

HELENICE SILVESTRE DE SOUZA ALMEIDA

**A EDUCAÇÃO CONTINUADA COMO UM MECANISMO DE TRANSFORMAÇÃO
PARA OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E A EQUIPE DE SAÚDE
BUCAL – RELATO DE EXPERIÊNCIA**

FORMIGA/ MINAS GERAIS
2011

HELENICE SILVESTRE DE SOUZA ALMEIDA

**A EDUCAÇÃO CONTINUADA COMO UM MECANISMO DE TRANSFORMAÇÃO
PARA OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E A EQUIPE DE SAÚDE
BUCAL – RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
Apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Carlos José de Paula Silva

FORMIGA/ MINAS GERAIS
2011

HELENICE SILVESTRE DE SOUZA ALMEIDA

**A EDUCAÇÃO CONTINUADA COMO UM MECANISMO DE TRANSFORMAÇÃO
PARA OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E A EQUIPE DE SAÚDE
BUCAL – RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
Apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Carlos José de Paula Silva

Banca Examinadora

Prof.: Bruno Leonardo de Castro Sena

Prof.: Carlos José de Paula Silva

Aprovada em Belo Horizonte: 05/11/2011

Dedico esse trabalho ao meu neto Davi, presente de Deus,
que trouxe um novo significado a minha vida.

"Desejo que hoje experimentes paz dentro de ti,
que confies que te encontras exatamente onde deves estar,
que não te esqueças das possibilidades infinitas que nascem da confiança em
ti mesma e nos outros, que utilizes os dons que recebeste, e que transmitas
aos outros o amor que te foi dado. Desejo que estejas feliz contigo mesma
pelo que és... Deixa esta sabedoria assentar-se em teus ossos e deixa que tua
alma cante, baile e ame livremente"

Autor desconhecido

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, fonte constante de luz e bênçãos em minha vida;

Ao meu amado esposo Sílvio, pelo apoio incondicional e por compreender minha ausência durante essa jornada, concedendo a mim a oportunidade de me realizar ainda mais;

A minha querida mãezinha, parte fundamental desta conquista, agradeço por tudo o que sou;

Agradecimento especial a minha filha Kelly, que acompanhou meus anseios e me fez acreditar ser possível a realização desse antigo sonho, agradeço pelo valioso incentivo e colaboração no desenvolvimento desse trabalho;

A minha filha Ive, pelo auxílio nas traduções e estímulo na busca dessa conquista;

Ao meu filho Júnior, pelas palavras constantes de otimismo e força;

A mana Leonice, por estar presente em todos os momentos, principalmente nos mais difíceis;

Ao meu irmão Ricardo, que acreditou e incentivou;

Minha gratidão à filha do coração Fabiana, pelas sugestões nesse trabalho e por estar ao meu lado em todas as situações, apoiando e estimulando;

Ao meu genro Rodrigo, pelo estímulo permanente;

Aos demais familiares agradeço os momentos de alegria e descontração;

Ao casal, Geraldo e Luciana pela acolhedora recepção em sua casa e pelos bons momentos partilhados;

Ao meu orientador Carlos José, pela paciência e atenção ao orientar esse trabalho de conclusão de curso com dedicação e boa vontade;

Ao tutor Bruno Sena pelo carinho, incentivo, disponibilidade desde o primeiro momento;

Agradeço aos profissionais que compõem as Equipes de Saúde Bucal e a todos os Agentes Comunitários de Saúde do município de Barão de Cocais que se mostram cada vez mais comprometidos e interessados em desenvolver ações que possam realmente responder às necessidades da população cocaiense.

RESUMO

Este trabalho apresenta um relato de experiência sobre a prática de Educação Continuada no âmbito da saúde bucal, realizado no município de Barão de Cocais, onde os atores sociais estão representados pelas Equipes de Saúde Bucal e os Agentes Comunitários de Saúde. Foram realizadas oficinas de capacitação com o objetivo de orientar os agentes comunitários em suas atribuições (orientações à população e encaminhamento dos usuários à unidade de saúde) relacionadas à saúde bucal. Foram utilizados como recursos: dinâmicas de grupo, palestras com cirurgiões-dentistas, avaliações denominadas pré-teste e pós-teste por acontecerem antes e após os treinamentos. Foi possível verificar que após a realização de oficinas de capacitação houve uma maior eficiência no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde e um impacto positivo nas atividades das Equipes de Saúde Bucal do município.

Palavras-chave: Saúde bucal. Educação continuada. Agente comunitário de saúde.

ABSTRACT

This work presents an experience report about the Continuing Education in Oral Healthy context, realized in the city of Barão de Cocais, where the social actors are represented by the Oral Healthy and Community Agents Teams. Training workshops were performed with the purpose to guide the Community Agents in their activities that are to guide the population and to direct it to Healthy Care Stations. Group Dynamics, lectures presented by dentists and tests applied before and after the trainings were tools used as apprentices resources. We verify that after all these workshops there were a improvement in the work flow processes of the Community Healthy Agents and a positive impact in the activities of the Oral Healthy team in this city

Key Words: Oral Healthy, Continuing Educantion, Community Agents Team

ABREVIATURAS

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

ESF - Estratégia de Saúde da Família

ACS - Agente Comunitário de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

GIL - Gerenciamento de Produção Local

PPI - Programação Pactuada Integrada

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA	12
3. OBJETIVO GERAL.....	13
3.1 Objetivo específico.....	13
4. METOLOGIA.....	14
5. REVISÃO DA LITERATURA.....	16
6. DESENVOLVIMENTO.....	18
7. RESULTADOS.....	24
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
10. APÊNDICE.....	30

1 - INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, após observação dos resultados exitosos obtidos no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), inicia em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje conhecido como Estratégia de Saúde da Família, por não se tratar apenas de um programa. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada em substituição ao modelo tecnicista/ hospitalocêntrico que já não supria as necessidades da população e tem o objetivo de atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Esse modelo assistencial é operacionalizado através da implantação de uma equipe mínima constituída pelo médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Esses profissionais atendem em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou em domicílio e são responsáveis pelo acompanhamento de um número programado de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Segundo Narvai (2006) a equipe deve atuar de modo a favorecer e estimular o vínculo com a comunidade assistida e dessa forma, identificar, atender e acompanhar os agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, a inclusão da saúde bucal é caracterizada por inúmeras contradições. Durante várias décadas, os serviços de saúde bucal estiveram marcados pela assistência a escolares através de programas voltados para a cárie e a doença periodontal, enquanto que aos outros grupos populacionais, era oferecido atendimento apenas para os casos de urgência odontológica. Na maioria das vezes eram procedimentos mutiladores e muito contribuíram para a cultura da naturalização da perda dentária, que ainda predomina na sociedade. Esse modelo sempre foi muito criticado, por ter uma cobertura escassa e excludente. Em 1993, a II Conferência Nacional de Saúde Bucal propôs uma nova política de saúde bucal que garantisse, efetivamente, o acesso e a equidade da assistência odontológica, e, em 2000, através da Portaria 1444 de 28/12/2000 a Equipe de Saúde Bucal foi oficialmente incluída na Estratégia de Saúde da Família, reafirmando o modelo centrado na família e tendo como meta a ampliação do acesso às ações odontológicas e a priorização de ações de prevenção e promoção da saúde das pessoas de forma integral e contínua.

A reorganização da atenção, resgata os princípios de universalidade, equidade e integralidade e dessa forma, a saúde bucal se torna um direito acessível a todos os cidadãos. Reorganizar a atenção e dessa forma melhorar as condições de saúde bucal da população é o principal objetivo (NUNES, 2002).

Por caracterizar-se como um novo modelo, a organização das práticas cotidianas vem sendo construída de forma gradativa e ainda representa um grande desafio para os cirurgiões-dentistas, principalmente no que se refere à educação para a promoção de saúde. Saber trabalhar em equipe também representa um requisito básico para o sucesso do novo modelo que exige não apenas mudanças no processo de trabalho, mas também na cultura dos profissionais envolvidos e nas relações firmadas entre eles.

O agente comunitário de saúde (ACS) é o membro da equipe de saúde que funciona como um elo entre a equipe e a comunidade, pois está em contato permanente com as famílias assistidas, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção de saúde, realizado por toda a equipe. Representa também um elo entre o universo do saber científico e o do saber popular e por isso, constitui um instrumento importante na educação coletiva.

Esse profissional tem papel fundamental na identificação de necessidades e transmissão de orientações junto às famílias sob sua responsabilidade. A dificuldade da equipe de saúde bucal em interagir com os agentes comunitários de saúde e a falta de conhecimento dos mesmos nos aspectos relacionados à saúde bucal, interfere negativamente, principalmente nas ações de promoção e prevenção da saúde coletiva.

2. JUSTIFICATIVA

A partir de uma análise rigorosa sobre a fragilidade da integração entre os profissionais que compõem as equipes de saúde bucal e agentes comunitários de saúde que atuam no município de Barão de Cocais, e ainda, observando a falta de conhecimento das atribuições relacionadas à saúde bucal, desses mesmos atores, faz-se necessário um estudo que venha apresentar a importância da Educação Continuada em Saúde bucal como ferramenta de melhoria e desenvolvimento do processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde.

3. OBJETIVO GERAL

Este trabalho tem por objetivo apresentar um relato de experiência sobre a utilização da educação continuada como uma forma de melhorar o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde e apresentar os resultados das equipes de saúde bucal do município de Barão de Cocais.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever sobre a prática da Educação Continuada em saúde bucal realizada com todos os agentes comunitários de saúde do município de Barão de Cocais.
- Evidenciar a mudança de postura dos profissionais envolvidos após a prática de educação continuada.

4. METODOLOGIA

Esse estudo consiste em um relato de experiência sobre a prática de educação continuada no âmbito da saúde bucal, onde os atores sociais estão representados pelas equipes de saúde bucal e os agentes comunitários de saúde e foi realizado a partir do conhecimento adquirido durante o estudo dos módulos de Processo de Trabalho em Saúde, Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde e Práticas Educativas em Atenção em Atenção Básica à Saúde, quando a autora desse estudo passa a questionar a ausência de conhecimento dos aspectos relacionados à saúde bucal pelos agentes comunitários de saúde e a atual qualidade da assistência prestada por esses profissionais.

O cenário onde foi desenvolvido o estudo foi o município de Barão de Cocais. Cidade localizada na região centro-leste do Estado de Minas Gerais a aproximadamente 93Km da capital mineira. Segundo dados do IBGE (2010), possui uma população de 28.432 habitantes. Existem atualmente na cidade, uma quantidade de 10 equipes de saúde da família, 6 equipes de saúde bucal e um total de 53 Agentes Comunitários de Saúde.

No primeiro momento foram analisados os números de atendimentos realizados pelos cirurgiões dentistas tendo como direcionamento aqueles prestados a crianças de 0 a 6 anos. Foram analisados também os programas de capacitação já realizados, participação dos agentes comunitários nesses programas e ainda informações complementares como gráficos de atendimentos (somente em relação a idade de 0 a 6 anos) de anos anteriores, produção final (somente em relação a idade de 0 a 6 anos) das equipes fornecidas pelo banco de dados GIL (Gerenciamento de Produção Local). Para a obtenção de tais dados, foram efetuadas buscas nos livros de relatórios de cada unidade de saúde, verificadas as listas de presença de treinamentos realizados com os ACS.

No segundo momento foi elaborado um questionário para ser aplicado aos ACS, com o intuito de verificar os conhecimentos e percepções dos mesmos sobre o tema saúde bucal. O questionário foi composto por pequenos estudos de caso de situações facilmente encontradas pelos agentes em sua rotina de trabalho. Esse questionário foi chamado de pré-teste, foi aplicado a todos os 53 agentes do município. Buscou-se verificar se as ACS possuem conhecimento sobre puericultura odontológica, como elas agem ao se deparar com um indivíduo precisando de atendimento odontológico, quais as informações mais utilizadas sobre a saúde bucal, como é feito o encaminhamento do paciente à equipe de odontologia, dentre outras. No terceiro momento, analisando os resultados obtidos com a aplicação do pré-teste, viu-se a necessidade de implementar um treinamento com todos os ACS. Foram

realizados dois grandes encontros, envolvendo todos os agentes e as equipes de saúde bucal, onde se discutiram o tema de saúde bucal. Fazendo esclarecimentos devidos, informando o ACS sobre todas as questões relacionadas ao tema.

No quinto momento foi elaborado novo questionário, dessa vez chamado de pós-teste. Foi aplicado após os encontros de capacitação com a finalidade de verificar se o conteúdo aplicado tinha sido compreendido por todos os agentes. Foram formuladas perguntas com o objetivo de identificar se as ACS estavam bem informadas sobre a periodicidade das consultas às crianças, sobre a prevenção de doenças bucais, sobre como realizar o agendamento de consultas odontológicas, dentre outras.

No sexto momento foi feita uma pesquisa após a análise dos dados e concomitante a isso, uma revisão de literatura através de publicações de livros, artigos e materiais disponibilizados pela internet nos bancos de dados da Biblioteca Virtual do NESCON, no *Scielo*, na *Scientific Electronic Library Online*, no *LILACS*, na BIRENE e na Biblioteca Virtual em Saúde. Foram incluídos artigos diversos de publicação entre os anos 1990 até 2011.

5. REVISÃO DA LITERATURA

O acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil ainda é um dos grandes problemas a serem resolvidos pelos sistemas públicos de prestação de serviços de saúde. Pela sua característica de atividade liberal, a odontologia, tem se pautado, primordialmente, pela prática privada de serviços. O problema encontrado é que o alto custo desses serviços impossibilita o acesso de grande parte da população às práticas de saúde bucal. E ainda, fortalece um modelo de assistência muito voltado para as questões curativas, reparadoras e pouco preventivas.

A saúde bucal coletiva deve direcionar-se para o social como o lugar de produção das doenças bucais e aí organizar tecnologias que visem não a “cura” do paciente naquela relação individual biológica, mas sim a diminuição do controle sobre os processos mórbidos tomados em sua dimensão coletiva (BOTAZZO, 1994).

A saúde bucal, implícita na saúde integral, está relacionada a diversos fatores, ligada às condições socioeconômicas e culturais da população. Dessa maneira, deve ser vista sob um ponto de vista muito mais amplo. Segundo Porto (2002) a saúde bucal está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, liberdade, acesso de serviços de saúde e informação. Nesse sentido, a luta pela saúde bucal correlaciona-se à luta por melhores condições sociais, políticas e econômicas.

A educação e a informação sobre a saúde bucal tem sido ressaltadas por diversos autores, porém o desconhecimento sobre cuidados básicos de higiene oral representa um fator a ser considerado, uma vez que apesar da informação estar disponível, nem sempre chega de forma correta e clara até as classes de menor renda e escolaridade.

É de fundamental importância e urgência, que sejam realizados programas odontológicos educativos que levantem e interpretem as necessidades da população, principalmente daquela camada com menor acesso aos serviços de saúde odontológico. Nesse contexto, uma estratégia para obtenção de bons resultados é a utilização do Agente Comunitário de Saúde.

O ACS faz parte das equipes do Programa de Saúde da Família e tem como principal característica ser um elo de comunicação entre o indivíduo e a unidade de saúde. Segundo o Ministério da Saúde o Agente Comunitário de Saúde é um profissional *sui generis*. Deve residir na própria comunidade, ter um perfil mais social que técnico, ser maior de 18 anos, ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades e entre outras atribuições,

trabalhar com famílias em base geográfica definida e realizar cadastramento e acompanhamento das famílias.

Historicamente o agente comunitário de saúde é caracterizado por ser um líder local, conhecido na comunidade, em que está inserido, capaz de se relacionar de forma amigável com os moradores da região o que facilita o acesso às visitas domiciliares. Para se candidatar ao cargo de ACS não é necessário curso de formação técnico e nem superior.

Portanto, é de fundamental importância para a qualidade do processo de trabalho, que esse agente comunitário seja capacitado para realizar seu papel de forma segura, transmitindo informações corretas às famílias. Para Furlan (2008) o ACS é um personagem de destaque dentro do atual modelo assistencial e deve receber capacitação contínua.

O ACS tem como instrumentos de trabalho, a visita domiciliar, o cadastramento das famílias, o mapeamento da comunidade e as reuniões comunitárias. Segundo a Portaria 648 de 28 de março de 2006, tem como uma de suas atribuições específicas manter a equipe de saúde informada sobre as famílias, principalmente a respeito daquelas que se encontram em situação de risco.

É necessário considerar que apesar de uma função tão ampla e que requer conhecimento sobre questões de saúde e, sobretudo sobre questões sociais, o ACS, na maior parte, apresentam um processo de qualificação desestruturado, fragmentado e na maioria das vezes insuficiente para exercer adequadamente o seu papel.

Avaliando a atual realidade desse profissional, é necessário que sejam empregadas estratégias de aprendizagem que propiciem a formação desse trabalhador, introduzindo no seu processo de trabalho a educação continuada e permanente. Vale nesse momento, refletir sobre como se deve realizar a prática de educação. Segundo Alves (1991) a abordagem do fenômeno educativo deve ser feita de modo a permitir que o conhecimento seja transmitido de forma segura e clara, possibilitando assim o saber e o fazer a um só tempo e encarados como uma realidade total e por isso mesmo, impossível de serem separados.

Nesse contexto é correto admitir que quanto mais se permitir espontaneidade, criatividade e troca de experiência pessoal entre os participantes. De acordo com o ministério da saúde (BRASIL, 2000) a produção de conhecimento em saúde caracteriza-se por ser uma ação gerada no trabalho, de forma participativa, mesclando experiências entre as equipe de saúde.

6. DESENVOLVIMENTO

O cenário de experiência relatado nesse estudo é a cidade mineira de Barão de Cocais. O município faz parte do percurso da Estrada Real, está localizado bem próximo ao Parque Nacional do Caraça, possui ótimos atrativos naturais como cachoeiras, matas e sítios arqueológicos. Apesar disso recebe um número insignificante de turistas, devido principalmente ao escasso investimento em marketing turístico. Nas últimas décadas o município vem experimentando significativas mudanças ambientais, sociais e econômicas. Empresas como Gerdau e Vale aqui se estabeleceram e representam importantes fontes de trabalho e renda. É necessário dizer que a maior parte das famílias da cidade ainda possuem baixa renda e grande parte da população é dependente dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Barão de Cocais possui um hospital que realiza pequenas cirurgias e oferece consultas do setor secundário. Casos mais especializados são transferidos para a cidade de Belo Horizonte. Buscando responder às necessidades apresentadas pela população, a atual gestão ampliou o número de equipes que atuam na Estratégia da Saúde da Família. Hoje podemos encontrar um quantitativo de 10 Equipes de Saúde da Família com cobertura de 100% da população e 6 Equipes de Saúde Bucal na modalidade I, com cobertura de 60% da população.

Seguindo as normas da portaria 648/GM de 28 de março de 2006, cada Equipe de Saúde da Família é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Uma das principais dificuldades encontradas para os gestores de saúde é o alto índice de turnover nas equipes de PSF. Termo esse também conhecido como rotatividade e traduz, na verdade, o percentual de substituição que uma empresa possui, ou seja, o giro entre entradas e saídas de uma empresa. Infelizmente muitos dos profissionais admitidos, ao se depararem com a realidade de dificuldades diversas, saem do cargo. Vale citar nesse momento, que também existe um ponto positivo em meio a esse cenário descrito acima. É necessário esclarecer que naqueles profissionais que em meio a inseguranças e conflitos permanecem nos cargos ocupados, se percebe um grande empenho no trabalho proposto, o que leva à um aprimoramento no processo da organização da Atenção Básica à Saúde. A implantação da primeira Equipe de Saúde Bucal no município ocorreu em maio de 2002 com funcionamento na zona rural. Durante alguns anos essa equipe trabalhou dentro de conceitos curativistas, sem muita atenção às medidas de prevenção e promoção da saúde. As ações preventivas realizadas nesse período

se baseavam na realização de poucos grupos operativos voltados exclusivamente para os escolares e também em visitas domiciliares, sendo essas de número bastante reduzido.

No ano de 2005 mais duas Equipes de Saúde Bucal foram implantadas, agora para prestar serviços à população da área urbana. Também nesse momento não pôde ser observado a realização de procedimentos voltados para a prevenção, assim como também não ocorreu nenhuma integração dos dentistas com os demais membros que compõem a Equipe de Saúde da Família. A única atividade do cirurgião-dentista que saía do âmbito curativista, foi a escovação supervisionada nos escolares. Isso, por essa prática, ser uma exigência da pactuação com o Estado (Programação Pactuada Integrada- PPI).

Somente no ano de 2006, com a mudança da coordenação do setor odontológico, é que as primeiras ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde foram iniciadas, através de grupos voltados para os hipertensos e diabéticos. Nesse mesmo ano mais duas Equipes de Saúde Bucal foram implantadas e no ano seguinte mais uma equipe de saúde bucal é inserida na Estratégia de Saúde da Família. Em 2009, foi realizado o primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal com inserção de diferentes grupos etários, ao contrário dos que até então eram realizados e somente voltados para os escolares. A análise dos resultados evidenciou a necessidade de um maior direcionamento do atendimento para as crianças com faixa etária entre 0 a 6 anos de idade. Ao mesmo tempo, em suas reuniões mensais registradas no livro ata, as equipes de Saúde Bucal do município, apontavam que as ações de promoção e prevenção de saúde deveriam ser mais eficazes para estimular a comunidade ao auto-cuidado, mas sentiam dificuldade na execução das atividades por não conseguirem a integração com os outros membros da Equipe de Saúde da Família, já que até então todos os profissionais trabalhavam de forma isolada, sem nenhuma interação.

Reconhecendo que o Agente Comunitário de Saúde tem papel de fundamental importância no desenvolvimento de ações educativas que contribuem para o estímulo ao autocuidado da população e visando melhorar a articulação entre este profissional e as equipes de saúde bucal, decidiu-se iniciar um trabalho de educação continuada em saúde bucal com os 53 agentes comunitários do município de Barão de Cocais. Para Freire (1980), a ação educativa deve ser capaz de gerar uma reflexão e ação transformadora da realidade e não deve ser vista como a transferência passiva de conhecimento, mas sim como processo de formação de uma consciência crítica da realidade na qual o sujeito está inserido.

As oficinas oferecidas aos agentes comunitários de saúde ocorreram nos anos de 2009 e 2010.

O termo educação, no sentido original (*educere*), indica sair de um estado ou condição para outro. Refere-se portanto, a uma possibilidade que tem o humano de se colocar num determinado caminho, o que envolve uma ato de vontade enquanto forma de decisão entre vários impulsos. Não indica uma forma rígida que se impõe ao humano, mas supõe a necessidade que este homem tem de “conviver com o outro”, estabelecendo para isso relações sociais, culturais e de poder (GADOTTI, 1987).

Em 2009, foram realizadas em dois dias no período vespertino com duração de 4hs e intervalo de 15 minutos para lanche e contaram com participação de 25 agentes comunitários no primeiro dia e 23 no segundo. Essas oficinas foram coordenadas por uma dupla distinta de cirurgiões-dentistas. Quinze dias antes da realização do primeiro treinamento em saúde bucal foi proposto um formulário aos agentes que abordava assuntos relacionados à rotina de trabalho dos mesmos. O formulário, chamado de pré-teste, era composto por questões sobre a conduta dos agentes comunitários em relação às orientações dadas às famílias de suas respectivas áreas de abrangência, sobre cuidados com a higiene oral, hábitos deletérios na idade infantil (sucção digital, uso de chupetas), sobre as orientações passadas ao cuidador do acamado e como era abordado o tema saúde bucal em suas visitas domiciliares. Esses questionários foram avaliados antes da realização do treinamento e então, no dia proposto pra a realização da capacitação, todas as questões propostas foram elucidadas.

A oficina foi iniciada com um breve resumo da história da saúde bucal no SUS objetivando fazer os agentes entenderem a necessidade de um trabalho eficaz e integrado. Em seguida os participantes receberam informações sobre o que é o biofilme, tártaro dentário, cárie e a transmissibilidade da mesma, dieta menos cariogênica, orientações ao cuidador do acamado, sobre as ações do ACS em relação à gestante. Soares (1998) aponta que muitas medidas preventivas permitem combater a cárie e a doença periodontal. A higiene bucal, fluoretação e alimentação não cariogênica constituem medidas eficazes para fazer frente aos problemas bucais. Mas, para que tenham êxito, precisam fundamentar-se em programas educativos.

Foi dado muita ênfase no direcionamento das ações do agente no que se refere à puericultura odontológica nas crianças de 0 a 6 anos de idade. Foram transmitidas de maneira clara e objetiva muitas orientações sobre temas como: a importância da dentição decídua, prejuízo causado pelo que se chama cárie de mamadeira e hábitos deletérios.

Os hábitos deletérios mais comuns são a sucção de dedo ou chupeta, a onicofagia e a prática de morder objetos. É possível enumerar várias alterações do sistema estomatognático decorrentes de hábitos bucais deletérios: retrognatismo mandibular, prognatismo maxilar, mordida aberta anterior, musculatura labial superior hipotônica, musculatura labial inferior hipertônica, atresia do palato e do arco superior, interposição de língua e respiração bucal (FERNANDES, 1964).

Foi apresentado aos agentes comunitários o protocolo de saúde bucal elaborado pela equipe de cirurgiões-dentistas. E nesse momento foi reforçada a necessidade dos ACS seguirem detalhadamente as questões referidas no protocolo, atentando principalmente para os encaminhamentos das crianças de acordo com a periodicidade apresentada no documento.

Para Narvai (1994) o papel da comunidade é primordial para as crianças e, deve proporcioná-las no que se refere à saúde bucal, os cuidados necessários de prevenção, através da integração da saúde oral nos programas de saúde pública e nos centros de saúde.

Após exposição de todos os temas acima relatados foi realizado dinâmicas com os participantes. Os agentes foram divididos em 5 grupos, com a tarefa de responder sobre algumas ações que deveriam ser realizadas pelos mesmos ao longo dos seus dias de trabalho com a comunidade.

Cada equipe deveria eleger um relator que teria a função de apresentar o trabalho do seu grupo aos demais. Após as apresentações, estabeleceu-se uma discussão geral em relação às questões propostas.

O encontro foi finalizado com a fala da necessidade do papel de cada profissional que ali se encontrava e com a afirmação de que seria necessário o empenho de todos para a melhoria da qualidade da assistência da saúde bucal aos moradores do município.

O trabalho em equipe é fundamental para o desenvolvimento e o sucesso profissional do indivíduo e para o crescimento da organização. Então para saber trabalhar em equipe é necessário, respeitar o próximo como ser humano; saber ouvir o colega; ter um espírito de cooperação; compartilhar idéias e respeitar a opinião do próximo. Uma equipe é como uma família, tendo que se manter unida com respeito, honestidade, confiança para que seja possível a realização de um trabalho eficaz, criativo e de qualidade (MIRANDA, 1995).

Trinta dias após a realização do treinamento, os agentes comunitários realizaram uma avaliação, chamada de pós-teste, sobre todos os assuntos abordados durante o treinamento e que teve como objetivo avaliar a capacitação realizada. As equipes de saúde bucal decidiram também transmitir conceitos importantes sobre saúde bucal para os demais membros que

compõem a equipe de saúde da família, e, periodicamente, durante as reuniões de equipe realizadas nas unidades básicas de saúde, o tema saúde bucal foi abordado tendo como objetivos demonstrar a inter-relação entre saúde bucal e saúde geral bem como promover uma maior integração com os demais profissionais.

Para Campos (2003) para que a integralidade seja alcançada é necessário que o trabalho em equipe seja efetivo, com estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca e a transdisciplinaridade, com ações que promovam a saúde no âmbito individual e coletivo.

No ano seguinte, em 2010, aconteceu o segundo treinamento totalmente voltado para os agentes comunitários de saúde do município de Barão de Cocais. Dessa vez, a oficina ocorreu em um único dia, também no turno da tarde, com duração de 4hs e contou com a presença de 48 agentes, pois as 5 restantes estavam em período de férias. Como na primeira capacitação, com uma antecedência de 15 dias em relação à data do treinamento, os agentes comunitários realizaram o pré-teste que apresentava perguntas que as fizessem descrever quais as condutas eram adotadas no momento de orientar suas famílias em questões relativas a saúde bucal.

Esse encontro também foi conduzido por uma dupla distinta de cirurgiões-dentistas e foi iniciado com a apresentação do protocolo organizacional em saúde bucal. Esse documento foi desenvolvido pela equipe de cirurgiões dentistas e incluiu a classificação de risco como garantia de um acesso ao tratamento odontológico mais equânime. Essa ação foi pautada na lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que diz garantir a igualdade da assistência, tratando os desiguais conforme suas desigualdades. (BRASIL, 1990).

A classificação de risco seria mais uma ação realizada de forma integrada com a participação efetiva dos agentes comunitários, pois ficaria como responsabilidade desses profissionais o encaminhamento dos usuários até a unidade de saúde. Por ser essa tarefa de extrema importância o assunto foi amplamente discutido até que todas as dúvidas fossem esgotadas.

Durante a oficina os agentes comunitários receberam orientações sobre o câncer bucal, halitose, traumatismo dentário, avulsão, piercing oral, bruxismo, e foram estimulados a observar as possíveis alterações bucais nos usuários de suas respectivas áreas de abrangência. Foram orientados também sobre a necessidade dessa observação no momento de solicitar visitas domiciliares com as equipes de saúde bucal.

É importante saber, que existem alterações patológicas e fisiológicas que afetam a saúde bucal do indivíduo. Medicamentos, como os anti hipertensivos e ansiolíticos, podem causar xerostomia, doenças como mal de parkinson e artrite podem causar perda da habilidade manual e como consequência, falta de higiene oral, pacientes diabéticos podem ter como alterações bucais gengivites), candidíase e cáries múltiplas devido a diminuição do fluxo salivar. Pacientes em tratamento contra o câncer podem apresentar mucosites e perda da capacidade gustativa. Porém, dos problemas bucais existente, a falta de dentes é um dos mais freqüentes. A perda da dentição permanente influencia na mastigação, conseqüentemente na digestão, bem como na gustação, na pronúncia e na estética (PINTO 2000).

Os temas puericultura odontológica, higiene oral e saúde bucal para gestantes mais uma vez foram abordados. Segundo Costa (1998) a mãe tem papel chave na família e a gestação é um período ideal para que a mulher incorpore novas atitudes e comportamentos, principalmente à partir de medidas preventivo-educativas, agindo como um agente multiplicador de informações que visem a promoção da sua saúde e de toda sua família. Em seguida, os agentes comunitários de saúde foram divididos em 6 grupos e a cada um deles coube responder questões propostas sobre os temas desenvolvidos durante o treinamento através de um relator escolhido pelo grupo e como no ano anterior, após as apresentações, estabeleceu-se uma discussão geral em relação às questões propostas.

Com o objetivo de avaliar o conhecimento adquirido durante a realização das oficinas foi realizado, após 30 dias, o pós-teste com abordagem de temas desenvolvidos durante o primeiro e segundo treinamento.

7. RESULTADOS

O trabalho de educação continuada para os agentes comunitários conseguiu melhorar o acesso dos Agentes Comunitários de Saúde às informações relacionadas aos aspectos inerentes à saúde bucal.

Após a realização das oficinas de capacitação foi possível observar uma maior eficiência no processo de trabalho. Essa observação pôde ser constatada quantitativamente, pelo aumento do número de atendimentos feitos pela equipe de saúde bucal, mas também qualitativamente, pelo acesso dos usuários do serviço de saúde à informações de cuidado bucal. Durante a realização da primeira oficina (Ano de 2009) observou-se que os ACS se mostravam um pouco mais contidos, receosos pelo fato de apresentarem pouco conhecimento sobre o assunto proposto. Já na segunda oficina (Ano de 2010) os Agentes Comunitários em geral, participaram de forma espontânea e ativa das atividades propostas, colaborando com sugestões de temas em saúde bucal para a próxima oficina a ser realizada em 2011.

Durante os dois encontros os próprios ACS puderam fazer críticas construtivas ao serviço, viram as oficinas como uma oportunidade de aperfeiçoamento profissional, solicitaram que fosse confeccionada uma cartilha com todas as informações sobre encaminhamento dos usuários e sobre orientações para prevenção em saúde bucal demonstrando grande entusiasmo em realizar suas tarefas com comprometimento e de forma correta.

Em uma análise quantitativa, é possível destacar que a partir do primeiro treinamento iniciou-se um processo natural de aumento da demanda encaminhada pelo ACS à equipe de saúde bucal. O número de atendimentos realizados sofreu grande impacto positivo. Só a partir desse momento é que as equipes de saúde bucal, inseriram a classificação de prioridade no protocolo organizacional de saúde bucal. Sendo mais uma tentativa de organizar as informações e os atendimentos. Em relação ao segundo treinamento, tornou-se possível considerar uma grande mudança nos conhecimentos expressos pelos agentes. A análise dos pré-teste e pós teste realizados em 2009 demonstrou que 75% dos ACS demonstraram aumento de conhecimento no teste avaliativo após treinamento. Em 2010, 93,9% dos agentes comunitários demonstraram aumento de conhecimento no teste avaliativo após treinamento.

Fazendo a análise da produção da equipe no que se refere às consultas para crianças de 0 a 6 anos foi possível observar um aumento considerável do número de atendimentos como apresentado no Gráfico 1.

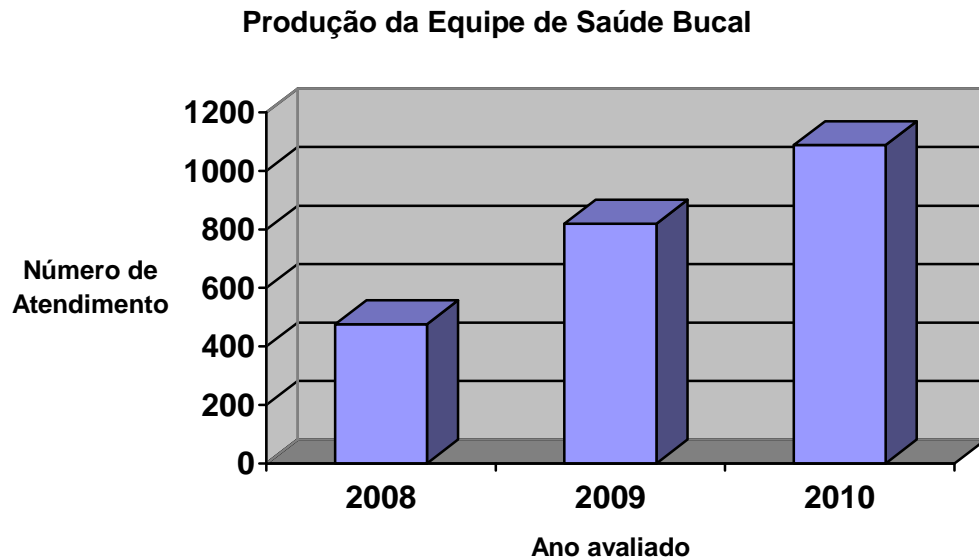


Gráfico 1: Produção da Equipe de Saúde Bucal – Barão de Cocais/ MG

Fonte: Dados de pesquisa

É importante destacar que os pontos positivos da implementação da educação continuada foram observados por todos os profissionais envolvidos e inclusive pela própria comunidade. Toda a equipe compreendeu a importância de estar sempre reciclando os conhecimentos. A educação continuada passou a ser uma exigência dos próprios profissionais.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização desse trabalho, foi possível perceber como a educação continuada contribuiu para o fortalecimento do processo de trabalho entre a equipe de saúde bucal e os outros profissionais da equipe de PSF, principalmente o Agente Comunitário de Saúde.

O desenvolvimento de atividades de capacitação conforme observado durante a realização do trabalho:

- Favoreceu o aumento dos atendimentos realizados;
- Promoveu uma maior compreensão dos agentes ao que se refere ao encaminhamento dos pacientes;
- Melhorou a transmissão de informações aos usuários do serviço de saúde;
- Contribuiu para a melhoria das relações interpessoais.
- Auxiliou o grupo a minimizar suas dificuldades, aproveitando suas potencialidades e reforçando sua segurança no ambiente de trabalho.

No decorrer de todo o processo de elaboração desse trabalho, o cuidado na escolha e desenvolvimento das atividades propostas em cada uma das oficinas foi marcado pelo objetivo de promover interesse dos integrantes do grupo, de modo a incentivar sua participação, com vista à inclusão de todos.

É importante ressaltar que através do conhecimento de seu próprio desempenho, a equipe como um todo tem maior chance de se desenvolver. Através da realização das oficinas foi possível observar:

- A melhoria das relações humanas entre os agentes comunitários de saúde e os membros da equipe de saúde bucal;
- Estímulo a criação de um ambiente no qual cada funcionário pudesse sentir-se valorizado e atuante.

Além de todas as oportunidades citadas com a realização da Educação Continuada, é válido relatar ainda a oportunidade de crescimento e condições de participação efetiva a todos os membros da organização, tendo em vista, por um lado, os objetivos organizacionais e por outro, os objetivos individuais. Valla (1993) considera que tal abordagem é uma forma de cada funcionário se ver participante em um processo que tem significado tanto para ele quanto para a instituição de saúde.

9. REFERÊNCIAS

1. ALVES, A. J. **O planejamento das pesquisas qualitativas em educação.** Caderno de Pesquisa (77) maio, 1991.
2. BOTAZZO, C. **A saúde bucal nas práticas coletivas de saúde.** Instituto de Saúde (Série tendências e perspectivas em saúde I), 1994.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Modalidade de Contratação de Agentes Comunitários de saúde: um pacto tripartite. Brasília, 2002.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília, 2000.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648 – 28 de mar. 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1444 – de 28 de dezembro de 2000 – DOU de 29/12/2000 – Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do programa de saúde da família. Disponível em: < www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/.../portaria1444_28_12_00.pdf > Acesso em: 03 de set. 2011
7. BRASIL. Presidência da República. Congresso Nacional. LEI nº 8.080 - de 19 de setembro de 1990 - DOU de 20/9/90 - Lei Orgânica da Saúde e suas demais alterações. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: < www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm > Acesso em: 27 de set 2011
8. CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *C S Col* ; 8(2):509-84. 2003.

9. COSTA, T.M. *et al* . O Processo educativo dos agentes comunitários de saúde (ACS) e da comunidade de Catolândia – BA: intervindo sobre um problema de saúde. **Sitientibus**, Feira de Santana, n.33, p. 85-94, jul/dez. 2005.
10. FERNANDES, H. O. Etiologia das maloclusões dentárias. **Rev Bras Odontol**, v.23, n.1929, p.131-137, maio/junho, 1964.
11. FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. 4.ed. São Paulo: Moraes 1980.
12. FURLAN, P. G. **Veredas no território: análise da prática de agentes comunitários de saúde**. 2008. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.
13. GADOTTI, M. **Concepção dialética da educação: um estudo introdutório**. 5.ed. São Paulo: Cortez: Autores Associados,1987.
14. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades@**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=310540>> Acesso em: 16 de set. 2011.
15. MIRANDA, C. F; MIRANDA, M. L. **Construindo a Relação de Ajuda**. 9.ed. BH Crescer, 1995.
16. NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 1998. Hucitec, São Paulo.
17. NUNES, M. O. *et al* . O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639 – 1646, Nov. / dez. 2002.
18. PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva**. 4.ed. Santos, São Paulo. 2000
19. PORTO, V.M.C. **Saúde bucal e condições de vida: uma contribuição do estudo epidemiológico para inserção de atenção à saúde bucal no SUS**. 2002. Dissertação

(Mestrado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Faculdade de medicina de Botucatu.

20. SOARES, M. **Educação em saúde bucal nas escolas estaduais do primeiro grau do município de São Paulo.** 1988. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo.

21. VALLA, V.V, STOTZ, E.N. **Participação popular, educação e saúde:** teoria e prática, Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

10. APÊNDICE A

Pré-teste (2009)

1) Em sua micro-área, Clara tem vários adultos com faixa etária entre 20 a 35 anos. Muitos deles apresentam mal hálito e demonstram não ter cuidados com a higiene oral. Na sua opinião, quais orientações Clara deve passar a esses usuários para estimulá-los ao auto-cuidado?

2) Laurita foi visitar sua prima Judith que mora no distrito de Lages e teve bebê recentemente. Durante a visita Laurita comentou:

- _ Que pena Judith, aqui só tem Pacs! Se você morasse lá no Coqueiros o Pedro já teria ido ao dentista.
- _ Dentista??? Ta variando mulher??? O menino só tem 20 dias... O que ele vai fazer no dentista?
- _ Sei não Judith, mas o enfermeiro e a dentista disseram que é uma tal puericultura odontológica.
- _ Eu heim, é cada uma...

Fale sobre o que você sabe sobre o atendimento dos recém-nascidos e sobre a puericultura de 0 a 1 ano de vida .

3) Sofia, ACS da equipe de saúde da unidade Dr. Antônio Fagundes chegou à residência de Marta (diabética) para uma visita de rotina e notou que ela estava abatida. Mesmo assim deu forte gargalhada quando Sofia lhe contou do tombo que levou na porta da igreja na hora do casamento da acs Matilde. Sofia ficou feliz por deixar Marta mais alegre, mas nem reparou nos seus dentes cariados e na gengiva muito vermelha, afinal Marta nunca lhe reclamou de dor de dente, nem expressou vontade de fazer um tratamento dentário.

Comente a conduta de Sofia em relação à saúde bucal de Marta e justifique.

4) Maria é ACS no município de Anjicos, muito responsável e bastante atenciosa. Durante a reunião de equipe, o cirurgião-dentista solicitou às acs's que a partir daquela data trouxessem informações com relação à saúde bucal das famílias adscritas. Durante a visita domiciliar na residência de Elizete, soube que ela estava grávida há 01 mês e até então estava escondendo a gravidez! É que Elizete já tinha 02 filhos: Júlia de 05 anos e Paulo Roberto de 03 anos. As crianças gostavam muito de balas e Roberto vivia com o bico na boca

Maria logo se lembrou da solicitação do dentista de sua equipe. Na sua opinião, qual deverá ser a abordagem de Maria naquela residência?

5) Zezete é uma acs muito dedicada e sempre procura atender às solicitações da população residente em sua micro-área. Chegando à casa do Sr. Genésio (60 anos) o encontrou, como sempre, sentado na varanda fumando cachimbo.

_ Bom dia, Sr. Genésio! Cuidado com esse vício! Eu já lhe disse que ele pode trazer problemas à sua saúde bucal...

_ Vá entrando Zezete, disse o Sr. Genésio sem se incomodar com o comentário da acs sobre o cachimbo, o pessoal tá todo aí dentro.

_ Zezete, disse dona Cacilda, venha cá minha filha... Tô fazendo almoço para a mamãe que continua acamada depois daquela queda... Ela tem tido tanta dificuldade para movimentar os braços!!! Mas, que bom que você apareceu por aqui porque minha filha Ildezete tá querendo arranjar um jeito de tratar os dentes, para não ficar como eu: totalmente banguela...

Qual seria "o problema" que Zezete se referia quando conversou com o Sr. Genésio? E quais as condutas que Zezete deve realizar naquela residência?

APÊNDICE B

Pós-teste (2009)

1) Em condições normais, com que frequência o agente comunitário de saúde deve encaminhar o bebê com até 01 ano de vida para consulta odontológica?

- Assinale a resposta correta:
- (a) semestral
 - (b) anual
 - (c) bimestral
 - (d) trimestral

2) I – O prazo máximo para realização da 1ª consulta odontológica no recém-nascido é de 35 dias.

II – A cárie é uma doença infecciosa, não transmissível, causada por uma bactéria que destrói as estruturas dentárias.

III – A sucção do dedo, o uso da chupeta favorece o desenvolvimento da respiração oral podendo causar alterações na arcada dentária, na fala e deglutição.

IV – Em relação ao idoso o mais importante é observar se ele possui dentes.

V- A gestante deve ser orientada quanto à importância da higiene oral pois a doença periodontal na gestante está relacionada com partos prematuros e crianças com baixo peso ao nascer.

Assinale a alternativa que indica todas as afirmativas **corretas**:

- (a) as afirmativas I, II, III, IV e V estão corretas.
- (b) as afirmativas II, III, IV, V estão corretas.
- (c) as afirmativas I, III, V estão corretas.
- (d) as afirmativas III e V estão corretas
- (e) as afirmativas III, IV e V estão corretas.

3) Em relação à saúde bucal, quais são as ações mais importantes para o agente comunitário de saúde?

Assinale a alternativa correta:

- (a) orientar, falar, encaminhar e acompanhar.
- (b) identificar, encaminhar, orientar, acompanhar.
- (c) identificar, falar, assistir.
- (d) acompanhar, identificar, sorrir.

4) Coloque V (verdadeiro) ou F (falso):

() a criança de 01 a 03 anos de vida tem acompanhamento odontológico semestral e de 04 anos em diante acompanhamento anual

() a urgência odontológica acontece invariavelmente às 7h da manhã.

() os diabéticos e hipertensos cardiopatas têm prioridade no atendimento odontológico e ao agente comunitário de saúde cabe apenas encaminhá-los para a equipe de saúde bucal.

5) O que são hábitos deletérios e quais serão suas orientações aos familiares onde identificar a presença desses hábitos?

APÊNDICE C

Pré-teste (2010)

1) Marque a alternativa correta:

- a- nos primeiros dias de vida o bebê não necessita de cuidados com a saúde bucal.
- b- os cuidados com a higiene oral do bebê iniciam-se a partir do 2º mês de vida.
- c- no primeiro ano de vida, segundo o protocolo do município, o bebê deve receber consultas odontológicas de 3 em 3 meses.
- d- a higiene da cavidade oral do bebê deve se feita diariamente com gaze umedecida em água sanitária.

2) Em sua visita domiciliar a acs Judite ficou sabendo que Antonieta está grávida. Quais são as orientações, em relação aos cuidados com a saúde bucal, que Judite deve passar para Antonieta?

3) Coloque V ou F:

- () a escova dental deve possuir as cerdas arredondadas e macias e ser de cabeça pequena.
- () o que limpa o dente não é a ação da escovação e sim a pasta de dente.
- () o uso do fio dental garante a retirada dos restos alimentares que ficam entre os dentes.
- () a partir dos 4 anos de idade a criança possui amplas condições de realizar sua própria higiene oral.

4) Em sua micro-área, Luíza tem vários adultos com faixa etária entre 20 a 35 anos. Muitos deles apresentam cáries visíveis ao sorrir, mal hálito e outros reclamam de dor de dente. Luíza não pôde comparecer ao último treinamento para os acs quando o assunto era Saúde Bucal e agora não sabe como proceder. Informe a ela as condutas que deve ter nesses casos.

5) Marta é mãe de cinco filhos e ao receber a acs Lúcia disse que estava com muito sono, pois acordava várias vezes à noite para dar mamadeira a dois de seus filhos. Lúcia ficou sabendo também que as crianças usavam a mesma escova dental e que uma delas apresentava dor de dente. Observou Marcos, um menino de 4 anos que corria pela casa com a chupeta na boca. Se você fosse Lúcia, quais seriam suas condutas em relação à saúde bucal naquela residência?

APÊNDICE D

Pós-teste (2010)

1 - CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE SIGNIFICA:

- a- atender as crianças a partir de 1 ano de idade de 3 em 3 meses
- b- atender as pessoas que necessitam primeiro.
- c- Fazer visitas domiciliares na casa dos diabéticos e hipertensos.
- d- Nenhuma das respostas está correta.

2 -MARQUE V (VERDAREIRO) OU F (FALSO) NAS SEGUINTE QUESTÕES:

- () a gestante deverá tratar dos seus dentes somente após o nascimento do bebê para evitar o parto prematuro.
- () devemos orientar a gestante comer toda hora para os dentes do bebê formarem com muito cálcio.
- () a gestante que apresenta cárie e doença periodontal pode ter parto prematuro.
- () os dentes da gestante ficam fracos porque o bebê tira cálcio deles.
- () a gestante tem facilidade de adquirir problemas de gengiva e deve, por isso, caprichar na higiene de sua boca usando escova, pasta dental com flúor e fio dental.

3 - Normandina não compareceu ao treinamento de odontologia e agora não sabe que ação deve realizar em relação à equipe de saúde bucal. Relacione a coluna numerada com as situações apresentadas abaixo e esclareça as dúvidas de Normandina.

- 1- visita domiciliar com o dentista
- 2- agendar horário previamente com a equipe de saúde bucal
- 3- agendar para o dia de classificação de prioridades
- 4- encaminhar para a equipe como urgência
- 5- não agendar

- () bebê de 3 meses de idade
- () diabético
- () mulher de 35 anos sem problemas sistêmicos, mas com gengivite.
- () homem fumante, 40 anos com lupus eritematoso.
- () acamado devido acidente vascular cerebral, com 7 dentes na boca
- () criança com 3 anos de idade
- () criança de 06 anos e meio.
- () idoso desdentado com prótese.
- () gestante que não quer ir ao dentista por medo
- () adolescente com queixa de dor

4- MARQUE A ALTERNATIVA INCORRETA:

- a- as doenças sexualmente transmissíveis podem ter manifestações bucais.
- b- A chupeta e a mamadeira prejudicam os dentes das crianças.
- c- As pessoas que não tem dentes, mas apresentam boa saúde não precisam ir ao dentista.
- d- A principal causa de mau hálito é falta de escovação da língua.
- e- A função principal dos dentes de leite é guardar o lugar para os permanentes.

5 – QUAL DESSAS AÇÕES NÃO COMPETE AO ACS?

- a- orientar a higiene bucal de forma correta
- b- encaminhar para a classificação de prioridade
- c- avaliar a boca dos desdentados para verificar se tem câncer bucal
- d- orientar alimentação saudável
- e- orientar para que evitem álcool, tabaco e demais drogas.