



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



**FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA-FESF-SUS
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ-FIOCRUZ-BA**

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA FESFSUS-FIOCRUZ**

CAROLINA FRANCO DE AZEVEDO

**Grupo de escovação dental supervisionada na Unidade de Saúde
da Família Parque das Mangabas, Camaçari/BA-Relato de
experiência.**

Camaçari-BA-Brasil

2017

CAROLINA FRANCO DE AZEVEDO

Grupo de escovação dental supervisionada na Unidade de Saúde da Família Parque das Mangabas, Camaçari/BA-Relato de experiência.

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Residência Multiprofissional em Saúde da Família - da Fundação Estatal Saude da Família - FESF-SUS e da Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ-BA como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Anny Everson Belas Hayvanon.

Co-orientadora: Vanessa Estrela.

Camaçari-BA-Brasil

2017

A minha família pelo amor, confiança e
incentivo, minha eterna gratidão.

Agradecimentos

A Deus por me guiar nesta caminhada e por me dar forças para não desistir.

A orientadora Anny Everson Belas Hayvanon e co-orientadora Vanessa Estrela pela dedicação em todas as etapas deste trabalho.

A minha família, pela confiança e motivação.

Aos amigos, pela força e incentivos.

Aos colegas da residência, pois juntos trilhamos uma etapa importante de nossas vidas.

A todos que, de algum modo, colaboraram para a realização e finalização deste trabalho.

CAROLINA FRANCO DE AZEVEDO

Grupo de escovação dental supervisionada na Unidade de Saúde da Família Parque das Mangabas, Camaçari/BA-Relato de experiência.

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Residência Multiprofissional em Saúde da Família- FESF-SUS/ FIOCRUZ-BA como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em: _____

Anny Everson Belas Hayvanon- Orientadora
Cirurgiã-dentista- União Metropolitana de Educação e Cultura
Especialista em Saúde da Família.
Mestranda em Saúde Coletiva

Vanessa Santos Estrela.

Cirurgiã-dentista- Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Especialista em Saúde da Família.
Especialista em Odontologia do Trabalho.

Clarice Coelho de Oliveira
Psicóloga
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
Especialista Saúde Pública.
Especialista em Gestão em Saúde.
Mestra em Saúde Coletiva.

Camaçari-BA-Brasil
2017

RESUMO

Grupo de escovação dental supervisionada na Unidade de Saúde da Família Parque das Mangabas, Camaçari/BA-Relato de experiência. O modelo de atenção à saúde bucal hegemônico no Brasil, ainda hoje, é o denominado de “Odontologia de Mercado”, concentrando suas ações no campo da assistência individual, e na oferta de procedimentos cirúrgico-restauradores. Movimentos ditos contra hegemônicos surgiram, como a odontologia sanitária, odontologia preventiva, odontologia social, odontologia simplificada, odontologia integral e a Saúde Bucal Coletiva. Com a criação do SUS buscou-se romper este modelo. Como estratégia prioritária para a reorientação do modelo assistencial surge o PSF, seis anos depois, inserem-se as ESB neste novo modelo de atenção, com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população é criada as PNSB-“Brasil Sorridente”-, tendo como um dos focos a atuação na vigilância em saúde, buscando a integralidade da atenção à saúde, por meio da promoção da saúde, a partir da incorporação de ações educativas, os grupos de educação em saúde se mostram uma eficiente ferramenta para promoção de saúde, e com o objetivo de orientar e estimular os usuários a incorporar hábitos de higiene bucal, e contribuir para a prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal, as ações de escovação dental supervisionada foram incorporadas na rotina da USF. O estudo tem o objetivo de relatar a vivência do Grupo de escovação dental supervisionada na USF Parque das Mangabas em Camaçari-BA, implantado pelos Cirurgiões-Dentistas residentes da Residência Multiprofissional da FESF-SUS/FIOCRUZ e discutir o potencial das ações de educação, prevenção e promoção em saúde bucal. O grupo era realizado diariamente em dois turnos, dentro do consultório odontológico, com uma média de 15 usuários por turno. Como material de apoio durante o grupo eram utilizados modelos bucais, escovas dentais, fio dental, creme dentais fluoretados, flúor gel, cartazes de orientação sobre as técnicas de escovação e uso do fio dental. Eram fornecidos aos participantes do grupo as escovas dentais utilizadas para a escovação dental supervisionada, além do creme dental fluoretado, e o fio dental. Através do grupo, a ESB estimulou os usuários para que adquirissem a escovação dental como um hábito rotineiro, estimulando também este hábito em casa, fazendo com que esses usuários pudessem se tornar multiplicadores e incentivadores de outros membros familiares. O grupo proporcionou aos profissionais uma mudança na prática profissional, ampliando o conhecimento sobre a saúde bucal coletiva, e realização profissional e pessoal, em promover saúde e qualidade de vida.

Palavras chaves: Políticas públicas de saúde bucal, Educação em saúde, Escovação dental supervisionada.

SUMÁRIO

RESUMO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. REFERENCIAL TEÓRICO... ..	09
3. METODOLOGIA.....	15
4. EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	16
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
7. REFERÊNCIAS.....	26

1. INTRODUÇÃO

O modelo de atenção à saúde bucal hegemônico no Brasil, ainda hoje, é o denominado por Narvai e Frazão (2008) de “Odontologia de Mercado”, que concentra a maioria de suas ações no campo da assistência individual, e na oferta de procedimentos cirúrgico-restauradores.

Tal modelo provocou exclusões, no setor público devido à atenção a saúde bucal contemplar somente grupos populacionais restritos, deixando a maioria da população desassistida, e no setor privado, devido à barreira socioeconômica imposta aos que não podiam pagar pelos serviços. Em ambos setores, ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde não eram contempladas, não melhorando significativamente os níveis de saúde da população (PAIM, 2003).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) buscou-se romper este modelo (AQUILANTE; ACIOLE, 2015). Como estratégia prioritária para a reorientação do modelo assistencial no país o Ministério da Saúde (MS) lança em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). No ano 2000 inserem-se as primeiras Equipes de Saúde Bucal (ESB) neste novo modelo de atenção, na busca pela ampliação do acesso da população aos serviços odontológicos e melhoria nos índices epidemiológicos de saúde bucal, tendo como eixo norteador o conhecimento da sua realidade e de suas necessidades individuais e coletivas (BORDIN; FADEL, 2012).

Em 2004, MS, lança o “Brasil Sorridente”, Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Um dos pressupostos das diretrizes da PNSB é centrado na atuação na vigilância em saúde, buscando a integralidade da atenção à saúde, por meio da promoção da saúde, que preconiza diferentes campos de ação, como: a capacitação da comunidade e o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas, a partir da incorporação de ações educativas, voltadas para autocuidado ou para a educação popular (BRASIL, 2004).

A educação em saúde como instrumento de promoção à saúde promove um estímulo ao autocuidado, como ressalta Paulo Freire (2004), “ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”.

A educação em saúde tem sido valorizada como uma possibilidade de transformação da prática atual de atenção à saúde, visando à promoção de saúde, em um contexto geral de vida da pessoa por meio de um conjunto de atividades orientadas a melhorar as condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais (FELIPE, 2011).

Uma das formas de praticar a educação em saúde ocorre por meio da formação dos grupos de educação em saúde, nos quais pessoas que apresentam características semelhantes, ou necessidades em comum, têm oportunidade de aprenderem e partilharem conhecimentos, além da possibilidade de trocarem ideias acerca de suas experiências de vida (FELIPE, 2011).

As ações de escovação dental supervisionada tem o objetivo de orientar e estimular os usuários a incorporar hábitos de higiene bucal, além de disponibilizar o flúor na cavidade bucal, por meio do creme dental. Contribuindo para a prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal. Além de ser um importante Indicador de Saúde bucal (BRASIL, 2010).

Diante disto, se faz necessárias ações que contemplem a escovação dental supervisionada, aliadas a atividades de educação em saúde, tendo os grupos como uma estratégia para promoção de saúde. Entendendo que não basta apenas ensinar técnicas de escovação dental, mas orientar o impacto dessas ações na qualidade de vida desses indivíduos.

Neste contexto, o Grupo de escovação supervisionada da Unidade de Saúde da Família (PSF) Parque das Mangabas constituiu-se devido à necessidade da equipe de Saúde Bucal em atender a comunidade e para atuar na prevenção das doenças bucais mais comuns, justificando-se como uma estratégia, que possibilita ao usuário a mudança de hábitos de saúde. Além disso, auxilia o indivíduo na conquista de sua autonomia, constituindo-se de ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores de risco e proteção à saúde bucal, sendo uma ferramenta importante na promoção da saúde bucal. O grupo teve objetivo de tornar os usuários agentes multiplicadores, exercendo influências positivas sobre a família e a comunidade, visando à melhoria da saúde bucal.

O presente estudo é relevante, à medida que os relatos venham a servir de apoio para adoção da estratégia de educação em saúde, no trabalho com grupos, por parte dos profissionais de saúde, principalmente dos cirurgiões-dentistas da ESF. Permitindo que esses profissionais reflitam sobre o potencial da formação desses grupos de educação em saúde, que contemplem ações de escovação supervisionada, para promoção e prevenção em saúde bucal.

Diante disso, este estudo tem o objetivo de relatar a vivência do Grupo de escovação dental supervisionada na USF Parque das Mangabas em Camaçari-BA, implantado pelos Cirurgiões-Dentistas residentes da Residência Multiprofissional da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e discutir o potencial das ações de educação, prevenção e promoção em saúde bucal.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A odontologia, desde suas origens, concentra a maioria de suas ações no campo da assistência individual, isto é, na oferta de procedimentos cirúrgico-restauradores (CHAVES, 2016). Este modelo de atenção à saúde bucal hegemônico no Brasil é o denominado por Narvai e Frazão (2008) de “Odontologia de Mercado”, segundo este modelo, as condições de saúde bucal resultam da assistência odontológica prestada às pessoas mediante pagamento pelos serviços clínico-cirúrgicos realizados, tal modelo provoca a segmentação das práticas de saúde, dificultando a integração das ações e transformando os cuidados de saúde em mercadorias.

Diversos movimentos ditos contra hegemônicos apareceram no cenário brasileiro a partir dos anos 1950 (CHAVES, 2016), como a odontologia sanitária, odontologia preventiva, odontologia social, odontologia simplificada, odontologia comunitária e odontologia integral e a Saúde Bucal Coletiva (BLEICHER, 2016). Até então o modelo assistencial vigente no país era o modelo assistencial odontológico previdenciário. Este modelo marcou o início do processo de participação estatal na prática da odontologia no Brasil. Surgido em 1923 este modelo assegurava a prestação de assistência odontológica aos segurados e beneficiários das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), a partir de 1933, com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), há um crescimento da assistência odontológica para estes trabalhadores (GAV, 2012; NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Em 1967, após a fusão dos IAP surge o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ligado ao Ministério do Trabalho, a expansão da assistência medico-odontológica foi crescendo no setor estatal. A partir de 1970, trabalhadores rurais, empregados domésticos e autônomos foram incorporados ao sistema previdenciário. No ano de 1974 foi implantado o Plano de Pronta Ação pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, com a extensão do atendimento de urgência e emergência aos não previdenciários e em 1978 é criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (inamps) (GAV, 2012; NARVAI; FRAZÃO, 2008; SILVESTRE et al., 2013;).

O modelo praticado pelos serviços odontológicos financiados pelo inamps caracterizava-se como modelo cirúrgico-restaurador e voltado para a demanda espontânea. Segundo Narvai (2011), este tipo de prática marcou a assistência odontológica previdenciária sintetizou o modelo da odontologia de mercado inserido no aparelho estatal. Neste, as ações tinham por objetivo a oferta de respostas imediatas às queixas dos indivíduos a fim de, por

meio de um seguro social, disciplinar e manter em boas condições a força de trabalho empregada no sistema de produção. Nesse modelo desconsidera-se a dimensão coletiva do processo saúde-doença e a defesa da cidadania. (NARVAI; FRAZÃO, 2008; SILVESTRE et al., 2013).

No que tange à saúde pública, a odontologia da seus primeiros passos no início da década de 1950 através da odontologia Sanitária (BLEICHER, 2016; CHAVES, 2016). Nesse período foi implantado o modelo de atenção baseada no Sistema Incremental de Atendimento (cobertura gradativa a partir das menores idades através de tratamento intensivo, realizado em poucas sessões). Outro marco nesse período foi a implantação do primeiro sistema de fluoretação de água de abastecimento público do país, inaugurado em outubro de 1953, na cidade de Baixo Guandu, Espírito Santo (BLEICHER, 2016; CHAVES, 2016; NARVAI, 2006; NICKEL, 2008; SILVESTRE et al., 2013).

A odontologia sanitária mesmo não conseguindo romper a lógica do modelo da odontologia de mercado, trouxe contribuições importantes na perspectiva da promoção à saúde e da prevenção da carie dentária, embasando a formulação de propostas de iniciativas do uso de substâncias fluoradas em sistemas públicos de abastecimento de água e em unidades escolares. Com base nos resultados obtidos nas primeiras iniciativas de ajuste do teor de flúor nas estações de tratamento, leis municipais e estaduais foram aprovadas, processo que resultou com a promulgação, em 24 de maio de 1974, da lei federal 6.050, regulamentada pelo decreto 76.872, de 22 de dezembro de 1975, que obrigou a aplicação da medida nos projetos destinados à construção ou ampliação de sistemas públicos de abastecimento de água. Esta medida tem contribuído para o declínio na prevalência e severidade da carie dentaria da população (NARVAI, 2006; NARVAI; FRAZÃO, 2008; SILVESTRE et al, 2013).

Nos anos 1980 e 1990, a odontologia preventiva ganha destaque em função das ações preventivas influenciadas pelos países escandinavos, que, junto a melhoria na qualidade de vida da população, foi capaz de reduzir os níveis de cárie (BLEICHER, 2016). Em 1981 foi fundada a Associação Brasileira de Odontologia Preventiva (Aboprev), introduzindo um arsenal de tecnologias no serviço público, tais como: dentifrícios fluoretados, uso massivo de flúor gel, selantes, entre outros. (BLEICHER, 2016; CHAVES, 2016; NARVAI, 2006).

Paralelo ao desenvolvimento da odontologia preventiva, ganha corpo a odontologia simplificada, que compreende uma pratica profissional, a qual através da padronização, da diminuição dos passos e elementos e eliminação dos supérfluos, (BLEICHER, 2016; CHAVES, 2016), visa tornar mais simples e barata a odontologia, sem haver alterações da

qualidade dos trabalhos, como também mais produtiva, de modo que pudesse utilizar-se em trabalhos comunitários (CHAVES, 2016).

Nos anos 1980, a odontologia Integral surge com a intensão de superar dialeticamente a odontologia simplificada, e é pautada em três pilares: atitude preventiva; simplificação e adequação de atos e técnicas, equipamentos, materiais, métodos e sistema de trabalho; desmonopolização de saber e do fazer pela educação, instrução e repasse do conhecimento à sociedade. Pode-se afirmar que a década de 1980 foi decisiva para o desenvolvimento da crítica à odontologia, seu campo e suas práticas tradicionais. Conformou-se, à época, espaços de militância, de crítica e de reflexão que vão contribuir, na década seguinte, para origem da Saúde Bucal Coletiva (SBC) no Brasil.(BLEICHER, 2016; CHAVES, 2016)

As práticas de SBC são direcionadas ao social como local de produção social das doenças bucais e suas tecnologias que visa curar o paciente na diminuição e controle dos processos mórbidos na dimensão coletiva, além de representar uma ruptura como o modelo de odontologia de mercado (CHAVES, 2016; NARVAI, 2006; RONCALLI, 2006; SOARES, 2014).

SBC pretende substituir o tecnicismo e o biologismo presentes na odontologia social e preventiva, realizando a reconstrução teórica de modo articulado e orgânico ao pensamento e a ação da Saúde Coletiva. Essa substituição ganhou relevante aporte teórico com a proposição de bucalidade, formulada por Botazzo (2000) em “Da arte dentária”. Para esse autor a bucalidade corresponde a um arranjo teórico-metodológico no qual são essenciais os trabalhos bucais identificados como, manducar, linguagem e erótica, o autor enfatiza que a saúde não se limita a forma clínica e que a teoria odontológica não consegue recuperar o homem por inteiro, abrindo-se diversas possibilidades de produzir conhecimentos e práticas a partir do referencial da bucalidade (BOTAZZO, 2000; NARVAI, 2006; NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Com a implantação do SUS, ficam definidos os princípios que devem nortear o novo sistema: a universalidade, a equidade, a descentralização, a hierarquização, integralidade e a participação comunitária, por meio do controle social, trazendo um grande desafio para saúde bucal coletiva, que é reformular suas práticas para responder as diretrizes do SUS (1990).

Como estratégia prioritária para reorganização da atenção básica o Ministério da Saúde (MS), em 1994, criou o Programa Saúde da Família (PSF), buscando a reformulação do processo de trabalho em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e centrado nas ações de promoção, prevenção e recuperação, baseando-se na nova concepção sobre o processo saúde-doença, com atenção voltada para a família e com ações organizadas em um território definido (BARBOSA; BRITO; COSTA, 2007; BASTOS, 2003; PEREIRA et al.,

2009; SOUZA et al, 2001; SOUZA; RONCALLI, 2007; TRAD; VIAN; DAL, 1998). A partir de 2006 o PSF passou a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) (CHAVES, 2016).

AS Equipes de Saúde Bucal (ESB) só incorporaram-se a ESF a partir da Portaria GM/MS nº. 1.444, de 28 de dezembro de 2000, tendo como objetivos principais a melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal e a ampliação do acesso (BARBOSA; BRITO; COSTA, 2007; BRASIL, 2000; CHAVES, 2016; PEREIRA et al., 2009; SOUZA; RONCALLI, 2007). Diante das necessidades apontadas após publicação dos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra Domicílio (Pnad) em agosto de 2000 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre acesso e utilização de serviços de saúde que indicou, em 1998, cerca de 29,6 milhões de brasileiros, ou 19,5% da população, nunca haviam ido ao dentista (ANTUNES; NARVAI, 2010; CHAVES, 2016; NAVAI; FRAZÃO 2008).

Somente após a criação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – “Brasil Sorridente”, em 2004, a Saúde Bucal contemplaria princípios como universalização e integralidade, o documento propõe: reorientar a assistência pela promoção de saúde como eixo do cuidado; universalizar acesso a serviços pela inserção transversal da saúde bucal nas linhas de cuidado; e contemplar todos os níveis de atenção ao instalar os CEO (Centros de Especialidades Odontológicas) e os LRPD (Laboratórios Regionais de Prótese Dentária) (AQUILANTE; ACIOLE, 2015; SILVESTRE et. al., 2013).

Um dos pressupostos das diretrizes da política nacional de saúde bucal é centrado a atuação na vigilância à saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença. Assim, o modelo assistencial centrado na doença e baseado na demanda espontânea passa para o modelo de atenção integral à saúde, com a incorporação de ações de promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2004; CHAVES, 2016).

A Carta de Ottawa, marco importante no estabelecimento do conceito de promoção de saúde, conceitua promoção de saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Este documento propõe cinco campos de ação para a promoção de saúde da coletividade: implantação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes saudáveis; capacitação da comunidade; desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas; e reorientação dos serviços de saúde (AERTS et al., 2004; BRASIL, 1996)

A capacitação da comunidade e o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas requerem a incorporação de ações educativas, sejam elas voltadas para o autocuidado

ou para a educação popular, tendo em vista a melhoria da saúde e da qualidade de vida (CHAVES, 2016).

Na perspectiva do autocuidado, a educação em saúde bucal é compreendida como ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como possibilitar ao usuário mudar hábitos apoiando-o na conquista de sua autonomia (BRASIL, 2004; CHAVES, 2016).

Nessa perspectiva, a educação em saúde bucal deve fornecer instrumentos para fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos. Sua finalidade é difundir elementos, respeitando a cultura local, que possam contribuir com o empoderamento dos sujeitos coletivos, tornando-os capazes de autogerirem seus processos de saúde-doença, sua vida com vistas à melhoria da sua qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Alguns aspectos importantes são recomendados ao se planejar educação em saúde bucal: respeito a individualidade; contextualização nas diversas realidades, incluindo as possibilidades de mudança; respeito a cultura local; respeito à linguagem popular para encaminhar uma construção conjunta da prática; Ética; autopercepção de saúde bucal; reflexão sanitária o processo de educação em saúde deve capacitar os usuários para participação das decisões relativas à saúde; uso de metodologias adequadas a cada situação e a cada grupo etário (BRASIL, 2006).

As ações educativas são mais efetivas quando os usuários estão motivados, a motivação para o autocuidado é mais válida quando trabalhamos com estímulos que despertem pensamentos positivos (autoestima, bem-estar, prazer, aparência) do que quando optamos por despertar sentimentos negativos como medo de contrair doenças e sofrer as suas sequelas. Os motivos que conduzem cada pessoa a cuidar dos seus dentes e de sua boca são internos ao indivíduo e dizem respeito ao seu desejo de ser socialmente aceito, de ser bonito e de cheirar bem (CHAVES, 2016).

Além disto, as ações educativas precisam ter e fazer sentido tanto para os profissionais quanto para os usuários. É preciso também estar atento para subjetividade dos indivíduos, a exploração da subjetividade precisa assegurar o respeito aos sentimentos do outro, já que as perdas em saúde bucal têm muito a ver com vários tipos de perdas e barreiras interpostas pela vida. (CHAVES, 2016)

É de extrema relevância o fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde da família e o usuário, pois favorece a produção do cuidado mediante uma relação de confiança e partilha de compromissos. Além do mais, o vínculo possui uma estreita relação com a prática

de cuidados, uma vez que ambos promovem sintonia, troca de afetos e convivência potencialmente reconstrutora de autonomias, proporcionando educação efetiva para a saúde (ILHA et al, 2014).

Como estratégia de promoção da saúde as atividades com grupos vêm sendo, cada vez mais, valorizada (VICTOR et al., 2007). O grupo de educação em saúde constitui-se em uma opção de atendimento em saúde em diversos âmbitos, pois proporciona aos participantes desenvolver um papel participativo e crítico, importante para a promoção da saúde e autocuidado, consolidando-se como um espaço potencializador da função terapêutica da pessoa (FELIPE, 2011).

Osório (2003), trás como conceito de grupo, conjunto de pessoas capazes de se reconhecerem em sua singularidade e que estão exercendo uma ação interativa com objetivos compartilhados.

Em um grupo se torna mais fácil aprofundar discussões, ampliar os conhecimentos sobre a saúde e conduzir o processo de educação em saúde, o que pode favorecer a adoção de hábitos saudáveis e a mudança de comportamento, favorecendo, assim, a adesão ao tratamento proposto (VICTOR et al., 2007).

Na busca de ações que contemplem a promoção de saúde bucal as ações coletivas de escovação dental supervisionada, foram incluídas como Indicador de Saúde bucal, por meio da Portaria GM/MS nº 3.840, de 07 de dezembro de 2010. As ações de escovação dental supervisionada têm como objetivo orientar e estimular os usuários a incorporar hábitos de higiene bucal, além de disponibilizar o flúor na cavidade bucal, por meio do creme dental, contribuindo para a prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal (BRASIL, 2010).

A portaria nº 493, de 13 de março de 2006, define que a escovação dental supervisionada é uma ação coletiva fundamental e de importante significado quanto à capacidade do sistema de saúde de desenvolver ações coletivas e que a ausência da ação ou seus percentuais baixíssimos indicam que a assistência curativista está sendo priorizada.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa na modalidade de relato de experiência, a partir da vivência do grupo de escovação dental supervisionada, na Unidade de saúde da Família (USF) Parque das Mangabas no município de Camaçari /BA. Empregou-se uma busca bibliográfica ativa na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google Acadêmico com os seguintes descritores: Políticas públicas de saúde bucal, Educação em saúde, Educação em saúde bucal. O grupo de escovação dental supervisionada foi implantado na USF Parque das Mangabas no ano de 2015, pelos Cirurgiões- Dentistas residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família – FESFSUS e da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ/BA, do primeiro ano que estavam inseridos na estratégia de saúde da família. O período da experiência ocorreu entre junho de 2015 a junho de 2016.

O grupo de escovação dental supervisionada era realizado diariamente em dois turnos, manhã e tarde, dentro do consultório odontológico, com uma media de 15 usuários por turno. Como material de apoio durante o grupo eram utilizados modelos bucais, escovas dentais, fio dental, creme dentais fluoretados, flúor gel, cartazes de orientação sobre as técnicas de escovação e uso do fio dental. Eram fornecidos aos participantes do grupo as escovas dentais utilizadas para a escovação dental supervisionada, além do creme dental fluoretado, e o fio dental. Todo material utilizado era disponibilizado pela Prefeitura Municipal de Camaçari-BA.

4. EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA

A Unidade de Saúde da Família Parque das Mangabas foi inaugurada em 25 de setembro de 2010. Atualmente, é composta por três equipes de referência, formada por servidores do município e residentes da Residência Multiprofissional em saúde da Família FESFSUS-FIOCRUZ/BA, presente no serviço a partir do ano de 2015. As equipes prestam assistência a cerca de 5.671 usuários, levando em consideração que existe no território áreas descobertas pela equipe, esse número de usuários pode ser muito superior. A comunidade enfrenta várias dificuldades pela deficiência nos serviços de saneamento básico e segurança pública. Possui uma característica rural pela localização demográfica mais afastada do centro da cidade, e apresenta uma condição de vulnerabilidade socioeconômica, além de outros agravos à saúde, como doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão e doenças respiratórias. Observa-se que a maior parte da população adscrita depende dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde. Antes da chegada da Residência Multiprofissional, no território, os usuários encontravam algumas barreiras de acesso, como a falta de profissionais e ou o número de profissionais insuficientes para a assistência da comunidade, gerando uma demanda reprimida. Diante disto, a equipe multiprofissional trabalhou no sentido de elaborar ações voltadas para promoção da saúde e qualificação do serviço com a implantação do acolhimento e criação de grupos de gestantes, Hiperdia e saúde da mulher.

Nesse contexto, a equipe de saúde bucal composta por três residentes cirurgiões-dentistas, uma preceptora e duas auxiliares de saúde bucal, implantou um programa educativo, através da criação de um grupo de escovação dental supervisionada com o objetivo de promover ações de educação, prevenção e promoção de saúde bucal, bem como a integração da equipe com a comunidade, além da estimulação do autocuidado e formação de agentes multiplicadores.

O grupo de escovação dental supervisionada era realizado diariamente em dois turnos (manhã e tarde) com usuários que estavam agendados para o tratamento clínico odontológico individual, usuários que necessitavam de adequação do meio bucal através das atividades de educação e prevenção em Saúde Bucal, sem demandas clínicas (como presença de cáries, doença periodontal ou necessidades cirúrgicas) e usuários que possuíam demandas clínicas, mas por conta da grande demanda reprimida, ainda estavam aguardando tratamento odontológico clínico individual.

O grupo de escovação dental supervisionada contemplou usuários de todas as faixas etárias: crianças, adultos e idosos, além de gestantes e pacientes com necessidades especiais, com o objetivo de tornar o grupo mais acessível sem a limitação por horários rígidos e engessados ou fragmentação por programas, partindo do pressuposto que esses indivíduos seriam multiplicadores, precisando estar ciente de todas as particularidades desses ciclos de vida. Vale salientar que apesar do grupo ser heterogêneo, as orientações específicas de cada faixa etária e ciclo de vida, além de necessidades especiais eram realizadas individualmente durante a atividade.

Durante o grupo eram realizadas orientações de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal que apontam os conteúdos gerais a serem abordados nas ações coletivas de educação em saúde bucal, destacando-se: conhecimento sobre principais doenças bucais, como se manifestam e como se prevenir, a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentifrícios fluoretados e o uso do fio dental, as orientações gerais sobre a dieta, a orientação para o autoexame da boca, a prevenção à exposição ao sol sem proteção e a prevenção ao álcool e fumo.

A abordagem utilizada foi bem dinâmica com uma linguagem acessível de forma a contemplar todos os usuários que participavam do grupo. Estes eram livres para se expressar e fazer explicações. A atividade foi realizada de modo a auxiliar na autonomia do indivíduo procurando estar atentos aos seus conhecimentos já estabelecidos, sem impor de maneira coercitiva a adoção das novas práticas.

Logo após este momento os usuários realizavam a escovação supervisionada. A facilitação do grupo era realizada pelos cirurgiões-dentistas e Auxiliares em Saúde Bucal (ASB). O cirurgião-dentista ofertava o subsídio teórico/técnico inicial e, posteriormente, a ASB seguia um modelo preestabelecido, porém flexível e sujeito a modificações conforme as características de cada grupo de participantes. Normalmente iniciávamos as ações de escovação dental supervisionada solicitando aos usuários a demonstração de como eles faziam habitualmente. Em seguida, com o auxílio de um macromodelo bucal e uma escova orientávamos técnicas mais efetivas para a higienização e remoção da placa bacteriana. Por ser descrita como uma das técnicas mais eficiente, a de bass modificada foi a mais utilizada nas atividades. Esta técnica consiste em posicionar a escova em um ângulo de 45 graus em relação à gengiva, pressionar suavemente e realizar movimentos vibratórios curtos, seguidos de movimento vertical de varredura em direção às pontas dos dentes, nas faces voltadas para a bochecha, nas faces internas, e nas faces de mastigação de cada dente. Depois da orientação da técnica os usuários realizavam a escovação dental sob nossa supervisão, para que fossem

feitas adequações de acordo com as particularidades de cada indivíduo, como: faixa etária, uso de prótese, uso de aparelho ortodôntico, deficiência motora ou cognitiva, e alterações sistêmicas. O grupo acontecia dentro do consultório odontológico, devido a sua boa estrutura, que conta com um amplo espaço e pias com espelho, normalmente o grupo possuía uma média de 15 usuários por turno.

Foram utilizados para melhor visualização macromodelos, cartazes de orientação sobre as técnicas de escovação bucais, além das escovas dentais, fio dental, creme dentais fluoretados e flúor gel. O material utilizado era disponibilizado pela Prefeitura Municipal de Camaçari-BA. Os usuários eram orientados a levar a escova dental para todos os encontros do grupo, caso retornassem para participar outras vezes.

No momento da prática da escovação dental supervisionada os usuários demonstravam ter assimilado as orientações realizadas. O grupo tinha uma duração em média de 20 minutos. Ao encerrar as atividades, o retorno destes participantes era agendado para o próximo grupo. E os demais que estavam programados para o tratamento clínico individual, permaneciam na sala de espera.

Os agendamentos do grupo eram realizados no cartão de acompanhamento criado pela equipe de saúde bucal. As avaliações e registros das condições de saúde bucal dos usuários que participavam do grupo eram realizados em uma ficha própria e nos prontuários. Também assinavam no Livro de Registro de Ações Coletivas para que depois fossem lançados no sistema do E-SUS, pois as ações de escovação dental supervisionada é um importante Indicador de Saúde Bucal.

Durante o atendimento clínico individual era possível observar a mudança nas condições de higiene bucal dos usuários, devido à diminuição da placa bacteriana. Vale ressaltar que a mudança também estava relacionada ao vínculo que eles possuíam com a equipe de saúde bucal. Procurávamos motivar a realização da escovação também em suas casas, sempre após as refeições e antes de dormir. Muitos dos usuários relatavam transmitir as orientações do grupo para outros membros da família, se tornando multiplicadores e incentivadores dos hábitos de higiene bucal em casa.

A eliminação da placa bacteriana exige métodos mecânicos de higiene bucal, e a escovação dental é a forma mais eficaz de combate a placa bacteriana, sendo necessário haver uma orientação e a supervisão pelo profissional. Observamos que durante o grupo, pessoas da mesma família quando outro membro já havia participado do grupo apresentavam condições de higiene bucais mais satisfatórias em relação à quantidade de placa bacteriana visível, além de demonstrar domínio da técnica de escovação. Isso demonstra que esses usuários estavam

repassando as orientações recebidas durante o grupo para seus familiares. Era muito comum os pais levarem seus filhos para participar dos grupos mesmo que não houvesse agendamento prévio, sendo o grupo de livre acesso.

Como profissionais de saúde da ESF, foi muito motivador realizar os grupos, a partir de alguns relatos de usuários, como de uma mãe que afirmou que a primeira coisa que seu filho de dois anos fazia ao se levantar da cama pela manhã, era pedir a escova dental pra escovar os dentes e corria para o quintal com um copo com água para realizar a escovação ainda de fraldas. Além disso, outro fato marcante foi presenciar durante o grupo o cuidado de uma mãe que levava seu filho com paralisia cerebral e cadeirante, frequentemente, para participar do grupo apesar de todas as dificuldades de locomoção. Também foi muito comum receber desenhos de crianças reproduzindo a participação nos grupos, além de cartinhas de agradecimento. Foi muito gratificante poder observar a influência que o grupo de escovação dental supervisionada exerceu na melhoria da saúde bucal e na qualidade de vida desses usuários, incentivando mais ainda nossas práticas profissionais para ações voltadas à educação em saúde bucal. Diante disto, observamos que as ações de educação em saúde bucal associadas às ações de escovação dental supervisionada funcionavam como uma estratégia potencializadora para o sucesso do tratamento odontológico.

Analisando essa estratégia educativa, incorporada à rotina da USF, além dos pontos positivos descritos, podemos identificar algumas dificuldades que tiveram que ser superadas para a realização e consolidação do grupo de escovação dental supervisionada como: absenteísmo dos usuários; falta de motivação dos usuários, porque não tinham a garantia plena da assistência odontológica individualizada; resistência das ASB em conduzir os grupos; dificuldade do cirurgião-dentista em conduzir os grupos em razão da alta demanda por assistência odontológica individual; falta de divulgação por parte de outros profissionais da USF, embora as atividades educativas tivessem sido divulgadas em reuniões. Além do citado anteriormente, e não menos importante em termos de dificuldades esteve na inclusão dos adultos nas práticas educativas, pois estes, como provedores da família, não podiam se ausentar do trabalho para participar do grupo, deixando assim, a saúde bucal em segundo plano.

Um grande desafio para consolidação dessa estratégia se refere à compreensão que a comunidade tem a cerca da importância das ações voltadas para prevenção e promoção em saúde bucal e a falta de valor atribuído a essas ações, devido às práticas curativistas predominantes na odontologia. Porém, o fazer diário da ação permite, aos poucos,

a conscientização desta população a respeito da importância das ações educativas precederem ao atendimento clínico.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desenvolver ações de educação em saúde bucal, como o grupo de escovação dental supervisionada, se torna um desafio tendo em vista que tradicionalmente o modelo de atenção á saúde bucal no Brasil foi centrada na assistência individual, voltado para uma demanda espontânea e focada, na cura e controle das doenças. Corroborando com Narvai e Frazão (2008) que esse modelo ainda é hegemônico não apenas pelo foco em práticas curativistas e tecnicistas, reforçado na própria formação acadêmica, mas também pela mercantilização da saúde, de que quanto mais doença, maior o gasto em saúde, resultando em um maior foco sobre a doença e não propriamente na qualidade de vida.

Chaves (2016) afirma que com a compreensão da multicausalidade do processo saúde-doença, pautadas na vigilância à saúde, aconteceram importantes mudanças nos modelos de atenção. Nesse contexto, a atenção primária passa a ser prioritária, valorizando-se as ações de promoção de saúde. Essas ações aplicam-se, a melhoria das condições e estilos de vida, apoiando-se em atividades de educação em saúde e na formulação de políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade de vida. Em concordância com a autora, acredito que as ações de promoção em saúde, apoiadas em ações de educação em saúde representam uma mudança no modelo de atenção à saúde bucal, proporcionando uma melhoria nas condições de saúde bucal e na qualidade de vida das pessoas. Diante disso, o grupo de escovação dental supervisionada representa uma ferramenta potencializadora como estratégia de promoção à saúde bucal.

Em seu estudo, Felipe (2011) confirma a importância da educação em saúde como meio de promoção da adesão ao tratamento, despertando o interesse e a motivação da pessoa por sua saúde, ultrapassando o simples fornecimento de informações. Freire (1987), ainda reforça que o ato educativo não deve ser baseado na transmissão de conhecimentos, na simples transferência de informações, caso contrário estará apenas reproduzindo uma “concepção bancária” que em nada contribui para a formação de um ser crítico e reflexivo, característico de um processo transformador.

Dessa forma, em concordância com os autores citados, acredito que o grupo de escovação dental supervisionada estimula os usuários a participar de seu processo terapêutico de forma ativa, possuindo, conseqüentemente, mais chances de alcançar melhora em sua qualidade de vida, favorecendo o estabelecimento de práticas de autocuidado.

Souza e colaboradores (2005) relata que as ações que utilizam a estratégia de formação de grupos têm a vantagem de promover a produção coletiva do conhecimento, bem como a

reflexão sobre a realidade vivenciada por seus membros. O processo reflexivo se mostra importante, na medida em que possibilita a construção de estratégias de enfrentamento dos desafios, que, por vezes, permeiam suas situações de vida.

O grupo de escovação dental supervisionada surgiu como uma das estratégias para tentar suprir parte da demanda reprimida para atenção odontológica, tendo em vista o potencial das ações de educação em saúde para a conquista de uma melhor condição da saúde bucal e qualidade de vida. Porém, para implantação dessas ações, foi necessário abandonar o olhar voltado para práticas curativistas, pois este pode limitar as ações de promoção em saúde bucal, tornando a demanda reprimida um empecilho para a realização dessas ações, como corrobora Pimentel e colaboradores (2014) em seu estudo que a demanda reprimida pode ser um empecilho para o desenvolvimento de ações de educação em saúde bucal, ao constatar que as equipes de saúde bucal não conseguem atender às necessidades da população adscrita, devido à grande demanda por atenção odontológica.

Diante disto, percebo que se faz necessário uma mudança do modelo de atenção a saúde bucal para modelos de atenção mais integrais, que orientem as intervenções sobre a saúde, pautados nas diretrizes de políticas públicas de saúde bucal e na vigilância da saúde, para um controle mais efetivo das causas e riscos, e não somente sobre os danos das doenças e agravos que atingem as populações.

Brasil (2006) define as ações de escovação dental supervisionada como uma ação coletiva fundamental e de importante significado quanto à capacidade do sistema de saúde de desenvolver ações coletivas e que a ausência da ação ou seus percentuais baixíssimos indicam que a assistência individual curativista está sendo priorizada. Devido a esta importância em 2010, o Ministério da Saúde incluiu as ações de escovação dental supervisionada, como Indicador de Saúde Bucal.

Entendendo a importância das ações de escovação dental supervisionada a equipe de saúde bucal da USF parque das Mangabas implantou em sua rotina essas ações, porém como afirma Ferreira e colaboradores (2004) não basta apenas transmitir conceitos e ensinar técnicas, é preciso demonstrar a contribuição positiva das mudanças dos hábitos de higiene bucal para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Desta forma a equipe de saúde bucal, sempre após as práticas da escovação dental supervisionada, fazia uma devolutiva aos participantes de como essa prática estava contribuindo para a melhoria das suas condições de saúde bucal e assim os incentivando e motivando a participar dos grupos de escovação dental supervisionada.

Besen (2007) chama a atenção para o discurso biologista que reduz o processo saúde-doença a dimensão individual, enfatizando que grande parte dos problemas de saúde bucal é resultado da falta de higiene e sendo possível resolve-los a partir das mudanças de comportamentos individuais. Sheiham (2001) ainda reforça que técnicas que estimulem o medo ou culpem as pessoas pela higiene insatisfatória não devem ser aplicadas.

Diante disso, e como corrobora Brasil (2004) acredito que é de extrema necessidade o uso de práticas de educação em saúde que sejam baseadas nas diretrizes públicas de saúde bucal, pois percebi diante da minha experiência vivenciada no grupo de escovação dental supervisionada que ações que gerem a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença e inclua fatores de risco e a proteção à saúde bucal, podem possibilitar a mudança de hábitos dos usuários e a conquista de sua autonomia. Além disso, percebi que é de grande importância durante essas ações levar em consideração as diferenças sociais, culturais e religiosas dos usuários.

Segundo Ferreira e colaboradores (2004) a educação por ser um processo que tem como finalidade promover mudança de comportamento, a aprendizagem deve ser permanente. O que entra em concordância com a proposta do grupo de escovação dental supervisionada, onde a equipe de saúde bucal inseriam as práticas educativas no tratamento proposto de modo contínuo e não realizando as ações de escovação dental supervisionada como um procedimento único e isolado.

Devido a dificuldade observada dos usuários durante os grupos em abandonar hábitos de higiene bucal já estabelecidos e adotar novos hábitos, sempre antes de orientar sobre uma técnica mais eficaz de remoção de placa bacteriana pedíamos para os usuários demonstrarem como eles faziam e só após fazíamos a demonstração no macromodelo bucal, para que eles pusessem realizar durante a escovação, o que entra em concordância com Vasconcellos e colaboradores (2001), que afirma a mesma dificuldade em estabelecer novos hábitos em saúde. Diante dessa dificuldade é importante não criar expectativas tão grandes em relação aos resultados, levando em consideração a complexidade do processo educativo.

Foi possível observar que os usuários quando eram motivados para o autocuidado com estímulos que despertassem pensamentos positivos, como “olha vamos manter a saúde bucal para ficar com sorriso bonito” ou “vamos ficar com bom hálito” era mais válido do que quando os motivávamos usando estímulos que despertassem medo de contrair doenças e sofrer as suas sequelas, como “se não escovar os dentes, vai ter cárie, e vai ficar com dor de dente” ou “ se não escovar os dentes, vai perder os dentes”. Tal observação foi corroborada por Chaves (2016), quando traz que ações em educação em saúde bucal são mais eficazes

quando motivamos o paciente de uma forma positiva. A autora ainda salienta que é muito importante estar atento para subjetividade dos usuários, pois as perdas em saúde bucal têm muito a ver com vários tipos de perdas e barreiras interpostas pela vida.

Botazzo (2000) através do conceito da bucalidade, aborda que a boca exerce várias funções diferentes, como a da mastigação, linguagem e erótica. A equipe de saúde bucal, estimula os participantes do grupo de escovação dental supervisionada a refletir sobre essas diferentes funções da boca em suas vidas. Acredito que é necessário que nos profissionais estimulem essa reflexão para que as pessoas possam valorizar à sua saúde bucal, dentro de diferentes contextos.

Em concordância com Ilha e colaboradores (2014) percebi que as ações realizadas durante o grupo de escovação dental supervisionada, eram fortalecidas por meio da criação de um vínculo entre a equipe de saúde bucal e os usuários, através de uma relação de confiança e partilha de compromissos favorecendo assim a produção do cuidado.

Besen (2007) complementa que na perspectiva da Promoção da Saúde, os profissionais devem estabelecer vínculos e criar laços de corresponsabilidade com os usuários que irão decidir o que é melhor para si, de acordo com suas próprias crenças, valores, expectativas e necessidades, entrando em concordância com as ações promovidas pela equipe de saúde bucal no grupo de escovação dental supervisionada.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do grupo de escovação dental supervisionada realizado na USF Parque das Mangabas, a equipe de saúde bucal se propôs a estimular os usuários para que tornassem a escovação dental como um hábito rotineiro, estimulando também que este seja realizado em casa, fazendo com que esses usuários pudessem se tornar multiplicadores e incentivadores de outros membros familiares.

O grupo de escovação dental supervisionada me proporcionou uma mudança na prática profissional, que na maioria das vezes era voltada para o curativismo, centrada nos procedimentos cirúrgico-restauradores, focada na cura da doença e no tratamento individual, na mera reprodução da prática que era realizada nas clínicas privadas e estimulada na minha graduação. Ao ingressar na Residência Multiprofissional de Saúde da Família tive a oportunidade de ampliar meu conhecimento sobre a saúde bucal coletiva, e através do grupo pude colocar isso em prática, me proporcionando uma realização profissional muito grande, de estar promovendo saúde e interferindo na qualidade de vidas das pessoas, através do estímulo à mudança de hábito. A vivência com o grupo de escovação dental supervisionada ainda gerou em mim um estímulo pessoal para a realização de ampliar minhas qualificações na área de saúde coletiva e pretendo levar esta motivação para minha prática profissional e estimular outros colegas na adoção desta prática.

Entendendo a potencialidade do grupo de escovação dental supervisionada e, percebendo que as ações de promoção e prevenção em saúde, muitas vezes, ficam em segundo plano devido à demanda assistencial elevada, a residência multiprofissional, através deste relato, traz como produto para o serviço a criação e incorporação do grupo de escovação nas práticas diárias que já estão sendo seguidas pelos residentes do primeiro ano, dando assim continuidade à promoção do autocuidado.

7. REFERÊNCIAS

AERTS, D et al. *Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(4):1020-1028, jul-ago, 2004.

ANTUNES, J.L.F.; NARVAI, P.C. *Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde*. Rev Saúde Pública 2010; 44(2):360-5.

AQUILANTE, A.G., ACIOLE, G.G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1):239-248, 2015.

BARBOSA, A.A.A; BRITO, E.W.G; COSTA, I.C.C. *Saúde bucal no psf, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município*. Cienc Odontol Bras 2007 jul./set.; 10 (3): 53-60.

BASTOS, J.R.M.; PERES; S.H.C.S.; RAMIRES; I. *Educação para a saúde*. In: *Pereira AC, editor. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 117-39.

BESEN, C.B. et. al. *A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde*. Saúde e Sociedade v.16, n.1, p.57-68, jan-abr 2007.

BORDIN, D.; FADEL, C.B. *Indicadores de saúde bucal na atenção básica e o impacto na cárie dentária*. Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 8- 21, maio./ago. 2012.

BOTAZZO, C. *Da arte dentária*. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2000.

BLEICHER, L; BLEICHER, T. *Saúde Para Todos Já!* 3 Ed- Salvador, Edufba, 2016 ISBN 978-85-232-1513-2.

BRASIL, Ministério da saúde. *Conselho Nacional de Saúde. Lei 8.080 de 19/09/1990*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2203. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/96*. Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Diário oficial da União. 6 nov. 1996.

BRASIL. Portaria nº.1.444, 28 de dezembro de 2000. *Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família*. Diário Oficial da União 2000; 29 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*. Diário oficial da União, Brasília, 22 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.840*. Inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, e estabelece as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011. Diário oficial da União, Brasília, 7 dez. 2010.

CHAVES, S.C.L. et al. *Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado*. Rev Saúde Pública, 2010.

FELIPE, G.F. *Educação em saúde em grupo: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso*. 2011. 173f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa. Universidade Estadual do Ceará. 2011.

FERREIRA et al. *Educação em Saúde Bucal para Pacientes Adultos: Relato de uma Experiência*. Revista de Odontologia da UNESP. 2004; 33(3).

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1987.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 29 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

GAVI, R.S. et al. *Evolução das políticas públicas de saúde bucal: de 1930 a 2010*. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde 2012; 14(2): 71-77.

ILHA, S.; DIAS, M.V.; BACKES, D.S.; BACKES, M.S. *Vínculo em Estratégia Saúde da Família*. Cienc. Cuid. Saúde 2014 Jul/Set; 13(3):556-562.

NARVAI, P.C. *Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil*. Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva. 2011; 5(3).

NARVAI, P.C., FRAZÃO, P. *Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

NARVAI, P.C. *Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade*. Rev Saúde Pública 2006; 40(N Esp):141-7. Políticas de saúde bucal no Brasil: Teoria e práticas / Sonia Chaves. Salvador: edufba, 2016 ISBN978-85-232-1504-0

NICKEL, D.A. et al. *Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(2):241-246, fev, 2008.

OSORIO, Luiz Carlos. *Psicologia Grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

PAIM, J.S. *Modelos de atenção e vigilância da Saúde. epidemiologia e saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.P.567-586.Capítulo 19.

PEREIRA, C.R.S. et al. *Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(5):985-996, mai, 2009.

PIMENTEL, F. C. *Análise dos indicadores de saúde bucal do Estado de Pernambuco: desempenho dos municípios segundo porte populacional, população cadastrada no Sistema*

de Informação da Atenção Básica e proporção na Estratégia Saúde da Família. Cad. Saúde Colet., 2014, Rio de Janeiro, 22 (1): 54-61.

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. *Impacto do Programa Saúde da Família sobre Indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil.* Ciência & Saúde Coletiva, Pelotas, v. 11, n. 3, p. 713-724, 2006.

SHEIHAM, A. *Public health approaches to promoting periodontal health.* Rev Bras Odontol Saúde Coletiva. 2001; 2(2): 61-82.

SILVESTRE, J.A.C. et. al. *Do Brasil sem Dentes ao Brasil Sorridente.* Cadernos ESP, Ceará 7(2): 28-39 jul./dez. 2013.

SINKOÇ, C.R. *Educação em saúde bucal e a motivação do paciente.* Rev Odontol Univ Santo Amaro. 2001; 6: 40- 3.

SOARES, R.S. C.; CIMÕES, R. *Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil* Cad. Saúde Pública;30(3) mar 2014

SOUZA, D.S.; CURY, J.A.; CAMINHA, J.A.N; FERREIRA, M.A.; TOMITA, N.E.; NARVAI, P.C.; et al. *A Inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família.* Rev Bras Odontol 2001; 2:7-29.

SOUZA, A. C.; COLOMÉ, I. C. S.; COSTA, L. E. D.; OLIVEIRA, D. L. L. C. *A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde.* Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147 – 153. 2005.

SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G. *Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial.* Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(11):2727-2739, nov, 2007.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. *O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação.* Cad Saúde Pública 1998; 14:429-35.

VASCONCELLOS, I.C.; SILVA, A.M.M.; JOÃO, M.; VASCONCELLOS, M.F. *Programas de saúde bucal: eficácia e perspectivas.* Rev Bras Odontol. 2001; 58: 130-4.

VICTOR, J.F.; VASCONCELOS, F.F.; ARAÚJO, A.R.; XIMENES, L.B.; ARAÚJO, T.L. *Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade.* Rev Esc Enferm USP, v.41, n.4, p.724-30, 2007.