

Avaliação de oficinas de autocuidado aos portadores de periodontite crônica: cuidando dos usuários e cirurgiões-dentistas

The evaluation of self-care workshops to carriers of chronic periodontitis: taking care of users and dentists

Sharmênia de Araújo Soares Nuto¹
 Samuel Ilo Fernandes de Amorim²
 Marilyn Kay Nations³
 Íris do Céu Clara Costa¹

Abstract *The objective of this article is to evaluate the workshops of “accepting the patient” for dentists and of self-care for carriers of chronic periodontitis. The patients assisted at the periodontics clinics of graduation and post-graduation Dentistry courses and periodontics specialty students, in Fortaleza, Ceará State, Brazil, took part of educative workshops. A field diary was done in all workshops. The patients of both interventions and control groups answered a structured questionnaire at the beginning and at the end of the treatment. In order to compare the previous and post moments, in both groups, a McNemar test was performed, with a probability of $p < 0.05$. In the intervention group, there was an increase in knowledge related to the name, the causes and related factors of the disease ($p < 0.05$). In the control group there wasn't a rise in the understanding of the diseases' chronic character, unlike the intervention group. The dentists showed few abilities in dealing with chronic patients. It can be concluded that the educative workshops for carriers of chronic periodontitis increase the knowledge about the illness, its causes and its chronic character, especially by the pedagogical methodology used and the dialogue with the popular culture.*

Key words *Periodontitis, Motivation, Self care, Health education, Chronic disease*

Resumo *O objetivo deste artigo é avaliar as oficinas de “aceitação ao paciente” para os cirurgiões-dentistas e de autocuidado para os portadores de periodontite crônica. Pacientes em atendimento nas clínicas de periodontia dos cursos de graduação e pós-graduação em odontologia e alunos de especialização em periodontia, em Fortaleza (CE), participaram de oficinas educativas. Os pacientes do grupo de intervenção e controle responderam a um questionário estruturado no início e no final do tratamento. Foi realizado o diário de campo em todas as oficinas. Para a comparação entre os momentos antes e depois, nos dois grupos, foi realizado o teste McNemar, com uma probabilidade de $p < 0,05$. No grupo de intervenção, houve um incremento do conhecimento em relação ao nome, às causas e aos fatores relacionados à doença ($p < 0,05$). No grupo-controle, não houve aumento na compreensão do caráter crônico, ao contrário do grupo de intervenção. Os cirurgiões-dentistas demonstraram pouca habilidade em lidar com pacientes crônicos. As oficinas educativas aos portadores de periodontite crônica acrescentam conhecimentos sobre a doença, suas causas e seu caráter crônico, principalmente pela metodologia pedagógica utilizada e o diálogo com a cultura popular. Palavras-chave* *Periodontite, Motivação, Auto-cuidado, Educação em saúde, Doença crônica*

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza. Av. Washington Soares 1321, Edson Queiroz. 60811-341 Fortaleza CE. Universidade de Fortaleza. nuto@unifor.br

² Secretaria de Saúde, Prefeitura Municipal de Quixelô.

³ Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza.

Introdução

A educação em saúde tradicional permeia, basicamente, os grandes meios de comunicação de massa e os serviços primários de saúde, enfatizando a estruturação de instrumentos educativos, com vistas a propiciar a interação cultural entre população e profissionais de saúde, buscando nestas práticas ensinar aos pacientes os cuidados com o corpo, a saúde, a prevenção e o tratamento das doenças¹.

As práticas coercitivas do final do século XIX e início do século XX, baseadas na pedagogia da higiene, foram substituídas gradativamente por atividades educativas centradas no modelo KAB (*knowledge, attitudes, behaviour*/conhecimento, atitude e comportamento). O modelo KAB, principal método para caracterizar a corrente individualista de educação em saúde, acredita, em relação linear, que o indivíduo, após adquirir conhecimento, gera uma mudança de atitude e de comportamento, considerando que todas as pessoas agem de maneira lógica o tempo todo e reagem da mesma forma em qualquer situação, não levando em consideração as peculiaridades individuais².

Esse enfoque tradicional da educação em saúde, através da transmissão de conhecimentos, não dá importância aos processos de decodificação e ressignificação das informações recebidas pela população. As informações claras e objetivas não geram, por si, a reflexão, sensibilização e motivação para mudanças, pois essas são permeadas pelas representações sociais, pelos sentidos e pelos significados já existentes³.

Teixeira⁴ critica a educação em saúde tradicional, afirmando que o que ocorre é a educação bancária^{5,6}, havendo a imposição de conceitos para os populares, esperando que eles passem a assumir o controle de sua saúde. Complementa afirmando que a população, como forma de resistência ou de acordo com as condições de vida, reinterpreta os termos técnicos-científicos restabelecendo a relação entre os cuidados e o corpo, pois a cultura biomédica baseia-se no funcionamento do organismo e, além do comprometimento fisiológico, o indivíduo tem as necessidades psicológicas e socioculturais.

A corrente estruturalista de educação em saúde enfoca a causação social do processo saúde-doença, em que as condições de vida e trabalho são fatores essenciais do adoecer humano. Influenciada, na década de setenta do século XX, por Paulo Freire, a corrente estruturalista ganha força, constituindo o método de educação popular em saúde^{2,5-7}.

Assim, a educação popular em saúde foi buscada como principal alternativa para romper a tradição autoritária e normatizadora das práticas educativas em saúde. Falar de educação popular é, antes de tudo, falar de participação e inclusão social, pois a educação popular permite o desenvolvimento de diversas potencialidades da população¹.

Para tanto, precisamos de profissionais conscientes do seu papel de facilitador do processo ensino-aprendizagem que, superando seus preconceitos e o seu pensamento mecanicista, busquem a participação ativa dos educandos, utilizem metodologias apropriadas, priorizem a criação de espaços para o diálogo, valorizem e incorporem os saberes populares e almejem o *empowerment* da população envolvida.

A categoria *empowerment* surge como núcleo filosófico central da promoção de saúde, pois é definida como um processo que permite aos indivíduos e coletivos aumentarem o controle sobre os determinantes da saúde através da aprendizagem. Esta aprendizagem é feita durante as diversas fases da vida e inclui o melhor enfrentamento diante das doenças crônicas e das causas externas para possibilitar a conquista de uma melhor saúde⁸.

Assim, a utilização de metodologias participativas nas práticas educativas permite a tomada de consciência e reflexão de aspectos importantes na vida das pessoas, envolvendo emoções e sentimentos junto com as cognições, facilitando dessa forma a vivência de sentido, a emergência de novas percepções sobre fatos e acontecimentos e, sobretudo, a clarificação dos valores do grupo e o exercício do respeito à diferença, ou seja, ressignificar a experiência social e exercitar o respeito a si próprio e ao outro, num movimento dialógico de pensar e agir que permite que assumam e exercitem o papel de cidadãos³.

Partindo desse raciocínio, percebe-se que os portadores de doenças crônicas necessitam conhecer sua doença e aprender a conviver com ela, minimizando os efeitos causados através de uma adesão consciente ao tratamento⁹. Esta pesquisa foi desenvolvida com pacientes portadores de periodontites crônicas; a prevenção e controle dessa doença são dependentes da capacidade do paciente aderir ao tratamento, mantendo um acompanhamento profissional periódico.

Como também são sentidas as dificuldades do cirurgião-dentista em lidar com o paciente crônico, foram buscadas alternativas para esse problema.

Assim, temos como objetivo avaliar as oficinas de "aceitação ao paciente" para os cirurgiões-

dentistas e de autocuidado para os portadores de periodontite crônica, analisando o aumento de conhecimentos sobre periodontite crônica, aspectos culturais do adoecer e enfocando a aceitação do paciente em relação à sua enfermidade.

Métodos

Para a utilização de referenciais pedagógicos que estimulem a participação ativa dos sujeitos investigados no contexto de ensino-aprendizagem e que estabeleçam um processo de educação coletiva, este estudo buscou trabalhar com metodologias ativas de aprendizagem^{1-3,5-7}.

Inicialmente, foi realizado um estudo transversal descritivo, utilizando o referencial qualitativo através do estudo das concepções, crenças e atitudes dos pacientes portadores de periodontite crônica. Não é objetivo deste artigo a descrição dos resultados desta fase, que se encontram em outras publicações^{10,11}, mas a contextualização, pois as atividades educativas propostas partiram desta fase da pesquisa.

Após conclusão do diagnóstico inicial, foram verificadas diferenças nos modelos explicativo científico e popular; elevado conhecimento e motivação em relação à utilização de medidas preventivas; falhas na compreensão do caráter crônico das periodontites; geração de sentimentos de culpa, frustração e afastamento dos serviços de saúde^{10,11}.

Os pesquisadores, junto com uma equipe de psicólogos com experiências em atividades grupais, a partir do diagnóstico, elaboraram uma proposta de atividade educativa, definiram os instrumentos de avaliação da intervenção e realizaram um teste piloto com um grupo de pacientes em dezembro de 2005.

As oficinas educativas, respeitando a cultura popular, foram realizadas no grupo-intervenção e dividida em três momentos:

(1) Apresentação dos participantes – solicitação dos motivos da procura pelo serviço. Indagação do que há em comum aos participantes, iniciando pelas explicações dos membros do grupo. Em seguida, complementação da explicação da doença, através de desenhos. Por último, perguntava-se o que é uma doença crônica, apresentavam-se exemplos e forneciam-se explicações do caráter crônico das periodontites;

(2) Psicodrama didático – com cadeiras e a participação dos membros do grupo, fazia-se uma simulação do que ocorre na periodontite, usando-se como personagens o periodonto, o

dente, as bactérias, a limpeza (escova e fio dental) e o tártaro, além da discussão dos seus fatores causais;

(3) Estresse e periodontite – propunha-se que os participantes fechassem os olhos e realizava-se a leitura de um texto sobre uma cena de estresse na pré-história. Após a leitura, solicitava-se que os membros do grupo descrevessem os seus fatores estressores do dia a dia e medidas utilizadas para combatê-los. Daí explicava-se a relação do estresse e periodontite e se incentivava a utilização de medidas para sua diminuição.

Os pacientes portadores de periodontite crônica em atendimento nas clínicas de periodontia do curso de odontologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), da Universidade Federal do Ceará (UFC), da Universidade Camilo Castelo Branco (UNICASTELO) e da Associação Brasileira de Odontologia – seção Ceará (ABO-CE), no período de fevereiro a outubro de 2006, foram convidados a participar desta fase da pesquisa.

A amostra foi uma casuística nos meses de estudo e a aleatoriedade foi garantida através da definição prévia de turnos semanais diferenciados entre o grupo de intervenção e de controle. Um turno de atendimento seria do grupo de intervenção e outro para o controle e assim sucessivamente. A amostra final constituiu-se de 51 pacientes participantes do grupo de intervenção e 47 do controle

Os critérios de inclusão foram: a idade entre 25 e 59 anos, presença de periodontite avançada e a disponibilidade pessoal dos pacientes.

A periodontite avançada foi avaliada através do índice PSR (*Periodontal Screening and Recording*), em que o paciente deveria ter no mínimo um sextante com periodontite avançada (PSR = 4). Os sextantes compreendem regiões das arcadas dentárias agrupadas entre os dentes 17-14, 13-23, 24-27, 37-34, 33-43 e 44-47, em que o maior escore do PSR era registrado para cada um dos sextantes, que, se ausente, foi registrado com um X. Esse exame estava presente em todas as fichas clínicas.

No início e no final do tratamento, nos grupos de intervenção e controle, foram realizadas entrevistas estruturadas para avaliar o conhecimento em relação à periodontite crônica, utilizando um questionário, constando das seguintes variáveis: sexo, renda, idade, grau de escolaridade, dependência ao fumo, presença de diabetes, nome da doença, causas, fatores relacionados com o desenvolvimento da periodontite, intervenções realizadas quando a gengiva está inflamada, intervenções de autocuidado, procura

pelo dentista, conhecimento sobre o caráter crônico. No questionário, havia uma pergunta aberta sobre a etiologia da doença, na qual o entrevistado poderia listar livremente essas causas enquanto que, no item sobre os fatores relacionados ao desenvolvimento da doença, os pacientes eram solicitados a dizer sim ou não, depois de uma pergunta estimulada. Houve um agrupamento de categorias afins e, por isso, nas tabelas, em alguns itens, há um número superior de respostas em relação aos entrevistados.

O grupo-intervenção, além do tratamento clínico, entre o seu início e final, participou das oficinas educativas. O grupo-controle somente foi submetido ao plano de tratamento proposto pela clínica. O plano de tratamento clínico envolve não somente a intervenção direta na boca do paciente, mas instrução de higiene oral, segundo os protocolos pré-estabelecidos pelas clínicas de periodontia.

Foram realizadas oficinas de “aceitação ao paciente” com quatro turmas de especialização em periodontia, em Fortaleza (CE), com o intuito de sensibilizar os cirurgiões-dentistas para os aspectos emocionais, afetivos e culturais envolvidos nos portadores de periodontites crônicas.

As oficinas de “aceitação ao paciente” iniciavam-se com uma avaliação de um caso clínico em periodontia. A partir desta avaliação, era solicitado (em tarjetas) que os cirurgiões-dentistas refletissem os seus sentimentos envolvidos durante o atendimento de um caso semelhante. Os sentimentos afins eram agrupados. Em seguida, era feita uma exposição dialogada a partir das falas e sentimentos dos pacientes entrevistados na fase diagnóstica desta pesquisa. Encerrava-se a oficina com a sensibilização da necessidade do cuidado ao cuidador dos pacientes crônicos.

As participações e intervenções realizadas nos grupos de educação em saúde e nas oficinas de “aceitação ao paciente” foram registradas em um diário de campo.

Análise dos dados

Os dados foram elaborados através do programa Statistica (StatSoft, Inc.). As frequências observadas relativas aos momentos antes e depois nos grupos controle e intervenção foram analisadas pelo teste McNemar, com uma significância de $p < 0,05$.

O diário de campo foi sistematizado e as observações mais relevantes foram compiladas.

Aspectos éticos

As recusas e as solicitações de participar da pesquisa foram respeitadas. Os informantes tiveram suas identidades mantidas em sigilo e a concordância em participar da pesquisa foi firmada através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido segundo a normatização da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR, sendo aprovado em 26/07/2004 e todo o material coletado está sendo utilizado somente para fins de pesquisa.

Resultados

Tratava-se de uma amostra equitativa quanto ao sexo (48,98% masculino e 51,02% feminino). O grau de escolaridade (55,1% até o primeiro grau completo) e a renda (54,08% até dois salários mínimos) eram baixos. Quanto aos dois grupos considerados como de risco para periodontite crônica (diabéticos e fumantes), vimos que a adesão e/ou procura por serviços odontológicos especializados em periodontia é muito baixa entre os diabéticos (Tabela 1).

Em relação ao conhecimento sobre a periodontite crônica, houve pouca modificação no grupo-controle, após a realização dos procedimentos clínicos. Entretanto, existiu um incremento do conhecimento em relação às causas, ao nome da doença (periodontite ou piorréia, como é popularmente conhecida) e aos fatores relacionados com o desenvolvimento da periodontite crônica no grupo de intervenção. Dentre os fatores causais, o aumento significativo ($p < 0,05$) ocorreu em relação à presença de bactérias específicas e ao fumo e à diminuição de pacientes que não sabiam da causa (Tabela 2).

Apesar de 39,8% de fumantes e ex-fumantes na amostra, o cigarro foi citado somente 13,7% e 8,1% nos momentos “depois”, respectivamente nos grupos-controle e intervenção, como causador da doença, mas na pergunta estimulada sobre os fatores relacionados com a periodontite, a resposta foi positiva para ampla maioria dos entrevistados, antes e depois da intervenção, nos dois grupos, não gerando com isso significância estatística.

Os fatores populares agrupados na Tabela 2, no parâmetro “Relação com periodontite”, foram falta de cálcio, estrutura dos ossos fraca (osteo-

Tabela 1. Perfil da amostra do estudo, segundo sexo, idade, grau de instrução e renda. Fortaleza (CE), 2006.

Parâmetro	N	%
Sexo		
Masculino	48	48,98
Feminino	50	51,02
Grau de instrução		
Alfabetização	34	34,69
Primeiro grau	20	20,41
Segundo grau	33	33,67
Superior	11	11,22
Renda (salário mínimo)		
< 1	2	2,04
1 - 2	51	52,04
2 - 5	29	29,59
5 - 10	7	7,14
> 10	0	0,0
Não informado	9	9,18
Fumantes		
Sim	24	24,49
Não	59	60,20
Ex-fumante	15	15,31
Diabéticos		
Sim	4	4,08
Não	94	95,92

porose), excesso de antibiótico, café, dentes fracos para cárie dentária, comer alimentos quentes e bebidas alcoólicas. As compreensões populares, presentes no parâmetro “Causa” (fatores relacionados à cárie) e no “Relação com a periodontite” (fatores populares), apesar de não possuírem comprovação científica, permanecem no imaginário popular, não diminuindo no grupo de intervenção e gerando significância estatística positiva ($p < 0,05$) no grupo-controle (Tabela 2).

A Tabela 3 mostra o grau de conhecimento sobre as intervenções necessárias quando a gengiva está inflamada, o que fazer para cuidar e quando tratar. Nos momentos de agudização da doença, houve um aumento na necessidade de procura por dentista (nos dois grupos) e diminuição nas receitas populares (controle) e no uso de medicamentos antiinflamatórios e antibióticos (intervenção). No parâmetro “quando tratar”, não houve significância estatística nos dois grupos. Como o enfoque da clínica é maior na técnica preventiva, na variável intervenção preventiva (escovação, uso do fio dental, bochechos com colutórios), não houve um incremento em nenhum dos grupos no parâmetro “gengiva inflamada” e “cuidar”, apesar da elevada frequência antes e depois.

Tabela 2. Desempenho dos grupos de controle e intervenção, segundo conhecimento em relação à periodontite crônica. Fortaleza (CE), 2006.

Parâmetro	Controle			Intervenção		
	Antes	Depois	Sig	Antes	Depois	Sig
Causa						
Má higiene	23	32	NS	30	42	NS
Bactérias / infecção	2	3	NS	0	13	*
Fatores relacionados à cárie	3	3	NS	5	6	NS
Doenças	1	1	NS	0	6	NS
Fumo	4	7	NS	0	7	*
Padrão intrafamiliar	0	0	NS	1	4	NS
Não sabe	17	9	NS	12	0	*
Outros	4	3	NS	6	8	NS
Nome da doença						
Gengivite	10	12	NS	10	2	*
Periodontite / piorrécia	8	9	NS	10	48	*
Não sabe	27	23	NS	28	1	*
Outros	2	3	NS	3	0	NS
Relação com periodontite						
Má higiene	87	93	NS	95	100	NS
Fatores populares	125	166	*	155	151	NS
Fumo	37	45	NS	43	50	NS
Estresse	18	25	NS	21	43	*
Acesso a serviço espec.	35	38	NS	45	48	NS
Fatores intrínsecos ao paciente	52	58	NS	55	89	*

NS não significativo, * $P < 0,05$.

As receitas populares mencionadas na Tabela 3 foram bochechos com água morna e sal, vinagre, romã, bicarbonato, água oxigenada, aroeira e pedra-ume (alúmen de potássio). As receitas populares e o uso de medicamentos, através da automedicação, são medidas paliativas, que resolvem o problema por um curto intervalo de tempo. Após as raspagens supra e subgingivais realizadas na clínica, a sensação de alívio é mais duradoura e, portanto, é sentida a importância do atendimento clínico.

O foco da intervenção educativa foi a divisão de responsabilidades entre o paciente (necessidade de uma boa higiene oral) e o serviço odontológico (necessidade de um bom tratamento e um programa de manutenção), pois foi compartilhado o conhecimento que a periodontite possui, além dos determinantes locais relacionados à má higiene oral, os fatores intrínsecos do organismo (padrão intrafamiliar e baixa imunidade) e os socioambientais, como o estresse (Tabela 2). Na clínica, o enfoque é na má higiene oral, conhecimento senso comum para o paciente e de sua exclusiva responsabilidade, o que justifica a não significância estatística nos dois grupos, apesar da alta frequência no item “má escovação ou higiene” (Tabela 2) e a significância estatística ($p < 0,05$) presente no grupo de intervenção em relação ao estresse e fatores intrínsecos ao paciente

(Tabela 2) e no parâmetro “Cuidar” no item “intervenção clínica e preventiva” (Tabela 3).

A clínica está conseguindo manter a prevenção como um importante aliado do paciente, mas sem compreender o caráter crônico da doença, o que pode dificultar a manutenção do autocuidado em saúde bucal e a adesão à terapia periodontal de suporte. O Gráfico 1 aponta que, no grupo-controle, não houve incremento na compreensão do caráter crônico da periodontite, ao contrário do grupo de intervenção.

A partir das anotações no diário de campo, observava-se nos pacientes um elevado agradecimento em relação ao conhecimento adquirido sobre a periodontite crônica (“meu doutor nunca me explicou direito o que eu tinha”, “não sabia que não ia ficar boa”, “não sabia nada disso”) e a necessidade de um diálogo mais acentuado entre os profissionais e seus pacientes, que a cada sessão falavam cada vez mais de suas vidas, alegrias e tristezas.

Foi registrado um número elevado de pacientes com dificuldades psicoemocionais. Na medida em que essas dificuldades eram compartilhadas com a pesquisadora, procedia-se o encaminhamento para centros de referência em Fortaleza (CE), resultando num grande aprendizado e troca de vivências entre os participantes dos grupos.

Tabela 3. Desempenho dos grupos de controle e intervenção, segundo conhecimento em relação ao cuidado com pacientes portadores de periodontite crônica. Fortaleza (CE), 2006.

Parâmetro	Controle			Intervenção		
	Antes	Depois	Sig	Antes	Depois	Sig
Gengiva inflamada						
Intervenção clínica	5	28	*	3	41	*
Intervenção preventiva	10	21	NS	15	14	NS
Receitas populares	10	2	*	3	0	NS
Medicamentos	9	4	NS	12	1	*
Não sabe	17	3	*	23	0	*
Cuidar						
Intervenção clínica	7	4	NS	9	2	NS
Intervenção preventiva	22	28	NS	25	19	NS
Clínica e preventiva	5	11	NS	7	24	*
Não sabe	4	0	NS	3	0	NS
Outros	10	7	NS	9	9	NS
Tratar						
Antes de adoecer	18	15	NS	23	31	NS
Primeiros sintomas	25	29	NS	25	19	NS
Não sabe	4	3	NS	3	1	NS

NS não significativo, * $P < 0,05$.

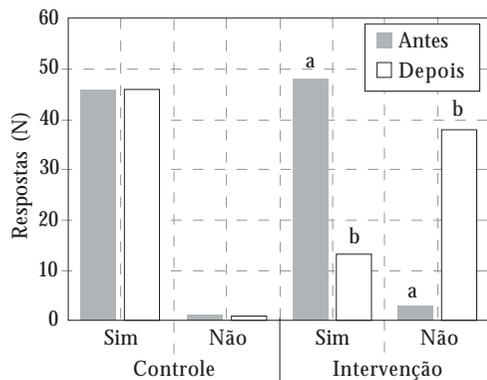


Gráfico 1. Desempenho dos grupos de controle e intervenção, segundo a compreensão que ficarão curados após o tratamento clínico. Fortaleza (CE), 2006.

a, b $P < 0,05$.

Nas oficinas de “aceitação ao paciente”, os cirurgiões-dentistas relatavam suas dificuldades e inabilidades em motivar o paciente para a manutenção do autocuidado em saúde bucal ao longo da vida. Os temas recorrentes em todas as oficinas eram:

- . Cansaço em atender o paciente com problemas recorrentes - palavras-chave utilizadas: impaciência, incompreensão, cansaço, desmotivação, tristeza, desanimo;

- . Sentimentos negativos em decorrência da dificuldade de solução dos problemas - palavras-chave utilizadas: desgosto, frustração, impotência, ineficácia, dificuldade, raiva, angústia;

- . Somente um sentimento positivo que demonstrava a vontade de entender as dificuldades do paciente crônico: desafio.

Discussão

As doenças crônicas, na perspectiva das pessoas enfermas, trazem impactos no fluxo do cotidiano, necessitando reconduzir a vida para resolver impasses, decorrentes dos sintomas e incapacidades progressivas¹².

Em alguns estudos na área da periodontia¹³, os pesquisadores buscam entender os aspectos envolvidos na aceitação dos pacientes em relação a sua doença. Uma série de recomendações é dirigida aos dentistas para melhorar a adesão: informação sobre a doença, simplificação das re-

comendações, registro da aceitação, agendamento, reforço positivo, etc. Em última instância, a falha pela não aceitação da doença é somente do paciente e não se avalia e nem se questionam as medidas odontológicas utilizadas para a motivação do autocuidado.

Siqueira, Couto e Gusmão¹⁴, Toassi e Petry¹⁵ e Sinkoç¹⁶ reforçam o modelo de muitos estudos que, intervindo nos aspectos biológicos do adoecimento, através de aulas demonstrativas e escovações supervisionadas, são suficientes para o desenvolvimento da motivação em saúde bucal, buscando convencer o paciente a fazer o que o profissional prescreve. O cuidado, entendido mais amplamente do que técnica de higiene bucal, não foi incorporado plenamente pela odontologia. Esse cuidado é essencialmente vocacionado pela enfermagem^{12,17}.

A aceitação da periodontite crônica envolve não somente informação para o desenvolvimento da habilidade manual, mas a compreensão pelo cirurgião-dentista de toda a complexidade que envolve o acometimento de ser doente crônico¹², compreendendo a diversidade e heterogeneidade da realidade social e a complexidade e singularidade da subjetividade humana, através do desenvolvimento da autonomia e da capacidade de superação das pessoas no enfrentamento das situações de saúde-doença, tanto a nível individual quanto coletivo^{1,18}.

Em outros estudos^{4,9,19-22}, nas diversas áreas da saúde, têm-se desenvolvido atividades de educação e saúde com doentes crônicos, em que estes tornam-se sujeitos do processo de ensino-aprendizagem, envolvendo principalmente conhecimento da doença, aceitação, motivação para o autocuidado, envolvimento familiar, investigação de variadas alternativas para a melhoria e/ou mudança nos hábitos e nas condições de vida com o objetivo de facilitar a convivência com suas doenças¹⁹⁻²¹, necessitando, em alguns casos, inclusive, da participação de equipes multiprofissionais^{9,22}.

As concepções populares construídas culturalmente pela população não são fáceis de serem compreendidas pelos profissionais de saúde e vice-versa. E não é somente um momento clínico e/ou educativo que irá modificá-las. Por isso, a importância do desenvolvimento de atividades educativas problematizadoras nas áreas de abrangência das unidades de saúde, para uma maior aproximação e cumplicidade entre usuários e profissionais. Pois, a odontologia dialoga pouco com o saber popular, não avaliando a interação entre o que o profissional prescreve e a cultura do paciente.

Nations e Rebhun²³ relatam que as atividades educativas não necessariamente precisam modificar as concepções populares das doenças, mas elas são importantes para abrir caminhos para a incorporação, no dia a dia dos usuários, de medidas preventivas que causem impactos nas prevalências das doenças.

A não significância estatística de quando tratar da periodontite crônica, preventivamente ou quando aparecem os principais sintomas, não é somente uma inoperância das atividades clínicas e/ou educativas realizadas, mas uma resistência cultural²⁴. A consciência preventiva, segundo Bosi e Afonso²⁵, não deveria ser tão esperada pelos profissionais de saúde, já que esta postura decorre de uma experiência mediatizada pela teoria, o que não corresponde à experiência existencial da maioria da nossa população.

No caso das doenças bucais, os estudos realizados^{26,27} confirmam que a dor e o incômodo são os únicos meios que possibilitam o autodiagnóstico de doente ou não e da necessidade de procura por uma assistência odontológica, reiterando o que Leriche, citado por Canguilhem²⁸, relata quando afirma que a saúde é a vida no silêncio dos órgãos e a doença é aquilo que perturba os homens no exercício normal de sua vida e em suas ocupações e, sobretudo, aquilo que os faz sofrer.

Considerações finais

Os aspectos culturais e psicológicos envolvidos no adoecer dos portadores de periodontite crônica são importantes de serem analisados para não gerarem uma desmotivação e descrença no processo terapêutico.

Assim, diante da pesquisa realizada, podemos concluir que houve uma maior compreensão dos processos patológicos dos pacientes que passaram por atividades de educação popular problematizadoras, do que os que participaram somente das orientações preventivas, durante o atendimento clínico, propostos pela educação em saúde tradicional, principalmente nos aspectos referentes ao conhecimento de qual doença pos-

sui, suas causas e seu caráter crônico. Além disso, os pacientes possuem o conhecimento senso comum sobre a importância das técnicas preventivas e a má higiene oral como causadora da periodontite. Concluímos também que as compreensões populares diferem da odontologia científica, permanecendo no imaginário popular, independente das atividades clínicas e educativas realizadas.

Finalmente, é preciso identificar déficits de autocuidado e, durante o tratamento, desenvolver sistemas de compensação de acordo com a realidade sociocultural de cada paciente, sem culpabilidade, envolvendo necessariamente outros profissionais de saúde para lidar com a complexidade e singularidade do portador da periodontite como doença crônica, cujas características exigem uma dinâmica interativa entre profissionais interdisciplinares e paciente, modificando o modelo biomédico, que trabalha entre bocas, dentes e línguas, para incorporar na alma da profissão o paradigma do cuidado²⁹. O periodontista sozinho não é capaz de lidar com essa diversidade.

Colaboradores

SAS Nuto trabalhou na concepção teórica, organização e execução das oficinas e entrevistas, elaboração, redação final do texto e revisão bibliográfica; SIF Amorim participou da organização e execução das oficinas e entrevistas; MK Nations trabalhou na concepção teórica, elaboração e redação final do texto; ICC Costa trabalhou na concepção teórica e redação final do texto.

Referências

1. Vasconcelos EM. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001.
2. Abegg C. Notas sobre a educação em saúde bucal nos consultórios odontológicos, unidades de saúde e nas escolas. *Ação Coletiva* 1999; 2:25-28.
3. Silva C. *Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania*. São Paulo: Vetor; 2002.
4. Teixeira ER. Representações culturais de clientes diabéticos sobre saúde, doença e autocuidado. *R Enferm UERJ* 1996; 4:163-169.
5. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 17ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
6. Freire P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 3ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1994.
7. Vasconcelos EM. *Educação popular nos serviços de saúde*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.
8. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de promoção à saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20:1088-1095.
9. Rabelo SL, Padilha MICS. Compreensão dos déficits de autocuidado a partir da prática assistencial. *Texto Contexto Enferm* 2000; 9:312-323.
10. Nuto SAS, Costa ICC, Nations MK. Motivação do autocuidado na periodontite crônica: um estudo qualitativo. *Periodontia* 2006; 16:76-82.
11. Nuto SAS, Nations MK, Costa ICC. Aspectos culturais na compreensão da periodontite crônica: um estudo qualitativo. *Cad Saude Publica* 2007; 23:681-690.
12. Lira GV, Nations MK, Catrib AMF. Cronicidade e cuidados de saúde : o que a antropologia da saúde tem a nos ensinar? *Texto Contexto Enferm* 2004; 13:147-155.
13. Wilson Jr TG. Compliance: a review of the literature with possible applications to periodontics. *J Periodontol* 1987; 58:706-714.
14. Siqueira JC, Couto GBL, Gusmão ES. Escovação no controle da placa: avaliação do ensino e motivação em escolares. *RGO* 2001; 49:127-132.
15. Toassi RFC, Petry PC. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. *Rev. Saude Publica* 2002; 36:634-637.
16. Sinkoç CR. Educação em saúde bucal e a motivação do paciente. *Rev Odontol Univ Santo Amaro* 2001; 6:40-43.
17. Foster PC, Janssens NP, Dorothea E. Orem. In: George JB, organizador. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. 3ª ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1993. p. 90-107.
18. Catrib AMF, Pordeus AMJ, Ataíde MBC, Albuquerque VLM, Vieira NFC. Promoção de saúde: saber fazer em construção. In: Barroso MGT, Vieira NFC, Varela ZMV, organizadores. *Educação em saúde: no contexto da promoção humana*. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha; 2003. p. 31-37.
19. Freitas MC, Santana ME. Implementação da estratégia de ensino-aprendizagem à família de paciente crônico. *Rev. Bras. Enferm.* 2002; 55:146-150.
20. Hoga LAK. A influência da crença religiosa na motivação de uma cliente para o autocuidado. *Rev Esc EnfUSP* 1993; 27:73-85.
21. Nunes AMP. Motivação para o autocuidado, um diagnóstico indispensável na assistência e orientação de diabéticos. *Texto Contexto Enferm* 1993; 2:53-66.
22. Jardim PCV, Sousa ALL, Monego ET. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. *Medicina (Ribeirão Preto)* 1996; 29:232-238.
23. Nations MK, Rebhun LA. Mystification of a simple solution: oral rehydration therapy in Northeast Brazil. *Soc Sci Med* 1988; 27:25-38.
24. Scott J. *Domination and the arts of resistance: hidden transcripts*. New Haven-London: Yale University Press; 1990.
25. Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da rede pública de serviços. *Cad Saude Publica* 1998; 14:355-365.
26. Martins EM. *Saúde bucal, uma necessidade socialmente construída: um estudo da experiência da Clínica Odontológica São Geraldo* [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais; 1993.
27. Nations MK, Nuto SAS. "Tooth worms", poverty tattoos and dental care conflicts in Northeast Brazil. *Soc Sci Med* 2002; 54:229-244.
28. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
29. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra*. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.

Artigo apresentado em 29/05/2008

Aprovado em 15/01/2009

Versão final apresentada em 15/02/2009