezes, caem na rotina e acabam sendo deixadas de lado e, a partir daí, essas atividades são reorientadas, conforme a necessidade de cada participante. (SOUZA, 2003).

Uma estratégia utilizada é a realização de orientações e esclarecimentos em grupos de hipertensos para estimular mudanças nos hábitos de vida, além de proporcionar o atendimento de um maior número de pacientes, promover a socialização, troca de experiências e apoio mútuo entre os participantes. Os profissionais das unidades de saúde também devem estar à disposição para esclarecer possíveis dúvidas e dar determinadas orientações a respeito do assunto (Menezes, 2010).

Os cuidados priorizados aos hipertensos é orientada pela Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS (NOAS-SUS 01/2001), que estabelece como responsabilidade dos municípios, as ações estratégicas de saúde, entre elas, o controle da hipertensão arterial (MENEZES, 2010).

Ainda segundo o autor, a hipertensão arterial pode ser definida como a elevação da pressão arterial acima de limites considerados normais, sendo este um quadro sindrômico o qual leva a alterações hemodinâmicas, tróficas e metabólicas. De acordo com o critério atual para o diagnóstico da hipertensão arterial, imposto pela Sociedade Brasileira de Hipertensão [SBH], é considerado hipertensão índices pressóricos maiores ou iguais a 140/90mmHg.

Além de constituir uma situação clínica de alta prevalência, a hipertensão arterial sistêmica é considerada um dos principais fatores de risco cardiovascular. A hipertensão é uma doença praticamente assintomática, cerca de 50% desconhecem ser hipertensos e, dentre os que sabem ser, apenas 50% estão sob tratamento, o que leva a hipertensão a ser uma morbidade de alto custo social em nosso meio, responsável pela aposentadoria precoce e absenteísmo ao trabalho de cerca de 40% dos casos, aumentando o número de internações e gastos com a saúde. Portanto, essa morbidade repercute seriamente na vida do indivíduo, na sua família e na sociedade. (BRASIL, 2001b).

Como um plano de intervenções estruturadas a educação em diabetes visa fornecer ao indivíduo conhecimentos, atitudes e habilidades necessárias para: o desempenho do autogerenciamento dos cuidados da doença no controle das crises (hipoglicemia; hiperglicemia) e para a mudança de comportamento, especialmente, dentro das áreas de nutrição e atividade física. (TORRES, 2007). De forma complementar Mensing *et al* (2000) assinalam que, a educação em *Diabetes* tem envolvido equipes multidisciplinares nas atividades educativas nos centros de saúde, ambulatórios e hospitais, reforçando os princípios da aprendizagem para um comportamento saudável.

Portanto, é necessário que a equipe multidisciplinar tenha o mesmo objetivo para amenizar e prevenir as complicações que podem surgir na gestação e devido às doenças hipertensão e diabetes, oferecendo assim melhor qualidade de vida aos portadores. Contudo, ressalta-se que as políticas nacionais em saúde necessitam priorizar as ações educativas, tendo no Programa Saúde da Família um lócus favorável e que possibilita incentivar os usuários na buscas saudáveis de hábitos de vida que resultem numa qualidade de vida excelente para todos (HASHIMOTO, 2009).

2.4 MÉTODOS EDUCATIVOS - PREVENTIVOS UTILIZADOS EM PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL

O nível de conhecimento da população, sobre saúde bucal é um dado importante para o planejamento e a avaliação das ações de saúde bucal, embora por si só, o conhecimento não garante mudança de comportamento duradouro, sabe-se que medidas mais amplas envolvendo mudanças no ambiente social são fundamentais. A educação em saúde é o processo pelo qual as pessoas ganham conhecimento, se conscientizam e desenvolvem habilidades necessárias para alcançá-las e representa estratégia fundamental no processo de formação de comportamentos, que promovam ou mantenham boa saúde (MOYSÉS; WATT, 2000).

A inserção de ações de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família foi regulamentada em dezembro de 2001 e representou a possibilidade de criar um es-

paço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para própria atuação da Saúde Bucal no âmbito dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Foi lançado em janeiro de 2004, o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, que embasou a política conhecida como Brasil Sorridente. O impacto dessa ação pode ser observado no aumento do número de equipes de Saúde Bucal no PSF, de 4.261 em dezembro de 2002 para 17.349 em agosto de 2008. A cobertura populacional oscilou de 15,2% para 44% em igual período, e após 20 anos de SUS, 4.857 dos 5.564 municípios brasileiros dispunham de equipes de Saúde Bucal (MANFREDINE, 2009).

Até o lançamento do Brasil Sorridente apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos feito no SUS correspondiam a tratamentos especializados. A quase totalidade era de procedimentos mais simples, como extração dentária, restauração, pequenas cirurgias, aplicação de flúor. Nesse sentido, a Política Brasil Sorridente propõe garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população, através do Programa de Saúde da Família, hoje, Estratégia de Saúde da Família e, ampliação e qualificação da Atenção Especializada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010 b).

A partir de outubro de 2009, segundo portaria ministerial Portaria 2.372 /GM, de 07 de outubro de 2009, o Ministério da Saúde fornecerá consultórios odontológicos completos aos municípios na implantação das equipes de saúde bucal, o que antes só era fornecido para a implantação de Equipes de Saúde Bucal tipo II (DOU, 2009).

Atualmente, existem dois tipos de Equipes de Saúde Bucal: tipo I, composta por Cirurgião Dentista (CD) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e, tipo II, com Cirurgião Dentista (CD), Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e Técnico em Saúde Bucal (TSB) (SILVEIRA FILHO, 2003).

Nos Centros de Especialidades Odontológicas são oferecidos tratamentos de continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB). Os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendi-

mento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas casos mais complexos: tratamento endodôntico, atendimento a portadores de necessidades especiais, periodontia, cirurgia oral menor, diagnóstico bucal, com ênfase ao diagnóstico de câncer bucal, além de outras especialidades a serem definidas localmente. Até julho de 2008, foram implantados 675 CEOs em todo país. Diante da demanda pelo serviço reabilitador protético e na perspectiva da assistência integral em Saúde Bucal, o Ministério da Saúde tem apoiado, também, a implantação de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), onde até julho de 2008 eram em um total de 315 no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010 c).

Nos veículos de divulgação do governo a Saúde Bucal começou a ocupar, então, lugar de destaque. A logomarca Brasil Sorridente espelha a alegria em sorrir na perspectiva do direito. Vendeu com sucesso a proposta da política que visa a ampliar o acesso e melhorar as condições de Saúde Bucal da população brasileira, onde se configurou como a primeira política efetiva de governo na área de Saúde Bucal dentro do SUS (BARTOLE, 2010).

Uma importante característica das doenças bucais é que medidas simples e de baixo custo de promoção e manutenção de saúde já estão disponíveis, porém, requerem estratégias sociais e políticas que assegurem sua aceitação, implementação e efetividade. Ela deve ser mobilizada para que desempenhe um papel mais ativo na promoção de saúde, desde a avaliação de suas necessidades reais até o desenho de programas de saúde apropriados para suas condições. Concomitantemente, o indivíduo tem que assumir responsabilidade sobre sua própria saúde, através do desempenho de auto-cuidados e do auto-diagnóstico das doenças que afetam os dentes (BUISCHI, 1996).

Segundo Arnett e Worley (1999), sabendo-se que o principal fator etiológico tanto da cárie dental quanto da doença periodontal é o biofilme bacteriano, a qualidade de higiene bucal realizado pelo paciente assume um papel extremamente importante. A remoção mecânica do biofilme, mediante escovação dentária adequada associada ao uso de fio dental, ainda é considerada o principal, mais efetivo, acessível e difundido meio de prevenção das doenças bucais. Assim sendo, devem ser elaborados programas preventivos que estimulem o controle mecânico do biofilme bacteriano, respeitando-se, entre outros aspectos, a faixa etária e as condições sócio-econômicas.

Para o controle da doença cárie, sabe-se que é necessário o exercício de um conjunto de todas as medidas que visam diminuir a atividade cariosa do paciente. Neste sentido, vários estudos vêm sendo realizados utilizando diferentes métodos educativos, como utilização de recursos audiovisuais, orientação direta, evidencição de biofilme bacteriano, teatro, robô e palestras, com o intuito de promover maior impacto no processo educativo-motivacional, em diferentes faixas etárias (SANTOS et al., 2002).

Entende-se que a parte mais importante, no controle da doença periodontal e da cárie, é a motivação e a instrução do paciente quanto aos métodos de controle do biofilme bacteriano, transmitindo conhecimentos odontológicos, com o que ficará psicologicamente motivado. Afirmam que o somatório dos diversos mecanismos de motivação (atlas ilustrados, livros, projeções de slides e de filmes apresentados em vídeo cassete), pode resultar em mudança de comportamento do paciente em relação à prevenção das doenças bucais, embora também registrem que os conhecimentos passados, se não forem constantemente estimulados, não perduram a longo prazo. Enfatizam também que o profissional deve fazer, da motivação, uma constante nas suas atividades com os pacientes a fim de que sejam levados a incorporar definitivamente hábitos ideais de higiene bucal (COUTO; COUTO; DUARTE, 2003).

Segundo Pinto (2000), quando se enfatiza a educação em saúde bucal é importante saber a quem educar, ter bem claro os limites de influência e as dificuldades do processo educativo, uma vez que a sistemática educativa varia de acordo com o indivíduo ou a população alvo a atingir. Faz-se a educação em saúde por meio de entrevista pessoal, palestras em geral com utilização de quadro negro, álbuns seriados, slides, dramatizações entre outros. O importante é que haja contato freqüente entre os componentes da equipe de saúde e o indivíduo ou grupo assistido a fim de que se estabeleça uma confiança mútua e o processo de comunicação aconteça com êxito.

A segunda Conferência Nacional de Saúde Bucal e o Ministério da Saúde enfatizam que a educação em saúde deve ser desenvolvida nos diferentes espaços sociais (centros comunitários, igrejas, associações de moradores, escolas, fábricas, dentre outros), expandindo as atividades para além das paredes da unidade, característica importante no PSF. Apesar da possibilidade de atuação em diversos espaços, em nosso estudo o mais utilizado é a escola, com pouca referência a outros ambientes na comunidade (ALMEIDA, 2003).

De acordo com Freeman (1999), uma das maiores dificuldades da odontologia preventiva é despertar o interesse e a cooperação do paciente para a prática e manutenção de adequada higiene bucal, suas crenças, conceitos e atitudes, determinar o seu comportamento frente às medidas de promoção de saúde bucal. Por isso, eles deverão ser cuidadosamente analisados, principalmente quando se quer mudança de hábitos. Frente a isso, projetos baseados na educação e motivação do paciente têm sido reconhecidos como parte importante no tratamento preventivo, os quais estimularão a mudança de comportamento do indivíduo, tornando-o parte ativa e fundamental no sucesso do tratamento odontológico e responsável pela sua própria saúde.

Para Barreto (2002), os brinquedos, jogos e atividades criativas podem facilitar o estabelecimento de vínculos e contatos, sendo importante que o profissional e sua equipe os utilizem desde os primeiros encontros com o paciente e sua família e que o lúdico pode ser utilizado em diversas situações, principalmente em odontopediatria, inclusive no auxílio da motivação da promoção de saúde.

Segundo Bastos, Peres e Ramires (2003), a seleção dos métodos a serem utilizados está na dependência direta da faixa etária, da condição socioeconômica, do local e do assunto a ser abordado. Os recursos indicados para a educação são: palavra falada, onde o educador terá comunicação direta com o público por meio de palestras, conferências, mesas redondas ou individualmente; da palavra escrita sob a forma de imprensa, folhetos, encartes, distribuídos pessoalmente ou via correios, sendo indicado mais para adultos; recursos audiovisuais, como filmes, multimídia e slides que podem ser utilizados para todas as faixas etárias a partir de dois anos de idade; por meio de comunicação de massa, rádio, impressa e televisão; exposição de cartazes e murais; outdoors (visual); teatro e outras formas de dramatização.

Segundo Almeida (2003), a orientação de higiene bucal consiste em orientações verbais sobre como escovar os dentes e como usar o fio dental, sendo o macromodelo utilizado como instrumento auxiliar de demonstração, ainda segundo o autor a utilização do flúor gel emergiu fortemente no movimento preventivista, perpetuado-se até os momentos atuais, em que se evidencia um modelo reestruturador voltado para a família.

Wanderley, Nosé e Corrêa (2005) relataram que atualmente existe um grande interesse na educação para a saúde bucal, e que a odontologia voltada para a “promoção de saúde” é de fundamental importância, pois visa mudanças de comporta-

mento necessárias à aquisição e manutenção da saúde. A educação é um dos pontos mais altos que se tem dentro do quadro de prevenção. Os pacientes e seus responsáveis devem estar conscientes de suas necessidades e responsabilidades na manutenção da saúde.

Ainda segundo os autores, para conseguir que os indivíduos aprendam a manter a saúde bucal, não basta somente transmitir os conhecimentos sobre a doença e como evitá-la, precisa despertar o interesse, criar a vontade de aprender e desencadear as ações indispensáveis para a conquista dos resultados desejados, criar e desenvolver condições internas favoráveis para que dediquem o melhor do seu tempo e de seu esforço.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações expostas à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) podem ser consideradas uma nova ordem social no âmbito da saúde, baseada nos princípios da universalidade e igualdade, e organizado sob as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. A educação em saúde no âmbito dos serviços é essencial para a melhoria da saúde individual e coletiva. É necessário retomar a educação em saúde como uma prática central para o processo de produção de saúde entendido como estratégia para a autonomia dos sujeitos e coletividades. A educação em saúde ganha uma dimensão desvinculada da doença e da prescrição de normas, quando passa a ser considerada como uma das estratégias básicas para a promoção da saúde nos moldes da integralidade inclui políticas públicas, ambientes apropriados para além dos tratamentos clínicos e curativos, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, envolvidas na melhora da qualidade de vida e na promoção do homem.

Como processo político pedagógico a educação em saúde, requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo sua autonomia e emancipação enquanto sujeito capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e da coletividade contribuindo para o seu bem-estar promovendo assim qualidade de vida.

Nas últimas décadas, a Odontologia vem se dedicando para cumprir o seu papel de promoção de saúde, apontando a pertinência da agregação de novas práticas que venham enriquecer e aperfeiçoar seu arsenal de ações preventivas e terapêuticas de forma complementar e ou coadjuvante. Para tanto, essas práticas, quais sejam as propostas pela estratégia do PSF e identificadas conceitualmente e na prática multiprofissional com os fundamentos que consideram o organismo como um todo, relacionando as alterações bucais ao mesmo tempo como causa e efeito de outros problemas orgânicos, devem ser consideradas de importante valor resolutivo. O Cirurgião-Dentista não deve esquecer que é um profissional da área da saúde. Não tem que olhar só a boca, tem que se considerar uma importante peça para a saúde do indivíduo. Valorizando seu trabalho, sempre colocando a Saúde Bucal como um fator importante na promoção da saúde e na qualidade de vida das pessoas.

SOBRE AS AUTORAS

Thirza Caroline Teixeira Reis, graduanda (2010/2) do curso de Odontologia da Universidade Tiradentes; thirzacaroline@hotmail.com.br

Simone Alves Garcez Guedes mestre em Saúde e Ambiente Professora responsável pelas disciplinas Odontologia Social e Preventiva II, Saúde Bucal e Coletiva II do curso de Odontologia da Unit/SE; simoneguedes@yahoo.com.br

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. M. A; FERREIRA, M. A. F. **Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e coletivo.** Caderno Saúde Pública vol. 24, nº 9, Rio de Janeiro, Setembro, 2008.

AQUINO, R. G. P; MEDINA, M.G; VILAS BÔAS, A.L; BARQUEIRO, C.C. D; NUNES, C.A; CAPUTO, M.C; FORTOURA, M. S.; PEREIRA, M. S.L; TÔRRES, T.C, **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família.** Pólo de capaci-

tação, formação e educação permanente para a Saúde da Família. (Série Cadernos Técnico). Salvador: vol. 2, p.183 2003.

ARNETT, G. M., WORLEY, M. C. The treatment motivation survey: defining patient motivation for treatment . Am **J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 115, p.233-8, 1999.

ASSIS, M. **Uma Nova Sensibilidade nas Práticas de Saúde**. In VASCONCELOS, E. M. (org). **A Saúde nas palavras e nos gestos**. Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde. São Paulo: HUCITEC. p.37.2001.

BARRETO, R. A. **O lúdico em odontopediatria**: Contribuições psicológicas. In: CORREA, M.S.N.P. Sucesso no atendimento odontopediátrico: Aspectos psicológicos. São Paulo: Santos, p.233-319, 2002.

BARTOLE, Monique da C. S. **Da boca cheia de Dentes ao Brasil Sorridente**: uma análise retórica da formulação da Política Nacional de Saúde Bucal. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah>>. Acesso em:04 out. 2010.

BASTOS, J. R. M; PERES, S. H. C; RAMIRES, J. Educação para a saúde. In: Pereira. A.C. et al.**Odontologia em saúde coletiva: Planejando ações e promovendo saúde**. Editora Artmed, Porto Alegre, cap.6, p.117-139, 2003.

BORDENAVE, J.D, **Alguns Fatores Metodológicos**, mimeo, PS, Brasília, 1983, p.3. Texto traduzido e adaptado do artigo 'La Transferencia de Tecnología Apropriada al Pequeño Agricultor(Bordenave, J.E.D. *Revista Interamericana de Educação de Adultos*, v. 3, n. 1-2 – PRDE-OEA) por Maria Thereza Grandi, OPAS, Brasília, 1983, para a Capacitação Pedagógica do Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio em Saúde (Projeto Largo Escala). Disponível em <[http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T5 .pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T5.pdf) > acesso em 15 de setembro de 2010.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Coordenação de Saúde da Comunidade, Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde,p.36, 1997.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Pré-Natal**: normas e manuais técnicos. 3 ed. Brasília: secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada á mulher.** Brasília, 2001 a.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Hipertensão Arterial Sistêmica: HAS e Diabetes Mellitus:** DM: Cadernos de Atenção Básica. Brasília, DF, p. 94, 2001 b.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília, 2002 a.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Política de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infanti**// Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2002 b.

_____, Ministério da Saúde. **Bases para a Educação em Saúde nos Serviços,** 2008.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Saúde da Família- PSF.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br/cnsb> Acesso em: 24 setembro de 2010 a.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Brasil Sorridente.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19578>. Acesso em: 5 de nov. 2010 b.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coordenação Nacional de Saúde Bucal.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/cnsb>>. Acesso em: 04 novembro. 2010 c.

CONFERENCIA NACIONAL DE SAUDE BUCAL. 2004. Brasília. **3ª Conferencia Nacional de Saúde Bucal:** acesso e qualidade superando a exclusão social. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 148 p., 2005.

Portaria 2.372 /GM, de 07de outubro de 2009. Cria fornecimento de equipamentos odontológicos para as equipes da saúde da família na estratégia de saúde da família. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, 07 de out. 2009.

BUISCHI, Y. P. Aspectos básicos de promoção de saúde In: Todescan, F.F; Botelho, M. A. **Atualização na clinica odontológica: A prática da clinica geral.** São Paulo: Artes médicas, p.613-625, 1996.

COSTA, I. C.C, FUSCELA, M. A. P. Educação e Saúde: Importância **Da Integração Dessas Práticas Na Simplificação Do Saber, Ação Coletiva**, vol. II (3), jul / set, p.45,1999.

COUTO, F.L; COUTO, R. da S.;DUARTE, C. A. **A importância da comunicação na motivação de pacientes. RGO**, v.51, n.5, p. 401-6, nov./dez. 2003.

FREEMAN, R. Strategies for motivating the non-compliant patient. **Br Dent J**, v.187 n.6, p.307-12,1999.

FRITZEN, S. J. **Exercícios Práticos de Dinâmica de Grupo**. Petrópolis: Vozes, p. 22. v.2, 1995.

FEUERWERKER et al, Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/ problemas da comunidade, **Divulgação em Saúde para Depate**.n.22, p.37,Rio de Janeiro, dezembro, 2000.

FRANCO, T.B; MEHRY, E. PSF: **Contradições e novos desafios**. Disponível em: <<http://datasus.gov.br/cns>> Acesso em 13 de Setembro de 2010.

HASHIMOTO, I.K; HADDAD, M. C. **Níveis Glicêmicos de diabéticos**. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 10, n. 2, p.18-26, jun.2009.

HEIMANN, L.S; CORTIZO, C. T; CASTRO, I. E. N; ROCHA, J.L; NASCIMENTO, P. R; BOARETTO, R.C; PESSOTO, U. C; JUNQUEIRA V. **Descentralização do Sistema Único de saúde: Trilhando a autonomia municipal**. São Paulo: Sociedade Brasileira de vigilância de Medicamentos, 22p. , 2000.

MACHADO, M. F. A.S; MONTEIRO, E. M. L.M; QUEIROZ, D.T; VIEIRA, N. F.C; BARROSO, M. G. T. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas o SUS- uma revisão conceitual**, 2007.

MANFREDINE, M. A. O SUS fez bem a saúde bucal dos brasileiros? **Jornal Informativo do Conselho Regional de Odontologia de Sergipe**. Sergipe, 07 de jun.

2009. Disponível em: <http://www.abo.org.br/jornal/116/brasil2.php>. Acesso em: 18 de novembro de 2010.

MATTOS, J. V. com consultoria de Diana Valadares, Olinda do Carmo Luiz e Jorge Kayano, **Atenção à Saúde da Mulher**, in *PÓLIS Dicas- Desenvolvimento Social*, n. 176, 2001, disponível no site <http://www.polis.org.br/publicações> acesso em 31 de agosto de 2010.

MERCHÁN-HAMANN, E. **Os ensinamentos da educação para a saúde na prevenção de HIV-Aids: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral**. *CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA*, v 15, suplemento 2 ,p.85-92, Editora Fiocruz, 1999.

MENEZES, A. G.P; GOBBI, D. **Educação em Saúde e Programa Saúde da Família atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos**, O mundo da Saúde, São Paulo, v.1, p. 97-102. 2010.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**, 2000.

MOYSÉS, S.T; WATT, R. Promoção de saúde bucal-Definições. In. BUISCHI, Y. P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. Cap.1, p.3-22.São Paulo: Artes Médicas, 2000.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento Interpessoal, José Olímpio**, José Olímpio, Rio de Janeiro, 5 ed. 1996.

MUNARI, D. B.; ZAGO, M. M. F. **Grupos de apoio/suporte e grupos de ajuda: aspectos conceituais e operacionais, semelhanças e diferenças**. *Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.359, 1997.

MUSA, **Manual de educação popular em saúde da mulher**. Belo Horizonte: 2 ed p.12, 1999.

PEDROSA, J. I. **É preciso repensar a Educação em Saúde sob a perspectiva da participação popular**, *RADIS comunicação em saúde*, nº 13, ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ. Setembro de 2003.

PEREIRA, A.C. e col. **Odontologia em saúde coletiva: Planejando ações e promovendo saúde.** Porto Alegre: Editora Artmed, p 28-47, 2003.

PEREIRA, J. M. T. B. et al, **Promoção da Saúde e Educação em Saúde: uma parceria saudável.** O Mundo da Saúde, São Paulo, SP, ano 24, v.24, n.1, jan / fev p.43. 2000.

SANTOS, P. A. dos; RODRIGUES, J. de A. GARCIA, P. P. N. S; CORONA, S. A. M. Educação e motivação: Impacto de diferentes métodos sobre o aprendizado infantil. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.5, n.26, p.310-315, jul/ago. 2002.

SILVEIRA FILHO, A.D. Ministério da Saúde. **A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática.** Brasília: Divisão Nacional de Saúde Bucal, 8 f, 2003.

SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. **Educação em saúde: novas perspectivas.** Cadernos de Saúde Pública, v 15, suplemento 2, Editora Fiocruz, p.4.1999.

SOPHIA, D. **Os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.** *Tema, RADIS*, nº 21, nov/dez, p.4-5. 2001.

SOUZA, R. C; POMATTI, D. M. **Boletim da Saúde.** n. 5, Porto Alegre, v.1, p. 149, 2003.

TORRES, H.C; ABURACHID, D. F.F. **Oficinas Educativas de Educação em Saúde: uma estratégia educativa no controle dos Diabéticos Millitus,** *Revista Diabete's Clínica* v. 2, p. 177-184, 2007.

VARGAS, E. P.; SIQUEIRA, V. H. F. Art. **Sexualidade e corpo: o olhar do sujeito através das imagens em vídeo.** Cadernos de Saúde Pública, v 15, suplemento 2, p.69-83, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz: 1999.

VASCONCELOS, E. M. **Redefinindo as Práticas de Saúde a Partir da Educação Popular nos Serviços de Saúde,** In *A Saúde nas Palavras e nos Gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde.*p.11-21, São Paulo, SP: HUCITEC, 2001.

VIANA, A. L. D; DAL POZ M. R. **A Reforma do sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família**. Rio de Janeiro: Saúde Coletiva, p.225-164, 2005.

WANDERLEY, M. T. NOSÉ, C.C; CORRÊA, M. S. N. P. Educação e Motivação na promoção da Saúde Bucal. In: CORREIA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo, Livraria Santos Editora, cap.19, 2ª edição, p.439-58, 2005.