
Armando Hayassy | ahayassy@uol.com.br
Diretor Geral de Ensino da FSJ

Renan Machado Salgado
Aluno de Graduação de Odontologia da FSJ

RESUMO

A promoção de saúde é um movimento amplo em busca de qualidade de vida das pessoas, onde os fatores sociais, econômicos e psicológicos é que irão determinar o binômio saúde-doença, não estando estes condicionados aos serviços médicos ou medidas eficientes de saúde pública. As ações de promoção de saúde consideradas como uma nova saúde pública não tem apenas o serviço médico como atividade de saúde; estão presentes na escola, no local de trabalho, no comércio e na indústria. Essas ações se efetivam através de cinco áreas que mutuamente contribuem para a melhoria da saúde da população. Estas incluem: educação em saúde, intervenções clínicas, políticas públicas de saúde, organização das comunidades em prol da aquisição de práticas saudáveis e a criação de ambientes favoráveis à saúde. O presente trabalho tem por objetivo, descrever a promoção de saúde sob a ótica das ações, relatando a experiência vivida durante a operação do Projeto Rondon em Silvanópolis – TO. Foi possível vivenciar as principais diretrizes, que rege a prática de promoção de saúde, e suas aplicabilidades na sociedade, a experiência vivida na operação do Projeto Rondon, em Silvanópolis – TO, proporcionou aos alunos observar na prática a importância do conhecimento da Promoção de saúde Bucal baseada em ações, que envolvem vários setores como educação, esporte, lazer, saneamento básico, políticas públicas, hábitos saudáveis entre outros e que todos os segmentos da sociedade devem estar engajados para colocarem em prática as ações com responsabilidade e competência.

Palavras-Chave: Promoção de Saúde, Extensão Universitária, Saúde Bucal

ABSTRACT

Health promotion is a large movement in search of quality of life, where the social economic and psychological is what will determine the health-illness, not being conditioned to these measures effective medical services or public health. The health promotion actions considered as a new public health is not just the medical service as a health activity, are present at school, at work, in commerce and industry. These actions are effected through five areas that mutually contribute to the improvement of population health. These include: health education, clinical interventions, public health policies, organization of communities for the acquisition of healthy practices and creating supportive environments. This paper aims to describe the health promotion from the perspective of the actions, reporting the experience during operation Rondon Project in Silvanópolis-TO. It was possible to experience the main guidelines governing the practice of health promotion, and their applicability in society, the experience in the operation of the Rondon Project

in Silvanópolis - TO afforded students observe in practice the importance of knowledge of Health Promotion oral share-based, involving various sectors like education, sports, laser, sanitation, public policy, and other healthy habits among all segments of society should be engaged to put into practice actions with responsibility and competence.

Keywords: Resin Cement, Bond Stregth, Dental Prosthesis

INTRODUÇÃO

O termo promoção de saúde citado pela primeira vez em 1974 por Mark Lalonde, ministro da saúde e do bem-estar do Canadá, destacou por aquela ocasião que o ambiente, o comportamento dos indivíduos e seu estilo de vida são as causas da doença e morte e não somente suas características biológicas¹.

Ainda assim, afirma-se que as formas de prevenir doenças nos dias de hoje, se baseiam em informar as pessoas sobre doenças específicas através de meios de comunicação de massa tentando persuadi-las a mudar de comportamento.¹

Promoção de saúde não é sinônimo de educação em saúde, como muitos entendem, o novo movimento rumo à promoção de saúde utiliza-se da educação em saúde para melhor equipar os indivíduos para que eles próprios façam suas escolhas e que estas sejam as mais saudáveis. Paralelamente, a promoção de saúde tenta fazer com que essas escolhas sejam as mais fáceis.²

Pode-se afirmar que promoção de saúde é um movimento amplo em busca de qualidade de vida das pessoas que considera que para ser saudável a ausência de doença não é necessária nem tão pouco suficiente. Os fatores sociais, econômicos e psicológicos é que irão determinar o binômio saúde-doença, não estando estes condicionados aos serviços médicos ou medidas eficientes de saúde pública. As ações de promoção de saúde consideradas como uma nova saúde pública não tem apenas o serviço médico como atividade de saúde; estão presentes na escola, no local de trabalho, no comércio e na indústria. ³

A promoção de saúde se efetiva através de cinco áreas de ação que mutuamente contribuem para a melhoria da saúde da população. Estas incluem: educação em saúde, intervenções clínicas, políticas públicas de saúde, organização das comunidades em prol da aquisição de práticas saudáveis e a criação de ambientes favoráveis à saúde ^{3, 4}

Como não poderia ser diferente, esta nova filosofia de abordar a saúde de forma multidisciplinar permeia a cárie e as patologias bucais. ⁴

Em se tratando de saúde bucal, acredita-se que dentro desse novo paradigma que é a promoção de saúde, a prevenção de doenças bucais para ser efetiva precisa considerar a estratégia populacional, a abordagem de fatores de risco comuns e a ação intersetorial. ⁴

Cárie e doenças periodontais são doenças de alta abrangência, justificando a adoção de estratégia de base ampla para prevenir enfermidades orais baseadas na mudança de normas sociais de consumo de açúcar, higiene oral, de intervenções clínicas de atenção primária e secundária, de políticas públicas de saúde, para inclusive oferecer disponibilidade coletiva de flúor, da organização da comunidade, para exigir os direitos à saúde e a ambientes favoráveis a saúde. ^{5, 7}

Diante do exposto, o presente trabalho tem por objetivo, descrever a promoção de saúde sob a ótica das ações, relatando a experiência vivida pelos professores e alunos da Faculdade São José, durante a operação do Projeto Rondon em Silvanópolis -TO.

REVISÃO DE LITERATURA

Educação para saúde

Em nossa sociedade, o modo de pensar – fazer educação em saúde, ainda baseia-se nas idéias positivistas, quer os agentes em saúde tenham ou não consciência disto. Primeiro se tem conhecimento para depois agir de forma correta sem erros considerando que só há um modo de ser e de nenhum outro será. Toda essa educação positiva ainda hoje serve de justificativa para as práticas que visam à prevenção de doenças e a aprendizagem de educação para saúde satisfatória. Essas idéias vão povoar a conduta humana ditando normas, recomendando quais práticas são malélicas ou benéficas. É a medicalização: dos ambientes físicos, dos sentimentos, das emoções, da sociedade, 7

Os projetos educativos ainda hoje continuam a transmitir conhecimentos da classe que os “domina” para uma população “leiga” cujas experiências anteriores são rejeitadas para dar lugar a um conhecimento novo. Esta forma de educação assume uma postura autoritária de detenção de poder e controle social. Visa uma mudança de comportamento sem levar em consideração que “comportamentos saudáveis” podem ser transitórios ou até contraditórios dependendo do tempo e do espaço. Desconsidera que ter bem estar está diretamente vinculado às relações intersubjetivas estabelecidas nos processos culturais de cada sociedade, atribuindo a falta de saúde a riscos que as pessoas correm por decidirem por livre escolha, por irresponsabilidade ou por ignorância. 8

Em meio a estas inquietações e a esse modo ultrapassado de se educar em saúde, ganha espaço uma forma de pensar as atuações, que nos alerta a incluir em nossos projetos educativos, o conjunto de dimensões que envolvem o binômio saúde-doença considerando sua complexidade e suas interferências. É preciso considerar que os indivíduos recebem influências de todo tipo sejam elas intencionais ou não e vindas de muitas e diferentes instâncias e meios sociais. Nosso olhar volta-se para o indivíduo como fruto de uma cultura, no qual o seu corpo e o estado de saúde ou doença são produtos de uma construção lingüística e cultural e não simplesmente matéria biológica.8

Sob esta ótica, a relação educativa com as pessoas preza pelo diálogo e valoriza a sabedoria prática dos indivíduos e comunidades que produzem resultados significativos em usuários e agentes educativos. Passa-se a considerar que as pessoas não são vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros sob determinadas condições, em algum momento de suas vidas. Esta nova maneira de reorganizar o campo da educação em saúde sob a perspectiva da vulnerabilidade permite gerar mudanças nas condições de vida das pessoas. Para que os processos educativos tenham sentido, as experiências mais ou menos patogênicas devem estar ligadas às relações inter-subjetivas dos sujeitos de acordo com seus padrões culturais já estabelecidos socialmente, permitindo que a possibilidade de adoecer seja trazida para o mundo real do sujeito.9 , 10

A educação em saúde sob esta perspectiva considera que a possibilidade das pessoas adoecerem é o resultado da soma de fatores individuais, coletivos e contextuais. A mera transmissão de conhecimentos técnico-científicos de forma racional que tentam persuadir o indivíduo a agir desse ou daquele modo, como nos discursos positivistas, não é suficiente para mudar comportamentos. A educação em saúde mais abrangente, é que nos orienta para escolhas político-pedagógicas significativas as quais buscam um ponto de intersecção dentre as diversidades dos sujeitos que se reflita em cumplicidade com a auto proteção e da coletividade. Diferentemente do que ainda hoje se processa nos projetos educativos, a educação que se propõe não é aquela que torna iguais os diferentes modos de ser e de viver das pessoas, mas aquela que busque uma convergência entre os desiguais. 9

Esta aproximação entre saúde e educação não é espontânea. Ela depende de intenções das instituições através de planejamentos, políticas públicas, alocação de recursos e implementação de projetos em prol de melhores condições de vida. Os resultados satisfatórios não são obtidos a curto espaço de tempo. Envolve profundas mudanças de valores sociais e atitudes num processo amplo de transformação da sociedade. 9

Educar em saúde nos dias de hoje só adquire sentido quando se tem como perspectiva uma melhor qualidade de vida. As formas tradicionais de educação em saúde já não atingem os objetivos propostos diante dos muitos desafios que surgem neste campo. Precisamos considerar a grande diversidade humana, as mudanças de valores e as transformações ocorridas nos estilos de vida das pessoas como processos causadores de experiências mais ou menos promotoras de bem estar.¹¹

No campo da saúde bucal um programa pioneiro foi implantado nas escolas brasileiras nos anos 50 do séc XX pelo Serviço Especial de Saúde Pública / Ministério da Saúde. Este programa chamado de Sistema Incremental tinha por base a prevenção de cáries dentárias e assistência curativa tratando àquelas já existentes. Como apoio a estas ações existia um programa educativo cuja finalidade seria somar todos os esforços em prol da mudança de comportamentos. Conforme acrescentou Pinto (1992), o programa tinha como pilar a epidemiologia, atuando em escolares sobre suas necessidades acumuladas e por faixa etária.¹¹

O sistema incremental não surtiu os efeitos esperados pelo poder público e foi retirado das escolas nestas permanecendo somente as ações.¹¹

Diante de ações educativas fracassadas que não suprem as necessidades atuais, há uma busca incessante por recursos para diminuir a vulnerabilidade das pessoas de forma que estas ações atinjam seus objetivos e não gerem frustrações por não terem cumprido o resultado esperado. Para isso precisamos compreender que os fatores que interferem nas escolhas saudáveis de vida e de saúde dos indivíduos não se dão isoladamente, são constituídos por múltiplas dimensões biológica, social e cultural. Ao entendermos que estes fatores influenciam nas atitudes e práticas de uma vida mais ou menos saudável podemos perceber que intervir nas questões de saúde e doença deveria ser uma escolha saudável de todos nós. ¹¹

Em todo processo educativo em saúde torna-se necessário direcionar o ensino aprendizagem para a construção e incorporação de conhecimentos em lugar de decorar conceitos. A aprendizagem se dá com a resolução de problemas que gera o desenvolvimento de atitudes para a prática de uma vida mais saudável. Os conhecimentos só terão sentido se quando incorporados impulsionem as pessoas a refletir e tomar iniciativas a favor de escolhas saudáveis que visem o seu bem estar e da sociedade.^{12,13}

Na escola não é diferente. Os conhecimentos, as atitudes as aptidões e práticas adquiridas são grandes valores dos quais a sociedade se beneficia. É na escola que a saúde adquire um sentido social quando vivenciada como um tema transversal que, se levada à realidade do aluno, aumenta a importância do professor e da escola na formação da cidadania.¹²

De acordo com a contextualização, o tema saúde, assim como outros podem apresentar diversos significados. Esta mobilidade é que permite ao aluno uma participação ativa no processo de aprendizagem levando-o a ampliar suas potencialidades pessoais e sociais. Da forma como é tratada a saúde na escola, ela não toma o lugar das tarefas específicas da educação, pois se tratadas assim não teriam sentido. A saúde na escola só adquire sentido se trabalhada nas diversas áreas do conhecimento através de seus conceitos, informações e do valor que se atribui a este tema, porque saúde por si só já é um tema relevante que permeia o cotidiano escolar.¹²

O professor é um educador em saúde não só quando desenvolve os conteúdos do currículo, mas também de maneira não formal ao implementar projetos, observar as necessidades emergentes dos alunos ou participando de campanhas que visem promover o bem estar da comunidade. A educação em saúde na escola interpõe-se nas escolhas dos professores quando selecionam os currículos, ao transmitir conceitos e valores em suas aulas, no processo de avaliação, através da metodologia e das situações didáticas criadas por eles.¹⁴

A aprendizagem em saúde faz parte da vivência escolar e está presente nas experiências educativas processadas pela escola e inerentes o seu currículo. Por outro lado não se pode dizer o mesmo da assistência individual e a aplicação de tecnologias, as quais são específicas do setor de saúde e não fazem parte do currículo escolar.^{15,16}

A complexidade dos temas relacionados à saúde faz com que seu conteúdo não possa ser esgotado por nenhuma disciplina isolada. A transversalidade é considerada o recurso mais importante para se trabalhar a promoção de saúde na escola porque integra a vivência escolar à construção de conhecimentos significativos e não meramente informativos e restritos ao universo das disciplinas. A problematização da realidade utilizada como recurso na educação em saúde permite que este tema adquira sentido na experiência de ensinar e aprender, traduzindo-se em oportunidades de convivência na escola que permitam o confronto de idéias, gere curiosidades, motivação e abram caminho para novos conhecimentos.¹⁵

O objetivo maior da educação em saúde na escola não deve ser a simples transmissão de informações e sim a capacitação dos indivíduos e coletividade levando-os a refletir sobre as bases sociais de suas vidas que são as condições de trabalho, moradia, lazer, auto-estima, amor, entre outros e estabelecer uma relação entre estas e a doença que se instalou em seu corpo afetando sua vida no bairro, na fábrica, na escola e na comunidade.¹⁵

Intervenções clínicas

As intervenções clínicas de atenção primária e secundária, são ações integrantes e de suma importância para a promoção de saúde.¹⁶

Internacionalmente tem-se apresentado 'Atenção Primária à Saúde' (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Esse enunciado procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS.¹⁶

No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde.¹⁶

Os elevados custos dos sistemas de saúde, o uso indiscriminado de tecnologia médica e a baixa resolução preocupavam a sustentação econômica da saúde nos países desenvolvidos, fazendo-os pesquisar novas formas de organização da atenção com custos menores e maior eficiência. Em contrapartida, os países pobres e em desenvolvimento sofriam com a iniquidade dos seus sistemas de saúde, com a falta de acesso a cuidados básicos, com a mortalidade infantil e com as precárias condições sociais, econômicas e sanitárias.¹⁶

Em 1978 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, e propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS. Essa política internacional ficou conhecida como 'Saúde para Todos no Ano 2000'. A Declaração de Alma-Ata, como foi chamado o pacto assinado entre 134 países, defendia a seguinte definição de APS, aqui denominada cuidados primários de saúde.¹⁶

No Brasil, algumas experiências de APS foram instituídas de forma incipiente desde o início do século XX, como os centros de saúde em 1924 que, apesar de manterem a divisão entre ações curativas e preventivas, organizavam-se a partir de uma base populacional e trabalhavam com educação sanitária. A partir da década de 1940, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) que realizou ações curativas e preventivas, ainda que restritas às doenças infecciosas e carências.¹⁷

Essas experiências somadas à constituição do SUS (Brasil, 1988) e sua regulamentação (Brasil, 1990) possibilitaram a construção de uma política de ABS que visasse à reorientação do modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde. Assim, a concepção da ABS desenvolveu-se a partir dos princípios do SUS, principalmente a universalidade, a descentralização, a integralidade e a

participação popular, como podem ser visto na portaria que institui a Política Nacional de Atenção Básica, definindo a ABS como: Atualmente, a principal estratégia de configuração da ABS no Brasil é a saúde da família que tem recebido importantes incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção.18

A Estratégia de Saúde da Família, aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, compostas basicamente por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, Dentistas, Auxiliares de Saúde Bucal e Técnicos em Saúde Bucal, cujo trabalho é referência de cuidados para a população adstrita, com um número definido de domicílios e famílias assistidos por equipe.18

Entretanto, os desafios persistem e indicam a necessidade de articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de atenção à saúde, de forma a garantir o princípio da integralidade, assim como a necessidade permanente de ajuste das ações e serviços locais de saúde, visando à apreensão ampliada das necessidades de saúde da população e à superação das iniquidades entre as regiões do país. 17

Ressalta-se também na ABS a importante participação de profissionais de nível básico e médio em saúde, como os agentes comunitários de saúde, os auxiliares e técnicos de enfermagem, entre outros responsáveis por ações de educação e vigilância em saúde.12,13,

Doenças da cavidade bucal como cárie e doenças periodontais afetam a qualidade de vida das pessoas porque interferem na auto-estima, na alimentação, na nutrição e na saúde geral, devido à importância que tem os dentes em preparar os alimentos para digestão e para o consumo de uma dieta balanceada. Além disso, os dentes são fatores de inclusão social. A sociedade atual valoriza a aparência física dos sujeitos enquanto que por outro lado, as dores causadas por problemas dentários afastam as pessoas do trabalho e as crianças das escolas,18

As crianças e adolescentes são mais afetados por cáries que pela doença periodontal. Doenças bucais como as cáries podem trazer grandes malefícios às crianças e adolescentes interferindo no ato de alimentar-se, dormir e na aprendizagem e também afetando a auto-estima dos escolares. Os pais devem manter sob seu controle o que os filhos ingerem, visto que estes passam grande parte do dia na escola; dispensar cuidados com uma boa higiene bucal assim como também estar conscientes das lesões traumáticas dentárias que as crianças poderão sofrer ao praticar esportes, andar de bicicletas entre outros. 18

A prevenção da cárie dentária tem papel de suma importância em Odontologia, considerando a manutenção da saúde bucal e não apenas o tratamento de sinais e sintomas. No entanto, os programas preventivos não conseguem atingir grande parte da população em muitos países, resultando no aparecimento dessa doença, que atinge um estágio irreversível na maioria das vezes. 18

A baixa e desigual distribuição geográfica de cirurgões dentistas e condições financeiras insuficientes para manter instrumentos e equipamentos odontológicos, principalmente em regiões remotas e de difícil acesso, são algumas das razões pela qual a odontologia restauradora permanece, ainda hoje, fora do alcance de significativa parcela da população.19, 20

A técnica restauradora atraumática (TRA), a qual consiste na remoção manual do tecido cariado com o uso de curetas e instrumentos manuais e restauração com cimento de ionômero de vidro, apresenta relativa simplicidade, necessidade de aparelhos e materiais simples e, conseqüentemente, custo reduzido. Essa técnica foi meticulosamente descrita em estudos anteriores. São utilizados instrumentos manuais para remoção de estrutura amolecida por cárie e sela-se a cavidade com material restaurador capaz de aderir aos tecidos dentários e, principalmente, liberar fluoretos em quantidades terapêuticas nas áreas adjacentes ao preparo. O material consagrado na literatura para tal finalidade é o cimento de ionômero de vidro, derivado dos antigos cimentos de silicatos.19,20

Nas últimas décadas tem havido grande interesse na prevenção e controle da cárie dentária, por isso a etiologia e os fatores que contribuem para o seu aparecimento e desenvolvimento já são amplamente conhecidos e divulgados. Apesar disto, dois terços da população mundial ainda apresentam sinais e sintomas desta doença, principalmente nos países em. Essa técnica parte do princípio de intervenção mínima e simplificação do procedimento podendo ser utilizada em locais onde não há infra-estrutura para tratamento convencional. No início, foi preconizada para ser utilizada em países subdesenvolvidos, entretanto pode ser aplicada em países industrializados e em algumas situações específicas como pacientes medrosos/ ansiosos, pacientes com deficiência física e/ ou mental, crianças de baixa idade e em pacientes idosos que moram em clínicas de repouso.¹⁹

O emprego da técnica TRA tornou-se possível devido ao melhor entendimento do processo da cárie dental que permitiu o preparo de cavidades conservativas e a utilização de um material restaurador adesivo confiável e efetivo. A técnica consiste na escavação da dentina cariada com instrumentos manuais e posterior restauração da cavidade e selamento de fissuras e pontos associados com um material restaurador adesivo ativado quimicamente, como o cimento de ionômero de vidro. O TRA preconiza a remoção somente da dentina infectada, tentando preservar estrutura dental que possa sofrer remineralização. Desde os estudos a literatura tem demonstrado que a dentina tem grande poder reparativo, respondendo de maneira positiva ao material que é colocado sobre ela.¹⁹

O sucesso da técnica depende do procedimento clínico e indicação adequada além de inserir o paciente em um programa de promoção de saúde, para que este possa receber orientações sobre higiene, dieta e acompanhamento do tratamento realizado. ¹⁶

O flúor é hoje um dos mais populares agentes preventivos contra a cárie dentária .

Dentre todos os meios de utilização de fluoreto, o dentifrício fluoretado é o mais racional, pois associa a desorganização do biofilme dental, cujo acúmulo é necessário para o desenvolvimento de cárie, à exposição da cavidade bucal ao fluoreto. De fato, existe evidência científica sólida de que a escovação com dentifrícios fluoretados resulta em significativa diminuição do desenvolvimento de cárie, com base em revisões sistemáticas de estudos clínicos controlados de alta qualidade. Dentifrício fluoretado é, portanto, um meio de utilização de fluoreto que deve ser recomendado para todos os indivíduos, de todas as idades.²⁰

Quando escova-se os dentes com dentifrício fluoretado, a concentração de fluoreto na saliva aumenta, permanecendo alta por uma a duas horas. O fluoreto reagirá com as superfícies dentais limpas pela escovação formando produtos de reação tipo fluoreto de cálcio (CaF₂), e nos remanescentes de biofilme não removidos devido a uma escovação imperfeita, a concentração de fluoreto também permanecerá alta devido a difusão do fluoreto e sua retenção em reservatórios orgânicos e inorgânicos no biofilme. Mesmo 12 horas após a escovação, o biofilme remanescente em indivíduos utilizando dentifrício fluoretado duas a três vezes ao dia terá maior concentração de fluoreto do que o biofilme de indivíduos não utilizando o dentifrício. A manutenção de fluoreto no biofilme remanescente é importante, pois este é o local onde ele mais é necessário, onde poderá ocorrer perda mineral da estrutura dental pela exposição a carboidratos fermentáveis.²⁰

Por um longo período o modelo de assistência em odontologia adotado no país se voltava apenas para um grupo etário da população – as crianças e ainda e caracterizava pelo não conservadorismo, com um alto número de extrações, já que não existia uma estrutura que possibilitasse o acesso a outros níveis de atenção. Fato este reverberado pela ausência de políticas específicas de saúde bucal na esfera federal, até que em 2004 surge a Política Nacional de Saúde Bucal - Programa Brasil Sorridente.²⁰

As diretrizes da política propõem a ampliação do acesso a todas as faixas etárias e o atendimento integral em todos os níveis, incentivando estados e municípios a criarem os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que funcionariam como unidades de referência de média complexidade para as equipes de saúde bucal, oferecendo procedimentos mais complexos e conclusivos complementares aos realizados na atenção básica.²⁰

O Ministério da Saúde publicou as portarias Nº. 1570 e 1571 de 29 de julho de 2004 (06 meses após a publicação da PNSB), estabelecendo os critérios e os requisitos para o credenciamento/habilitação e financiamento dos Centros contribuindo para a implantação e/ou melhoria destes, com o desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços especializados.²¹

De acordo com essas portarias, os CEO inicialmente foram classificados em tipo I e II. As atividades, equipamentos, materiais, e outros recursos eram semelhantes para os dois tipos, e a diferença estava no número de consultórios e profissionais. Para o tipo I estabeleceram 03 consultórios odontológicos completos, com 03 ou mais cirurgões dentistas e 01 auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico. O tipo II ficou configurado em 04 a 06 consultórios, com 04 ou mais cirurgões dentistas e 01 auxiliar de consultório.²²

Dessa forma, devem-se organizar as ações de promoção de saúde por ações de intervenções clínicas de atenção primária e secundária.

Políticas públicas de saúde

No período de 1897 até 1930 os assuntos relacionados com a saúde, como funções públicas, eram tratados no Ministério da Justiça e Negócios Interiores, em específico, na Diretoria Geral de Saúde Pública. Médice relata que a assistência à saúde ofertada pelo Estado até a década de 1930 estava limitada às ações de saneamento e combate às endemias. É também dessa época, o surgimento e desenvolvimento do chamado “sanitarismo campanhista”, fortemente presente até o final da década de 1940. Tal política visava dar apoio ao modelo econômico agrário-exportador, garantindo condições de saúde para os trabalhadores empregados na produção e na exportação.²¹

As campanhas visavam ao combate de endemias tais como a peste, a cólera, a varíola, dentre outras. Progressivamente, o Estado vai acentuando sua intervenção no setor saúde e, após a segunda guerra mundial, passa a assumir obrigações financeiras no que se refere à assistência à saúde da população. A previdência Social no Brasil surgiu em 1923 com o Decreto Legislativo que ficou conhecido como Lei Elói Chaves criando as Caps - Caixas de Aposentadoria e Pensão. Estas eram organizadas pelas empresas e ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões. Belinati⁴ apoiado em historiadores, cita que no período de 1923 a 1933 foram criadas 183 Caixas de Aposentadorias e Pensão.^{15,16,17,18,19}

A partir de 1933, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), entidades de grande porte abrangendo os trabalhadores agrupados por ramos de atividades. Tais institutos foram o IAPTEC (para trabalhadores em transporte e cargas), IAPC (para os comerciantes), IAPI (industriários), IAPB (bancários), IAPM (marítimos e portuários) e IPASE (servidores públicos). O modelo inicial da assistência médica não era universal e baseava-se nos vínculos trabalhistas. Tinham direito aos benefícios somente trabalhadores que contribuíam para a Previdência, ou seja, aqueles “com carteira assinada”. Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde. As atenções predominantes dos governos até então, estavam voltadas às ações de caráter coletivo. A partir desta década a ênfase governamental começa a se deslocar.^{22,23}

Em 1966, da fusão dos IAP originou-se o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social que uniformizou e centralizou a previdência social. Nesta década a previdência social se firmou como principal órgão de financiamento dos serviços de saúde. Médice e Mendes concordam que aconteceu uma concentração das políticas de saúde com extensão da cobertura assistencial.²²

Em 1972 iniciou-se a ampliação da abrangência previdenciária. As empregadas domésticas e os trabalhadores rurais foram beneficiados pela cobertura de assistência médica no sistema de saúde e, em 1973 incorporaram-se os trabalhadores autônomos.^{22,23}

A primeira tentativa de regulamentação do papel dos municípios na política de saúde data de 1975, com a Lei 6.229/10 de 17 de julho de 1975. Tratando da organização do Sistema Nacional de Saúde, continha,

em seu artigo primeiro as competências do município: 1) a manutenção dos serviços de saúde, em especial os de Pronto Socorro. 2) manter a vigilância epidemiológica. 3) articular os planos locais de saúde com os estaduais e federais. 4) integrar seus serviços no sistema nacional de saúde.^{22,23}

Esta Lei objetivou a extensão da cobertura. A maior parte das prefeituras gastou seus recursos em atendimentos especializados, notadamente os de pronto socorro dando pouca atenção aos atendimentos primários. De fato, sob a Lei 6.229/75, a municipalização não prosperou.²³

As ações de saúde eram desenvolvidas de maneira fragmenta e sem nenhuma integração. A saúde coletiva era considerada um direito de todos e a assistência médica hospitalar individualizada direito apenas dos trabalhadores contribuintes do Sistema Nacional de Previdência Social. Na época, cabia ao Ministério da Saúde, ao menos formalmente, a responsabilidade da formulação das políticas e o desenvolvimento das ações coletivas; ao Ministério da Previdência e Assistência Social a realização da assistência médica através do INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e de Previdência Social; ao Ministério da Educação a formação de recursos humanos para saúde e a prestação de serviços nos hospitais universitários; ao Ministério do Interior as ações de saneamento e ao Ministério do Trabalho cuidar da higiene e segurança do trabalho. Na nova estrutura proposta pelo SINPAS a assistência médica continuava a ser prestada principalmente através de contrato com setor privado com os recursos da previdência. O conjunto de políticas públicas da década de 1970, levou a um modelo médico-assistencial privatista assentado no Estado como grande financiador e no setor privado nacional como o maior prestador, tendo o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos.²³

Em 1977 o Ministério da Saúde já reconhecia que o papel primordial da esfera municipal era o de estruturar uma rede de serviços básicos dentro dos princípios da atenção primária, mas à época, nenhum passo concreto foi dado por ele nesta direção.²³

A pouca prioridade dada às ações de saneamento e à medicina preventiva facilitava o surgimento de doenças que poderiam ter fácil solução com medidas preventivas e APS. Para Braga e Paula o crescente volume de recursos para a medicina curativa ameaçava o sistema previdenciário. Formava-se uma consciência de que era necessário repensar a política de saúde.²³

Em 1982 surge o “Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social”, elaborado pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, conhecido como Plano do CONASP, que foi criado para racionalizar as ações de saúde. O modelo curativo dominante começa a ser abalado. Este plano atuou sobre a racionalização das contas com os gastos hospitalares dos serviços contratados com o sistema SAMHPS - Sistema de Assistência Médico-hospitalar da Previdência Social, pondo fim à modalidade em uso, denominada pagamento por unidade de serviço. ²³

Os repasses de encargos e dos recursos foram vinculados a compromissos assumidos perante a União. Para esta autora, esta desconcentração foi caracterizada pela transferência de “recursos carimbados” aos municípios, eventualmente, até contrários às prioridades locais. Entretanto as AIS, com a idéia de gestão colegiada, e na seqüência o SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde de 1987, começaram a por em prática os ideais da Reforma Sanitária. Este com restrições que serão comentadas a seguir.²⁴

Enquanto os AIS representaram um movimento de estímulo à municipalização, o SUDS representou uma re-centralização nas mãos das secretarias estaduais de saúde. O SUDS não causou maiores estragos à descentralização porque foi de curta duração (de 1987 a 1990) e o movimento político pró-municipalização estava bastante fortalecido, como ilustra o parágrafo seguinte.²⁴

As discussões da VIII Conferência Nacional da Saúde, em março de 1986, resultaram na formalização das propostas do MRSB, ensejando mudanças baseadas no direito universal à saúde, acesso igualitário, descentralização acelerada e ampla participação da sociedade. A Conferência já apontava para a municipalização como forma de executar a descentralização. As bases do sistema atual, o SUS – Sistema Único de Saúde – foram dadas por esta conferência que envolveu mais de 5.000 participantes e produziu um relatório que

subsidiou decisivamente a Constituição Federal de 1988 nos assuntos de Saúde.²⁴

A Constituição Federal de 1988 deu nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal. A saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo sendo que antes era apenas da União e relativo ao trabalhador segurado. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência é concebida de forma integral (preventiva e curativa). Definiu-se a gestão participativa como importante inovação, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo.²⁴

As Leis 8.080/90 e a 8.142/90 são singularmente relevantes para o novo modelo, uma espécie de estatuto da saúde no Brasil. A Lei 8.080/90 sedimenta as orientações constitucionais do Sistema Único de Saúde. A Lei 8.142/90 trata do envolvimento da comunidade na condução das questões da saúde criando as conferências e os conselhos de saúde em cada esfera de governo como instâncias colegiadas orientadoras e deliberativas, respectivamente. As conferências, instaladas de quatro em quatro anos, têm a participação de vários segmentos sociais; nelas são definidas as diretrizes para a formulação da política de saúde nas respectivas esferas de governo. A Lei 8.142/90 também define as transferências de recursos financeiros diretamente de fundo a fundo sem a necessidade de convênios, como por exemplo, as transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para Fundos Estaduais e Municipais.²⁴

As normas operacionais editadas pelo MS em 1991, 1993 e 1996 também devem ser destacadas pela sua importância na orientação do novo modelo, inclusive nos aspectos do financiamento.²⁵

Particularmente importante para a municipalização foi a NOB de 1996, de fato só implementada em 1998, que definiu modalidades de gestão. A modalidade mais avançada, denominada Gestão Semiplena, alargava as possibilidades de autonomia administrativa para a gestão dos recursos financeiros da União repassados aos municípios. Esta modalidade resultou em maior capacidade de planejamento para os municípios.²⁵

Em 13 de setembro de 2000 foi promulgada a Emenda Constitucional 29 com o objetivo de definir a forma de financiamento da política pública de saúde de maneira vinculada à receita tributária. O financiamento do SUS passou a ser garantido constitucionalmente. A base vinculável é composta pelos impostos pagos deduzidas as transferências entre governos.²⁵

De qualquer forma, a viabilização do sistema de financiamento na forma prevista na Constituição Federal de 1988 e na Emenda Constitucional 29 tem tomado a atenção dos estudiosos do setor. O Governo Federal e grande parte dos governos estaduais têm oferecido resistências à aplicação de recursos na saúde na forma de vinculação prevista na Emenda Constitucional 29/2000. O Problema do financiamento das Políticas de Saúde ainda não está resolvido.²⁰

Organização das comunidades em prol da aquisição de práticas saudáveis

A Organização Comunitária é a base de sustentação social de todo o trabalho, instrumentalizando a população para o melhor exercício da cidadania e gestão do seu desenvolvimento.^{23,24}

Na atual sociedade, os vínculos entre as comunidades são mais fracos, as pessoas mantêm relações mais distanciadas. No entanto, associações e cooperativas são algumas formas de organização comunitária que costumam ser eficientes entre a população, principalmente na saúde, onde as prevenções das principais doenças infectocontagiosas são de responsabilidade do próprio povo, com medidas de atuação e prevenção. ^{23,24}

No âmbito intercomunitário, as organizações da sociedade civil, auxiliam as federações constituídas pelas localidades que integram por exemplo, os Assentamentos, Glebas e Unidades de Conservação da região, etc fortalecendo as representações territoriais no controle social das políticas públicas, na geração de renda, na defesa de suas terras, do seu povo e no bom manejo de seus recursos naturais para viabilização econômica, social e ambiental de suas áreas, principalmente na área de saúde.²⁶

As pessoas de uma comunidade, podem aproveitar a existência de grupos, como religiosos, clubes, associações e outros, que já costumam se reunir periodicamente, para propor a organização com o objetivo de melhorar suas vidas. E melhoria significa ter acesso à saúde, transporte, educação, moradia de qualidade, entre outras coisas. 26

Ainda que a colaboração de agentes externos à comunidade, como técnicos e profissionais, seja desejável, as iniciativas devem partir das próprias pessoas, sejam mulheres, jovens ou crianças. Todos devem ter voz pois podem contribuir com sua experiência e sabem os problemas e dificuldades que enfrentam. O essencial é que as decisões sejam tomadas em grupo, com a participação de todos. "Tentou uma solução e não deu certo ou deu certo, avalia. Reflete de novo, pensa junto. Deu certo por quê? Por que a gente se uniu? Ou não deu certo por quê? Onde foi que nós falhamos?", assim deve agir os grupos.26

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde, dentista, auxiliar e técnico em saúde bucal, um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.26

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde. 26

E, ainda: por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade,27

Os agentes comunitários de saúde podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Estratégia da Saúde da Família; e b) ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. Atualmente, encontram-se em atividade no país 204 mil ACS, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados.27

O Ministério da Saúde reconhece e valoriza a formação dos trabalhadores como um componente para o processo de qualificação da força de trabalho no sentido de contribuir decisivamente para a efetivação da política nacional de saúde. Essa concepção da formação busca caracterizar a necessidade de elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional para possibilitar o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas de seu trabalho. 27,28,29

Para a organização das comunidades é preciso que todos, de forma geral tenham maior laço de afetividade e de maneira coletiva, e sem dissociação interpessoal. Deve-se acreditar na integração pessoal, para resolução de determinadas tarefas perante a sociedade, e principalmente a área da saúde, de um modo geral, visto que isso, não é de responsabilidade exclusiva do governo e sim, de cada cidadão.16

Criação de ambientes favoráveis a saúde

Do ponto de vista do paradigma do ambiente como determinante da saúde, a habitação se constitui em um espaço de construção e consolidação do desenvolvimento da saúde. A família tem na habitação seu principal espaço de sociabilidade, transformando-a em um espaço essencial, veículo da construção e desenvolvimento da Saúde da Família. A habitação é entendida, desta forma, como a ação do habitat em um espaço que envolve o elemento físico da moradia (e/ou qualquer ambiente físico construído), a qualidade ambiental neste espaço construído, no seu entorno e nas suas inter-relações. Conseqüentemente, há uma necessidade de um enfoque sociológico e técnico para o enfrentamento dos fatores de risco, desde o início do processo de idealização e construção deste espaço, por meio da promoção adequada do desenho, da localização, da habilitação, da adaptação, gerenciamento, uso e manutenção da habitação e de seu entorno.²⁹

A Promoção de Saúde vem se consolidando exatamente enquanto espaço de reflexão da história social do processo saúde-doença, como campo de implementação de estratégias que aliem o conhecimento e as práticas, incorporando e analisando os determinantes biopsicossociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais. Utiliza como principal estratégia a ampliação do conceito de saúde e de qualidade de vida, propondo a articulação com outros setores, como habitação, urbanismo, meio ambiente, educação, cultura, trabalho, economia, justiça, transporte e lazer, entre outros. Além do trabalho intersetorial, é necessário também a observância dos determinantes sociais, de modo a favorecer uma maior mobilização social na implementação de ações que promovam a sustentabilidade, a defesa pública da saúde, a equidade e a justiça social.²⁹

A Promoção da Saúde no Brasil apresenta como proposta a reorientação dos sistemas de serviços de saúde e de gestão ambiental. Propõe o redesenho de programas de saúde que contemplem a integralidade, a humanização e a equidade. Enfatiza ainda a intersetorialidade como política de promoção da qualidade de vida e a participação / empoderamento, com o intuito de valorização da capacidade crítica e reflexiva dos agentes sociais diante do contexto e dos determinantes econômicos, sociais, culturais e ambientais em saúde.²⁹

A iniciativa da Habitação Saudável é anterior ao movimento de Promoção da Saúde, pois se desenvolveu a partir de 1982, em Buffalo/Nova York, no Centro de Medicina Coletiva. Esta iniciativa teve como resultado a criação de um Centro de Saúde na Habitação, promulgando o conceito de higiene do meio, capacitando voluntários para apoiar a comunidade nas questões relativas à precariedade do meio. A Universidade de Nova York/ Buffalo desenvolvia projetos em Honduras na Comunidade Flor Del Campo, na Bolívia, em cooperação com a Universidad San Simón de Cochabamba, e na Venezuela, com a Escola de Saúde Pública Arnoldo Gavalón, em Maracay.²⁹

Considera-se, então, que o Centro de Saúde na Habitação de Nova York é um antecedente; porém, há outros antecedentes com outros grupos de trabalho da Região. Em Havana, por exemplo, no Instituto Nacional de Higiene e Epidemiologia, em Cuba, teve início a investigação sistemática da habitação, principalmente projetos típicos, abarcando a qualidade do ar interior, acústica, iluminação, microclima e ventilação, vibrações, introduzindo estudos epidemiológicos de impacto, tudo conduzido para a melhoria do desenho da habitação no nível de projetos construtivos e dentro de uma ótica intersetorial.³⁰

Na própria Venezuela, a Universidade dos Andes, em Mérida, nos anos 90, conduziu um Plano de Habitação Rural com desenhos de espaços saudáveis que estavam dentro da ótica do saneamento, que incluía luta contra vetores, água e disposição de resíduos, como também conforto climático e funcionalidade.³⁰

Também no mesmo período, a Faculdade de Arquitetura da Universidade Autônoma do México – UNAM, na Cidade do México, começou a vincular os termos da habitação e da saúde dentro da ótica de formação de arquitetos. Tratava-se do desenvolvimento de uma linha de teses de arquitetura baseada nesta temática, que se estendeu a universidades de outros estados mexicanos. ³⁰

Ao mesmo tempo, em Santiago de Chile, a Pontifícia Universidade Católica começou a desenvolver intervenções sociais com as amas de casas sociais, particularmente na área de atenção psicológica para famílias com disfunções, como foi o caso da Vila dos Navios, em Santiago. E, na Nicarágua, se iniciou um trabalho em Higiene da Habitação com moradores de assentamentos marginais por parte da UNAM. Na Jamaica, também havia um grupo que desenvolvia atividades no campo da melhoria das habitações de interesse social. Na Argentina, em Chaco, desde fins dos anos 80, se trabalhava com melhoramentos das habitações, auspiciado pelo Clube de Leões, com o acompanhamento da Organização Pan-americana da Saúde – OPS. 31

Outras iniciativas de Habitação Saudável ocorrem no campo da Habitação e do Urbanismo, preconizando, também, a elaboração de projetos que discutam o conceito ampliado de habitação, incluindo as dimensões sanitária, sociocultural e psíquica com adequação, integração e funcionalidade dos espaços físicos intra e Peridomiciliares; utilização de tecnologia alternativa; prevenção de acidentes e desastres; criação de áreas de convívio para realização de atividades culturais, esporte e de lazer e observância do contexto físico-geográfico, socioambiental, cultural, climático. Estas iniciativas, em sua grande maioria, vinham acompanhadas de trabalho de educação ambiental. Podem ser citadas entre tantas iniciativas como: Arquitetura Ecológica; Desenho Urbano; Desenho Ambiental e Biocidades; Arquitetura Bioclimática; Arquitetura da Terra.³¹

Assim, no esforço da articulação entre o Movimento de Promoção da Saúde e Habitação Saudável, uma reflexão se faz necessária: como produzir conhecimento teórico e prático, visando novos e melhores projetos que integrem ações nos campos da habitação, urbanismo, meio ambiente e saúde? 31

A resposta para esta reflexão se encontra no entendimento dos conceitos de habitabilidade e ambiência. O conceito habitabilidade Urbana parte do pressuposto de que a habitação deve ser entendida em um sentido mais abrangente e sistêmico, no sentido de pertencimento, de usufruto e de direito à cidade. Isto é, inclui a oferta e o acesso por parte da população à rede de infra-estrutura urbana e de acesso aos equipamentos públicos. Diz respeito à questão do pertencimento ao território e da inclusão dentro de um amplo contexto urbano, dando visibilidade ao pleno exercício de fruir, usufruir e construir um espaço com qualidade de saudável/habitável 30.

Nesse sentido, surgem movimentos populares como o da Reforma Urbana, cuja luta é pelo acesso dos cidadãos às cidades, visando reduzir a desigualdade social e garantir a cidadania.²⁹

O desafio é construir uma cidade que seja solidária, democrática, justa e inclusiva. É uma nova concepção da cidade, com novas propostas de enfrentamento das questões da contemporaneidade urbana, contribuindo para que novas vozes sejam ouvidas. Entre as questões de interesse, estão a violência urbana e o desenvolvimento local; a elaboração de uma política urbana estruturada que vá além das políticas habitacionais; a criação de novas bases de economia solidária; o habitat social; e a implementação de fóruns de debate e discussão, capacitando novas lideranças e permitindo novas articulações entre instituições do asfalto e das favelas.²⁹

A criação de ambientes favoráveis à saúde, no campo da saúde, foi refletida e consolidada na Constituição Federal de 1988, quando houve a construção de uma nova política de saúde no Brasil. Política que tinha olhar integral sobre o ambiente em todas as suas dimensões, onde estavam inseridos os indivíduos e suas famílias, incentivando, desta forma, a criação de estratégias como a da Saúde da Família, que estavam imbuídas de conceitos como multidisciplinariedade, territorialização, vinculação e responsabilização.³¹

Assim, tanto a Estratégia da Saúde da Família quanto a iniciativa da Habitação Saudável vinham trabalhando com a questão do local, onde a família habita e está inserida, incorporando a sua prática, conceitos como a multidisciplinariedade, a territorialidade; a privacidade; a identidade (vinculação) e a ambiência.³⁰

A iniciativa da Habitação Saudável surge como uma proposta no sentido de unir esforços com a Estratégia da Saúde da Família, criando o Centro de Atenção Primária à Saúde da Família, Ambiente e Habitação, projeto piloto que analisa as possibilidades de inclusão e expansão da Estratégia da Saúde da Família, onde além das ações de cuidado à família sejam inseridas a atenção primária ambiental e a melhoria sanitária domiciliar, ambas fundamentadas no conceito de Habitação Saudável como caminho para a Promoção da Saúde. Dessa forma, expande o número de agentes comunitários em saúde e técnicos e os capacita na temática da Habitação Saudável como caminho para a Promoção da Saúde, para a percepção dos riscos ambientais e habitacionais existentes em áreas precárias urbanas.^{27,28}

Mostra-se, portanto, que Habitação Saudável e a Estratégia da Saúde da Família, como estratégias importantes dentro da Promoção da Saúde, necessitam para uma maior resolutividade, um olhar integral sobre o ambiente em suas dimensões físicas, socioculturais e biopsicossociais, o que certamente induz ao desenvolvimento de ações intersetoriais, aliando mobilização social, equidade, justiça social e defesa pública da saúde. A implementação de espaços saudáveis depende da elaboração de políticas públicas saudáveis. Políticas elaboradas a partir do estudo e da reflexão sobre a leitura do espaço físico, seja macro urbano ou micro habitacional, leitura essa que promova a maior identidade com a realidade local e dê maior visibilidade às aspirações e desejos individuais e coletivos, adicionando e incorporando o conceito de habitação saudável.^{27,28}

Enfim, o que se propõe é incentivar a Promoção da Saúde, enquanto estratégia que ultrapassa o setor da saúde, contemplando as questões ambientais e habitacionais, dentro dos determinantes sociais da saúde e da qualidade de vida. Uma estratégia que busca junto à diversidade de atores e sujeitos, um diálogo democrático, participativo e intersetorial, em prol de múltiplas ações de melhoria da qualidade de vida e de mudança social.²⁷

EXPERIÊNCIA DO PROJETO RONDON

A operação do Projeto Rondon, realizada pelos alunos e professores da Faculdade São José, em Silvanópolis no estado do Tocantins, ocorreu em janeiro de 2010, onde foi possível vivenciar a promoção de saúde sob a lógica das ações, conforme segue:

EDUCAÇÃO EM SAÚDE



Figura 1 – Palestra de Educação para Saúde Bucal



Figura 2 – Palestra de Orientação Sexual.



Figura 3 e 4 – Escovação Supervisionada.

INTERVENÇÕES CLÍNICAS



Figura 5 - Atendimento no Posto de Saúde. Fonte do próprio autor



Figura 6 - Intervenções Clínicas – TRA.



Figura 7 – TRA – Tratamento Restaurador Atraumático.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE



Figura 8 – Curso de Capacitação de ASB.

ORGANIZAÇÃO DAS COMUNIDADES EM PROL DA AQUISIÇÃO DE PRÁTICAS SAUDÁVEIS



Figura 9 – Confeção de Sabão através de óleo de cozinha.



Figura 10 – Práticas de Esportes

CRIAÇÃO DE AMBIENTES FAVORÁVEIS A PRÁTICA DE SAÚDE



Figura 11 – Gincana de Coleta seletiva de lixo

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção de saúde é um movimento amplo em busca de qualidade de vida das pessoas que considera que para ser saudável a ausência de doença não é necessária nem tão pouco suficiente, Os fatores sociais, econômicos e psicológicos é que irão determinar o binômio saúde-doença.

A promoção de saúde se efetiva através de cinco áreas de ação que mutuamente contribuem para a melhoria da saúde da população. Estas incluem: educação em saúde, intervenções clínicas, políticas públicas de saúde, organização das comunidades em prol da aquisição de práticas saudáveis e a criação de ambientes favoráveis à saúde.

O presente trabalho mostra as principais diretrizes, que rege a prática de promoção de saúde, e suas aplicabilidades na sociedade, a experiência vivida na operação do Projeto Rondon, em Silvanópolis – TO, proporcionou aos alunos observar na prática a importância do conhecimento da Promoção de saúde Bucal baseada em ações.

Salienta-se que a promoção de saúde, é envolvida por vários setores como educação, esporte, lazer, saneamento básico, políticas públicas etc, e que todos os segmentos da sociedade devem estar engajados para colocarem em prática as ações com responsabilidade e competência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assaf AV, Pereira AC. *Avaliação de risco em odontologia*. In: Pereira AC & Colaboradores *Odontologia em saúde coletiva*. Porto Alegre: Artmed, 2003;18:310- 325.

Almeida, R. V. D.; Padilha W. W. N. *Clínica Integrada: É possível promover saúde bucal numa clínica de ensino odontológico?* Pesq Bras Odontoped Clin Integ, João Pessoa, 2001;1(3):23-30,

Anderson, H. *Uma reflexão sobre a colaboração cliente-profissional*. Fam. Syst. Health, 2001;14:193-206,

Bastos JRM, Peres SHCS, Ramires I. *Educação para a saúde*. In: Pereira AC & Colaboradores. *Odontologia em saúde coletiva*. Porto Alegre: Artmed, 2003;(6):117- 139.

Barros OB, Pernambuco RA, Tomita NE. *Escovas Dentais*. PGR- PÓS GRAD Ver Fac. Odontol. São José dos Campos 2001;4(1):32-37.

Berg JH. *Detecção Precoce de Cáries Dentárias como Parte da Manutenção da Saúde Bucal Infantil*. *Compêndium de Educação Continuada em Odontologia* 2005;26(5):26-31.

Bezerra ACD, Toledo AO. *Nutrição, Dieta e Cárie*. In: Kriger L. *ABOPREV: promoção de saúde bucal*. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999;3: 43-68.

Botazzo C. *Saúde bucal e cidadania: transitando entre a teoria e a prática*. In: Pereira AC & Colaboradores. *Odontologia em saúde coletiva*. Porto Alegre: Artmed, 2003;8(1):18-27.

Buischi YP, Axelsson P. *Controle Mecânico do Biofilme Dental realizado pelo Paciente*. In: Kriger L. *ABOPREV: promoção de saúde bucal*. São Paulo: 1999;2(7):121-139.

Brasil. Ministério da Educação e Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros Curriculares nacionais: apresentação dos temas transversais: terceiro e quarto ciclos*. Brasília, DF, 1998;1. (várias paginações)

Campos JADB, Garcia PPNS. *Comparação do conhecimento sobre cárie dental e higiene bucal entre professores de escolas de ensino fundamental*. *Cienc Odontol Bras* 2004 jan/mar;7(1):58-65.

Cardoso AL, Medeiros UV, Bastos LF. *Evolução da prática odontológica: educação em saúde em seu contexto*. *RBO*,2006;63(1)(2):45-48.

Caulfield PW. *Cárie Dentária: Uma Doença Infecciosa e Transmissível*. *Compêndium de Educação Continuada em Odontologia*, 2005;26(5):11-18.

Cavaliere AM. *Para Onde Caminham Os CIEPs? Uma Análise Após 15 Anos*. *Cad. De Pesquisa*, São Paulo, 2003;119:149-176.

Cerveira JA. *A Influência Da Qualidade De Vida Na Ocorrência Da Doença Cárie Em Pré-Escolares [Dissertação de Mestrado]*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo;2003.

Chaves M. *Odontologia Social*. São Paulo 1986:3

Cruz GM, Salvador MS, Drumond MM. *Satisfação Do Usuário Adolescente Em Relação A Um Programa De Saúde Bucal Escolar: Um Estudo Qualitativo*. *Arquivos em Odontologia*, Belo Horizonte,br/jun.2005; 41(2):105-192.

Dias AF, Barbosa GB, Prais MLCF. *Papel Social Da Escola Na Construção De Hábitos Saudáveis Por Meio Do Programa De Promoção Da Saúde Bucal Bucal.[Monografia de Especialização em Saúde Coletiva]*. Brasília: Associação Brasileira de Odontologia DF;2004.

DOERJ. Resolução SEE/SEDEC/SES 77 de 28/02/2003. Rio de Janeiro: Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. DOERJ,2003;134:16-17.

Egypto AC, Vonk FVV, Barbirato MA, Silva MCP, Saião Y. *A escola e o professor no trabalho com orientação sexual, prevenção da DTS/AIDS e drogas*. Programa Salto para o Futuro/TVescola,2002. Disponível em: <http://www.tvebrasil.com.br/salto/boletins2002/sos/teimp.htm> [2008 jan. 25

Morgan, E. L. *The world wide web and mosaic*. *Public access computer systems review*. 1994; 1(2): 22-25,

Cohen SC et al. *Habitações saudáveis no Sus, uma estratégia de ação para o PSF: uma incorporação do conceito de habitação saudável na política pública de saúde e ambiente* 2004; 9(3):807-813;

Buss PM. *Promoção da saúde no Brasil [palestra]. I Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde*. 10 de maio de 2005. Rio de Janeiro, Brasil.

Rede Brasileira de Habitação Saudável. Documentos. [acessado 2005 Mai 10]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/rbhs/index.html>

Fundação João Pinheiro. *Inadequação habitacional*. In: *Déficit habitacional no Brasil 2000*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; 2000.

Ribas O. *A sustentabilidade das cidades: os instrumentos de gestão urbana e a construção da qualidade ambiental [tese de doutorado]*. Brasília: CDS / UnB; 2003.

Silva AA. *Reforma urbana e o direito à cidade*. Porto Alegre: Revista Polis; 1991. Disponível em: <http://www.polis.org.br>

Cadernos da Oficina Social. Desenvolvimento local. Rio de Janeiro: Oficina Social; 2000.

Kickbusch I. The end of public health as we know it [conferência]. Seminário “O futuro da saúde pública: uma nova visão para as Américas”. setembro de 2004; ENSP, Rio de Janeiro.

Lista F.A importância da organização da comunidade para conquistas sociais. EMBRAPA-MT;2007. Disponível em : <http://hotsites.sct.embrapa.br/prosarural/programacao/2007/estrategias-para-organizacao-comunitaria>

Atenção Básica e a Saúde da Família ;2008, Disponível em : <http://dab.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>