

A afetividade como ferramenta na adesão às orientações sobre educação em saúde bucal na Saúde da Família

Affectivity as a tool in the adherence to guidelines on education in oral health in the Family Health Program

Afectividad como herramienta en la adherencia a las directrices sobre la educación en salud oral en el Programa Salud de la Familia

*Suely Ferreira dos Santos**

*Lúcia de Lourdes Souza Leite Campinas***

*Jaqueline Alves Lopes Sartori****

RESUMO: A educação em Saúde Bucal tem relação direta com os motivos que levam as pessoas a não modificarem seus hábitos de higiene bucal, ou terem dificuldade em incorporá-los no seu cotidiano, sendo que estes conhecimentos são de fácil transmissão) pela equipe de saúde bucal, mas nem sempre incorporados pelos pacientes. O trabalho objetivou estudar a afetividade como estratégia a ser utilizada na educação em saúde bucal, a fim de provocar mudanças deixando para trás a insegurança e acomodação. A metodologia foi embasada por pesquisa bibliográfica integrativa. Acreditamos que se nosso objetivo como profissionais de odontologia é termos melhores condições de saúde e diminuirmos o elevado índice de cárie e perdas dentais, a educação em saúde deve ser significativa ao paciente. Ouvimos sempre que educação e saúde deveriam caminhar juntas, mas como colocar em prática esta ação? O histórico dos levantamentos epidemiológicos realizados em nosso país nos traz quadros de contrastes e poucas melhorias de qualidade sobre alguns aspectos da saúde bucal. Os índices das pesquisas nos fazem refletir que a situação da condição bucal na população ainda é sofrível e que as mudanças são lentas. A mudança deverá iniciar na formação profissional do cirurgião-dentista, auxiliar e técnico em saúde bucal (CD, ASB E TSB, respectivamente), que seguem um modelo onde o desenvolvimento das habilidades manuais dos profissionais e procedimentos clínicos, tem seu foco principal. Para alterar este panorama precisamos atuar de maneira mais simples e efetiva. Orientações sobre higiene, alimentação e hábitos podem ser transmitidas por todos os membros da equipe de saúde bucal através dos conhecimentos técnicos aliados a nova ferramenta: "Comunicação com Afetividade". Devemos sempre em qualquer comunicação buscar a compreensão do universo do indivíduo que tem seus próprios valores, suas motivações, e suas experiências. Não reverteremos a triste situação em que se encontra a saúde bucal brasileira se continuarmos com velhas técnicas sem considerar afetividade como uma estratégia.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas públicas. Educação em saúde. Afetividade.

ABSTRACT: Education in Oral Health has a direct relation to the reasons that make people not to modify their oral hygiene habits or to have difficulty for incorporating them in its daily life even as this knowledge is easily transmitted by the oral health team but not always incorporated by patients. The work aimed at studying affectivity as a strategy to be used in education in oral health, in order to cause changes that surpass negative or passive attitudes. The methodology was an integrative bibliographical search. We believe that if our objective as professionals of odontology is promoting better health conditions and reduce the high rate of caries and dental losses, education in health must be significant to the patient. We always hear that education and health have to walk together, but how to really work for this to happen? The description of surveys epidemiologists carried through in our country brings pictures of contrasts and few improvements of quality on some aspects of oral health. The indices of research make us think that the oral condition in the population is still poor and that changes are slow. The change will have to begin in the professional training of surgeons-dentists, and assistants and technicians in oral health (CD, ASB and TSB, respectively), that follows a model where the main focus are the development of the hand abilities of professionals and clinical procedures. To modify this situation we need to act in a simpler and productive way. Instructions on hygiene, feeding and habits may be transmitted by all the members of oral health team using technical knowledge allied to a new tool: "Communication with Affectivity". In any communicative act, we must always search the understanding of the universe of individuals, which has their own values, motivations, and experiences. We will not change the sad situation of oral health in Brazil if we continue the old techniques without considering affectivity as a strategy.

KEYWORDS: Public politics. Education in health. Affectivity.

RESUMEN: La educación en salud oral se vincula directamente con las razones que inducen la gente a no modificar sus hábitos de higiene oral o tener dificultades como para incorporarlos en su vida de cada día aunque este conocimiento es transmitido fácilmente por el equipo oral de salud pero no siempre incorporado por los pacientes. El trabajo tuvo como meta estudiar la afectividad como estrategia que se utilizará en la educación en salud oral, para causar cambios que sobrepasan actitudes negativas o pasivas. La metodología fue una búsqueda bibliográfica integradora. Creemos que si nuestro objetivo como profesionales de la odontología es promover mejores condiciones de salud y reducir la alta porcentaje de carie y de pérdidas dentales, la educación en salud debe ser significativa para al paciente. Oímos siempre que la educación y la salud tienen que caminar juntas, ¿pero cómo trabajar realmente para que esto suceda? La descripción de exámenes que los epidemiólogos realizaron en nuestro país muestra un cuadro de contrastes y pocas mejoras de la calidad en algunos aspectos de la salud oral. Los índices de investigación hacen que pensemos que la condición oral de la población sigue siendo mala y que los cambios son lentos. El cambio tendrá que comenzar en el entrenamiento profesional de cirujanos-dentistas, de los asistentes y los técnicos en salud oral (CD, ASB y TSB, respectivamente), que sigue un modelo donde el foco principal es el desarrollo de las capacidades manuales de los profesionales y procedimientos clínicos. Para modificar esta situación necesitamos actuar de una manera más simple y productiva. Las instrucciones en higiene, alimentación y hábitos las pueden transmitir todos los miembros del equipo oral de salud utilizando el conocimiento técnico aliado a una nueva herramienta: "Comunicación con afectividad". En todo acto comunicativo, debemos buscar siempre la comprensión del universo de individuos, que tienen sus propios valores, motivaciones y experiencias. No cambiaremos la triste situación de la salud oral en Brasil si seguimos con las viejas técnicas sin la consideración de la afectividad como estrategia.

PALABRAS LLAVE: Política pública. Educación en salud. Afectividad.

* Cirurgiã-Dentista da Escola Técnica do SUS da Prefeitura Municipal de São Paulo. Especialista em Saúde Pública com ênfase em Programa de Saúde de Família.

** Doutora e Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Coordenadora do Curso de Especialização em Saúde Pública com ênfase em ESF, no Centro Universitário São Camilo, SP. E-mail: lucia@saocamilo-sp.br

*** Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Cirurgião dentista, Coordenadora dos cursos de Educação Profissional da área de Saúde Bucal da Escola Técnica do SUS do Município de São Paulo – ETSUS-SP/CEFOP.

Introdução

A saúde bucal é parte inseparável da saúde geral dos indivíduos e está relacionada com as condições sociais, de educação e compreensão no sentido do que se refere à saúde.

Tanto em Odontologia como em outras atividades profissionais na área da saúde, a teoria não se isola da prática, pois estas estão em constante interação e continuidade.

Com relação à Odontologia, tem-se índices que alertam para a necessidade de que nos façamos ouvir e saibamos ouvir a população, com a finalidade de obter melhores condições de saúde bucal em nosso país.

Segundo levantamento do Ministério da Saúde de 2005, visando a prevenção da cárie, somente 40% dos municípios que tem sistema de abastecimento público e conta com água fluoretada; os locais sem flúor no sistema de abastecimento registram até 49% mais dentes cariados¹.

De acordo com dados de 2005 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)², 28 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista, embora sendo o Brasil o país com o maior número de dentistas do mundo.

Além da necessidade da atuação curativa e emergencial que ao cirurgião dentista e equipe realizam, é preciso ressaltar atuação no campo preventivo, sendo que esta ação pode ser individual ou coletiva.

Tanto a prevenção como a manutenção da saúde bucal não tem seu foco principal no atendimento clínico, de modo que qualquer medida preventiva deve ter início na informação, no diálogo, na participação e na responsabilidade de todos os envolvidos.

Em qualquer relação entre pessoas, a comunicação acontece com a interação entre pelo menos dois

indivíduos. Esta interação pode se dar de forma espontânea, por meio de diálogo cotidiano, de questionamentos, ou através de discurso. Não há mais como afirmar, diante das mais diversas formas de comunicação, que somente com a transmissão tradicional do saber se pode esperar uma aplicação eficaz. É preciso ter escuta para o saber prático produzido e relatado pelas pessoas através de suas experiências reais.

“A ação comunicativa baseia-se em um processamento cooperativo de interpretação em que os participantes se referem a algo no mundo objetivo, no mundo social e no mundo subjetivo mesmo quando em sua manifestação só sublinhem tematicamente um destes três componentes”³.

Em se tratando de saúde bucal, as pessoas costumam manter hábitos cotidianos, familiares ou sociais, e por acreditarem que sempre foram realizados da mesma maneira acabam se tornando, muitas vezes, automáticos e sem reflexão.

No momento em que a equipe de saúde bucal tenta apresentar novas práticas ou estimular a reflexão sobre hábitos, se depara com a resistência natural, emocional e previsível do ser humano, pois este está apoiado em paradigmas que foram dando suporte a sua maneira de tratar sua saúde bucal.

A equipe de saúde bucal lida no seu dia-a-dia com resistência dos pacientes em incorporar novos hábitos ou mudar antigos e em alterar suas rotinas. Por vezes, esta resistência acontece devido à forma como o profissional apresenta as mudanças, dificultando assim ao paciente a compreensão e prejudicando a prática a ser executada. Segundo Echeverria⁴, há também problemas relacionados à dificuldade dos profissionais em escutar

as queixas, gerando problemas de comunicação entre pacientes e profissionais da saúde.

Para Block⁵, é preciso ser capazes de identificar o momento que ocorre a resistência, encarar a resistência como um processo natural e também como um sinal de que se atingiu o alvo.

Desta forma, estudo traz uma ferramenta que se mostra disponível a qualquer um de nós e que contemplará nossos anseios em relação à motivação de nossos pacientes e junto a eles permitir que sejamos capazes de identificar nossa atuação diante das constantes transformações da realidade.

Para Abric⁶, uma comunicação engloba elementos constitutivos como: informações, crenças, opiniões e atitudes. Quando se propõe o trabalho educativo para fins preventivos, tal ação de comunicação impõe lidar com as emoções dos pacientes envolvidos com o entendimento de que as pessoas possuem histórias e vivências diferentes, que do interferem no processo do aprendizado.

E para Orozco⁷, “múltiplas situações e cenários da vida cotidiana [...] vão fazendo com que a aprendizagem seja resultante de um processo significativo e relevante para o sujeito”. Sendo assim: impossível dissociar o conhecimento trazido pela equipe, do conhecimento que os pacientes trazem consigo.

É preciso considerar a adoção de estratégias que permitam a enfrentar a resistência natural dos pacientes. Segundo Ribeiro⁸, a afetividade é concebida como um sentimento, um estado e uma ação que se transforma em expressão humana de amor, ternura, proteção, cuidado, respeito, aceitação, amizade e afeição entre as pessoas. A afetividade é importante para o ensino e para a aprendizagem na medida que contribui para a criação de um clima

de compreensão, de confiança, de respeito mútuo, de motivação e de amor que podem trazer benefícios para a aprendizagem escolar.

Através da construção positiva desta competência, abre-se a possibilidade da equipe de saúde bucal ter condições de refletir e rever suas práticas educativas, contribuindo assim para a obtenção de sucesso no processo de comunicação.

Objetivo

O objetivo desse estudo foi estudar a afetividade como estratégia a ser utilizada na educação em saúde bucal, para que o paciente considere e incorpore mudanças, deixando para trás a insegurança e acomodação adquiridas.

Metodologia

Para cumprir o objetivo proposto, foi realizada pesquisa bibliográfica integrativa acerca do tema.

Os termos empregados na busca foram: políticas públicas de saúde bucal, afetividade na educação, educação em saúde, educação profissional.

Base de dados: Literatura Latino Americana em Ciência da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Brasileira de Odontologia (BBO).

Breve histórico da prática odontológica no Brasil

Desde o surgimento da sociedade humana são dispensados cuidados com os dentes. Existem relatos dos historiadores da medicina sobre curar os dentes e a arte dentária na tentativa de reposição de dentes perdidos.

As doenças bucais levam a desconforto, dificuldades relacionadas à mastigação e à fala. Ador que nos dias atuais ainda é considerada um sintoma comum, traz grande im-

pacto na qualidade de vida diária. A dor prejudica qualquer relacionamento pessoal e social, o sono, o trabalho, e o lazer.

Segundo a Associação Brasileira de Odontologia (ABO)⁹, a boca e os dentes têm grande importância estética, na fala, na alimentação; e a perda dos dentes e as más condições bucais trazem consequências negativas ao indivíduo tanto em seu convívio social, como em sua atividade profissional.

Na teoria Odontológica, o dente tem um foco maior que se evidencia a partir da formação profissional, seguido da importância de outras patologias que podem se apresentar na boca, como as oclusopatias, doenças gengivais, traumatismos, lesões cancerosas, manifestações na boca de doenças sistêmicas.

Mesmo que o foco seja o dente, a doença cárie e a doença periodontal para se instalarem, dependem da formação do biofilme (placa bacteriana), dieta, frequência da ingestão de açúcares, higiene e o tempo como elementos importantes. Como profissionais de saúde podemos interferir a qualquer momento e modificar a idéia préexistente que temos da instalação da cárie e de que perdermos dentes é inevitável. Hoje sabemos como a prevenção é importante quando nos referimos a vários tipos de cânceres bucais, sabemos que se não fumarmos, não ingerirmos álcool, estaremos contribuindo para nossa saúde bucal. Em quase todas as afecções bucais existem medidas preventivas tais como: exames bucais de rotina, exames laboratoriais, radiografias, alimentação, e ausência de vícios. A educação em saúde se apresenta como a mais simples estratégia na prevenção, pois ela fará a aproximação da informação, e do significado destas atitudes que levam as pessoas a preservarem sua saúde bucal.

Como o biofilme é responsável pela instalação da cárie e da doença periodontal é fundamental conhecer os métodos de controle da mesma, promovendo-se prevenção dessas doenças. É preciso que as pessoas conheçam como essas doenças se instalam e evoluem, para que se sintam agentes de controle e manutenção de sua saúde.

Durante 500 anos, desde o descobrimento do Brasil, a Odontologia é também reflexo do desenvolvimento sócio-econômico e cultural do país. Grandes contrastes econômicos, sociais e culturais refletem na formação dos profissionais de todas as áreas de atuação. A profissão também se caracteriza por incorporar alta tecnologia, porém reduzida parcela da população apresenta-se em condições de pagar por esse avanços, contrapondo-se a uma grande parcela da população sem acesso aos tratamentos, por conta do baixo poder econômico. Ainda por falta de decisões políticas não se desenvolvem estratégias consistentes de prevenção e promoção da saúde que se traduzam em um controle maior das doenças bucais.

Nas últimas décadas, a grande contribuição dentre as das medidas de Saúde Pública, foi a inserção das equipes de saúde bucal nas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), deixou-se de ter somente um agente de saúde bucal, no caso o dentista, para contar com o auxiliar e o técnico em saúde bucal.

A Odontologia que tradicionalmente teve seu foco maior voltado para a atividade curativa, seja no setor privado ou público, ainda tem muito a caminhar no sentido de reconhecer a importância da prevenção e da promoção em saúde.

Políticas públicas de saúde bucal

A Constituição Federal de 1988 ao determinar como dever do Estado garantir saúde a toda população, e criou o Sistema Único de Saúde

(SUS). Um grande passo foi dado com a Lei Orgânica da Saúde 8080 (LOS 8080, 1990), reafirmando a premissa “a saúde como direito de todos e dever do Estado”. A proposição de funcionamento do sistema com base no princípio da igualdade social tem levado à criação de muitas estratégias alinhadas à formulação de políticas públicas, financiamento, utilização de recursos, formação e prática dos profissionais, educação e promoção da saúde na população.

O SUS pressupõe garantir a promoção, proteção, recuperação, e reabilitação a todos os indivíduos, segundo suas necessidades, mas por outro lado é preciso sensibilizar a população para o reconhecimento de sua própria saúde e consequente melhoria de sua saúde bucal.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística² demonstraram que ainda é grande a parcela de brasileiros que nunca foi ao dentista: 15,9% da população, ou 27,9 milhões de brasileiros. Entre os menores de cinco anos, a proporção dos que nunca consultaram um dentista era de 81,8%, caindo para 22,1% no grupo etário de 5 a 19 anos e para 6,3% entre os com mais de 65 anos. Nas populações rurais e urbanas, essas proporções atingiram 13,6% e 28,0%, respectivamente. Enquanto 31,0% da população com rendimento mensal familiar de até um salário mínimo nunca fizeram uma consulta odontológica, a proporção caiu para 3% entre os que tinham rendimento superior a 20 mínimos.

O maior e mais amplo levantamento epidemiológico “SB Brasil – Condições de Saúde Bucal na População Brasileira” teve início em 1999 e foi finalizado em 2003, e seus resultados apresentados em 2004¹⁰. Os dados desta pesquisa orientam a condução das ações do Brasil Sorridente – Política Nacional

de Saúde Bucal, que evidenciam que o Brasil tem hoje cerca de 30 milhões de desdentados, que três em cada grupo de quatro idosos de 65 a 74 anos são desdentados; que 13% dos adolescentes nunca foram ao dentista, mais de 15% dos adultos desdentados necessitam de prótese dentária, 45% da população não tem acesso à escova de dente. Os piores dados estão nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste¹¹.

Odontologia orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, acrescida dos dados de realidade preconiza a formação de um novo modelo de atenção, baseado na promoção da saúde denominada o Programa Saúde da Família (PSF) atualmente tratado como Estratégia Saúde da Família (ESF), implantado em 1994, tendo como antecessor o PACS (Programa de Agentes Comunitários em Saúde), se coloca como política pública de saúde para a reorganização dos serviços em saúde, no âmbito da atenção primária, segundo os princípios e diretrizes do SUS, muda-se o foco da atenção centrada no dentista, para valorizar o trabalho em equipe¹².

Segundo Paim¹³, várias normatizações e modalidades de incentivo (financiamento), definidas por decretos e portarias ministeriais, além a demonstração de êxito em vários municípios brasileiros, mostra-nos a importância do programa.

A odontologia constitui-se em função das necessidades de melhorias dos índices epidemiológicos de saúde, da ampliação do acesso da população brasileira, em todas as faixas etárias, de ações que levem à promoção, proteção e recuperação da saúde e, reorientação das práticas de intervenção¹⁴.

A reorganização da atenção está centrada não somente nas necessidades curativas do indivíduo, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e na intervenção

nos fatores de risco, por meio de ações programadas e do desenvolvimento de ações intersetoriais¹⁵.

Em 2003, a partir de uma conjuntura política no país, e com base a um projeto comum de superação da exclusão social (...), a saúde bucal passou a fazer parte da agenda política, constituindo-se em prioridade do atual governo federal¹⁶.

A partir de 2006, o Ministério de Saúde, formular uma política específica para fortalecimento dos serviços de saúde bucal na Atenção Básica (anteriormente denominada atenção primária), sendo esta considerada a “porta de entrada” para o sistema de saúde para, a implantação de ações de promoção da saúde, como a fluoretação maciça da rede de abastecimento de água, e do fortalecimento da rede de atenção à saúde, incluindo os níveis secundários e terciários, por meio de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), descritos na Política Nacional de Saúde Bucal e no Projeto Brasil Sorridente¹¹.

Através do SUS foram implementadas novas Diretrizes de Saúde Bucal, tendo como orientação o conceito do cuidado, uma concepção de saúde centrada não somente na assistência aos doentes, mas na promoção da boa qualidade de vida e na intervenção nos fatores de risco¹⁷.

O contraste epidemiológico ainda é uma característica em nosso país, resultante de processos políticos e das ações e práticas; a aproximação da odontologia com epidemiologia é relativamente recente, e o alto índice de doenças bucais nos leva a uma reflexão sobre o campo de preparação dos recursos humanos da odontologia.

Um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde indica que, em 2008, 58% da população brasileira não tinha acesso adequado a escovas de dente. O número inclui

peças que consumiram o produto de forma esporádica ou inadequada – quando o uso da mesma escova é feito por um período muito prolongado – e também brasileiro sem acesso algum. Este índice certamente está relacionado com a má orientação por parte dos profissionais de saúde e a condição sócio-econômica das pessoas, porém a educação pode trazer significado para a importância que a escovação traz para saúde bucal e que é um direito do cidadão ter acesso a estes bens.

Quando a visão das políticas de saúde bucal se voltar para a prevenção e a educação em saúde, aumentando assim a capacidade de auto-cuidado das pessoas, menos gastaremos e menos investiremos em tecnologia e especialidades, reduzindo também a dependência com relação aos serviços públicos, diminuiremos a prevalência das doenças bucais, tratamento e recuperação.

A educação e a saúde

A educação em saúde é de grande importância quando tem por finalidade a transformação de atitudes, por meio do desenvolvimento de consciência crítica das causas reais dos problemas. Os conceitos de saúde e doença têm se ampliado e proporcionado uma visão dinâmica da percepção do indivíduo como um todo, e este mesmo indivíduo é quem pode se conhecer melhor, e perceber qualquer alteração que ocorre em seu organismo¹⁸.

A educação em saúde, quando efetivada na prática possibilita mudanças em direção à qualidade de vida. Permite aos indivíduos manter ou restabelecer sua saúde bucal mesmo com simples orientações. A educação é instrumento de transformação. Não só a educação formal, mas toda ação educativa que propicie a reformulação de hábitos e a aceitação de novos va-

lores, e que estimule a criatividade. Para que as pessoas saibam manter a saúde bucal, não basta explicar as causas das doenças e como evitá-las, precisamos criar a vontade de aprender, despertar o interesse, estimular o desejo em atingir os objetivos, desenvolver condições favoráveis ao aprendizado¹⁹.

Com o avanço dos conhecimentos científicos relacionados à transmissibilidade das doenças, particularmente as da boca, como cárie e doença periodontal, as ações educativas também se desenvolveram.

Segundo Moimaz²⁰ é fundamental fazer uma reflexão acerca das contradições da saúde bucal e relacioná-las com a formação profissional, e o contexto de políticas públicas de saúde bucal. Repensar as práticas educativas em saúde bucal como processo de promoção de saúde é contemplar as dimensões sociais e políticas da saúde. As contradições são resultantes do modelo adotado na formação dos profissionais, também na formulação das políticas, estratégias, ações e práticas profissionais. Modelo este, da biomedicina, fortemente centrado na doença e no paciente (o indivíduo doente).

“Este modelo preocupa-se prioritariamente, em realizar o diagnóstico da patologia e propor um tratamento que prevê a cura”²¹.

Para Botazzo²², a biomedicina e o regime capitalista influenciaram-se as bases do sistema de crenças em que a Odontologia se desenvolveu no Brasil, notadamente sua história no século XX, de modo que: os conteúdos humanísticos não são tidos como necessários ao bom desempenho profissional; o ensino centra-se em esforços para desenvolver habilidades manuais dos profissionais; enfatiza-se na odontologia um caráter privado; propõe-se o desenvolvimento de

procedimentos cirúrgico-reparadores que culminam em prática mutiladoras.

Nas relações educativas ideais que envolvem profissionais e pacientes, não se exclui a responsabilidade de iniciar e conduzir o processo educativo pelo educador, mas também se estabelece com o educando o itinerário que será seguido. Quando optamos por relações de profissional/paciente ou profissional/cliente, corremos o risco de esquecer que as pessoas são o objetivo da nossa ação²².

Para o sucesso na comunicação, o profissional da área de saúde deverá ajustar o nível da comunicação ao grau de entendimento do paciente para que esta se efetive eficazmente.

“Um importante aspecto na promoção de saúde para todas as faixas etárias é a educação. Mesmo com os avanços científicos e tecnológicos na Odontologia, o sucesso de um tratamento e a manutenção da saúde bucal, somente serão conquistados, com a participação ativa de um paciente consciente de suas necessidades e responsabilidades”²³.

As práticas em saúde sejam de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde bucal para que sejam incorporadas, devem ser pensadas muito além da simples transmissão de conhecimentos. A comunicação deve ser processo democrático que envolva informação, interlocução e outros processos culturais, como o da educação, pois ao apresentar ou reforçar qualquer conceito existe a necessidade de ser estabelecido um vínculo interpessoal.

É com relação a este vínculo e as dificuldades em lidar com a diversidade e necessidades específicas de cada indivíduo, é que a afetividade

se mostra como um diferencial, uma estratégia a ser utilizada.

Ouvir e integrar diversos aspectos que são trazidos, como as experiências, crenças e hábitos de cada pessoa, ao cuidado e afeto nas relações profissionais diminui a resistência inerente ao ser humano, conduzindo através deste processo interativo, a apropriação do que é importante para manutenção da saúde.

“Por muitos anos, até a década de 60, o tratamento odontológico para todas as faixas etárias baseava-se na extração dos dentes. Em seguida, muito se investiu em tratamentos curativos e, no final do século XX, preocupava-se com a prevenção. Para o século XXI, saúde bucal não é apenas a concepção de dentes preservados, mas sim o que faz aumentar a qualidade e a expectativa de vida das pessoas”²⁴.

Segundo Rezende¹⁹, toda ação educativa que propicie a formulação de hábitos e aceitação de novos valores é um instrumento de transformação social que permite o desenvolvimento do comportamento em relação à saúde.

Crenças e valores referentes a saúde

Para Botazzo²², “nenhuma formação ideológica ou sistema de crenças mantém-se sem que existam práticas que reafirmem ou retroalimentem essas crenças”. Crenças enraizadas que construímos em processos que ocorrem durante a vida, em especial os ligados a algum sofrimento, nos permitem acalantar esperanças de controle sobre determinada situação e nos traz segurança frente às ameaças e incertezas. Por isso nos agarramos fortemente as nossas concepções, pois sem elas temos a sensação de estarmos cain-

do no vazio. Nossa mente fará tudo para conservá-los, até distorcendo a realidade frente à possibilidade de mudança, sendo esta postura mental mantida em grande parte pelo nosso lado emocional.

Em Odontologia, existem crenças populares e mitos com relação a boca e dentes, muitas transmitidas de geração a geração sem nenhuma reflexão, somente verbalizada e praticada.

Em nossa experiência profissional é comum escutar nos primeiro atendimento, dúvidas com relação aos cuidados bucais, e que sempre levam à reflexão, como a de quais diferentes significados envolvem a decisão de uma mãe para fazer introdução do uso da chupeta em um recém-nascido? Jogar o dente de leite no telhado ou deixar embaixo do travesseiro para a “fada dos dentes” fará com que seja sadio o dente a erupcionar? Antibiótico estraga os dentes? Quem perdeu todos os dentes precisa ir ao dentista? A escova de dente pode ser usada por várias pessoas?

Os questionamentos trazidos partem de crenças ou valores que se estabeleceram em algum momento, e que se perpetuam entre gerações. Podemos sugerir falta de acesso à informação, ou ao tratamento dentário, ou que nenhum profissional da área de saúde tenha orientado, mas também podemos pensar que tenham recebido informação, que passaram por tratamentos odontológicos, e que tenham sido orientados. Porém, existirá a certeza de que nada foi tão significativo a ponto de fazê-los refletir sobre sua saúde bucal e levá-los a mudanças, porque sem afetividade não há informação significativa que “combata” sua crença desenvolvida num momento que sua emoção esteve presente, e trazida por um amigo ou familiar.

Costa, Saliba e Moreira²⁵ alegam que o folclore popular é rico

em atributos negativos em relação ao tratamento odontológico na gravidez como: a cada gravidez, perde-se um dente; há enfraquecimento dos dentes da mãe porque o feto retira cálcio deles; danos à formação do feto ou até a perda do mesmo devido ao uso de anestésico odontológico.

Segundo Queiroz²⁶ projetos de educação para saúde bucal de gestantes devem ser iniciados com o levantamento de tabus para que esses possam ser desmistificados pelos profissionais envolvidos no cuidado da gestante. Desta forma, melhoraria a adesão, a segurança e a motivação ao pré-natal odontológico.

A gestação como causadora de alterações buco-dentais parece estar relacionada a aspectos psicológicos e/ou emocionais, à presença de mitos, pois não há respaldo científico que responsabilize a gravidez por tais acontecimentos. Possivelmente, os problemas odontológicos são pré-existent, ou ocasionados por descuidos na higienização durante o período gestacional.

Mais uma vez, a educação surge como importante meio de promoção de saúde. O conhecimento, e consequente prática de medidas simples, como evitar soprar o alimento do bebê, não-utilização simultânea do mesmo talher pelo adulto e criança, não beijar o bebê na boca, higienização precoce da boca do neném, contribuem para retardar o aparecimento de bactérias.

Idéias pedagógicas

A educação sempre existiu e o conceito de pedagogia reporta-se a uma teoria que se estrutura a partir e em função da prática educativa. A pedagogia tenta equacionar, de alguma maneira, o problema da relação educador-educando, orientando o processo de ensino e aprendizagem²⁷. Relacionados à educação, ao longo da história da

Humanidade, estão a religião, o trabalho, a economia, a política, a comunicação e os valores culturais, sociais e pessoais sendo que cada indivíduo segue sempre evoluindo e se instruindo seguindo em diferentes tempos de aprendizagem.

Segundo Gadotti²⁸, tudo que possa encorajar nutrir, fecundar o pensar através dos meios educativos deve ser alvo central e decisivo na educação. Existe a necessidade na educação de subsidiar a prática, sendo fundamental a ligação entre teoria e prática, somente informação ou conhecimento não traz mudanças de atitudes.

Para Góes²⁹, a partir dos princípios, métodos e consequências em dimensão individual e social de cada pedagogia, foi possível discutir que a prática educativa norteada pela metodologia da problematização é a mais adequada à prática educativa em saúde; pois, além de promover a valorização do saber do educando e instrumentalizá-lo para transformação de sua realidade e de si mesmo, possibilita a efetivação do direito da clientela às informações de forma a estabelecer sua participação ativa nas ações de saúde, assim como para o desenvolvimento contínuo de habilidades humanas e técnicas do profissional de saúde, fazendo que este exerça um trabalho criativo.

A metodologia aplicada nas ações educativas é trazida pelo educador que acredita no resultado eficiente desta aplicação. Segundo Bordenave³⁰ (1999), as opções pedagógicas adotadas refletem as ideologias e em sua maioria o interesse está nos efeitos de sua aplicação. A educação sendo comunicação é feita individual ou coletivamente, utilizando para seus objetivos vários meios. Podemos descrever muitas opções pedagógicas, que certamente serão conhecidos, pois todos nós passamos por processos educativos, formais ou não.

“Todo educador, ao interrogar-se sobre as finalidades de seu trabalho, está, de certa forma, filosofando, mesmo que não o pretenda”²⁸ (GADOTTI, 2008).

Comunicar é por em comum, é entrar em relação, é um campo de troca que permite ensinar e aprender, dialogar, e em saúde deve garantir conhecimento que a fundamente.

A comunicação verbal talvez seja a mais utilizada no processo de educação em saúde. Esta tendência também foi observada no estudo de Moimaz et al²⁰, onde verificou-se que os métodos educativos mais utilizados pelos cirurgiões-dentistas entrevistados foram, em ordem decrescente, as explanações verbais (85%), o uso de macro modelos (66,6%), álbuns explicativos (51,7%) e cartazes (29%). Temas como higiene bucal, dieta, hábitos saudáveis através de atividades lúdicas como teatro, fantoches, músicas, desenhos, folders, diversas mídias por meio das quais também podemos atingimos grande número de pessoas, são estratégias motivacionais e que tem se mostrado muito importante no que se refere à promoção de saúde.

Ao planejar-se uma ação educativa deve-se levar em conta as características do público, suas necessidades e as experiências trazidas por eles. Só aí poderemos fazer a opção metodológica e os meios de comunicação que utilizaremos e também seu acompanhamento e avaliação.

As experiências trazidas pelos educandos são positivas para a aprendizagem.

A educação deve favorecer o questionamento, a escuta, o diálogo, e a reflexão para que juntos se encontrem alternativas de resolver problemas relacionados a manutenção da saúde e prevenção

das doenças bucais e não apenas seguir sem reflexão normas recomendadas de como ter saúde ou evitar doenças.

“O princípio da integralidade como eixo norteador das ações de educação em saúde deve estar articulado à urgência de se corrigir a tendência de um agir em saúde fragmentado e desarticulado, embasado em uma postura autoritária, verticalizada de imposição de um saber científico descontextualizado e inerte dos anseios e desejos da população no tocante a sua saúde e condições de vida”¹⁸.

Se nosso objetivo é a aproximação de uma aprendizagem significativa, as ações educativas devem partir de situações reais.

A proposta deste trabalho não é descrever as diversas opções pedagógicas aplicadas através do tempo, nem de colocar alguma como melhor que outra, porque todas têm relação com a sociedade, cultura e política.

Para Gadotti²⁸, a educação tradicional, (...) que era a princípio destinada a uma pequena minoria, e destinava-se a reproduzir os valores e cultura da sociedade, tem uma visão de transmissão pré-estabelecida, considerando o indivíduo como um ser desprovido de conhecimento começou seu declínio já no movimento renascentista, embora sobreviva até hoje. E a educação nova, que apareceu com a obra de Rousseau, “onde a criança não seria mais considerada um adulto em miniatura” desenvolveu-se mais nos dois últimos séculos e trouxe numerosas conquistas...

Muitos pensadores, filósofos, educadores, contribuíram para as mais diversas linhas pedagógicas que são aplicadas até hoje também. Cito alguns somente para

entendermos a relação das escolas pedagógicas com a sociedade e suas necessidades através do tempo.

Segundo Gadotti²⁸, tivemos com Lev Semanovich Vygotsky a atribuição ao domínio da linguagem na educação para adultos e crianças, já com Maria Montessori o uso de materiais concretos na educação de crianças na pré-escola, que é aplicado ainda hoje. Segundo Jean Piaget, existe a necessidade de se organizar o real, como uma crítica a escola tradicional que ensina a copiar e não pensar. Roger Cousinet desenvolveu o método de trabalho por equipes, Paulo Freire observou que a escola podia servir tanto para a educação como prática para a dominação quanto para a prática da liberdade. Ainda para Gadotti²⁸, Célestin Freinet e Henry Wallon com conceitos de educação antiautoritária, centravam a educação no trabalho, na pesquisa e no meio social.

Para Ramos³¹, no caso das escolas técnicas, onde o condicionamento do indivíduo é o objetivo, seu papel é fazer com que os saberes da prática realizada pelos alunos se tornem sistematizados dentro de um currículo. Isto implica dosá-lo, sequenciá-lo e viabilizar as condições de sua transmissão-assimilação através de propostas metodológicas.

Uma visão pedagógica problematizadora, tem o indivíduo como um sujeito com vivências, saberes que devem ser utilizadas como referencial na construção do saber coletivo. O caminho da problematização da ação educativa, parte do diálogo, busca romper a forma vertical de ensinar, estimulando o poder criador do aluno e de compreensão da realidade em permanente transformação¹².

Assim, o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diá-

logo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos se tornam sujeitos do processo, ambos crescem juntos e o argumento da autoridade já não existe. Os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo³².

Ainda, segundo Gadotti²⁸, o traço mais original deste século é o deslocamento da formação puramente individual para o social e popular.

As teorias pedagógicas são muitas, mas qualquer que seja a utilizada podemos lançar mão da afetividade. Algumas como as da problematização facilitam o uso da ferramenta da afetividade, pois partem do princípio da escuta, da vivência das pessoas e da possibilidade de traçarem juntos o que se quer para a saúde bucal.

A Afetividade

O afeto é presente desde o nosso nascimento, é através dele que o bebê se sente acolhido por uma mente que o compreende e o humaniza, o ajuda a enfrentar as primeiras dificuldades que o nascimento traz consigo. Isto nos leva a pensar que “o mais crucial aprendizado da vida não é intelectual e sim afetivo”³³.

Em educação não existem saberes ligados somente à racionalidade ou à sensibilidade, ambas se complementam.

Para Piaget³⁴, ao longo da história da humanidade, temos momentos de maior destaque à racionalidade em detrimento dos sentimentos, havendo distorção da realidade; e em outros, maior valor à emotividade, deixando de lado aspectos intelectuais, todos os objetos de conhecimento são simultaneamente cognitivos e afetivos, e as pessoas, ao mesmo tempo em que são objetos de conhecimento, são de afeto.

[...] acredita-se que as duas estruturas (afetividade e

cognição) funcionem psicologicamente de maneira dinâmica e construtiva, como peças conjuntas de um processo único no funcionamento psicológico, sendo assim de pouco valor dividi-las em fragmentos dissociados entre si. Em cada experiência, o ser humano é cognitivoafetivo ao mesmo tempo, estando em proporções variáveis ‘mais’ afetivo ou ‘mais’ cognitivo, ou quem sabe ambas somadas. Ou seja, sendo inseparáveis³⁵.

Uma imagem que se faz presente é que o ser humano seja composto multidimensionalmente por uma dimensão *cognitivo-afetiva*. Por isso é que frente a toda esta discussão, começa-se a compreender que a organização do pensamento humano pode ser influenciada tanto pela cognição, quanto pela afetividade. Frente a tais indagações, a afetividade *coabitaria* psiquicamente em igual proveito com a cognição e teria assim, um valor considerável na organização do raciocínio humano, entendendo-se que a afetividade pode mobilizar e coordenar funcionalmente a dinâmica subjetiva do sujeito psicológico³⁵.

Ao participarmos de qualquer processo educativo, não deixamos “do lado de fora” nossos sentimentos e emoções, eles nos acompanham sempre e com intensidades variadas, podendo facilitar ou dificultar a aprendizagem.

A importância da afetividade se dá, porque mesmo ao tentarmos esforços para diminuir as resistências através da razão e podermos ter um aparente resultado positivo, a médio e longo prazo estarão fadados ao fracasso, pois entre outras coisas, as nossas defesas a situações de mudança não são racionais, mas sim emocionais⁸.

Por outro lado, medos e mitos presentes e resistências podem também vir nos profissionais de saúde bucal. Portanto o afeto já deve estar presente entre os membros da equipe e favorecer o desenvolvimento das ações educativas

Assim, a afetividade se torna uma importante ferramenta na comunicação. O desenvolvimento afetivo representa um mecanismo de responsabilização de ambas as partes. Termos crianças e adultos valorizados significa termos multiplicadores de bons hábitos.

A afetividade empregada nas atividades educativas favorece a participação e facilita o entendimento do assunto e motivam as mudanças de estilos de vida, em busca de um novo ideal: a construção de hábitos saudáveis. Valoriza-se, com esta ferramenta, a escuta dos conceitos que são trazidos por todos, independente da idade, condição social, cultural e assim respeitando e conduzindo com maior compromisso de ambos os lados as mudanças de comportamento, que passarão da intenção para ação.

Para Ribeiro⁸,

[...] a afetividade é concebida como um sentimento, um estado e uma ação que se transformam em expressão humana de amor, ternura, proteção, cuidado, respeito, aceitação, amizade e afeição entre as pessoas.

[...] a afetividade é importante para o ensino e para a aprendizagem na medida em que contribui para a criação de um clima de compreensão, de confiança, de respeito mútuo, de motivação e de amor que podem trazer benefícios para a aprendizagem escolar.

[...] os resultados positivos de uma relação educativa

movida pela afetividade opõem-se àqueles apresentados em situações em que existe carência desse componente. Assim, num ambiente afetivo, seguro, os alunos mostram-se calmos e tranquilos, constroem uma autoimagem positiva, participam efetivamente das atividades propostas e contribuem para o atendimento dos objetivos educativos. No caso contrário, o aluno rejeita o professor e a disciplina por ele ministrada, perde o interesse em frequentar a escola, contribuindo para seu fracasso escolar.

[...] o professor que possui a competência afetiva é humano, percebe seu aluno em suas múltiplas dimensões, complexidade e totalidade. Nesse caso, o aluno não é considerado um receptáculo de conhecimentos escolares, segundo a concepção bancária de educação (Freire, 1974), mas um sujeito ativo, portador tanto de problemas quanto de potencialidades. Se o aluno vive num meio insalubre, se apresenta carências afetivas e socioeconômicas, é acolhido como sujeito, tocado e valorizado como pessoa com suas idiossincrasias. Os professores parecem, com efeito, preocupados com a aprendizagem e com o sucesso escolar dos seus alunos. Além dessas características intrínsecas à personalidade, o modelo de professor "afetivo" em que se representam os participantes apresenta características profissionais desejáveis, como a capacidade de desenvolver estratégias pedagógicas e educativas dinâmicas e

criativas que estimulam o aluno notadamente pelo próprio prazer de ensinar e que envolve os alunos nas decisões e nos trabalhos de grupo. Finalmente, os participantes reivindicam a inclusão da dimensão afetiva nos programas de formação dos professores.

[...] os participantes demonstram capacidade para identificar os problemas existentes em sua prática, mas, desprovidos das competências profissionais, tendem a resolvê-los por meio de mecanismos morais e religiosos

A afetividade, que é o núcleo central dessas representações pode ser constituído dos elementos: amor, carinho, compreensão, respeito, amizade, afeto, solidariedade, atenção e companheirismo e que esses elementos aglutinadores desempenham um papel importante na relação educativa⁸.

Pelo critério de Pinto³⁵ a afetividade engloba tanto a resposta emocional (raiva, ansiedade, estresse), como os aspectos expressivos e gestuais numa mesma experiência. Seguindo esse entendimento, o estudo da afetividade contemplaria características, atitudes e valores pessoais.

Se associarmos este conceito de dualidade entre razão e emoção com a pedagogia tradicional da educação formal pela qual a maioria das pessoas estudou, não conseguiremos dar os passos necessários em direção a uma educação significativa para ambos os envolvidos – educador e educando. A afetividade consegue preencher esta lacuna entre razão e emoção, ela é ferramenta importante para aproximação em qualquer comunicação, opção pedagógica, linguagem, forma de resistência, ou crenças existentes.

Conclusão

A história da odontologia no Brasil, e os dados obtidos através de levantamentos epidemiológicos realizados quanto às condições de saúde bucal da população remete a reflexão da importância da educação em saúde.

Devemos refletir se além da importância que as políticas de saúde pública imprimem sobre a saúde bucal da população e da formação acadêmica e técnica de toda equipe de saúde bucal. A nossa prática comunicativa se traduz na não valorização dos pacientes na manutenção de sua saúde bucal, ou, que sejam resistentes a mudanças de hábitos, e também no não entendimento da responsabilização que cada indivíduo tem sobre sua saúde bucal.

As técnicas odontológicas foram se aprimorando com o tempo e podem melhorar bastante a qualidade da saúde bucal das pessoas. Mas, muitas delas são ainda muito caras para maior parte da população e não são aplicadas por falta de priorização de políticas de saúde. O que existe em contrapartida às melhores tecnologias, são as orientações com relação a saúde bucal, que transmitidas com a ferramenta da afetividade serão incorporadas com maior facilidade no cotidiano

das pessoas. A equipe de saúde bucal deve desempenhar papel importante na prevenção, na cura ou na reabilitação da saúde bucal e a educação em saúde está presente e relaciona todas as atividades relacionadas a saúde bucal.

Para ser educador no desenvolvimento de atividades do cotidiano não é preciso tornar-se especialista em teorias da educação, em teorias pedagógicas, ou em teoria da comunicação, mas é preciso ter afeto.

O dentista e a equipe não devem apenas ser agentes promotores de cura e o paciente é o principal responsável pela sua cura. É muito mais fácil tomar um medicamento que proporciona uma cura momentânea, do que modificar seus hábitos e contribuir assim para sua saúde bucal. Muitos pacientes só adotam hábitos mais saudáveis após algum acontecimento traumático ou algum diagnóstico de doença grave. Nossa responsabilidade é orientar e querer que eles reflitam sobre sua própria saúde.

Educar é comunicar de diversas maneiras, e se puder contar com um fator facilitador como a afetividade, que pode ser utilizada em qualquer modo de comunicação, nossos objetivos seriam atingidos de forma mais efetiva.

Com afeto na escuta, com a valorização do que é trazido pelas pessoas envolvidas no momento da aprendizagem, poderemos despertar interesse e a vontade de aprender.

Principalmente adultos devem ser ouvidos com atenção e afeto pois trazem experiências traumáticas com dentistas e tratamentos, e consideram os cuidados com sua saúde bucal bons para si, e tem seus valores e crenças arraigadas, com relação a sua própria saúde. Mesmo as resistências a mudanças, manifestadas nas suas diversas formas podem ser atenuadas pelo afeto.

Para que sejamos ouvidos em nossas orientações, devemos considerar as experiências que o paciente tem a nos relatar. Ele é o nosso objetivo maior. Queremos que ele reflita sobre o que traz consigo e o que estamos querendo que ele conheça, e não simplesmente entre em contato com o que pode ser familiar para os profissionais de saúde, mas não para eles.

O fator emocional nunca se distancia do aprendizado, e nossa escuta e nosso respeito pelo que ele nos fala, fará a diferença quando fizermos nossas recomendações.

A relação de afeto que se estabelece é um vínculo que não se altera facilmente, pois há a responsabilização de ambas as partes.

REFERÊNCIAS

1. Costa H. Por uma política de saúde bucal. Rev Espaço Acadêmico [Internet]. [citado 17 Jul 2009];38. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/038/38ccosta.htm>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa da população. 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/popclock> Acesso em: 10 Mar 2009.
3. Habermas J. Teoria de la acción comunicativa. Racionalidad de la acción y racionalización social. Tomo I. Madrid: Taurus; 1987.
4. Echeverría R. Actos de lenguaje. La escucha. 2a ed. Chile: Comunicaciones Noroeste; 2000. p. 165. v. 1.
5. Block PR. Consultoria: o desafio da liberdade. 2a ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil; 2001. p. 106.
6. Abric JC. Les représentations sociales: aspects théoriques. In: J.-C. Abric, organizador. Pratiques sociales et représentations. 2a ed. Paris: Presses Universitaires de France; 1997. p. 11-37.

7. Orozco GG. Comunicação, educação e novas tecnologias: tríade do século XXI. *Comunicação e Educação*. 2002;23:57-70.
8. Ribeiro LM, Jutras F. Representações sociais de professores sobre afetividade. *Estudos de Psicologia*, Campinas. 2006;23(1):39-45.
9. Associação Brasileira de Odontologia (ABO). 500 anos de Odontologia no Brasil. *Rev ABO Nac* [Internet]. 1998 Out-Nov [citado 30 Out 2009]. Disponível em: <http://www.abo.org.br/odonto.php>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal. Saúde da Família. Levantamento Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/vigilancia.php> Acesso em: 10 Mar 2009.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasil Sorridente. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/brasil_sorridente.php Acesso em: 10 Mar 2009.
12. Sartori JAL. A contribuição do curso de formação profissional do Auxiliar em Saúde Bucal na prática dos serviços de saúde bucal e na vida dos profissionais envolvidos [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.
13. Paim JS. Saúde da família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface comun, saúde, educ*. 2001;9:143-5.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília; 2001. Disponível em: http://dtr2001.www.saude.gov.br/bvs/publicações/política_2vpdf.pdf
15. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília (DF); 2004. Disponível em: http://dtr2001.www.saude.gov.br/bvs/publicações/política_nacional_brasilsorridente.pdf
16. Brasil. Ministério da Saúde, Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de consultório Dentário. Perfil de Competências Profissionais. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
17. Rodrigues MF. Prevenção e Promoção da Saúde Bucal no Atendimento Comunitário. São Paulo: Martinari; 2008.
18. Machado, et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *C S Co*. 2007;12(2):335-42.
19. Resende ALM. Saúde dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez; 1986.
20. Moimaz SAS, Saliba CA, Saliba NA, Costa CC, Souza RPPM, Saliba TA. Utilização de métodos preventivos em consultórios particulares. *Rev ABO Nac*. 2002;9(6):372-8.
21. Camargo JKRA. *Biomedicina: Physis*. 1997;7(1):45-68.
22. Botazzo C. Saúde bucal e cidadania: transitando entre a teoria e a prática. In: Pereira AC, organizador. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo a saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 17-27.
23. Ferreira RI, Morano Jr M, Meneghim MC, Pereira AC. Educação em Saúde Bucal para Pacientes Adultos: relato de uma experiência. *Rev Odontol UNESP*. 2004;33:149-56.
24. Caldas JAF, Caldas KU, Oliveira MRM, Amorim AA, Barros PMF. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos. *Rev Cienc Méd*. 2005;14:229-38.
25. Costa ICC, Saliba O, Moreira OS. Atenção odontológica à gestante na concepção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação. *RPG Rev Pos Grad São Paulo*. 2002;9(3):232-43.
26. Queiroz SMPL. Promovendo a saúde bucal nos diferentes ciclos da vida: gestante e bebê. *Rev CRO Paraná*. Curitiba. 2005;11(51):8-9.
27. Saviani D. História das idéias pedagógicas no Brasil. 2a ed. Campinas: Editora Autores Associados; 2008.
28. Gadotti M. História das idéias pedagógicas. 8a ed. São Paulo: Ática; 2008.
29. Góes MC. A natureza social do desenvolvimento psicológico. *Cad CEDES*. 1991;24:17-31.
30. Bordenave J. Alguns fatores pedagógicos. In: Santana JP, Castro JL, organizadores. *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos* Cadar, H. Natal: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde / Editora da UFRN; 1999.
31. Ramos M. A pesquisa sobre educação profissional em saúde no MERCOSUL: uma contribuição para políticas de integração regional referentes à formação de trabalhadores técnicos em saúde. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2007 [citado 31 Out 2009];23Sup 2:S282- S291. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v23s2/16.pdf>
32. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1975.
33. Lisondo HR. *Mudança sem catástrofe ou catástrofe sem mudanças: liderando pessoas para o processo de mudanças na organização*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
34. Piaget J. *A linguagem e o pensamento da criança*. Tradução Manuel Campos. São Paulo: Martins Fontes; 1986.
35. Pinto FEM. *Por detrás dos seus olhos: a afetividade na organização do raciocínio humano* [dissertação]. Campinas: FE/Unicamp; 2004.

Recebido em 23 de setembro de 2009
Versão atualizada em 22 de outubro de 2009
Aprovado em 19 de novembro de 2009