

A CONTRIBUIÇÃO DE UM PROGRAMA SOCIOEDUCATIVO PARA SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA¹

Jair de Souza Moreira Júnior²

RESUMO

Partindo do pressuposto de que o ambiente escolar é um meio apropriado para a promoção da saúde, já que um programa socioeducativo pode oferecer uma estrutura mais suportiva, decerto que pode contribuir para a formação das crianças dentro de um contexto de qualidade de vida. Sendo assim, o artigo discute a contribuição de um programa socioeducativo para a promoção da saúde e, conseqüentemente, a qualidade de vida das crianças participantes. O reconhecimento da importância da participação das crianças durante o desenvolvimento, em estrutura que proporcione um suporte adequado, com o acompanhamento de educadores capacitados para a formação do capital social, reforça a proposta. No entanto, iniciativas com a finalidade de aperfeiçoar os conhecimentos em saúde bucal, incluindo esta pauta no currículo de programas socioeducativos, podem contribuir para efetivar um trabalho em parceria, possibilitando um desenvolvimento saudável, com mais qualidade na vida das crianças participantes.

Palavras-chave: Capital Social. Educação em Saúde. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Assuming that the scholar environment is appropriate to health promotion, offering a more supportive structure, a social-educative program, though having a broader scope, may contribute to the formation of children within a life quality context. The main goal of this paper is to analyze the contribution of this social-educative program to health aiming and quality of life of the participating children. The importance of children's participation acknowledgement during their development, within a structure that provides an adequate support, followed by capable educators for the formation of Social Capital, reinforces this kind of approach. Nevertheless,

1 Este artigo se baseou na tese desenvolvida para o meu doutoramento, finalizado em 2012, com o consentimento e apoio da direção do Sesc-SP.

2 Cirurgião-dentista, mestre e doutor em Odontologia Social pela USP. cursando MBA em Desenvolvimento Humano de Gestores pela FGV. Pesquisador do Centro de Pesquisa e Formação do Sesc-SP. E-mail: jair.moreira@cpf.sescsp.org.br, jsmoreirajr@gmail.com.

initiatives aiming at an increase of knowledge in oral health, including this subject in a social-educative program curriculum, may contribute to reinforce an effective partnership, enabling a healthy development with enhanced life quality for the participating children.

Keywords: Social Capital. Health Education. Quality of Life.

INTRODUÇÃO

O ponto de partida para este artigo foi a indagação sobre a relação de um programa socioeducativo na promoção da saúde e qualidade de vida da população inserida, buscando entender os conceitos fundamentais para sua efetivação.

Nessa caminhada, compreendendo a proposta da instituição a que estou vinculado, o Serviço Social do Comércio (Sesc), em São Paulo, e tendo em vista que, “com o saber cresce a dúvida” (Goethe), é impossível ignorar o trabalho realizado por esta instituição, buscando entender a sua participação neste processo e, conseqüentemente, a sua possível contribuição na vida das pessoas participantes.

O programa socioeducativo realizado pelo Sesc-SP tem como objetivo o atendimento prioritário de comerciários e trabalhadores do setor de serviços, bem como os seus dependentes, estimulando a sua participação em atividades educativas que propiciem, por meio de orientações, práticas físicas, artísticas e culturais, entre outras ações propostas, um ambiente no qual os participantes possam conviver e trocar experiências, possibilitando a formação de cidadãos mais conscientes e questionadores.

Conhecedor desses princípios e certo de que a vivência em uma estrutura organizada pode colaborar para a vida de seus membros e participantes, minha intenção neste artigo foi visitar os conceitos basilares das ações da instituição, a fim de contribuir de forma efetiva para um programa socioeducativo no que se refere à promoção da saúde e qualidade de vida, e principalmente à saúde bucal, das crianças inseridas no contexto das suas atividades.

Historicamente, a trajetória trilhada pela saúde no país evidenciou que programas e projetos direcionados somente para os determinantes biológicos, desconsiderando seus demais agentes causadores, não trouxeram melhoras no quadro epidemiológico.

Desta forma, não coube às políticas públicas e ao meio acadêmico outra opção senão entender as doenças bucais, assim como a saúde geral, como fenômenos sociais, cuja melhoria necessariamente passaria por outros

caminhos e que a assistência, por si só, não daria conta de demandas tão múltiplas e diferentes da sociedade. Trocar a assistência pela atenção, também entendendo o homem como um ser social, tornou-se desafio permanente (SESC, 2011a). Nas últimas décadas, observa-se um avanço no estudo das relações humanas, como se organiza uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população (ALMEIDA-FILHO et al., 2003). Esse avanço é marcante no estudo das iniquidades em saúde, subsidiando a definição de estratégias e de políticas públicas em saúde, buscando espaços maiores de atuação a partir da análise das desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD, 2000).

O desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica e política e as mediações através das quais esses fatores influenciam na situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito. É por meio do conhecimento desse complexo de mediações que se pode entender, por exemplo, por que não há uma correlação constante entre macroindicadores de riqueza de uma sociedade e indicadores de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Fica evidente a necessidade de pôr em prática uma frase de uso comum, “tratar diferentemente os diferentes”, o que, na prática, se traduz em dar mais a quem tem menos, com o intuito de buscar um equilíbrio ideal.

Há várias abordagens para o estudo dos mecanismos através dos quais os Determinantes Sociais de Saúde provocam as iniquidades em saúde. Uma abordagem privilegia os aspectos físico-materiais na produção da saúde e da doença, entendendo que a escassez de recursos, juntamente à ausência de investimentos em infraestrutura comunitária decorrente de processos econômicos e decisões políticas, influenciam a saúde das pessoas. Outra abordagem leva em conta os fatores psicossociais, explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicológicos e situação de saúde, com base no conceito de que as percepções e as experiências das pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde.

As abordagens que buscam analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos proporcionam estudos que identificam o chamado “capital social”, ou seja, relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, como um mecanismo através do qual as iniquidades de renda impactam negativamente a situação de saúde. Por outro lado, também mostram que não são

as sociedades mais ricas que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Níveis crescentes de participação reduzem a exclusão social, aumentam e aprimoram o padrão de vida comunitária. Sendo assim, o capital social promove uma reação individual e coletiva em direção a uma sociedade com mais saúde e qualidade de vida (SOUZA; GRUNDY, 2004).

Subjacente à ideia de uma “sociedade com mais saúde” situa-se o conceito ampliado de saúde, entendendo que, para além de doenças, a saúde mantém relação direta com a dignidade humana, passando a se incluir nessa lógica fatores outros, atrelados a condições e estilos de vida.

Não diferentemente, os conceitos de saúde bucal coletiva, também de forma ampliada, mantêm a necessidade de se conhecer a situação bucal biológica, porém a sua relação de causalidade necessariamente exige a compreensão de aspectos relacionados a estilos de vida, refletindo como a pessoa ou a comunidade, de forma autônoma, cuida de sua saúde, e também as condições econômicas, sociais e geográficas disponíveis para esse “tratar”.

A qualidade de vida relacionada à saúde é uma importante variável dos indicadores clínicos na avaliação da saúde. Isto se torna ainda mais relevante em pacientes infantis e com doenças bucais, determinando um impacto significativo em sua qualidade de vida. Assim, tornam-se cada vez mais necessários instrumentos que auxiliem o cirurgião-dentista e demais profissionais responsáveis pela atenção em saúde crianças e adolescentes a avaliar não apenas presença de agravos em saúde bucal, como também da qualidade de vida desses indivíduos.

Neste sentido, desenvolver ações educativas para escolares pode trazer muitos benefícios para o futuro, conduzindo ao desenvolvimento de comportamentos saudáveis, valorizando a saúde como um bem do indivíduo, ressaltando também suas responsabilidades nesse sentido (HILGERT, 2001).

Esse formato de educação propõe tornar as pessoas cada vez mais capazes de pensar, aprender a ter consciência crítica e encontrar as alternativas para resolver seus problemas, dentre eles o de saúde-doença, e não apenas seguir normas recomendadas de como ter mais saúde ou evitar doenças (MS, 2002b).

Um grande desafio para a saúde atual seria atuar junto à população infantil, levando informações necessárias para o desenvolvimento de hábitos, manutenção da saúde e prevenção de doenças, propondo uma mudança de atitude frente às doenças que frequentemente são tidas como inevitáveis pela população. O envolvimento dos educadores no processo de

formação de hábitos saudáveis e favoráveis, é mais um meio a ser utilizado para se alcançar melhores índices de saúde e higiene na população (VASCONCELOS et al., 2001).

Entendendo que a saúde bucal por muito tempo fundamentou sua prática apenas nos aspectos biológicos e individuais e que a saúde bucal coletiva assume a saúde como um fenômeno social, tal substituição revela uma intenção de alargamento, incluindo, a partir dos pressupostos do campo da Saúde Coletiva, determinantes sociais complexos, antes desconsiderados (NARVAI, 2002).

A ideia fundamental é que tudo que é vivo não é indiferente ao meio em que vive, que pode ser menos ou mais “infel” a ele. Tudo que é vivo não é indiferente às condições postas para a sua existência. Saúde e doença são, antes de mais nada, valores vitais que expressam (enquanto afecções/afetos de um corpo vivo) essa dinâmica polarizada da vida. São valores-afetos que indicam se o corpo experimenta, na relação com o mundo, aumento ou diminuição da potência de vida (TEIXEIRA, 2015).

Nessa perspectiva, o presente artigo pretende discutir a contribuição de um programa socioeducativo para a saúde bucal e, conseqüentemente, a qualidade de vida de crianças inseridas em seu contexto.

REVISANDO CONCEITOS

Este capítulo destina-se à revisão dos conceitos relativos ao capital social, educação em saúde, saúde bucal e qualidade de vida, que são basilares para a discussão deste artigo, tendo em vista a análise sobre a contribuição de um Programa Socioeducativo como estratégia para promover saúde, bem como o crescimento positivo da sociedade.

Capital Social

Seguindo o conceito de que o processo biológico depende do contexto social, Barradas Barata (2005) afirma que é impossível desvincular o indivíduo da sociedade em que está inserido, portanto não podemos ignorar a relação dos determinantes sociais no processo saúde-doença.

Para Buss e Pellegrini Filho (2007), o principal desafio dos estudos sobre os determinantes sociais e saúde é estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde das pessoas, levando em conta que a determinação não é somente uma simples relação direta de causa-efeito. O estudo dessa cadeia de mediações permite também identificar onde e como devem

ser feitas as intervenções, com o objetivo de reduzir as iniquidades em saúde, ou seja, quais os pontos mais sensíveis em que as intervenções poderão ter maior impacto.

Existem várias abordagens para o estudo dos fatores que provocam iniquidades em saúde. A primeira delas privilegia os “aspectos físico-materiais” na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde), decorrente do processo econômico e decisões políticas. Outro enfoque aborda os “fatores psicossociais”, explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicológicos e situações de saúde, com base no conceito de que as percepções e experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízo à saúde. Os enfoques “ecossociais” e os chamados “enfoques multiníveis” buscam integrar as abordagens individuais e de grupos, sociais e biológicas, numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Nessa perspectiva, há a linha que busca analisar, além da relação da saúde das populações, o grau de desenvolvimento na trama de vínculos entre os indivíduos. Esses estudos identificam o já citado “capital social”.

A utilização do conceito de capital social em estudos objetivou inicialmente a compreensão de mecanismos pelos quais as desigualdades de renda agem sobre a saúde dos indivíduos. A relação entre privação material e nível de saúde é demonstrada e facilmente aceita, mas o mesmo não ocorre com a desigualdade relativa. Partindo da dúvida sobre os possíveis mecanismos mediadores entre as desigualdades de renda e o estado de saúde das populações residentes em países desenvolvidos, vários autores identificaram na falta de investimentos em capital humano e nos efeitos danosos do estresse componentes importantes nos fatores de causa (PATTUSSI et al., 2006).

Segundo Pattussi et al. (2006), nos últimos anos, o conceito de capital social tem sido utilizado na literatura internacional em várias disciplinas como a sociologia, antropologia, educação, economia, ciências políticas e saúde pública. Trata-se de um conceito desafiador, pois liga o frequentemente negligenciado “social” com o onipotente “capital”. Capital social enfatiza o fato de que formas e relações não monetárias podem ser importantes fontes de poder e influência.

Os mesmos autores reforçam que sua proeminência recente na área da saúde ocorre ao mesmo tempo em que a epidemiologia passa por uma profunda revisão crítica de suas próprias capacidades para capturar

fenômenos sociais. A literatura corrente também evidencia que, devido ao fato de o conceito ser entendido e avaliado de diferentes formas, muitas críticas têm sido feitas quanto ao seu uso.

No entanto, um grande e crescente número de pesquisas tem sugerido que o capital social favorece a saúde das pessoas. Sociedades com altos níveis de capital social parecem ser mais igualitárias, as pessoas são mais envolvidas na vida pública, vivem mais, são menos violentas e avaliam melhor a própria saúde.

Embora o conceito de capital social esteja em voga nas ciências sociais na contemporaneidade, chegando a diversos outros ramos das ciências, como a economia, por exemplo, ou mesmo aos organismos internacionais que fomentam políticas de desenvolvimento no mundo, ele já aparece de forma implícita no século XIX, a partir dos trabalhos de pensadores como Durkheim, Marx, Tocqueville e Simmel (BASTOS et al., 2009).

O primeiro entendia que a participação comunitária e a devoção a ações em grupo eram atividades absolutamente necessárias para a integração social e a constituição de uma sociedade organicamente integrada. Deduz-se disso a constituição de uma reserva poderosa de capital social, que traria benefícios para o conjunto da sociedade.

No século XX, seguiram-se outros trabalhos de cientistas sociais, como Pierre Bourdieu e James Coleman, que reconhecem a importância do capital social para a compreensão da sociedade. Bourdieu (1980), entende o capital social como uma propriedade do agente, como relações sociais que permitem aos indivíduos e aos grupos obterem recursos ou reconhecimento. Contrariamente, Coleman (1988) vê o capital social não como uma característica do indivíduo, mas num sentido funcional, como um conjunto de elementos numa estrutura social que possibilita aos atores satisfazerem seus objetivos.

Putnam (2005), considera o capital social como o conjunto de práticas sociais, normas e relações de confiança que existe entre as pessoas de uma determinada sociedade, bem como os sistemas de participação e de associação que estimulam a cooperação. Dessa maneira, quanto maior for a capacidade dos cidadãos confiarem uns nos outros, além de seus familiares, e quanto maior for o número de possibilidades associativas numa sociedade, maior será o volume de capital social. A questão central é que a confiança, a cooperação e os espaços de participação social entre o Estado e a sociedade são elementos positivos e essenciais para o bom funcionamento das instituições.

Labra (2002) ressalta que o capital social e os aspectos culturais a ele vinculados integram as recomendações das agências internacionais de

saúde nos governos para incorporar estes conceitos na formulação e implantação de políticas. No debate sobre promoção de saúde, este fato foi marcante, associando capital social ao empoderamento das comunidades e a estratégias participativas.

De acordo com Pattussi et al. (2006) e Pattussi, Hardy e Sheiham (2006) o conceito de capital deriva da sociologia funcionalista que concebe a organização social como um sistema composto por partes articuladas e em cooperação para o alcance de um objetivo. Essas partes correspondem aos estratos sociais que, em sociedades sadias, têm na solidariedade sua forma predominante de relação e, nas sociedades doentes, têm suas relações marcadas por um funcionamento no qual predominam os conflitos e emergem as desigualdades. A interação social entre os cidadãos, a participação ativa na vida associativa e de outras manifestações de organização da sociedade civil, constitui o capital social existente na comunidade e potencializa o bem-estar dos indivíduos. Um aspecto central na teoria do capital social é que ela se baseia nas relações sociais que se estabelecem no interior de grupos ou entre grupos na sociedade.

Segundo Manfredini (2010), a teoria do capital social é uma corrente das décadas recentes com forte influência intelectual provinda dos Estados Unidos e da Europa. Em seu estudo, ele analisou as publicações brasileiras sobre capital social e saúde, avaliando a possibilidade de aplicar este conceito no campo da saúde pública.

Educação em saúde

Chaves (1986) define a educação como a ação exercida pelas gerações adultas sobre as gerações jovens para adaptá-las à vida social e a um trabalho sistematizado, seletivo, orientador, pelo qual nos ajustamos à vida de acordo com as necessidades, ideais e propósitos dominantes, com o aperfeiçoamento integral de todas as faculdades humanas.

Segundo Good (apud CHAVES, 1986), editor de um dicionário de Educação³, teríamos duas conceituações para a educação: 1) um processo pelo qual as pessoas são submetidas à influência de um ambiente selecionado e controlado (especialmente na escola), de tal forma que possam atingir competência social e o melhor desenvolvimento possível; 2) o conjunto de todos os processos através dos quais a pessoa desenvolve capacidades, atitudes e outras formas de comportamento positivo na sociedade em que vive.

A palavra “educar” provém do latim *educare*, que significa conduzir de um estado para outro, modificar numa certa direção o que é passível de

3 Carter V. Good. *Dictionary of Education*. Nova York: McGraw-Hill, 1945.

educação. O ato pedagógico pode então ser definido como uma atividade sistemática de interação entre seres sociais, tanto em nível interpessoal como ambiental, interação essa que se configura em uma ação exercida sobre o sujeito ou grupos de sujeitos, visando provocar neles mudanças tão eficazes que os tornem elementos ativos dessa própria ação exercida (BASTOS et al., 2003).

No estudo sobre a promoção da saúde no contexto escolar do Ministério da Saúde (MS, 2002b), a educação é entendida como um processo de formação integral, e não somente como habilitação para uma técnica ou conhecimento científico, não estabelecendo, assim, uma relação hierárquica entre o saber academicamente construído e o saber proveniente da cultura popular, valorizando todas as dimensões de conhecimento e de sua produção.

Compreender a educação como um processo de formação integral implica levar em consideração a totalidade constitutiva dos indivíduos, ou seja, a complexidade de suas dimensões cognitivas, afetivas, corporais e sociais. No cotidiano não são concebidas atividades isoladas que respondam a uma ou outra destas características, mas considera-se a complexidade referida em toda e qualquer atividade realizada pelas crianças.

O trabalho educacional lida com valores, crenças, mitos e as representações sobre a própria relação do saber-fazer-ser educador e educando. Organizar e estimular situações de aprendizagem nas quais a saúde possa ser compreendida como direito de cidadania e um pressuposto ético, valorizando as ações voltadas para sua promoção, é inerente à escola. São múltiplas as faces do estar saudável ou estar doente, e, reconhecida essa complexidade, o educador lidará com as questões de saúde e de doença de maneira diferenciada.

Desenvolver ações educativas em saúde para escolares pode trazer muitos benefícios para o futuro, conduzindo à formação de comportamentos adequados em relação à saúde, valorização da saúde como um bem do indivíduo, ressaltando também suas responsabilidades nesse sentido (HILGERT, 2001).

Educadores em saúde e educação têm o compromisso de compartilhar seu conhecimento técnico específico, reconhecendo que os escolares e suas comunidades trazem suas experiências e um saber que deve ser levado em conta. Antes de propor mudanças na maneira de pensar e agir do outro, o educador deve repensar sobre suas próprias práticas, pois só assim provocará mudanças no outro (MS, 1997).

Hilgert (2001), afirma que a saúde frequentemente tem sido inserida como um dos objetivos gerais da educação, por isso os ensinamentos de saúde são enfatizados desde o nível primário de ensino, fundamentando-se

na realidade vivenciada. No início da sua vida escolar, a criança traz consigo a valoração dos comportamentos favoráveis e desfavoráveis à saúde, que são oriundos da família e outros grupos de relação mais direta. Na infância e adolescência, fases decisivas no desenvolvimento de condutas, o ambiente escolar assume um papel destacado devido à sua função social e sua potencialidade para o desenvolvimento de um trabalho sistematizado e contínuo. Por isso, deve a escola assumir explicitamente a responsabilidade pela educação em saúde, já que a conformação de atitudes estará fortemente associada a valores que o professor e toda comunidade escolar transmitirão inevitavelmente aos alunos durante o convívio escolar.

Cita ainda Hilgert (2001) que os valores que se expressam no ambiente escolar por meio de aspectos concretos como a qualidade da merenda, a existência de equipamentos para a higiene corporal e bucal, condições de higiene das dependências, as atividades propostas e a relação educador-aluno são apreendidos pelas crianças na sua vivência diária. O ensino de saúde tem sido um desafio para a educação no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida.

Segundo Valadão (2004), a expressão “saúde na escola” é utilizada para designar o campo que compreende concepções, diretrizes, programas, projetos e ações relacionados à saúde que acontecem no cenário da escola, sejam eles de natureza educativa, preventiva ou assistencial. Nesse campo, a “promoção da saúde na escola” corresponde a uma visão e a um conjunto de estratégias que tem como objetivo produzir repercussões positivas sobre a qualidade de vida e os determinantes da saúde dos membros da comunidade escolar. A escola, da mesma forma que todos os ambientes nos quais transcorre a vida, representa um cenário de promoção da saúde na medida em que as políticas educacionais que nela se concretizam têm implicações sobre o bem-estar individual e coletivo. De fato, das cinco áreas de ações prioritárias para a promoção da saúde, quatro se aplicam diretamente à escola: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes que deem suporte à saúde, fortalecimento da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais. A única exceção diz respeito à reorientação dos serviços de saúde. Assim, a escola de Ensino Fundamental passa a ser valorizada como um cenário privilegiado para a promoção da saúde.

Como um dos desdobramentos do movimento de promoção da saúde em todo mundo, a concepção de Escola Promotora de Saúde tomou forma e ganhou visibilidade como uma proposição integradora das práticas de saúde na escola. Essa formulação, englobando um conjunto articulado de pressupostos, definições e estratégias de ação, passou a ser amplamente

disseminada e aplicada com o apoio de organismos internacionais, o que se demonstra na construção de redes de escolas promotoras de saúde em diversos países da América Latina (VALADÃO, 2004).

De acordo com o parecer do Ministério da Educação, em 1997, a escola pôde assumir um papel destacado de educação em saúde, na construção de condutas e hábitos saudáveis, e os valores que o professor e toda comunidade escolar transmitem inevitavelmente aos alunos durante o convívio escolar estão associados fortemente a essa conformação de atitudes na relação professor-aluno e são apreendidos pelas crianças na sua vivência diária.

No aspecto das práticas educativas para escolares, Valadão (2004), concluiu que os projetos voltados para saúde na escola, na atualidade, são formulados de forma independente dos projetos pedagógicos e com tendência a se realizarem de modo descontínuo e pouco abrangente em relação às redes de ensino. Os múltiplos temas, ações e projetos buscam refletir uma clara intenção de ampliar a visão e a abordagem da saúde em suas relações com o ambiente e a qualidade de vida. Temas tradicionais da saúde escolar, como educação sanitária, aparecem com relevância menor que os ambientais, e são apenas citados como parte do trabalho realizado.

Nesse sentido, destacamos o papel da escola, que é uma das instituições basilares da sociedade, fundamental na realização do processo de educação em saúde dos alunos.

O saber educar em saúde, segundo Volschan e Soares (2002), necessita de conhecimentos das práticas preventivas em saúde. Este conhecimento não é inerente à maioria das pessoas nem é evidenciado nas formações de profissionais envolvidos com a criança na escola. No entanto, essa prática de prevenção em saúde deve ser utilizada por todos da área (educadores, nutricionistas, equipe de saúde bucal, inspetores sanitários). Tanto os profissionais da área de educação como os da saúde têm sobre seus ombros a responsabilidade desses conhecimentos.

Promover saúde é tocar nas diferentes dimensões humanas, é considerar a afetividade, a amorosidade, a capacidade criadora e a busca da felicidade como igualmente relevantes e indissociáveis das demais dimensões. Portanto, a promoção da saúde é vivencial e colada ao sentido de viver e aos saberes acumulados pela ciência, pelas tradições culturais e universais.

Esta metodologia de trabalho educativo propõe um espaço horizontal e democrático, que se realiza nas rodas de conversa, onde todos, crianças e adultos, aprendem a ouvir, argumentar, compreender e respeitar diferenças.

Criar momentos de debate sobre fatores desfavoráveis à saúde presentes na realidade dos espaços educativos, mobilizando projetos e ações, com relação à saúde individual e coletiva, considerando a saúde sob seus diferentes aspectos, é possível quando se favorece o desencadear do desejo de conhecer e utilizar os recursos da própria localidade voltados para a promoção da saúde e a atenção à doença. Uma rede de apoio, nas mais diferentes formas e instâncias, é fundamental para essa promoção.

Segundo Vasconcelos et al. (2001), a avaliação e a participação dos educadores preparados e comprometidos nesse processo de formação em saúde bucal na escola é muito favorável, apresentando-se como uma esperança e mais um caminho a ser utilizado para que alcançar a melhora nos índices de saúde e de higiene bucal da população.

Sheiham (2001) aponta que os profissionais da educação e da saúde necessitam praticar mudanças, que têm o dever ético de adotar um novo comportamento, voltado para a prevenção. A compreensão e adoção dos princípios da saúde bucal direcionados à prevenção devem ser consideradas tão essenciais quanto o conhecimento dos princípios clínicos básicos.

A saúde no sentido mais abrangente é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Faz-se necessário desenvolver nos estudantes em idade escolar e na comunidade a consciência crítica a respeito das causas dos problemas e, ao mesmo tempo, ensinar a criar condições para atuar no sentido de mudanças. A promoção da saúde na escola implica na participação dos profissionais da educação e da saúde e também da população como transformadores dessas realidades (BOURGET, 2005).

Em 2002, segundo Valadão (2004), um levantamento junto aos secretários de Educação de todo o Brasil mostrou que muitos projetos vinham sendo implantados em todos os sistemas estaduais de ensino, incluindo temas sociais no currículo escolar, mas sem serem formalizados com a concepção de Escola Promotora de Saúde. Esse mesmo autor observou que tais projetos ainda se realizavam de forma descontínua e pouco abrangente em relação às redes de ensino, não sendo eficientes para gerar efeitos de mudanças comportamentais.

Para cada escola foi atribuído um valor, usando o coeficiente do escore para cada componente descrito. O escore final foi obtido pelo resumo dos valores dos componentes, descritos pelo nível de suporte para a promoção da saúde. Agrupando as escolas pelo nível de suporte, um total de 13 escolas (39%) foram classificadas como suportivas e 20 escolas (60,6%) foram classificadas como não suportivas.

A autora cita que o desenvolvimento de atividades no currículo formal deve ser reforçado por vários outros elementos que envolvem uma escola promotora de saúde.

Os ambientes escolares são considerados estruturas apropriadas para a promoção da saúde da criança, desde que a escola possa fornecer um ambiente favorável para melhorar saúde, auto-estima, comportamentos e hábitos de vida (NUTBEAM⁴, apud MOYSÉS, 2003).

Segundo Moysés (2003), no estudo realizado em escolas de Curitiba, concluiu-se que crianças em escolas suportivas, inseridas num contexto em que são desenvolvidas atividades para a promoção da saúde, têm melhor saúde bucal do que crianças em escolas não suportivas. Quanto mais abrangente o currículo da escola, maior a possibilidade de a criança ficar livre de cárie e ter menos trauma dental.

Neste estudo, a autora (ibidem) classificou as escolas segundo os níveis de suporte, definidos pelos componentes relacionados a diferentes dimensões de atividades de promoção da saúde. Resumindo os valores obtidos para cada componente, foi construído um escore para expressar o suporte das escolas para a promoção da saúde.

Assim como outros aspectos ligados à saúde, a saúde bucal é determinada pela variedade de atividades associadas a relacionamentos, autoestima e oportunidade de tomar decisões saudáveis. Tudo isso faz parte do conceito de escola promotora de saúde.

Saúde Bucal

Segundo Petersen (2004), apesar dos avanços relacionados à saúde bucal nas últimas décadas, um grande número de pessoas em todo o mundo, especialmente as mais pobres, ainda são afetadas por problemas bucais como a cárie e doença periodontal.

Durante a infância, a cárie dentária é considerada a doença mais comum dentre as que não regridem espontaneamente nem são passíveis de cura por intervenções farmacológicas de curto prazo (VARGAS et al., 1998).

No Brasil, a cárie dentária acomete 27% das crianças entre 18 e 36 meses de idade, chegando a 59,4% aos cinco anos de idade. Entre as crianças de 12 anos de idade, 70% possuem pelo menos um dente permanente cariado e, entre os adolescentes de 15 a 19 anos, 90% apresentam a doença (MS, 2004). Os efeitos negativos da cárie dentária sobre a vida das crianças

4 Don Nutbeam. "Promoting Health and Preventing Disease". *Journal of Adolescent Health*, n. 20, pp. 396-402, 1997.

incluem: dificuldade de mastigar, diminuição do apetite, perda de peso, dificuldade para dormir, alteração no comportamento (irritabilidade e baixa autoestima) e diminuição do rendimento escolar (FILSTRUP et al., 2003).

A cárie dentária é uma doença crônica resultante da dissolução mineral do tecido dentário proveniente da produção de ácidos desenvolvidos por bactérias quando estas metabolizam carboidratos, em especial a sacarose, oriundos da dieta. Apesar da etiologia da cárie ser conhecida, muitos aspectos relativos ao papel dos fatores sociais e biológicos nos primeiros anos de vida continuam obscuros (HOROWITZ, 1998).

Outros problemas bucais, como os transtornos associados à erupção dentária, traumatismos dentários, as patologias dos tecidos moles da boca, as oclusopatias, as fissuras labiopalatais e a fluorose dentária afetam crianças com frequência variável. Entretanto, existe pouca informação a respeito das suas possíveis consequências funcionais, emocionais e sociais (CORTES et al., 2002; OLIVEIRA; SHEIHAM, 2004; MARQUES et al., 2006).

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010 (MS, 2011), concluída em dezembro desse mesmo ano pelo Ministério da Saúde, mesmo apresentando melhoras em relação ao Levantamento Nacional de 2003 (MS 2004), apontou que a cárie dentária continua sendo o principal problema de saúde bucal dos brasileiros. Na idade de 12 anos, utilizada mundialmente para avaliar a situação em crianças, a doença atingia 69% da população em 2003, diminuindo para 56% em 2010. O declínio de 13 pontos percentuais corresponde a uma diminuição de 19% na prevalência da enfermidade. O número médio de dentes atingidos por cárie também diminuiu nas crianças, era 2,8 em 2003 e caiu para 2,1 em 2010, uma redução de 25%.

Essa pesquisa nacional de saúde bucal, conhecida como *SB Brasil 2010*, analisou a situação da população brasileira com relação à cárie dentária, às doenças de gengiva, necessidades de próteses dentais, condições de oclusão (mordida) e ocorrência de dor de

dente, dentre outros aspectos, com o objetivo de proporcionar aos governos federal e municipal informações para o planejamento de programas preventivos e de assistência no setor.

Maltz e Silva (2001) estudaram escolares brasileiros de 12 anos de idade de redes particulares e públicas para determinar a relação entre cárie, gengivite, fluorose e nível socioeconômico. Observaram que os alunos da rede escolar pública apresentavam uma maior prevalência de doença cárie, sangramento gengival e uma menor frequência de fluorose dentária.

Em termos internacionais, o último estudo sobre a prevalência da doença bucal no mundo foi realizado pela OMS em 2004. Na ocasião, o

CPOD médio mundial aos 12 anos (dados de 188 países) foi de 1,6. Na região correspondente às Américas, a média ficou em 2,8 e na Europa, em 1,6. As regiões responsáveis pela alta média mundial são a África e o Sudeste Asiático, que apresentam valores médios altos, geralmente explicados pelo alto consumo de açúcares.

Comparando o Brasil com países de mesmo grau de desenvolvimento na Europa e na América, a média brasileira se situa num valor intermediário. Na América do Sul, apenas a Venezuela apresenta média de CPO aos 12 anos semelhante à brasileira (2,1). Os demais países possuem médias mais altas, como a Argentina (3,4), Colômbia (2,3), Paraguai (2,8), Bolívia (4,7) e Peru (3,7).

Segundo o estudo de Biazevic et al. (2008), que relaciona a prevalência das doenças bucais com a influência física e psicológica das circunstâncias agravantes nas vidas dos indivíduos, devem ser consideradas, levando em consideração seu estilo de vida, a possibilidade de se expressar, a capacidade de mastigar e a inserção social.

Batchelor, Sgan-Cohen e Sheiham (1991) afirmam que a cárie é um problema de saúde pública, de caráter sociopolítico. Só pode ser alcançado um duradouro e adequado controle da cárie dentária com políticas sociais de largo espectro, sob pena de se perder qualquer melhora circunstancial obtida com rígido controle programático preventivo. A crítica à ênfase no estilo de vida individual como causa e solução dos problemas de saúde é particularmente pertinente à odontologia, tendo em vista que muitos formuladores de políticas para a saúde bucal culpam as pessoas pelas doenças que elas desenvolvem. Muitas vezes são necessárias, previamente, mudanças socioeconômicas mais profundas para a mudança desses estilos de vida ou comportamentos individuais.

Segundo Moysés (2000), o argumento de que desigualdade em saúde reflete privação material, política ou cultural é uma posição sociológica. O pesquisador afirma que saúde é um produto de forças sociais, assumindo-a como uma propriedade do ambiente social e da relação que o indivíduo mantém com este. Argumentos dessa abordagem seriam, por exemplo, que saúde bucal é influenciada claramente pelas condições da qualidade de vida. Somando-se todas as evidências que progressivamente se acumulam em epidemiologia oral, parece pertinente afirmar que os diferenciais em saúde bucal são expressões biológicas de fatores sociais que estão colocados numa hierarquia explicativa muito superior – embora distantes em termos de mecanismos causais sequenciados do nível macro (sociedade) para o nível meso (indivíduo) e o nível micro (célula). Cárie dental também é uma expressão da “biologia da desigualdade”.

Considerando que o marco teórico da odontologia fundamenta sua prática apenas nos aspectos biológicos e individuais e que a saúde bucal coletiva entende a saúde como um fenômeno social, tal substituição revela uma intenção de alargamento, incluindo, a partir dos pressupostos do campo da Saúde Coletiva, determinantes sociais complexos, até então desconsiderados (NARVAI, 2002).

Segundo o Módulo Político de Assistência Odontológica do Sesc (2011a), esta estratégia diferenciada de atenção à saúde bucal, embora englobe em seus pressupostos os aspectos biológicos e individuais da prática, enfatiza a dimensão sociopolítica do processo saúde-doença bucal.

Tal destaque implica a adoção de um sentido ampliado de saúde que, voltado para o campo da qualidade de vida e do bem-estar, condiciona o alcance da ação do Estado ao atendimento de um conjunto de necessidades básicas (moradia, alimentação, transporte, educação, renda, saneamento básico, trabalho, lazer e acesso a bens e serviços essenciais), sem os quais, mesmo na ausência de doenças, tornar-se-ia impossível viver de forma saudável.

Subjaz a esse conceito o reconhecimento claro da forte implicação dos determinantes do processo saúde-doença com o poder público e outros campos do saber que não o da saúde.

A ênfase nos determinantes sociais sugerida pela Saúde Bucal Coletiva apoia-se, fundamentalmente, na construção de um processo educativo participativo e transformador da realidade, que, para além da observância de estilos saudáveis de vida, considere a necessidade urgente de promover e estimular a elaboração de políticas públicas saudáveis, capazes de intervir positivamente no contexto socioeconômico da clientela atendida.

Caso contrário, correr-se-ia o risco de cair num fenômeno conhecido como “culpabilização da vítima” (VALLA, 1998), em que a justificativa para o não cumprimento das orientações, embora intimamente relacionada à falta de investimentos na infraestrutura dos serviços públicos básicos, recairia sobre a população, responsabilizando-a por suas necessidades sempre crescentes.

Romper essa lógica exige a participação efetiva da clientela, ora como objeto da prática, ora como sujeito. Essa dupla implicação remete às transformações individuais e coletivas pretendidas pela Educação e referidas aos campos da Promoção da Saúde, quais sejam: políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. Segundo Biato (2005), a luta por políticas públicas saudáveis e o reforço da ação comunitária seriam o núcleo dessa estratégia, sendo

as ações de educação para a saúde um elemento fundamental para seu desenvolvimento.

Qualidade de Vida

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, principalmente quando pautada pelo grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e pela própria estética existencial (MINAYO et al., 2000).

Podemos entender que qualidade de vida engloba uma variedade de condições do indivíduo. As condições externas oferecem predisposição para ter uma vida de qualidade, mas não são o fator determinante. A qualidade de vida é, fundamentalmente, definida pelo próprio indivíduo, como uma experiência interna de satisfação e bem-estar com seu processo de vida (SEIDL; ZANNON, 2004).

Mesmo que nos estudos clássicos a expressão de referência não seja qualidade de vida, mas condições de vida, há sem dúvida um vínculo direto entre as duas que ganha força nas últimas décadas e tem no conceito de promoção da saúde sua estratégia central (MINAYO et al., 2000).

Desde então, o conceito de promoção da saúde integra as principais tentativas de se produzir um campo de práticas e conhecimentos sobre a saúde enquanto noção positiva, sem referência à doença.

Saúde não apenas como ausência de doença, mas como qualidade de vida e bem-estar. A importância dessas noções faz com que elas se estendam à prática médica, cujos padrões de excelência atual devem incluir, para além do diagnóstico e terapêutica, a preocupação com a qualidade de vida dos pacientes. Mas é, de fato, no terreno da Saúde Coletiva que a noção de qualidade de vida adquire o sentido que nos interessa, qual seja, o daquele mínimo de condições de vida para que as potencialidades humanas possam se desenvolver ao máximo (MINAYO et al., 2000).

Não é uma noção simples e possui vários aspectos problemáticos. Por um lado, existe a preocupação em mensurá-la. Por outro, é uma ideia marcada pelo relativismo cultural. No entanto, mesmo que se considere todos os elementos da subjetividade e incorporação cultural que impregnam essa noção, admite-se que existem alguns parâmetros materiais universais de qualidade de vida, um padrão mínimo relacionado à satisfação das necessidades mais básicas da vida humana: alimentação, água potável, habitação, trabalho, educação, saúde, lazer etc.

A OMS realizou um estudo multicêntrico para elaborar um instrumento que avaliasse a qualidade de vida numa perspectiva internacional e transcultural. A qualidade de vida foi então definida como a percepção

do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores no qual ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (SANTOS et al., 2005).

A partir desses elementos, a qualidade de vida se torna passível de mensuração e comparação, mas sem levar em conta a permanente necessidade de relativizá-la culturalmente no tempo e no espaço.

Há outros indicadores para avaliar a qualidade de vida combinando outros elementos para sua medida, mas talvez o exemplo mais popular de um indicador quantitativo de qualidade de vida seja o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). É um indicador que pressupõe que renda, saúde e educação sejam os três elementos fundamentais para a qualidade de vida de uma população.

Assim, ainda que os índices de qualidade de vida busquem atribuir valores humanos às concepções econômicas sobre o desenvolvimento, eles também acabam contribuindo para manter a discussão sobre qualidade de vida presa a uma racionalidade estritamente econômica.

No fundo, os “índices de desenvolvimento humano” contradizem a essência daquilo que pretendem medir, se entendermos que “desenvolvimento é um processo mais amplo que o mero aumento da promoção, melhoria de produção e de índices” (MINAYO et al, 2000, p. 11).

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal é multidimensional. Historicamente, a saúde bucal vem sendo avaliada por meio de critérios exclusivamente clínicos, os quais não permitem a determinação do real impacto dos problemas bucais na vida dos indivíduos (LOCKER et al., 2002). A necessidade de determinar a repercussão integral de alterações presentes na cavidade bucal levou ao desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal, utilizados com frequência cada vez maior em pesquisas odontológicas (JOKOVIC et al., 2002).

Na odontologia também ocorreu uma proliferação de instrumentos com a intenção de relacionar a qualidade de vida com a saúde bucal. A primeira definição para saúde bucal centrava-se no funcionamento da cavidade oral em relação com a pessoa como um todo e com sintomas subjetivos como dor e desconforto. O foco não é mais a cavidade propriamente dita, mas o indivíduo e suas disfunções orais, doenças, condições de tratar a saúde, bem-estar e qualidade de vida. Relacionada à saúde bucal, a qualidade de vida foi definida em termos relativamente simples: em que medida os transtornos bucais afetam, ou não, o bem-estar e as funções psicossociais (LOCKER; ALLEN, 2007).

Índices de qualidade de vida relacionados à saúde bucal em crianças permaneceram por muito tempo desconhecidos, sendo objeto de estudo de instrumentos desenvolvidos mais recentemente (JOKOVIC et al., 2002, 2003; GHERUNPONG et al., 2004; BRODER et al., 2007; PAHEL et al., 2007).

Diversos autores têm adaptado e aplicado instrumentos de avaliação desenvolvidos para adultos em crianças e adolescentes. No entanto, há um esforço para o desenvolvimento de índices específicos para as necessidades dessa população mais jovem. Uma das medidas desenvolvidas especificamente para crianças é o Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho das Atividades Diárias da Criança (OIDP-Infantil). Este índice foi desenvolvido na Inglaterra, validado na Tailândia e mais recentemente em outros países, como o Brasil, e suas propriedades psicométricas têm sido pesquisadas em vários países de diferentes culturas e linguagens.

Este índice tem aplicação em saúde pública para a pesquisa das necessidades de saúde bucal e pode ser um indicador de avaliação de seus programas.

Em estudo realizado no Brasil para pesquisar a viabilidade e validar o OIDP-Infantil, participaram 342 crianças de diferentes escolas públicas, sendo duas no Rio de Janeiro e duas em Belo Horizonte, com idade entre 11 e 14 anos (CASTRO et al., 2008).

A prevalência de impactos observada no Brasil (80,7%) pode ser comparada com a de outros países em que o índice foi adaptado e aplicado, tais como: Tailândia (89,8%), França (73,2%), Peru (82%), (GHERUNPONG et al., 2004; TSAKOS et al., 2005; BERNABÉ et al., 2007). No entanto, foi maior que na Inglaterra (40,4%) e Tanzânia (28,6%) (YUSUF et al., 2006; MTAYA et al., 2007).

O impacto de maior frequência foi verificado na alimentação, com 59,4% relatando incômodo ao comer, seguido da alteração do estado emocional, com 33,6%; higiene bucal, 33,3% e ao sorrir, com 21,3%, enquanto o menor impacto foi durante os estudos, com 6,7% (CASTRO et al., 2008).

Em relação aos impactos odontológicos mais prevalentes, os mais afetados no Brasil foram na alimentação e no estado emocional, enquanto na França e na Inglaterra, a maior queixa foi na higiene bucal. O impacto na alimentação foi o mais importante em todos os estudos que utilizaram o OIDP-Infantil. Levando em consideração os problemas bucais percebidos, dentes sensíveis e alteração de cor foram as queixas mais comuns relatadas pelas crianças brasileiras, enquanto na França foram a posição do dente e feridas.

O mesmo estudo concluiu que este índice pode ser aplicado em crianças brasileiras para avaliar a saúde bucal relacionada com a qualidade de vida.

O tema qualidade de vida é importante por incluir uma problemática que envolve a vida e as condições em que ela ocorre, e por gerar um campo de discussão sobre que tipo de vida idealizamos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o melhor entendimento dos determinantes do processo de saúde-doença, partindo do pressuposto de que a saúde é influenciada por fatores sociais, é fundamental entender a participação da estrutura educativa no desenvolvimento das crianças.

Ao analisar o conceito sobre os determinantes sociais na condição de saúde valorizando somente os aspectos biológicos, deixando de lado os outros aspectos atualmente valorizados para efetivar a promoção de saúde, os serviços não apresentariam um resultado satisfatório (MOYSÉS, 2000; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Tendo como pressuposto que um programa socioeducativo de uma organização social como um sistema composto por partes articuladas, que proporciona a associação entre indivíduos com relações de solidariedade e confiança, conduz ao desenvolvimento saudável, mais suportivo, e sugere a formação de capital social, sua ação encontra-se em conformidade ao conceito definido por alguns autores (PATTUSSI, 2006; PATTUSSI et al., 2006; VASCONCELOS et al., 2001) e reforçado pelo estudo de Moysés (2003). Todos concluíram que crianças em escolas mais suportivas, inseridas num contexto em que são desenvolvidas atividades para a promoção da saúde, têm melhor saúde bucal do que crianças em escolas não suportivas.

Reforçando o conceito citado, os ambientes escolares são considerados estruturas apropriadas para a promoção da saúde da criança, desde que possam fornecer um ambiente favorável para o fortalecimento da autoestima e a promoção de comportamentos e hábitos de vida saudáveis (VALADÃO, 2004; MOYSÉS, 2003; HILGERT, 2001; COSTA; FUSCELLA, 1999; PELLICIONI; TORRES, 1999; AL-TAMIMI; PETERSEN, 1998; MEC, 1997).

Considerando ainda que a participação em atividades e a possibilidade de troca de saberes são fatores que reduzem a exclusão social e aprimoram o padrão de vida comunitária, gerando uma sociedade com mais saúde, como descrito por Souza e Grundy (2004) e Ministério da Saúde (2002b), tal abordagem coincide com o resultado dos estudos realizados

pelo Sesc (2011b), os quais indicam que o maior interesse em participar do programa (67%) é a possibilidade de sociabilização, seguido da prática de atividades físicas e lazer (47%), fato este também encontrado no estudo de Barra (2001).

Considerando-se o conceito ampliado de saúde, na perspectiva de entender a questão para além da situação bucal biológica, valorizando os estilos de vida, pessoal e comunitário, passando pela compreensão dos aspectos sociais e econômicos para atingir mudanças significantes na condição de saúde, tal como relatado por Moysés (2006) e Sesc (2011a), verifica-se que esses fatores se refletem nos dados dos últimos levantamentos de saúde bucal do Brasil (MS 2004, 2011), em que as questões relacionadas à doença, principalmente a cárie, ainda prevalecem nas populações estudadas.

De acordo como os levantamentos de saúde bucal do Ministério da Saúde (2004, 2011), esses critérios exclusivamente clínicos, baseados no índice denominado CPO (dentes cariados, perdidos e obturados) para avaliação da saúde bucal, são importantes, mas, segundo Locker et al. (2002) e Jokovic et al. (2002), não permitem a determinação do real impacto dos problemas bucais na vida dos indivíduos.

Embora Niv e Kreitler (2001) avaliem a qualidade de vida como sendo subjetiva, fenomenológica, multidimensional e dinâmica, ela pode ser quantificável, como apontam Jokovic et al. (2002). Muitos instrumentos para avaliação da qualidade de vida foram desenvolvidos e vêm sendo utilizados com frequência cada vez maior em pesquisas odontológicas para determinar a repercussão integral de alterações presentes na cavidade bucal.

Alguns índices de qualidade de vida aplicáveis à saúde bucal em crianças têm sido objeto de estudo (JOKOVIC et al., 2002, 2003; GHERUNPONG et al., 2004; BRODER et al., 2007; PAHEL et al., 2007), sendo uma das medidas desenvolvidas especificamente para a criança é o OIDP-Infantil.

Com relação aos impactos bucais relacionados à qualidade de vida segundo esse índice, a prevalência observada no Brasil (80,7%) pode ser comparada com a de outros países em que o OIDP-Infantil foi adaptado e aplicado (GHERUNPONG et al., 2004; TSAKOS et al., 2005; BERNABÉ et al., 2007).

Segundo os estudos de Vasconcelos et al. (2001), Pellicioni e Torres (1999) e Al-Tamimi e Petersen (1998), o envolvimento dos educadores no processo de formação de hábitos saudáveis durante as atividades do ambiente escolar, ou mesmo de um programa socioeducativo, é de suma importância para o desenvolvimento das crianças participantes com saúde e qualidade de vida.

No que se refere ao entendimento da relação da saúde bucal do educador com a da criança, a falta de conhecimento por parte deste grupo reforça a ideia apresentada por alguns autores com relação ao desenvolvimento dos educadores para a participação no processo educativo (FRAGA, 1999; VOLSCHAN; SOARES, 2002; MOYSÉS, 2003; SESC, 2011a).

O entendimento da necessidade da divisão de tarefas e de trabalho conjunto no processo educativo, da importância da participação do técnico e, como sugerem alguns autores, a inclusão da saúde no projeto pedagógico facilitaria a divisão de papéis e daria mais condições ao educador para desenvolver os assuntos relativos à questão, dentro dos domínios do ambiente educativo (SHEIHAM, 2001; VALADÃO, 2004; SESC, 2011a).

Em estudo realizado por Moysés (2003), as escolas foram classificadas como suportivas ou não suportivas, e a partir dessa classificação foi avaliada a influência da escola na saúde bucal das crianças, classificando-se as unidades conforme seu maior ou menor capital social.

Alguns autores apontam que as alterações bucais ocasionadas pelos efeitos negativos da cárie, das maloclusões ou algum trauma dental podem desenvolver situações de desconforto ou dor na vida das crianças, gerando dificuldade de mastigar, diminuição do apetite, dificuldade para dormir, perda de peso, alterações no comportamento (irritabilidade e baixa auto-estima) e até baixo rendimento escolar, reforçando a importância de medidas preventivas e curativas no intuito de minimizar o sofrimento destas crianças (FILSTRUP et al., 2003).

A análise partiu do princípio de que o impacto bucal afeta o funcionamento do organismo, comprometendo o bem-estar dos indivíduos, no aspecto funcional e psicológico, e afetando a qualidade de vida (LOCKER; ALLEN, 2007).

Seguindo a mesma hipótese, a autora (MOYSÉS, 2003), concluiu que crianças vinculadas a escolas com uma estrutura suportiva têm melhor saúde bucal. Quanto mais abrangente o currículo da escola, maior a possibilidade de a criança promover saúde bucal no ambiente escolar.

Entendendo que os ambientes escolares são suportivos, como estruturas apropriadas para a promoção da saúde da criança, desde que ofereçam um espaço favorável para seu desenvolvimento pessoal, seu comportamento e seus hábitos de vida, o programa socioeducativo mencionado, apesar de ter uma proposta mais abrangente, também possui esta capacidade.

As ações oferecidas pelo mesmo programa promovem um espaço de convivência e troca de experiências que estimulam o protagonismo durante a participação nas suas diversas atividades educativas e culturais.

Em alguns grupos, além da participação permanente nas atividades ofertadas, com o propósito do desenvolvimento com hábitos saudáveis, as crianças têm a possibilidade de passar por atendimento clínico odontológico, como suporte e garantia de melhores condições para seu desenvolvimento com mais saúde.

Toma-se, portanto, a “lógica positiva” do capital social, entendendo que sua aplicação traz como principais benefícios subjacentes ampliar o controle social, fortalecendo o poder comunitário, e contribuir para a formação de sujeitos mais autônomos. Tudo sobre a premissa de que investimentos em saúde são um meio efetivo de promover o crescimento da sociedade.

Assim, podemos considerar que outros estudos podem ser realizados, com análises longitudinais, contando com a participação de outras populações, para obter novos dados de comparação, a fim de aprofundar a relação entre qualidade de vida e saúde bucal.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, Naomar et al. “Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995)”. *American Journal of Public Health, Washington DC*, v. 93, n. 12, pp. 2.037-43, dez. 2003.
- AL-TAMIMI, Suliman; PETERSEN, Poul E. “Oral health situation of schoolchildren, mothers and schoolteachers in Saudi Arabia”. *International Dentistry Journal, Londres*, v. 48, n. 3, pp. 180-86, 1998.
- BARRA, Lilia M. *Lazer infantil e projeto Curumim no Sesc Taubaté*. Monografia (Especialização em Gerência Empresarial) – Universidade de Taubaté, Taubaté, 2001.
- BARRADAS BARATA, Rita de C. “Epidemiologia Social”. *Revista Brasileira de Epidemiologia, Rio de Janeiro*, v. 8, n. 1, pp. 7-17, 2005.
- BASTOS, Francisco Avelar; SANTOS, Everton; TOVO, Maximiliano Ferreira. “Capital Social e Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil”. *Saúde e Sociedade, São Paulo*, v. 18, n. supl. 2, pp. 177-88, 2009.
- BASTOS, José R. Magalhães; SALES-PERES, Sílvia H. Carvalho; RAMIRES, Irene. “Educação para a saúde”. In: PEREIRA, A. C. (org.). *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003, pp. 117-39.
- BATCHELOR, Paul; SGAN-COHEN, Harold; SHEIHAM, Aubrey. “Strategies for preventing dental caries”. *Israel Journal of Dental Sciences*, [s.l.], v. 2, n. 4, pp. 254-70, maio 1991.
- BERNABÉ, Eduardo; TSAKOS, Georgios; SHEIHAM, Aubrey: “Intensity and extent of oral impacts on daily performances by type of self-perceived oral problems”. *European Journal of Oral Sciences*, [s.l.], v. 115, n. 2, pp. 111-6, abr. 2007.

- BIATO, Felícia F. Maciel. *Do consultório às ruas: o caminho percorrido pelo Serviço Odontológico do Sesc*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2005.
- BIAZEVIC, Maria G. Haye et al. “Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents”. *Brazilian Oral Research*, São Paulo, v. 22, n. 1, pp. 36-42, jan.-mar. 2008.
- BOURDIEU, Pierre. “Le capital social: Notes provisoires”. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Paris, n. 31, pp. 2-3, jan. 1980.
- BOURGET, Monique M. Marthe. *O que é saúde x doença: Programa de Saúde da Família*. Manual para o Curso Introdutório. São Paulo: Martinari, 2005.
- BRODER, Hillary L.; MCGRATH, Colman; CISNEROS, George J. “Questionnaire development: Face validity and item impact testing of the Child Oral Health Impact Profile”. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, [s.l.], v. 35, supl. 1, pp. 8-19, ago. 2007.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. “A saúde e seus determinantes sociais”. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, pp. 77-93, jan.-abr. 2007.
- CASTRO, Rodolfo de Almeida M. et al. “Child-OIDP index in Brazil: Cross-cultural adaptation and validation”. *Health and Quality of Life Outcomes*, [s.l.], v. 6, n. 68, pp. 1-8, set. 2008.
- CHAVES, Mário M. “Educação em Odontologia”. In: _____. *Odontologia Social*, 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986, pp. 359-60.
- COLEMAN, James S. “Social capital in the creation of human capital”. *American Journal of Sociology*, Chicago v. 94 (supl.), pp. 95-120, 1988.
- CORTES, Maria I. de Souza, MARCENES, Wagner, SHEIHAM, Aubrey. “Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-14-year-old children”. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, [s.l.], v. 30, n. 3, pp. 193-8, jun. 2002.
- COSTA, Iris C. Clara; FUSCELLA, Maria A. Pimentel. “Educação e saúde: importância da integração dessas práticas na simplificação do saber”. *Ação Coletiva*, Brasília, v. 2, n. 3, pp. 45-7, 1999.
- FILSTRUP, Sara L. et al. “Early childhood caries and quality of life: Child and parent perspectives”. *Pediatric Dentistry*, Chicago, v. 25, n. 5, pp. 431-40, set-out. 2003.
- FRAGA, R. C. et al. “Promoção e manutenção da saúde bucal, comparação de comportamento quanto a hábitos de higiene bucal, entre escolares da rede pública, projetos de extramuros de curso de odontologia da USC-Bauru-SP”. *Ação Coletiva*, Brasília, v. 2, n. 2, pp. 39-43, 1999.
- GHERUNPONG, Sudaduang; TSAKOS, Georgios; SHEIHAM, Aubrey. “Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children: The Child-OIDP”. *Community Dental Health*, [s.l.], v. 21, n. 2, pp. 161-9, jun. 2004.

- HILGERT, Elisiane Cardoso. *Educação em saúde bucal no ensino fundamental em escolas de Porto Alegre*. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.
- HOROWITZ, Herschel S. “Research issues in early childhood caries”. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, [s.l.], v. 16, n. 1, pp. 67-81, out. 1998.
- JOKOVIC, Aleksandra et al. “Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life”. *Journal of Dental Research*, [s.l.], v. 81, n. 7, pp. 459-63, jul. 2002.
- _____; LOCKER, David; THOMPSON, Bryan; GUYATT, Gordon. “Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight-to ten-year-old children”. *Pediatric Dentistry*, Chicago, v. 26, n. 6, pp. 512-8, nov. 2003.
- LABRA, María E. “Capital social y consejos de salud en Brasil: ¿Un círculo virtuoso?”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18 (supl.), pp. 47-55, 2002.
- LOCKER, David et al. “Family impact of child oral and oro-facial conditions”. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, [s.l.], v. 30, n. 6, pp. 438-48, nov. 2002.
- _____; ALLEN, Patrick F. “What do measures of ‘oral health-related quality of life’ measure?”. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, [s.l.], v. 35, n. 6, pp. 401-11, dez. 2007.
- MALTZ, Marisa; SILVA, Berenice B. “Relação entre cárie, gengivite e fluorose e nível socioeconômico em escolares”. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 2, pp. 170-6, abr. 2001.
- MANFREDINI, Marco Antonio. *Saúde bucal na perspectiva de usuários do Sistema Único de Saúde na cidade de São Paulo no início do século XXI*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- MARQUES, Leandro Silva; RAMOS-JORGE, Maria L.; PAIVA, Saul; PORDEUS, Isabela A. “Malocclusion: Esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren”. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, [s.l.], v. 129, n. 3, pp. 424-7, abr. 2006.
- MENDES, Leila G. Amorim; BIAZEVIC, Maria G. Haye, MICHEL-CROSATO, Edgar M., MENDES, Maria O. Amorim. “Dental caries and associated factors: a longitudinal study”. *Brazilian Journal of Oral Sciences*, [s.l.], v. 7, n. 26, pp. 1.614-9, jul.-set. 2008.
- MINAYO, Maria C. de Souza; HARTZ, Zulmira M. de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. “Qualidade de vida e saúde: um debate necessário”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, pp. 7-18, dez. 2000.

- MEC – Ministério da Educação. Secretaria da Educação Fundamental. *Parâmetros Curriculares Nacionais: primeiro e segundo ciclos*. Brasília: MEC SEF, 1997.
- MS – Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- _____. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002(a).
- _____. “Projeto de Promoção da Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar”. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 2, pp. 533-5, 2002(b).
- _____. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. *Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira 2010. Resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- MOYSÉS, Samuel Jorge. “Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza”. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva*, Florianópolis, v. 1, n. 1, pp. 7-17, 2000.
- MOYSÉS, Simone Tetu. *The impact of health promoting policies in schools on oral health in Curitiba, Brazil*. Tese (PhD em Epidemiologia e Saúde Pública), University College London, Londres, 1999.
- _____; MOYSÉS, Samuel J.; WATT, Richard G.; SHEIHAM, Aubrey. “Associations between health promoting schools’ policies and indicators of oral health in Brazil”. *Health Promotion International*, Oxford, v. 18, n. 3, pp. 209-18, set. 2003.
- MTAYA, Matilda; ÅSTRØM, Anne N.; TSAKOS, Georgios. “Applicability of an abbreviated version of the Child-OIDP inventory among primary schoolchildren in Tanzania”. *Health and Quality of Life Outcomes*, [s.l.], v. 5, n. 40, [s.p.], fev. 2007.
- NARVAI, Paulo Capel. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Santos, 2002.
- NIV, David; KREITLER, Shulamith. “Pain and quality of life”. *Pain practice*, [s.l.], n. 2, pp. 150-61, dez. 2001.
- OLIVEIRA, Cesar; SHEIHAM, Aubrey. “Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in Brazilian Adolescents”. *Journal of Orthodontic*, Londres, v. 31, n. 1, pp. 20-7, mar. 2004.
- PAHEL, Bhavna T.; ROZIER, R. Gary; SLADE, Gary D. “Parental perceptions of children’s oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS)”. *Health and Quality of Life Outcomes*, [s.l.], v. 30, n. 6, [s.p.], 2007.
- PATTUSSI, Marcos Paschoal et al. “Capital Social e a agenda de pesquisa em Epidemiologia”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, pp. 1.525-46, ago. 2006.

- _____; HARDY, Rebecca; SHEIHAM, Aubrey. “Neighborhood social capital and dental injuries in Brazilian adolescents”. *American Journal of Public Health*, Washington DC, v. 96, n. 8, pp. 1.525-46, 2006.
- PELICIONI, Maria C. Focesi; TORRES, André L. *A escola promotora de saúde*. Série monográfica do Departamento de Prática de Saúde Pública, Eixo Promoção de Saúde, 12. São Paulo: FSP-USP, 1999.
- PEREIRA, Antonio Carlos (org.). *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003, pp. 117-39.
- PETERSEN, Poul Erik. “The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme”. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, [s.l.], v. 31, supl. 1, pp. 3-23, jan. 2004.
- PUTNAM, Robert D. *Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: FGV, 2005.
- SANTOS, Vera. L. C. de Gouveia et al. “Adaptação transcultural do Pressure Ulcer Scale For Healing (PUSH) para a língua portuguesa”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, pp. 305-13, maio-jun. 2005.
- SEIDL, Eliane M. Fleury; ZANNON, Célia M. L. da Costa. “Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, pp. 580-8, abr. 2004.
- SESC. *Modelo assistência odontológica: modulo político*. Rio de Janeiro: Sesc, Departamento Nacional, 2011(a).
- _____. *Relatório de Realizações: Programa Curumim*. São Paulo: Sesc, 2011(b).
- SHEIHAM, Aubrey. “Strategies for promoting oral health care”. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva*, Florianópolis, v. 2, n. 1, pp. 7-24, 2001.
- SOUZA, Elza M. de; GRUNDY, Emily. “Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, pp. 1.354-60, 2004.
- TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. “As dimensões da produção do comum e a saúde”. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, supl. 1, pp. 27-43, abr. 2015.
- TSAKOS, Georgios et al. “Validation of a French version of Child-OIDP index”. *European Journal of Oral Sciences*, [s.l.], v. 113, n. 5, pp. 355-62, nov. 2005.
- VALADÃO, Marina Marcos. *Saúde na escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- VALLA, Victor.V. “Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, pp. 7-18, 1998.

- VARGAS, Clemencia M.; CRALL, James J.; SCHNEIDER, Donald A. “Sociodemographic distribution of pediatric dental caries: NHANES III, 1988-1994”. *Journal of American Dental Association*, [s.l.], v. 129, n. 9, pp. 1.229-38, set. 1998.
- VASCONCELOS, Raquel; DA MATTA, Maria L.; PORDEUS, Isabela A.; PAIVA, Saul. “Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil”. *Revista da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos*, São José dos Campos, v. 4, n. 3, pp. 43-8, set.-dez. 2001.
- VOLSCHAN, Bartira C. Gonçalves; SOARES, Eduardo L. “Educação em Saúde”. *Revista da Aboprev*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, pp. 27-32, 2002.
- WHITEHEAD, Margaret (ed.). *The Concepts and Principles of Equity and Health*. EUR/ICP/RPD 414.7734r. Genebra: WHO, 2000.
- YUSUF, Huda; GHERUNPONG, Sudaduang; SHEIHAM, Aubrey; TSAKOS, Georgios. “Validation of an English version of the Child-OIDP index: An oral health-related quality life measure for children”. *Health and Quality of Life Outcomes*, [s.l.], v. 4, n. 38, fev. 2006.