

Similaridades e diferenças sobre promoção de saúde e educação em saúde na opinião de concluintes de odontologia

Similarities and differences about health promotion and health education according to dentistry students

Cristiane Assunção da Costa **CUNHA***
Iris do Céu Clara **COSTA****

**Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva*
***Professora Doutora do Programa de Pós Graduação em Odontologia Preventiva e Social-UFRN*

RELEVÂNCIA CLÍNICA

A educação em saúde representa o principal instrumento de promoção da saúde, enquanto paradigma vigente na Ciência Odontológica. Assim, este artigo oportuniza, o entendimento dessas práticas sociais, viabilizando a ocorrência das mesmas no exercício profissional, pautado numa participação politizada, atuante, humana e cidadã, que possa contribuir na transformação da sociedade.

RESUMO

Este trabalho analisou os significados que concluintes de odontologia de duas universidades: pública (UFRN) e particular (UNP) de Natal/RN têm, a respeito da promoção de saúde e educação em saúde, além da importância dessas práticas na profissão. Coletou-se os dados através de um questionário, cujas respostas foram categorizadas e descritas. Os resultados mostraram que parte dos alunos (58,3% da UFRN e 41% da UNP) percebem promoção de saúde e educação em saúde, com o mesmo significado. Descrevem educação em saúde como atividades centradas em orientações de higiene oral e geral, promoção de saúde como ações práticas preventivas e curativas, desde que de âmbito coletivo. Sobre os conhecimentos relacionados aos temas, 40% (UFRN) e 42,9% (UNP), relatam serem suficientemente ministrados, principalmente pela Odontologia Preventiva e Social. Todos os pesquisados acharam importante promover saúde e educar para a saúde, embora não consigam distinguir claramente as duas práticas. Conclui-se que, os significados de promoção de saúde e educação em saúde, foram confundidos, superpostos, gerando respostas duvidosas, às vezes ambíguas, o que nos leva a sugerir discussões mais aprofundadas durante a formação acadêmica do aluno, para um melhor entendimento das similaridades e diferenças entre essas áreas de atuação, já claramente colocadas pela literatura pertinente.

PALAVRAS-CHAVE

Promoção da saúde; educação em saúde; higiene bucal.

INTRODUÇÃO

A atuação dos profissionais de saúde, passa por mudanças de abordagens sociais e de paradigmas que surgem neste início de século, passando de uma perspectiva essencialmente tecnicista, curativista, biologicista, para uma visão mais integral, holista, do homem como um ser pleno, com limitações e carências as mais diversas e pelo entendimento dos determinantes biopsicossociais do processo saúde-doença. Tudo isso tem exigido dos profissionais recém-ingressados no mercado de trabalho, um perfil mais humano, com mais sensibilidade e com conhecimentos voltados para a compreensão de questões mais amplas, envolvidas nesse contexto e de uma prática voltada especialmente para a promoção de saúde (Costa et al.⁸, 1999; Sinkoç¹⁹, 2001).

A literatura tem mostrado que uma cavidade bucal em perfeito funcionamento protege o organismo como um todo, contra doenças infecciosas e sistêmicas graves. Essa visão exige mudanças curriculares nas Academias de formação odontológica, com maior valorização para as disciplinas ligadas às ciências sociais (antropologia, psicologia, sociologia), deixando de capacitar os profissionais apenas para tratar as conseqüências das doenças e incentivando-os no papel de educador. A Educação em Saúde procura realizar atividades técnicas desenvolvidas em ambientes como: escola, local de trabalho, ambiente clínico e a comunidade, gerando ações que busquem mudanças individuais, mesmo que realizada em grupos. A Promoção de Saúde por sua vez combinaria ações mais amplas e de âmbito geral, do tipo: educacionais, ambientais, sociais, econômicas, organizacionais e reguladoras do comportamento humano, além de políticas de ação governamental que objetivem mudanças institucionais. A partir deste entendimento, a relação entre saúde e qualidade de vida exige diferentes abordagens sobre a causalidade e se expressam, através de diferentes padrões, ressaltando a necessidade de um modelo conceitual que integre informações, qualidade de vida, problemas de saúde e resposta social (Candeias⁵, 1997; Costa⁷, 2004).

A odontologia tem se fundamentado em um paradigma cirúrgico restaurador, que ajuda a compor um quadro sanitário

deficiente, com demandas de serviços de saúde acumuladas, sem resolutividade, que diminui o acesso da atenção à saúde, que não estabelece inter-relações entre saúde bucal e saúde geral, confrontando paradoxalmente com uma moderna odontologia do laser, implantes, resinas condensáveis, entre outras tecnologias conquistadas. Em função dessa distorção, os profissionais que estudam a saúde coletiva, têm se preocupado com a influência e contextualização dos determinantes sociais na etiologia das doenças da comunidade, cujos estudos buscam estratégias e ações de atenção coletiva que promovam saúde.

Loretto et al.¹¹ (2000) demonstraram por um lado, que há uma relação inversa entre renda familiar e CPO-D aos 12 anos, assim como, presença de todos os dentes aos 18 anos e perdas dentais. À medida que se eleva a renda, o CPO-D médio aos 12 anos decresce e aumenta o percentual de perdas dentais aos 18 anos. Para ser melhor entendido, o aspecto social da cárie terá que ser observado a partir da etiologia das desigualdades sociais, decorrentes em grande parte da concentração de renda, falta de participação na riqueza nacional, do desemprego, atraso tecnológico em alguns setores, elevado índice de analfabetismo, revelando a grande conotação social da saúde e da doença. Constata-se que a população de países que oferecem alta qualidade de vida, incluindo melhorias na educação e condição de moradia, como a Dinamarca, possui baixos índices de cárie.

Por outro lado, o comportamento humano se baseia nas atitudes tomadas pela classe social a que pertence. Quanto maior o status sócio-econômico, mais freqüentes serão as visitas ao cirurgião-dentista, existindo uma relação entre classe social e prática de prevenção dentária. No final do século passado e início deste, a mudança de paradigma decorrente da evolução do exercício médico, amplia o conceito e percepção de saúde-doença, direcionando as experiências dos indivíduos para o bem estar funcional, social e psicológico, onde o modelo sócio-situacional que fornece a base para a teoria e a prática da promoção de saúde, envolve mudanças no pensamento geral sobre o que representa saúde e as estratégias necessárias para produzi-la (Aquilantes et al.³, 2002).

O movimento de Promoção de saúde surgido no Canadá, em 1974, resultou em um documento que reúne os "Determinantes da Saúde", contemplando a Biologia Humana, ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde, como fatores que influenciam a saúde das populações. Neste documento, o estilo de vida é definido como um conjunto de decisões que o indivíduo toma a respeito da saúde e sobre os quais exerce certo grau de controle (Biazevic et al.⁴, 2002).

A multiplicidade de variáveis ambientais, sociais, políticas e econômicas que envolvem o processo saúde-doença, demonstram a ineficiência do modelo assistencial centrado apenas no aspecto biológico da doença, tornando alto o custo dessa prática. Os novos conhecimentos científicos, incluindo epidemiologia, metodologia e técnica de pesquisa, proporcionam ao profissional atuante na promoção de saúde, uma ação global na melhoria da qualidade de vida das pessoas, persuadindo à motivação, integração, auto-interesse, auto-estima, autocuidado, onde o paciente deixa de ser passivo e passa a trabalhar em conjunto com o profissional e a equipe (Nadanovsky¹⁴, 2000).

No que se refere à saúde como um todo enfatiza-se a necessidade dos cirurgiões-dentistas buscarem no contexto do ambiente, condições para ajudar o paciente na aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de condutas em seu

núcleo familiar, de maneira que cada indivíduo possa controlar o seu próprio futuro em termos de saúde, incluindo a saúde da boca, como parte integrante de um sistema uno e indivisível (Tavares et al.²⁰, 2001).

A Educação em Saúde deve envolver a participação comunitária, como uma das principais estratégias de ação, resgatando os princípios da atenção primária à saúde, bem como a adoção do novo paradigma da promoção de saúde (Abegg¹, 1999).

Costa et al.⁶ (2002) delinearão o perfil do estudante de odontologia, no sentido de contribuir na seleção de estratégias pedagógicas que possam melhorar a qualidade do processo de ensino-aprendizagem. O papel da Universidade segundo os autores é preparar profissional crítico e reflexivo, aplicando técnicas pedagógicas que facilitem sua inserção no mercado de trabalho.

Nesse sentido, a universidade Del Valle, em Calli, Colômbia, passa por um processo de transformação acadêmica e curricular, em virtude de novos paradigmas da educação médica e necessidades das comunidades e serviços de saúde. La Escuela de Odontologia de la Universidad Del Valleque, se originou como Departamento de Estomatologia e contava com um currículo basicamente de disciplinas clínicas, com deficiência no relacionamento social com a comunidade. Atualmente, a universidade trabalha com os acadêmicos em práticas extra-muros, trabalhos de campo em equipe, dentre outros programas, envolvendo os alunos com os pacientes e a realidade social das comunidades, sensibilizando os profissionais para a realidade do seu dia-a-dia, do seu país e de sua profissão (Hernandez & Arizabaleta¹⁰, 2001).

No contexto deste processo a construção de políticas públicas saudáveis, o fortalecimento da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades de autocontrole, a autonomia pessoal, a reorientação dos serviços odontológicos são tarefas dos profissionais atuantes na promoção de saúde. A atividade odontológica e a escolha vocacional dos cirurgiões-dentistas estão voltadas para interesses nas áreas investigadoras, realistas e empreendedoras, preferindo a manipulação sistemática de objetos e instrumentos que priorizam poder, status e pouca habilidade nas relações humanas, caracterizando assim a odontologia como uma profissão de natureza técnica (Sheiham & Moysés¹⁷, 2000; Sheiham¹⁸, 2001).

Nicodemo & Naressi¹⁵, (2002), analisando o perfil dos alunos de odontologia em São José dos Campos-SP desde o início da graduação, concluíram que os alunos terceiro-anistas priorizam as disciplinas pré-requisitos para a prática clínica propriamente dita, em detrimento daquelas diretamente relacionadas com atividades educativas, voltadas à comunidade. A postura tecnicista encontrada nos alunos foi justificada pelo distanciamento das disciplinas iniciais do curso, as quais dão o suporte científico que proporcionam o entendimento da realidade social.

Costa et al.⁹ (2000) em pesquisas com Universidades Brasileiras sobre o desenvolvimento de atividades extra-murais, relatam que o modelo curricular da maioria dos cursos proporciona um processo de ensino-aprendizagem fragmentado, com ênfase curativo-reparadora, voltado para a prática individual e especialização precoce. Ao comparar atividades clínicas desenvolvidas em instituições públicas e privadas, as faculdades públicas desenvolvem uma maior quantidade de atividades clínicas, mostrando uma distorção na formação do profissional atuante na Odontologia, que é naturalmente estimulado desde o período acadêmico a se

tornar um especialista ao invés de um generalista.

Reiterando a importância da formação de um profissional generalista na Odontologia, Álvarez⁷ (2000) descreve o papel que as Universidades desempenham na formação dos recursos humanos, criando possíveis alternativas para desenvolver programas de extensão universitária com articulações nos serviços de saúde, comunidade e academia, que proporcionem ao aluno uma compreensão maior do retorno social de cada profissão.

O marco conceitual na transformação curricular refere-se ao papel das Faculdades como Instituição Educativa, responsável em formar profissionais capazes de atender as necessidades das comunidades. Marcos¹³ (2000) aponta propostas pedagógicas com tendências socialmente avançadas que falham na articulação de conteúdos e na montagem de um sistema de atenção integral, formando profissionais individualistas com visão fragmentada do processo saúde-doença. Estudos a respeito da avaliação de ensino são referidos pelo autor, considerando alguns pontos críticos: as escolas guardam uma distância significativa entre ensino e a realidade social, além da mercantilização do ensino com um crescimento descontrolado de novos cursos de odontologia. Segundo o autor a criação de novos cursos deveria ser seguida por uma avaliação à questão central sócio-epidemiológica subordinada ao contexto social e à densidade científica, como resposta às necessidades da população. A análise-prospectiva das condições atuais do ensino odontológico, se fundamenta na necessidade de definição do recurso humano desejável na odontologia, numa equipe odontológica ou de saúde bucal; no modelo curricular com base no processo de articulação de matérias, conteúdos e áreas; na formalização do sistema de atenção à saúde assegurando uma teoria orgânica à prática; na reorientação educacional, planejamento com participação de docentes, discentes, funcionários, comunidade, metodologia de ensino, formação multiprofissional, reorientação especial e temporal do currículo, sistematização da formação básica do clínico generalista, entre outras.

Para Manfredini¹² (1996), as atividades educativas desenvolvidas na maioria das vezes, através de palestras, é a reprodução de um curso simplificado de Odontologia Preventiva, onde a equipe de saúde bucal não está preparada para compreender a variedade de aspectos do comportamento humano e social, a natureza dos fatores que influenciam o processo educativo e a mudança de comportamento. No século XIX, as poucas atividades educativas realizadas eram dirigidas às elites. No início do século XX, passaram a ser realizadas em centros de saúde, durante campanhas sanitárias. A partir de 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública, novas técnicas foram introduzidas à educação de grupos, aos recursos audio-visuais e no desenvolvimento e organização de comunidades. Nos dias atuais a educação em saúde tem como concepção, a busca permanente da construção dos conceitos, atitudes e comportamentos pelos próprios sujeitos participantes.

A partir de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, da articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos institucionais, comunitários, públicos e privados devem ser direcionados para seu enfrentamento e resoluções. O conceito moderno de promoção de saúde surge de forma mais vigorosa nos últimos vinte anos, nos países em desenvolvimento, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental. A

este respeito, três importantes conferências internacionais sobre promoção de saúde, realizadas entre 1986 e 1991 em Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsväl (1991), estabeleceram as suas bases conceituais e políticas. Esta, é antes de mais nada, um movimento social e de profissionais de saúde, que surge como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do próprio sistema de saúde (Promoção¹⁶, 1999).

Partindo do exposto, este trabalho teve como objetivo avaliar a percepção de alunos concluintes de Odontologia de duas Instituições de ensino superior, no discernimento dos conceitos de Promoção de Saúde e Educação em saúde, assim como, a suficiência das abordagens pelas disciplinas curriculares sobre esses temas e qual a importância dessas práticas no exercício profissional.

MATERIAL E MÉTODO

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário, com perguntas objetivas e subjetivas, aplicado entre 34 alunos, concluintes de dois Cursos de Odontologia de Natal/RN, um de Universidade pública (Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN) e outro de Universidade Privada (Universidade Potiguar-UNP). O referido questionário continha questões referentes a conceitos de promoção de saúde, importância da promoção de saúde no exercício do dia-a-dia profissional, diferenças entre promoção de saúde e educação em Saúde além de exemplos de ações consideradas de promoção de saúde. As respostas foram analisadas qualitativamente pelo processo de categorização e quantitativamente através da estatística descritiva, por meio de frequências e percentagens, representadas por gráfico ou quadro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão representados no gráfico e quadros a seguir e serão comentados gradativamente.

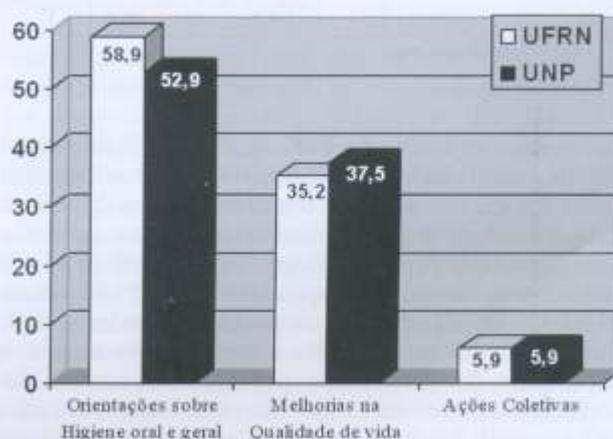


Gráfico 1 - Significados do termo promoção de saúde entre concluintes de Odontologia, Natal/RN, 2003.

Fonte: Pesquisa de Campo

Conforme podemos observar, o Gráfico 1 mostra os significados do termo promoção de saúde na visão dos alunos concluintes das duas Instituições de ensino. Dos sujeitos pesquisados 58,9% e 52,9% respectivamente da UFRN e UNP conceituaram Promoção de Saúde como atividades educativas, com ênfase em orientações de higiene oral e geral. O restante define promoção de saúde como melhorias na qualidade de vida UFRN (35,2%) e UNP (37,5%); e 5,9% de ambas as Instituições como ações coletivas sejam elas, preventivas e/ou curativas. Confrontando com a literatura, Costa⁷ (2004) define promoção de saúde como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que objetivam o desenvolvimento de ações e condições de vida que conduzem à saúde. Outro relato da literatura comenta a respeito do conceito de promoção de saúde que vem sendo elaborado por diferentes técnicos, conjunturas e formações sociais ao longo dos últimos vinte anos em outros contextos, diferentes da América Latina. O Conceito Moderno de Promoção de Saúde, é a constatação do papel protagônico dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, resgatando as proposições sanitárias do século passado onde as causas das epidemias eram tanto sociais, econômicas e físicas e por sua vez, os remédios eram prosperidade, educação e liberdade (Promoção¹⁶, 1999).

Quadro 1 - Suficiência dos conhecimentos ministrados sobre promoção de saúde na opinião de concluintes de odontologia, Natal/RN, 2003

JUSTIFICATIVAS DO SIM	UFRN		UNP		TOTAL
	n	%	n	%	
Práticas de pesquisa e extensão	5	50,0	2	28,6	7
Bem ministrado nas disciplinas	4	40,0	3	42,9	7
Há necessidade de buscar complementos em livros	1	10,0	2	28,6	3
TOTAL	10	100,0	7	100,0	17
JUSTIFICATIVAS DO NÃO	UFRN		UNP		TOTAL
	n	%	n	%	
Os conceitos não são bem esclarecidos	3	42,9	3	30,0	6
Ações educativas insuficientes	1	14,3	0	0,0	1
Pouca carga horária e pouca prática	3	42,9	7	70,0	10
TOTAL	7	100,0	10	100,0	17

Fonte: Pesquisa de Campo

Os resultados do Quadro 1 revelam que 40% dos alunos da UFRN e 42,9% da UNP relatam que os assuntos referentes ao tema em questão são bem ministrados pelas disciplinas listadas adiante, reforçados por atividades práticas realizadas em projetos de pesquisa e extensão (50% e 28,6% respectivamente desenvolvidos pela UFRN e UNP). Nicodemo & Naressi¹⁵ (2002), reiteram os nossos resultados quando relatam que a postura tecnicista encontrada nos alunos da sua pesquisa foi justificada, pelo distanciamento das disciplinas iniciais do curso, que atuam na integração com a realidade social. Sobre essa questão Costa et al.⁹, (2000), em pesquisa com diferentes Universidades Públicas e Privadas Brasileiras que trabalham com práticas de promoção de saúde através de atividades extra-murais nos currículos, consideraram que das 86 instituições examinadas, 44 eram compromissadas em formar um profissional promotor de saúde, em função do desenvolvimento dessas atividades, o que é um dado positivo na formação de recursos humanos mais atuantes e conscientes

do seu papel social.

Os Quadros 2 e 3 a seguir, mostram respectivamente a abordagem sobre promoção de saúde em algumas disciplinas e a importância desses conceitos para o exercício da profissão.

Quadro 2 - Disciplinas que abordam o tema promoção de saúde nos seus conteúdos, segundo relato de concluintes de Odontologia, Natal/RN, 2003

DISCIPLINAS	UFRN		UNP		TOTAL
	n	%	n	%	
Odontologia preventiva social	17	63,0	28	82,4	45
Odontopediatria	3	11,1	2	5,9	5
Dentística	6	22,2	1	2,9	7
Sociologia	1	3,7	1	2,9	2
Periodontia	0	0,0	1	2,9	1
Prótese	0	0,0	1	2,9	1
Total	27	100,0	34	100,0	61

Fonte: Pesquisa de Campo.

Quadro 3 - Importância da promoção de saúde no dia-a-dia profissional, segundo concluintes de Odontologia, Natal/RN, 2003

IMPORTÂNCIA	UFRN		UNP		TOTAL
	n	%	n	%	
Evita doenças	5	29,4	0	0,0	5
Melhora a qualidade de vida das pessoas	3	17,7	2	11,8	5
Orienta a população	2	11,8	5	29,4	7
Permite melhorias na saúde geral e oral	4	23,5	6	35,3	10
É importante, mas só é válido quando feito em equipe.	1	5,9	1	5,9	2
Dumimi as ações curativas	1	5,9	3	17,6	4
O profissional se atualiza	1	5,9	0	0,0	1
Não justificou	2	11,8	1	5,9	3
Total	17	100,0	17	100,0	34

Fonte: Pesquisa de Campo.

A promoção de saúde foi abordada segundo relato dos alunos nas disciplinas de Odontologia Preventiva e Social 63% (UFRN) e 82,4% (UNP), seguido de Odontopediatria 11% (UFRN), 5,9% UNP e Dentística 22% (UFRN) e 2,9% (UNP). Resultados similares foram encontrados em pesquisa de análise das atividades extra-murais em odontologia nas Universidades brasileiras por Costa et al.⁹ (2000), que encontraram junto as disciplinas que realizam práticas de Promoção de saúde, a Disciplina de Odontologia Social, envolvida em 93,2% dos cursos pesquisados, seguida de Odontopediatria, Clínica Integrada e Periodontia.

O Quadro 3 mostra que todos os entrevistados afirmaram ser importante a promoção de saúde no dia-a-dia profissional citando algumas justificativas tais como: evita doenças, permite melhorias na saúde geral e oral, promove melhorias na qualidade de vida, como as mais frequentes dentre tantas outras. O modelo cirúrgico restaurador como prática de uma odontologia que promove um ciclo repetitivo de tratamentos, sem conseguir diminuir a prevalência de cárie e doença periodontal se faz necessário ser revisto, para que a Academia coloque no mercado de trabalho profissionais com participação ativa na qualidade de vida, prevenção, promoção e educação em saúde. Na literatura consultada, Tavares et al.²⁰ (2001), enfatizam a importância do cirurgião-dentista estar inserido no contexto social voltado para práticas de promoção de saúde e compreender os determinantes das doenças de uma forma ampla, de maneira que possa interferir oportunamente, evitando o desenrolar da sua história natural.

Quadro 4 - Exemplos de atividades de promoção de saúde e educação em saúde, apontados pelos sujeitos da pesquisa, Natal/RN, 2003

PROMOÇÃO DE SAÚDE	UFRN		UNP	
	n	%	n	%
Atividades educativas	9	58,9	8	52,9
Melhorar a qualidade de vida	2	11,8	1	5,9
Ações em saúde que necessitem de influências políticas e sociais	0	0,0	1	5,9
Ações coletivas	0	0,0	2	11,8
Não há diferença	6	35,3	4	23,5
TOTAL	17	100,0	17	100,0
EDUCAÇÃO EM SAÚDE	UFRN		UNP	
	n	%	n	%
Atividades educativas	8	47,6	11	64,9
Conscientização para manter a saúde	3	17,6	1	5,9
Ações coletivas	0	0,0	1	5,9
Não há diferença	6	35,3	4	23,5
TOTAL	17	100,0	17	100,0

Fonte: Pesquisa de Campo.

No Quadro 4 podemos verificar diferentes significados de Promoção de Saúde e Educação em Saúde entre os alunos pesquisados. Em ambas as Instituições, as atividades educativas aparecem com uma frequência elevada como exemplos de atividades tanto para a promoção de saúde quanto para a educação em saúde, mostrando a priori, uma confusão na hora desse discernimento. Outros exemplos de atividades foram citados, porém em menor frequência. Um outro ponto importante, é que nas Instituições pesquisadas, os alunos não enxergam diferença entre uma e outra atividade, o que nos leva a sugerir uma revisão clara desses conceitos por parte do corpo docente na hora de ministrá-los, pois geralmente os alunos refletem o conhecimento que lhes é repassado. Portanto, se há ambigüidade no entendimento, é porque os conceitos, similaridades e diferenças, não foram adequadamente estabelecidos.

Manfredini¹² (1996) refere-se à Educação em Saúde para identificar os processos técnicos informais de troca e socialização de conhecimentos e práticas relativos a um problema de saúde pública, concluindo que as atividades educativas são práticas sociais que evoluem e dependem do lugar e do tempo.

Sheiham & Moisés¹⁷ (2000) definem Promoção de Saúde como a construção de políticas públicas saudáveis, focadas em ações para melhorar as condições gerais de saúde da população, facilitando mudanças em comportamentos coletivos, implicando na incorporação da dimensão política e social como aspectos essenciais, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva, pelo fortalecimento da ação comunitária.

Complementando, Candeias⁵ (1997), Costa⁷ (2004) descrevem a respeito das interações abrangentes e complexas que envolvem o conceito de promoção de saúde envolvendo o universo cultural, normas e ambiente sócio-econômico, objetivando mudanças de comportamento organizacionais,

estruturais com influências institucionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em função dos resultados, observa-se que os alunos concluintes das duas Instituições pesquisadas confundem os conceitos de promoção de saúde e educação em saúde, os quais a literatura já coloca de forma distinta. Sugerimos discussões acadêmicas com um maior aprofundamento das diferenças e similaridades entre as duas áreas, por parte dos professores, para que as dúvidas possam ser dissipadas; uma vez que os alunos reproduzem os conceitos sobre os mais diversos temas, a partir dos ensinamentos que recebem nas Instituições onde estudaram.

Isso reflete a necessidade de uma melhor estruturação dos conteúdos ensinados, pois tem se observado de forma empírica, que essas confusões no entendimento da amplitude dos conteúdos de ambas as práticas sociais (Educação e Promoção de saúde) bem como das suas áreas de atuação não estão suficientemente claros para a maioria dos profissionais da saúde, incluindo os da Odontologia.

Finalmente, é importante esclarecer que existem entre ambas, pontos de aproximação e outros bem peculiares a cada uma delas. Como pontos comuns ou similares, podemos destacar a essência educativa que o produto final das duas práticas sociais devem ter. No que se refere aos tópicos distintos ou diferenças, podemos apontar que a prática de *Educação em Saúde* procura desencadear mudanças de *comportamentos individuais*, ou seja, tudo repousa no nível pessoal. A *Promoção de saúde* por sua vez, tem uma amplitude muito maior, ou seja, as medidas desenvolvidas nesta prática, extrapolam o nível pessoal e exigem um nível de decisão mais amplo, onde são necessárias mudanças de comportamento estruturais e organizacionais, que possam refletir e respaldar as *mudanças institucionais* necessárias para que ela ocorra.

ABSTRACT

This paper aimed to analyse the meanings that Dentistry students from two universities (public, UFRN; and private, UNP), both from Natal/RN, have regarding health promotion and health education, as well as the importance of these practices. The data was collected by using a questionnaire with questions whose answers were categorized and described. The results showed that several students notice that health education and health promotion, with the same meaning. They mention that health education is related to activities focused on orientation of oral and general hygiene, and health promotion would be represented by preventive and curative actions. About the acquired knowledge of the topic, 40% of the students from UFRN and 42,9% from UNP mention that it is enough given, specially by Social and Preventive Dentistry. All students think that it is important to promote health and to educate to health, even though they cannot establish a clear difference between these two practices. The conclusion is that the meanings of health promotion and health education has being confused, superposed, which suggests us deeper discussions about the subject during graduation of the students, so that they would have a better understanding of the similarities and differences between the two practices.

KEYWORDS

Health promotion; health education; oral hygiene.

REFERÊNCIAS

1. ABEGG, C. Notas sobre a educação em saúde bucal nos consultórios odontológicos, unidades de Saúde e nas escolas. *Rev. Ação Col.*, Brasília, v.2, n.2, p.25-28 abr/jun. 1999.
2. ÁLVAREZ, T.B. La nueva formación odontológica y el compromiso social con las comunidades. *Rev. Bras. Odontol. Saúde Col.*, Brasília, v.3, número especial, p.83-90, jul. 2000.
3. AQUILANTES, A.G. et al. Análise do nível educação odontológica dos pais / responsáveis de escolares da 3ª série do 1º grau e sua relação na motivação e educação odontológica de seus filhos. *Rev. Odontol. UNICID*, São Paulo, v.14, n.1, p.25-34, jan./abr. 2002.
4. BIAZEVIC, M.G.H.; ARAÚJO, M.E.; MICHEL-CROSATO, E. Indicadores de qualidade de vida relacionados com a saúde bucal: revisão sistemática. *UFES Rev. Odontol.* Vitória, v.4, n.2, p.13-25, jul./dez. 2002.
5. CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e organizacionais. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.31, n.2, p.209-13, abr.1997.
6. COSTA, A.M.D.D. et al. Contribuição do perfil do aluno de graduação em Odontologia para a redefinição dos recursos usados pelo professor no processo ensino-aprendizagem. *Rev. Fac. Odontol. Lins*, Lins, v.14, n.1, p.30-34, jan./jun. 2002.
7. COSTA, I.C.C. O Paradigma da promoção da saúde e sua interface com a saúde bucal. In: RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C.; FERREIRA, M.A.F. *Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar*. Natal: EDUFRN, P.163-174, 2004.
8. COSTA, I.C.C.; FERNANDES, L.M.A.G.; SILVA, A.L.; NEVES, H.F.A. Prevenção em odontologia, uma questão de atitudes: um paralelo entre os serviços público e privado em Natal-RN. *Rev. Fac. Odontol. Lins*, Lins, v.11, n. 2, p.52-59, jan./jun. 1999.
9. COSTA, I.C.C. et al. Integração universidade-comunidade: análise das atividades extramurais em odontologia nas universidades brasileiras. *Rev. CROMG.*, Belo Horizonte, v.6, n.3, p.146-157, set./dez. 2000.
10. HERNÁNDEZ, J.A.; ARIZABALETA, C.E. La Escuela de odontología de la Universidad Del Valle: nuevas miradas a nuevos retos académicos y sociales. *Rev. Bras. Odontol. Saúde Col.*, Brasília, Edição especial, p.25-30, Jul. 2001.
11. LORETTO, N.R.M.; SEIXAS, Z.A.; JARDIM, M.C.; BRITO, R.L. Cárie dentária no Brasil: alguns aspectos, sociais, políticos e econômicos. *Rev. ABO Nac.*, São Paulo, v.8, n.1, p.45-49, fev./mar. 2000.
12. MANFREDINI, M.E.G. *Educação em saúde bucal para crianças: projeto inovações do ensino básico - componente saúde*. Fundação do desenvolvimento administrativo-FUNDAP. São Paulo: [s.n.], 1996. 15p.
13. MARCOS, B. Marco conceitual do ensino odontológico: situação dos cursos de odontologia e pontos críticos. *Rev. CROMG.* Belo Horizonte, v.6, n.3, p.191-194, set./dez. 2000.
14. NADANOVSKY, P. Promoção da saúde bucal e a prevenção das doenças bucais. In: PINTO, V.G. *Saúde bucal coletiva*. 4.ed. São Paulo: Santos, 2000. p.293-309.
15. NICODEMO, D.; NARESSI, W.G. O perfil do aluno de odontologia do ingresso à sua graduação. *Rev. Odontol. Ciência Fac. Odontol. PUCRS*, Porto Alegre, v.17, n.36, p.135-145, abr./jun. 2002.
16. **PROMOÇÃO da saúde e saúde pública: contribuição para os debates entre as escolas de saúde pública da América Latina.** [s.l.; s.n.], 1999. 23p.
17. SHEIHAM, A.; MOYSÉS, S.J. O papel dos profissionais de saúde na promoção de saúde. In: BUISCHI, Y.P. *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. 4ªed. São Paulo: Artes Médicas, p.23-37, 2000.
18. SHEIHAM, A. Estratégias para promoção da saúde bucal. *Rev. Bras. Odontol. Saúde Col.*, Brasília, v.2, n.1, p.7-24, jan./jun. 2001.
19. SINKOÇ, C.R. Educação em saúde bucal e a motivação do paciente. *Rev. Odontol. Univ. Santo Amaro*, São Paulo, v.6, n.2, p.40-43, jan./dez. 2001.
20. TAVARES, M.J.; VIANNA, R.; TURA, L.F.R. O cirurgião-dentista inserido no contexto social como promotor de saúde bucal. *UFES Rev. Odontol. Vitória*, Vitória, v.3, n.1, p.16-22, jan./jun. 2001.

Endereço para correspondência

Iris do Céu Clara Costa

Av. Senador Salgado Filho 1787 Lagoa Nova, Natal/RN

CEP: 59056-000

Fone: (84) 215-4133

e-mail: irisdoceu@dod.ufrn.br