
INTRODUÇÃO

Odontoeducação é um neologismo criado para expressar a proposta multidisciplinar do Projeto Casinha de Pérolas Brancas, que vem sendo desenvolvida em Brasília desde 1994. A proposta está embasada em pesquisas iniciadas em 1984, no âmbito da Odontopediatria, primeiramente com o apoio da Psicologia e, depois com o da Pedagogia.

A proposta de Odontoeducação visa, em nível macro, a disseminação de informações referentes à saúde bucal e sua importância para o ser humano, do ponto de vista físico, econômico-social e emocional.

A Odontoeducação é um Projeto inédito e ousado que vem ao encontro da população infantil, carente não só economicamente como de informações educativa, trazendo um aprendizado fundamental às suas vidas, que é a saúde bucal.

Em nível micro procura atender as necessidades individuais da criança, do adolescente e de seus familiares em termos de informações sobre a saúde bucal, a instalação de hábitos adequados de higiene e alimentação e a prevenção da cárie e de outras doenças de ordem sistêmica.

Assim, o Projeto tem por finalidade atuar de forma complementar na educação da criança e do adolescente, mediante a divulgação de novos conceitos e processos que conduzam a uma adequada higiene bucal. Ele foi pensado para propiciar à população infanto-juvenil – carente de informações específicas, um

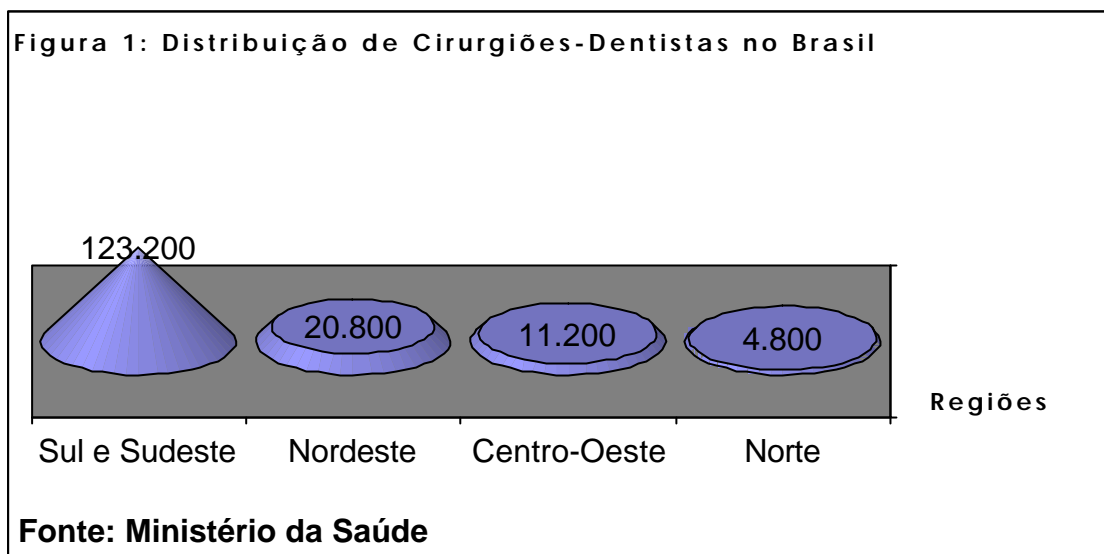
aprendizado fundamental em suas vidas, garantindo uma saúde bucal sem traumas.

Os conhecimentos adquiridos dentro do Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, certamente, permitiram não só a sistematização das experiências como contribuíram para enriquecer os fundamentos pedagógicos e psicológicos do projeto. Sua ambiência enquanto produto de conhecimento acadêmico aponta, ainda, para uma maior aproximação entre Universidade e Comunidade, permitindo que os conhecimentos produzidos contribuam para uma melhor qualidade de vida dos cidadãos.

1.1 Justificativa

1.1.1 A situação atual da saúde bucal no Brasil.

O Brasil ostenta um dos maiores índices da doença cárie do mundo, muito embora conte com um elevado número de profissionais, hoje 160.000 (cento e sessenta mil) cirurgiões - dentistas, na sua grande maioria centrada nas regiões Sul e Sudeste 77%, na região Nordeste 13%, na região Centro-Oeste 7% e na região Norte 3%. Devido a esta má distribuição, não estamos conseguindo reduções da doença cárie nos níveis mínimos aceitáveis, apesar da obrigatoriedade legal de fluoretação de águas de abastecimento público (somente 42% da população brasileira recebe água fluoretada), das eventuais campanhas de distribuição de pasta e escovas de dente e também, da aplicação tópica de flúor nas escolas.



O Ministério da Saúde, publicou um relatório indicando que entre nossas crianças, na faixa de prevalência de 07 a 14 anos, o índice de dentes cariados, perdidos, obturados (CPOD) é ainda elevado, situando-se na transição entre 6.67 e 3.06, referente ao CPOD aos 12 anos. Objetiva-se a redução destes índices, buscando uma aproximação das metas referendadas pela OMS, para o ano 2010 que é de 1.0 aos 12 anos de idade. Esta meta, certamente, será inatingível, caso não modifiquemos o curso do caminho pelo qual trilhamos, que se mostrou, até aqui, inadequado e de custo elevado.

Todos os estudos de custo/benefício enfocando educação/prevenção *versus* curativo concluem que a cada R\$1,18 investido em ação educativa/ preventiva produz-se uma economia de R\$7,42 em média. Caso houvesse uma orientação política efetiva nesse sentido, certamente estaríamos nos mesmos índices dos países mais desenvolvidos do mundo.

Ao ingressarmos no terceiro milênio custa-nos acreditar que, a despeito das imensas evoluções científicas em constante acontecimento, a prevenção em saúde bucal seja pouco valorizada no Brasil. Em 1.999 o Sistema Único de Saúde (SUS), investiu na prevenção cerca de R\$83 milhões para uma

cobertura populacional de 19% dos escolares de 5 a 14 anos. Em contrapartida investiu cerca de R\$ 180 milhões para o atendimento curativo; o que vem nos mostrar o baixo comprometimento por parte do poder público, na prevenção.

A população é absolutamente carente de informações dos seus direitos de cidadania, ignorando que a saúde é um direito legal do cidadão. Para que se dê a conscientização é necessário a aquisição de conhecimentos básicos, tais como o fato de que as doenças infecciosas bucais não se limitam a produzir lesões nas estruturas da boca, mas podem favorecer outros danos de ordem sistêmica tais como: abscessos cerebrais; meningites crônicas e agudas; miocardites e endocardites bacterianas; infarto agudo do miocárdio; doenças infecciosas oculares e de pele; tétano e muitas outras. Esses males vêm acontecendo silenciosamente há décadas. Distante da informação, a população sequer pode avaliar o quanto as infecções bucais representam em termos de riscos letais, como é demonstrado pelo fato de que 45% das endocardites são de origens bucais, segundo estudo realizado pelo INCOR.

Os poucos programas para educação de saúde bucal existentes são aplicados a partir dos sete anos de idade, os quais utilizam recursos anacrônicos que não mais atendem à visão do homem, desprezando a faixa dos três a seis anos de idade, da educação infantil, período este importante para aquisições de hábitos sociais. A criança não tem acesso ao aprendizado quanto à higiene bucal adequada.

Neste período, dos três aos seis anos de idade e no que o antecede, a criança recebe orientações quase que exclusivamente da família, que via de regra não possui o conhecimento necessário para realizar essa tarefa.

1.1.2 Atuação Interdisciplinar como Proposta Odontoeducativa

Os Psicólogos intensificaram mais suas pesquisas, a partir da década de 80, sobre o período que vai do nascimento até os três anos de idade, quando se formam as primeiras impressões da criança. O desenvolvimento básico dos comportamentos de receio, medo, hábitos sociais e de higiene, preconceitos e reações a mudanças está condicionado ao nível de formação que a célula familiar é capaz de transmitir na primeira infância.

Na medida que a família, fornece os primeiros princípios da educação, da repressão dos instintos da criança e, sobretudo, da aquisição das habilidades da fala, constitui-se no ambiente privilegiado para desmitificar a transmissão de conceitos errôneos sobre o que se passa dentro da boca de uma criança, tais como "*após a refeição a sua boca está suja*" ou "*o bichinho da cárie comerá os seus dentes se você não escová-los*" e tantas outras expressões de terror utilizadas para introduzir a indefesa criança ao hábito da higiene bucal.

Correto seria a Odontoeducação chegar até os agentes familiares para que esses possam transmitir a importância e a beleza de uma boca saudável através de uma educação seqüenciada e não ocasional que impossibilita a formação de hábitos.

Entregar a boca a alguém, como no caso o dentista, é um ato de grande intimidade. Considerar a significação emocional da boca é então estar consciente que o trabalho do dentista é muito mais do que a função protética, técnico manual.

A conscientização da necessidade da disciplina de Psicologia ser incluída nos curso de Odontologia se deu em 03/09/82, através da resolução n.º 4 do Conselho Federal de Educação, o que se constitui de fundamental importância para uma base de como se comporta um indivíduo frente a um tratamento

odontológico e como conduzi-lo para que cuide bem de sua boca e de seu corpo e busque ajuda psicoterapêutica quando necessário.

A Odontoeducação mostra a necessidade de se ter no currículo universitário, uma nova metodologia juntamente com a psicologia a pedagogia atuando na odontologia, para que os alunos adquiram uma nova visão da maneira de como lidar com a criança, frente à saúde bucal, assim como no desenvolvimento da criatividade no uso dos materiais e recursos pedagógicos adequados à aprendizagem da criança de acordo com sua faixa etária quanto à saúde de uma maneira geral, sempre atuando interdisciplinarmente.

Existe uma distância entre a teoria aprendida na faculdade e a realidade da criança, como também na atuação para estimular suas fantasias, chegando mesmo a torná-las contra nós odontólogos quando, por exemplo; retiramos tecidos cariados e mostramos a ela como se fosse pedacinho dos bichinhos que dizemos que ela tem na boca.

A confusão existe porque a criança faz a associação dos bichos; baratas, formigas, aranhas, etc. com os que dizem ela ter na boca e é neste conflitante fluxo de conhecimentos desvirtuados que a criança se encontra hoje.

Há necessidade de clarear tudo isso, através da tomada de consciência da invasão na intimidade da criança sem o conhecimento necessário e sem pedir licença, obturando os buracos provocados pela cárie e esquecendo que podemos criar "**buracos psicológicos**" irreversíveis em sua mente.

A união entre a Odontologia infantil e a Pedagogia, nos dá a oportunidade de avançar com a Odontoeducação quilômetros de distância, através da importante atuação do professor na formação de conceitos na criança e família no que concerne a informações básicas a sua cidadania e integridade humana.

1.2 Estabelecimento do Problema

De que forma podemos construir materiais educativos adequados a leigos e profissionais para promover a Odontoeducação?

1.3 Objetivo Geral

O Projeto de Odontoeducação, ora proposto, vem ao encontro do preenchimento de uma lacuna voltada para o problema “Doença Infecto-contagiosa Cárie”, pretendendo contribuir para a sua substancial redução buscando uma aproximação aos índices da OMS, para o ano 2010 que é o CPOD de 12 anos de idade igual a 1.0 .

O objetivo central deste Projeto é introduzir, interdisciplinarmente, a odontoeducação como parte obrigatória no currículo escolar da rede oficial de ensino, como um dos componentes das Ações de promoção da Saúde.

A “doença cárie” pode ser considerada como “doença democrática” por manifestar-se indistintamente em ricos e pobres. Igualmente “democrática” é a falta de informação sobre práticas e hábitos de higiene bucal, indispensáveis à prevenção deste “mal social”, haja vista não serem sistematicamente disponibilizadas nas escolas. Já que o termo “democracia” foi por duas vezes abordado, é importante ter em mente que ricos e pobres, indiscriminadamente, têm acesso à educação, tratando-se de direito inalienável mediante um dispositivo constitucional. Portanto, quando a Odontoeducação for considerada obrigatória nas escolas públicas e privadas, iniciaremos a redução gradativa da “doença cárie” da forma mais democrática possível.

Fazendo parte do currículo, a odontoeducação será sistematizada, sendo que, ao ingressar no ciclo de ensino fundamental (preferivelmente na educação

infantil) a criança iniciará o aprendizado da importância da boca como parte do seu corpo.

Assim, gradativamente acrescentar-se-á novos conhecimentos necessários à eliminação da dor, sofrimento, perda de produtividade escolar, e outros males originários da cárie.

A medida ideal seria que, paralelamente, os pais e os outros familiares que não tiveram a oportunidade da educação sistematizada, sejam educados nos ambientes dos hospitais, ambulatórios e postos de saúde, principalmente as gestantes na fase pré-natal, enquanto que as crianças na faixa de 0 a 3 anos também poderiam receber as primeiras orientações nos ambientes das creches.

1.3.1 Objetivos Específicos:

a) Em curto prazo (de 1 a 12 meses da implantação do Projeto):

- Introduzir interdisciplinarmente Odontoeducação nos *currículos* escolares da educação infantil, ensino fundamental e ensino médio da rede oficial de ensino;
- Conscientizar pais, educadores e profissionais da área de saúde, sobre a importância da necessidade de desmitificação dos métodos e processos que envolvem a obtenção de saúde bucal satisfatória no meio infantil, através de meios mais adequados.

b) Em médio prazo (de 1 a 3 anos da implantação do Projeto):

- Proporcionar à população infantil o acesso às informações sobre cuidados pessoais e hábitos de higiene bucal, contidos no Programa de Odontoeducação, parte integrante das Ações de Promoção da Saúde.

c) Em longo prazo (após de 3 anos da implantação do Projeto):

- Obtenção de uma melhoria substancial no índice CPOD registrado no Brasil, aproximando-o daqueles sugeridos pela Organização Mundial de Saúde – OMS.
- Conscientização da importância da saúde bucal, quanto a qualidade de vida.

1.4 Hipóteses Gerais

A imagem mental veiculada pelas mídias faz com que crianças, adultos e adolescentes se afastem de um cuidado necessário que deve ser dispensado a saúde bucal.

Figura 2: No imaginário infantil o profissional da odontologia é um bicho papão.



Fonte: Internet

A odontoeducação em sua proposta de ressignificação do cuidado bucal pelo uso das diversas mídias, em uma proposta interdisciplinar envolvendo psicólogos e pedagogos, dentre outros, pode transformar essa imagem mental.

Figura 3: Ao ressignificar transformamos o monstro em uma espécie de fada madrinha.



Fonte : Internet

1.5 Limitações

Como já foi descrito na justificativa, o poder público investe escassos recursos financeiros na prevenção, fruto de uma crise imposta pela atual conjuntura, dificultando a disponibilização de meios que são de fundamental importância para o sucesso do acompanhamento do Projeto.

No intuito de garantir efetivamente o objetivo sugerimos que esta metodologia seja desenvolvida em parceria com as Universidades locais, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Educação envolvendo os recursos financeiros e humanos necessários para o real sucesso do Projeto.

1.6 Descrição dos Capítulos

Neste primeiro capítulo apresentamos o projeto, nossos objetivos, as justificativas, a questão de pesquisa que visamos responder e as hipóteses e limitações correspondentes.

No capítulo 2 trataremos da odontoeducação e da linguagem, entendida aqui como toda e qualquer forma de comunicação, oral, icônica, gestual, demonstrando a importância da comunicação para a ressignificação do trabalho do odontólogo e como instrumento básico de nossa proposta de uma odontoeducação.

No capítulo 3 levantaremos questões relativas a psicologia e a pedagogia no sentido de sinalizar os caminhos que deveremos percorrer para atingir a meta pretendida assim como os cuidados que devemos ter ao percorrê-los. No capítulo 4 discutiremos a implicação dessas reflexões na concepção das mídias educativas a serem empregadas.

A metodologia de implementação de uma odontoeducação é o centro do capítulo 5. No capítulo 6 apresentaremos os Resultados Obtidos e, finalmente, no capítulo 7, as conclusões e sugestões para futuros trabalhos.