



STAES19'

Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde

A importância de ações educativas e do uso das tecnologias na sala de espera para a promoção da saúde bucal de adultos

Suely C. N. Gomes¹*Fernando L. de Q. Carvalho²

¹Universidade do Estado da Bahia-UNEB, Departamento de Educação, Brasil

²Universidade do Estado da Bahia-UNEB, Departamento de Ciências da Vida, Brasil

Resumo

Cárie dentária e doença periodontal representam as doenças bucais de maior severidade e prevalência, constituindo problema de saúde pública. Os levantamentos epidemiológicos têm sinalizado dados relevantes sobre a condição da saúde bucal das populações, suas relações com a condição socioeconômica e orientado a implantação de programas de promoção de saúde e prevenção de doenças através de políticas públicas. Este trabalho tem como objetivo salientar a importância de ações educativas e uso de tecnologias para adultos na sala de espera, mediante revisão narrativa de literatura. As relações entre as afecções bucais, fatores de risco e protetores à saúde, eficácia de programas e estratégias mostram a significância dos espaços das salas de espera para uso de recursos como vídeos, utilização de *smarthphones*, oficinas integrativas e jogos lúdicos. Essas atividades educativas podem proporcionar maior conhecimento sobre os fatores etiológicos das enfermidades bucais, orientação de cuidado e dieta conferindo autonomia e adoção de comportamentos saudáveis para a vida dos indivíduos.

Palavras-chave: Educação em saúde bucal. Sala de espera. Ambiente educativo. Tecnologias aplicadas. Cárie dentária.

Contatos:

*suelycolombo@yahoo.com.br
fcarvalho@uneb.br

1.Introdução

O constante levantamento de literatura sobre saúde bucal tem mostrado dados importantes desta condição

nas populações. Nos países com alta renda *percapita*, a saúde bucal, principalmente em crianças, tem melhorado com a implantação de programas de prevenção. Entretanto, nos países de média e baixa renda, as doenças bucais têm aumentado no decorrer dos anos. Fatores como baixo padrão de vida, adoção de estilos de vida não saudáveis (dieta rica em carboidratos, hábitos tabagistas, consumo excessivo e abusivo de álcool e falta de higiene adequada) associados ao limitado acesso aos serviços de saúde e a escassez de programas efetivos contribuem para a má condição de saúde bucal [WHO 2017].

As doenças bucais mais prevalentes e importantes – cárie dentária e doença periodontal – apresentam características especiais desenhadas a partir da epidemiologia específica para essas condições. Essas patologias estão fortemente relacionadas com a idade; existem em todas as populações e variam apenas em prevalência e severidade; a cárie dentária é irreversível com informações da condição atual e experiência anterior; existe vasta documentação sobre os grupos populacionais atingidos; e há mensuração padronizada para essas doenças em cada indivíduo [Feferskov e Kidd 2015; WHO 2017].

A Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere que os estudos epidemiológicos em saúde bucal sejam realizados a cada 5 ou 6 anos na mesma comunidade ou local para que possam contribuir para as políticas públicas e para a prevenção de doenças e promoção de saúde [WHO 2017].

Instrumentos como questionários são usados para a coleta de informações sobre autoavaliação da condição bucal, hábitos e comportamentos de riscos, além de investigar aspectos como qualidade de vida e posição social, observando que os efeitos dos fatores de risco



STAES19'

Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde

podem acontecer pela associação de dados clínicos e sociocomportamentais [WHO2017]. Esses dados podem ser usados para a implementação dos programas de promoção à saúde bucal.

A partir das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004), o Ministério da Saúde apresentou uma reorganização da Atenção à Saúde em todos os níveis de atenção baseada sobretudo na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores de risco. [Brasil 2004; Brasil 2008]. Destaca-se também a humanização do processo de trabalho e linhas de cuidado voltadas para a criança, o adolescente, o adulto e o idoso, como também aquelas pensadas especificamente para a saúde da mulher, do trabalhador, dos portadores de necessidades especiais e dos hipertensos e diabéticos [Brasil 2008].

A responsabilização dos serviços e profissionais deve implicar o envolvimento dos usuários para produzir conhecimentos, comprometimento e autonomia em cada um desses usuários. Dentre os diversos pressupostos para o modelo de atenção à saúde bucal, está a pesquisa científica realizada com o objetivo de investigar os principais problemas e o desenvolvimento de produtos e tecnologias que repercutam em ações dos serviços públicos [Brasil 2008], com vistas à melhoria dos cuidados e prevenção de doenças bucais.

Essas ações seguem princípios de gestão participativa, ética, acesso universal para assistência com prioridade para casos de dor, infecção e sofrimento, acolhimento e vínculo em sua integralidade biopsicossocial e responsabilidade profissional. O conceito ampliado de saúde deve incorporar ações que alcancem um modelo de atenção integral à saúde [Brasil 2008].

Assim, as intervenções de saúde bucal compreendem ações de promoção (políticas públicas associadas a práticas de saúde bucal) e proteção de saúde (nível individual e coletivo), ações de recuperação (diagnóstico e tratamento de doenças) e ações de reabilitação (recuperação parcial ou total das perdas como resultado da doença) [Brasil 2008].

As equipes de saúde bucal devem atuar juntamente com os profissionais de diferentes áreas de conhecimento o que exige interdisciplinaridade e devem englobar intervenções intersetoriais que modifiquem aspectos sociais e ambientais com fortalecimento das comunidades e indivíduos,

respeitando os aspectos culturais. Devem ainda integrar ações educativas, de promoção de saúde e de assistência [Brasil 2008].

A educação em saúde, através de ações educativas, visa a aquisição e construção de conhecimentos sobre o processo saúde-doença, seus fatores de risco e proteção, assim como a incorporação de hábitos saudáveis com mudanças de comportamento para cada realidade com estímulo à autonomia no cuidado com a saúde [Brasil 2004]. Os conteúdos devem abordar a importância da higiene bucal (técnicas e autocuidado), orientações de dieta, autoexame, prevenção a exposição ao sol e efeitos do uso abusivo de álcool e fumo e apresentar estratégias que sejam adequadas para o grupo etário e sua condição de vida [Ghaffari *et al.* 2017a; Roberto *et al.* 2018].

Os programas de educação em saúde bucal têm como alvo predominante crianças em idade escolar, acreditando-se no potencial de incorporação de conceitos, hábitos e comportamentos durante sua formação. Ainda assim, o envolvimento dos adultos, no papel de cuidadores e provedores da família, pode ser um elo importante na adoção de padrões que contribuam com a boa qualidade de vida dos indivíduos no núcleo familiar e na sua comunidade [Sossou *et al.* 2017; Roberto *et al.* 2018]. O impacto e os efeitos das intervenções representam grande potencial para os programas de promoção em saúde bucal [Ghaffari *et al.* 2017b].

Este artigo tem como objetivo evidenciar a importância de ações educativas e uso de tecnologias na sala de espera para a promoção de saúde bucal em adultos antes do atendimento odontológico em serviços de saúde, através de uma revisão de literatura.

2.Método

Foi realizada uma revisão de literatura narrativa com abordagem reflexiva e investigativa através das bases de dados SciELO, PubMed e LILACS, com seleção de artigos publicados no período entre 2008 e 2018. Foram usados os descritores em português “educação em saúde bucal”, “sala de espera”, “ambiente educativo”, “tecnologias aplicadas” e “cárie dentária” e os descritores correspondentes em inglês “dental health education”, “waiting room”, “educative environment”, “applies technologies” e “dental caries”. Inicialmente, as publicações foram selecionadas a partir da leitura do título, resumo e palavras-chave e



STAES19'

Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde

que estivessem coerentes com o objetivo dessa revisão. Posteriormente, 23 artigos foram incluídos para a leitura dos textos completos, escritos na língua portuguesa ou inglesa e disponíveis gratuitamente através de acesso ao portal de periódicos da CAPES pela UNEB. Publicações do Ministério da Saúde com abordagem sobre a Política Nacional de Saúde Bucal e documentos da World Health Organization foram também incluídos.

3.Resultados

Os temas **doenças bucais, fatores de risco, eficácia dos programas de promoção de saúde bucal e estratégias para promoção de saúde bucal (sala de espera e tecnologias)** forneceram indicadores para evidenciar a importância de ações educativas e uso de tecnologias na sala de espera para a promoção de saúde bucal em adultos antes do atendimento odontológico em serviços de saúde.

3.1 Doenças bucais

As doenças bucais incluem a cárie dentária, doença periodontal, câncer bucal, manifestações orais de HIV, traumas buco dentais, fissuras labiais e palatinas e estomatite gangrenosa (NOMA). Quase todas essas doenças e condições podem ser prevenidas ou tratadas em seus estágios iniciais [WHO 2018].

A cárie dentária (doença bucal mais prevalente) pode ser definida como resultado – sinais e sintomas – da dissolução química da estrutura dentária (esmalte, dentina e cimento) causada por eventos no metabolismo do biofilme ou placa dental. Esta película (biofilme) que recobre a superfície das unidades dentárias sofre alterações suaves e contínuas de pH, estabelecendo um equilíbrio com a matriz mineral dentária, através do processo de des-remineralização. Entretanto, a incorporação de carboidratos fermentáveis pela dieta resulta em grandes alterações e elevações do pH, prevalecendo a desmineralização da superfície dentária [Feferskov e Kidd 2015]. O alto consumo de alimentos industrializados e a maior disponibilidade de carboidratos estabeleceu o padrão de cárie como doença epidêmica, principalmente nos países em desenvolvimento, afetando de 60-90% das crianças em idade escolar, além de atingir a maioria dos adultos em países industrializados [WHO 2018].

Alguns fatores podem interferir no metabolismo do biofilme, como a sua composição e espessura;

composição e fluxo salivar; dieta e concentração de íons flúor nos fluidos bucais. Os fatores podem ser determinantes no processo de desenvolvimento da cárie dentária agindo na superfície do dente, individual ou coletivamente, traduzidos por formas de comportamento, atitudes, conhecimentos e educação.

A doença periodontal representa a segunda doença bucal de maior prevalência e envolve os tecidos de suporte dos dentes – gengiva e osso -, cuja causa é também a presença de biofilme, com microbiota específica para esta doença. Sua evolução compreende três estágios: gengivite, periodontite e periodontite avançada. A gengivite, cuja inflamação gengival provoca sangramento durante escovação, uso de fio dental e sondagem de profundidade de sulco é reversível através do controle de placa. A periodontite provoca danos às fibras de sustentação do dente e ao osso, deixando o tecido gengival flácido o que permite o acesso da placa bacteriana à raiz do dente com danos irreversíveis. Com a progressão da doença e calcificação do biofilme dental (formação do cálculo dental), a periodontite avançada provoca destruição de fibras periodontais e de osso, comprometendo a inserção das unidades dentárias na maxila e mandíbula, com mobilidade e perda dessas unidades [Lindhe *et al.* 2016].

Existem outros agravos não tão prevalentes, mas tão importantes quanto cárie e doença periodontal. O câncer de boca é um tipo de tumor maligno que atinge lábios, gengiva, bochecha, palato, língua (principalmente as bordas) e assoalho da boca. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, aproximadamente 90% dos pacientes diagnosticados com câncer bucal são tabagistas e o desenvolvimento desse tipo de câncer varia com a frequência do uso do fumo. A associação com bebidas alcoólicas representa grande aumento do risco em desenvolver a doença, embora outros fatores como o vírus HPV, exposição a radiação solar sem proteção, má higiene bucal, má adaptação de próteses, dieta pobre em proteínas e vitaminas e deficiência imunológica congênita ou adquirida possam contribuir para o aparecimento dessas lesões bucais. [Brasil 2008; Tommasi 2013; WHO 2018]. Exames periódicos devem ser realizados, principalmente em pacientes com histórico familiar e/ou expostos aos fatores de risco ou ainda que apresentem lesões de tecido mole na boca que não regredam espontaneamente em três semanas, devem ser referenciadas para diagnóstico [Barros 2007].



STAES19'

Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde

3.2. Fatores de risco

Sheiham e Watt [2000], baseados nos princípios de promoção de saúde – foco na população como um todo e não em um grupo com uma doença específica - apresentaram uma abordagem alternativa para uma política de saúde bucal que possa levar em consideração os fatores sociopolíticos e da comunidade como chaves determinantes de saúde. A abordagem dos riscos visa algumas condições crônicas dentro do contexto socioambiental, cuja saúde bucal é determinada pela dieta, higiene, fumo, uso de álcool, estresse e trauma. A maioria das doenças crônicas são causadas por multifatores e ações integradas podem alcançar maior número de fatores de risco e mudar comportamentos em cadeia.

A principal causa de morbidade e mortalidade prematura nas sociedades em desenvolvimento e industrializada é atribuída em grande parte à dieta. O consumo excessivo de açúcares, dieta rica em gorduras saturadas, dieta pobre em fibras e em vitaminas A, C e E estão associadas à obesidade, doenças cardíacas, acidente vascular encefálico, câncer, cárie dentária e diabetes [Lindhe *et al.* 2016; British Nutrition Foundation2019].

O tabagismo (hábito de fumar), principal causa de morte evitável segundo a Organização Mundial da Saúde, tem sido associado a várias doenças como o câncer, doenças coronarianas, doenças respiratórias, trombose vascular, complicações na gravidez, diabetes, úlceras e doença periodontal. Diversas doenças crônicas como o diabetes e doença cardiovascular podem estar relacionadas a fatores sociopsicológicos, assim como situações recorrentes de estresse podem influenciar a doença periodontal [Brasil 2004; Brasil 2008; Lindhe *et al.* 2016].

O consumo abusivo e frequente de álcool aumenta o risco de hipertensão, cirrose hepática, doença cardiovascular, câncer de boca, de faringe e de esôfago. Em longo prazo, seu uso também está relacionado à doença mental, doenças neurológicas e câncer de fígado, assim como problemas sociais como violência familiar, crimes e traumas [Sheiham e Watt 2000].

A falta de higiene pessoal causa doenças de pele, cárie dentária e doença periodontal, levando a dor, inflamação, infecção e perda dos dentes [Feferskov e Kidd 2015; Lindhe *et al.* 2016]. Finalmente, a falta de exercícios físicos representa um fator de risco a

diversas doenças como doenças cardíacas, obesidade e hipertensão [Sheiham e Watt 2000].

As inter-relações entre fatores de risco para a doença e fatores de proteção de saúde bucal com os fatores de saúde geral estão representadas nas Figuras 1 e 2. A partir da identificação desses fatores, estratégias para a educação em saúde podem modificar a condição de vida dos indivíduos.

3.3 Eficácia dos programas de promoção de saúde bucal

A epidemiologia estuda os diferentes fatores relacionados a propagação de doenças nas populações humanas considerando a hereditariedade, biologia, ambiente físico, ambiente social, comportamento, frequência e distribuição. Diferencia-se dos estudos clínicos por ser direcionada ao coletivo, portanto não centrada no indivíduo e por promover medidas preventivas nas políticas públicas de saúde [WHO 2013].



STAES19'

Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde

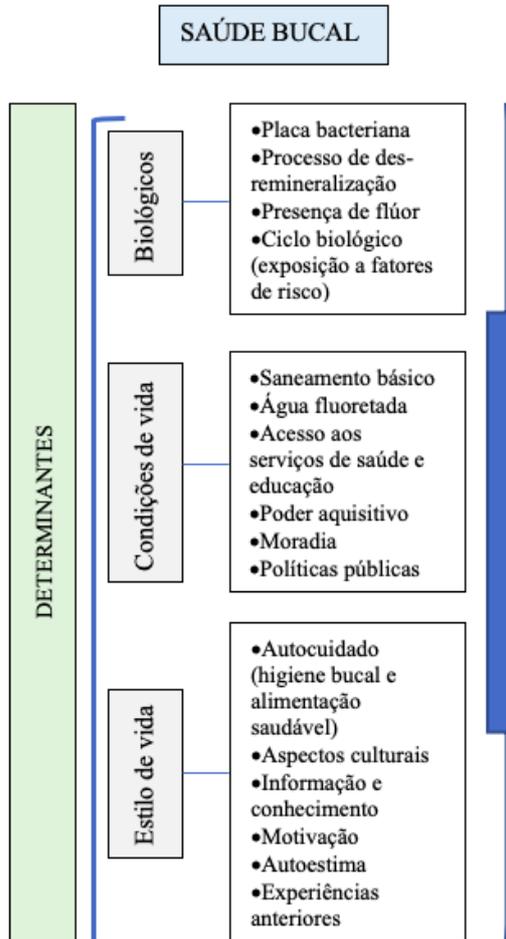


Figura 1: Determinantes para saúde bucal. Adaptado [Barros 2007]

Tradicionalmente, a cárie tem sido relacionada diretamente com fatores determinantes como dieta, higiene bucal, presença de microrganismos patogênicos no processo de desmineralização dos dentes, fluxo salivar e presença de flúor através da fluoretação e cremes dentais. Mais recentemente, os estudos populacionais têm mostrado relevância para a dimensão social com as diferenças socioeconômicas, educacionais e acesso aos serviços de saúde como determinantes sociais abrangendo fatores que influenciam a qualidade de vida das comunidades como moradia, transporte, criminalidade, empregos e acesso a áreas livres e de lazer [Feferskov e Kidd 2015].

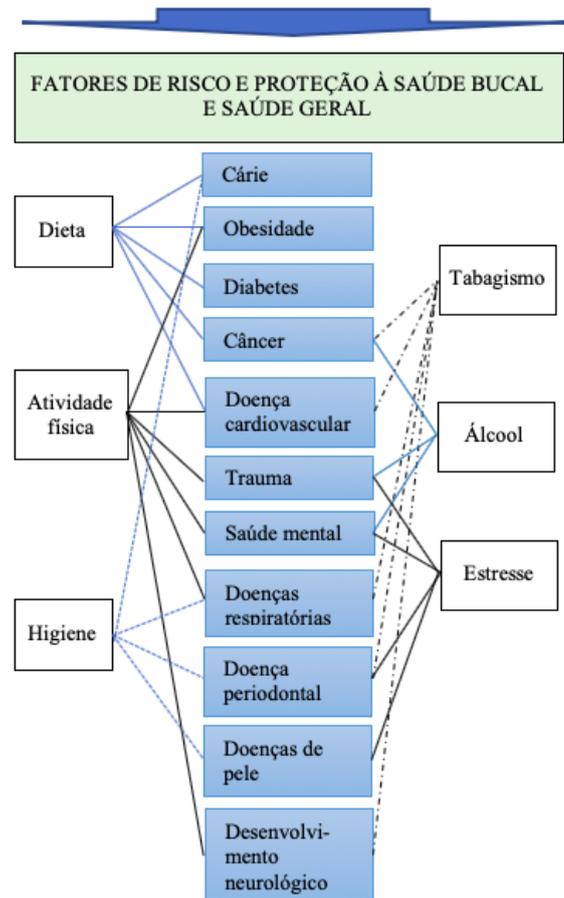


Figura 2: Fatores de risco e proteção à saúde. Adaptado [Sheiham e Watt 2000]

A Organização Mundial de Saúde estabelece uma política básica para os programas através de educação em saúde e define saúde bucal como integral e essencial para a saúde geral:

“Saúde bucal significa mais que bons dentes; é integral para a saúde geral e essencial para o bem-estar. Ela implica em estar livre de dor crônica orofacial, de câncer de boca e faringe, de lesões de tecido bucal, de defeitos congênitos como fendas labiais e de palato, e de outras doenças e distúrbios que afetam os tecidos bucais, dentais e craniofaciais, conhecidos como complexo craniofacial” [Peterson e WHO 2003].

Sheiham e Watt [2000] afirmam que os programas convencionais de educação em saúde bucal que



STAES19'

Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde

desenvolvem e implementam ações isoladas de outros programas com enfoques individuais não são efetivos nem eficientes, além de custarem muito em recursos econômicos e humanos.

Estudos recentes têm avaliado a eficiência dos programas de educação em saúde bucal procurando estabelecer evidências científicas para os seus resultados favoráveis com atitudes e práticas de saúde em grupos de indivíduo na redução do biofilme dental, do sangramento gengival na sondagem e da cárie dentária [Nakre e Harikiran 2013] e na aquisição de conhecimentos para favorecer comportamentos saudáveis, especialmente a curto prazo [Ghaffari *et al.* 2018a; Ghaffari *et al.* 2018b].

A maioria dos estudos avaliados por Nakre e Harikiran [2013], em uma revisão sistemática, mostrou resultados efetivos em relação à melhoria de conhecimentos com mudanças de atitudes em longo prazo. Nessa mesma linha de pensamento, a associação da profilaxia dentária ao programa de educação mostrou mudanças significativas da saúde bucal quando avaliado o status gengival, sangramento a sondagem e presença de placa dentária, com redução da cárie em crianças em idade escolar, principalmente quando havia o envolvimento de familiares e dos professores.

Os resultados de uma revisão sistemática realizada por Menegaz *et al.* [2018] mostram que as intervenções educativas promovem mudanças de comportamento relacionadas à saúde bucal, em ordem decrescente de efeito para uso frequente de serviços odontológicos, higiene bucal adequada e redução do consumo de açúcar. Porém, esses autores ressaltam baixa qualidade de evidências devido ao tipo de delineamento das pesquisas; à descrição insuficiente dos desfechos, principalmente quando de natureza comportamental; à descrição insuficiente das intervenções; à ausência de monitoramento e fidelidade de implantação dos protocolos; à alta perda de acompanhamento dos participantes; à falta de descrição da população estudada e critérios para sua seleção; e a ausência do cálculo amostral.

O conhecimento a respeito dos resultados positivos das intervenções educativas nas práticas para a saúde bucal contribui para a identificação das estratégias mais adequadas nos serviços de saúde. O sucesso dessas intervenções é influenciado pelos participantes, sejam os profissionais ou os indivíduos usuários dos

serviços de saúde, pela mudança de comportamento e integração entre as partes [Menegaz *et al.* 2018].

3.4 Estratégias para promoção de saúde bucal: uso da sala de espera e de tecnologias

Os objetivos da educação em saúde incluem maior conhecimento e entendimento dos indivíduos sobre sua condição. Abrangem também sua percepção sobre as experiências das doenças e cursos do tratamento e impactos de hábitos e comportamentos sobre o seu estado de saúde, cujo elemento fundamental como estratégia é a oferta de informação [Sørensen *et al.* 2012; Sossou *et al.* 2017].

As estratégias devem favorecer a compreensão da relação existente entre os fatores de risco e os fatores de proteção à saúde e ofertar ferramentas de intervenção através de ações que contribuam na melhoria da vida dos indivíduos e comunidades. Devem também incluir esforços para melhorar a saúde pela diminuição dos riscos e pela promoção da mesma, cujo maior benefício é voltado a população em geral, pela busca da redução das iniquidades sociais.

As ações devem enfatizar prevenção e controle de doenças, considerando os altos custos do tratamento das doenças bucais, alterando o foco das políticas públicas de tratamento das doenças para o contexto de prevenção e promoção de saúde, diminuindo procedimentos restauradores, reabilitadores e atendimentos de urgência com autoconhecimento, cuidados com a saúde e empoderamento da população para tomadas de decisão. Embora as doenças bucais sejam passíveis de prevenção, elas apresentam alta prevalência com clara sinalização para a importância de intervenções educativas para autonomia e mudanças de padrão de comportamento que levem à prevenção [Menegaz *et al.* 2018].

Alguns modelos utilizados na educação em saúde compreendem padrões psicológicos e sociais. O Modelo de Comportamento de Saúde (Health Belief Model-HBM) apresenta dimensões de percepção de susceptibilidade e severidade da doença e benefícios e barreiras para a adoção de comportamentos saudáveis. A figura 3 representa estas dimensões e a relação com o engajamento dos indivíduos na adesão aos padrões de hábitos para a promoção de saúde [Solhi *et al.* 2010].



STAES19'

Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde

saúde bucal como um componente integrado com as diversas especialidades médicas e de caráter social.

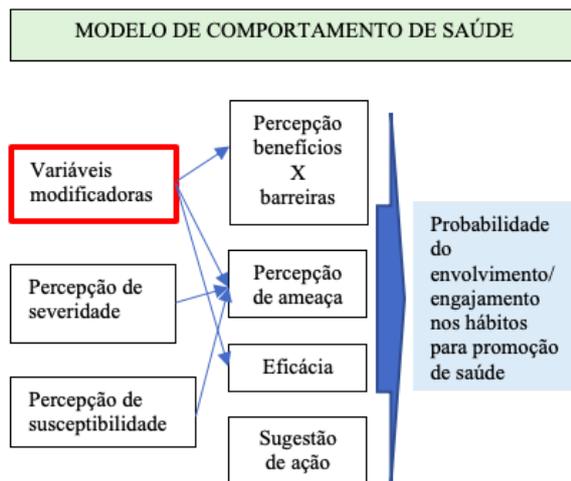


Figura 3: Modelo de Comportamento de Saúde.
Adaptado [Solhi *et al.* 2010]
https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/7a/The_Health_Belief_Model.pdf

As declarações sobre as estratégias da promoção de saúde a partir da Carta de Ottawa, originada na I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde em 1986, ainda norteiam as conferências de saúde que ocorrem em todo o mundo. A saúde passou a ser reconhecida como resultante de determinantes sociais como pobreza, desemprego e habitação orientando as estratégias na implementação de políticas públicas favoráveis ao bem-estar, em ambiente favorável à saúde (proteção do meio ambiente e de recursos naturais), no fortalecimento da ação comunitária (participação popular), no desenvolvimento de habilidades pessoais (com ampliação de conhecimentos e acesso à educação em saúde) e na reorientação dos serviços de saúde (integralidade das ações com direcionamento para a saúde e não para a doença) [Heidmann *et al.* 2006].

As políticas públicas devem incluir, além dos cuidados com a saúde, ações organizacionais que visem diminuição das desigualdades sociais e melhoria das condições de vida. O novo direcionamento dos serviços de saúde propõe alterações dos modelos de formação dos profissionais de saúde, cuja responsabilidade vai além da formação baseada em competências técnicas, abrangendo a percepção de

Muitos dos trabalhos sobre os programas de promoção em saúde bucal abordam a faixa etária que incluem crianças em nível escolar [Pinheiro 2016; Ghaffari *et al.* 2018b] e programa para os pais de crianças em atendimento odontológico [Soussou *et al.* 2017], mas podem apresentar resultados positivos em indivíduos adultos quando são utilizadas estratégias que atinjam uma faixa etária maior. O envolvimento de adultos com aquisição de conhecimentos e a adoção de hábitos saudáveis relativos à dieta e à higiene bucal repercutem também em toda família. Deve-se considerar que a população adulta é maioria e multiplicadora de conceitos e exemplos dentro do núcleo familiar.

As evidências disponíveis sobre a efetividade das intervenções educativas sugerem a necessidade de monitoramento científico mais rigoroso e fidelidade ao protocolo das intervenções para obtenção de resultados mais positivos nos desfechos das ações. Podem ser usadas metodologias quantitativas e qualitativas, escala com modelos específicos, *checklists* dos itens das ações, entrevistas presenciais, entrevistas por telefone, grupos focais e consulta aos dados dos prontuários [Menegaz *et al.* 2018].

O tempo de espera que antecede o atendimento em serviços odontológicos pode ser grande o que causa comumente insatisfação aos pacientes e compromete a avaliação desses serviços e retorno para o tratamento [Inglehart *et al.* 2016]. Os espaços que constituem as salas de espera podem ser utilizados de maneira coletiva para apresentações expositivas, apresentação de vídeos, conversas com procedimentos de cuidados e higiene bucal tornando o tempo útil para aprendizado e estreitamento de vínculos entre os indivíduos participantes e os profissionais de saúde envolvidos nas ações.

A associação de métodos utilizados nas intervenções educativas apresenta melhores resultados quando comparados a métodos isolados. Entretanto, mais importante que o recurso pedagógico é a qualidade do material disponibilizado e sua abordagem, de acordo com o contexto sociocultural e comportamental [Menegaz *et al.* 2018]. Os serviços de saúde precisam estar atentos a sua atribuição de garantir a informação adequada ao usuário e dispor de estratégias que elevem o nível de conhecimento e



STAES19'

Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde

permitam compreensão, avaliação e aplicação dessas informações para promover e manter boa saúde.

A sala de espera vem sendo utilizada como espaço participativo e de construção de conhecimentos com desenvolvimento de atividades para gestantes, para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, planejamento familiar e outras campanhas para saúde e bem-estar da população e apresentam resultados satisfatórios [Rodrigues *et al.* 2009; Gignon *et al.* 2012; Piva 2015]. Ações educativas com participação ativa da equipe profissional e dos indivíduos com acesso aos serviços de saúde podem promover o compartilhamento de conhecimentos sobre a etiologia das doenças bucais mais prevalentes, fatores de risco para a doença, fatores de proteção à saúde e cuidados com a saúde bucal e geral. O uso de tecnologias, que podem ser desde a exibição de vídeos até as tecnologias leves como rodas de conversa, oficinas ou jogos lúdicos, e sua associação com intervenções restauradoras, pode contribuir para a adoção de hábitos saudáveis com impacto nos processos de prevenção, mudanças na dieta, capazes de promover mudanças no seu contexto social.

A globalização e o crescimento rápido do uso da internet a partir dos anos 90 permitiu, com o aval do uso de tecnologias, a ampliação da interação entre os seus usuários. Os ambientes se tornaram mais dinâmicos e colaborativos com acesso mais rápido ao conhecimento [Mekaru e Browstein 2014].

A popularização dos *smarthphones* e utilização de variados aplicativos trazem uma nova dimensão na participação das redes sociais como elementos de comunicação e informação. Na área da saúde, o uso de tecnologias como ferramentas efetivas na promoção de saúde têm ocupado significativo espaço; é comum o envio de mensagens de texto para marcação de consultas de retorno, confirmação de agendamento, esclarecimento de dúvidas e orientação de condutas [Bowen *et al.* 2015]. Mensagens curtas de texto com conteúdo educativo em saúde bucal, associadas a apresentações presenciais (uso de power point e demonstração com macromodelos) podem motivar e implicar em mudanças importantes na vida dos indivíduos como mostram os trabalhos de Bowen *et al.* 2015; Jadhav *et al.* 2015; Hashemian *et al.* 2015; e Toniazzi *et al.* 2019.

5. Conclusão

Diante do reconhecimento da alta prevalência das doenças bucais como cárie dentária e doença periodontal e de outros agravos como câncer bucal, manifestações orais de HIV, traumas bucodentais, fissuras labiais e palatinas e estomatite gangrenosa, se faz necessário a implantação de programas de educação em saúde bucal, com ações direcionadas para a população através do acesso aos serviços públicos de saúde. A integração entre os componentes das equipes de saúde bucal e os indivíduos favorece ações educativas na sala de espera antes do atendimento odontológico fornecendo oportunidades para ampliação do conhecimento sobre os fatores de risco à doença e fatores protetores da saúde e adoção de hábitos saudáveis de higiene e cuidados pessoais. Essa experiência e consciência adquirida individualmente pode refletir e replicar comportamentos nos integrantes da família e de sua comunidade.

Os Conselhos Federais de Odontologia e de Enfermagem (Resolução CRO 118/2012 e Resolução COFEN 564/2017) regulam os direitos e deveres do exercício dos profissionais integrantes que compõem parte das equipes multiprofissionais de saúde, atendendo ao conjunto de princípios fundamentais para a organização e funcionamento dos serviços prestados com a responsabilidade pela promoção de saúde, prevenção de doenças de indivíduos e sua coletividade. Nos respectivos códigos de ética, está evidenciado a defesa das Políticas Públicas, com ênfase na saúde, que garantam a universalidade de acesso, integralidade da assistência, autonomia dos indivíduos, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa [CFO 2012; COFEN 2017], embora observemos que ainda há muito trabalho a fazer.

O espaço e o uso do tempo na sala de espera com apresentação de material didático informativo associado ao uso de tecnologias móveis como o *smarthphone* para envio de vídeos, mensagens de texto e uso de aplicativos antes do atendimento odontológico podem proporcionar ampliação de conhecimentos sobre saúde bucal e sua relação com a saúde geral; criar empatia com os profissionais da equipe de saúde; e acolher e humanizar o atendimento. O desdobramento dessa ação pode mudar a realidade educacional e social dos indivíduos, tornando-os mais comprometidos e envolvidos no autocuidado e na adoção de atitudes voltadas para a promoção de saúde não só bucal, mas em um contexto geral.



STAES19'

Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde

Agradecimentos

Os autores agradecem as contribuições do Grupo de Pesquisa Educação, Saúde e Tecnologia (EDUSAUT-UNEB) e ao Programa de Pós-graduação Gestão e Tecnologias Aplicadas à Educação (GESTEC-UNEB).

Referências

- BARROS, C. M. S., 2007. [Coordenadora]. *Manual Técnico de Educação em Saúde Bucal*. Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional. 132p. il. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manualTecnicoEducacaoSaudeBucal.pdf> [Acesso em 26maio2019].
- BOWEN, T. B. *et al.*, 2015. The influence of text messaging on oral hygiene effectiveness. *The Angle Orthodontist*, 85:543–8. <https://doi.org/10.2319/071514-495.1>
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. 16 p.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília. Série A. Normas e Manuais Técnicos. *Cadernos de Atenção Básica*, n.17, 92 p.
- BRITISH NUTRITION FOUNDATION, 2019. Disponível em: <https://www.nutrition.org.uk/nutritionscience/nutrient-s-food-and-ingredients/carbohydrate.html?limitstart=0> [Acesso em 03 junho 2019].
- CFO, 2012. Código de Ética Odontológica. Resolução CFO 118/2012. Disponível em: http://cfo.org.br/website/wp-content/uploads/2018/03/codigo_etica.pdf [Acesso em 15 agosto 2019].
- COFEN, 2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN 564/2017. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/legislacao/codigo-de-etica/> [Acesso em 15 agosto 2019].
- FEFERSKOV, O., KIDD, E., 2015. *Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico*. Tradução: Paulo H O Rossetti. 2ª.ed [Reimpressão]. São Paulo: Santos. 616p. il.
- GHAFFARI, M.*et al.*, 2018a.Are educating and promoting interventions effective in oral health?: A systematic review. *International Journal of Dental Hygienic*, 16(1):48-58.
- GHAFFARI, M.*et al.*, 2018b.Oral Health Education and Promotion Programmes: Meta-Analysis of 17-Year Intervention. *International Journal of Dental Hygienic*, 16(1):59-67.
- GIGNON, M.*et al.*, 2012. The waiting room: vector for health education? the general practitioner's point of view. *BMC Research Notes*, 5:511. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/5/511>. [Acesso em 20 setembro 2017].
- HASHEMIAN, T. S., KRITZ-SILVERSTEIN, D., BAKER, R, Winter 2015. Text2Floss: the feasibility and acceptability of a text messaging intervention to improve oral health behavior and knowledge. *Journal of Public Health Dentistry*, 75(1):34–41. <https://doi.org/10.1111/jphd.12068>
- HEIDMANN, T. S. S.*et al.*, 2006.Promoção à Saúde: Trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto em Enfermagem*, Florianópolis, 15(2):352-8.
- INGLEHART, M. R.*et al.*, 2016.Do Waiting Times in Dental Offices Affect Patient Satisfaction and Evaluations of Patient-Provider Relationships? A Quasi-experimental Study. *Journal of Dental Hygiene*, 90(3):203-11.
- JADHAV, H. C. *et al.*, 2016. Effect of Reinforcement of Oral Health Education Message through Short Messaging Service in Mobile Phones: A Quasi-Experimental Trial. *International Journal of Telemedicine and Applications*, 2016:1–7. <https://doi.org/10.1155/2016/7293516>
- LINDHE, J., LANG, N., KARRING, T., 2016.*Tratado de periodontia clínica e implantologia oral*. Coordenação geral e revisão da tradução: Edson J L Moreira. 5ª.ed., 2008. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 1304p. il.
- MEKARU, S. R., BROWNSTEIN, J. S., 2104. One Health in social networks and social media. *Rev Science and Technology*, 33(2): 629–37.
- MENEGAZ, A. M., SILVA, A. E. R., CASCAES, A. M., 2018.Intervenções educativas em serviços de saúde e saúde bucal: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, 52:52.
- NAKRE, P. D., HARIKIRAN, A. G., 2013.Effectiveness of oral education programs: A systematic review. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 3(2):103-15.
- PETERSEN, P. E.& WHO Oral Health Programme, 2003. *The world oral health report 2003*:



STAES19'

Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde

continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme / Poul Erik Petersen. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68506> [Acesso em 30 junho 2019].

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2013. *Oral Health Surveys: basic methods*. 5a. ed. Tradução e revisão: Profa. Dra. Maria Gabriela HayeBiazevic e Prof. Dr. Antônio Carlos Frias (FOUSP), 2017.

PINHEIRO, C. C. B. V., 2016. *Saúde bucal na escola: percepções sobre educação em saúde e desenvolvimento de recurso tecnológico inovador*. 2016. 110 f.: il. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Gestão e Tecnologias Aplicadas à Educação, Universidade do Estado da Bahia, Salvador.

_____, 2018. *Health Topics. Oral Health*. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/oral-health> [Acesso em 22junho 2019].

PIVA, S. G. N., 2015. *A influência das salas de espera sobre a formação de conhecimento das gestantes na estratégia de saúde da família*. 2015. 87 f.: il. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Gestão e Tecnologias Aplicadas à Educação, Universidade do Estado da Bahia, Salvador.

ROBERTO, L. L. *et al.*, 2018. Falta de acesso a informações sobre problemas bucais entre adultos: abordagem baseada no modelo teórico de alfabetização em saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*, 23(3):823-35.

RODRIGUES, A. D. *et al.*, 2009. Sala de Espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. *Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI*, 5(7):101-6.

SHEIHAM, A., WATT, R. G., 2000. The Common Risk Factor Approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28(6):399-406.

SOLHI, M. *et al.*, 2010. The Application of the Health Belief Model in Oral Health Education. *Iranian Journal of Public Health*, 39(4):114-9.

SØRENSEN, K. *et al.*, 2012. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 80(12):1-13. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>

SOUSSOU, R., ALEKSEJŪNIENĖ, J., HARRISON, R., 2017. Waiting room time: An opportunity for parental oral health education. *Canadian Journal of Public Health*, 108(3):251-6. doi: 10.17269/cjph.108.5984.

TOMMASI, M. H. M., 2013. *Diagnóstico em Patologia Bucal*. 4ª.ed. Rio de Janeiro: Elsevier.

TONIAZZO, M. P. *et al.*, 2019. Effect of mHealth in improving oral hygiene: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Clinical Periodontology*, 46:297-309.