

VALDIR CATARINO PESSOTO

**CONHECIMENTO E ATITUDES DOS PROFESSORES DA REDE
MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS ACERCA DO PROCESSO
SAÚDE/DOENÇA BUCAL**

**Dissertação apresentada ao curso de
Pós Graduação em Saúde Pública do
Departamento de Saúde Pública,
Centro de Ciências da Saúde,
Universidade Federal de Santa Catarina,
como requisito parcial à obtenção do
grau de mestre.**

Orientador: Prof. Dr. JOÃO CARLOS CAETANO

**Florianópolis
maio de 2001**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**CONHECIMENTO E ATITUDES DOS PROFESSORES DA REDE
MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS ACERCA DO PROCESSO
SAÚDE/DOENÇA BUCAL**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**" CONHECIMENTO E ATITUDES DOS PROFESSORES DA REDE
MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS ACERCA DO PROCESSO SAÚDE-
DOENÇA BUCAL "**

AUTOR: Valdir Catarino Pessoto

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE:

MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE**

Profª. Dra. Vera Lúcia G. Blank
COORDENADORA DO CURSO

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. João Carlos Caetano
(Presidente)

Profª. Dra. Salette Maria Pretto
(Membro)

Profª. Dra. Maria Helena B. Westrupp
(Membro)

Profª. Dra. Elza Berger Salema Coelho
(Membro)

Profª. Dra. Vera Lúcia G. Blank
(Suplente)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

Ao Tainam, meu tesouro mais precioso,
que com seu brilho disseminará amor e liberdade,
e que com suas asas e sua sabedoria conseguirá
acalmar as turbulências e tempestades da vida;

À Lena, abrigo do meu grande amor e moradia da minha paixão, que
misturou seu suor e seu sangue nas entrelinhas desta dissertação,
e que estimulou-me a retomar as rédeas da minha existência;

Aos meus pais, que tiveram a tolerância
e o respeito para comigo nos momentos
de profundas divergências sobre o ser e o viver no mundo,
e dos quais herdei princípios valiosos como a honestidade,
a humildade, a perseverança e a força de lutar
por uma existência humana mais digna e solidária.

AGRADECIMENTOS

- Às professoras Maria Helena Westrupp, Sandra Caponi e Vera Blank, componentes da banca de seleção para o ingresso ao curso de mestrado em Saúde Pública, pela oportunidade e pelo voto de confiança em minha capacidade;
- Aos professores, diretores e orientadores pedagógicos das escolas pesquisadas, pela atenção e colaboração que foram imprescindíveis à viabilização desta pesquisa;
- Ao meu orientador, Prof. Dr. João Carlos Caetano, pela orientação, perseverança e paciência durante esta longa jornada acadêmica;
- À grande amiga Cristine, pelo seu trabalho na análise dos dados, por sua contribuição valiosa nas discussões dos resultados desta pesquisa e pela sua orientação informal e cuidadosa;
- Aos companheiros Rui e Roberto Carlos, diretores do Sindicato dos Bancários de Florianópolis, pela compreensão e solidariedade;
- Aos amigos Lucio Flávio e Valdir Alvim, pelo apoio operacional e técnico na concretização desta pesquisa;
- À CAPES, pelo apoio financeiro ao presente estudo;
- À Secretaria Municipal de Educação, pelo apoio técnico-administrativo na construção deste trabalho.

“... no dia em que estivermos convencidos de que a saúde pública não é um privilégio, mas um benefício que todo cidadão tem direito a ela, no dia em que estivermos convencidos de que a saúde pública é tão importante quanto a educação pública, aí então seremos capazes de ver as suas conseqüências.”
(Henry Ernest Sigerist, 1935)

RESUMO

O presente estudo do tipo descritivo exploratório tem como objetivo principal identificar o conhecimento e as atitudes de professores públicos municipais do ensino fundamental de Florianópolis/SC acerca do processo saúde/doença bucal. Em função da pesquisa documental e dos contatos prévios realizados na Secretaria Municipal de Educação definimos como universo da pesquisa os professores municipais da 3ª a 8ª séries, lotados e em atividade na rede municipal de ensino, exceto aqueles que atualmente exercem funções administrativas ou de direção, totalizando assim uma população-alvo de 112 professores. A coleta de dados foi realizada através de questionário com perguntas abertas e fechadas, distribuídos em 22 escolas municipais localizadas nos bairros do município. Outra técnica de coleta de dados utilizada foi o da observação não participativa das condições físicas, ambientais e dos recursos humanos das escolas pesquisadas. Encerrada a pesquisa de campo, partimos para a discussão e os resultados deste estudo tendo como referência os 52 questionários respondidos (46,43%), que configuraram-se enquanto amostra do universo da pesquisa. Alcançar os objetivos desta pesquisa tem por finalidade averiguar as possibilidades concretas e reais de realizar-se a educação em saúde bucal nas escolas na perspectiva da transversalidade curricular proposta pelo Ministério da Educação do governo brasileiro. Os resultados deste estudo apontam a necessidade da capacitação prévia dos professores pesquisados em relação ao conhecimento específico de saúde bucal para que venham futuramente tornar-se agentes promotores e multiplicadores deste conhecimento.

ABSTRACT

The current study classified as exploratory descriptive proposes to identify the knowledge and attitudes of public teachers from de fundamental education in Florianópolis, Santa Catarina through the health/mouthing disease process. Considering the file research and the preview contacts realized in the Education Municipal Department, we define as universe of the research the municipal teachers form de fourth grade (third grade in Brazil) to ninth grade (eighth grade in Brazil), assigned in the municipal educational system, except those who actually work at the administrative and directive board, totaling though a target-population of 112 teachers. The collect of data was accomplished by questionnaire of close and open questions, distributed at 22 municipal schools spread for all of the boroughs of the city. Another instrument utilized to the collect of data, was the observation of the structural conditions, environmental and the human resources of the researched schools. Done the field research, we started to the arguments and the results of this study, based on the 52 answered questionnaires (46,43%), that configure to sample of the universe of the research. To reach the goals of this research aims to check the concrete and real possibilities of accomplishing the education in health/mouthing in the schools in the curricular transversally perspective proposed by the Brazilian Minister for Education. The results of this study point to the need of the previous capability of the researched teachers in relation to the specific acquaintance of the health/mouthing in order to become, in the near future, promote agents and multipliers of this knowledge.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	ix
LISTA DE GRÁFICOS.....	x
LISTA DE SIGLAS.....	xii
LISTA DE TABELAS.....	xiv
INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 1. O CONTEXTO DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA.....	20
1.1. Evolução Conceitual do Processo Saúde/Doença.....	20
1.2. Saúde Bucal no Brasil.....	32
CAPÍTULO 2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE, PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO E PROPOSTA CURRICULAR.....	44
2.1. Aspectos Gerais da Educação em Saúde.....	44
2.2. Conhecimento (Interdisciplinaridade).....	52
2.3. Transversalidade Curricular (Parâmetros Curriculares Nacionais - PCN).....	61

CAPÍTULO 3.	OBJETIVOS.....	67
3.1.	Objetivo Geral.....	67
3.2.	Objetivos Específicos.....	67
CAPÍTULO 4.	METODOLOGIA DA PESQUISA.....	68
4.1.	Delineamento e Universo da Pesquisa.....	68
4.2.	Caracterização do Local da Pesquisa.....	71
CAPÍTULO 5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA.....	76
5.1.	Perfil dos Professores Pesquisados.....	77
5.2.	A Infra-estrutura e as Atividades de Saúde Bucal Desenvolvidas nas Escolas Pesquisadas.....	79
5.3.	Conhecimento dos Professores Pesquisados.....	83
5.4.	Atitude dos Professores Pesquisados em Relação a Saúde Bucal.....	89
5.5.	Atividade de Saúde Bucal Desenvolvidas pelos Professores Pesquisados.....	92
	CONCLUSÕES.....	96
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
	ANEXOS.....	107

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1:	ESCOVÓDROMO I.....	72
FIGURA 2:	SALA DE AULA I.....	72
FIGURA 3:	ESCOVÓDROMO II.....	72
FIGURA 4:	SALA DE AULA II.....	72
FIGURA 5:	ÁRVORES NO PÁTIO.....	73
FIGURA 6:	PAISAGEM DE CONCRETO.....	73
FIGURA 7:	ASPECTO DE PRISÃO.....	74
FIGURA 8:	ASPECTO DE REFORMATÓRIO.....	74
FIGURA 9:	ESCOLA E POSTO DE SAÚDE.....	74

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1:	UNIVERSO DA PESQUISA	69
GRÁFICO 2:	GRAU DE INSTRUÇÃO EDUCACIONAL DOS PROFESSORES PESQUISADOS.....	77
GRÁFICO 3:	TEMPO DE PROFISSÃO NO MAGISTÉRIO.....	77
GRÁFICO 4:	DESENVOLVIMENTO DE OUTRA ATIVIDADE PROFISISONAL.....	78
GRÁFICO 5:	CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM SAÚDE BUCAL FEITO PELOS PROFESSORES PESQUISADOS.....	78
GRÁFICO 6:	EXISTÊNCIA DE LOCAL PARA ESCOVAÇÃO BUCAL COLETIVA NA ESCOLA.....	79
GRÁFICO 7:	LOCALIZAÇÃO DO ESPAÇO DESTINADO À ESCOVAÇÃO BUCAL COLETIVA NA ESCOLA.....	79
GRÁFICO 8:	ATIVIDADES CONJUNTAS DE SAÚDE BUCAL ENTRE ESCOLA E POSTO DE SAÚDE.....	80
GRÁFICO 9:	TIPO DE ATIVIDADES CONJUNTAS DE SAÚDE BUCAL ENTRE ESCOLA E POSTO DE SAÚDE.....	81
GRÁFICO 10:	COORDENAÇÃO DAS ATIVIDADES DE SAÚDE BUCAL.....	81
GRÁFICO 11:	PROXIMIDADE DO POSTO DE SAÚDE EM RELAÇÃO A ESCOLA.....	82
GRÁFICO 12:	DISCUSSÃO SOBRE OS TEMAS TRANSVERSAIS ENTRE DIREÇÃO E PROFESSORES PESQUISADOS.....	83

GRÁFICO 13:	DESENVOLVIMENTO MAIS ADEQUADO DO CONTEÚDO DE SAÚDE BUCAL, SEGUNDO OS PCNs.....	83
GRÁFICO 14:	CONHECIMENTO SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	84
GRÁFICO 15:	PARTICIPAÇÃO DOS PROFESSORES PESQUISADOS NAS DISCUSSÕES SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE.....	85
GRÁFICO 16:	CONHECIMENTO SOBRE OS PROBLEMAS DE SAÚDE DA COMUNIDADE ONDE TRABALHA.....	86
GRÁFICO 17:	PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE DA COMUNIDADE CONHECIDOS PELOS PROFESSORES PESQUISADOS.....	87
GRÁFICO 18:	HÁBITO DE IR AO DENTISTA.....	89
GRÁFICO 19:	ÚLTIMO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO.....	89
GRÁFICO 20:	NÚMERO DE ESCOVAÇÕES DIÁRIAS REALIZADAS.....	91
GRÁFICO 21:	UTILIZAÇÃO DO FIO DENTAL	91
GRÁFICO 22:	A RELAÇÃO SÉRIE/FREQUÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO DE SAÚDE BUCAL NAS ESCOLAS	92
GRÁFICO 23:	DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES DE SAÚDE BUCAL DOS PROFESSORES PESQUISADOS JUNTO AOS SEUS ALUNOS	93
GRÁFICO 24:	TIPOS DE ATIVIDADES DE SAÚDE BUCAL DESENVOLVIDAS COM SEUS ALUNOS.....	94

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Social
BNH	Banco Nacional da Habitação
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CONASP	Conselho Consultivo da Administração Previdenciária
CPO- D	Índice de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EBM	Escola Básica Municipal
FAE	Fundação de Assistência ao Estudante
FINSOCIAL	Fundo de Investimento Social
FSFX	Fundação São Francisco Xavier
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA	Instituto de Planejamento e Estudos Aplicados
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MEC	Ministério da Educação e da Cultura
EXCEL	Software da Microsoft
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAS	Plano de Assistência à Saúde
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PIA	Programa de Inversão da Atenção
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa de Saúde da Família
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SESI	Serviço Social da Indústria
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIA	Sistema Incremental de Atendimento
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
USIMINAS	Usina Siderúrgica de Minas Gerais

LISTA DE TABELAS

TABELA 01:	A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E CIDADANIA ESTABELECIDADA PELOS PROFESSORES JUNTO AOS SEUS ALUNOS.....	86
TABELA 02:	DOENÇAS BUCAIS MAIS CONHECIDAS PELOS PROFESSORES PESQUISADOS.....	88
TABELA 03:	MEDIDAS PREVENTIVAS UTILIZADAS PELOS PROFESSORES PESQUISADOS PARA A MANUTENÇÃO DE SUA SAÚDE BUCAL.....	90
TABELA 04:	MOMENTO MAIS IMPORTANTE PARA A REALIZAÇÃO DA ESCOVAÇÃO BUCAL.....	91
TABELA 05:	MOTIVOS DO NÃO DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES DE SAÚDE BUCAL JUNTO AOS ALUNOS.....	94
TABELA 06:	ENCAMINHAMENTO DADO AOS ALUNOS QUANDO APRESENTAM PROBLEMAS BUCAIS.....	95

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa versa sobre o conhecimento e sobre as atitudes dos professores municipais da 3ª a 8ª séries do ensino fundamental (1º grau) em relação à saúde bucal, na perspectiva de investigar a viabilidade das escolas públicas municipais de Florianópolis/SC trabalharem curricularmente a educação em saúde bucal enquanto parte integrante do Tema Transversal¹ Saúde, proposto nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) do Ministério da Educação do governo brasileiro.

Nesse estudo procurou-se evidenciar a importância da educação em saúde enquanto uma atitude preventiva e enquanto uma medida de promoção da saúde, especificamente da saúde bucal. Reconhecemos ainda que a escola deve ser um dos espaços privilegiados para realizar-se a educação em saúde de forma mais abrangente, sistemática e contínua no transcorrer do ensino fundamental.

Como apontam as recomendações dos PCNs, o conhecimento sobre a saúde deverá ser abordado nas escolas através das disciplinas curriculares já existentes na perspectiva da transversalidade curricular. Dentro dessa visão pedagógica transversal entende-se que o conhecimento sobre saúde bucal deva ser abordado pelos professores dentro de uma concepção de integralidade da saúde, ou seja, abordar prevenção/cura simultaneamente. Compreende-se também que o professor seja, inicialmente, o profissional mais adequado para ser capacitado enquanto um agente ou um educador em saúde bucal.

Esta concepção de integralidade da saúde defendida por nós é fruto dos intensos e acalorados debates ocorridos desde a década de 70 até hoje na área da saúde, década essa na qual, segundo Nunes (1999), intensificou-se a incorporação do aspecto social como um dos fatores para explicar as causas

¹ TEMAS TRANSVERSAIS: Ética, Trabalho e Consumo, Pluralidade Cultural, Saúde, Meio Ambiente e Orientação Sexual.

das doenças. Esta discussão se faz presente desde o final do século XIX sendo que atualmente a sociologia da saúde se constitui num projeto e numa prática que busca construir sua identidade ao trabalhar com um objeto complexo, a saúde, que se define por ser social e interdisciplinar.

Simultaneamente a estas reflexões sobre a importância do social como determinante do processo saúde/doença, ocorreram também na década de 70 novas reflexões no campo da educação, onde as discussões e os debates em torno do conceito de interdisciplinaridade questionavam o tradicional modelo curricular vigente. De acordo com Fazenda (1996: 53), *“... o que se pretende com a interdisciplinaridade não é propor a superação de um ensino organizado por disciplinas, mas a criação de condições de ensinar-se em função das relações dinâmicas entre as diferentes disciplinas, aliando-se aos problemas da sociedade.”*

Em função deste conceito mais amplo sobre o fenômeno saúde/doença, *“... o movimento sanitário no Brasil, da segunda metade dos anos 80 até os primeiros anos da década seguinte, não somente se amplia mas incorpora a bandeira dos direitos de cidadania e de um sistema único de saúde a cargo do Estado.”* (NUNES, 1999: 163)

No início dos anos 90, como afirma Pretto (1992), ficam estabelecidas as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e as condições para o funcionamento dos serviços públicos correspondentes através da promulgação da Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde - 19 de setembro de 1990) e fica também estabelecida a forma legal da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) através dos Conselhos e Conferências de Saúde com a promulgação da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Na última década do século XX vivenciamos a implantação do SUS nas esferas públicas municipais, e ao final deste curto período de existência este novo sistema de saúde apresenta alguns equívocos e avanços pontuais como veremos no primeiro capítulo desse estudo.

No apagar das luzes deste mesmo século XX surgem também as propostas de mudanças no campo da educação brasileira através da elaboração e publicação dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) pelo

Ministério da Educação do governo brasileiro “... *que pretende criar condições, nas escolas, para que o jovem tenha acesso ao conjunto de conhecimentos socialmente elaborados e reconhecidos como necessários ao exercício da cidadania.*” (BRASIL - MEC/SEF, 1998: 06)

A discussão e a compreensão em relação aos Temas Transversais contidos nos PCNs apresentam-se como uma necessidade para o corpo docente das escolas, pois o assunto já é de domínio público tendo em vista que o jornal de maior circulação do Estado, o Diário Catarinense, publicou no seu Caderno de Ensino a Distância no início do ano 2000, matérias com o título de Qualidade Educacional durante oito semanas consecutivas a respeito desta nova proposta educacional. Especificamente em relação a educação para a saúde bucal, está tramitando desde março de 1999, na Câmara dos Deputados em Brasília, um projeto de lei apresentado pela deputada federal Ieda Crusius (PSDB/RS), que torna “... *obrigatória a inclusão, nos currículos de ensino fundamental, de conteúdo que trate da saúde bucal, com ênfase na prevenção e na conscientização dos alunos.*” (PROJETO DE LEI, 1999)

Para que o princípio da integralidade da assistência à saúde - preconizado pelo SUS - não se limite à existência teórica e torne-se realidade, é necessário que a educação em saúde seja um dos instrumentos para desencadear o processo de consciência sanitária tanto nos indivíduos como na coletividade. E a escola é, no nosso entendimento, um espaço, entre outros, privilegiado para a construção dessa consciência que permitirá aos cidadãos ter a clareza de não reproduzir o modelo de prática centrado na doença, quando da eleição das prioridades nos Conselhos Municipais de Saúde, fato este presente em vários municípios brasileiros que “... *em face da pouca resolutividade dos serviços públicos, principalmente em odontologia, as necessidades acumuladas passam a ser prioridade, pois são sentidas pela população, que, então, elege como prioridade o cuidado com a doença e suas sequelas, exigindo, assim, do sistema de saúde o aumento da capacidade instalada e a consequente contratação de profissionais para realizarem o tratamento curativo.*” (PRETTO, 1992: 55)

Esta dissertação está estruturada em cinco Capítulos, Conclusões e Recomendações/Sugestões. O primeiro capítulo discorre sobre o fenômeno saúde-doença numa visão histórica e social, no intuito de relacionar a visão atual que se tem sobre a saúde no Brasil, bem como a visão da saúde bucal em particular. Contextualiza ainda o processo saúde/doença como forma de abordar e como se desenvolve este conhecimento na escola, que é o 'locus' deste estudo, e especificamente o conhecimento de saúde bucal. Neste sentido discutimos inicialmente a evolução conceitual do processo saúde/doença - buscando referências para compreender este fenômeno - e num segundo momento abordamos a prática da saúde bucal no Brasil.

No segundo capítulo a educação em saúde, a produção de conhecimento e a proposta curricular são abordadas sob a forma de três tópicos, a saber: no primeiro, em suas concepções gerais procuramos estabelecer uma argumentação sobre o relacionamento entre a educação e a saúde enquanto campos de conhecimentos complementares. Num segundo momento, discutimos sobre a importância, a construção, a transmissão, a necessidade e a forma de se produzir conhecimento, tanto em sua concepção unitária quanto fragmentária. Procuramos também relacionar o exercício da cidadania enquanto elemento de suporte para a construção de saberes e para a estruturação do SUS. O último tópico deste capítulo versa a respeito da educação em saúde na perspectiva da transversalidade curricular, onde temáticas sociais vinculadas ao cotidiano das pessoas sejam incluídas na estrutura curricular educacional. Abordamos, também, a proposta acima, contida nos PCNs, no intuito de promover uma contínua e sistemática educação em saúde bucal com todos os atores sociais presentes na escola. A eleição da saúde bucal enquanto tema transversal pela escola estará diretamente ligada a uma possível exigência da cidadania dos seus atores sociais e ligada a sua autonomia escolar para eleger suas temáticas sociais mais urgentes e relevantes a serem trabalhadas em seu currículo, como está garantido nas diretrizes dos PCNs.

No terceiro capítulo deste trabalho apresentamos os objetivos geral e específicos desta pesquisa. O quarto capítulo desta dissertação trata da

metodologia da pesquisa e está dividido em dois tópicos, ou seja, Delineamento e Universo da Pesquisa e Caracterização do Local da Pesquisa. O quinto e último capítulo mostra os resultados da pesquisa. Para finalizar, apresentamos as nossas Conclusões e Recomendações/Sugestões.

CAPÍTULO 1: O CONTEXTO DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA

1.1. Evolução Conceitual do Processo Saúde/Doença

Já no início do sistema capitalista, final do século XVIII, *“os críticos da sociedade da época estabeleceram uma perfeita correlação entre a miséria, exploração e ignorância das classes trabalhadoras com as doenças e epidemias que grassaram neste período. Com a descoberta das bactérias por Pasteur no final do século XIX, inicia-se o período conhecido como Revolução Bacteriológica que conseguiu descaracterizar as correlações acima citadas.”* (MELO, 1980: 31)

Portanto, desde as primeiras décadas do século XX até o início da década de 60, a correlação entre o fenômeno saúde/doença e o processo biológico foi se consolidando enquanto uma visão hegemônica, no campo da saúde em nível mundial, que se traduz na concepção biologicista e individual do fenômeno saúde/doença caracterizada como uma visão positivista, e que, atualmente, permanece ainda muito forte entre os profissionais de saúde e na população em geral.

Mesmo com a descaracterização do caráter social do ato de adoecer, promovida pela Revolução Bacteriológica associada ao desenvolvimento tecnológico e farmacológico da época no campo da saúde, alguns pesquisadores norte-americanos e europeus nas décadas de 20-30 insistiram em ampliar a compreensão do fenômeno saúde/doença, pois suas reflexões sobre a postura da medicina frente a esse fenômeno tinham uma grande sintonia com o que dizia o norte-americano Henry E. Sigerist de que *“a medicina não pode se considerar apenas como uma aplicação da biologia, pois sua matriz que é o ser humano, é histórica, social, política, econômica e cultural.”* (NUNES, 1999: 46)

Diante dessa nova abordagem do fenômeno em questão, Minayo (1999: 13) escreve que *“... esse fenômeno requer uma abordagem dialética*

Neste período, Coelho et al (1995: 02) relatam que *"... as políticas de saúde pública se caracterizaram pelo controle de epidemias e generalização de medidas de imunização. Alguns fatos desse período merecem destaque como a Reforma Carlos Chagas, de 1923, que criou o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), responsável pelas campanhas sanitárias da época a fim de combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais. Outro fato que merece destaque foi a criação, na década de 20, das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que adotaram medidas de proteção e recuperação da saúde e benefícios e auxílios 'previdenciários' para alguns trabalhadores. Essas práticas sanitárias e de assistência à saúde desse período, tinham como objetivo principal manter sob controle um conjunto de doenças que ameaçavam a manutenção da força de trabalho e, conseqüentemente, a expansão da economia capitalista."*

Conforme descreve Pretto (1992: 07), *"... a partir dos anos 30 até o final da década de 50, as políticas de saúde foram caracterizadas pela centralização, destacando-se a criação do Ministério da Saúde (MS) em 1953, e, um pouco antes, merece menção a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942, cujo objetivo era a prestação de assistência médica aos trabalhadores envolvidos na extração da borracha e de minérios, sendo estes matéria-prima que atendia aos interesses estratégicos da II Guerra Mundial. O SESP foi transformado em fundação pelo Ministério da Saúde em 1960, e teve suas funções redefinidas em 1969."*

"No início dos anos 40, com a intensificação da industrialização e da urbanização, ocorreram simultaneamente, um crescimento considerável da rede previdenciária e um aumento nos gastos com a assistência médica neste setor." (COELHO et al, 1995: 03) "Na metade dos anos 50, a ideologia 'desenvolvimentista' iria afirmar que o desenvolvimento traria consigo um melhor nível de saúde." (PRETTO, 1992: 97) Passados quase meio século, percebemos que o nível de saúde do nosso povo continua precário e que todo este desenvolvimento econômico e tecnológico está concentrado e acessível a uma pequena parcela da população brasileira, gerando como isso um quadro

de gigantescas desigualdades econômicas e sociais, as quais, determinam a evolução do processo saúde/doença.

Neste mundo computadorizado e robotizado em que vivemos, temos a sensação de que quase todos os problemas humanos estão ou serão resolvidos pelo avanço tecnológico em marcha, portanto, na área de saúde, este aspecto da visão positivista de que a tecnologia médica irá erradicar as doenças das pessoas, num futuro não muito distante, permanece muito viva na praxis e na cultura dos profissionais de saúde e da população. Se a tecnologia tivesse essa capacidade resolutiva absoluta apregoada, Cuba não ostentaria os indicadores de saúde que possui e tampouco *“a China, por exemplo, consegue enfrentar seus problemas de saúde de maneira satisfatória, apresentando índices na área da saúde semelhantes aos países desenvolvidos, senão melhores, em condições precárias de tecnologia e construção civil.”* (OLIVEIRA, 1990: 15)

A análise do fenômeno saúde/doença não pode ser feita focando-se apenas o aspecto biológico, ou o social ou o tecnológico, mas sim analisando-o com um olhar bem mais amplo pois *“saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, porque as formas como a sociedade os experimenta, cristalizam e simbolizam as maneiras pelas quais ela enfrenta seu medo da morte e exorciza seus fantasmas. Neste sentido, saúde/doença importam tanto por seus efeitos no corpo como pelas suas repercussões no imaginário: ambos são reais em suas consequências. Portanto, incluindo os dados operacionalizáveis e junto com o conhecimento técnico, qualquer ação de tratamento, de prevenção ou de planejamento deveria estar atenta aos valores, atitudes e crenças dos grupos a quem a ação se dirige”.* (MINAYO, 1999: 16)

Conforme descreve Minayo (1999), na América Latina, desde a década de 60, a modernidade capitalista se caracterizou pela internacionalização do capital, industrialização acelerada, urbanização desenfreada e intensas migrações do campo para as cidades, que gerou uma imensa desigualdade social. Neste contexto, iniciou-se um movimento intelectual no interior do setor

saúde, que busca até hoje explicações históricas e sociais para compreender melhor as condições de saúde das populações latino-americanas.

No campo da saúde, a década de 60 foi caracterizada pelo debate em torno da medicina e da odontologia preventivas, tema este que até hoje vem sendo muito bem capitalizado pelas indústrias de medicamentos e produtos médico/odontológicos atendendo assim aos seus interesses mercadológicos, e que serviu também para estruturar e supervalorizar as medidas preventivas individuais e o consumo de produtos preconizados pelo *“discurso preventivista que tem um claro objetivo direcionado a salvaguardar as aparências sem resolver a essência dos problemas.”* (CORDÓN & GARRAFA, 1991: 14)

De acordo com a análise de Pretto (1992: 09), *“... nas décadas de 60 e 70 ocorreu uma progressiva incorporação do ‘social’ na tentativa de explicar as causas das doenças e uma estruturalização das atividades com denominação de Medicina Preventiva. O currículo dos cursos de graduação foi modificado, passando a abranger as Ciências Sociais, incluindo no programa de formação médica disciplinas como: Sociologia, Ecologia, Antropologia Social, Saneamento, Epidemiologia e Bioestatística.”*

Em nosso país, a década de 60 foi marcada pela crise econômica no setor saúde e pela crise política que culminou com o golpe militar de 64, inaugurando assim duas décadas de regime ditatorial. Neste período, Coelho et al (1995: 05) destacam *“... como fatos importantes: a 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963), que questiona o campanhismo sanitaria; a expansão da assistência médica previdenciária através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) organizados por categorias profissionais; a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1963; e a intervenção do Estado unificando o IAPs ao INPS em 1967. A formulação das políticas de saúde nessa época caracterizaram-se pela síntese de dois diferentes modelos já adotados anteriormente, o do campanhismo sanitaria oriundo da Primeira República (1889-1930) e do modelo curativo da atenção médica vigente no período populista (1930-1950). Esta estratégia favoreceu a adoção de um modelo de medicalização da sociedade brasileira de forma decisiva.”*

Como relata Nunes (1999: 61), *“... nos anos 70 inicia-se uma linha de pesquisas que vão progressivamente buscando evidenciar com maior ou menor refinamento metodológico as articulações econômicas e político-ideológicas da prática sanitária na sociedade brasileira.”* Segundo Coelho et al (1995: 06), *“... em 1971 foi criada a Central de Medicamentos (CEME) incentivando a competitividade dos laboratórios nacionais, porém não criou-se condições de igualdade frente às poderosas multinacionais, e em 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 6229) que, mesmo com sua regulamentação parcial, significou uma tentativa de organizar as atividades do setor saúde congregando os serviços públicos e privados.”*

De acordo com Pretto (1992: 13), *“... na segunda metade dos anos 70 foi criado, em 1976, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), órgão fundamental no debate político da questão da saúde em nosso país. Em 1979, dois eventos foram marcantes para a medicina social: I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, em Brasília, e a formação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).”*

No início dos anos 80 é realizada a 7ª Conferência Nacional de Saúde (24 a 28 de março de 1980) onde é lançado o PREV-Saúde, que constituiu-se num marco do chamado ‘discurso democrático social’, que na essência tratava-se de mais um programa de extensão de cobertura, que visava o reordenamento do setor saúde para responder aos custos crescentes dos serviços. (PRETTO, 1992) *“Nos debates desta Conferência acima citada, as questões de proteção sanitário-bucal foram pela primeira vez consideradas como preocupação nacional.”* (ZANETTI et al, 1992: 13)

Nos anos 80, além de vários e intensos debates no campo da saúde, ocorreu, na área política, uma gradual ‘corrosão’ do regime autoritário e o início do processo de redemocratização política do país com o resgate, basicamente, das eleições diretas para governadores de estados e presidente da república, e da volta da liberdade de expressão com o fim da censura. Neste cenário de reorganização e mudanças no Brasil, afirma Pretto (1992) que alguns fatos importantes ocorreram no campo da saúde como a elaboração do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, conhecido como Plano do CONASP

(Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária), em 1982, e o início da implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1983. Esses dois fatos serviram de referência para as discussões de saúde da segunda conferência desta década, ou seja, da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986, que configurou-se como uma estratégia para uma efetiva Reforma Sanitária, cujos reflexos serão sentidos na década seguinte.

Segundo Loureiro (1998: 221), *"... a organização por programas de origem normativa dominou o planejamento das secretarias e serviços de saúde até o final da década de 80. Para cada tipo de doença era criado um tipo específico de programa, organizado por níveis hierárquicos de intervenção que compreendiam desde as ações preventivas mais simples até o hospital especializado. Esta forma de organização dos sistemas de saúde gerou uma série de acúmulos e desacúmulos nos serviços de saúde e também representou o principal suporte para a implantação de políticas verticais ou modelos nacionais e transnacionais já que considerava-se que as estratégias de intervenção sobre a doença específica poderia ser implementada por um conjunto específico e pré-normatizado de regras e técnicas. Para garantir o cumprimento dos programas, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais se esforçaram na organização de tabelas e regulamentações. As tabelas de pagamento passaram a substituir o planejamento e a representar o principal instrumento para a organização dos serviços. Controle e avaliação não significam gestão da qualidade dos serviços mas fiscalização do cumprimento de regras e tabelas. A orientação por programas representou um engessamento dos sistemas de saúde."*

Seguramente o acontecido de maior relevância histórica em nosso país na década de 80, para todos os setores da sociedade, foi a promulgação da nova Constituição Federal de 1988, atualmente em vigor, que no setor saúde foi de vital importância pois *"a Constituição aprovada em 1988 resgatou as propostas da 8ª CNS e criou o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado posteriormente pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080 e 8.142, de 1990. Por estas leis foram consagrados os princípios fundamentais já incluídos na Constituição: a saúde como direito civil, ou seja, direito do cidadão e dever*

do Estado; o conceito ampliado de saúde, considerando a sua determinação social; a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando os princípios da universalidade, igualdade e integralidade; o direito à informação sobre saúde; a participação popular e a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios.” (COELHO et al, 1995: 10)

Esta incorporação do caráter social no fenômeno saúde/doença – agora reconhecido institucionalmente – é fruto da reflexão histórica e de uma leitura da realidade, principalmente dos países subdesenvolvidos, no campo da saúde, que permitiu concluir, segundo Laurell (1982), que o processo saúde/doença manifesta-se empiricamente de maneiras diversas. Que se expressa, por um lado, em indicadores tais como a expectativa de vida, as condições nutricionais e a constituição somática e, por outro lado, nos modos específicos de adoecer e morrer, isto é, no perfil patológico do grupo, dado pela morbidade ou pela mortalidade. As diferentes formações sociais apresentam perfis patológicos que, em nível geral, distinguem-se conforme o modo particular de combinar-se o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção.

Identificamos ainda que a concepção positivista, centrada na doença e na assistência especializada e individual, num contexto hospitalar, conduziu a gastos crescentes com tecnologias e medicamentos que não reverteram na melhoria das condições de saúde da população. De acordo com os PCNs, “... a maior parte dos casos de doença e morte prematura decorrem da falta de condições mínimas de alimentação, saneamento e moradia para a vida humana. A grande maioria das causas de doenças e deficiências poderiam ser evitadas por meio de ações preventivas.” (BRASIL – MEC/SEF, 1998: 253-255)

Em função desta compreensão mais ampla do fenômeno saúde/doença surge, então, sua definição enquanto um processo – coletivo e histórico – no qual Laurell (1982: 152), coloca que “... o processo saúde/doença coletivo adquire historicidade porque está socialmente determinado. Isto é, para explicá-lo, não bastam os fatos biológicos, é necessário esclarecer como eles estão articulados no processo social. Mas o caráter social do processo

saúde/doença não se esgota em sua determinação social, já que o próprio processo biológico humano é social. É social na medida em que não é possível focalizar a normalidade biológica do homem à margem do momento histórico. O caráter simultaneamente social e biológico do processo saúde/doença não é contraditório, porém unicamente assinala que pode ser analisado com metodologia social e biológica, ocorrendo, na realidade, como um processo único.”

Atualmente, em nosso país, essa nova concepção do processo saúde/doença, garantida constitucionalmente, está sendo viabilizada por uma lenta, pontual e progressiva implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo a Constituição Estadual de Santa Catarina (1998) o conceito abrangente de saúde deverá nortear a mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial, centrado na doença, e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação da saúde.

Estamos vivenciando, nesta derradeira década do século XX, um progressivo processo de implantação do SUS em nosso país. O primeiro e decisivo passo neste sentido está sendo dado com a consolidação crescente do princípio da descentralização político-administrativa, resultando em efetiva municipalização do SUS. A importância dessa descentralização na implantação deste novo sistema de saúde ficou bem clara quando “em agosto de 1992, realizou-se em Brasília, a 9ª CNS, cujo tema central foi, Saúde: municipalização é o caminho.” (COELHO et al, 1995: 11) Estamos convictos de que o processo de municipalização da saúde é o caminho mais seguro para se atingir a conformação de um sistema público de saúde não excludente e mais atuante na preservação e manutenção da saúde do que na erradicação das doenças, pois reiteramos a afirmação de Souza (1991: 04) que “... partindo da certeza de que é ao nível dos municípios que as efetivas mudanças poderão ocorrer, faz-se, portanto, necessário intervir de forma lúcida e criativa no processo de municipalização da saúde.”

Este novo sistema de saúde não é o aprimoramento de sistemas anteriores como nos mostra o texto constitucional de Santa Catarina pois o SUS não é o sucessor do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e nem tampouco do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS). O SUS é o novo sistema de saúde que está em construção. É uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988. Assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição mas um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e de ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Essas ações³ são exercidas, fundamentalmente, pelos serviços públicos de saúde (ambulatoriais e hospitalares) e de forma complementar pelos serviços privados, contratados ou conveniados, que integram a rede do SUS.

Mesmo que os princípios do SUS ainda não tenham sido atingidos em sua plenitude, é impossível negar os importantes avanços obtidos na década de 90 por este novo sistema de saúde, como mostra esse comentário recente do atual governo neoliberal, que muito pouco investiu no setor saúde/educação: *“Inúmeros exemplos podem ser encontrados em experiências locais, especialmente nos municípios brasileiros que ousaram cumprir a lei e caminhar para a implantação do SUS, produzindo impacto expressivo nas taxas de mortalidade infantil e de desnutrição, prevenindo a ocorrência de doença bucal ou ampliando o controle da disseminação de doenças transmissíveis.”* (BRASIL – MEC/SEF, 1998: 254)

Estamos ‘colhendo’ alguns equívocos na construção deste novo sistema de saúde, principalmente em relação aos princípios da integralidade da atenção à saúde e da participação popular, equívocos esses que guardam uma

³ *“Seriam ações de promoção da saúde: educação em saúde, bons padrões de nutrição, adoção de estilos de vida saudáveis, uso adequado e desenvolvimento de aptidões e capacidades, aconselhamentos específicos como os de cunho genético, sexual e dos hábitos de higiene pessoal, domiciliar e ambiental. No campo das ações de proteção da saúde teremos: vigilância epidemiológica, vacinações, saneamento básico, vigilância sanitária e exames médicos e odontológicos periódicos. As ações de recuperação da saúde envolvem: o diagnóstico e o tratamento de doenças, acidentes e danos de toda natureza, a limitação da invalidez e a reabilitação.”* (CONSTITUIÇÃO ESTADUAL DE SANTA CATARINA, 1998: 17-18)

afinidade direta com a concepção positivista em relação ao processo saúde/doença, ainda hegemônica entre os profissionais de saúde e entre a população, citado anteriormente no início deste capítulo. Em relação ao primeiro princípio, Pretto (1992) escreve que pelo funcionamento, na realidade dos serviços, o princípio da integralidade não é observado. As ações de prevenção e cura são realizadas isoladamente e as de prevenção com pouca ênfase. Existe preocupação com a racionalidade dos gastos para o tratamento curativo, e não com o custo necessário para realizar ações de promoção e proteção da saúde, não havendo interesse em desmonopolizar conhecimento, porque a população informada mobilizar-se-ia pela mudança do modelo de prática.

Em relação ao princípio da participação popular, o que se verificou até o momento, de um modo geral, foi uma participação passiva que reforça o modelo de prática positivista vigente no setor saúde pois *“as ações de educação em saúde, que ajudariam a formar a consciência crítica em saúde e a consciência sanitária, mudando as prioridades definidas pela participação social e o modelo hegemônico, não se constituíram em objeto do SUS.”* (PRETTO, 1992: 56)

Embora em nível nacional os avanços do SUS ainda sejam discretos e pontuais, ele abre a possibilidade para as pessoas, residentes nas mais diversas e diferentes cidades brasileiras, participarem da eleição das prioridades no setor saúde bucal e mudarem o rumo da prática de atenção à saúde, interferindo também na formulação das políticas de saúde através dos Conselhos e Conferências Municipais de Saúde. Portanto, reiteramos o pensamento de Souza (1991: 09), que aponta *“... o processo de municipalização, acompanhado da descentralização, como o caminho mais curto para a conquista da melhoria da qualidade de vida pois o poder local acaba demonstrando maior sensibilidade às demandas relativas à saúde. A proximidade facilita o apoio entre o setor saúde e os movimentos sociais, resultando desta união um maior peso político e, por consequência, maior respeito pelo poder público municipal.”*

Projetando para o futuro a construção de um novo sistema de saúde em curso, o controle social⁴, através dos Conselhos e Conferências de Saúde, se constituirá, sob nossa ótica, no avanço com maior potencialidade de mudança pois para que o SUS se concretize como um sistema de saúde eficaz e eficiente, dependerá do controle efetivo dos usuários por meio da participação ativa e crítica para a construção de uma cidadania sólida e permanente que faça valer seus direitos que estão garantidos no capítulo da saúde da Constituição Federal de 1988, em vigor.

Assinalamos, como Loureiro (1998: 218), que “... o reconhecimento da saúde coletiva como fato social significa identificar fenômenos novos exteriores ao indivíduo e que não podem ser reduzidos à somatória de problemas individuais.” Portanto, esta nova postura diante do fenômeno saúde/doença nos remete a um futuro onde “... a construção de uma interpretação distinta do processo saúde/doença que, tendo como eixo o seu caráter social, pode impulsionar a geração de um novo conhecimento a seu respeito. A importância disso não reside somente no fato de se poder agregar alguns elementos novos, mas de se oferecer a possibilidade de abordar toda problemática de saúde a partir de um ângulo diferente, isto é, como fenômeno coletivo e como fato social.” (LAURELL, 1982: 158)

⁴ Grifo nosso

1.2. Saúde Bucal no Brasil

No campo específico da saúde bucal houve também uma evolução conceitual similar ao ocorrido com o fenômeno saúde/doença descrito anteriormente.

Nas quatro primeiras décadas do século XX a odontologia brasileira estruturou-se enquanto um conhecimento científico específico, na área da saúde, aplicado no cotidiano das pessoas como um modelo de prática flexneriana, hegemônica até hoje. Este modelo se define como *“... a ênfase curativo-reparadora e positivista que expandiu-se após a implantação das medidas recomendadas pelo relatório Flexner. Sua aplicação na Odontologia se deu por volta de 1925, quando o caráter ideológico dominante centrou-se definitivamente no biologicismo e no mecanicismo, com a conseqüente mercantilização das doenças que tinham como base de sustentação econômica a fabricação de drogas, materiais e equipamentos.”* (CORDÓN & GARRAFA, 1991: 11)

Segundo Chaves (1986: 368), *“... as profissões existem para satisfazer uma necessidade ou desejo da sociedade, e a profissão odontológica não é exceção. Ela opera em um sistema social dentro do qual a profissão e suas instituições estão continuamente se reajustando de acordo com as mudanças na tecnologia, os pontos de vista profissionais e as necessidades ou demandas da sociedade. É importante que nos lembremos de um aspecto fundamental da odontologia, que é a sua função social.”*

Apesar da prática odontológica nascer e ainda ser individualista, tivemos na década de 50 – além da criação do Sistema Incremental de Atendimento (SIA) da Fundação SESP que visava a atenção odontológica do escolar de 6 a 10 anos de idade da rede pública – a primeira atitude na direção de uma odontologia social pois *“... em 1953 teve início a fluoretação das águas de abastecimento público, em Baixo Guandu/ES, como a primeira ação coletiva voltada à prevenção da patologia mais prevalente, a cárie dentária.”* (PRETTO, 1992: 26)

A incorporação do caráter social no processo saúde/doença bucal no Brasil é muito recente pois até o início da década de 50 *“... a profissão odontológica aceitava a perda dos dentes como uma consequência inevitável do envelhecimento. Os trabalhos acadêmicos eram predominantemente de natureza clínica.”* (CHAVES, 1986: 399)

A partir de meados da década de 60 foram implantados em nosso país programas assistenciais odontológicos através de uma rede pulverizada de consultórios nos postos de saúde do INPS (Instituto Nacional da Previdência Social), do FUNRURAL (Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural) e das Secretarias Estaduais de Saúde. Conforme Zanetti et al (1992), estas iniciativas governamentais foram implementadas de forma centralizadora (que tornou-as dependentes do clientelismo político) através de credenciamentos e convênios sem nenhum critério administrativo (que fortaleceu o originário modelo odontológico de caráter individualista, privatista e tecnicista) e com uma oferta de serviços voltada para uma prática altamente mutiladora (centrada na extração dentária).

A atenção odontológica oferecida no Brasil pela esfera pública caracterizou-se por serviços de baixa qualidade e de pouca resolutividade pois *“... no que se refere à saúde bucal, a atenção odontológica desenvolvida em nosso país foi destinada, basicamente, à população escolar e ao atendimento das urgências dos demais grupos populacionais.”* (SOUZA, 1991: 05) Portanto, a estratégia de aumento da cobertura desses serviços defendida por muitas pessoas é inócua visto que, segundo Pretto (1992), em todos os municípios da amostra os serviços de odontologia aumentaram a cobertura, mas este aumento da capacidade instalada não correspondeu à melhoria dos níveis de saúde bucal da população. Este fato se deve ao modelo de prática odontológica, o qual espera pela doença para intervir e que na busca de resolutividade para o serviços, privilegia o definitivo, que corresponde a restaurações ou extrações, ainda que sabidamente não sejam definitivas e nem representem cura.

Durante a década de 70, *“... a Fundação SESP promoveu uma reestruturação do seu modelo assistencial odontológico, Sistema Incremental,*

com investimentos de recursos físicos e humanos, equipando as escolas com consultórios e dentistas, que se limitou ao ato curativo e ao campanhismo preventivista.” (ZANETTI et al, 1992: 12) Algumas iniciativas e programas de atenção à saúde bucal em nosso país, de concepção positivista, tiveram o mesmo fim desse em função de “... o subsistema de saúde bucal reproduzir o sistema nacional de saúde pois tem como objeto a doença e suas sequelas, preocupando-se com a racionalidade dos gastos e não com a saúde em si mesma.” (PRETTO, 1992: 25)

Alguns acontecimentos, dentre outros, tiveram uma influência significativa no processo de construção de uma odontologia de característica mais coletiva e menos individualista, tão almejada atualmente. Como exemplo destes fatos, Zanetti et al (1992) citam o surgimento de movimentos aglutinadores (Encontros Científicos dos Estudantes de Odontologia/1979, Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica/1984, Encontros Nacionais de Técnicos de Serviços Públicos Odontológicos/1984, 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal/1986), a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS/1983) e a formação do GT-ODONTO/1982 (grupo de técnicos de odontologia do Ministério da Saúde), que por ser uma estrutura muito frágil para operar os recursos do FINSOCIAL, agiu intersetorialmente com o Banco Nacional da Habitação (BNH – Carteira de Saneamento), com o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e o com Banco Nacional de Desenvolvimento Social (BNDES) e Instituto de Planejamento e Estudos Aplicados (IPEA) para a implantação do Programa de Fluoretação das Águas de Abastecimento Público, em todo país, que produziu medidas preventivas de massa surpreendentes e que consolidou-as como método de proteção sanitário-bucal em saúde pública.

O mérito maior para a odontologia brasileira foi certamente, como desdobramento da 8ª CNS, “... a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) em 1986, que marcou o início da luta pelo direito à saúde bucal como direito básico de cidadania e que tornou-o legalmente constituído com a promulgação da Constituição de 1988.” (PRETTO, 1992: 30)

Talvez pelo fato dos problemas de saúde bucal raramente levarem as pessoas ao óbito – exceto em casos de neoplasias malignas bucais – se justifica a postura historicamente comprovada de discriminação e de descaso por parte dos governos instituídos em nosso país em relação as políticas de saúde bucal, pois *“... a Odontologia, incluindo-se como um dos componentes da atenção à saúde, sofre de problemas que, embora sendo da mesma natureza dos da assistência médica em geral, são agravados por uma não valorização histórica da saúde bucal, que se reflete prejudicialmente em termos programáticos e orçamentários.”* (CAETANO & WATANABE, 1996: 175) Portanto, essa discriminação não faz sentido porque *“... os problemas de saúde bucal ocorrem a todos os grupos populacionais, o que torna indispensável o seu atendimento em conjunto com outras áreas médicas, recuperando a integralidade da sua prática – não mais segmentada – embora se respeite e utilize as especialidades do conhecimento científico.”* (SOUZA, 1991: 07)

Porém, a relevância da saúde bucal como um dos fatores que possam contribuir para uma melhor qualidade de vida se constata no cotidiano das pessoas: *“Na XI Região Administrativa (Penha – Zona Norte) da cidade do Rio de Janeiro existem trabalhos de grupos populares na área da saúde onde o levantamento identificou 41 tipos de ‘doenças’ diferentes, sendo que verminoses, doenças da pele, alcoolismo e dor de dente aparecem como as mais frequentes, nos relatos dos dois grupos.”* (VALLA & STOTZ, 1996: 78) *“Os dois principais problemas da cavidade bucal – cárie dental e doenças periodontais – situam-se entre os danos que atingem maior número de pessoas no Brasil, possivelmente sendo superados apenas pelas dores de cabeça e pelos mal-estares digestivos. O índice de ataque pela cárie dental em crianças e adolescentes, segundo os resultados do levantamento epidemiológico nacional de 1986, chegou a colocar o Brasil entre os cinco países em pior condição de todo o mundo.”* (PINTO, 1996: 17)

Os primeiros resultados positivos em nível populacional foram detectados em 1993 quando um novo estudo nacional, desenvolvido dessa feita pelo Serviço Social da Indústria (SESI), mostrou uma redução na prevalência de cárie em crianças de 7 a 14 anos em torno de 30%, ou seja,

“... aos 12 anos a queda foi de 6,67 (1986) para 4,84 (1993), o que significa uma diminuição da ordem de 27,4%. Embora as razões não estejam determinadas e sabendo-se que este não é um fenômeno uniforme no país (alguns estados permanecem com a prevalência de cárie elevada), é provável que uma maior regularidade e correção da dosagem dos fluoretos adicionados à água de consumo público, o elevado consumo de dentifrícios fluoretados e a prática crescente de aplicação de flúor tópico em programas do setor público e em consultórios particulares se constituam em fatores relevantes neste processo. O quadro de saúde nesse grupo etário ainda é severo e a posição relativa do país no conceito internacional experimentou apenas uma ligeira melhora, mas a aparente diminuição obtida num prazo relativamente curto de tempo é uma demonstração a mais de que é possível controlar a cárie dental em jovens pelo uso correto dos métodos preventivos disponíveis.” (Ibld, 18)

A maioria da classe odontológica brasileira limita-se a compreensão do fenômeno saúde/doença contida no modelo da multicausalidade da doença e não reconhece sua determinação social pois *“... com uma história positivista construída e uma forte influência da clínica, a Odontologia conferiu sempre maior peso aos fatores relacionados aos microorganismos e a dieta do que aos fatores do hospedeiro da tríade de KEYES. Por paradoxal que seja, a melhor estratégia de prevenção da cárie e a única realmente eficaz enquanto método de massa, a fluoretação, interferiu com mais força sobre a doença do que a prática individualizada dos dentistas, e é baseada nos fatores do hospedeiro.”* (FREITAS, 1996: 93) *“O que não é possível é continuar emitindo um discurso epidemiológico sócio-crítico e estreitar os nexos causais, dizendo apenas que as cáries surgem pela susceptibilidade do hospedeiro, ação do substrato (açúcar) e patogenicidade dos agentes etiológicos (streptococcus mutans) modulados temporalmente.”* (MOYSÉS, 1999: 377)

As ações de natureza preventiva, educativa e coletiva em saúde bucal no Brasil – exceto a fluoretação das águas de abastecimento público – sempre tiveram a característica de uma restrita cobertura, se considerada a totalidade da população brasileira, devido a grande seletividade programática tanto do Sistema Incremental da Fundação SESP na década de 70 como do

Programa de Saúde Escolar da Fundação de Assistência ao Estudante (FAE/MEC) na década de 80 pois “... na quase totalidade desses programas, não se atingiu toda a população, e sim a população infantil; não se atingiu toda a população infantil, e sim aquela de 7 a 12 anos; não se atingiu toda a população de 7 a 12 anos, e sim aquela escolarizada; não se atingiu toda a população escolarizada, e sim aquela escolarizada da rede pública de ensino; não se atingiu todos os escolares da rede pública de ensino, e sim aqueles da zona urbana.” (ZANETTI et al, 1992: 18)

Os reflexos de tantos recortes programáticos da atenção odontológica brasileira são sentidos hoje em dia pois “... na população adulta é que as condições de saúde bucal são mais críticas. Entre 30 e 34 anos em média a população urbana apresenta 18,5 dentes atacados pela cárie, dos quais cerca de 65% corresponde as extrações. A evolução epidemiológica é cada vez mais negativa daí em diante: duas décadas depois, entre 50 e 54 anos o índice passa a ser 26,5 com 85% extraídos; no grupo de 70 a 74 anos, 31,3 dentes estão atacados (em média só 0,7 dentes estão sadios) sendo que 99% foram perdidos. Quanto às condições de saúde dos tecidos periodontais, estima-se que o percentual de pessoas inteiramente sadias, na zona urbana, que é de somente 18% entre 30 e 34 anos, reduz-se drasticamente para 4% entre 60 e 64 anos.” (PINTO, 1996: 18)

Portanto, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal não devem ser prioridade de um único segmento social, mas sim estar acessível a toda população brasileira, inclusive para o segmento da terceira idade porque “... a experiência internacional tem mostrado que nem sempre é possível estabelecer uma relação direta entre condições de saúde bucal na infância e na maturidade, ou seja, um bom status em um dos grupos não significa que o mesmo ocorra no outro. É o caso típico do Japão (prevalência alta de cárie em crianças e índices muito baixos de desdentados em adultos) e da Nova Zelândia (excelente saúde bucal infantil e extrações em massa em adultos).” (PINTO, 1999: 30)

A compreensão dos métodos preventivos, pela classe odontológica em geral, se restringe ao consumo de produtos disponíveis no mercado e de uso

individual, em detrimento de uma concepção mais ampla sobre a prevenção porque as *“... pessoas e grupos de pessoas ligadas direta ou indiretamente ao aparato mercadológico lucrativo, tentam reduzir a prevenção – que significa uma verdadeira filosofia de ação e trabalho odontológico – a um simples ato técnico. Vulgarizando-se em ato técnico, a prevenção torna-se mercadoria e, portanto, dependente do processo de compra e venda, inacessível à esmagadora maioria dos trabalhadores e suas famílias.”* (CORDÓN & GARRAFA, 1991: 14)

Os mesmos autores acima citados nos esclarecem que *“... foi lançado no mercado um arsenal de novidades preventivas de uso individual como verdadeira solução mágica, criando-se um discurso preventivista dependente do que vem do exterior, apoiado e divulgado pelo mercado odontológico (especialmente em congressos, reuniões e outros) e pelas principais revistas odontológicas nacionais. Nasceram, assim, o mercado e o lucro a partir da prevenção: e a isso chama-se preventivismo.”* (Ibid, 12)

Esse preventivismo é consequência da concepção positivista sobre o processo saúde/doença bucal, ainda hegemônica nos cursos de odontologia, e dos interesses econômicos dos gigantes laboratórios internacionais que produzem medicamentos. No entanto, *“... toda esta explosão mercadológica e tecnicista já relatada, é contraditória e felizmente vem oportunizando o aparecimento de novos movimentos sociais, centrados na discussão democrática da problemática odontológica e na elaboração de políticas públicas de saúde bucal que resultem em soluções efetivas e conscientes.”* (Ibid, 14)

Apesar do descompromisso histórico para com as políticas de saúde bucal por parte do Ministério da Saúde *“... vale ressaltar que a criatividade e o compromisso social e político mudancistas de algumas lideranças fizeram surgir no país programas que ainda hoje se mantêm com grande competência.”* (SOUZA, 1991: 05)

Segundo Oliveira et al (1999), alguns municípios brasileiros, mesmo com suas diferenças geográficas e sociais, já apresentam modelos de saúde inovadores, resolutivos e consolidados, que têm sido objeto de estudo por parte

de universidades. Entre eles destacam-se Diadema (SP), Santos (SP), Curitiba (PR), Belo Horizonte (MG) e Brasília (DF), entre outros, que mostraram avanços na gerência e desenvolvimento de sistemas de saúde bucal numa perspectiva crítica.

Na segunda metade da década de 80 e início dos anos 90 surge, em alguns municípios mineiros, o Programa de Inversão da Atenção (PIA), elaborado teoricamente pelos professores Carlos Alfredo Loureiro e Flávio Oliveira, da Pontifícia Universidade Católica (PUC – MG). Seu marco teórico-referencial em muito se assemelha aos avanços da Odontologia Integral e se adapta a uma estrutura organizativa baseada no SUS. Seu princípio básico é a mudança do enfoque de cura da cárie para o de controle epidemiológico da doença. Conforme nos relata Pretto (1992: 35), essa "... Odontologia Integral possui três grandes pilares interdependentes: a simplificação dos elementos, a ênfase na prevenção e a desmonopolização do saber odontológico."

Segundo Loureiro (1998), o PIA estabelece como pressuposto básico uma metodologia que procura identificar e atuar em problemas de saúde bucal reconhecidos enquanto fatos específicos, inteiros, tanto na instância individual quanto na dimensão coletiva. Para isto reúne e desenvolve instrumentos adequados ao reconhecimento dos problemas nestas duas instâncias, assim como formula conjuntos de intervenções que respondam consistentemente aos problemas considerados tanto como fatos sociais quanto fatos individuais. No PIA, os resultados, após cada ação de intervenção, configuram-se em novos estados de equilíbrio que representam situações intermediárias de mudança dentro de um plano mais geral em direção à melhoria das condições de saúde bucal. Enquanto fato social, não existem resultados absolutos em saúde bucal, do tipo erradicação de problemas, mas resultados sempre relativos, parciais e configurados como situações intermediárias de mudança. A utilização da melhor tecnologia, preventiva ou reabilitadora, é assumida como condição igual e necessária onde não existem escalas de priorização ou periodização, atuando e estabelecendo influências recíprocas para produzir um efeito mais geral do que aquele representado pela somatória de ações curativas ou preventivas isoladas.

Citarei somente dois exemplos da eficiência e da eficácia do PIA, comprovadas por dois estudos epidemiológicos transversais, sendo que o primeiro foi realizado em Ipatinga (MG), onde “... a Fundação São Francisco Xavier (FSFX), mantida pela Usina Siderúrgica de Minas Gerais (USIMINAS), resolveu mudar o seu modelo de assistência odontológica e adotou como proposta alternativa o PIA, que foi implantado e desenvolvido a partir de 1988 para atender uma clientela de 6 mil pessoas na faixa etária de 5 a 19 anos.” (LOUREIRO, 1998: 253) Além da expansão da cobertura assistencial no período de 1988-1995 para 15 mil pessoas da mesma faixa etária, essa nova estratégia de intervenção em saúde bucal produziu resultados interessantes.

Esses resultados obtidos neste curto período de tempo são no mínimo surpreendentes pois, de acordo com Loureiro (1998), a prevalência de cárie dental na faixa etária de 6 a 14 anos decresceu de 4,37 em 1988 para 0,5 em 1995; o CPO-D (Cariados, Perdidos e Obturados – Dentes) aos 12 anos de idade, que era de 6,39 em 1988, decresceu para 0,8 em 1995; as exodontias (extrações dentárias) de dentes permanentes, que eram em média de 120 em 1988, deixaram de existir em 1995, e os tratamentos endodônticos (tratamento de canal), que eram em média 285 em 1988, decresceram para nenhum em 1995.

A segunda experiência de aplicação desse programa, conforme Loureiro (1998), foi realizada na cidade de João Monlevade (MG), com aproximadamente 60 mil habitantes, onde foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde um novo sistema de saúde bucal baseado no PIA e teve seu início em março de 1992, utilizando-se de recursos provenientes do SUS e do Fundo Municipal de Saúde para assistir uma população de 12 mil crianças e adolescentes entre 5-14 anos de idade. Ao final de trinta meses, ou seja, em novembro de 1994, foi realizada avaliação desse programa e os dados do levantamento epidemiológico realizado neste período são os seguintes: o CPO-D médio dos 6-12 anos de idade decresceu de 3,1 em 1992 para 1,0 em 1994, e o CPO-D aos 12 anos de idade, que em 1992 era de 5,9 passou para 2,2 em 1994.

Citarei somente dois exemplos da eficiência e da eficácia do PIA, comprovadas por dois estudos epidemiológicos transversais, sendo que o primeiro foi realizado em Ipatinga (MG), onde “... a Fundação São Francisco Xavier (FSFX), mantida pela Usina Siderúrgica de Minas Gerais (USIMINAS), resolveu mudar o seu modelo de assistência odontológica e adotou como proposta alternativa o PIA, que foi implantado e desenvolvido a partir de 1988 para atender uma clientela de 6 mil pessoas na faixa etária de 5 a 19 anos.” (LOUREIRO, 1998: 253) Além da expansão da cobertura assistencial no período de 1988-1995 para 15 mil pessoas da mesma faixa etária, essa nova estratégia de intervenção em saúde bucal produziu resultados interessantes.

Esses resultados obtidos neste curto período de tempo são no mínimo surpreendentes pois, de acordo com Loureiro (1998), a prevalência de cárie dental na faixa etária de 6 a 14 anos decresceu de 4,37 em 1988 para 0,5 em 1995; o CPO-D (Cariados, Perdidos e Obturados – Dentes) aos 12 anos de idade, que era de 6,39 em 1988, decresceu para 0,8 em 1995; as exodontias (extrações dentárias) de dentes permanentes, que eram em média de 120 em 1988, deixaram de existir em 1995, e os tratamentos endodônticos (tratamento de canal), que eram em média 285 em 1988, decresceram para nenhum em 1995.

A segunda experiência de aplicação desse programa, conforme Loureiro (1998), foi realizada na cidade de João Monlevade (MG), com aproximadamente 60 mil habitantes, onde foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde um novo sistema de saúde bucal baseado no PIA e teve seu início em março de 1992, utilizando-se de recursos provenientes do SUS e do Fundo Municipal de Saúde para assistir uma população de 12 mil crianças e adolescentes entre 5-14 anos de idade. Ao final de trinta meses, ou seja, em novembro de 1994, foi realizada avaliação desse programa e os dados do levantamento epidemiológico realizado neste período são os seguintes: o CPO-D médio dos 6-12 anos de idade decresceu de 3,1 em 1992 para 1,0 em 1994, e o CPO-D aos 12 anos de idade, que em 1992 era de 5,9 passou para 2,2 em 1994.

Com o novo e ampliado conceito de saúde legalmente constituído, não existe mais espaço para a dicotomia prevenção/cura pois *“... a concepção transformadora da Promoção da Saúde reconhece que individual e coletivo, clínico e epidemiológico, biológico e social, preventivo e curativo, pronto-atendimento e ação programática, todos são pares dialeticamente complementares. O individual não pode ficar interdito para a saúde coletiva e o coletivo deve impregnar a ação clínica.”* (MOYSÉS, 1999: 402)

Os diferentes padrões de qualidade de vida e classe social foram, no decorrer dos anos, se configurando enquanto importante fator de determinação do processo saúde/doença bucal e alguns estudos vem comprovando esta relação. Moysés (1999), em estudo realizado em Curitiba (1993) sobre a prevalência de cárie, mostrou que nas regiões com maior qualidade de vida apresentou-se menor prevalência da doença, enquanto que nas regiões onde as condições de vida eram precárias a prevalência de cárie era bem maior. Em outro estudo esta relação também ficou evidente: *“PALMQVIST et al. analisaram, em 1991 na Suécia, as condições dentais em pacientes da faixa 45-69 anos de idade onde o nível sócio-econômico mostrou diferenças significativas, ou seja, para a pior condição social pior condição dental.”* (FREITAS, 1996: 103)

Atualmente a realidade nos mostra que, nos serviços de atenção odontológica e nos espaços educacionais de formação de seus profissionais, sejam eles públicos ou privados, ainda o que prevalece é a prática de uma odontologia biologicista e individualista que foi ratificada num Simpósio de Saúde realizado no Panamá em 1977, que definiu este mesmo perfil profissional para todos os países latino-americanos, e também concluiu que *“... por utilizar-se muito pouco de pessoal auxiliar, o odontólogo despense a maior parte do seu tempo executando tipos de serviços de natureza repetitiva. A sua comunicação com os membros de outras profissões de saúde é deficiente, com uma tendência ao isolamento no consultório, tendência essa reforçada pela ausência de sistemas de saúde bem estruturados e planejados.”* (CHAVES, 1986: 401)

Hoje, com um sistema de saúde bem estruturado e planejado como é o SUS, nos deparamos no caminhar de sua construção com problemas, no setor saúde bucal, entre outros, relacionados a formação profissional pois *“... cabe registrar que o ensino odontológico vem formando cirurgiões dentistas de forma inadequada e deficiente ao desenvolvimento das ações voltadas à saúde pública. A escassez de trabalhadores em saúde bucal com o perfil adequado às novas tarefas exigidas pelo setor, é fato destacado em todos os debates sobre o SUS.”* (SOUZA, 1991: 08)

Como aponta Chaves (1986), devemos procurar formar o tipo de profissional mais adequado para prestar benefícios razoáveis à população em geral, em cursos que não sejam demasiadamente longos, caros ou complexos. Precisamos de escolas de odontologia que transmitam ao aluno um conceito de produtividade sem sacrifício da qualidade pois segundo Young, apud Chaves (1986), a educação odontológica das instituições de ensino deveria visar a formação de profissionais biologicamente orientados, tecnicamente capazes e socialmente sensíveis.

Entretanto, o maior interessado na mudança do modelo de atenção odontológica deste novo sistema de saúde em construção é o próprio usuário, pois *“... a saúde não se transformará se não houver maior participação popular. Não vai mudar a odontologia com seu atual quadro preventivista se não houver conscientização sobre a verdadeira prevenção e a praxis de uma política de saúde bucal socialmente comprometida e que conte com a participação de todos.”* (CORDÓN & GARRAFA, 1991) Portanto, o caminho mais promissor para se chegar a uma atenção integral oferecida pelo SUS, será através da participação da população usuária na luta pela mudança da prática odontológica via Conselhos e Conferências Municipais de Saúde.

A filosofia de atendimento da assistência odontológica brasileira ainda mantém seu hegemônico caráter cirúrgico-restaurador, e que poderá ser mudado se nossos governantes adotarem políticas de saúde que caminhem na mesma direção dos países desenvolvidos como mostra Weyne (1999: 16), *“... que as fragilidades conceituais e científicas dessa forma de atendimento odontológico levaram as nações industrializadas a concentrar um expressivo*

volume de recursos em pesquisas para desvendar a etiopatogenia das doenças bucais. Isso resultou num corpo básico de conhecimentos que permitiu, alguns anos mais tarde, a estruturação de um novo paradigma de prática. Com essa nova filosofia de atendimento os países desenvolvidos conseguiram, em menos de três décadas, mudar o perfil epidemiológico de suas populações, elevando substancialmente seus níveis de saúde bucal, pela prevenção e controle de doenças bucais.”

Enfim, gostaríamos de ressaltar que somente quando o usuário do SUS conquistar sua consciência crítica sanitária é que os cidadãos brasileiros poderão usufruir de uma vida mais saudável na fase adulta e senil, pois “... *uma forte deterioração das condições de higiene oral faz com que se agrave os problemas típicos da terceira idade, dificultando o exercício de funções básicas para a sobrevivência como a mastigação e a deglutição. Diante desse sucinto diagnóstico, é evidente a necessidade de programas de prevenção e de educação em saúde bucal voltados prioritariamente para crianças, adolescentes e adultos jovens visando a conservação dos dentes, da capacidade mastigatória e da própria estética facial de cada um, mas sem esquecer a proteção da faixa de idosos.*” (PINTO, 1996: 18)

CAPÍTULO 2: EDUCAÇÃO EM SAÚDE, PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO E PROPOSTA CURRICULAR

2.1. Concepções Gerais da Educação em Saúde

Como parte das ações de promoção da saúde, estabelecidas pelo SUS, a educação em saúde opera, no nosso entendimento, como um dos fatores fundamentais para o sucesso de qualquer programa preventivo em saúde bucal destinado tanto às crianças como aos adultos jovens e idosos. No entanto, o caráter e a forma dessa educação em saúde é tão importante quanto a existência dela pois, de acordo com o Ministério da Educação, desde o século passado os conteúdos relativos a saúde e doença foram sendo incorporados ao currículo escolar brasileiro, mas em suas práticas pedagógicas a escola adotou sistematicamente uma visão reducionista da saúde, enfatizando os seus aspectos biológicos. O que se tem, ainda hoje, é o ensino de saúde centrado basicamente na transmissão de informações sobre como as pessoas adoecem, os ciclos das doenças, os seus sintomas e as formas de profilaxia; portanto, quando a ênfase recai sobre a doença e a valorização dos comportamentos individuais capazes de evitá-la, abre-se pouco espaço para que se construa com o aluno a convicção de que as condições de vida que favorecem a instalação de doenças também podem ser modificadas. (BRASIL – MEC/SEF, 1998)

Apesar do seu perfil biologicista e campanhista, “... o período de 1942-1964 foi a fase áurea da educação sanitária no Brasil. A Saúde e a Educação, enquanto prática social, sempre foram integradas nas propostas das políticas oficiais. A educação sanitária foi um espaço articulador entre essas duas práticas sociais.” (MELO, 1980: 38)

No Brasil, desde a ditadura militar de 64 até os dias atuais, as experiências de educação em saúde estiveram focadas na população infantil e com uma prática centrada em campanhas para erradicar determinada doença através de treinamentos mecânicos e exposições informativas, todas, em sua

maioria, de resultados estéreis. Segundo Davini (1983: 30), *“... os resultados obtidos na maioria dos treinamentos foram pouco satisfatórios. Além disso, o treinamento pela mecanização de ações não oferece ao sujeito nenhuma autonomia de ação diante dos diversos problemas que se colocam.”*

Quanto a transmissão de informações *“... se a transmissão de conteúdo se dá através de mera exposição de tal informação, sem seguir um processo pedagógico, o conteúdo dificilmente poderá ser apropriado ou assimilado pelos próprios participantes, e pouca utilidade terá para que estes possam aplicá-lo em sua vida.”* (CEPIS, 1987: 36) Durante o processo pedagógico *“... existem momentos em que o processo de ensinar é transmitir informações mas o que não se pode é perder de vista o objetivo fundamental da ação educativa que é desenvolver a personalidade integral do indivíduo, sua capacidade de pensar e raciocinar, assim como desenvolver seus valores e hábitos em geral.”* (BORDENAVE, 1983: 26)

O trabalho educativo em saúde não deve ser direcionado somente para a população infantil e tampouco deve ficar dependente do monopólio do saber dos profissionais de saúde, mas sim deve permitir a todo cidadão brasileiro capacitar-se enquanto um promotor de saúde. O interesse demonstrado pelas pessoas em geral por informações sobre saúde está evidente nos relatos de algumas produções teóricas: *“... as mulheres queriam que eu, como médico, desse um curso de saúde no qual pudessem aprender a cuidar dos problemas de saúde que tinham em casa.”* (MERHY, 1980: 49); *“Os pais mostraram-se interessados em receber mais informações durante sua permanência na sala de espera, indicando que estão conscientes da importância da saúde bucal.”* (INOUE & PUNHAGUI, 1998: 53)

A educação, em sua dimensão mais ampla, coloca-se enquanto um fator determinante do processo saúde/doença bucal, como mostram alguns resultados de pesquisas realizadas no campo da odontologia apresentadas por Freitas (1996: 112), onde *“... num estudo de STACEY, WRIGHT (1991), realizado com crianças em idade pré-escolar na Austrália - de origem local e de origem libanesa - concluíram através de análise de regressão múltipla que os fatores decisivos para determinar maior nível de cárie foram a exposição ao*

flúor e o nível de instrução das mães. Na Finlândia, TURUNEN et al. (1991) encontraram, entre pacientes de 35-64 anos de idade, pior nível de saúde bucal para o pior nível de educação. Mas talvez o estudo mais importante realizado nos países escandinavos seja o de RINGELBERG, TONASCIA (1976), que realizaram um estudo de coorte de 40 anos de acompanhamento e concluíram que o nível de educação tornou-se um indicador muito forte para a predição de cárie.”

Segundo Demo (1997: 11), “O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD/ONU) elabora anualmente um ranking dos países em termos de desenvolvimento humano, com base em três indicadores: alfabetização, expectativa de vida e poder de compra. O Brasil aparece, no ranking aludido feito em 1993, em posição extremamente desvantajosa, ou seja, no 70º lugar, com realce para dois dados muito negativos: situação clamorosamente atrasada no campo da educação e uma das maiores concentrações de renda do mundo.”

Mesmo diante do descaso historicamente exercido pelo governo federal em relação a educação brasileira, ela manteve-se crítica e criativa com o surgimento de algumas lideranças de peso na sua construção e no aparecimento também de alguns pedagogos de renome internacional. Isto ocorre porque os atores da educação – professores e alunos – possuem a capacidade de reagir e mudar o rumo de suas histórias. Esse descaso com a educação funciona como uma atitude estratégica e ideológica para se ter um povo desinformado e, conseqüentemente, facilitar sua manipulação e dominação. Portanto, como afirma Gadotti (1984: 34), “... a educação é essencialmente ato, e o ato educativo é um ato político e um ato social. O encontro que caracteriza o ato educativo guarda algo de original que não pode ser destruído e nem reduzido pela ideologia.”

Segundo Minayo (1999: 90), “... nada pode ser inteiectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema na vida prática. Isto quer dizer que a escolha de um tema não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo. Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas frutos de

determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos.” Em um período que já ultrapassa uma década de trabalhos assistenciais odontológicos com clientela diversas em seus aspectos sócio-econômicos e culturais – incluindo também professores da rede municipal e estadual de ensino –, ouvi muitos dizeres e percepções de pessoas que não desfrutam de uma boa saúde bucal, e a afirmação mais frequente é de que elas acham que têm ‘dentes fracos’ e o melhor a fazer seria arrancar todos e colocar uma dentadura para não se incomodar mais.

No plano coletivo, a inversão da atenção odontológica teve resultados positivos como nos mostrou o PIA. No entanto, no plano individual a inversão de valores pode criar situações de culpabilidade danosa como a que verifiquei na minha experiência relatada enquanto profissional de saúde e como no exemplo de Valla & Stotz (1996: 63), que mostra que *“... se um filho vai mal na escola, sua mãe acha que ele tem ‘memória fraca’ mesmo que tenha frequentado uma péssima escola pública, essa mãe vai explicar o fracasso de seu filho na escola pela sua ‘cabeça ruim’ para o estudo. Se um trabalhador não consegue emprego é porque está ‘sem sorte’.* Ocorre um processo de inversão tão brutal de valores que a vítima da injustiça social passa a se sentir a única culpada de um crime que não cometeu”. Em função destes questionamentos, venho desenvolvendo educação em saúde bucal cuja meta principal guarda semelhança com o princípio básico do PIA, que é a mudança de enfoque do ato educativo, ou seja, educar em saúde bucal para contribuir com o processo de controle epidemiológico da doença e não para sua erradicação.

A educação para a saúde tornou-se uma necessidade de responsabilidade da sociedade e ela deverá ser viabilizada tanto por intermédio das instituições públicas (escolas, postos de saúde, salas de espera hospitalares, etc.) como por organizações não-governamentais (sindicatos, associações de moradores, conselhos e associações classistas, etc.) porque *“... a ação educativa em saúde é um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para assumir a solução dos seus problemas de saúde. A saúde das pessoas e de uma comunidade não depende somente das ações de saúde que*

são oferecidas pelos serviços públicos. A própria população pode fazer muito por si mesma, desde que conte com os conhecimentos, com a compreensão e com a motivação necessárias para refletir sobre saúde, adotar práticas para sua melhoria ou manutenção, propor e realizar mudanças para a solução de seus problemas.” (PIMENTEL et al, 1996: 655)

Para que os cidadãos brasileiros tenham acesso aos conhecimentos sobre saúde e tenham a possibilidade de despertar a compreensão e a motivação para adotarem práticas preventivas em saúde bucal, a sociedade brasileira através de seus meios públicos e privados deverá estimular e capacitar seus cidadãos a lutarem pela melhoria das condições de saúde e de vida coletivas e/ou individuais, e isto só ocorrerá se houver um esforço conjunto e interdisciplinar entre os profissionais da educação e da saúde. No campo da odontologia, Dalto & Ferreira (1998: 47) destacam que “... o trabalho conjunto entre profissionais da saúde e da educação pode ser uma medida eficaz na promoção de saúde bucal.”

A capacitação dos cidadãos-professores, numa primeira etapa do processo de formação de promotores ou agentes de saúde bucal, nos parece ser a estratégia de maior validade para a educação em saúde porque eles já trabalham com educação e poderão semear uma nova postura perante o processo saúde/doença entre as crianças, os adolescentes e entre os pais dos alunos, pensamento que vem ao encontro de Discher (1992: 134) quando escreve que “... os depoimentos dos profissionais da saúde e da educação revelam que estes reconhecem a importância de se realizar educação para a saúde nas escolas. Outro aspecto salientado pelos professores entrevistados é a necessidade de preparo para educar para a saúde.”

Assim sendo, a tarefa de educar para a saúde - que nas experiências do passado como no Sistema Incremental e Programa de Saúde Escolar era de responsabilidade exclusiva dos profissionais de saúde - hoje terá que ser também de responsabilidade dos professores e cidadãos em geral, devidamente capacitados, porque estes estão pouco expostos à concepção positivista do processo saúde/doença. Esta concepção entre os profissionais de saúde tornou-se no passado um dos obstáculos para o avanço dos

programas públicos preventivos e educativos nesta área, e atualmente também coloca-se como um entrave para o funcionamento do SUS no tocante aos princípios da integralidade da atenção à saúde e participação popular, citados no primeiro capítulo deste trabalho, principalmente no sub-setor Odontologia onde o tecnicismo é soberano.

Diante da tarefa educativa em saúde devemos estar atentos para o caráter dessa educação, senão poderemos reproduzir a concepção acima mencionada, como mostra o exemplo de Melo (1980) que, em 1975, num Hospital para Tuberculosos, o índice de abandono ao tratamento era alto. Por isso foi elaborado pelos profissionais de saúde desta instituição um questionário e aplicado aos pacientes para se saber qual o conhecimento que tinham sobre a tuberculose e suas causas, e os resultados encontrados foram os seguintes: 93% dos pacientes atribuiu a tuberculose ao excesso de trabalho, desnutrição e vida desregrada; apenas 7% atribuiu a tuberculose ao micróbio. Foi elaborado pelos profissionais de saúde desse hospital um programa educativo para dar aos pacientes os ensinamentos sobre a tuberculose. Após a aplicação do mesmo foi feita uma nova avaliação e os resultados foram os seguintes: 95% dos pacientes atribuiu a tuberculose ao Bacilo de Koch; apenas 5% a outras causas. De fato, a tuberculose tem uma causação biológica (o bacilo), mas este bacilo, para atuar fazendo surgir a doença, precisa encontrar um organismo predisposto. Essa predisposição é dada pelo excesso de trabalho, desnutrição e vida desregrada.

Portanto, trabalhos sistemáticos de educação em saúde são essenciais para Busquets et al (1997), porque a organização de campanhas sobre temas específicos geralmente se superpõem ao currículo escolar e não permitem maior participação dos alunos, que se limitam a cumprir pontualmente as prescrições das mesmas. O contexto geral proporcionado pelas novas concepções sobre a saúde permite-nos perceber a necessidade da população formar uma mentalidade e hábitos de vida saudáveis, e para isto a educação para a saúde torna-se necessária.

Para que ocorra a educação em saúde bucal nas escolas não será preciso, de acordo com os PCNs, a existência de professor 'especialista' ou a

formação de alunos capazes de discorrer sobre conceitos complexos, nem o aprendizado exaustivo dos aspectos funcionais e orgânicos do corpo humano. É importante que os alunos possam aprofundar, progressivamente, os conhecimentos sobre o funcionamento do corpo humano - e do seu próprio - para permitir a ampliação das possibilidades de se conhecer para se cuidar. O que se pretende é um trabalho pedagógico no qual as condições que se fazem necessárias para a saúde, sua valorização e a realização de procedimentos que a favoreçam sejam o foco principal. (BRASIL – MEC/SEF, 1998)

Pensamos que essa incorporação progressiva do conhecimento sobre saúde bucal deverá ocorrer no transcurso do ensino fundamental e médio, na forma de conteúdo curricular de algumas disciplinas e não na forma de uma nova disciplina, pois talvez dessa forma teremos as reais condições para melhorar a frequência dos hábitos e comportamentos saudáveis no cotidiano das pessoas, porque como escrevem Petry & Pretto (1999: 368), “... *mesmo que a informação seja completa e adequada requer um certo tempo para ser amadurecida e incorporada pelo indivíduo. Desta forma, não se deve esperar uma imediata transformação de comportamento e deve-se repetidamente reforçar as mensagens motivacionais.*”

Portanto, a educação em saúde desenvolvida nas escolas deverá mudar a sua forma (ser sistemática e contínua) e também mudar o seu caráter (que o enfoque recaia sobre a saúde), como foi colocado no início deste capítulo, para que o indivíduo se transforme de paciente em cidadão e as coletividades em sujeitos históricos pois, conforme os PCNs, a experiência dos profissionais de saúde vem comprovando, de longa data, que a informação, isoladamente, tem pouco ou nenhum reflexo nos comportamentos. A escola precisa enfrentar o desafio de permitir que seus alunos reelaborem conhecimentos de maneira a conformar valores, habilidades e práticas favoráveis à saúde. A educação para a saúde favorece o processo de conscientização quanto ao direito à saúde e instrumentaliza para a intervenção individual e coletiva sobre os condicionantes do processo saúde/doença. A escola em seu conjunto precisa adotar uma abordagem preventiva consistente,

que integre o processo educativo de maneira permanente. (BRASIL – MEC/SEF, 1998)

Percebemos que somente o trabalho conjunto entre escolas e SUS conseguirá integrar métodos preventivos e educativos em saúde para elevar a prevenção enquanto categoria totalizadora, fundamental e eficaz. O resultado deste trabalho pressionará as instituições de ensino odontológico a mudarem sua postura acerca do processo saúde/doença bucal, acompanhando assim a tendência internacional, como verificamos na afirmação de Weyne (1999: 5), *“... de que está ocorrendo uma relevante evolução na filosofia de educação e treinamento dos recursos humanos, refletindo-se na clínica sob forma de uma sensível mudança no paradigma de prática de nossa profissão em vários países do mundo. Não é por outra razão que a forma tradicional de tratamento centrada na doença e até então hegemônica, está gradualmente cedendo espaço para um outro tipo de atenção profissional, cuja ideologia é a prevenção das doenças e a promoção de saúde.”*

2.2. Conhecimento (interdisciplinaridade)

A importância e a necessidade do conhecimento, de um modo geral, são determinadas 'a priori' pela sua utilidade que é sentida pelo indivíduo ou por uma coletividade que, como afirma Busquets et al (1997), se satisfaz a curiosidade ou é sentido como algo útil ou necessário, o conhecimento sempre proporciona satisfação. Nada desanima mais que realizar um trabalho que requer esforço sem que se saiba para que se serve. A atribuição da característica de 'útil' a um conhecimento é realizada pela pessoa que aprende, não em função da valorização que os livros fazem dele, mas a aplicabilidade real que o conhecimento em questão, teórico ou prático, tiver para ela. Para que um conhecimento seja utilizável, a pessoa que o aprende deve conhecer sua utilidade e ser capaz de reconstruí-lo em seu pensamento no momento em que necessitar dele.

Todo o conhecimento humano é fruto da criação, social e histórica, dos indivíduos inseridos numa determinada sociedade e *"... a existência humana se dá mediada pelo triplice universo do trabalho, da sociedade e da cultura. Como os três ângulos de um triângulo, esses três universos se complementam e se implicam mutuamente, um dependendo do outro, a partir de sua própria especificidade. É nesse contexto que podemos entender as relações do conhecimento com o universo social. Com efeito, o conhecimento pressupõe um solo de relações sociais, não apenas como referência circunstancial, mas como matriz, como placenta que nutre todo seu processamento"*. (SEVERINO, 1995: 163)

O conhecimento produzido pela sociedade poderá ser geral ou específico, e, atualmente, o veículo mais utilizado para transmiti-lo são as instituições de ensino, locais estes onde se travam discussões sobre a validade de um ensino organizado por disciplinas ou de um ensino pautado na metodologia interdisciplinar.

Segundo Etges (1995), a ciência ou o saber necessitam retornar ao sujeito que o produziu, para fazer unidade com ele, transformando-se em conhecimento. Conhecimento é a unidade efetiva do exterior e do interior. Ora,

este processo de interiorização do exterior posto é um ato de deslocamento, um ato de transposição de um contexto para outro, numa palavra, um ato interdisciplinar. Neste sentido, a interdisciplinaridade é, em primeiro lugar, uma ação de transposição do saber posto na exterioridade para as estruturas internas do indivíduo, constituindo o conhecimento.

O relacionamento do ato interdisciplinar com a produção do conhecimento científico, é íntimo e profundo pois *“... o fundamental no conhecimento não é a sua condição de produto, mas o seu processo, pois, o saber é resultante de uma construção histórica realizada por um sujeito coletivo. Daí a importância da pesquisa, entendida como processo de construção dos objetos do conhecimento, e a relevância que a ciência assume em nossa sociedade. Ser interdisciplinar para o saber, é uma exigência intrínseca, não uma circunstância aleatória.”* (SEVERINO, 1995: 172)

O conceito do que seja o ato interdisciplinar ou a interdisciplinaridade está basicamente dividida, atualmente, em duas correntes que divergem entre si em função de seus olhares distintos sobre a produção do conhecimento e do saber, ou seja, da concepção unitária ou da fragmentária. Antes de expor as divergências entre essas duas correntes, cabe uma breve síntese histórica sobre o objeto interdisciplinaridade.

Etges (1995) afirma que a interdisciplinaridade generalizadora ou universalizante é a forma mais tradicional de interdisciplinaridade. Quase todas as propostas de ação interdisciplinar se reduzem a ela. No interior da tradição científica sempre existiu o pressuposto de que é possível chegar-se a um saber absoluto, dando acesso ao conhecimento do mundo em sua totalidade. Esta interdisciplinaridade generalizadora se fundou sempre numa teoria. Na Idade Média foi a Teologia, nos Séculos XVI e XVII foi a Filosofia, no Século XIX a Física e no Século XX a teoria que reinou absoluta entre as ciências foi a Biologia. Ao absolutizar sua ciência e seu método, o cientista tenta impor uma interdisciplinaridade generalizadora, totalitária, tal como a teologia, quando impunha sua forma de abordar a natureza como a única.

Segundo Follari (1995), essa interdisciplinaridade ressurgiu nos anos 70 como reação do capitalismo diante de seus próprios problemas de

legitimação. No fim dos anos 60 os estudantes universitários em alguns países do mundo haviam se tornado um grave problema por suas posições anticapitalistas. Decidiu-se então dar um lugar à demanda estudantil através de uma série de iniciativas de mudanças nas universidades européias. Foi assim que se chegou à hipótese de que a interdisciplinaridade poderia dar lugar a uma superação da excessiva especialização. A interdisciplina não se fundamentou apenas a partir do poder: também surgiu simetricamente como demanda dos setores anticapitalistas. Quando esses setores alternativos chegaram a formular posições próprias, o fizeram apelando para a dialética, assinalando que a interdisciplinaridade possibilitaria o conhecimento da totalidade ao qual a dialética se refere, e sem o qual o social em seu conjunto não é compreensível. O interdisciplinar foi assim imbuído de uma enorme capacidade intrínseca de transformação. A interdisciplinaridade vinculou-se, na América Latina, à políticas modernizadoras em saúde, educação e meio ambiente. Sem dúvida escapa às políticas mais tradicionais e reacionárias que põem de lado o trabalho em grupo na ciência e buscam isolar os membros das profissões tradicionais para libertá-los da 'contaminação burocrática'.

A interdisciplinaridade é compreendida basicamente em função de duas correntes de pensamento sobre qual seria o conceito mais lógico e aplicável para ela neste atual contexto histórico. A primeira corrente defende a concepção de uma interdisciplinaridade reorganizadora e reformuladora das estruturas do saber, do conhecimento, do ensino escolar, enfim, uma substituição da concepção fragmentária por uma unitária do ser humano. A segunda corrente reconhece a importância do ato interdisciplinar, mas adverte para que se tenha a clareza sobre os limites da aplicação e da viabilidade da interdisciplinaridade.

Na primeira corrente, com a concepção acima citada, se destacam teóricos como Gusdorf (1977) e Japiassú (1976), entre outros autores, que partilham da mesma visão de Fazenda (1996) de que a interdisciplinaridade pressupõe basicamente uma intersubjetividade, uma mudança de atitude frente ao problema do conhecimento, uma substituição da concepção fragmentária para a unitária do ser humano, e conseqüentemente, uma mudança de atitude

frente à Educação alterando a própria estrutura curricular existente. O conceito de Interação pressupõe uma integração de conhecimentos e é condição básica de efetivação da interdisciplinaridade.

De acordo com Hilton Japiassú (1996: 14), *"... o interdisciplinar se apresenta como um princípio novo de reorganização epistemológica das disciplinas científicas, como um princípio de reformulação total das estruturas pedagógicas do ensino das ciências, ele corresponde a uma nova etapa do desenvolvimento do conhecimento científico e de sua repartição epistemológica."*

Essa primeira concepção sobre a interdisciplinaridade, concebe esta enquanto única e nova solução para os males da fragmentação e da especialização do saber e do conhecimento, e também enquanto salvadora do sistema educacional como nos mostram as afirmações seguintes: *"... é no trabalho de equipes interdisciplinares que está o germe de uma nova e revolucionária forma de produzir saberes, rompendo com fragmentaridade e especialização do conhecimento."* (WINCK, 1999: 105) ; *"... a necessidade da interdisciplinaridade impõe-se não só como forma de compreender e modificar o mundo, como também por uma exigência interna das ciências que buscam o restabelecimento da unidade perdida do saber."* (FAZENDA, 1996: 49)

Seguindo as mesmas afirmações, Barbosa (1999: 65) escreve que *"... a interdisciplinaridade estimula a competência do educador, apresentando-se como uma possibilidade de reorganização do saber para a produção de um novo conhecimento."* Discher (1992: 22) também afirma que *"... a falta de articulação entre os professores das diversas séries e diferentes disciplinas transformam o que é ensinado em fatos estanques, demonstrando um elevado grau de fragmentação. A falta de interdisciplinaridade dificulta ao aluno o estabelecimento de pontes entre os diferentes conteúdos."*

Na segunda corrente, acima citada, compreende-se que não deve haver uma substituição de uma concepção fragmentária por uma unitária da produção do saber pois, de acordo com Etges (1995: 63), *"... a causa de tão infausto acontecimento - produção científica fragmentada - é atribuída pelos autores da ciência única e unitária à divisão capitalista do trabalho e à*

consequente especialização. Como vimos, pela própria lógica da produção/construção do saber e por sua autonomia, as ciências não são fragmentos de um saber unitário e absoluto. Sua gênese não provém daí.

Outros autores dessa mesma linha de pensamento, como Jantsch & Bianchetti (1995: 187), afirmam que *"... a divisão ou a fragmentação da ciência não é propriamente uma 'cria' do capitalismo como muitos teóricos dão a entender ou até mesmo afirmam categoricamente. Na nossa visão tanto o capitalismo como a fragmentação do conhecimento são produtos de um mesmo movimento histórico. O fato de coexistirem e até estabelecerem simbiose não significa que haja paternidade de um sobre o outro."*

A discussão dessa dicotomia fragmentário/unitário me retrata a outra dicotomia, citada no capítulo primeiro deste trabalho, entre curativo/preventivo onde se viu que apesar de abordarem a saúde por caminhos teóricos e práticos diferentes, os dois componentes dessa dicotomia coexistem e dependem um do outro na prática cotidiana do processo saúde/doença. Pressupomos que com a dicotomia do campo do conhecimento ocorre o mesmo que na área da saúde pois *"... ao nosso ver, o genérico e o específico não são excludentes e admitimos que os pesquisadores precisam estar abertos à interdisciplinaridade. A nossa advertência, porém, é enfática: a epistemologia da interdisciplinaridade não tem seu eixo na vontade."* (JANTSCH & BIANCHETTI, 1995: 197)

Segundo Follari (1995: 106), *"... nas argumentações sobre a interdisciplinaridade fica claro que podemos encontrar uma forte tendência a 'voltar' a um saber integral e totalizante. Só que as ciências atuais a integrar não são as mesmas da época socrática e portanto o projeto hoje não tem fundamento. Um 'sabe tudo' é hoje impensável, porque 'tudo' é muito mais do que aquilo que alguém possa chegar a dominar."*

Além disso, afirmam Jantsch & Bianchetti (1995: 21), que *"... tanto a disciplinaridade quanto a interdisciplinaridade se impõe historicamente, ambas sendo, portanto, filhas do tempo (uma construção humana necessária). Não procederiam, por isso, as análises que captam a disciplinaridade como uma patologia e/ou cancerização. Vemos na disciplinaridade o 'não objeto' da*

interdisciplinaridade, isto é, é impensável a interdisciplinaridade sem a base que a possibilita, ou seja, as disciplinas.”

Em relação a viabilidade e as possibilidades de se desenvolver a interdisciplinaridade, Follari (1995) coloca que está claro que a interdisciplina suscita mais perguntas do que respostas, e isto, não em virtude de suas infinitas possibilidades, mas sim por causa da dificuldade de estabelecer seus limites. Introduzindo uma metodologia de trabalho científico como é o interdisciplinar é possível melhorar a eficácia das pesquisas, aproximá-las a problemas concretos, mas não é possível, por outro lado, modificar radicalmente o lugar da ciência em relação ao poder, seu lugar político: isto seria pedir da interdisciplinaridade o que ela não pode dar por si mesma. É preciso fazer a interdisciplinaridade voltar ao chão de suas possibilidades reais, à metodologia de trabalho científico. Lá estão seus limites: ela não pode fazer mudanças estruturais porque não tem parentesco com os movimentos sociais em suas atividades políticas, mas só com os cientistas em suas atividades teóricas e técnicas.

Portanto, esses são os limites acadêmicos e científicos do exercício da interdisciplinaridade entendida como consequente pelos autores dessa segunda corrente de pensamento pois, segundo Frigotto (1995), a questão da interdisciplinaridade, ao contrário do que se tem enfatizado especialmente no campo educacional, não é sobretudo uma questão de método de investigação e nem de técnica didática - ainda que se manifeste enfaticamente neste plano. O trabalho interdisciplinar não se efetiva se não formos capazes de transcender a fragmentação e o plano fenomênico, heranças fortes do empirismo e do positivismo.

Para que esses limites citados ganhem vida interdisciplinar, precisamos repensar e refletir sobre a estrutura e o papel do ensino superior em nosso país, porque *“... numa época de grandes e velozes transformações, é impensável que uma instituição universitária faça da transmissão do conhecimento sua função principal ou reduza o ensino à simples transmissão de conhecimento.”* (JANTSCH & BIANCHETTI, 1995: 21)

Em relação ao ensino universitário, Etges (1995: 83) relata que *“Em função de seu ensino profissionalizante dirigido a campos limitados, e em função de seu ensino homogêneo e burocratizado, a universidade que conhecemos se reduziu a coleções produtores de profissionais de segunda categoria. As concepções metafísica e instrumental, que inspiraram a organização da universidade, não tem mais o poder de tirá-la desta condição. O construtivismo e a interdisciplinaridade consequente apontam saídas extremamente positivas, viáveis e historicamente fecundas para uma universidade de pessoas livres, que atuarão como sujeitos perante o saber que constroem, como sujeitos capazes de comunicar esse saber de forma que sua responsabilidade perante a sociedade esteja sempre presente e atuante.”*

Assim como a interdisciplinaridade tem parentesco com a pesquisa científica e com o ensino universitário, a cidadania, no nosso entendimento, deverá constituir-se num dos principais alicerces do processo de transformação da educação brasileira. A educação focada na cidadania tornou-se urgentemente necessária porque, segundo Demo (1997: 58), *“... uma sociedade bem informada significa aquela que, ao mesmo tempo, promove cidadania - informação adequada é uma das bases da consciência e da organização políticas - e fomenta o avanço do conhecimento - a disponibilidade desimpedida do conhecimento é o ponto de partida para a construção da cidadania.”*

A relevância da cidadania é anterior a sua importância enquanto fator determinante na construção e evolução de novos sistemas de educação e de saúde. Essa relevância podemos verificar nas observações de Narvai (1991), as quais apontam a cidadania enquanto um dos fundamentos principais da República, ao lado da soberania, da dignidade da pessoa humana, dos valores sociais do trabalho e do pluralismo político conforme a atual Constituição Federal promulgada em outubro de 1998 (Art. 1º, II). Essa mesma Constituição garante que a gestão da Seguridade Social – Saúde, Previdência e Assistência Social – deve ser feita com a participação dos cidadãos (Art. 194).

Portanto, além da existência da garantia constitucional do exercício da cidadania, ela só desencadeará processos de transformação no campo

educacional e da saúde através da participação ativa e da luta dos indivíduos envolvidos no cotidiano dos direitos e deveres sociais. Para L'Abbate (1994), no desenvolvimento da cidadania necessitamos de um aspecto institucional com um arcabouço jurídico constituído, porém sua realização concreta depende das práticas sociais que só podem ocorrer entre os atores sociais que vivenciam uma relação.

Atualmente, a cidadania se constitui enquanto um dos pilares de grande importância para o desenvolvimento do ensino fundamental e médio em nosso país, de acordo com as diretrizes dos PCNs, onde *"... a educação para a cidadania requer que questões sociais sejam apresentadas para a aprendizagem e a reflexão dos alunos, buscando um tratamento didático que contemple sua complexidade e sua dinâmica, dando-lhes a mesma importância das áreas convencionais."* (BRASIL – MEC/SEF, 1998: 25)

Temos a compreensão de que o relacionamento íntimo e dependente entre educação, saúde e cidadania está tomando-se cada dia mais evidente. Segundo Costa & Fuscilla (1999), a Educação e a Saúde devem ser entendidas como áreas do conhecimento humano que devem integrar-se e que nas inter-relações dessas áreas temáticas a fusão desses conteúdos possibilita aos agentes multiplicadores de saúde a simplificação, a desmonopolização e a difusão do saber científico. Essas áreas do conhecimento citadas acima estão intimamente ligadas ao exercício da cidadania e ligadas aos direitos e deveres do cidadão na luta por melhores condições de vida, pois a socialização do saber é indispensável para a luta pelo direito social à saúde.

No entanto, é preciso ter um entendimento mais amplo sobre o conceito de cidadania. De acordo com Spink et al (1994), ela é comumente pensada e operacionalizada como a relação existente entre uma pessoa e o Estado, na qual a pessoa deve obediência e o Estado proteção. Para se conquistar a cidadania não basta ter a consciência dos direitos iguais pois ela exige o sentir-se⁵ igual aos outros, com os mesmos direitos iguais. Há uma necessidade subjetiva para suscitar a adesão, a mobilização, tanto quanto condições para agir em defesa destes direitos. A cidadania pressupõe a

⁵ Grifo do autor

existência de comunidades livremente escolhidas, onde os homens discutem e planejam formas plurais de vida. Toda ação coletiva é vivida como necessidade do eu - nada pode ser social sem ser ao mesmo tempo individual. Portanto, é nos sujeitos individuais que os carecimentos têm moradia.

Essa amplitude do conceito de cidadania a qual me reporto acima é exigência da sua própria condição intrínseca que é a da multiplicidade dos seus elementos constituintes e dos seus fatores determinantes, e conforme afirma Spink et al (1994), a cidadania – enquanto fenômeno social, histórico e subjetivo – só pode ser caracterizada na interface indivíduo/sociedade. Interface essa que tem dimensões amplas e fronteiras nada rígidas e é, conseqüentemente, domínio de disciplinas múltiplas. Daí sua segunda característica: a interdisciplinaridade ou até mesmo a transdisciplinaridade, porque enquanto conceito ou prática, a cidadania transcende os domínios das disciplinas específicas.

A educação em saúde pautada na cidadania poderá contribuir para uma participação mais crítica da população nas estruturas de construção do SUS, que ainda se mostra deficitário como foi mencionado no primeiro capítulo deste estudo, por isso temos a clareza de que o acesso irrestrito ao conhecimento é um dos fatores fundamentais para que o indivíduo conquiste sua condição de cidadão e, conseqüentemente, melhores condições de vida porque, segundo Zanetti et al (1992: 25), *“... quando há possibilidades políticas de um confronto organizado de racionalidades – técnico X senso comum – quase que invariavelmente, só as pretensões de ‘bem-estar’ das elites técnicas é que prevalecem. Bem-estar é antes de mais nada uma conquista política de uma dada condição de cidadania.”*

No Brasil, vivemos num momento histórico em que o conceito e a prática da cidadania encontram-se ainda em construção, mesmo assim a nossa perspectiva em relação ao tema reafirma a convicção de Garrafa (1993: 15) de que *“... no dia em que a cidadania verdadeiramente for alcançada em nosso país, teremos o indicador mais claro de que nossa população conquistou os níveis sanitários e educacionais compatíveis com sua dignidade como seres humanos.”*

2.3. Transversalidade Curricular (Parâmetros Curriculares Nacionais - PCN)

Estamos vivenciando um momento histórico de agravamento da crise do sistema educacional brasileiro que se arrasta por décadas. No desenvolvimento dessa crise iniciou-se, a partir da década de 70, um processo de discussões que tinha por objetivo principal a reorganização e a reestruturação do ensino das escolas em nosso país. Segundo Valla & Stotz (1994), a escola se organiza e funciona de tal maneira que não consegue contribuir para a aquisição de conhecimentos ou melhoria de vida desses alunos. Pois a questão principal, a nosso ver, é se a escola pode ensinar algo que contribua para a melhoria do padrão de vida dos alunos.

Como parte desse processo de discussões, já existente no cenário internacional, abordamos anteriormente a polêmica ainda presente no campo educacional em relação a viabilidade e amplitude do conceito de interdisciplinaridade. Também como parte desse processo, surgem questionamentos a respeito da inclusão de temáticas sociais, vinculadas ao cotidiano da maioria da população, na estrutura curricular vigente. Para Busquets et al (1997), aquelas questões que priorizamos no ensino por razões históricas nos impedem de ver as penas e sofrimentos de grande parte da humanidade - dentro da qual encontra-se a maioria da população escolar - à qual estas prioridades não correspondem. É preciso retirar as disciplinas científicas de suas torres de marfim e deixá-las impregnar-se de vida cotidiana, sem que isto pressuponha, de forma alguma, renunciar as elaborações teóricas imprescindíveis para o avanço da ciência. Desmontar o edifício discriminatório dos gregos não significa eliminar todas as coisas boas que eles nos proporcionaram.

Portanto, entre crises e polêmicas teóricas, o nosso sistema educacional continuou seguindo carente de projetos consequentes e com conteúdos curriculares surrados e defasados da realidade dos alunos. A gravidade dessa crise impõe mudanças radicais e profundas no sistema educacional brasileiro a longo prazo. No entanto, cabe começarmos pelas mudanças básicas viáveis e de interesse dos educandos. Como aborda

Fazenda (1996: 99), *“... menos drástico do que uma modificação radical no sistema educacional talvez fosse um replanejamento curricular em função das necessidades e expectativas dos educandos e da sociedade.”*

O começo dessa mudança básica pressupõe um projeto educacional, o qual consideramos de suma importância, como relata Severino (1995), que o projeto educacional se torna necessário tanto para os indivíduos como para a sociedade. O indivíduo precisa dele para superar sua condição de mera individualidade, alçando-se à condição de cidadão; a sociedade precisa dele para estender a todos os indivíduos emergentes das novas gerações a intencionalidade da cidadania, de modo a poder garantir a tessitura democrática de suas relações sociais.

A intenção de incluir temáticas sociais na estrutura curricular vigente, conforme citado acima, recebeu a conceituação de Temas Transversais na educação. Alguns desses temas já vêm sendo tratados nas experiências de construção e fortalecimento da cidadania, historicamente comprovados, conforme indicam os PCNs, que *“... as experiências pedagógicas brasileiras e internacionais de trabalho com direitos humanos, educação ambiental, orientação sexual e saúde tem apontado a necessidade de que tais questões sejam trabalhadas de forma contínua, sistemática, abrangente e integrada e não como áreas ou disciplinas.”* (BRASIL – MEC/SEF, 1998: 27)

Sobre o assunto, Busquets et al (1997: 11) escrevem que *“... a discussão a respeito dos temas transversais na educação surge de questionamentos realizados em vários países sobre qual deve ser o papel da escola dentro de uma sociedade plural e globalizada e sobre quais devem ser os conteúdos abordados nessa escola. Algumas perguntas decorrentes desses questionamentos são: qual a origem e o porquê dessa estrutura curricular vigente nas escolas ocidentais, que privilegiam a Biologia, a Física, a História, a Matemática, a Linguagem, etc.? Por que devem ser esses, e não outros, os conteúdos a serem trabalhados nas escolas? Esses valores, que ainda prevalecem na cultura ocidental, representados no modelo vigente de ciência e na estrutura curricular de nossas escolas, têm sua origem numa concepção de*

mundo elitista, que limitava o exercício intelectual aos campos de interesses selecionados por uma minoria de cidadãos gregos.”

Consideramos extremamente importante e viável esse projeto educacional que pretende introduzir os temas transversais nas disciplinas curriculares já existentes. Afirmam Busquets et al (1997), que as matérias curriculares serão instrumentos através dos quais pretende-se desenvolver a capacidade de pensar e de compreender e manejar adequadamente o mundo que nos rodeia. Sem um contexto para situá-los, para grande parte dos estudantes os conteúdos curriculares transformam-se em algo absolutamente carente de interesse ou totalmente incompreensível. Entretanto, se estes conteúdos estruturam-se em torno de eixos que exprimem a problemática cotidiana atual, convertem-se em instrumentos cujo valor e utilidade são evidenciados pelos alunos. A vinculação entre as matérias transversais e os conteúdos curriculares dá um sentido a estes últimos, fazendo-os aparecer como instrumentos culturais valiosíssimos para aproximar o científico do cotidiano.

Os temas transversais guardam um íntimo parentesco com a cidadania em função de seus elementos constituintes possuírem em comum a marca da diversidade e da complexidade dos seus objetos, entretanto, uma idéia básica que, segundo Inoue et al (1999: 40), *“... permeia os temas transversais é a de que fazemos parte do todo e que uma pequena ação, uma iniciativa por menor que seja faz muita diferença para o grupo maior. Assim, se eu desperdiçar um copo de água, alguém pode dizer: ‘ não tem importância, é um só ‘. Mas se forem 200 milhões de pessoas desperdiçando um copo de água ou jogando vasilhames e restos de comida na estrada? Isso faz diferença.”*

No entendimento de Busquets et al (1997), os temas transversais facilitarão a necessária transformação das matérias curriculares para as expectativas do presente, adequando-as às possibilidades de compreensão dos estudantes. Se eles forem tratados como novos conteúdos a acrescentar aos já existentes, cumprirão apenas a função de sobrecarregar os programas e dificultar a tarefa do corpo docente, sem qualquer benefício para os estudantes,

pois isto pressupõe tratar uma nova temática com velhos procedimentos, eliminando assim todo o valor inovador que ela possa ter.

Busquets et al (1997) lembram que não podemos esperar que os campos de pensamento que se iniciaram com a ciência clássica proporcionem conhecimentos sobre tudo aquilo que os homens e as mulheres do presente precisam saber. Os temas transversais, que constituem o centro das atuais preocupações sociais, devem ser o eixo em torno do qual deve girar a temática das áreas curriculares. Essas questões devem ocupar um lugar secundário no ensino só porque não faziam parte das preocupações da ciência clássica? Se fizéssemos isto, estaríamos concedendo mais importância às preocupações do passado que às do presente, isto é, estaríamos vivendo e educando com o olhar continuamente voltado para trás.

Atualmente, os questionamentos existentes no campo do conhecimento sobre a aplicação da interdisciplinaridade enquanto uma nova metodologia de trabalho científico, e no campo pedagógico sobre a incorporação dos temas transversais pelas disciplinas já existentes, apontam, ao nosso ver, caminhos esperançosos de mudanças da nossa realidade educacional. A respeito destes questionamentos, nos PCNs encontramos que *“... a interdisciplinaridade refere-se a uma abordagem epistemológica do conhecimento enquanto a transversalidade diz respeito principalmente à dimensão da didática. Ambas alimentam-se mutuamente na prática pedagógica pois o tratamento das questões trazidas pelos temas transversais expõe as inter-relações entre os objetos do conhecimento. A transversalidade abre espaço para a inclusão de saberes extra-escolares, possibilitando a referência a sistemas de significados construídos na realidade dos alunos.”* (BRASIL - MEC/SEF, 1998: 30)

Em nosso país, em 1998, o Ministério da Educação e do Desporto e a Secretaria de Educação Fundamental lançaram duas edições brasileiras sobre os Temas Transversais dentro dos Parâmetros Curriculares Nacionais, sendo que a primeira edição é composta de 10 volumes destinados ao ensino de 1ª a 4ª séries e uma volumosa e única edição destinada ao ensino da 5ª a 8ª séries.

Os critérios adotados pelo Ministério da Educação para a eleição dos temas transversais dos PCNs foram:

1. *“Urgência Social: questões graves, que se apresentam como obstáculos para a concretização da plenitude da cidadania;*
2. *Abrangência Nacional: isso não exclui a possibilidade e a necessidade de que as redes estaduais e municipais, e mesmo as escolas, acrescentem outros temas relevantes à sua realidade;*
3. *Possibilidade de Ensino e Aprendizagem no Ensino Fundamental: em especial no que se refere à Educação para a Saúde, Educação Ambiental e Orientação Sexual, já desenvolvidos em muitas escolas;*
4. *Favorecer a Compreensão da Realidade e a Participação Social: que os alunos possam desenvolver a capacidade de posicionar-se diante das questões que interferem na vida coletiva, superar a indiferença e intervir de forma responsável.”* (Ibid., 25)

No cenário internacional essa experiência educacional já está em curso a mais tempo, conforme relatam Busquets et al (1997: 12) que *“... em diversos países, organizações não governamentais (ONG's) e governamentais começaram a desenvolver projetos educacionais e a pressionar os Estados para que incluíssem na estrutura curricular das escolas temas que abordassem conteúdos mais vinculados ao cotidiano da maioria da população. A inclusão de temas transversais sistematizados em um conjunto de conteúdos considerados fundamentais para a sociedade surgiu na reestruturação do sistema escolar espanhol em 1989, com o objetivo de tentar diminuir o fosso existente entre o desenvolvimento tecnológico e o da cidadania.”*

Para Inoue et al (1999), os temas transversais são definidos como questões sociais urgentes, que necessitam ser trabalhadas no dia-a-dia. Nos PCNs, considera-se que é de responsabilidade da escola tratar dessas questões. A transversalidade veio mostrar a possível articulação entre estes temas atuais e as disciplinas que estão sendo trabalhadas nas escolas. Os PCNs trazem uma visão da educação como exercício de cidadania, e da escola

como um espaço privilegiado para se trabalhar com isso. A novidade foi o Ministério da Educação oficializar a importância do trabalho com estas questões. Os temas transversais são uma grande oportunidade de ação integradora e não só de discussão de uma proposta integradora.

Entendemos que a saúde bucal deverá ser tratada na perspectiva da transversalidade curricular dos PCNs com o objetivo de educar a população infanto-juvenil, na construção e manutenção de hábitos e atitudes saudáveis, porém devemos estar atentos para não repetirmos equívocos do passado, de projetos de educação em saúde bucal, marcados pela sua seletividade programática como foi abordado por nós no primeiro capítulo, que tornou-os ineficientes uma vez que *“... a educação em saúde deve constituir-se numa preocupação coletiva, num aprendizado contínuo, que esteja presente em todas as etapas da vida humana.”* (DISCHER, 1992: 80)

Portanto, a escola deverá irradiar conhecimentos sobre saúde, deverá estimular hábitos e atitudes de higiene pessoal e ambiental, deverá cultivar a ética, enfim, promover as discussões pertinentes aos temas transversais não só entre educadores e educandos mas sim envolver todos os atores sociais, sejam eles funcionários, pais de alunos, colaboradores, etc., na perspectiva de disseminar agentes de saúde por toda a comunidade.

De acordo com Inoue et al (1999: 52), *“... não é suficiente reconhecer que os temas transversais permeiam todas as áreas do conhecimento. O educador precisa ter consciência de suas atitudes. É preciso fazer alguma coisa que promova um novo olhar sobre o que já parecia tão conhecido, tão desgastado, mantendo ou reafirmando essa identidade e, simultaneamente, percebendo que tudo talvez pode ser produzido de outra maneira. É esse movimento que vai manter a vitalidade da educação, da vida.”*

CAPÍTULO 3: OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Identificar o Conhecimento e as Atitudes dos Professores da 3ª a 8ª séries do Ensino Fundamental da Rede Pública Municipal de Florianópolis/SC acerca do Processo Saúde/Doença Bucal.

3.2. Objetivos Específicos

- Analisar o conteúdo programático de saúde bucal presente no currículo do ensino fundamental que consta na Proposta Curricular da Secretaria Municipal de Educação de Florianópolis/SC;
- Descrever as condições das escolas públicas municipais de Florianópolis/SC quanto aos seus aspectos físicos, ambientais e recursos humanos, para averiguar as possibilidades de se trabalhar o conhecimento de saúde bucal na perspectiva da transversalidade curricular;
- Verificar as atitudes dos professores da rede municipal de ensino em relação à sua saúde bucal.

CAPÍTULO 4: METODOLOGIA DA PESQUISA

4.1. Delineamento e Universo da Pesquisa

Esta pesquisa caracterizou-se como um estudo descritivo exploratório no qual foi definido, como universo da mesma, os professores da 3ª a 8ª séries lotados e em atividade na Secretaria Municipal de Educação, que perfazem o total de 112 professores, sendo que 76 são professores da 3ª e 4ª séries (67,86%) e 36 são professores de Ciências Naturais da 5ª a 8ª séries (32,14%).

Inicialmente o universo desta pesquisa era constituído pelos professores de Ciências Naturais em função da informação 'colhida' na pesquisa documental realizada a partir das propostas curriculares municipal e estadual. Através das conversas realizadas com os professores no pré-teste e com a coordenadora da disciplina de Ciências Naturais do ensino fundamental do município, obtivemos informações de que o conteúdo teórico de saúde bucal seria abordado com mais freqüência nas 3ª e 4ª séries do 1º grau. Em razão dessa contradição de informações resolvemos ampliar o universo deste estudo.

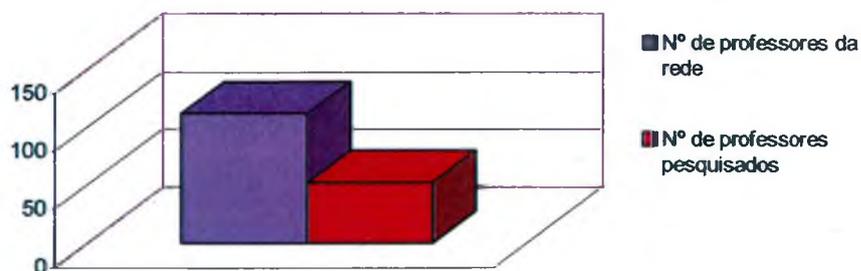
Devido a viabilidade de tempo e pelo fato do universo da pesquisa estar distribuído em 22 escolas municipais dispersas por todos os bairros de Florianópolis, optamos por um questionário (Anexo 1) com perguntas abertas e fechadas, que foi o principal instrumento de coleta de dados para se identificar o conhecimento e as atitudes desses professores acerca do processo saúde/doença bucal. Esse instrumento de coleta de dados foi submetido ao pré-teste junto aos professores do ensino fundamental da rede estadual de educação. Outro instrumento de coleta de dados auxiliar utilizado foi a observação das condições físicas, ambientais e políticas das escolas durante a etapa da pesquisa de campo.

O último critério utilizado para a definição do universo dessa pesquisa foi o de excluir os professores da 3ª a 8ª séries que atualmente exercem funções administrativas ou de direção. Dando continuidade a pesquisa de campo, realizei a primeira visita às 22 escolas municipais para entregar os 112

questionários. Na entrega desses questionários foram discutidos, junto aos diretores e orientadores pedagógicos das escolas, os objetivos e a importância dessa pesquisa bem como da fundamental colaboração deles no sentido de orientarem os professores a responderem ao questionário com atenção e sinceridade, e não apenas entregá-los para serem respondidos. Esses esclarecimentos e o pedido de colaboração dos diretores e orientadores pedagógicos das escolas se fizeram necessários porque as possibilidades do pesquisador encontrar todos os professores de uma determinada escola no dia de sua visita seriam muito pequenas.

Depois de entregar todos os questionários, estabelecemos os critérios de resgate dos mesmos e a dinâmica utilizada para isso foi a de telefonar avisando uma semana antes que passaríamos nas escolas recolhendo-os. Esta dinâmica de recolhimento dos questionários foi sistematicamente repetida por três vezes consecutivas, com intervalos de vinte dias entre essas visitas. Ao final dessa pesquisa de campo, realizada pelo próprio mestrando, conseguimos atingir uma amostragem de 52 questionários respondidos que equivalem a 46,43% do universo da pesquisa.

GRÁFICO 1 - UNIVERSO DA PESQUISA



Cabe ressaltar que além das possíveis limitações do questionário utilizado o contexto político das escolas municipais na época da coleta de dados era atípico e de confronto entre professores, direção e comunidade em função da anulação, pela administração municipal de Florianópolis, de um

processo eleitoral realizado no mês anterior no qual a comunidade e os professores das escolas escolheram, pelo voto direto, seus novos diretores.

Com certeza, este fato político teve influência nos resultados dessa pesquisa e na abrangência inferior a 50% do universo da mesma, sendo que 50 professores do universo da pesquisa (44,64%) ignoraram a importância da mesma, não devolvendo os questionários recebidos, e que 10 professores desse mesmo universo (8,93%) devolveram o questionário em branco. No total, a não participação somou 53,57%, que representa mais da metade do universo da pesquisa, fato esse que é reflexo direto, além de outros fatores, do clima social de tensão, medo e desconfiança gerado nesse momento de confronto político citado, que coincidiu com a etapa de coleta de dados dessa pesquisa.

No contato pessoal que tive com alguns atores sociais das escolas pesquisadas, percebi uma rejeição dissimulada em relação a pesquisa e ao pesquisador que, a meu ver, vem crescendo historicamente no inconsciente coletivo da população brasileira. Conforme observou Lobo (1980: 55), *“O cansaço que as pesquisas, entrevistas e questionários de todo tipo têm provocado no povo é incalculável. Podem-se ver inúmeras comunidades que repudiam violentamente qualquer tentativa de estudo de sua realidade, reação esta, a meu ver, muito justa se tomarmos em conta que, quase na totalidade das vezes, não se sabe nem de onde e nem porque veio o pesquisador, para que fará tantas perguntas e, principalmente, que a população não percebe para que servirão todos esses dados.”*

4.2. Caracterização do Local da Pesquisa

As escolas deverão constituir-se em um dos espaços públicos onde se fomente e se construa a promoção da saúde bucal através da implementação da educação em saúde na sua estrutura curricular, como abordamos no capítulo anterior deste trabalho e como aponta os PCNs do Ministério da Educação, pois segundo Discher (1992: 36), *“... a educação para a saúde, no contexto escolar, longe de constituir-se num paradoxo, desponta como uma possibilidade e, especialmente, como uma das alternativas para fazer frente a tantos e inquestionáveis problemas de saúde existentes no meio escolar.”*

Como fruto da análise dos dados desta pesquisa, a ser apresentada no próximo capítulo, entendemos que a educação para a saúde a ser desenvolvida nas escolas deverá ser sistemática e contínua, deverá envolver todos os atores sociais dela e que o seu enfoque recaia sobre a saúde e não sobre a doença, para que esse tema transversal avance e saia da fase inicial, pois não podemos repetir os equívocos do passado como foram as experiências de promoção e recuperação da saúde bucal do Sistema Incremental e da FAE, citadas anteriormente, que revelaram-se ineficientes por serem assistemáticas, restritivas e curativas, e que atualmente em parte ainda se repete em algumas experiências recentes.

Durante o roteiro realizado por todas as escolas públicas municipais do ensino fundamental, em função da entrega e busca dos questionários (coleta de dados), observamos algumas condições extra-curriculares. Em relação a estrutura física, verificamos que no momento da coleta de dados (setembro a dezembro de 2000) várias escolas estavam com suas paredes rabiscadas ou descascadas, utensílios como escovódromos coletivos, torneiras e sanitários em precárias condições de uso, enfim, um cenário que só desestimula estudantes e professores, já tão desiludidos com seus currículos e salários, a construírem qualquer tipo de conhecimento.

FIGURA 1: ESCOVÓDROMO I**FIGURA 2: SALA DE AULA I**

No entanto, no último roteiro ocorrido em função de uma investigação fotográfica final realizada no início do ano letivo de 2001, observamos que as escolas estavam em condições físicas bem melhores do que as visitadas no final do ano letivo de 2000. Este fato implica supormos que as escolas necessitam frequentemente de serviços de manutenção e reformas do patrimônio público escolar e que os governos municipais habituaram-se a deixar que os problemas cheguem ao seu limite máximo para buscarem soluções.

FIGURA 3: ESCOVÓDROMO II**FIGURA 4: SALA DE AULA II**

Quanto as condições ambientais, percebemos que na maioria das escolas visitadas pouco se valoriza a estética ambiental porque não é comum a presença de árvores nos pátios e jardins na entrada das escolas. O que predomina na paisagem escolar é o concreto. Portanto, inicialmente a escola terá que resolver sua contradição interna ao trabalhar com o tema transversal Meio Ambiente. Temos a clareza de que somente uma escola agradável e bonita esteticamente não garante uma boa qualidade do ensino, mas as condições físicas e ambientais favoráveis de uma escola poderão constituir-se no primeiro passo para se atingir um ensino de qualidade.

FIGURA 5: ÁRVORES NO PÁTIO



FIGURA 6: PAISAGEM DE CONCRETO



As escolas municipais, diante das condições atuais observadas, guardam mais semelhanças com prisões ou reformatórios – com suas grades e cadeados para manter segura a 'selva' de concreto na qual transformaram-se as instalações educacionais – do que com um ambiente acolhedor e prazeroso para desenvolver-se a educação das futuras gerações.

FIGURA 7: ASPECTO DE PRISÃO**FIGURA 8: ASPECTO DE REFORMATÓRIO**

Nas visitas às escolas, em função da coleta de dados e do registro fotográfico, observamos um clima tenso de conflito político entre os atores sociais envolvidos no cotidiano escolar. Observamos também que a maioria dos postos de saúde municipais próximos ou anexos às escolas públicas municipais não funcionam no período da tarde, dificultando e excluindo os estudantes e professores que estão na escola nesse período, tornando assim o trabalho conjunto entre escola/posto de saúde uma atividade parcial. Essa última observação confirmou o relato de alguns professores e diretores ao final da pesquisa de campo.

FIGURA 9: ESCOLA E POSTO DE SAÚDE

O perfil dessas escolas pesquisadas ainda não corresponde às expectativas de uma escola em condições de tornar-se promotora de saúde, pois segundo Young, citado por Busquets et al (1997: 67), uma escola se caracteriza como promotora de saúde quando:

- *“Considera-se todos os aspectos da vida da escola e suas relações com a comunidade;*
- *Baseia-se em um modelo de saúde que inclui a interação dos aspectos físicos, mentais, sociais e ambientais;*
- *Centra-se na participação ativa dos alunos, com uma série de métodos variados para desenvolver habilidades;*
- *Reconhece que muitas habilidades e processos básicos são comuns a todos os temas de saúde e que estes deveriam ser programados como parte do currículo;*
- *Entende que o desenvolvimento da auto-estima e da autonomia pessoal são fundamentais para a promoção de uma boa saúde;*
- *Concede grande importância à estética do ambiente físico da escola, assim como ao efeito psicológico direto que ela causa em professores, pessoal não docente e alunos;*
- *Considera a promoção da saúde na escola algo muito importante para todas as pessoas que nela convivem;*
- *Reconhece o papel exemplificador dos professores;*
- *Sabe que o apoio e a cooperação dos pais são essenciais para uma escola preocupada com a saúde;*
- *Tem uma visão ampla dos serviços de saúde escolar, que inclui a prevenção e os exames de saúde, mas também a participação ativa no desenvolvimento do currículo de Educação para a Saúde. Além disso, oferece aos alunos a possibilidade de tomar-se mais conscientes como consumidores de serviços médicos.”*

CAPÍTULO 5: RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS DA PESQUISA

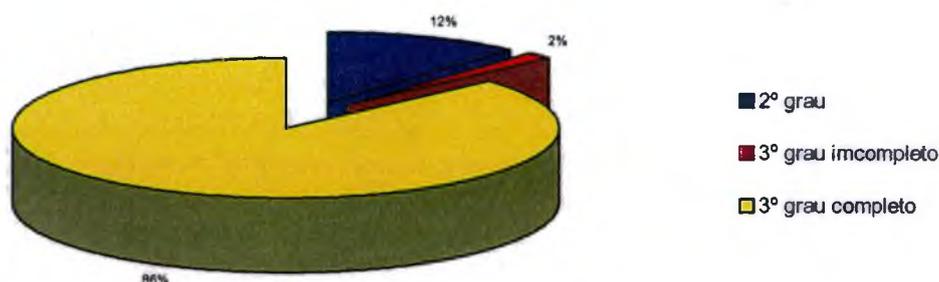
Neste capítulo apresentamos os resultados e as discussões dispostos em blocos de variáveis, a saber:

- 5.1. Perfil dos professores da 3ª a 8ª séries da rede municipal de ensino de Florianópolis;
- 5.2. A infra-estrutura e as atividades de saúde bucal desenvolvidas nas escolas pesquisadas;
- 5.3. Conhecimento dos professores da rede municipal sobre PCNs, SUS e saúde bucal;
- 5.4. Atitudes dos professores em relação a sua saúde bucal;
- 5.5. Atividades de saúde bucal desenvolvida pelos professores.

5.1. Perfil dos Professores de 3ª a 8ª séries da Rede Municipal de Ensino de Florianópolis

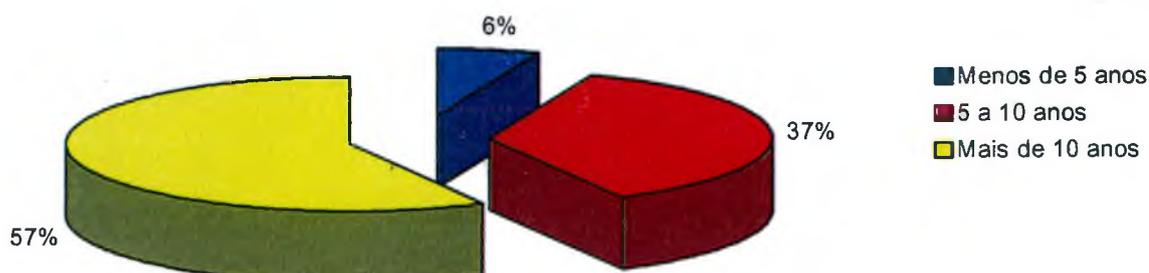
No tocante ao grau de instrução dos professores pesquisados, identificamos no gráfico 2 que 86% dos professores tem formação universitária, o que indica, pelo menos teoricamente, uma maior preparação do professor para ministrar o conteúdo de saúde bucal em sala de aula.

GRÁFICO 2 - GRAU DE INSTRUÇÃO DOS PROFESSORES PESQUISADOS



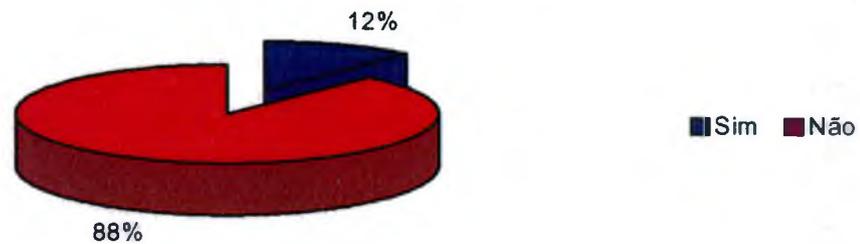
Em relação ao tempo de profissão observamos no gráfico 3 que 57% dos pesquisados têm mais de 10 anos de profissão, e 37% têm de 05 a 10 anos, o que demonstra experiência pedagógica acumulada, a qual possibilita a capacitação dos professores sobre o tema saúde bucal.

GRÁFICO 3 - TEMPO DE PROFISSÃO DOS PROFESSORES PESQUISADOS



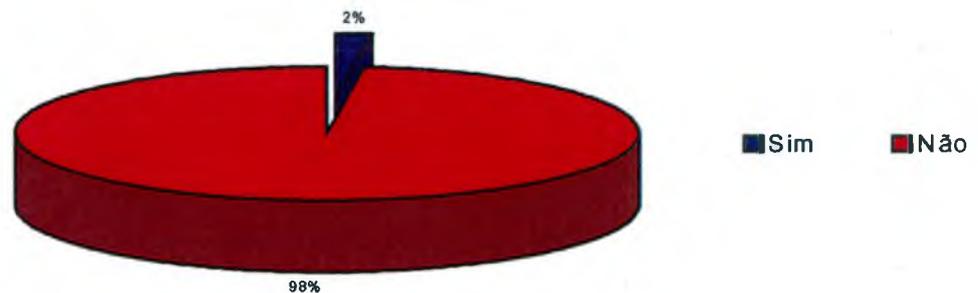
Quanto ao desenvolvimento de outra atividade profissional pelos professores pesquisados, verificamos no gráfico 4 que 88% não realiza outra atividade, o que indica a existência de dedicação exclusiva ao magistério, facilitando assim, futuramente, o processo de capacitação desses professores em relação ao conhecimento de saúde bucal.

GRÁFICO 4 - DESENVOLVE OUTRA ATIVIDADE PROFISSIONAL



A respeito da capacitação para o conhecimento de saúde bucal, podemos perceber no gráfico 5 que 98% dos professores pesquisados não participaram nos últimos dois anos de curso de atualização sobre saúde bucal. O único que afirma ter participado, o fez através de uma palestra sobre o assunto. Com este resultado verificamos que o professor tem pouco acesso a este conhecimento específico, o que dificultará que trate do assunto com certa propriedade sem antes passar por uma capacitação prévia.

GRÁFICO 5 - CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM SAÚDE BUCAL



5.2. A Infra-estrutura e as Atividades de Saúde Bucal Desenvolvidas nas Escolas Pesquisadas

No que se refere aos locais para o desenvolvimento da escovação bucal coletiva, o gráfico 6 mostra que 81% das escolas municipais possuem locais específicos para essa atividade, o que aponta a existência de infraestrutura básica na maioria das escolas para desenvolver atividades educativas de saúde bucal. No gráfico 7 observamos que esses locais estão presentes prioritariamente nos pátios das escolas, em 56% dos locais relatados.

GRÁFICO 6 - EXISTÊNCIA DE LOCAL PARA ESCOVAÇÃO BUCAL NA ESCOLA

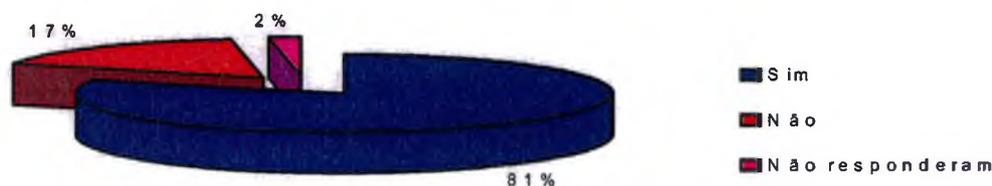
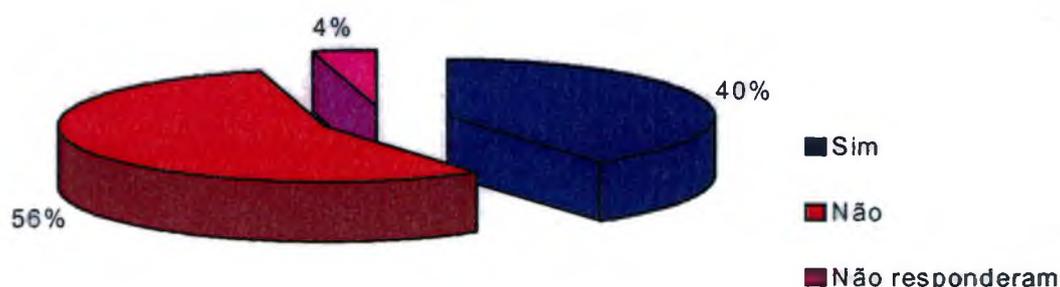


GRÁFICO 7 - LOCAL PARA ESCOVAÇÃO BUCAL NA ESCOLA



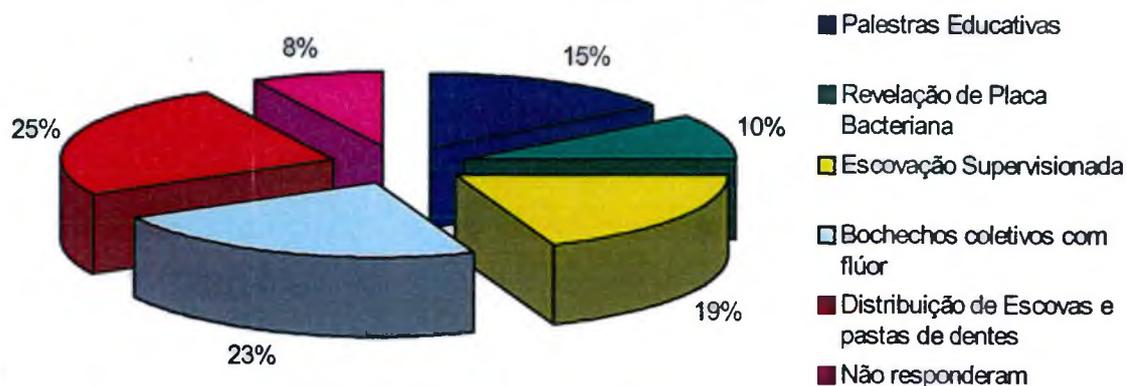
De acordo com a existência de atividades conjuntas de saúde bucal entre as escolas e os postos de saúde, no gráfico 8 identificamos que 56% dos pesquisados afirmam que inexistem atividades, entretanto 40% dos pesquisados dizem que essas atividades existem. Na análise dos questionários observamos em muitas respostas que o posto de saúde é quem realiza as atividades de saúde bucal na escola e não em conjunto com ela, provavelmente em função dos interesses e afinidades das respectivas coordenações do que da existência ou não de uma política definida para que isso ocorra.

GRÁFICO 8 - ATIVIDADES CONJUNTAS ENTRE ESCOLA E POSTO DE SAÚDE



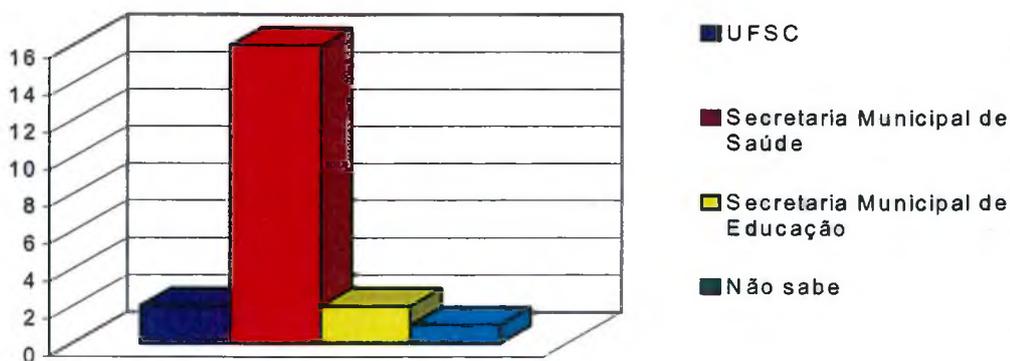
Quanto aos tipos de atividades de saúde bucal desenvolvidas entre a escola e o posto de saúde, o gráfico 9 mostra que as mais frequentes são: distribuição de escovas e pastas (25%), bochechos coletivos com flúor (23%) e escovação supervisionada (19%). Essas atividades, no seu conjunto, constituem-se nos chamados procedimentos coletivos em odontologia, previstos e financiados por verba federal através do SUS. A regularidade dessas atividades foi apontada por 40% dos professores pesquisados como sendo eventual, o que demonstra a falta de uma política contínua e sistemática nesta área. No entanto essas atividades, se realizadas de forma isolada e ocasional, não surtirão efeitos positivos e duradouros na melhoria das condições de saúde bucal do nosso cidadão.

GRÁFICO 9 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ENTRE ESCOLA E POSTO DE SAÚDE



Em relação a coordenação das atividades de saúde bucal, o gráfico 10 nos mostra que a maioria dessas atividades são coordenadas (76%) pela Secretaria Municipal de Saúde. Nos causou surpresa a pequena participação do Curso de Odontologia da UFSC na coordenação dessas atividades, o que pode estar apontando a falta de uma integração entre a sociedade e a universidade.

GRÁFICO 10 - COORDENAÇÃO DAS ATIVIDADES DE SAÚDE BUCAL



Segundo a distância dos postos de saúde em relação as escolas, observamos, de acordo com o gráfico 11, que todos os postos de saúde do município estão a menos de 01 km das escolas como indicaram 98% dos professores pesquisados. Este dado também foi confirmado pela observação do pesquisador no momento da pesquisa de campo. Aliás, cabe salientar que nessa mesma observação verificamos que na maioria das escolas os postos de saúde estão conjugados a elas.

GRÁFICO 11 - PROXIMIDADE FÍSICA DO POSTO DE SAÚDE EM RELAÇÃO A ESCOLA



5.3. Conhecimento dos professores da Rede Municipal sobre PCNs, SUS e Saúde Bucal

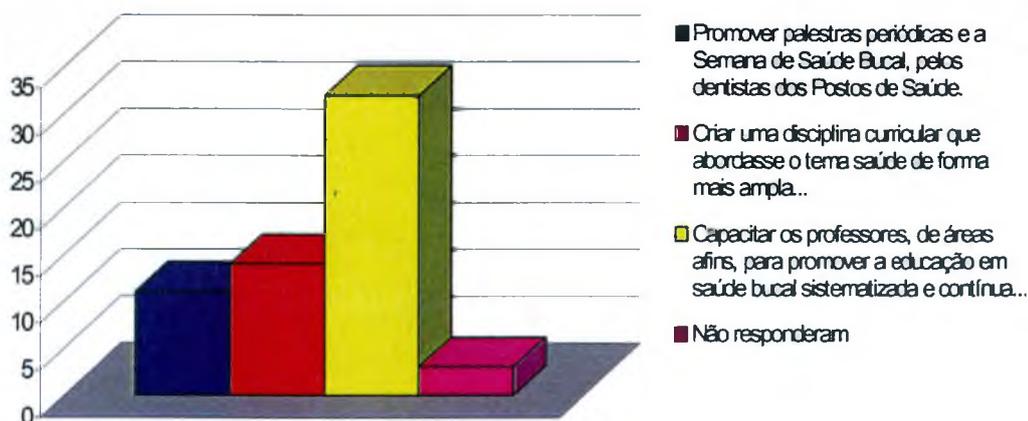
A respeito da discussão sobre os temas transversais entre a direção das escolas e os professores pesquisados, o gráfico 12 nos mostra que 60% dos pesquisados afirmaram que as direções das escolas já haviam discutido com eles sobre esses temas.

GRÁFICO 12 - DISCUSSÃO SOBRE OS TEMAS TRANSVERSAIS ENTRE DIREÇÃO E PROFESSORES



No que se refere ao conhecimento sobre as atividades de saúde bucal mais adequadas segundo a proposta dos PCNs, no gráfico 13 é possível identificar que 53% dos professores pesquisados responderam que sua própria capacitação seria a alternativa mais apropriada para que possam promover a educação em saúde bucal.

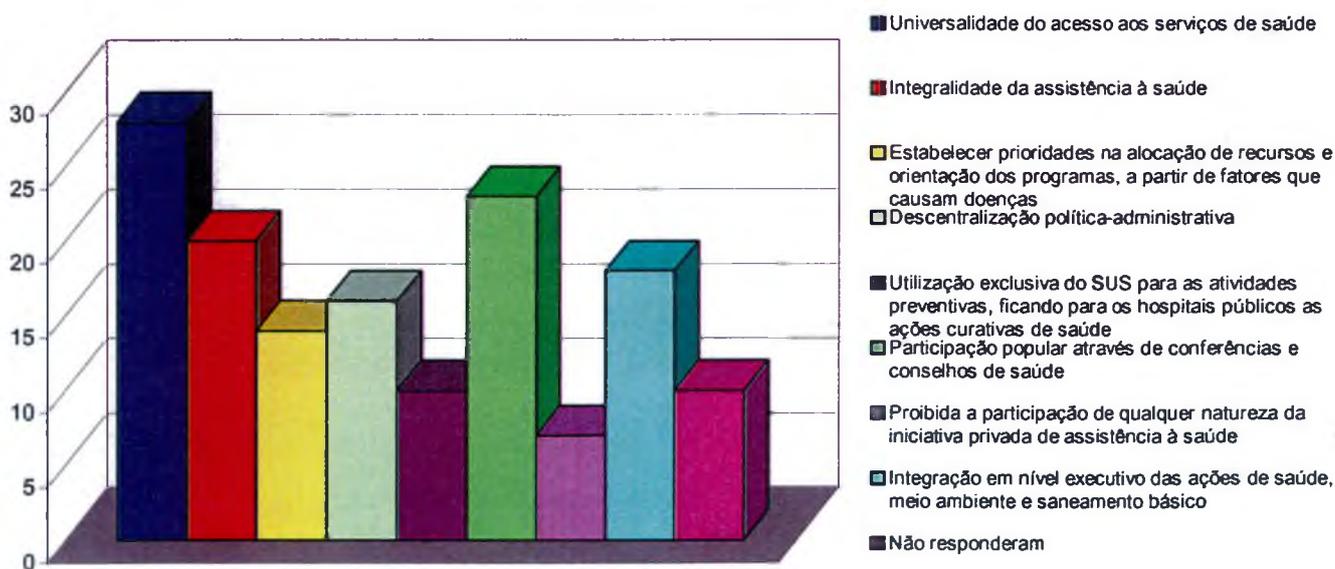
GRÁFICO 13 - DESENVOLVIMENTO MAIS ADEQUADO DO CONTEÚDO DE SAÚDE BUCAL, SEGUNDO OS PCNs



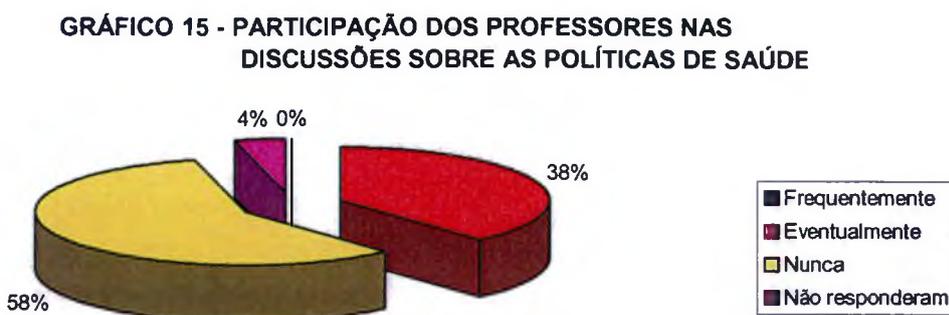
Em relação ao conhecimento básico sobre a interdisciplinaridade, 36,54% dos professores pesquisados conseguiram responder corretamente. Quanto aos conceitos de interação e de integração que estão relacionados ao tema interdisciplinaridade, ainda existe pouca clareza em relação a esses conceitos pois dos que conhecem a interdisciplinaridade, 42,10% não acertaram a resposta referente aos conceitos acima citados. Portanto, concluímos que as discussões sobre esses conceitos precisam ser melhor aprofundadas.

Quanto ao conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde, os professores pesquisados conseguiram, conforme o gráfico 14, relacionar o SUS com suas diretrizes e princípios. Dentre estes, a universalidade do acesso ao serviço de saúde (19,18%) e o da participação popular através de conferências e conselhos de saúde (15,75%) foram os mais relacionados, como mostra o gráfico abaixo.

GRÁFICO 14 - CONHECIMENTO SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



Sobre a participação dos professores pesquisados nas discussões a respeito das políticas de saúde, verificamos no gráfico 15 que 58% nunca participam, seja no seu bairro ou em seu município. Também observamos no mesmo gráfico que 38% deles participam eventualmente, o que demonstra que o professor está distante do exercício da cidadania na sua totalidade.



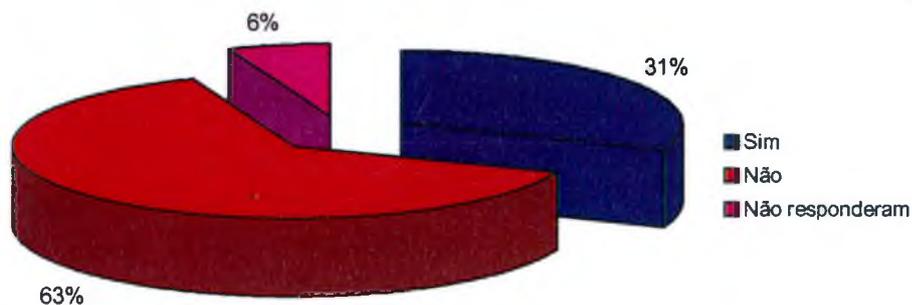
A compreensão pouco ampla ou o desconhecimento sobre cidadania (Tabela 1) é demonstrado pela maioria dos professores pesquisados, sendo que 29,64% deles a vê apenas como um direito de todos e um dever do Estado e 29,64% desses pesquisados não responderam a essa pergunta.

TABELA 1: RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E CIDADANIA ESTABELECIDA PELOS PROFESSORES JUNTO AOS SEUS ALUNOS

RELAÇÃO SAÚDE/CIDADANIA	RESPOSTAS	
	nº	%
Saúde não é apenas a ausência de doença, e o acesso a ela torna-se imprescindível à conquista da cidadania	1	1,85
Essencial	1	1,85
Uma depende da outra	5	9,26
Cidadania é reivindicar boas condições de saúde na comunidade em que vive e também colaborar para isto	2	3,70
Saúde é um requisito para a cidadania	2	3,70
Saúde é um direito de todos e um dever do Estado	16	29,64
Esclarecimento dos seus direitos à saúde de qualidade	3	5,56
Lutar para buscar intervir na política educacional ligada a saúde pública	1	1,85
Todos tem direitos e deveres e são seres ativos	1	1,85
É um direito e temos que lutar por ele	2	3,70
Relaciona saúde do corpo e do meio-ambiente	1	1,85
Saúde, respeito e democracia	1	1,85
Nenhuma	2	3,70
Não responderam	16	29,64
TOTAL	54	100

Em relação ao conhecimento dos problemas de saúde da comunidade onde desenvolve sua prática pedagógica, o gráfico 16 revela que 63% dos pesquisados não o possui. Este fato pode estar relacionado com a inexistência de um trabalho conjunto entre a escola e o posto de saúde.

GRÁFICO 16 - CONHECIMENTO SOBRE OS PROBLEMAS DE SAÚDE DA COMUNIDADE



No entanto, dos professores pesquisados que conhecem os problemas de saúde da comunidade, 69% referiram-se a problemas de saúde geral e 31% reportaram-se a saúde bucal (Gráfico 17). Esses dados podem estar refletindo a dominação corporativa da medicina sobre as outras profissões da área da saúde como foi argumentado anteriormente no primeiro capítulo deste trabalho.

GRÁFICO 17 - PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE DA COMUNIDADE



A cárie se configura enquanto a doença bucal mais conhecida (33,33%) dentre as demais citadas na Tabela 2, fato este que se repete no senso comum⁶ da população. Um dado que merece destaque nesta tabela é que a soma aproximada de 44% das respostas relatadas como doenças são na realidade sintomas de doenças bucais, o que denota certa confusão entre os professores sobre o que são doenças e o que são sintomas bucais.

⁶ senso comum: conhecimento superficial sobre o assunto

TABELA 2: DOENÇAS BUCAIS CONHECIDAS PELOS PROFESSORES

DOENÇAS BUCAIS E SINTOMAS DE DOENÇAS BUCAIS	RESPOSTAS	
	nº	%
Cáries	42	33,33
Gengivite	29	23,01
Estomatite	12	9,52
Herpes labial	6	4,77
Tártaros	6	4,77
Mal hálito	6	4,77
Câncer	4	3,17
Periodontite	4	3,17
Dentição cruzada	3	2,38
Problemas de ATM	1	0,79
Dor de dente	1	0,79
Escorbuto	2	1,59
Infecção e inflamação dentária	2	1,59
Deformações congênitas	1	0,79
Não sabe	1	0,79
Não responderam	6	4,77
TOTAL	126	100

* Os itens em destaque referem-se as doenças bucais

5.4. Atitudes dos Professores em Relação a sua Saúde Bucal

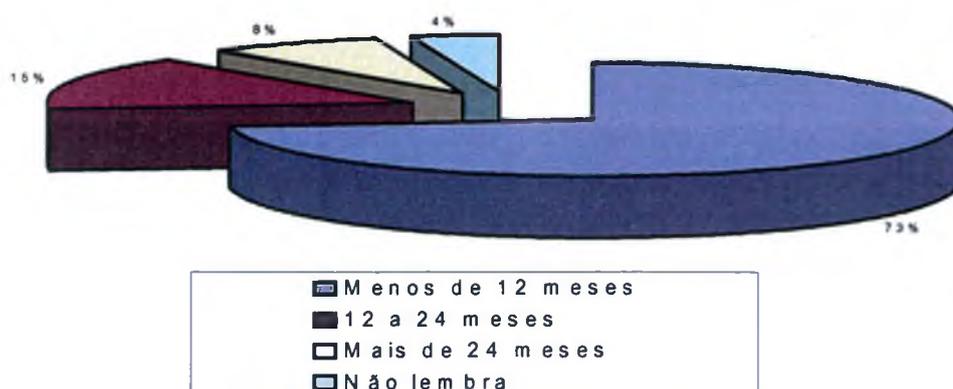
Quando pesquisados sobre o hábito de ir ao dentista (Gráfico 18), 58% dos professores responderam que procuram seu dentista regularmente. Verificamos que 42% desses professores procuram o dentista quando apresentam algum problema de saúde bucal. Esta segunda atitude é o reflexo do próprio perfil curativista e não preventivo da odontologia brasileira, historicamente sedimentado, como foi visto no primeiro capítulo deste trabalho.

GRÁFICO 18 - HÁBITO DE IR AO DENTISTA



Quanto ao último tratamento odontológico, observamos no Gráfico 19 que 73% dos professores pesquisados realizaram seu último tratamento num período de tempo inferior a 12 meses, atitude essa que está em sintonia com o preconizado pela classe odontológica.

GRÁFICO 19 - ÚLTIMO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO



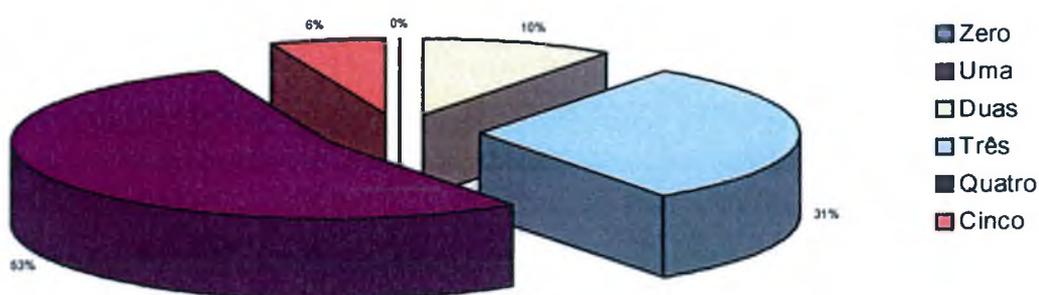
As medidas preventivas mais utilizadas pelos professores pesquisados para manutenção da sua saúde bucal, segundo a Tabela 3, são: a escovação bucal (39,06%) e o uso do fio dental (29,69%). Um dos dados que nos chamou atenção foi que somente 6,25% dos pesquisados consideraram as visitas regulares ao dentista enquanto medida preventiva. Portanto, percebe-se uma contradição entre prática e conhecimento sobre saúde bucal pois essa pesquisa constata que esses professores visitam o seu dentista com regularidade mas não consideram este ato uma atitude preventiva.

TABELA 3: MEDIDAS PREVENTIVAS UTILIZADAS EM SAÚDE BUCAL

TIPOS DE MEDIDAS	RESPOSTAS	
	nº	%
Uso de fio dental	38	29,69
Escovação	50	39,06
Aplicação de flúor	10	7,81
Consultas regulares ao dentista	8	6,25
Profilaxia	4	3,13
Alimentação (comer frutas, rica em cálcio, etc.)	4	3,13
Toma água regularmente	1	0,78
Enxaguatório/bochecho	5	3,90
Evita alimentos que prejudique a saúde dos dentes	2	1,57
Não fumar	1	0,78
Não responderam	5	3,90
TOTAL	128	100

Sobre o número de escovações bucais diárias realizadas pelos professores pesquisados, o Gráfico 20 nos mostra que 31% a fazem três vezes ao dia, enquanto que 53% deles realizam quatro escovações diárias. Estes dados correspondem à expectativa do que é preconizado pela maioria dos cirurgiões dentistas, e confirmam mais uma vez uma sintonia entre o preconizado e o realizado. Este fato se repetirá na próxima tabela e no próximo gráfico desse bloco de variáveis.

GRÁFICO 20 - N° DE ESCOVAÇÕES DIÁRIAS REALIZADOS



Em relação ao momento mais importante do dia para realizar-se a escovação bucal, 67,31% dos professores pesquisados (Tabela 4) consideraram que antes de dormir seria o melhor momento.

TABELA 4: MOMENTO MAIS IMPORTANTE PARA A REALIZAÇÃO DE ESCOVAÇÃO BUCAL

MOMENTOS	RESPOSTAS	
	nº	%
Antes de dormir	35	67,31
Após o almoço	2	3,85
Sempre após as refeições	5	9,62
Outras ocasiões	6	11,54
Antes do café da manhã	1	1,92
Após o café da manhã	1	1,92
Após o jantar	1	1,92
Não responderam	1	1,92
TOTAL	52	100

No tocante ao uso do fio dental, a maioria dos professores pesquisados (87%) utiliza-se dele frequentemente, conforme o Gráfico 21, sendo que dos pesquisados que o utilizam, 44% o fazem antes da escovação bucal.

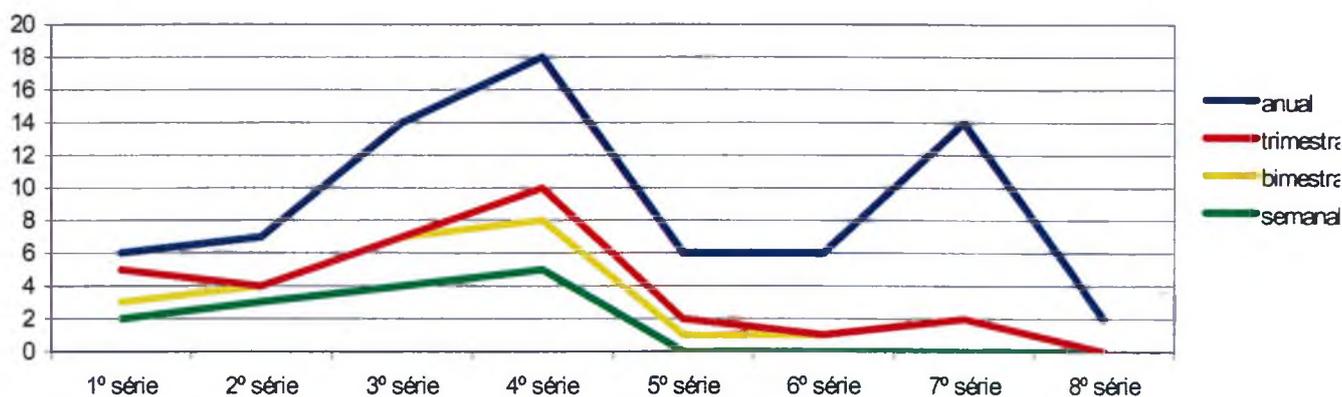
GRÁFICO 21 - UTILIZA FIO DENTAL



5.5. Atividades de Saúde Bucal Desenvolvidas pelos Professores

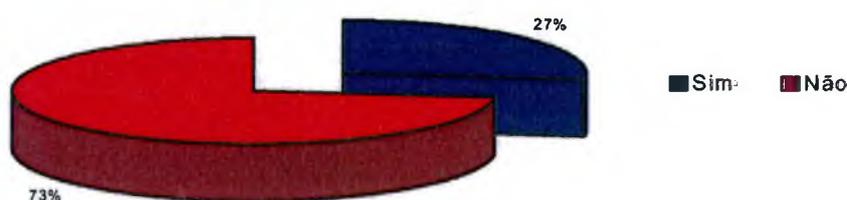
Nesta questão do questionário que versa sobre a relação série/freqüência no desenvolvimento do conteúdo de saúde bucal nas escolas, verificamos que 25% dos professores pesquisados afirmam que o conteúdo teórico referente a saúde bucal é apresentado aos alunos da 4ª série com maior freqüência, como nos aponta o gráfico 22. Esse mesmo gráfico ilustra que as 3ª e 7ª séries obtiveram o mesmo percentual (19,18%) quanto a relação série/freqüência, e que o conteúdo de saúde bucal geralmente é tratado anualmente, o que demonstra um desenvolvimento assistemático deste conteúdo.

GRÁFICO 22 - A RELAÇÃO SÉRIE/FREQUÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO DE SAÚDE BUCAL NAS ESCOLAS



Quanto ao desenvolvimento das atividades de saúde bucal, 73% dos professores pesquisados não desenvolvem essas atividades junto aos seus alunos, como nos mostra o Gráfico 23.

GRÁFICO 23 - DESENVOLVE ATIVIDADES DE SAÚDE BUCAL COM OS SEUS ALUNOS



Os motivos mais citados pelos professores pesquisados para não desenvolverem atividades de saúde bucal, destacados na Tabela 5, foram: falta de conhecimento e informações (22,5%); a responsabilidade é da Secretaria de Saúde (15%); falta de material e infra estrutura (12,5%); e falta de planejamento (7,5%). Consideramos relevante o destaque em separado da resposta dessa professora “... a escola deve comentar sobre o assunto e incentivar práticas de higiene, mas a atividade mais específica não deve ser desenvolvida na escola, que tem como principal função o conhecimento sistematizado e não deve perder-se em assistencialismo.” Essa resposta refere-se ao pensamento exposto por nós, nas Considerações Finais deste trabalho, sobre os papéis específicos da escola e do posto de saúde na construção de uma saúde bucal coletiva satisfatória.

TABELA 5: MOTIVOS DO NÃO DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES DE SAÚDE BUCAL JUNTO AOS SEUS ALUNOS

MOTIVOS	RESPOSTAS	
	nº	%
Falta de conhecimento e informações	9	22,5
Falta de material e infra-estrutura	5	12,5
Posto de Saúde é que faz este trabalho	3	7,5
Essa atividade deve ser desenvolvida pelos agentes de saúde e Secretaria de Saúde	3	7,5
Falta de planejamento	3	7,5
Falta de tempo	2	5
Os alunos não dão importância	1	2,5
Falta de colaboração dos pais	1	2,5
Falta de orientação	1	2,5
Posto de Saúde só oferece às séries iniciais	1	2,5
Fico voltada aos conteúdos e tratamos o assunto quando falamos sobre o corpo humano	1	2,5
O conteúdo é dado na 7ª série como parte do sistema "digestório"	1	2,5
Minha disciplina não está relacionada com este assunto (professor de ciências)	1	2,5
Não parei para pensar sobre isto	1	2,5
Não responderam	7	17,5
TOTAL	40	100

* Consideramos como motivos relativos a responsabilidade da Secretaria de Saúde.

Dos 27% de professores pesquisados que desenvolvem algum tipo de atividade de saúde bucal com seus alunos, como mostrou o gráfico 23 anteriormente analisado, 58% desses, conforme o Gráfico 24, o fazem através de orientações e explicações em aulas expositivas.

GRÁFICO 24 - ATIVIDADES DE SAÚDE BUCAL REALIZADAS JUNTO AOS SEUS ALUNOS



O encaminhamento mais comum dado às crianças quando apresentam algum problema de saúde bucal, de acordo com a Tabela 6, é de encaminhá-las para casa para que seus pais as levem ao atendimento odontológico, o que representa 36,11% dos casos, sendo que, em 31,94% dos casos, as crianças são encaminhadas ao Posto de saúde que está próximo da Escola.

TABELA 6: ENCAMINHAMENTO DADO AOS ALUNOS DIANTE DOS PROBLEMAS DE SAÚDE BUCAL

TIPO DE ENCAMINHAMENTO	RESPOSTAS	
	nº	%
Para casa de seus pais para serem encaminhadas ao atendimento odontológico	26	36,11
Posto de Saúde	23	31,94
Orientação	4	5,56
Hospital Universitário	1	1,39
Colocar gelo na bochecha	1	1,39
Não realiza encaminhamento, mas chama atenção da turma...	1	1,39
Orientadora educacional	1	1,39
Nunca aconteceu	1	1,39
Nenhum	5	6,94
Não responderam	9	12,50
TOTAL	72	100

CONCLUSÕES

De acordo com a metodologia adotada na construção dessa Dissertação foi possível concluirmos que os professores pesquisados possuem conhecimento superficial acerca do processo saúde/doença bucal apesar de suas atitudes frente a sua saúde bucal estarem em sintonia com o que é preconizado pela classe odontológica.

Quanto a análise do conteúdo programático de saúde bucal presente no currículo do ensino fundamental da rede pública de Florianópolis/SC, constatamos que existe uma contradição entre o proposto e o realizado, ou seja, esse conteúdo seria abordado da 5ª a 8ª séries segundo o currículo escolar municipal, no entanto essa pesquisa mostrou que esse conteúdo é trabalhado com maior frequência nas 3ª e 4ª séries do ensino fundamental, o que indica a falta de planejamento adequado.

Constatamos ainda nessa análise uma abordagem extremamente sintética e biologicista do conteúdo programático de saúde bucal presente no currículo em questão. Concluímos portanto que essa constatação provavelmente seja o reflexo local de uma orientação curricular nacional, em função da análise do capítulo Saúde, dos PCNs, o qual também mostra o seu caráter informativo e biologicista. *“O uso excessivo de açúcar na dieta é destacado como um hábito alimentar a ser transformado, não se justificando o grau de consumo (em todo o país) por necessidades calóricas e sim por fatores culturais, o que causa prejuízos comprovados, particularmente à saúde bucal, contribuindo também para a obesidade precoce, importante fator de risco para doenças crônico-degenerativas”.* (BRASIL - MEC/SEF, 1998: 277)

Os resultados dessa investigação científica permitiram que chegássemos a algumas conclusões: que o conteúdo teórico de saúde bucal é trabalhado de forma assistemática e informativa, que o caráter dessa educação para a saúde continua sendo biologicista e que os professores pesquisados necessitam de capacitação prévia para desenvolverem o tema saúde bucal

dentro da abordagem pedagógica transversal. Concluímos também que os professores pesquisados apresentam conhecimento satisfatório sobre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Finalmente, em relação as condições das escolas públicas municipais pesquisadas quanto aos seus aspectos físicos e ambientais, chegamos a conclusão de que no geral esses aspectos precisam ser melhorados para que elas alcancem a condição de uma escola que possa ser caracterizada como promotora de saúde. Quanto aos recursos humanos concluímos que apesar dos professores pesquisados não estarem preparados para ministrarem a educação em saúde bucal na perspectiva da transversalidade curricular, eles apresentam condições favoráveis – como a formação universitária, dedicação exclusiva ao magistério e boa experiência pedagógica acumulada – para capacitarem-se enquanto educadores e promotores de saúde bucal.

RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES

Para que as diretrizes e os princípios do SUS e dos PCNs ganhem vida própria no cotidiano dos cidadãos que freqüentam as escolas e os postos de saúde, é necessário lutar pela capacitação dos recursos humanos envolvidos direta ou indiretamente nestas estruturas públicas, pois a possibilidade de conhecer e participar ativamente dos problemas e das soluções do campo educacional e da saúde permitirá aos professores, alunos, pais e funcionários a oportunidade de construir uma cidadania sólida e permanente.

Pressupomos que o exercício de um aspecto importante e comum dos PCNs (a autonomia escolar para desenvolver seu projeto educativo) e do SUS (a autonomia municipal para formular suas políticas e seus planos de saúde) se constituirá na possibilidade de tornar a educação em saúde uma realidade concreta no cotidiano de nossas escolas e de nossos municípios, pois *“A nova face da educação para a saúde - participação comunitária em todas as dimensões do processo gerador de saúde - que agora nos apresenta é, de fato, tema prioritário para o desenvolvimento dos sistemas de saúde”*. (OLIVEIRA, 1990: 23)

Com a introdução dos Temas Transversais na estrutura curricular brasileira, através das disciplinas já existentes, estaremos estimulando os educadores a resgatarem a relação fundamental entre o conhecimento e a realidade dos educandos. Essa mudança curricular tornará o ensino mais atraente para os nossos alunos e possibilitará aos educadores, futuramente, darem um passo importante e decisivo na direção de uma postura educativa interdisciplinar.

Temos a convicção de que o trabalho conjunto entre a escola e o posto de saúde – onde a escola se responsabilize pela promoção da saúde bucal através da inclusão desse conteúdo em seu currículo e o posto de saúde se

responsabilize pela prevenção das doenças bucais através das técnicas⁷ preventivas disponíveis – poderá não só melhorar os índices de saúde bucal da população em geral como também transformar o ensino fundamental numa atividade mais interessante e útil aos olhos dos alunos, através da inclusão de temas que fazem parte do cotidiano e da realidade desses alunos.

Esperamos que esse estudo contribua para futuras reflexões sobre a importância e a utilidade da realização da educação em saúde bucal nos espaços públicos de educação e de saúde, numa perspectiva de abordar essa educação de forma sistemática e abrangente, onde o enfoque principal seja a saúde e não a doença, e para que essa educação venha constituir-se enquanto um dos fatores determinantes para atingir-se o controle epidemiológico das doenças bucais.

Enfim, compreendemos a extrema importância do acesso irrestrito de todas as pessoas ao conhecimento socialmente construído para melhorar suas condições de vida. No entanto, entendemos que esse acesso não constituir-se-á enquanto solução definitiva para todos os problemas do campo da saúde e da educação pois, segundo Minayo (1999: 18), *“... o conhecimento é um processo infinito e não há condição de fechá-lo numa fase final, assim como não se pode prever o final do processo histórico; embora o projetemos como politicamente democrático e socialmente igualitário para ser ecologicamente saudável”*.

⁷ TÉCNICAS PREVENTIVAS EM SAÚDE BUCAL: Aplicação tópica de flúor, aplicação de selantes em dentes decíduos e permanentes jovens e o uso de reveladores de placa bacteriana no momento da escovação supervisionada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, D. A Competência do Educador Popular e a Interdisciplinaridade do Conhecimento. In: **Práticas Interdisciplinares na Escola**, FAZENDA, I. C. A. (org). São Paulo: Cortez, 1999. 157 p. p. 65-77.

BORDENAVE, J. E. D. Alguns Fatores Pedagógicos. **Rev. Interamericana de Educação de Adultos**. OEA, vol. 3, nº 1-2, p. 19-26, Trad. Maria Thereza Grandi, 1983.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais**. Brasília, 1998.

BRASIL. Projeto-Lei nº 218, de 09 de março de 1999. **Determina a inclusão nos currículos do ensino fundamental, de conteúdo obrigatório que trate da saúde bucal**. Câmara dos Deputados, Brasília, 1999.

BUSQUETS, M. D. & CAINZOS, M. & FERNANDEZ, T. et al. **Temas transversais em educação: bases para uma formação integral**. São Paulo: Ática, 1997.

CAETANO, J. C. & WATANABE, A. M. Noções Básicas de Odontologia Ocupacional para Profissionais da Saúde do Trabalhador. In: **Medicina Básica do Trabalho**, VIEIRA, S. I. (org). Curitiba: Gênese, 1996. 669 p. p. 169-190.

CEPIS. **Forjando um Povo Consciente: a educação nas organizações populares**. São Paulo, nº 14, p. 01-36, set. 1987.

CHAVES, M. M. Educação em Odontologia. In: **Odontologia Social**. São Paulo: Artes Médicas, 1986. 406 p. p. 359-402.

COELHO, E. B. S. & WESTRUPP, M. H. B. & VERDI, M. **Da Velha à Nova República: a evolução das políticas de saúde no Brasil.** Florianópolis: UFSC (Programa ESPENSUL), 1995 (mimeo).

CORDÓN, J. & GARRAFA, V. Prevenção versus Preventivismo. **Rev. CEBES.** São Paulo, nº 6, p. 10-16, out. 1991.

COSTA, I. C. C. & FUSCELLA, M. A. P. Educação e Saúde: importância da integração dessas práticas na simplificação do saber. **Rev. Ação Coletiva.** Brasília, vol II (3), p. 45-47, jul/set 1999.

DALTO, V. & FERREIRA, M. L. Os Professores como Agentes Promotores de Saúde Bucal. **Rev. Semina.** Londrina, vol. 19, ed. Especial, p. 47-50, fev. 1998.

DAVINI, M. C. Do Processo de Aprender ao de Ensinar. **Rev. Interamericana de Educação de Adultos.** OEA, vol. 3, nº 1-2, p. 27-33, 1983.

DEMO, P. **Pesquisa e construção de conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

DISCHER, M. W. **Educação para a Saúde: opiniões de profissionais da educação e da saúde atuantes nas escolas.** Porto Alegre: PUC, 1992. Dissertação de Mestrado em Odontologia.

ETGES, N. J. Ciência, Interdisciplinaridade e Educação. In: **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**, JANTSCH, A. P. & BIANCHETTI, L. (org). Petrópolis: Vozes, 1995. 204 p. p. 51-83.

FAZENDA, I. C. A. **Integração e Interdisciplinaridade no Ensino Brasileiro: efetividade ou ideologia.** São Paulo: Loyola, 1996.

_____ (org). **Práticas Interdisciplinares na Escola**. São Paulo: Cortez, 1999.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal da Educação. **Proposta curricular para a rede municipal de ensino: traduzindo em ações: das diretrizes a uma proposta curricular**. Florianópolis, 1996.

FOLLARI, R. A. Interdisciplina e Dialética: sobre um mal entendido. In: **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**, JANTSCH, A. P. & BIANCHETTI, L. (org). Petrópolis: Vozes, 1995. 204 p. p. 127-140.

_____ Algumas Considerações Práticas sobre Interdisciplinaridade. In: **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**, JANTSCH, A. P. & BIANCHETTI, L. (org). Petrópolis: Vozes, 1995. 204 p. p. 97-109.

FREITAS, S. F. T. **Uma história social da cárie dentária**. Niterói: UFF, 1996. Tese de Doutorado em Odontologia Social.

FRIGOTTO, G. A Interdisciplinaridade como Necessidade e como Problema nas Ciências Sociais. In: **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**, JANTSCH, A. P. & BIANCHETTI, L. (org). Petrópolis: Vozes, 1995. 204 p. p. 25-49.

GADOTTI, M. **Educação e Poder: introdução à pedagogia do conflito**. São Paulo: Cortez, 1984.

GARRAFA, V. **Saúde bucal e cidadania**. In: II Conferência Nacional de Saúde Bucal, Brasília: UNB/DF, 1993 (mimeo).

GUSDORF, G. **Passé, présent, avenir de la recherche interdisciplinaire**. Rev. Int. Sc. Soc; vol. XXIX, UNESCO, 1977.

INOUE, A. A. & MIGLIORI, R. F. & D'AMBROSIO, U. **Temas Transversals e Educação em Valores Humanos**. São Paulo: Peirópolis, 1999.

INOUE, M. S. & PUNHAGUI, M. F. Interesse dos Pais ou Responsáveis em Receber Informações Adicionais na Sala de Espera. **Rev. Semina**. Londrina, vol. 19, ed. Especial, p. 51-55, fev. 1998.

JANTSCH, A. P. & BIANCHETTI, L. Imanência, História e Interdisciplinaridade. In: **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**, JANTSCH, A. P. & BIANCHETTI, L. (org). Petrópolis: Vozes, 1995. 204 p. p. 177-193.

_____ Universidade e Interdisciplinaridade. In: **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**, JANTSCH, A. P. & BIANCHETTI, L. (org). Petrópolis: Vozes, 1995. 204 p. p. 195-204.

JAPIASSÚ, H. Prefácio. In: **Integração e Interdisciplinaridade no Ensino Brasileiro: efetividade ou ideologia**, FAZENDA, I. C. A. São Paulo: Loyola, 1996. 110 p. p. 11-18.

_____ **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

L'ABATTE, S. Educação em Saúde: uma nova abordagem. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 10 (4), p. 481-490, out/dez1994.

LAURELL, A. C. A Saúde-Doença como Processo Social. **Rev. Latinoamericana de Salud**. México, nº 2, p. 135-158, trad. Everardo D. Nunes, 1982.

LOBO, E. A Pesquisa e a Metodologia da Educação para a Saúde. In: **Cadernos CEDES: Educação e Saúde**. São Paulo, nº 4, p. 54-61, 1980.

LOUREIRO, C. A. A Inversão da Atenção em Saúde Bucal. In: **Organização de Saúde no Nível Local**, Mendes, E. V. São Paulo: Hucitec, 1998. 359 p. p. 213-266.

MELO, J. A. C. Educação Sanitária: uma visão crítica. In: **Cadernos CEDES: Educação e Saúde**. São Paulo. nº 4, p. 28-43, 1980.

MERHY, E. Saúde e Movimento Popular: o relato de uma experiência. In: **Cadernos CEDES: Educação e Saúde**. São Paulo. nº 4, p. 44-53, 1980.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1999.

MOYSES, S. J. O conceito de promoção de saúde na construção desses temas de atenção em saúde bucal coletiva. In: ABOPREV. **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1999. 475 p. p. 373-407.

NARVAI, P. C. **Saúde bucal e cidadania**. In: I Conferência Estadual de Saúde. São Paulo, out. 1991 (mimeo).

NUNES, E. D. **Sobre a Sociologia da Saúde: origens e desenvolvimento**. São Paulo: Hucitec, 1999.

OLIVEIRA, A. G. R. C. & ARCIERI, R. M. & UNFER, B. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Rev. Ação Coletiva**. Brasília, vol. II (1), p. 9-14, jan/mar 1999.

OLIVEIRA, J. **Educação em Saúde e Prevenção de Doenças Bucais: aplicação de um programa educativa-preventivo em uma escola especial**. Florianópolis: UFSC, 1990. Dissertação de Mestrado em Odontopediatria.

PETRY, P. C., PRETTO, S. M. Educação e motivação em saúde bucal. In: ABOPREV. **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1999. 475 p. p. 365-370.

PIMENTEL, C. P. B. & SIQUEIRA, L. & CAETANO, J. C. A Prática Educativa e a Saúde dos Trabalhadores. In: **Medicina Básica do Trabalho**, VIEIRA, S. I. (org). Curitiba: Gênese, 1996. 669 p. p. 651-661.

PINTO, V. G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: ABOPREV. **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1999. 475 p. p. 29-41.

_____ **A odontologia no município: guia para organização de serviços e treinamento de profissionais de nível local**. Porto Alegre, RGO, 1996. 253 p.

PRETTO, S. M. **A Odontologia no Sistema Único de Saúde: o desafio da prática integral**. Niterói: UFF, 1992. Tese de Doutorado em Odontologia Social.

QUALIDADE Educacional – **Temas Transversais**. Diário Catarinense, Florianópolis, 22 e 29 dez. 1999, 5, 12, 19 e 26 jan. 2000, 2 e 9 fev. 2000. Caderno Ensino a Distância.

SANTA CATARINA. **Constituição Estadual de Santa Catarina**. Florianópolis, p. 07-20, 1998.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Educação e do Desporto. **Proposta curricular: educação infantil, ensino fundamental e médio: disciplinas curriculares**. Florianópolis, 1998.

SEVERINO, A. J. O Uno e o Múltiplo: o sentido antropológico do interdisciplinar. In: JANTSCH, A. P. & BIANCHETTI, L. (org). **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. Petrópolis: Vozes, 1995. 204 p. p. 159-174.

SOUZA, D. S. A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde. **Rev. CEBES**. São Paulo, nº 6, p. 04-09, out. 1991.

SPINK, M. J. P. (org). **A Cidadania em Construção: uma reflexão transdisciplinar**. São Paulo: Cortez, 1994.

VALLA, V. V. & STOTZ, E. N. (org) **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1996.

WEYNE, S. C. A Construção do paradigma de promoção de saúde - um desafio para as novas gerações. In: ABOPREV. **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1999. 475 p. p. 03-26.

WINCK, J. B. Tevê: a sedução interdisciplinar. In: FAZENDA, I. C. A. (org). **Práticas Interdisciplinares na Escola**. São Paulo: Cortez, 1999. 157 p. p. 103-109.

ZANETTI, C. H. G. & NARVAI, P. C. & TOLEDO, J. P. G. **Saúde bucal: um desafio à democratização do setor e ao bem estar social**. Viçosa/MG, 1992 (mimeo).

ANEXOS

Anexo 1

Nome da Escola:

Nº de alunos matriculados:

Da 1ª a 8ª séries _____ alunos matriculados.

I - Variáveis referentes a pessoa

1. Grau de Instrução:

2º Grau 3º Grau incompleto 3º Grau completo

2. Tempo de Profissão:

menos de 5 anos 5 a 10 anos mais de 10 anos

3. Carga horária mensal da disciplina de Ciências Naturais:

_____ horas/mês

4. Exerce outra atividade além do magistério?

sim não

4.1. Em caso afirmativo, qual?

5. Já fez algum curso de atualização na área de saúde bucal nos últimos dois anos?

sim não

5.1. Em caso afirmativo, qual?

II. Variáveis referentes a Escola:

1. Em que bairro da cidade está localizada a Escola?

2. Existe algum Posto de Saúde próximo à Escola?

sim não

3. Qual a distância do Posto de Saúde em relação à Escola?

até 1 km de 1 a 5 km mais de 5 km

4. Existem algumas atividades de saúde bucal realizadas em conjunto entre a Escola e o Posto de Saúde?

sim não

4.1. Caso afirmativo, quais destas atividades são freqüentemente realizadas?

- palestras educativas
- revelação de placa bacteriana
- escovação supervisionada
- bochechos coletivos com flúor
- distribuição de escovas e pastas dentais

4.1.1. Com que freqüência são realizadas estas atividades?

- bimestral
- trimestral
- semestral
- anual

4.1.2. Freqüentemente quem coordena estas atividades na Escola?

- UFSC
- Secretaria Municipal de Saúde
- Secretaria Municipal de Educação

5. A Escola possui algum lugar onde os alunos possam fazer a escovação dental coletiva?

- sim não

5.1. Caso afirmativo, onde se localiza?

6. Na sua Escola, em quais das séries do 1º grau você desenvolve o conteúdo de saúde bucal e com que frequência?

Séries	Frequência
1ª	() bimestral () trimestral () semanal () anual
2ª	() bimestral () trimestral () semanal () anual
3ª	() bimestral () trimestral () semanal () anual
4ª	() bimestral () trimestral () semanal () anual
5ª	() bimestral () trimestral () semanal () anual
6ª	() bimestral () trimestral () semanal () anual
7ª	() bimestral () trimestral () semanal () anual
8ª	() bimestral () trimestral () semanal () anual

7. Quais os projetos de promoção à saúde bucal existentes na Escola?

8. A direção da Escola oferece condições para desenvolver as atividades de saúde bucal?

() frequentemente () eventualmente () nunca

III. Variáveis referentes ao conhecimento/atitude:

1. Dentre as opções abaixo relacionadas, quais delas você acha que guarda uma nítida relação com o Sistema Único de Saúde (SUS)?
 - universalidade do acesso aos serviços de saúde
 - integralidade da assistência à saúde
 - estabelecer prioridades na alocação de recursos e orientação dos programas, a partir dos fatores que causam doenças
 - descentralização político-administrativa
 - utilização exclusiva do SUS para as atividades preventivas, ficando para os hospitais públicos as ações curativas de saúde
 - participação popular através de conferências e conselhos de saúde
 - é proibida a participação de qualquer natureza da iniciativa privada de assistência à saúde
 - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico

2. Você participa das discussões sobre as políticas de saúde da sua comunidade ou do município?
 - freqüentemente
 - eventualmente
 - nunca

3. Qual a relação que você faz sobre a questão saúde e cidadania junto aos seus alunos?

4. Você conhece os principais problemas de saúde da comunidade onde desenvolve sua prática pedagógica?

() sim () não

4.1. Caso afirmativo, quais?

5. Quais as atividades de promoção de saúde bucal que você conhece?

6. Você desenvolve alguma atividade de saúde bucal com seus alunos?

() sim () não

6.1. Caso afirmativo, qual a atividade que você desenvolve e de que forma?

6.2. Caso negativo, porque não desenvolve?

7. Caso desenvolva alguma atividade de saúde bucal com seus alunos, quantas horas por mês você dedica a esta atividade na sua disciplina?

_____ horas/mês

7.1. Você encontra alguma dificuldade para desenvolvê-la?

sim não

Quais?

8. Quais as doenças bucais que você conhece?

9. Quais as doenças bucais mais freqüentes observadas em sala de aula?

10. Quando a criança apresenta algum problema de saúde bucal, qual o encaminhamento dado?

11. Você tem hábito de ir ao dentista?

regularmente quando apresenta algum problema

12. Qual a forma utilizada por você quando precisa de um dentista?

particular convênio/plano de saúde SUS

13. Há quanto tempo você realizou seu último tratamento odontológico?

há menos de 12 meses mais de 24 meses

de 12 a 24 meses não lembra

14. Quais os métodos preventivos que você utiliza para a manutenção de sua saúde bucal?

15. Quantas escovações você realiza normalmente no período de 24 horas?

- 0 3
 1 4
 2 5

16. Qual o momento mais importante para se realizar a escovação dental?
(apenas uma resposta)

- antes do café da manhã antes do jantar
 após o café da manhã após o jantar
 antes do almoço antes de dormir
 após o almoço outra ocasião, especifique
-

17. Você utiliza o fio dental?

- freqüentemente eventualmente nunca

17.1. Em caso afirmativo, quando?

- antes da escovação após a escovação
 outra ocasião, especifique
-

Anexo 2



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI

N.º 218, DE 1999

(Da Sra. Yeda Crusius)

Determina a inclusão, nos currículos do ensino fundamental, de conteúdo obrigatório que trate da saúde bucal

(ÀS COMISSÕES DE EDUCAÇÃO, CULTURA E DESPORTO; E DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE REDAÇÃO (ART. 54) – ART. 24, II)

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º É obrigatória a inclusão, nos currículos do ensino fundamental, de conteúdo que trate da saúde bucal, com ênfase na prevenção e na conscientização dos alunos.

Art. 2º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.

JUSTIFICAÇÃO

O currículo da educação básica é estratégico para a formação integral do cidadão e, por isso, deve expressar uma preocupação permanente com as peculiaridades de vida do estudante brasileiro. Este projeto de lei foi elaborado tendo como principal proposta melhorar a saúde bucal do povo brasileiro, baixando o índice de ocorrência da cárie, sabidamente altíssimo entre nós, e das demais doenças bucais. A médio prazo, a sua execução trará substancial economia de recursos financeiros para o país além de estar ao alcance de todas as crianças.

Como se sabe, a escola possui os instrumentos e os recursos humanos necessários à compreensão do corpo humano como um todo e à integração da pessoa humana em seu meio. Pela importância que a escola tem na vida das crianças, está em condições de influir, positiva e definitivamente, na aquisição e modificação de hábitos e de prevenir práticas nocivas à saúde. Especialistas em Saúde Pública e Promoção de Saúde Bucal, como a professora Edna Luiza Ribeiro, mostram que a inclusão, no currículo do ensino básico, de conteúdo que trate da saúde bucal, é instrumento eficaz e de baixo custo de educação odontológica.

Pelo exposto, contamos com o apoio de nossos pares para a aprovação desta proposição.

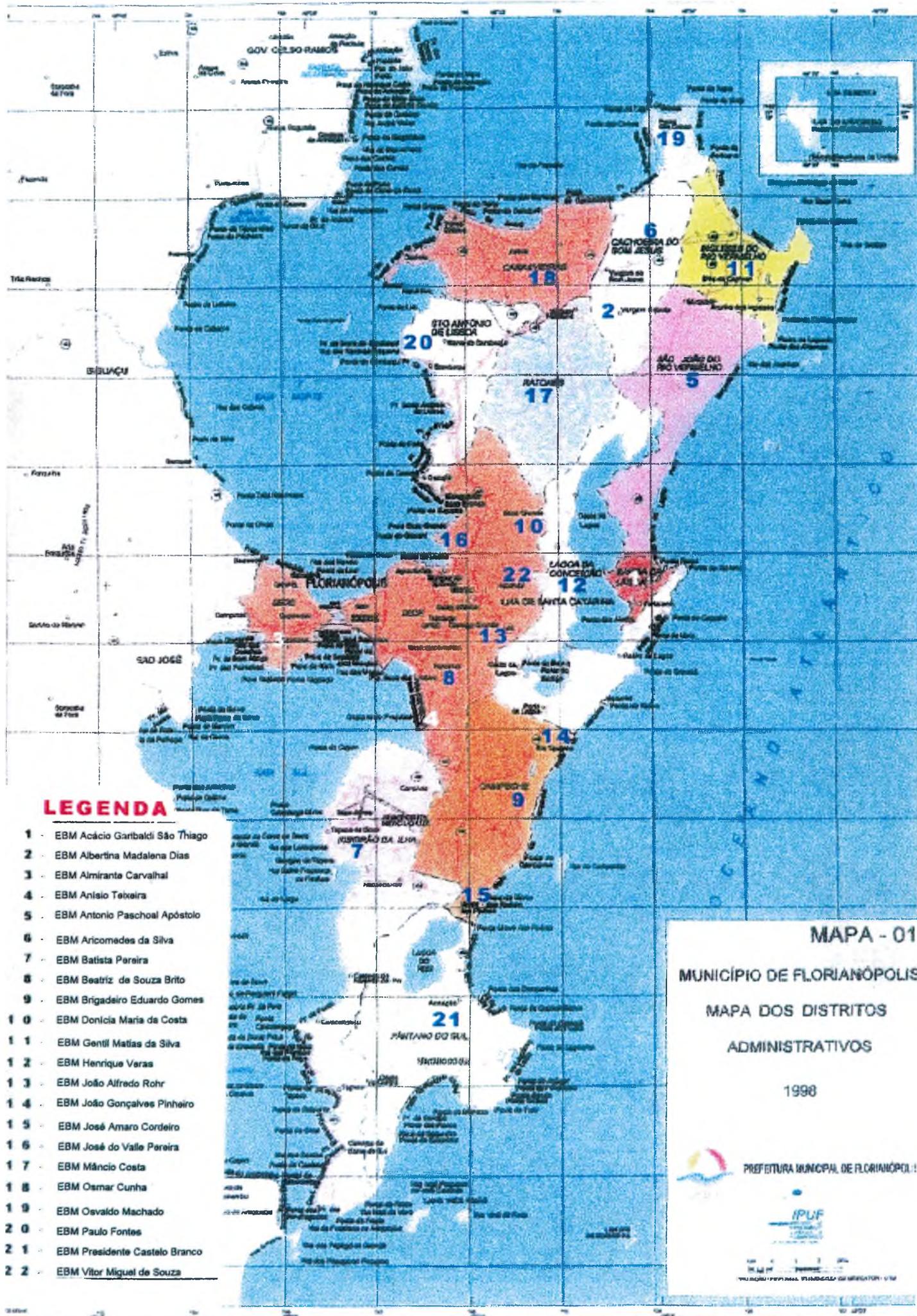
Sala das Sessões, em 09 de março de 1999.

Deputada YEDA CRUSIUS

Anexo 3

NOME DA ESCOLA	LOCALIZAÇÃO	PROFESSORES DA 3ª A 8ª SÉRIES	PROFESSORES PESQUISADOS	
			nº	%
EBM Acácio Garibaldi São Thiago	Barra da Lagoa	6	3	50
EBM Albertina Madalena Dias	Vargem Grande	6	3	83,34
EBM Almirante Carvalhal	Coqueiros	3	0	0
EBM Anísio Teixeira	Costeira de Pirajubaé	5	2	40
EBM Antonio Paschoal Apóstolo	Rio Vermelho	5	2	40
EBM Aricomedes da Silva	Cachoeira do Bom Jesus	4	2	50
EBM Batista Pereira	Ribeirão da Ilha	7	1	14,28
EBM Beatriz de Souza Brito	Pantanal	5	3	60
EBM Brigadeiro Eduardo Gomes	Campeche	6	3	50
EBM Donícia Maria da Costa	Saco Grande II	4	0	0
EBM Gentil Matias da Silva	Ingleses	5	1	20
EBM Henrique Veras	Lagoa da Conceição	8	1	12,5
EBM João Alfredo Rohr	Córrego Grande	4	2	50
EBM João Gonçalves Pinheiro	Rio Tavares	4	2	50
EBM José Amaro Cordeiro	Morro das Pedras	4	4	100
EBM José do Valle Pereira	Saco Grande I	5	3	60
EBM Mâncio Costa	Ratones	5	1	20
EBM Osmar Cunha	Canasvieiras	7	6	85,71
EBM Osvaldo Machado	Ponta das Canas	4	2	50
EBM Paulo Fontes	Santo Antônio de Lisboa	6	4	66,67
EBM Presidente Castelo Branco	Armação do Pântano do Sul	5	3	60
EBM Vitor Miguel de Souza	Itacorubi	4	2	50
TOTAL		112	52	46,43

Anexo 4



LEGENDA

- 1 - EBM Acácio Garibaldi São Thiago
- 2 - EBM Albertina Madalena Dias
- 3 - EBM Almirante Carvalho
- 4 - EBM Anísio Teixeira
- 5 - EBM Antonio Paschoal Apóstolo
- 6 - EBM Aricomedes da Silva
- 7 - EBM Batista Pereira
- 8 - EBM Beatriz de Souza Brito
- 9 - EBM Brigadeiro Eduardo Gomes
- 10 - EBM Donícia Maria da Costa
- 11 - EBM Gentil Matias da Silva
- 12 - EBM Henrique Veras
- 13 - EBM João Alfredo Rohr
- 14 - EBM João Gonçalves Pinheiro
- 15 - EBM José Amaro Cordeiro
- 16 - EBM José do Valle Pereira
- 17 - EBM Mâncio Costa
- 18 - EBM Osmar Cunha
- 19 - EBM Ovaldo Machado
- 20 - EBM Paulo Fontes
- 21 - EBM Presidente Castelo Branco
- 22 - EBM Vítor Miquel de Souza

MAPA - 01

MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

MAPA DOS DISTRITOS ADMINISTRATIVOS

1998

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS

IPUF

MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA