

Promoção da saúde: uma estratégia para o fortalecimento das práticas em saúde bucal

Health Promotion: a strategy to reinforce oral health practices

Ednalva Maria de Sousa *

Marcelo de Castro Meneghim **

Antônio Carlos Pereira **

Resumo

O presente estudo tem por objetivo avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas do Serviço Municipal de Saúde de Campinas - SP sobre o tema promoção da saúde, verificar se as práticas de promoção da saúde são realizadas nas respectivas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e medir o impacto de informações sobre promoção da saúde fornecidas por meio de uma apostila. Para tanto, realizou-se um estudo experimental de abordagem quantitativa, utilizando-se um questionário semi-estruturado e uma apostila específica, que foi aplicada como intervenção. A amostra probabilística foi constituída por 109 dos cirurgiões-dentistas de Campinas - SP (60,51%). O delineamento do estudo teve como base a aplicação de um pré-teste, a entrega da apostila com informações sobre promoção da saúde e a aplicação de um pós-teste. A ferramenta de avaliação foi um questionário semi-estruturado; os dados coletados foram analisados por tabelas de frequência e comparações das respostas anteriores e posteriores ao teste dos profissionais que deram retorno aos questionários (57,7%). Para isso, utilizou-se o teste não-paramétrico McNemar ($p < 0,05$). A maioria dos cirurgiões-dentistas (96,8%) realizava aconselhamento sobre fatores de risco comuns para a saúde bucal e geral. As ações relacionadas à promoção da saúde foram desenvolvidas, em sua maioria, nas escolas (79,2%) e creches (47,9%). A porcentagem de acertos em relação ao conhecimento sobre promoção da saúde foi maior em todas as questões analisadas após leitura da apostila. Conclui-se que a maior parte dos voluntários apresentou deficiência de conhecimento técnico em relação ao conceito sobre promoção da saúde; é prática no serviço público de saúde em Campinas - SP a abordagem sobre os fatores de risco comuns à saúde; a utilização de apostila, acompanhada de avaliação sobre o tema promoção da saúde, provou ser uma boa estratégia para a aquisição de conhecimentos para trabalhadores da área da saúde.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Saúde bucal.

Introdução

O envelhecimento da população mundial corresponde a um fenômeno de extrema relevância no início deste novo século. Estima-se que, em 2020, três quartos de todas as mortes observadas nos países em desenvolvimento estarão relacionadas ao processo de envelhecimento, ocorrendo por causas como o câncer, doenças do aparelho circulatório e diabetes¹.

Em relação à saúde bucal, pesquisa do Ministério da Saúde revelou que há trinta milhões de desdentados no país e 45% dos brasileiros não têm acesso regular a escovas de dente². Essa precariedade da saúde bucal influencia diversos aspectos funcionais, sociais e psicológicos, comprometendo a auto-estima e os relacionamentos pessoais e profissionais da população brasileira.

Diante desse quadro, a atenção do profissional e do sistema de saúde precisa ser voltada para a promoção da saúde. A Federação Dentária Internacional recomenda, para os países em desenvolvimento, a realização de programas preventivos e a distribuição de recursos para a prevenção e a promoção em lugar dos procedimentos restauradores tradicionais³.

A saúde bucal representa um fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida. Porém, o modelo de assistência ainda predominante no Brasil é marcado pela prática curativo-reparadora, que não é justificável para as principais doenças que atingem a cavidade bucal, as quais têm seus agentes etiológicos há muito tempo identificados e, portanto, controláveis.

A promoção da saúde propõe o desafio de reorientar os serviços de saúde a superarem a prática vigente de assistência à doença e darem uma atenção

* Mestre e especialista em Odontologia em Saúde Coletiva pela FOP-Unicamp; especialista em Promoção da Saúde pela FMUSP; MBA em Economia e Gestão da Saúde pela Unifesp; aluna do curso de Doutorado em Educação e Saúde da FMUSP.

** Professores do Departamento de Odontologia Social na FOP-Unicamp.

integral às pessoas em suas necessidades, buscando maior qualidade de vida. O profissional não pode apenas planejar o tratamento dentário para um indivíduo, mas deve realizar a promoção da saúde de um ser complexo, portador de necessidades odontológicas⁴, pois “a meta hoje não é apenas acrescentar mais anos à vida, e sim dar mais qualidade de vida aos anos vividos”⁵.

A Carta de Ottawa, documento resultante da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), definiu claramente que a promoção da saúde consiste num processo que proporciona à comunidade os meios necessários para melhorar a sua saúde, exercendo maior controle sobre ela.

No Brasil, o tema promoção da saúde vem se fortalecendo em razão das mudanças políticas que culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que trabalha com o conceito ampliado de saúde.

A Política Nacional de Saúde do Idoso, exemplo dentre as experiências atuais de promoção da saúde no Brasil, destaca a prevenção primária como estratégia fundamental para a saúde bucal⁶. No entanto, não se observam ações de promoção de saúde bucal destinadas principalmente à população adulta, o que contribui para uma alta prevalência de edentulismo na terceira idade. Para Pucca Jr.⁷ (1998), quando o edentulismo se manifesta, inexistiram ou fracassaram integralmente as medidas de atenção à saúde bucal.

Comparações sobre a situação da saúde bucal do adulto e do idoso por meio dos dados referentes ao levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado pelo Projeto SB/Brasil constataram uma precária condição de saúde bucal. Não houve discrepância entre os resultados dos dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) nos levantamentos epidemiológicos realizados em 1986 e 2003 para as idades de 35 a 44 anos e de 65 a 74 anos.

Para promover saúde, exige-se dos profissionais uma transição do olhar curativo para o preventivo. É importante também abandonar a postura coercitiva, muitas vezes presente na educação para a saúde, e adotar uma postura de aconselhamento e apoio, visando à autonomia do próprio indivíduo.

A preparação do cirurgião-dentista para trabalhar com a visão da promoção da saúde é de fundamental importância nesse processo de mudança. Além de controlar as doenças e restabelecer a saúde bucal, o cirurgião-dentista deve, sobretudo, incorporar e colocar em prática os princípios de promoção da saúde interagindo com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar e integrar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo.

Inserido nessa tendência, este estudo procura avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas do Serviço Municipal de Saúde de Campinas - SP sobre práticas de promoção da saúde; verificar se essas são realizadas nas unidades de saúde deste município e mensurar o impacto de informações sobre promoção da saúde, fornecidas por meio de uma apostila.

Materiais e método

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOP – Unicamp, segundo processo nº 167/2004. A pesquisa foi experimental, de abordagem quantitativa, utilizando-se um questionário semi-estruturado para avaliação e uma apostila específica como intervenção. A população estudada foi constituída por cirurgiões-dentistas do Serviço Municipal de Saúde da cidade de Campinas - SP, totalizando 180 profissionais. Todos os dentistas foram convidados a integrar a pesquisa, dos quais 109 (60,5%) aceitaram participar, devolvendo o termo de consentimento livre esclarecido assinado.

O delineamento do estudo teve como base a aplicação de um pré-teste (questionário) aos indivíduos que compunham a amostra. A seguir, foi entregue aos 109 cirurgiões-dentistas que fizeram a devolução dos questionários uma apostila contendo informações sobre promoção da saúde. Após trinta dias, o mesmo questionário, acrescido de uma questão, foi aplicado no pós-teste.

A ferramenta de avaliação utilizada no pré e pós-teste foi um questionário semi-estruturado elaborado pelos autores contendo 17 questões, nas quais se abordaram tópicos relacionados ao perfil profissional dos voluntários, questões relativas ao conhecimento sobre promoção da saúde e questões sobre práticas de promoção da saúde.

A apostila utilizada no estudo foi organizada pelos pesquisadores mediante dados da literatura previamente autorizados pelas editoras responsáveis. A apostila abordava assuntos referentes à origem da promoção da saúde; cartas internacionais de promoção da saúde; níveis de aplicação; diferenças entre promoção da saúde e prevenção de doenças; fatores comuns de risco para a saúde geral e bucal; estratégias de alto risco, baixo risco e populacional; aspectos demográficos e epidemiológicos.

A forma de análise dos resultados teve como base os 63 (57,7%) questionários devolvidos pelos profissionais. Os dados foram organizados em tabelas de frequência e foram feitas comparações das respostas relacionadas ao conhecimento sobre promoção da saúde antes e após a leitura da apostila, utilizando o teste não paramétrico McNemar. Este foi utilizado por se tratar de uma amostra com variáveis dicotômicas e dependentes entre si. Cada cirurgião-dentista foi considerado como seu próprio controle. Os testes foram realizados ao nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$).

As questões do pré e do pós-teste foram analisadas por meio do teste estatístico McNemar e os ganhos de conhecimento foram calculados utilizando-se a fórmula⁸

$$A - B \times 100 / C$$

A = nº absoluto de cirurgiões-dentistas que responderam corretamente ao pós-teste;

B = nº absoluto de cirurgiões-dentistas que responderam corretamente ao pré-teste;

C = nº absoluto de cirurgiões-dentistas que responderam errado ao pré-teste.

Resultados

Os resultados obtidos serão demonstrados em três partes: perfil da amostra, conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre promoção da saúde e práticas de promoção da saúde.

Perfil da amostra

Aproximadamente metade dos profissionais (57,14%) declarou que já havia freqüentado algum programa formal de ensino, visando adquirir habilidades técnicas que lhes permitissem operacionalizar atividades na área de promoção da saúde. Verificou-se, ainda, que 55,6% dos participantes eram especialistas, dos quais a especialidade que apresentou maior número de voluntários na pesquisa foi saúde coletiva (54,5%). Dos participantes, 82,5% tinham mais de dez anos de exercício profissional.

Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre promoção da saúde

A Tabela 1 expressa os resultados do conhecimento dos profissionais sobre a Carta de Ottawa, documento considerado o marco teórico da promoção da saúde. Pode-se notar que no pós-teste aumentou significativamente (94,4%) o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre este documento ($p < 0,001$).

Tabela 1 - Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre a Carta de Ottawa no pré e pós-teste

Momento	Erros		Acertos	
	n/total	%	n/total	%
Pré-teste	18/37	48,6	19/37	51,4
Pós-teste	1/37	2,7	36/37	97,3*

* $p < 0,001$

A Tabela 2 expressa os resultados sobre o conhecimento do significado da expressão “promoção da saúde” como sendo, de uma forma resumida, atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos. Observa-se que houve melhora na proporção de respostas entre a aplicação do questionário pré e pós-teste ($p < 0,001$), sendo o ganho de conhecimento de 80%.

Tabela 2 - Avaliação do conhecimento do significado da expressão “promoção da saúde” no pré e pós-teste

Momento	Erros		Acertos	
	n/total	%	n/total	%
Pré-teste	25/54	46,3	29/54	53,7
Pós-teste	5/54	9,3	49/54	90,7*

* $p < 0,001$

A Tabela 3 aborda o conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação às expressões “promoção da saúde” e “prevenção de doença”. Foi questionado se seriam ou não sinônimas, notando-se que houve discordância na proporção de respostas entre a aplicação do questionário pré e pós-teste ($p < 0,001$). O ganho de conhecimento foi de 91,4%.

Tabela 3 - Avaliação do conhecimento das expressões “promoção da saúde” e “prevenção de doença” no pré e pós-teste

Momento	Erros		Acertos	
	n/total	%	n/total	%
Pré-teste	35/58	60,3	23/58	39,7
Pós-teste	3/58	5,2	55/58	94,8*

* $p < 0,001$

A Tabela 4 refere-se ao conhecimento dos profissionais a respeito dos “níveis de prevenção” de Leavell e Clark⁹ (1976). Foi perguntado em qual nível de prevenção está incluída a promoção da saúde. Observou-se que houve discordância na proporção de respostas entre a aplicação do questionário pré e pós-teste ($p = 0,012$), sendo maior o número de pessoas que acertaram no pós-teste. O ganho de conhecimento foi de 81,8%.

Tabela 4 - Avaliação do conhecimento sobre “níveis de prevenção” de Leavell e Clark⁹ (1976) no pré e pós-teste

Momento	Erros		Acertos	
	n/total	%	n/total	%
Pré-teste	11/54	20,4	43/54	79,6
Pós-teste	2/54	3,7	52/54	96,3*

* $p = 0,012$

A Tabela 5 revela o conhecimento do profissional em relação à “estratégia populacional”, “estratégia de alto risco” e “estratégia de baixo risco”. Quando se inquiriu sobre qual estratégia para a promoção da saúde o dentista destinaria mais esforços, o resultado das respostas entre a aplicação do questionário pré e pós-teste foi estatisticamente significativo ($p < 0,001$), tendo ocorrido um maior número de acertos no pós-teste. A porcentagem de profissionais que dedicariam mais esforços à estratégia populacional no pré-teste era de 19,3% ($n = 11$) e passou para 77,2% ($n = 44$) no pós-teste, sendo o ganho de conhecimento igual a 71,7%.

Tabela 5 - Avaliação do conhecimento sobre “estratégia populacional”

Momento	Erros		Acertos	
	n/total	%	n/total	%
Pré-teste	46/57	80,7	11/57	19,3
Pós-teste	13/57	22,8	44/57	77,2*

* $p < 0,001$

No que diz respeito aos resultados relativos ao grupo no qual os profissionais investiriam mais recursos e estratégias de promoção da saúde nas próximas décadas, mediante seu conhecimento prévio sobre CPOD, natalidade e mortalidade no Brasil, notou-se que houve discordância na proporção de respostas no pré e no pós-teste. A porcentagem de profissionais que investiriam menos recursos e estratégias de promoção da saúde em bebês, no pré-teste, era de 19,0% ($n = 12$) e passou para 41,2% ($n = 26$) no pós-teste, o que indica uma diferença estatisticamente significativa. A mesma questão em relação à população adulta, no pré-teste, era de 12,7% ($n = 8$) e passou para 22,2% ($n = 14$) no pós-teste, notando-se diferença estatisticamente significativa. Para os ido-

sos, no pré-teste a porcentagem foi de 7,9% (n = 5) e, no pós-teste, de 22,2% (n = 14), também se notando diferença estatisticamente significativa.

Práticas de promoção da saúde

Os locais onde as ações relacionadas à promoção da saúde foram desenvolvidas em maior número pelos profissionais foram, em primeiro lugar, as escolas, com 79,2%, seguidas pelas creches, com 47,9%. Dos profissionais que realizavam aconselhamento, 96,8% (n = 61) faziam-no durante o atendimento ao paciente, abordando fatores de risco comuns para a saúde bucal e geral, dos quais o mais aconselhado foi o tabagismo (55,7%), seguido pela dieta e pela nutrição (49,2%).

Quanto ao número de dentistas que já haviam acompanhado ou não pacientes que gostariam de eliminar hábitos prejudiciais à saúde, desde o momento em que estes manifestaram interesse até a eliminação total do hábito, verificou-se que 47,6% (n = 30) dos profissionais já o haviam feito, ao passo que 50,8% (n = 32) afirmaram não terem acompanhado.

Discussão

A preocupação mundial com a qualidade de vida e o bem-estar é evidenciada durante as conferências internacionais sobre promoção da saúde e também na Constituição de 1988, que coloca a saúde como direito de todos e dever do Estado. O discurso é bastante claro, no entanto colocá-lo em prática, principalmente num país de dimensões continentais como o Brasil, com tantas diversidades e necessidades, é a dificuldade encontrada por diversas instâncias de governo, profissionais da saúde e sociedade.

As características da população estudada sugerem uma situação favorável à promoção da saúde, pois tal grupo de indivíduos é composto por profissionais experientes, visto que 82,5% têm mais de dez anos de exercício profissional. A especialidade que apresentou maior número de voluntários para o presente estudo foi saúde coletiva.

Os dados da Tabela 1 ilustram o conhecimento dos profissionais sobre a Carta de Ottawa, documento considerado o marco teórico da promoção da saúde. Esta carta, escrita em 1986¹⁰, declara que a promoção da saúde é destacada como defesa da causa da saúde, tanto no plano individual quanto no coletivo: “A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida.” Verificou-se que os profissionais de saúde do município de Campinas apresentaram um conhecimento inadequado sobre a Carta de Ottawa antes da leitura da apostila, embora sejam profissionais que atuam na atenção primária dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), o que pressupõe que eles trabalhem com o conceito ampliado de saúde.

Os profissionais de saúde bucal, principalmente aqueles dedicados à saúde coletiva, detêm a responsabilidade e também a confiança da população para contribuir e conduzir uma política adequada de saúde

de bucal¹¹. A este fato se junta o conhecimento de que a prevenção primária deveria ser o ideal buscado tanto pelo aspecto biológico como pelo econômico¹².

Segundo Sheiham et al.¹³ (2001), futuras estratégias em busca da promoção da saúde deveriam levar em consideração a forma de remuneração dos dentistas e do pessoal auxiliar: “Os sistemas de remuneração devem ser baseados em incentivos direcionados à promoção da qualidade dos serviços, no encorajamento à não intervenção e no respeito aos princípios da eficácia e eficiência.”

A análise dos dados da Tabela 2 evidenciou o conhecimento dos profissionais sobre o significado da expressão “promoção da saúde”. As estratégias de promoção da saúde realizadas no mundo inteiro têm se mostrado convincentes para modificar estilos de vida. Diversos pesquisadores evidenciam os danos causados pela não-reorientação dos sistemas e serviços de saúde e o impacto negativo das condições bucais na qualidade de vida e no bem-estar da população¹⁴⁻²¹.

No que diz respeito ao conhecimento do profissional em relação às expressões “promoção da saúde” e “prevenção de doença” (Tab. 3), foi questionado se seriam ou não sinônimas. Diversos estudiosos da promoção da saúde explicam as diferenças entre os dois conceitos^{9,22-24}. Os resultados apresentados na Tabela 4 mostram que os profissionais tinham um bom conhecimento a respeito de que a promoção da saúde faz parte do primeiro nível de prevenção, segundo Leavell e Clark⁹ (1976).

Ao se analisar o conhecimento dos profissionais sobre as estratégias para a promoção da saúde (Tab. 5), encontrou-se um baixo nível de conhecimento dos profissionais, visto que apenas 17,4% dedicariam mais esforços à estratégia populacional antes da leitura da apostila. Verificou-se a tendência do profissional de voltar mais esforços à estratégia de alto risco. Sheiham e Moysés²⁵ (2000) concluem que a estratégia populacional é econômica e socialmente mais aceitável, principalmente por ser a abordagem baseada em tratamento odontológico muito oneroso. Os mesmos autores justificam tal afirmação ao afirmarem que seriam necessários 160 dias por ano de “tempo de cadeia” para tratar mil pacientes usando as abordagens convencionais que são normalmente ensinadas nas faculdades de odontologia.

Nesse contexto, um estudo sobre a odontologia no Programa de Saúde da Família no Rio de Janeiro permitiu observar uma redução significativa dos fatores de risco à cárie e à doença periodontal, assim como a diminuição das necessidades de tratamento em todo o grupo estudado. A citada estratégia baseou-se na promoção da saúde e o objetivo principal foi a incorporação de hábitos saudáveis que minimizassem a ocorrência das doenças da boca. Concluiu-se que esta estratégia viabiliza o desenvolvimento de uma odontologia mais resolutiva e integral²⁶.

Ao se analisar o conhecimento prévio sobre CPOD, natalidade e mortalidade no Brasil, fez-se uma projeção para as próximas décadas. Pode-se notar que os profissionais estavam desatentos em relação às mudanças que estão ocorrendo, como a

diminuição do CPOD em crianças, a diminuição da natalidade e o aumento da taxa de idosos – segundo Brito e Litvoc¹ (2004), estimativas apontam que o Brasil terá aproximadamente 32 milhões de pessoas com sessenta anos ou mais em 2025. O número de profissionais que investiriam mais recursos e estratégias para a promoção da saúde em idosos aumentou significativamente após a leitura da apostila.

Diversos autores discutem a necessidade de reorientação dos serviços de saúde em busca de maior equidade, na tentativa de contemplar a população idosa^{1,27-30}. Percebeu-se uma baixa participação dos profissionais em asilos (10,4%) e grupos da terceira idade (14,6%). Observa-se forte tendência dos profissionais em direcionar mais recursos e estratégias de promoção da saúde para a população infantil. Os locais onde os profissionais participaram de tais ações foram, preferencialmente, escolas (79,2%) e creches (47,9%). A falta de programas de promoção da saúde voltados para idosos reflete as precárias condições de saúde bucal desta população e é objeto de estudo. Resultados semelhantes foram encontrados por outros autores^{28, 31-33}.

A maioria dos profissionais (96,8%) aconselha o paciente, durante o atendimento, sobre fatores de risco comuns para a saúde bucal e geral. É importante que o dentista assuma a responsabilidade de estimular o paciente a adotar um estilo de vida mais saudável. Dessa forma, estará contribuindo para uma melhor qualidade de vida do paciente e, ao mesmo tempo, valorizando a profissão perante a sociedade.

Sheiham e Moysés²⁵ (2000) apontam que “a nova saúde pública não é mais orientada para doenças tratadas separadamente. O conceito chave, sublinhando a abordagem de risco comum, é que a promoção da saúde geral, por meio do controle de um número pequeno de fatores de risco, pode ter grande impacto em um número significativo de doenças, e a um custo menor que abordagens para doenças específicas. Uma economia considerável pode ser feita através do trabalho coordenado”.

Ações de promoção da saúde incluem, também, trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos, tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer), tais como políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares; abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal; política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes³⁴. O fator de risco mais aconselhado pelos dentistas foi o tabagismo (55,7%), com 95,2% dos profissionais utilizando a explicação oral como principal recurso para aconselhar o paciente sobre fatores de risco ou de proteção à sua saúde.

Encontrou-se um percentual de resposta favorável mais alto do que o descrito por Soares et al.³⁵ (2005). Estes autores investigaram 240 jovens (12 a 20 anos) sobre a atuação dos cirurgiões-dentistas em relação ao hábito do tabagismo, mostrando que apenas 8,6% dos entrevistados relataram que os

dentistas os questionaram sobre o hábito e 12,2% informaram que receberam alguma informação dos profissionais sobre o efeito maléfico do cigarro. Conclui-se que, de acordo com o relato dos adolescentes, a maioria dos dentistas não aborda os jovens com relação ao tabagismo, assim como não os alerta para seus efeitos nocivos.

No presente estudo, a maior parte dos profissionais (50,8%) afirmou não terem acompanhado pacientes que gostariam de eliminar hábitos prejudiciais a sua saúde desde o momento em que manifestaram interesse até o momento da eliminação total do hábito. Esses dados reforçam que ainda permanece um estágio de conhecimento e/ou motivação inadequado por parte dos profissionais para capacitarem os seus pacientes a promoverem um estilo de vida mais saudável.

É importante ressaltar que os profissionais que aconselham os seus pacientes a adotar um estilo de vida mais saudável estão de acordo com recomendações de um grupo-tarefa de Serviços de Prevenção Norte-Americana e com a Associação Americana do Coração, os quais recomendam que todos os provedores de cuidado primário à saúde ofereçam aos seus pacientes aconselhamento para promover um estilo de vida ativo, uma dieta saudável e a interrupção de hábitos, como o fumo, como parte do exame de saúde preventiva³⁶.

Esse aspecto já era reforçado por Leavell e Clark⁹ (1976): “Toda doença que leve o paciente ao profissional da saúde oferece uma oportunidade para aconselhamento; não apenas no que se refere ao tratamento daquela doença específica, mas também no que concerne à manutenção da saúde potencial que resta ao paciente. A extensão deste aconselhamento ao resto da família do paciente pode ter um efeito considerável na promoção e manutenção da saúde de um maior número de indivíduos”.

Conclusão

Existia deficiência de conhecimento técnico em relação ao conceito “promoção da saúde” entre os cirurgiões-dentistas do serviço Público Municipal de Saúde de Campinas - SP; é prática neste serviço a abordagem sobre os fatores de risco comuns para a saúde bucal e saúde geral; a utilização de apostila, acompanhada de avaliação sobre o tema promoção da saúde, provou ser uma boa estratégia para a aquisição de conhecimentos para trabalhadores da área da saúde. O percentual de acertos no pós-teste foi estatisticamente maior do que os acertos do pré-teste em todas as questões analisadas.

Abstract

The objective of the present study is to assess the knowledge of dentists working at Public Health Services in Campinas (São Paulo State of Brazil) about health promotion; to verify if health promotion practices are being performed in health care units; to measure the impact of information about promotion of the health supplied

by a specific reference book. For in such a way, a non experimental study of quantitative approach was carried out, using a half-structuralized questionnaire and a specific reference book that was applied as intervention. The probabilistic sample was composed by 109 dentists of Campinas-SP (60.51% of total). The delineation of the study had as base the application of a pre-test, the delivery of a reference book with information about health promotion and the application of a post-test. The assessment tool was a half-structuralized questionnaire; the collected data have been analyzed by tables of frequency and comparisons of the previous and posterior answers to the test of the professionals who had returned the questionnaires (57,7%). For this, the not-parametric test McNemar ($p < 0,005$) was used. The actions regarding health promotion were developed, in its majority, in schools (79,2%) and day-care centers (47,9%). 96,8% of the dentists were giving advise about common factors of risk for the buccal health and general. The percentage of correct answer regarding the knowledge about health promotion was higher in all analyzed questions after reading the reference book. The conclusion is that, most of the volunteers presented deficiency in technical knowledge regarding the concept of health promotion; the approach about the health risk factors, at the Public Health Service in Campinas/SP is common; the use of a reference book with an assessment about the health promotion theme has proved being a good strategy for the acquisition of knowledge to worker of the health area.

Key words: Promotion health. Oral health.

Referências

1. Brito FC, Litvov J. Envelhecimento: Prevenção e promoção da saúde. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2004. p.1-16.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003, Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b. 51p.
3. Fédération Dentaire Internationale. Necesidades de salud bucal del anciano. FDI Dental World 1993; 2:13-15.
4. Grande RHM. Prevenção e promoção da saúde dental [Tese de Livre Docência]. São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2002.
5. Buischi Y. Situação passada e atual da cárie dentária no Brasil. In: Rode SM, Gentil SN. Atualização clínica em odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2004.
6. Brasil. Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, nº 237-E. p. 20-4, 13 dez., seção 1.
7. Pucca Jr GA. Perfil do edentulismo e do uso de prótese dentária em idosos residentes no município de São Paulo [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1998.
8. Carrascoza KC, Possobon RF, Tomita LM, Moraes ABA, Pereira FR, Costa JR A. Evaluation of a Pregnant Guidance Program. Revista de Saúde Pública [Enviado para apreciação pelo Corpo Editorial em Outubro de 2005].
9. Leavell HR, Clark EG. Medicina Preventiva. Tradutores: Donnangelo MCF, Goldbaum M, Ramos US. São Paulo: Mc-Hill do Brasil; 1976. p. 13-9.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundswall, declaração de Santa-fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega países e Declaração do México. Trad. De LE Fonseca e R Fernandez. Brasília (DF); 2001.
11. Freire MCM. Dieta, saúde bucal e saúde geral. In: Buischi YP. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2000. p. 247-78.
12. Schalka MMS, Rodrigues CRD. A importância dos médicos pediatras na promoção da saúde bucal. Rev Saúde Pública 1996; 30(2):179-86.
13. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Lowe C, Finch S, Bates CJ et al. The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. J Dent Res 2001; 80(2):408-13.
14. Bernd B, Sousa CB, Lopes CB, Pires FMF, Lisboa IC, Curra LCD et al. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. Saúde em Debate 1992; 34:33-9.
15. Bordini PJ. Aspectos epidemiológicos do câncer bucal, análise através da mortalidade [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1994.
16. Freitas SFT. Políticas de formação de Recursos Humanos em Programas Comunitários de Saúde Bucal. Saúde em Debate 1993; 40:43-53.
17. Mendes W. Home Care: Uma modalidade de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade; 2001.
18. Moriguchi Y. Aspectos geriátricos no atendimento odontológico. Odont Mod 1992; 19:11-3.
19. Silva DRAD. Percepção de condições da saúde bucal em adultos trabalhadores [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2000.
20. Traebert JL. Implicações de custo financeiro e recursos humanos em assistência odontológica no Brasil segundo o modelo escandinavo. Rev Saude Publica 1996; 30(6):519-25.
21. Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. Rev Saude Publica 2000; 34(2):190-5.
22. Buss PM. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.15-38.
23. Guimarães MA. As Conferências Internacionais da Promoção da Saúde e Contribuições para a Formação em Saúde Pública no Brasil [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.
24. Lefèvre F, Lefèvre MC. Promoção de Saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004. p.27-47.
25. Sheiham A, Moysés SJ. O papel dos profissionais de saúde bucal na Promoção da Saúde. In: Buischi YP. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2000. p. 23-37.
26. Brant A. Promoção de saúde bucal no Programa Saúde da Família – Paquetá – RJ. Rio de Janeiro (CEDAPS – Centro de Promoção da Saúde); 1995.
27. Pereira AC, Queluz DP, Meneghim MC, Castellanos RA, Silva SRC, Watanabe MCG. Condições periodontais em idosos usuários do centro de saúde “Geraldo de Paulo Sousa”, São Paulo, Brasil. Rev Fac Odontol Lins 1996; 9(1):20-5.
28. Pereira AC, Silva FRB, Meneghim MC. Prevalência de cárie e necessidade de prótese em uma população geriátrica institucionalizada da cidade de Piracicaba. ROBRAC 1999; 8(26):17-21.
29. Brasil. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF, de 10 a 12 de outubro de 1986. Brasília: UnB; 1986.
30. Meneghim MC. Odontogeriatrics: epidemiologia das doenças bucais, assistência odontológica e perspectivas futuras [Tese de Doutorado]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia da Unicamp; 2003.
31. Galan D, Brex M, Heath MR. Oral health status of a population of community-dwelling older Canadians. Gerontology 1995; 12(1):41-8.
32. Rosa AGF, Fernandez RAC, Pinto VG, Ramos LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). Rev Saude Publica 1992; 26:155-60.
33. Souza VMS, Pagani C, Jorge ALC. Odontogeriatrics: sugestões de um programa de prevenção. Rev Pós-Grad Fac Odontol S J dos Campos 2001; 4(1):56-62.

34. Brasil. Ministério da saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. [citado 2004 maio 14]. Disponível em: URL: <<http://www.saude.gov.br>>.
35. Soares EA, Nascimento DL, Feitosa S, Colares V. Participação do odontólogo na prevenção do tabagismo entre adolescentes. *Odontol Clin Cient* 2005; 4(2):121-6.
36. CDC. Physical activity and the prevention of coronary heart disease. *MMWR (Morb Mortal Weekly Rep)* 1993; 42(35):669-72.

Endereço para correspondência

Antônio Carlos Pereira
Av. Limeira, 901
CEP: 14414-900 – Piracicaba - SP
Fone: (19) 3412-5218
E-mail: apereira@fop.unicamp.br

Recebido: 09.10.2006 Aceito: 27.03.2007