

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM SAÚDE
DA FAMÍLIA

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:

Sujeito ativo na construção do saber em saúde bucal

GENI LUIZA MARQUES DOS SANTOS FERREIRA

BELO HORIZONTE

2009

GENI LUIZA MARQUES DOS SANTOS FERREIRA

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:

Sujeito ativo na construção do saber em saúde bucal

Projeto de monografia apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva com Ênfase em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientadora: Prof^a Andréa Maria Duarte Vargas

BELO HORIZONTE

2009

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas...
Que já têm a forma do nosso corpo...
E esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares...
É o tempo da travessia...
E se não ousarmos fazê-la...
Teremos ficado, para sempre...
À margem de nós mesmos...
(Fernando Pessoa)

Aos meus familiares. Ninguém e nada cresce sozinho; sempre é preciso um olhar de apoio, uma palavra de incentivo, um gesto de compreensão, uma atitude de amor. A todos vocês que compartilham de meus ideais, dedico esta conquista.

Aos funcionários e colegas do CSSF, em especial aos ACS, pela disposição e interesse em participar da construção deste trabalho.

RESUMO

Uma pesquisa realizada em 1998 constatou que 29,6 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista. Diante desse resultado, o Ministério da Saúde, em 2000, anunciou a inclusão das Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. Dado o pouco tempo de inserção formal da Equipe de Saúde Bucal na Equipe de Saúde da Família escolheu-se abordar o perfil e o conhecimento atual dos Agentes Comunitários de Saúde sobre saúde bucal. O objetivo do estudo foi capacitar os Agentes Comunitários de Saúde visando aprimorar seu desempenho junto à comunidade na transmissão de informações sobre saúde bucal. O estudo foi realizado com os Agentes Comunitários de Saúde do Centro de Saúde São Francisco, de Belo Horizonte. Foram selecionados para compor a amostra pesquisada nove Agentes Comunitários de Saúde. Para a coleta de dados foi elaborado um questionário estruturado, contendo dez questões. Os resultados da pesquisa demonstraram que a maior parte dos pesquisados era do sexo feminino, com idades entre 21 e 30 anos e escolaridade em nível médio. Os resultados da pesquisa demonstraram que os Agentes Comunitários de Saúde pesquisados se encontram pouco preparados para orientar e transferir à comunidade de sua área de atuação, informações sobre saúde bucal, o que dificulta a adesão da população às práticas de promoção e prevenção, além do acesso aos serviços. Essa constatação levou à proposta de realização de treinamento mediante oficinas de trabalho, grupos de discussão e rodas de conversa regulares.

Palavras-chaves: Agentes Comunitários de Saúde, saúde bucal, Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

A survey in 1998 found that 29.6 million Brazilians have never been to the dentist. Given this result, the Ministry of Health in 2000, announced the inclusion of the Teams of Oral Health in the Family Health Program. Given the short time of entering formal Team Dental Health Team on Family Health has chosen to address the profile and the current knowledge of Community Health Workers on oral health. The objective of the study was to enable the Communitarian Agents of Health being aimed at to improve its performance next to the community in the transmission of information on oral health. The research was conducted with the Centro de Saúde São Francisco, Belo Horizonte. Were selected to compose the sample studied nine Community Health Agents to collect data has produced a semi-structured questionnaire containing ten questions. The survey results showed that the majority of respondents were female, aged between 21 and 30 years and average education level. The survey results showed that the Community Health Agents surveyed are ill-prepared to guide and transfer to the community in its area of operation information on oral health, which makes the population's adherence to the practice of health promotion and prevention, and access to services. This finding led to the proposal to conduct training through workshops, discussion groups and round-table discussions scheduled.

Keywords: Community Health Agents, oral health, the Family Health Program.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------|---|
| ACS | Agentes comunitários de saúde |
| CAC | Centro de Apoio à Comunidade |
| CPO-D | Índice que mede o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados |
| CSSF | Centro de Saúde São Francisco |
| DS | Distrito Sanitário |
| ESF | Equipe de Saúde da Família |
| EUA | Estados Unidos da América |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| SB | Saúde bucal |
| SF | Saúde da Família |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1– Princípios norteadores da Política Nacional de Saúde Bucal..... | 15 |
| Quadro 2– Comparação entre as metas da OMS para o ano 2000 e os resultados. | 20 |
| Quadro 3 – Atribuições e atividades a serem desenvolvidas pelos ACS. | 24 |
| Quadro 4 – Características da população adscrita e do trabalho desenvolvido pelas ESF1 e ESF2..... | 28 |
| Quadro 5 – Motivos para se sentirem integrados ou não a ESF, segundo os pesquisados. | 33 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Dados do levantamento epidemiológico em saúde bucal – Brasil, zona urbana, 1986 | 17 |
| Tabela 2 – Dados do levantamento epidemiológico em saúde bucal – Brasil, 1996. | 18 |
| Tabela 3 – Caracterização socioeconômica de acordo com a idade – Brasil, 2003.. | 19 |
| Tabela 4 – Acesso a serviços odontológicos, por macrorregião e grupo etário de 15 a 19 anos – Brasil, 2003 | 19 |
| Tabela 5 – Dados do levantamento epidemiológico em saúde bucal – Brasil, 2003. | 20 |
| Tabela 6 – Faixa etária dos pesquisados | 30 |
| Tabela 7 – Escolaridade dos pesquisados | 30 |
| Tabela 8 – Tempo que os pesquisados atuam na função | 31 |
| Tabela 9 – Alternativas que correspondem aos princípios do SUS que regem a Atenção Básica, segundo os pesquisados | 31 |
| Tabela 10 – Atribuições dos ACS junto a ESF, segundo os pesquisados | 32 |
| Tabela 11 – Problemas que afetam a população, segundo os pesquisados | 33 |
| Tabela 12 – Orientação à comunidade sobre saúde bucal, segundo os pesquisados | 34 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 14 |
| 2.1 Saúde bucal da população brasileira..... | 16 |
| 2.2 Controle dos principais agravos em saúde bucal..... | 21 |
| 3 OBJETIVOS..... | 26 |
| 3.1 Objetivo geral..... | 26 |
| 3.2 Objetivos específicos..... | 26 |
| 4 METODOLOGIA..... | 27 |
| 4.1 Tipo de pesquisa..... | 27 |
| 4.2 Cenário do estudo..... | 27 |
| 4.3 Amostra..... | 30 |
| 4.4 Coleta de dados..... | 30 |
| 5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA..... | 31 |
| 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO | 37 |
| 7 RELATO DE EXPERIÊNCIA..... | 38 |
| 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 41 |
| REFERÊNCIAS..... | 42 |
| APÊNDICES | |

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a meta com priorização da atenção primária, Saúde para todos no ano 2000, registrada na Declaração de Alma Ata, inspirou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios privilegiam o entendimento da saúde enquanto um direito inerente à cidadania e o acesso universal aos bens e serviços afins.

Como estratégia do modelo de atenção básica, direcionada à reestruturação do modelo assistencial e fundamentada na lógica da promoção da saúde, surge no ano de 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), o qual prioriza ações de promoção, proteção, controle e manutenção da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua.

O Programa Saúde da Família tem se revelado uma estratégia positiva na melhora do nível de eficiência e de qualidade dos serviços na Atenção Básica. Isso decorre, entre outros motivos, da atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF), que estabelece vínculos de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população adscrita, por meio do conhecimento dos indivíduos, famílias e recursos disponíveis nas comunidades, da busca ativa dos usuários e suas famílias para o acompanhamento ao longo do tempo dos processos de saúde-doença que os acometem ou poderão acometer, do acolhimento e do atendimento humanizado e contínuo ao longo do tempo (BRASIL, 2008).

Essa proximidade favorece o conhecimento da população e de suas condições de saúde, possibilitando que os cuidados sejam realizados de forma adequada, refletindo nas condições de vida da comunidade, uma vez que as ESF têm condições de solucionar cerca de 85% de seus problemas de saúde (BRASIL, 2008).

Através da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD), realizada em 1998, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) constatou que o expressivo número de 29,6 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista. Frente a

esse alarmante resultado, o Ministério da Saúde, em 2000 anunciou a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no PSF.

Pode-se entender esse quadro de exclusão social como resultado de uma prática odontológica excludente, que persistiu por longo período, a qual se caracterizava por priorizar populações definidas, como escolares de redes públicas, que relegava a população adulta aos atendimentos de urgência, que, na maioria das vezes, levavam à mutilação, muito mais do que qualquer possibilidade de resolução do problema.

Somente em 2003 foi elaborada a Política Nacional de Saúde Bucal, constituída pelo Programa Brasil Sorridente, que integrava em suas ações toda a população. Essa política impulsionou a expansão das ações de saúde bucal na estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2006a; COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2004).

Ao que se refere às reflexões acerca da inserção da saúde bucal no PSF considera-se esse programa como mais do que um espaço social, mas como ambiente em que as mudanças e a reorganização do processo de trabalho em saúde podem acontecer.

Dado o pouco tempo de inserção formal da Equipe de Saúde Bucal nas ESF e diante do ambicioso projeto governamental de promover a integralidade na assistência odontológica, escolheu-se como tema deste estudo o perfil e o conhecimento atual dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de um Centro de Saúde, sobre saúde bucal.

Sob o foco da dinâmica dos serviços e com base nos princípios e pressupostos do SUS, Motta, Nunes e Buss¹ (2001 *apud* KOYASHIKI; ALVES-SOUZA; GARANHANI, 2008) defenderam a necessidade de qualificação e requalificação da força de trabalho, de modo a resultar em sujeitos competentes, comprometidos com o processo de construção social da saúde, por meio de atitudes reflexivas e críticas acerca do seu papel enquanto sujeito-usuário.

¹ MOTTA, J. I. J.; BUSS, P.; NUNES, T. C.M. Novos desafios para a formação de recursos humanos em saúde. **Rev Olho Mágico**, v. 8, n. 3, p. 4-8, 2001.

Espera-se que o conhecimento obtido com o desenvolvimento deste estudo contribua para a elaboração de estratégias que possibilitem melhor desempenho dos ACS junto à comunidade e às ESF nas ações de saúde bucal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A saúde pública ganhou ênfase com a Constituição Federal de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) em uma rede regionalizada e hierarquizada, cujas diretrizes se baseiam na descentralização, no atendimento integral e na participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Essa disposição constitucional trata da saúde geral do indivíduo, da qual é parte integrante a Saúde Bucal. Em 1986, fase preparatória da carta constitucional, na Primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal, seus integrantes já se manifestavam favoravelmente a que a saúde bucal fosse incluída nesse documento como um direito dos cidadãos e um dever do Estado, manifestando-se também sobre a necessidade de medidas urgentes, visto que “A situação de Saúde Bucal, da população brasileira, é caótica” (BRASIL, 1986, p. 4).

Apesar de terem sido incluídos no texto constitucional aspectos relevantes acerca dos direitos fundamentais do cidadão e das obrigações do Estado, por ocasião da Segunda Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1993, o descontentamento dos participantes com a sua aplicação foi evidenciado da seguinte maneira:

Passados cinco anos, metade dos inúmeros artigos que necessitam de regulamentação para vigorarem plenamente, permanecem até hoje sem o dispositivo regulamentador. Outros artigos, auto aplicáveis, permanecem como letra morta, a exemplo daquele que estabelece o limite de 12% de juros reais ao ano.

[...].

Os investimentos globais do setor público para a saúde têm representado em média 2% do PIB², significando investimentos de apenas US\$50 per capita/ano, enquanto a Organização Mundial da Saúde recomenda o mínimo de US\$500 per capita/ano para países em desenvolvimento (BRASIL, 1993, p. 5).

Além de destacar a falta de investimentos, a Segunda Conferência Nacional de Saúde Bucal ressaltou a ausência de implementação de políticas adequadas e criticou violentamente o modelo vigente, que

² PIB – Produto Interno Bruto.

[...] caracterizava-se pela limitadíssima capacidade de resposta às necessidades da população brasileira, ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais que assolam o país é elitista, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação (BRASIL, 1993, p. 6).

As deliberações da Primeira e Segunda Conferência de Saúde Bucal e outros eventos resultaram nas diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS publicadas em 2004 (BRASIL, 2004).

Os princípios norteadores dessas diretrizes, além da universalidade, integralidade e equidade, são expostos no Quadro 1.

| Princípios | Descrição |
|-------------------------------|--|
| Gestão participativa | Definir democraticamente a política de saúde bucal, assegurando a participação das representações de usuários, trabalhadores e prestadores, em todas as esferas de governo. |
| Ética | Assegurar que toda e qualquer ação seja regida pelos princípios universais da ética em saúde. |
| Acesso | Buscar o acesso universal para a assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico. Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento. |
| Acolhimento | Desenvolver ações para o usuário considerando-o em sua integralidade bio-psico-social. Acolhimento pressupõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar. Significa a base da humanização das relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade. |
| Vínculo | Responsabilizar a unidade ou serviço de saúde na solução dos problemas em sua área de abrangência, através da oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução. O vínculo é a expressão-síntese da humanização da relação com o usuário e sua construção requer a definição das responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento nas situações de rotina ou imprevistas. O vínculo é o resultado das ações do acolhimento e, principalmente, da qualidade da resposta (clínica ou não) recebida pelo usuário. |
| Responsabilidade profissional | Implicar-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território. Corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento e providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais. |

Quadro 1 – Princípios norteadores da Política Nacional de Saúde Bucal.

Fonte: Brasil, 2004a, p. 5-6.

O documento apresentou grupos de ações a serem desenvolvidas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, contemplando diferentes faixas etárias e condições, tais como (BRASIL, 2004a):

- a) grupo de crianças com idades de zero a cinco anos;
- b) crianças e adolescentes de seis a dezoito anos;
- c) gestantes;
- d) adultos;
- e) idosos.

Por fim, introduz na estratégia de Saúde da Família a saúde bucal, ressaltando a possível dificuldade de integração no processo de trabalho, pois,

Ao colocar para a saúde bucal a proposta de sua inserção em uma equipe multiprofissional, além de introduzir o 'novo', afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam. Esta situação traz o desafio de trabalhar em equipe (BRASIL, 2004a, p. 16).

Essa iniciativa amenizou a posição dos integrantes da Terceira Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 2004, que apresentou novas proposições acerca da saúde bucal na estratégia Saúde da Família e também de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para tais ações, entre outras (BRASIL, 2005).

As ações desenvolvidas resultaram em um aumento de 141,3% no número de Equipes de Saúde Bucal no período de dezembro de 2002 e maio de 2005, as quais passaram de 4.261 para 10.285. Aumentou, no mesmo período, o número de municípios atendidos, de 2.302 para 3.436, o que possibilitou que a população atendida passasse de 26 milhões para cerca de 53 milhões de habitantes (PUCCA JR., 2006).

2.1 Saúde bucal da população brasileira

O primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal, no Brasil, foi realizado em 1986 e contemplou, devido à escassez de recursos, a

[...] zona urbana de 16 capitais selecionadas como representativas do total de 27, com dados para as cinco macrorregiões, segundo faixas de renda familiar, analisando-se a prevalência da cárie dental, das doenças periodontais, das necessidades e da presença de prótese total e da procura por serviços odontológicos. Foram considerados dez grupos etários para efeitos de levantamento de cárie dental e demanda de serviços: de 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 anos; de 15 a 19 anos; de 35 a 44 anos e de 50 a 59 anos (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006, p. 32).

Os resultados da pesquisa mostraram um quadro de saúde bucal preocupante, com elevados índices de cárie, de dentes extraídos prematuramente e da presença de doenças periodontais.

Uma síntese dos resultados dessa pesquisa é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1

Dados do levantamento epidemiológico em saúde bucal – Brasil, zona urbana, 1986

| Idade (anos) | Média do Índice CPO-D* | Percentual de contribuição do componente Perdido no CPO-D (%) | Percentual de indivíduos com periodonto saudável (%) |
|--------------|------------------------|---|--|
| 12 | 6,65 | 13,18 | - |
| 15-19 | 12,68 | 15,20 | 28,76 |
| 35-44 | 22,50 | 66,48 | 5,38 |
| 50-59 | 27,21 | 85,97 | 1,33 |

Fonte: Costa; Chagas; Silvestre, 2006, p. 34.

* CPO-D – Índice que mede o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados.

A amostra pesquisada foi composta por 25.407 indivíduos e os problemas pesquisados foram a cárie dental, doenças periodontais, uso e necessidade de prótese total, acesso aos serviços odontológicos e avaliação socioeconômica (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Dez anos depois, em 1996, foi realizado novo levantamento epidemiológico em saúde bucal, contemplando apenas a faixa etária entre seis e 12 anos. Esse levantamento ocorreu no âmbito das escolas públicas e privadas de 27 capitais e do Distrito Federal, verificando somente a prevalência de cárie dentária (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Uma síntese dos resultados desse levantamento é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2
 Dados do levantamento epidemiológico em saúde bucal – Brasil, 1996

| Idade (anos) | Média do Índice CPO-D* | Percentual de contribuição do componente Perdido no CPO-D (%) |
|--------------|------------------------|---|
| 12 | 3,06 | 9,42 |

Fonte: Costa; Chagas; Silvestre, 2006, p. 36.

A amostra pesquisada foi composta por 30.210 crianças, em 27 municípios brasileiros.

Finalmente, em 2000 se iniciaram as discussões sobre a necessidade de um levantamento amplo, abrangendo as populações urbana e rural, visando oferecer embasamento à elaboração das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, permitindo também a comparação com dados de outros países e com as metas da Organização Mundial da Saúde (OMS) propostas para o mesmo ano (COSTA; CHAGAS, SILVESTRE, 2006).

A pesquisa foi realizada durante os anos de 2002 e 2003, oferecendo os resultados apresentados na Tabela 3.

Segundo os dados, 74% dos adolescentes pesquisados freqüentavam escolas e a maior parte destes (93%) freqüentava escolas públicas. A posse de automóvel é considerada um indicador indireto de renda e revelou que, aproximadamente, 27% dos adultos com idades entre 35 e 44 anos possuía um ou mais automóveis, sendo que 73% não possuíam.

Tabela 3
Caracterização socioeconômica de acordo com a idade – Brasil, 2003

| Condição | Faixa etária (anos) | | | | | | | | |
|--------------------|---------------------|--------|-------|--------|-------|-------|-------|--------|-------|
| | 13-19 | | 35-44 | | 65-74 | | Total | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Estudante | Sim | 12.337 | 73,9 | 1.570 | 11,73 | 186 | 3,49 | 14.093 | 39,82 |
| | Não | 4.338 | 26,01 | 11.811 | 88,27 | 5.149 | 96,51 | 21.298 | 60,18 |
| Tipo de escola | Pública | 11.419 | 68,53 | 1.318 | 9,85 | 167 | 3,13 | 12.904 | 36,48 |
| | Privada | 775 | 4,65 | 205 | 1,53 | 15 | 0,28 | 995 | 2,01 |
| | Outros | 131 | 0,79 | 45 | 0,34 | 4 | 0,07 | 180 | 0,51 |
| Moradia | Própria | 13.137 | 78,91 | 10.544 | 78,88 | 4.581 | 85,96 | 28.262 | 79,86 |
| | Em aquisição | 410 | 2,46 | 351 | 2,63 | 90 | 1,69 | 851 | 2,41 |
| | Alugada | 1.847 | 11,09 | 1.495 | 11,18 | 346 | 6,49 | 3.688 | 10,48 |
| | Cedida | 904 | 5,43 | 826 | 6,18 | 253 | 4,75 | 1.983 | 5,61 |
| | Outros | 351 | 2,11 | 151 | 1,13 | 59 | 1,11 | 561 | 1,59 |
| Posse de automóvel | Não possui | 13.501 | 81,10 | 9.795 | 73,30 | 4.436 | 83,27 | 27.732 | 78,48 |
| | Possui um | 2.799 | 16,81 | 3.212 | 24,04 | 800 | 15,02 | 6.811 | 19,27 |
| | Possui 2 ou mais | 347 | 2,08 | 355 | 2,66 | 91 | 1,71 | 793 | 2,24 |

Fonte: Brasil, 2004b, p. 56.

O acesso a serviços odontológicos, por faixa etária e macrorregiões, revelou que percentual expressivo de indivíduos nunca recebeu atendimento (TAB. 4).

Tabela 4
Acesso a serviços odontológicos, por macrorregião e grupo etário de 15 a 19 anos – Brasil, 2003

| Item | Macrorregiões | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------------|-------|----------|-------|---------|-------|-------|-------|---------|-------|--------|-------|
| | Norte | | Nordeste | | Sudeste | | Sul | | C.Oeste | | Brasil | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Tempo desde a última consulta | | | | | | | | | | | | |
| Nunca foi atendido | 637 | 16,56 | 848 | 21,76 | 302 | 10,14 | 205 | 5,77 | 248 | 12,15 | 2.240 | 13,50 |
| <1 ano | 2.645 | 42,77 | 1.583 | 40,62 | 1.519 | 51,02 | 2.358 | 60,80 | 949 | 46,50 | 8.054 | 48,55 |
| 1-2 anos | 998 | 25,95 | 867 | 22,25 | 668 | 22,44 | 834 | 21,78 | 492 | 24,11 | 3.859 | 23,26 |
| ≥3 anos | 566 | 14,72 | 599 | 15,37 | 488 | 16,39 | 430 | 11,24 | 352 | 17,25 | 2.435 | 14,68 |
| Motivo do atendimento | | | | | | | | | | | | |
| Rotina/manutenção | 894 | 23,18 | 879 | 22,51 | 1.325 | 44,48 | 1.811 | 47,40 | 760 | 36,96 | 5.669 | 34,11 |
| Dor | 1.549 | 40,16 | 1.257 | 32,19 | 751 | 25,21 | 895 | 23,42 | 647 | 31,47 | 5.099 | 30,68 |
| Sangramento gengival | 34 | 0,88 | 37 | 0,95 | 52 | 1,74 | 32 | 0,84 | 27 | 1,31 | 182 | 1,10 |
| Cavidades nos dentes | 550 | 14,26 | 738 | 18,90 | 395 | 13,26 | 635 | 16,62 | 285 | 13,86 | 2.603 | 15,66 |
| Feridas, caroços, manchas na boca | 11 | 0,29 | 10 | 0,26 | 7 | 0,23 | 2 | 0,05 | 4 | 0,19 | 34 | 0,20 |
| Outros | 182 | 4,72 | 135 | 3,46 | 147 | 4,93 | 241 | 6,31 | 85 | 4,13 | 790 | 4,75 |

Fonte: Brasil, 2004b, p. 57.

Na região Nordeste o percentual de adolescentes que relatou nunca ter recebido atendimento odontológico foi superior a 21%, enquanto na região Sul esse percentual foi inferior a 6%.

O principal motivo para o atendimento nas regiões Norte e Nordeste foi a ocorrência de dor (40,16% e 32,19%, respectivamente).

O resultado final da pesquisa é sintetizado na Tabela 5.

Tabela 5
Dados do levantamento epidemiológico em saúde bucal – Brasil, 2003

| Faixa etária (anos) | Média do Índice CPO-D* | Percentual de contribuição do componente Perdido no CPO-D (%) | Percentual de indivíduos com periodonto saudável (%) |
|---------------------|------------------------|---|--|
| 12 | 2,78 | 6,47 | - |
| 15-19 | 6,17 | 14,42 | 46,18 |
| 35-44 | 20,13 | 65,72 | 21,94 |
| 65-74 | 27,79 | 92,25 | 7,89 |

Fonte: Costa; Chagas; Silvestre, 2006, p. 40.

* CPO-D – Índice que mede o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados.

A amostra pesquisada foi composta por 108.921 indivíduos em 250 municípios brasileiros. Os resultados globais da pesquisa demonstraram que adultos jovens (35-44 anos) têm perda prematura de dentes e apresentam elevada taxa de doenças periodontais. Esses dados também foram inferiores às metas propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o ano de 2000, como demonstrado no Quadro 2.

| Faixa etária (anos) | Meta da OMS para 2000 | Levantamento epidemiológico Brasil, 2003 |
|---------------------|------------------------------|--|
| 5-6 | 50% sem experiência de cárie | 40% sem experiência de cárie |
| 12 | CPO-D \leq 3,0 | CPO-D = 2,78 |
| 18 | 80% com todos os dentes | 55% com todos os dentes |
| 35-44 | 75% com 20 ou mais dentes | 54% com 20 ou mais dentes |
| 65-74 | 50% com 20 ou mais dentes | 10% com 20 ou mais dentes |

Quadro 2 – Comparação entre as metas da OMS para o ano 2000 e os resultados do levantamento epidemiológico de 2003.

Fonte: adaptado de Brasil, 2004b, p. 43; Costa; Chagas; Silvestre, 2003, p. 39.

A única faixa etária em que o Brasil atingiu a meta proposta pela OMS foi a de 12 anos, sendo que nas demais faixas etárias o país se encontrava aquém da proposta.

2.2 Controle dos principais agravos em saúde bucal

Os principais agravos em saúde bucal que acometem a população brasileira e têm sido alvo das ações governamentais são (BRASIL, 2006b):

- a) cárie dentária, que é “[...] considerada como manifestação clínica de uma infecção bacteriana”, atingindo desde crianças a partir de 11 meses de idade até idosos (BRASIL, 2006b, p. 31). Os principais fatores de risco são culturais e socioeconômicos, falta de acesso ao flúor, falta de controle da placa bacteriana, consumo excessivo e frequente de açúcar e xerostomia;
- b) doença periodontal, que é resultante do “[...] processo de desequilíbrio entre as ações de agressão e defesa sobre os tecidos de sustentação e proteção do dente, que tem como principal determinante a placa bacteriana” e tem afetado desde adolescentes até idosos (BRASIL, 2006b, p. 36). Os principais fatores de risco são culturais e socioeconômicos, diabetes, fumo, ausência de controle da placa bacteriana, imunodepressão e estresse;
- c) câncer de boca, que inclui o câncer de lábio e de cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e assoalho da boca) e, além de ser uma das principais causas de óbito por neoplasias, tende a afetar mais intensamente indivíduos do sexo masculino na faixa etária acima de 50 anos de idade;
- d) traumatismos dentários, que podem ser decorrentes de atos de violência, acidentes, prática de esportes entre outras e têm forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos. Os principais fatores de risco são relacionados aos fatores ambientais de vida familiar e fatores humanos, tais como condições físicas, comportamentais, personalidade hiperativa e falta de uso de instrumentos de proteção contra acidentes;

- e) fluorose dentária, que é decorrente da ingestão de flúor no período de formação do esmalte dental. Os principais fatores de risco são a presença de flúor em doses mais elevadas do que o recomendado na água de abastecimento público; uso concomitante de duas ou mais formas de ingestão de flúor; uso de creme dental no período de formação dentária em locais em que a água é fluoretada; falta de vigilância dos teores de flúor nas águas de abastecimento público e nas águas minerais industrializadas; e, uso abusivo de formas tópicas do flúor em locais em que as águas de abastecimento são fluoretadas;
- f) edentulismo, que pode ser caracterizado pela perda precoce de dentes permanentes, levando à necessidade do uso de próteses. Os principais fatores de risco estão relacionados à desigualdade social, baixa renda e escolaridade, falta de acesso a tratamentos básicos e especializados da cárie e da doença periodontal;
- g) má oclusão, que é “[...] a deformidade dento-facial que, na maioria das ocasiões, não provém de um único processo patológico específico. Mas é uma variação clínica significativa do crescimento normal” (BRASIL, 2006b, p. 47). Os principais fatores de risco são hereditariedade, defeitos de desenvolvimento, enfermidades sistêmicas e/ou enfermidades locais, traumatismo pós-natal, agentes físicos, hábitos nocivos, deficiências nutricionais e má nutrição e fatores culturais e socioeconômicos.

Esses agravos são o principal foco de atuação da Atenção Básica, que é orientada “[...] pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2006b, p. 8).

As ações que devem integrar a prática das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica são pautadas em intervenções para alterar favoravelmente aspectos sociais e ambientais, ações educativas, de promoção à saúde e assistenciais (BRASIL, 2006b).

Essas ações estão alinhadas com a concepção de promoção da saúde adotada a partir da conferência internacional que originou a Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde, em 1986. As estratégias preconizadas pela Carta de Ottawa incluem: ações de políticas públicas, cujo impacto se dê em todos os setores e não somente no setor da saúde; criação de ambiente favorável, mediante mudanças que gerem impacto positivo na saúde; desenvolvimento de habilidades pessoais, aumentando a disseminação de informações para que os indivíduos adotem atitudes favoráveis à promoção da saúde e que estas sejam baseadas em conhecimento; fortalecimento de ações comunitárias, mediante apoio, tomada de decisão, planejamento e implementação de estratégias concretas e eficazes; e reorientação dos serviços de saúde com ações direcionadas para o ganho em saúde (NEVES, 2006).

A promoção em saúde, no contexto da saúde bucal, deve se aliar à educação em saúde. Os conceitos dessas expressões são distintos, pois,

[...] se entende por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde, enquanto a promoção da saúde é uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde (NEVES, 2006).

Cumprir com tais ações, visando a melhoria da saúde bucal da população, é uma tarefa árdua, que pode ser facilitada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pois, estes são vistos como “[...] mecanismos capazes de prover facilidades ao processo de desenvolvimento das ações em atenção primária e também em saúde bucal” (KOYASHIKI; ALVES-SOUZA; GARANHANI, 2008, p. 1344).

Esses indivíduos assumem, portanto, o papel de educadores da comunidade, incentivando e disseminando ações para a construção de um ambiente adequado à saúde e orientando as pessoas para atitudes promotoras da saúde bucal própria e do seu grupo social.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em 1991, precedendo o Programa Saúde da Família (PSF), que surgiu em 1994. O PACS tinha por objetivo estimular a população ao auto cuidado por meio da transferência de informações realizada pelo ACS.

A oportunidade e habilidade dos ACS em se aproximar e se fazer ouvir pela comunidade torna-os importantes atores para a consecução dos propósitos da assistência à saúde das comunidades que freqüentam, favorecendo o vínculo com a unidade de saúde e seus profissionais, como também a prática e a mudança de hábitos e costumes, contudo, esses profissionais precisam ser adequados e corretamente treinados para a execução de suas inúmeras tarefas (KOYASHIKI; ALVES-SOUZA; GARANHANI, 2008).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são um importante vínculo da ESF com a comunidade e isso o torna o personagem adequado para a disseminação de informações sobre saúde e também para a orientação e a educação desses indivíduos.

As principais atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são apresentadas no Quadro 3.

| Atribuições específicas dos ACS | Atividades a serem desenvolvidas pelos ACS |
|--|--|
| <p>Realizar mapeamento de sua área;</p> <p>Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;</p> <p>Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;</p> <p>Identificar áreas de risco;</p> <p>Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário;</p> <p>Realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básica;</p> <p>Realizar, por meio da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;</p> <p>Estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situação de risco;</p> <p>Desenvolver ações de educação e</p> | <p>Cadastrar todas as famílias em sua área de atuação;</p> <p>Visitar no mínimo uma vez por mês cada família, aumentando essa frequência quando surgir uma situação que requeira atenção especial;</p> <p>Pesar e medir uma vez por mês as crianças com menos de 2 anos e registrar a informação no cartão de acompanhamento. Esse controle permite detectar, por exemplo, a presença de deficiências nutricionais que interfiram no crescimento. Se for preciso, a ação do ACS se concentra em tomar medidas para melhorar esse quadro, juntamente com o serviço de saúde local e com a comunidade;</p> <p>Verificar o cartão de vacinação mensalmente, se as aplicações estiverem atrasadas, encaminhar a criança para o Centro de Saúde;</p> <p>Dar orientação para evitar infecções respiratórias agudas, que podem evoluir para uma pneumonia;</p> <p>Incentivar o aleitamento materno;</p> <p>Identificar as gestantes e encaminhá-las para o acompanhamento pré-natal. Depois disso, verificar mensalmente se as consultas estão sendo feitas;</p> <p>Explicar a importância da vacinação antitetânica na gravidez, para evitar o tétano em recém-nascidos ("mal de sete dias") e encaminhar a gestante para a vacinação;</p> |

| | |
|---|---|
| vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças; | Orientar as mulheres em idade fértil em relação aos riscos de câncer de mama e do colo uterino e encaminhá-las para exames de controle; |
| Promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras; | Dar orientação acerca de métodos de planejamento familiar; Orientar quanto às formas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da Aids; |
| Traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites; | Dar assistência aos doentes que estiverem em tratamento no Centro de Saúde; |
| Identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe. | Estar atento para problemas que afetam o meio ambiente, como coleta de lixo, serviços de água e esgoto etc. Propor soluções e dar o apoio necessário para que a comunidade enfrente a situação; Orientar as famílias quanto a prevenção e aos cuidados em relação a endemias que afetem a região, como cólera, dengue, malária e outras; Orientar a família em relação ao uso do soro de reidratação oral e a adoção de medidas de prevenção de diarreias, como estratégia para evitar quadros de desidratação. |

Quadro 3 – Atribuições e atividades a serem desenvolvidas pelos ACS.

Fonte: Pólo-PSF-Famema, [2001].

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde visando aprimorar seu desempenho junto à comunidade na transmissão de informações sobre saúde bucal.

3.2 Objetivos específicos

- a) Avaliar o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre saúde bucal;
- b) propor treinamento dos ACS, visando aprimorar seu desempenho junto à comunidade.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

O estudo foi realizado junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Centro de Saúde São Francisco (CSSF), uma vez que estes constituem importante elo entre a comunidade e as Equipes de Saúde da Família (ESF) às quais são integradas as Equipes de Saúde Bucal.

4.2 Cenário do estudo

A unidade selecionada para estudo foi o Centro de Saúde São Francisco (CSSF), localizado no bairro São Francisco, região Norte de Belo Horizonte, pertencente ao Distrito Sanitário (DS) Pampulha.

O Centro de Saúde São Francisco atende a uma população adscrita de 8.179 habitantes, sendo 4.259 habitantes moradores do bairro São Francisco e 3.920 habitantes do bairro Nova Cachoeirinha. Os moradores do bairro Nova Cachoeirinha são atendido no CSSF devido à proximidade com a comunidade referida, com a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a um acordo estabelecido entre as regionais Pampulha e Noroeste.

O CSSF foi inaugurado em 1979 e conta com a seguinte estrutura:

- a) cinco consultórios médicos;
- b) uma sala de observação;
- c) uma sala de acolhimento;
- d) uma sala de vacinas;
- e) uma sala de coleta e curativos;
- f) uma farmácia local;
- g) uma sala de reuniões;
- h) uma sala para recepção e arquivo;
- i) uma sala de espera;

- j) um consultório odontológico com três equipamentos;
- k) uma sala de expurgo, onde funciona a esterilização de material odontológico e limpeza de material ginecológico;
- l) uma sala de marcação e agendamento de exames e consultas especializadas;
- m) uma sala para a gerência;
- n) cozinha;
- o) almoxarifado;
- p) dois banheiros para funcionários.

Além das instalações descritas, na área externa da unidade existem dois banheiros, um cômodo para depósito de lixo da unidade, alguns bancos de alvenaria e um pequeno jardim.

No andar de cima do CSSF funciona o Centro de Apoio à Comunidade (CAC), cujo espaço físico é dividido entre salas, quadras, um salão para os encontros dos grupos operativos do Centro de Saúde e outro salão, que é utilizado para atividades de fisioterapia e encontros de confraternização dos grupos e dos funcionários da unidade. Ressalta-se que os salões são cedidos ao Centro de Saúde, mas não pertencem à área física deste.

O CSSF trabalha com a Estratégia de Saúde da Família e comunidade desde 2002 e conta com duas Equipes de Saúde da Família, cada uma delas composta por:

- a) um médico da família;
- b) uma enfermeira;
- c) dois auxiliares de enfermagem;
- d) quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Há ainda, uma Equipe de Saúde Bucal, vinculada ao PSF, e outra de apoio.

O CSSF conta também com uma equipe de apoio, que é composta por:

- a) um clínico geral;
- b) uma pediatra;

- c) um ginecologista;
- d) equipes de estagiários do curso de Nutrição da Unifenas, do curso de fisioterapia do Uni-BH e de Odontologia da UFMG.

A ESF1 é responsável pelo atendimento à população do bairro São Francisco e a ESF2 pelo bairro Nova Cachoeirinha. As principais características dessas populações e do trabalho das ESF são apresentadas no Quadro 4.

| ESF | ESF1: população do bairro São Francisco | ESF2: população do bairro Nova Cachoeirinha |
|---------------------------------|--|---|
| Atendimento | <p>O acolhimento é feito todas as manhãs e também o atendimento aos quadros agudos.</p> <p>São realizadas reuniões mensais com grupos operativos de pacientes diabéticos e hipertensos, na última sexta-feira do mês.</p> <p>São realizadas visitas domiciliares semanais de acordo com a demanda dos ACS e da comunidade.</p> | <p>O acolhimento é feito de segunda a sexta-feira, a partir das 13 horas.</p> <p>As visitas domiciliares são realizadas às sextas-feiras à tarde.</p> <p>O atendimento dos quadros agudos da unidade, a partir das 12 horas, é de responsabilidade da equipe.</p> |
| População | <p>Baixa renda;</p> <p>Grande número de desempregados e/ou subempregados;</p> <p>Grande número de adolescentes e idosos.</p> | - |
| Continua Continuação | | |
| ESF | ESF1: população do bairro São Francisco | ESF2: população do bairro Nova Cachoeirinha |
| Risco de vulnerabilidade social | <p>Muito elevado;</p> <p>Elevado;</p> <p>Médio.</p> | <p>Muito elevado;</p> <p>Elevado;</p> <p>Médio.</p> |
| Influência de cunho social | <p>Alcoolismo;</p> <p>Tabagismo;</p> <p>Drogadição;</p> <p>Prostituição.</p> | - |
| Principais problemas de saúde | <p>Diabetes <i>mellitus</i>;</p> <p>Hipertensão arterial sistêmica;</p> <p>Obesidade;</p> <p>Câncer;</p> <p>Lombalgia;</p> <p>Dorsalgia;</p> | <p>Hipertensão arterial;</p> <p>Diabetes;</p> <p>Cardiopatias;</p> <p>Doenças do aparelho respiratório em crianças.</p> |

| | | |
|-----------------|--|---|
| | Abuso de drogas lícitas e ilícitas; Doenças sexualmente transmissíveis; Gravidez na adolescência. | |
| Causas externas | Acidentes por arma de fogo; Acidentes automobilísticos, devido à proximidade com a Av. Pres. Antônio Carlos e a BR-262. | - |

Quadro 4 – Características da população adscrita e do trabalho desenvolvido pelas ESF1 e ESF2.
Fonte: elaborado pela autora.

4.3 Amostra

Foram selecionados para compor a amostra pesquisada nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuam no CSSF. Embora tenha sido descrita a composição das duas Equipes de Saúde da Família com oito ACS, ressalta-se que foi contratado um novo ACS para atuar no CSSF, passando o total de ACS a ser de nove indivíduos.

4.4 Coleta de dados

Para a coleta de dados foi elaborado um questionário semi-estruturado, contendo dez questões (APÊNDICE A).

O questionário foi aplicado pela própria pesquisadora aos nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que atuam no CSSF, durante a última semana do mês de março de 2009.

5 RESULTADOS

A maior parte dos ACS (77,78%) que atua no CSSF é do sexo feminino e apenas 22,22% são do sexo masculino.

Mais da metade dos ACS tem idades até 30 anos, conforme apresentado na Tab. 6.

Tabela 6
Faixa etária dos pesquisados

| Faixa etária (anos) | Frequência | % |
|---------------------|------------|--------|
| 21-28 | 4 | 44,45 |
| 30 | 1 | 11,11 |
| 40-47 | 3 | 33,33 |
| Não respondeu | 1 | 11,11 |
| Total | 9 | 100,00 |

Fonte: dados da pesquisa, 2009.

Os ACS pesquisados formam um grupo de indivíduos jovens e em idade produtiva, o que pode contribuir para sua melhor aceitação nos diversos grupos que compõem as comunidades atendidas.

Com relação a escolaridade, predominou entre os pesquisados o Ensino Médio, como pode ser observado na Tab. 7.

Tabela 7
Escolaridade dos pesquisados

| Escolaridade | Frequência | % |
|--------------------|------------|--------|
| Ensino Fundamental | 6 | 22,22 |
| Ensino Médio | 2 | 66,67 |
| Ensino Superior | 1 | 11,11 |
| Total | 9 | 100,00 |

Fonte: dados da pesquisa, 2009.

Mais da metade dos pesquisados (66,67%) declarou ter formação acadêmica em nível Médio, 22,22% em nível Fundamental e 11,11% em nível Superior.

A baixa escolaridade é relacionada a agravos de saúde bucal (BRASIL, 2006b), portanto, este grupo deve ter uma melhor saúde bucal em função da escolaridade

em nível Médio e Superior e poderá contribuir para a sua melhor *performance* junto à comunidade, favorecendo a exposição dos problemas e agravos, como também a defesa das ações e intervenções necessárias para a solução dos problemas.

A maior parte dos ACS atua nessa função há mais de três anos (Tab. 8).

Tabela 8
Tempo que os pesquisados atuam na função

| Tempo (anos) | Frequência | % |
|----------------|------------|--------|
| Menos de 1 ano | 2 | 22,22 |
| 3-4 anos | 4 | 44,45 |
| 6-9 anos | 3 | 33,33 |
| Total | 9 | 100,00 |

Fonte: dados da pesquisa, 2009.

Parte expressiva dos ACS (44,45%) exerce a função entre três e quatro anos, 33,33% em um período entre seis e nove anos e 22,22% há menos de um ano.

Todos os pesquisados afirmaram conhecer os princípios do SUS que regem a Atenção Básica, assinalando as opções destacadas na Tab. 9 (GRÁFICO 1 APÊNDICE).

Tabela 9

Alternativas que correspondem aos princípios do SUS que regem a Atenção Básica,
segundo os pesquisados

| Princípios | Frequência* | % |
|----------------------------|-------------|--------|
| Universalidade do acesso | 7 | 77,78 |
| Integralidade da atenção | 6 | 66,67 |
| Equidade | 9 | 100,00 |
| Descentralização da gestão | 1 | 11,11 |
| Hierarquia dos serviços | 2 | 22,22 |
| Controle social | - | - |

Fonte: dados da pesquisa, 2009.

*A questão admitia mais de uma resposta; n = 25.

Entre as alternativas apresentadas somente a equidade angariou 100% das respostas dos pesquisados. Isso denota que os ACS não têm conhecimento dos princípios que regem o SUS (BRASIL, 2006b).

Ao serem solicitados a informar se tinham conhecimento sobre suas atribuições junto a ESF, todos os ACS responderam afirmativamente. Contudo, ao assinalarem em uma relação de alternativas essas atribuições algumas delas não foram reconhecidas tab. 10 (GRÁFICO 2 APÊNDICE).

Tabela 10
Atribuições dos ACS junto a ESF, segundo os pesquisados

| Atribuições | Frequência | % |
|---|------------|--------|
| Cadastrar todas as famílias em sua área de atuação | 9 | 100,00 |
| Visitar pelo menos uma vez por mês cada família | 9 | 100,00 |
| Pesar e medir uma vez por mês as crianças com menos de dois anos | - | - |
| Verificar o cartão de vacinação das crianças mensalmente | 9 | 100,00 |
| Incentivar o aleitamento materno | 9 | 100,00 |
| Dar assistência aos doentes em tratamento no Centro de Saúde | 6 | 66,67 |
| Estar atento para problemas relacionados ao meio ambiente | 3 | 33,33 |
| Identificar indivíduos e famílias expostas a situações de risco | 9 | 100,00 |
| Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde | 9 | 100,00 |
| Outras | 3 | 33,33 |

Fonte: dados da pesquisa, 2009.

De acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde (BELO HORIZONTE, 2008), as atribuições dos ACS em Belo Horizonte incluem, além de outras, prestar assistência aos doentes em tratamento no CS mediante acompanhamento daqueles que se encontrarem em tratamento domiciliar, desde que indicados pela equipe, e entregar medicamentos prescritos, informar acerca da marcação de consultas especializadas em situações definidas pela equipe. Contudo, não se encontram entre suas atribuições pesar e medir crianças, o que demonstra que alguns dos pesquisados não souberam reconhecer adequadamente suas atribuições.

Entre as atribuições mencionadas na categoria Outras, estão:

- a) visitas domiciliares a egressos de internações e a idosos acamados;
- b) orientar para a busca de consultas especializadas, dentista, clínico e nutricionista.

Todos os pesquisados declararam conhecer os problemas que afetam a população da sua área, enumerando-os como apresentado na Tab. 11 (GRÁFICO 3 APÊNDICE).

Tabela 11
Problemas que afetam a população, segundo os pesquisados

| Problema | Frequência* | % |
|---|-------------|--------|
| Falta de esgoto | 1 | 4,76 |
| Uso de filtro | 1 | 4,76 |
| Violência | 5 | 23,81 |
| Baixa renda | 1 | 4,76 |
| Falta de instrução/educação | 1 | 4,76 |
| Gravidez na adolescência; gravidez indesejada | 2 | 9,53 |
| Drogas | 5 | 23,81 |
| Alcoolismo | 2 | 9,53 |
| Falta de informação | 1 | 4,76 |
| Meio ambiente | 1 | 4,76 |
| Desemprego | 1 | 4,76 |
| Total | 21 | 100,00 |

Fonte: dados da pesquisa, 2009.

*A questão admitia mais de uma resposta; n = 21.

Entre os problemas apontados pelos pesquisados parece haver maior preocupação com os relativos a violência e drogas, incluindo o alcoolismo. Os pesquisados demonstraram conhecer as condições em que vivem as comunidades atendidas, sendo suas respostas correspondentes ao perfil traçado no CSSF dessas populações.

Ao serem questionados quanto a se sentirem integrados a ESF na qual atuam, 77,78% dos pesquisados responderam afirmativamente e 22,22% responderam negativamente. Os motivos apresentados pelos pesquisados são apresentados no Quadro 5.

| Motivos para se sentirem integrados a ESF | Motivos para não se sentirem integrados a ESF |
|--|---|
| Estamos trabalhando sempre juntos. | |
| Procuro praticar várias atividades. | Talvez pela falta de experiência. |
| Participo de tudo na unidade. | Porque não funciona como equipe e sim como grupo. |
| Todos estão sempre prontos a tirar minhas dúvidas. | |

Quadro 5 – Motivos para se sentirem integrados ou não a ESF, segundo os pesquisados.

Fonte: dados da pesquisa, 2009.

A integração dos ACS a ESF é imprescindível para que os objetivos e metas da assistência à saúde da população sejam atingidos, sendo os ACS atores estratégicos para a aproximação com a comunidade (KOYASHIKI; ALVES-SOUZA; GARANHANI, 2008).

Ao serem questionados se desenvolviam alguma ação de educação em saúde na sua área de atuação, 55,56% dos ACS pesquisados informaram que não e 44,44% informaram que desenvolvem tais ações. Entre as ações desenvolvidas foram citadas: orientações, visitas, acompanhamento, conselhos e informações. O desenvolvimento de ações de educação em saúde é uma das atribuições dos ACS (PÓLO-PSF-FAMEMA, [2001]), porém, as respostas dos pesquisados demonstram que ela não está sendo cumprida.

Ao serem questionados acerca da orientação sobre a saúde bucal à comunidade, os pesquisados se manifestaram conforme apresenta a Tab. 12.

Tabela 12

Orientação à comunidade sobre saúde bucal, segundo os pesquisados

| Resposta | Frequência | % |
|----------|------------|--------|
| Sim | 5 | 55,56 |
| Não | 3 | 33,33 |
| Às vezes | 1 | 11,11 |
| Total | 9 | 100,00 |

Fonte: dados da pesquisa, 2009.

Mais da metade dos pesquisados (55,56%) oferece orientação à comunidade sobre saúde bucal, 33,33% não orientam e 11,11% orientam às vezes. Esse tipo de orientação está entre as atribuições dos ACS, contudo, não está sendo praticada por todos os pesquisados, nem é feita com regularidade.

A maior parte dos ACS pesquisados (77,78%) informou que não se sente preparada ou segura para dar informações sobre saúde bucal, sendo que apenas 22,22% declararam se sentir preparados e seguros para tal tarefa.

Quanto a orientar a comunidade para a utilização dos serviços de saúde disponíveis na unidade, 66,67% dos pesquisados declararam se sentir aptos, enquanto 33,33% responderam negativamente.

A maior parte dos pesquisados (88,89%) declarou que participa semanalmente das reuniões de sua equipe e 11,11% informaram que não participam.

A dificuldade em prestar informações sobre saúde bucal e orientar sobre a utilização dos serviços disponíveis na unidade pode estar relacionada à falta de treinamento e ausência as reuniões da equipe (KOYASHIKI; ALVES-SOUZA; GARANHANI, 2008).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Os resultados da pesquisa demonstraram que os ACS que atuam no CSSF se encontram pouco preparados para orientar e transferir à comunidade de sua área de atuação informações sobre saúde bucal, o que dificulta a adesão da população a práticas de promoção e prevenção, além do acesso aos serviços. Essa constatação levou à proposta de realização de treinamento dos ACS conforme detalhado a seguir.

A primeira atividade proposta é constituída por uma oficina de trabalho, através da qual serão discutidos os conceitos de trabalho em grupo e em equipe, enfatizando a importância do trabalho em equipe e destacando a importância do ACS na ESF.

A segunda atividade deverá ser precedida por levantamento prévio junto aos ACS, para identificação das suas preferências e necessidades em relação a temas. A partir dos temas selecionados serão criados grupos de discussão, visando uma abordagem interativa dos pontos mais relevantes.

Por fim, estabelecer um cronograma para rodas de conversas regulares entre todas as categorias profissionais que atuam no CSSF, objetivando a capacitação dos ACS e a disseminação de informações sobre a utilização dos serviços do Centro de Saúde.

7 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A primeira atividade aconteceu no dia 05.06.2009 no CSSF.

Participaram da oficina, a equipe de saúde da família: médica , enfermeira, auxiliares de enfermagem, a equipe de saúde bucal: CD,TSB,ASB e os agente comunitários de saúde da unidade.

Foi trabalhado o tema: Trabalho em equipe x Trabalho em grupo, utilizando-se os seguintes recursos:

- Áudio visual para apresentação e discussão do tema.
- Dinâmica de grupo para sensibilização.
- Cartolina e pincel para confecção de cartazes objetivando a reflexão da proposta.

Houve um momento para sugestão de temas de interesse do grupo.Foi sugerido conhecer os problemas que afetam os indivíduos e como aborda-los nas diferentes faixas etárias.

Avaliação

As opções de avaliação eram: muito boa, boa, regular e não fez diferença.

Dos 14 participantes, 12 avaliaram como muito boa e 2 avaliaram como boa.

O segundo encontro aconteceu no dia 28.08.2009

Participaram da atividade: CD, TSB e os ACS da unidade.

Teve como objetivo, fazer uma discussão sobre saúde, doença e as formas de adoecer, diagnóstico de risco, percepção da saúde bucal e ações de educação em saúde. Foram abordados também, a saúde oral e os principais agravos que acometem a população.

Recursos utilizados:

Áudio visual para apresentação do tema.

Roda de conversa: momento de discussão, levantamento de dúvidas e troca de experiências.

Avaliação

Utilizou-se um questionário com três perguntas estruturadas com respostas abertas e descritas abaixo:

1-Você achou importante o conteúdo apresentado?

Algumas respostas:

-“ *Sim, pois aprendi muito*”.

-“*Sim, são assuntos ligados ao nosso dia a dia*”.

2-Você considera que houve alguma mudança no seu conhecimento sobre saúde bucal?

Algumas respostas:

-“*Sim.Tinha muitas dúvidas que foram esclarecidas depois das palestras sobre saúde bucal*”.

- “*Sim, porque agora estamos olhando melhor a saúde bucal*”.

- “*Houve uma grande mudança pois, agora me sinto mais segura para dar informações aos usuários da unidade*”.

3-Estas informações contribuem para seu trabalho como ACS?

Algumas respostas:

-“*Sim, temos que aprender para poder passar para o usuário*”.

-“*Contribui e muito pois, a cada dia deparamos com um caso diferente*”.

-“*Sim, pois assim podemos informar melhor os pacientes quanto aos cuidados a serem tomados*”.

O terceiro encontro aconteceu no dia 23.09.2009.

Participaram: CD, TSB, ACS e auxiliares de enfermagem.

Teve como enfoque, a saúde bucal de bebês e crianças.

Foram trabalhados os temas: desenvolvimento da cavidade bucal, dentições,hábitos nocivos e suas conseqüências, doença cárie, traumatismo dental, orientações e cuidados a serem repassados aos pais e cuidadores das crianças.

Recursos:

Apresentação em áudio visual.

Roda de conversa com apresentação de fotos ilustrativas para distinguir o normal do patológico. Demonstração de artigos utilizados na higienização bucal do bebê: dedeira, gaze,fralda, escova infantil.

Avaliação

Foi utilizada avaliação escrita com as perguntas:

1-Que bom que....

Algumas respostas:

-*“Tivemos a chance de ter aprendido novas coisas”.*

-*“Alguém tomou esta iniciativa”.*

-*“Tivemos a oportunidade de conhecer mais a área da odontologia”.*

2-Que pena.....

Algumas respostas:

-*“Não acontece encontros como esse, entre outras áreas do posto”.*

-*“As reuniões desse tipo demoram muito para acontecer”.*

-*“Foi tão rápido”.*

3-Que tal.....

Algumas respostas:

-*“Esses encontros acontecessem sempre”.*

-*“Continuasse apesar do tempo”.*

-*“As frequências entre uma reunião e outra fosse menor, deveria acontecer mais vezes”.*

O quarto encontro está agendado para novembro e terá como tema a saúde bucal do adolescente.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As observações realizadas no presente estudo demonstram a dimensão do papel de agente de mudança desempenhado pelos ACS e apontam para a necessidade do aprimoramento técnico-científico de forma continuada, visando ao desenvolvimento de suas potencialidades e aquisição de novas competências e habilidades para que respondam satisfatoriamente às expectativas que lhes são atribuídas.

A estratégia de Saúde da Família se propõe a trabalhar a saúde de maneira interdisciplinar e, para tanto, a equipe deve possuir aportes de conhecimento que sejam condizentes com esta proposta. Compartilhar o saber, promover a integração da equipe, motivar os profissionais transformam estes trabalhadores da saúde em sujeitos fundamentais no processo de transformação social.

Para os usuários, a informação e a socialização do conhecimento em saúde os transformam em atores co-responsáveis pela sua saúde e capazes de escolhas. Para mim, profissional de saúde bucal tais conquistas são motivadoras, importantes e necessárias, para se ter um vislumbre da missão cumprida na busca de um futuro em direção à saúde para todos.

Considero este estudo uma grande conquista, um elo forte construído com os ACS que aproximou e integrou toda a equipe de saúde da família. Foi um momento muito rico de trocas de experiências, vivências e construção de uma equipe mais coesa.

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Avanços e Desafios na Organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008.

BRASIL. **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de à Saúde. **1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**: relatório final. Brasília: MS, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de à Saúde. **2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**: relatório final. Brasília: CFO, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de à Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**: acesso e qualidade superando a exclusão social. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde**: saúde da família. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O desafio de construir, a partir das Equipes de Saúde Bucal da Saúde da Família, um sistema hierarquizado para assistência em Saúde Bucal no SUS. **Revista Brasileira Saúde da Família**, v. 7, n. 12, p. 9-13, out./dez. 2006a.

COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. (Orgs.). **A política nacional de saúde bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

KOYASHIKI, G. A. K.; ALVES-SOUZA, R. A.; GARANHANI, M. I. O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidades de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1343-1354, 2008.

NEVES, Tatiana Pereira das. Reflexões sobre a promoção da saúde. **Revista Espaço Acadêmico**, a. 6, n. 62, jul. 2006. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/062/62neves.htm>>. Acesso em: 19 fev. 2009.

PÓLO-PSF-FAMEMA. **Atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde**. [2001]. Disponível em: <http://www.famema.br/saudedafamilia/atribu_agen_comuni.htm>. Acesso em: 17 mar. 2009.

PUCCA JR., G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 243-246, 2006.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

APÊNDICE

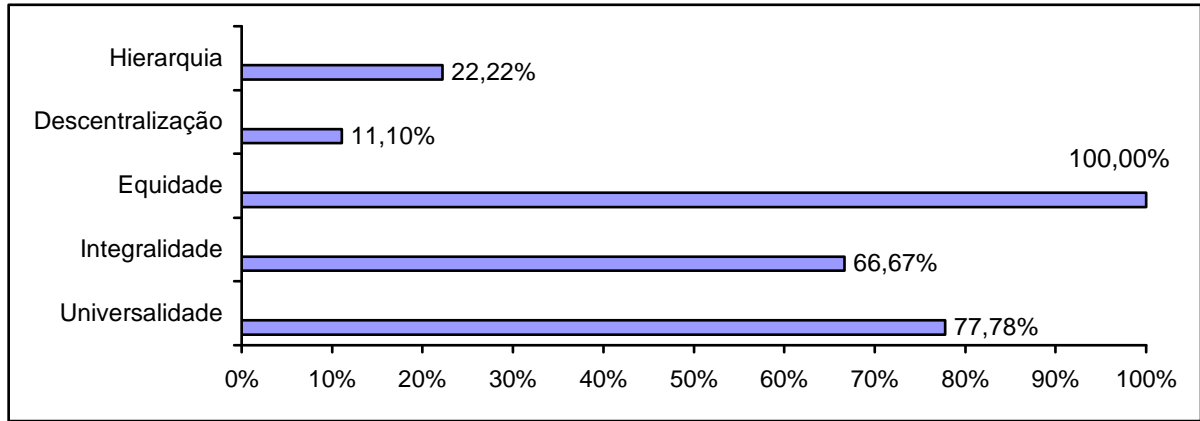
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

| | |
|---|---|
| 1 | <p>Identificação</p> <p>a) Sexo <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/> masculino</p> <p>b) Idade: _____</p> <p>c) Escolaridade: _____</p> <p>d) Há quanto tempo atua como ACS? _____</p> |
| 2 | <p>Você conhece os princípios do SUS que regem a Atenção Básica? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Assinale entre as alternativas as que correspondem a esses princípios.</p> <p><input type="checkbox"/> Universalidade do acesso <input type="checkbox"/> Integralidade da atenção <input type="checkbox"/> Equidade <input type="checkbox"/> Descentralização da gestão <input type="checkbox"/> Hierarquização dos serviços <input type="checkbox"/> Controle social</p> |
| 3 | <p>Você conhece suas atribuições junto à Equipe de Saúde da Família? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Assinale entre as alternativas as que correspondem às principais atribuições dos ACS.</p> <p><input type="checkbox"/> Cadastrar todas as famílias em sua área de atuação <input type="checkbox"/> Visitar pelo menos uma vez por mês cada família <input type="checkbox"/> Pesar e medir uma vez por mês as crianças com menos de 2 anos <input type="checkbox"/> Verificar o cartão de vacinação das crianças mensalmente <input type="checkbox"/> Incentivar o aleitamento materno <input type="checkbox"/> Dar assistência aos doentes em tratamento no Centro de Saúde <input type="checkbox"/> Estar atento para problemas relacionados ao meio ambiente <input type="checkbox"/> Identificar indivíduos e famílias expostas a situações de risco <input type="checkbox"/> Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde <input type="checkbox"/> Outra(s). Qual(is)? _____</p> <hr/> <hr/> |
| 4 | <p>Você tem conhecimento dos problemas que afetam a população na sua área de atuação? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Cite os problemas que você considera mais graves. _____</p> |

| | |
|----|---|
| | |
| 5 | <p>Você se sente integrado à Equipe de Saúde da Família na qual atua?</p> <p>() sim () não</p> <p>Por quê? _____</p> |
| 6 | <p>Você desenvolve alguma ação de educação em saúde em sua área de atuação?</p> <p>() sim () não</p> <p>Cite _____ qual(is).</p> |
| 7 | <p>Você orienta os indivíduos e as famílias da sua área de atuação sobre a saúde bucal?</p> <p>() sim () não</p> |
| 8 | <p>Você se sente preparado e seguro para dar informações sobre saúde bucal?</p> <p>() sim () não</p> |
| 9 | <p>Você se sente apto a orientar os indivíduos e famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis na unidade?</p> <p>() sim () não</p> |
| 10 | <p>Você participa semanalmente das reuniões de sua Equipe?</p> <p>() sim () não</p> |

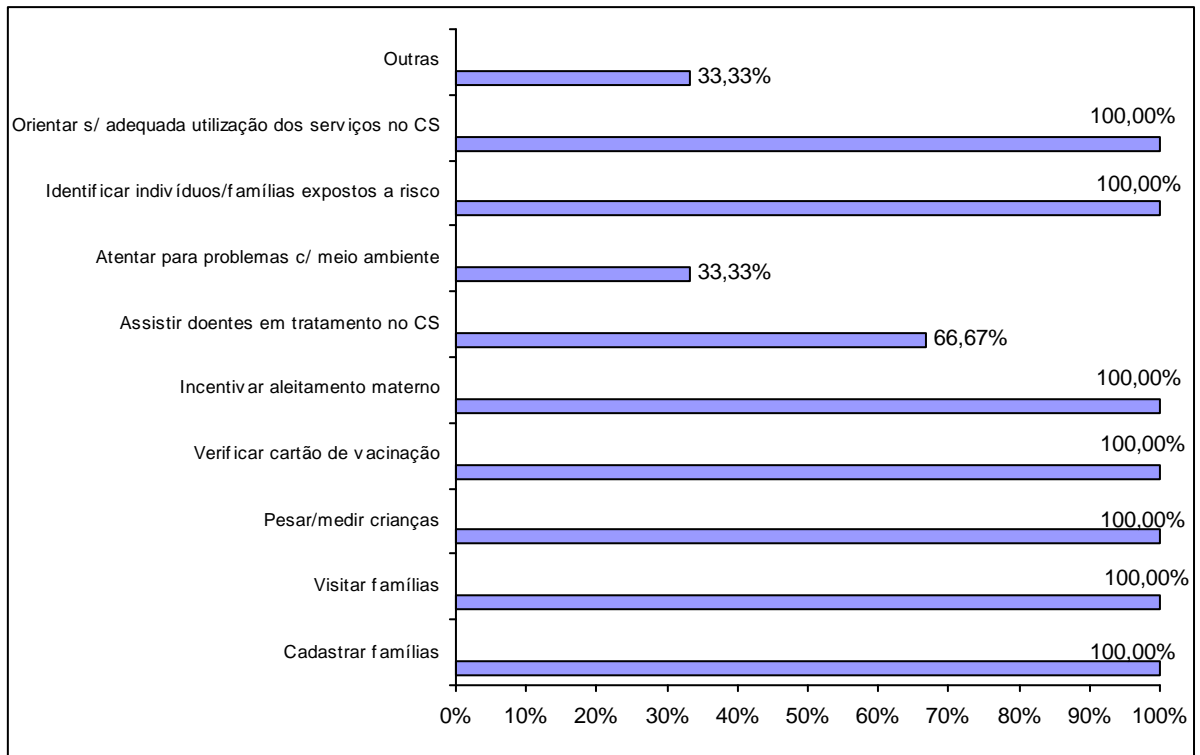
APÊNDICE B - GRÁFICOS

Gráfico 1 – Princípios do SUS que regem a Atenção Básica, segundo os pesquisados

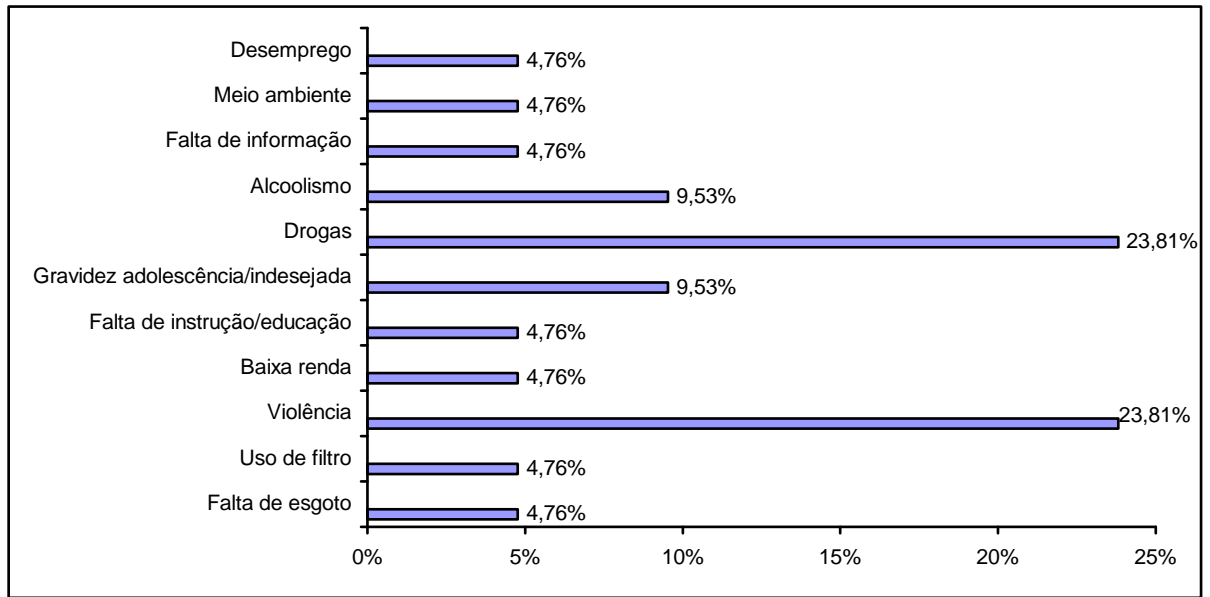


Fonte: dados da pesquisa, 2009.

Gráfico 2 – Atribuições dos ACS junto a ESF, segundo os pesquisados



Fonte: dados da pesquisa, 2009.

Gráfico 3 – Problemas que afetam a população, segundo os pesquisados

Fonte: dados da pesquisa, 2009.