

ARTIGO ORIGINAL

Agentes comunitários de saúde: conhecimentos em saúde bucal e fatores associados

Community-based health workers: Knowledge about oral health and associated factors

Elvis Bruno Almeida da Silva¹, Luciane Zanin¹, Arlete Maria Gomes Oliveira¹ ,
Flávia Martão Flório¹ 

¹Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade São Leopoldo Mandic - Campinas (SP), Brasil.

Como citar: Silva EBA, Zanin L, Oliveira AMG, Flório FM. Agentes comunitários de saúde: conhecimentos em saúde bucal e fatores associados. *Cad Saúde Colet*, 2021;29(2):226-237. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129020135>

Resumo

Introdução: Ações educativas são fundamentais para a produção do cuidado e fazem parte das atividades dos agentes comunitários de saúde (ACS). **Objetivo:** Avaliar o conhecimento dos ACS sobre saúde bucal e fatores relacionados. **Método:** Estudo transversal e quantitativo, com 481 ACS vinculados aos municípios da X Gerência de Saúde de Pernambuco. A coleta foi realizada em 2017 nas reuniões mensais, com questionário validado e autoadministrado. As associações foram testadas por regressão logística múltipla, estimando-se os odds ratio brutos com os intervalos de confiança de 95%. **Resultados:** Participaram 72,9% (351) dos ACS, sendo a maioria do sexo feminino, com até 40 anos, ensino médio completo, renda de até 1 salário mínimo e com mais de 10 anos de trabalho. Observou-se que 23,6% afirmaram que a equipe realizava reuniões frequentes e 12% disseram que os dentistas realizavam capacitação. Para 68,1%, a experiência de vida era a fonte do conhecimento. Os ACS do sexo feminino e que não nominaram a fonte de seu conhecimento tinham 1,90 (IC95%: 1,10-3,28) e 3,59 (IC95%: 1,46-8,79) vezes mais chance, respectivamente, de apresentar menor conhecimento ($p < 0,05$). **Conclusão:** O conhecimento foi satisfatório e influenciado negativamente pelo sexo e pela ausência de relato da fonte de aquisição de informações sobre saúde bucal.

Palavras-chave: agente comunitário de saúde; saúde bucal; estratégia saúde da família.

Abstract

Background: Educational actions are fundamental to produce care, and are part of the activities of community-based health workers (CHWs). **Objective:** Evaluate the knowledge of CHWs about oral health (OH) and associated factors. **Method:** This is a cross-sectional, quantitative study. All 481 CHWs linked to the municipalities belonging to the 10th Health Management Section of the state of Pernambuco, Brazil, were invited to participate in the study. Data collection was performed in 2017 during the monthly sectional meetings by means of a validated, self-administered questionnaire. The associations were tested by multiple logistic regression, estimating the crude odds ratio with 95% confidence intervals. **Results:** 72.9% (351) of the CHWs participated in the study. They were mostly women, aged ≤ 40 years, with complete high school, monthly income of up to one Brazilian minimum wage, and with more than 10 years of work experience. 23.6% of the CHWs stated that the team frequently attended meetings, and 12.0% of them said that the dentists underwent training. As for the source of knowledge acquisition, 68.1% answered that it accrued from life experience. Female CHWs and those who did not mention the source of their knowledge about OH were 1.90 (95% CI: 1.10-3.28) and 3.59 (95% CI: 1.46-8.79) times more likely, respectively, to present a lower OH score ($p < 0.05$). **Conclusion:** The knowledge about OH of CHWs was satisfactory, but negatively influenced by gender and absence of report on the source of acquisition of OH information.

Keywords: community-based health workers; oral health; family health strategy.

Trabalho realizado na X Gerência de saúde de Pernambuco, em 2017 – Afogados da Ingazeira (PE), Brasil.

Correspondência: Flávia Martão Flório. E-mail: flaviaflorio@yahoo.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Set. 23, 2019. Aprovado em: Mar. 04, 2020



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) surgiu com o propósito de criar e fortalecer o vínculo da população com as unidades de saúde, e, neste contexto, o agente comunitário de saúde (ACS) tornou-se o ator essencial para a reestruturação da atenção básica, buscando a ampliação da cobertura assistencial e dando resolubilidade às necessidades de saúde da população¹. A evolução da prática e das responsabilidades do ACS acompanhou a evolução das políticas públicas, e a inclusão da equipe de saúde bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) representou um projeto inovador e desafiador ao ACS², trazendo consigo novas abordagens, entre as quais a compreensão da saúde bucal como componente da saúde em sua expressão mais ampla³.

O papel dos ACS na atenção à saúde bucal vem sendo valorizado, e a busca por conhecimentos específicos é premente, na medida em que o enfoque de construção da figura desse profissional é oriundo de uma visão integral da saúde, o que claramente inclui a saúde bucal^{2,4-10}. Os agentes capacitados para orientar as famílias sobre questões de saúde bucal podem aumentar de forma significativa a cobertura de ações preventivas e de vigilância à saúde bucal, considerando o número desses profissionais e a amplitude do trabalho realizado por eles diretamente na comunidade¹¹, podendo atuar como agentes transformadores pelo relevante papel na divulgação de informações sobre saúde bucal^{12,13}.

Na literatura, há dados que fundamentam a interferência da odontologia na vida e no trabalho dos ACS, sendo observadas mudanças positivas na percepção em relação a aspectos de saúde bucal, na autoconfiança e no acesso a serviços e uso deles por parte de ACS submetidos à capacitação na ESB⁴. Além disso, a literatura mostra a relação positiva entre o nível de conhecimento dos ACS e a presença da ESB na ESF⁹, sendo esta um fator contribuinte para a expansão dos conhecimentos em saúde bucal dos ACS, o que possibilita que esses profissionais exerçam ações que impactem positivamente no processo de saúde-doença da comunidade em que estão inseridos, possibilitando ao usuário mudar hábitos e apoiando-se na conquista de sua autonomia¹⁴.

Em contraponto, originalmente o processo de formação do ACS esteve vinculado às categorias médica e de enfermagem, o que contribuiu para o distanciamento das relações com os dentistas, inclusive quando vinculados à mesma equipe, dificultando e tornando menos efetiva a realização de ações de saúde bucal¹⁵.

Os estudos têm procurado avaliar o conhecimento em saúde bucal dos ACS^{5,9,16-18}, as ações e práticas por eles desenvolvidas^{6,7,10} e sua influência no grau de informação do usuário⁴, além da importância de capacitações em saúde bucal para esses profissionais^{8,19}. Embora o conhecimento em saúde dos ACS venha sendo debatido e investigado, não se incluem na análise variáveis relacionadas à percepção dos profissionais quanto à integração com a ESB e se a qualidade desta influenciaria o conhecimento sobre o assunto. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento dos ACS sobre saúde bucal e fatores a ele relacionados.

MÉTODO

O estudo foi desenvolvido no estado de Pernambuco contemplando 12 municípios localizados na Mesorregião do Sertão e na Microrregião do Pajeú, que compõem a X Gerência de Saúde, entre os quais Afogados da Ingazeira, Brejinho, Carnaíba, Igaracy, Ingazeira, Itapetim, Quixaba, Santa Terezinha, São José do Egito, Solidão, Tabira e Tuparetama, que possuem um total de 180.780 mil habitantes²⁰.

Foram convidados a participar do estudo todos os 481 ACS cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em outubro de 2016 e fizeram parte da amostra os profissionais que aceitaram responder ao formulário e que não se encontravam de férias, licença ou em afastamento médico no período do estudo.

Os dados foram coletados pelo pesquisador responsável durante as reuniões mensais de cada equipe, realizadas em datas pré-fixadas pela gestão local, no período de maio a julho de 2017. Na impossibilidade de contato direto nessas reuniões com alguns profissionais vinculados ao serviço, o pesquisador foi pessoalmente às unidades para o contato necessário.

A coleta dos dados foi realizada por meio de questionários estruturados e autoadministrados, compostos de três blocos de questões relativas ao perfil socioeconômico do participante, sobre conhecimentos em saúde bucal e sobre o processo de trabalho em ESB, conforme descrição a seguir:

- Bloco 1: Perfil socioeconômico (questões 1.1 a 1.5) – aborda questões referentes a dados pessoais dos entrevistados, como sexo, idade, escolaridade, renda e tempo de trabalho do ACS;
- Bloco 2: Conhecimentos em saúde bucal (questões 2.1 a 2.16) – das 16 questões, as de número 2.1 a 2.12 referem-se a instrumento validado em estudo anterior²¹ e relacionam-se aos conhecimentos relativos às diferentes fases da vida (recém-nascido, criança, adolescente, adulto, gestante e terceira idade) e às principais doenças bucais (cárie, doença periodontal e lesões cancerizáveis). As questões 2.13 a 2.15 foram incluídas e são oriundas do instrumento utilizado em estudo prévio²². A assertiva 2.16 indagou a fonte de informações para as respostas às perguntas deste bloco.

O valor do escore atribuído às alternativas podia variar de 0 a 5, e a variação da pontuação deste bloco podia variar de 0 a 57. Foram consideradas sem escore (valor zero) as respostas que, quando selecionadas, suscitavam comportamentos que não melhoravam em nada as condições de saúde bucal de uma pessoa ou quando essas respostas indicavam que o indivíduo poderia usar o seu conhecimento para adotar procedimentos que, de alguma forma, traziam prejuízos à sua condição de saúde bucal²¹. A maior pontuação equivalia à melhor evidência científica disponível sobre determinado tema.

- Bloco 3: Processo de trabalho em saúde bucal (questões 3.1 a 3.8) – elaboradas pelos autores, abordam a percepção do ACS quanto à ESB, sua relação com os profissionais que a compõem e as atividades desenvolvidas dentro da ESF.

Atenção especial foi dada aos procedimentos que visaram à redução de viés e da taxa de não resposta em virtude de problemas decorrentes da não compreensão do questionário ou do seu não preenchimento/não devolução ao pesquisador²³. Antes, porém, foi realizado um estudo-piloto com 10 ACS não participantes da pesquisa para que eventuais dúvidas pudessem ser sanadas e ajustes fossem realizados²⁴. Vale ressaltar que o preenchimento foi realizado de forma individual e que se deu especial atenção a tal ponto, para evitar que houvesse contato entre os ACS no preenchimento do instrumento. Após preencher o questionário, o participante o depositou em envelope, junto com os outros questionários, de modo a garantir seu anonimato. O pesquisador permaneceu no local durante a aplicação do instrumento de pesquisa para algum esclarecimento quanto ao seu conteúdo, não interferindo, entretanto, nas respostas dos participantes.

A variável dependente foi o escore de conhecimento em saúde bucal, dicotomizado pela mediana. As variáveis independentes consideradas foram: sexo (masculino e feminino), faixa etária (de 18 a 60 anos ou mais), escolaridade (ensino fundamental incompleto a ensino superior completo), renda (menor que 1 salário mínimo a 3 ou mais salários mínimos), tempo de trabalho como ACS (menor ou igual a 5 anos até 10 ou mais anos de trabalho), fonte do conhecimento sobre saúde bucal (nenhuma em particular, experiência de vida, capacitação por outros profissionais e capacitação pela ESB da unidade), processo de trabalho com a ESB de referência (atividades desenvolvidas na escola, com grupos de hipertensos e diabéticos, gestantes e bebês, pacientes com necessidades especiais, participação em reuniões mensais, realização de capacitação para ACS).

Foram construídas tabelas com as frequências para analisar o perfil dos ACS e das unidades estudadas. Para a investigação das associações entre o escore de conhecimento sobre saúde bucal (com a amostra dicotomizada pela mediana do escore) e as variáveis dos ACS e das unidades, foram realizadas análises de regressão logística simples, estimando-se os odds ratio brutos com os intervalos de confiança de 95%. Na sequência, as variáveis com $p < 0,20$ nas análises brutas foram estudadas em modelos de regressão logística múltipla, ficando no modelo final aquelas com $p \leq 0,05$, estimando-se os odds ratio ajustados com os intervalos de confiança de 95%. Como a variável das unidades apresentou $p > 0,20$, não houve necessidade de utilizar o modelo de regressão multinível. As análises foram realizadas no programa R Core Team.

Este estudo foi realizado conforme os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/12 e aprovado segundo o CAAE 64289417.0.0000.5374.

RESULTADOS

Do total de ACS convidados a participar, 27% (130) não foram encontrados por estarem de férias, licença ou atestado e por terem se recusado a responder ao questionário. Desta forma, fizeram parte do estudo 351 ACS (72,9%).

Considerando-se que a pontuação do Bloco 2, referente ao conhecimento em saúde bucal, podia variar de 0 a 57 pontos, a Tabela 1 apresenta a análise exploratória dos dados sobre os conhecimentos aferidos, com base na pontuação dos ACS participantes, relativa apenas às perguntas do instrumento original²¹, e na pontuação relacionada ao instrumento completo, utilizado na presente pesquisa. Nota-se que, pelo valor do primeiro quartil (42), 75% dos participantes obtiveram pontuação equivalente a 76% dos pontos do instrumento, caracterizando, de forma satisfatória, o conhecimento demonstrado.

Tabela 1. Análise exploratória da pontuação obtida no Bloco 2 do instrumento (Conhecimentos em saúde bucal). Municípios da X Gerência de Saúde de Pernambuco, Brasil, 2017

	Pontuação referente às perguntas do instrumento original ¹⁸	Pontuação do instrumento da pesquisa
Mínimo	6	6
Máximo	41	55
Amplitude total	35	49
Mediana	36	46
Primeiro quartil (25%)	33	42
Terceiro quartil (75%)	38	50
Média aritmética	34,8	44,6
Desvio padrão	5,5	8,3

Na Tabela 2, constata-se que a maioria dos ACS entrevistados (80,3%) era do sexo feminino, 48,4% tinham até 40 anos, 70,1% possuíam ensino médio, 84% apresentavam renda de até 1 salário mínimo e 63,5% tinham mais de 10 anos de trabalho. Quando questionados sobre onde adquiriram o conhecimento sobre saúde bucal, 68,1% responderam que foi de experiência de vida, 13,1% disseram que foi em capacitação pela ESB e 11,7% não apontaram nenhuma fonte em particular.

Observou-se também que, para 48,4%, a sua integração com a ESB da unidade era satisfatória. A chance de apresentar menor escore de conhecimento sobre saúde bucal esteve relacionada com o sexo feminino (OR = 1,90; IC95%: 1,10-3,28) e com a origem do conhecimento sobre saúde bucal ter sido relatada como “nenhuma” (OR = 3,59; IC95%: 1,46-8,79).

A Tabela 3 apresenta as frequências de respostas às perguntas do Bloco 2, conforme as pontuações das assertivas marcadas pelos ACS. Para todas as questões, a maioria das respostas foi a que coincidia com a melhor evidência disponível sobre o tema, embora as proporções entre cada uma delas fosse bastante variável. Houve mais de 80% de concordância com a assertiva mais correta para os itens: 2.4 – principal causa de uma dentição forte; 2.9 – razão para tratamento de canal; 2.10 – tratamento na gravidez; 2.11 – importância do flúor; e 2.12 – fator de risco de câncer. A frequência de ausência de pontuação foi a segunda maior para os itens: 2.3 – idade da dentição permanente; 2.9 – razão para tratamento de canal; 2.10 – tratamento na gravidez; 2.12 – fator de risco de câncer; 2.13 – faixa etária de câncer; e 2.15 – sinais e sintomas de câncer. Ainda, uma parcela importante dos respondentes apresentou conceitos incompletos sobre os itens: 2.2 – troca de dentição; 2.5 – causa principal da cárie; 2.8 – prevenção da gengivite; e 2.14 – região do câncer.

Tabela 2. Análises brutas e ajustadas das associações do nível de conhecimento em saúde bucal do agente comunitário de saúde e variáveis investigadas. Municípios da X Gerência de Saúde de Pernambuco, Brasil, 2017

Variável	Categoria	n (%)	Escore do conhecimento		^(c) OR bruto	p-valor	^(c) OR ajustado	p-valor
			≤ 46 ^{(a)(b)}	> 46				
			n (%)	n (%)				
Nível: agentes								
Sexo	Masculino	69 (19,7)	26 (37,7)	43 (62,3)	Ref		Ref	
	Feminino	282 (80,3)	152 (53,9)	130 (46,1)	1,93 (1,13-3,32)	0,0167	1,90 (1,10-3,28)	0,0166
Faixa etária	Até anos 40 anos	170 (48,4)	79 (46,5)	91 (53,5)	Ref			
	41 a 50 anos	130 (37,1)	70 (53,8)	60 (46,2)	1,34 (0,85-2,12)	0,2115		
	> 50 anos	51 (14,5)	29 (56,9)	22 (43,1)	1,52 (0,81-2,85)	0,2199		
Escolaridade	Ensino fundamental	46 (13,1)	24 (52,2)	22 (47,8)	1,71 (0,78-3,72)	0,1900		
	Ensino médio	246 (70,1)	131 (53,2)	115 (46,8)	1,78 (1,00-3,18)	0,0322		
	Ensino superior	59 (16,8)	12 (39,0)	36 (61,0)	Ref			
Renda	Até 1 salário mínimo	295 (84,0)	151 (51,2)	144 (48,8)	1,13 (0,64-2,00)	0,6835		
	Mais de 1 salário	56 (16,0)	27 (48,2)	29 (51,8)	Ref			
Tempo de trabalho	< 5 anos	65 (18,5)	32 (49,2)	33 (50,8)	Ref			
	Entre 5 e 10 anos	63 (18,0)	33 (52,4)	30 (47,6)	1,13 (0,57-2,27)	0,7218		
	> 10 anos	223 (63,5)	113 (50,7)	110 (49,3)	1,06 (0,61-1,84)	0,8366		
Fonte de aquisição do conhecimento	Capacitação pela ESB ¹	46 (13,1)	17 (37,0)	29 (63,0)	Ref		Ref	
	Outros profissionais	25 (7,1)	12 (48,0)	13 (52,0)	1,58 (0,59-4,22)	0,3875	1,59 (0,59-4,30)	0,4135
	Experiência de vida	239 (68,1)	121 (50,6)	118 (47,4)	1,75 (0,91-3,35)	0,0611	1,71 (0,89-3,29)	0,0802
	Nenhuma em particular	41 (11,7)	28 (68,3)	13 (31,7)	3,67 (1,51-8,94)	0,0071	3,59 (1,46-8,79)	0,0114
Integração	Satisfatória	170 (48,4)	86 (50,6)	84 (49,4)	Ref			
	Insatisfatória ou inexistente	181 (51,6)	92 (50,8)	89 (49,2)	1,01 (0,66-1,54)	0,9641		
Nível: unidade								
ESB na unidade de saúde	Sim	282 (80,4)	139 (49,3)	143 (50,7)	Ref			
	Não	69 (19,7)	39 (56,5)	30 (43,5)	1,34 (0,79-2,27)	0,2824		

¹Equipe de saúde bucal; ^(a)Mediana; ^(b)Categoria de referência para a variável de desfecho; ^(c)Odds ratio; *Intervalo de confiança

Tabela 3. Análise descritiva do questionário sobre o conhecimento em temas de saúde bucal do agente comunitário de saúde com a equipe de saúde bucal (ESB). Municípios da X Gerência de Saúde de Pernambuco, Brasil, 2017

Temas de conhecimento	Pontuação											
	0		1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2.1 Dentes de leite	34	9,7	116	33,0	201	57,3	-	-	-	-	-	-
2.2 Trocas de dentição	9	2,6	15	4,3	93	26,5	234	66,7	-	-	-	-
2.3 Idade da dentição permanente	88	25,1	74	21,1	189	53,8	-	-	-	-	-	-
2.4 Razão para dentição forte	8	2,3	6	1,7	7	2,0	8	2,3	322	91,7	-	-
2.5 Causa principal da cárie	29	8,3	2	0,6	156	44,4	8	2,3	156	44,4	-	-
2.6 Causa do mau hálito	11	3,1	4	1,1	6	1,7	17	4,8	36	10,3	277	78,9
2.7 Sangramento gengival	32	9,1	37	10,5	19	5,4	263	74,9	-	-	-	-
2.8 Prevenção da gengivite	3	0,9	23	6,6	3	0,9	133	37,9	189	53,8	-	-
2.9 Razão para tratamento de canal	22	6,3	5	1,4	5	1,4	3	0,9	316	90,0	-	-
2.10 Tratamento na gravidez	30	8,5	17	4,8	304	86,6	-	-	-	-	-	-
2.11 Importância do flúor	15	4,3	15	4,3	3	0,9	23	6,6	295	84,0	-	-
2.12 Fator de risco de câncer	33	9,4	2	0,6	11	3,1	18	5,1	287	81,8	-	-
2.13 Faixa etária de câncer	72	20,5	2	0,6	-	-	33	9,4	-	-	244	69,5
2.14 Região do câncer	61	17,4	29	8,3	-	-	128	36,5	-	-	133	37,9
2.15 Sinais e sintomas do câncer	71	20,2	-	-	14	4,0	42	12,0	224	63,8	-	-

Legenda: cinza-escuro – maior frequência de respostas; cinza-claro – segunda maior frequência de respostas

Na Tabela 4, observa-se que 47% dos agentes classificaram as ESBs da sua unidade como ótimas; 51,6% participaram de atividades de saúde bucal realizada pela equipe em escolas; 40,4% participaram de palestra de saúde bucal na unidade com grupos prioritários (diabéticos e hipertensos); 35,6% afirmaram ter participado de atendimentos e palestras com gestantes e puérperas; 43,3% participaram das visitas domiciliares da ESB a pacientes com necessidades especiais; 23,6% afirmaram que a equipe realizava reuniões frequentes com os ACS; 12% indicaram que os dentistas realizavam capacitação em temas da saúde bucal para os ACS com frequência.

Tabela 4. Análise descritiva do questionário sobre o processo de trabalho do agente comunitário de saúde com a equipe de saúde bucal (ESB). Municípios da X Gerência de Saúde de Pernambuco, Brasil, 2017

Questão	Categoria	n	%
Tem equipe de saúde bucal na unidade de saúde?	Não	69	19,7
	Sim	282	80,3
Classificação da equipe	Ótima	165	47,0
	Regular	105	29,9
	Ruim	12	3,4
	Não se aplica	69	19,7
Realiza atividades de saúde bucal na escola	Sim, eu já participei	181	51,6
	Sim, nunca participei	57	16,2
	Não realiza	38	10,8
	Não sei	6	1,6
	Não se aplica	69	19,7
Realiza palestras de saúde bucal na unidade com grupos prioritários	Sim, eu já participei	142	40,4
	Sim, nunca participei	31	8,8
	Não realiza	93	26,5
	Não sei	16	4,6
	Não se aplica	69	19,7
Realiza atendimento e palestras com gestantes e puérperas	Sim, eu já participei	125	35,6
	Sim, nunca participei	61	17,4
	Não realiza	91	25,9
	Não sei	5	1,4
	Não se aplica	69	19,7
Realiza visita domiciliar a pacientes com necessidades especiais	Sim, eu já participei	152	43,3
	Sim, nunca participei	37	10,5
	Não realiza	77	21,9
	Não sei	16	4,6
	Não se aplica	69	19,7
Realiza reuniões mensais com os ACS	Sim, com frequência	83	23,6
	Sim, esporadicamente	53	15,1
	Não realiza	146	41,6
	Não se aplica	69	19,7
O dentista realiza capacitação em temas de saúde bucal para os ACS	Sim, com frequência	42	12,0
	Sim, esporadicamente	37	10,5
	Não realiza	203	57,8
	Não se aplica	69	19,7

DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi avaliar fatores relacionados ao conhecimento de ACS sobre saúde bucal. Sabe-se que a formação do conhecimento é um dos elementos contribuintes para a população aumentar suas habilidades no controle dos determinantes e condicionantes do processo de saúde-doença, elencando-se, portanto, a importância do ACS como transmissor nesse processo. Neste estudo, observou-se um nível satisfatório de conhecimento sobre saúde bucal dos ACS, porém influenciado negativamente pelo sexo feminino e pela ausência de relato da fonte de aquisição de informações sobre saúde bucal.

O perfil identificado no estudo, contemplando a maioria dos profissionais como do sexo feminino, com até 40 anos de idade, ensino médio e mais de 10 anos de trabalho, contém características apontadas em estudo anterior como favoráveis para o desenvolvimento das atividades realizadas individual ou coletivamente, já que permitem ao ACS ter maior sensibilidade para entender os problemas da comunidade e lidar com eles, por serem as mulheres classificadas como “cuidadoras” na sociedade²⁵. A maior representação feminina nesse grupo profissional^{10,11,25,26} pode estar relacionada ao perfil exigido quando do surgimento do PACS, em que a preferência por mulheres prevalecia, sendo consideradas como líderes de comunidade e sem necessariamente apresentarem alto nível de escolaridade. A escolaridade pode impactar positivamente nas questões reflexivas por um melhor entendimento das necessidades da comunidade e formulação de ações e estratégias para enfrentamento dos problemas em saúde. Nesta pesquisa, os ACS, em sua maioria, possuíam o ensino médio completo, corroborando estudos anteriores^{2,10,27-29}, o que demonstra que a escolaridade mínima exigida pela Lei nº 10.507/2002 vem sendo extrapolada pela maioria dos profissionais em atividade, os quais têm um perfil mais de acordo com o exigido na nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, já que esses profissionais são direcionados à realização de curso técnico, para que possam efetuar procedimentos clínicos básicos em domicílio, antes realizados pelos técnicos em enfermagem. Outros aspectos possíveis de serem considerados são o papel da mulher no cuidado da saúde³⁰⁻³² e a liderança assumida associada à busca por crescimento profissional³³, que possivelmente podem ter contribuído para a predominância de trabalhadoras e usuárias mais frequentes nos serviços de saúde^{31,33}.

A remuneração da maioria era de 1 salário mínimo, valor que mais se aproximou do salário base de R\$ 1.014,00 vigente à época, aprovado pela Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014, o que leva ao pressuposto de que os ACS continuam possuindo apenas um vínculo trabalhista com dedicação exclusiva e desempenham suas funções na ESF, como verificado anteriormente^{2,25}.

Um maior tempo de atuação remete ao pressuposto de maior maturidade na profissão desenvolvida, embora um estudo anterior¹⁴ tenha verificado que o tempo de trabalho associado ao fator maior idade resultou em um menor conhecimento em saúde bucal, visto que profissionais com essas características poderiam desenvolver seus próprios conceitos, ficando resistentes ao desenvolvimento de novas experiências em saúde em seu território. No presente estudo, essa característica não foi observada, já que os participantes com mais de 10 anos de atuação mostraram resultados positivos, confirmando o pressuposto de que o tempo de atuação na ESF é considerado um fator importante para o entendimento do trabalho do ACS, que é pautado em suas práticas cotidianas^{9,25}.

Neste contexto, quanto ao método de obtenção de conhecimento sobre a temática pesquisada, observou-se que a maioria dos ACS relatou que a forma de aquisição foi por meio da experiência de vida, e uma minoria, pelas capacitações realizadas pela ESB, o que se comprova nos estudos em que a maior parte dos ACS afirmou não ter participado de capacitações sobre o tema^{2,8,25}. A ausência de capacitação voltada à qualificação profissional em saúde bucal dificulta a aquisição de conhecimento dos ACS a respeito da questão em estudo^{3,21}. Nesse sentido, entende-se que o processo de capacitação dos ACS ainda é desestruturado, fragmentado e, na sua maioria, insuficiente para desenvolver novas competências para a melhora do desempenho do profissional em saúde bucal, como verificado em estudo anterior².

No presente estudo, considerou-se satisfatório o conhecimento em saúde bucal dos ACS, característica semelhante à encontrada em estudos anteriores realizados no país^{9,11,25-28}, nos quais

a maioria dos participantes apresentou resultados satisfatórios em relação ao conhecimento em saúde bucal, apesar de os questionários aplicados pelos autores serem diferentes do estudo em questão.

Neste estudo, os ACS que não especificaram a fonte do conhecimento foram os que menos pontuaram nas questões relativas aos conhecimentos em saúde bucal. A capacitação dos ACS pela ESB de referência, por meio da educação continuada, é fundamental³⁴, pois eles convivem diretamente com a comunidade a que assistem, podendo contribuir para a melhoria das condições de saúde bucal dessa população com a realização de procedimentos em saúde bucal, como orientação sobre técnicas de higiene bucal, detecção precoce de cárie, doença periodontal e câncer bucal²⁵.

Apesar de a maioria não ter feito treinamento formal na temática, o conhecimento demonstrado pode ser resultado de saberes técnico-científicos já absorvidos de várias maneiras, como palestras, meios de comunicação ou treinamento dentro da própria equipe da ESF²⁵. Ressalta-se também que existe uma relação entre o conhecimento e a prática, inclusive em saúde bucal; daí surgem suas vivências e atividades na comunidade, forjadas em suas experiências, e as várias fontes de aprendizagem⁸, enfatizando-se a importância do tempo de serviço para as vivências e experiências com a comunidade.

Entre as questões que tiveram mais acertos, ressaltam-se: principal causa de uma dentição forte; razão para tratamento de canal; tratamento na gravidez; importância do flúor; e fator de risco de câncer. Esses dados corroboram estudos anteriores^{25,28} que tiveram prevalência de respostas corretas com relação aos conteúdos sobre tratamento odontológico na gravidez, conhecimento sobre biofilme dentário, cuidados com escovas dentais e conduta no sangramento gengival. Em contraponto, as maiores frequências de respostas erradas relacionaram-se à idade de início da erupção da dentição permanente e aos aspectos referentes à faixa etária e sinais e sintomas do câncer. A identificação de pontos de fragilidade no conhecimento dos ACS pode nortear ações específicas a esses profissionais de forma a aumentar o conhecimento científico e desmistificar conceitos popularmente concebidos.

Apesar da maior representação feminina na amostra, as mulheres apresentaram menores pontuações referentes aos conhecimentos avaliados. Esse fato pode estar relacionado com o número reduzido de profissionais que já realizaram capacitação na temática e porque a maioria dos entrevistados do estudo relatou ter conhecimento sobre saúde bucal por meio de experiência de vida.

Neste estudo, verificou-se que a maioria dos ACS relatou possuir uma ótima relação com a ESB e que eles participavam de palestras, quando propostas pela equipe. Esse fato é importante na organização dos processos de trabalho na atenção básica, na qual a assistência deve ser multiprofissional e a equipe deve responsabilizar-se de forma integral pelo cuidado³⁵.

Contudo, verificou-se que os ACS, em sua maior parte, relataram não participar das reuniões mensais da ESB e que o cirurgião-dentista não realiza capacitação na temática com os ACS, dados que corroboram o estudo de Mockdeci et al.⁸, em que, apesar de a maioria ter tido algum tipo de capacitação em saúde bucal, 79,5% não participavam de reuniões periódicas com a ESB e 59% não possuíam acessibilidade ao cirurgião-dentista.

Outro ponto importante a ser relatado é a dificuldade do ACS de se relacionar no cotidiano com a ESB, visto que, culturalmente, esse profissional se tornou propriedade do médico e enfermeiro da equipe⁶, o que pode estar relacionado à afirmativa desses profissionais sobre a não realização de ações de saúde bucal e a falta de capacitação e conhecimento acerca do tema². Neste contexto, a realização de cursos de capacitação e educação continuada no âmbito da saúde bucal proporcionaria momentos de discussão, análise e reflexão para que os ACS se percebam parte da equipe¹⁶.

É importante que o cirurgião-dentista esteja disponível para o diálogo que extrapole os muros da unidade de saúde, permitindo a troca de conhecimento com todos os integrantes da equipe, visando, assim, à interdisciplinaridade³⁶. Esses dados se contrapõem aos que a Política Nacional de Saúde Bucal preconiza, recomendando o trabalho com uma equipe multidisciplinar, tendo o ACS um papel importante na melhoria dessa assistência, visto que esse profissional é o elo entre o dentista, o paciente e a família, pois, por ser integrante da comunidade, ele se torna

um mediador e facilitador na relação entre o serviço de saúde e seu usuário, possibilitando uma comunicação interpessoal efetiva, já que as pessoas da comunidade e o ACS compartilham da mesma realidade local. Portanto, a interação ocorre a cada dia de trabalho, na medida em que esse profissional consegue consolidar seu espaço na equipe de saúde e na comunidade⁹.

Faz-se necessário um maior envolvimento dos cirurgiões-dentistas na capacitação/atualização/formação de todos os integrantes das ESF, principalmente do ACS, para que haja melhor e maior aproveitamento desses multiplicadores em potencial, além de investimento na educação permanente das equipes de saúde da família, para que a formação contínua do profissional seja uma realidade, respondendo às necessidades do serviço³⁶.

Há ainda um longo caminho a ser percorrido até a efetivação da integralidade no modelo assistencial, que, não estando pronto, carece de estudos tanto a partir dos próprios trabalhadores quanto dos meios acadêmicos, para que a proposição do trabalho em equipe saia do plano teórico das intenções, superando as dimensões concretas das práticas de saúde baseadas apenas em um espaço de trabalho realizado por um grupo de agentes.

Quanto às limitações deste estudo, tem-se que seu desenho transversal não permite o estabelecimento de relação causa e efeito entre as variáveis, no entanto permitiu uma análise importante sobre o conhecimento em saúde bucal dos ACS, o que deve ser levado em consideração nas futuras ações realizadas pela X Gerência de Saúde do estado do Pernambuco, possibilitado que os ACS ampliem seus conhecimentos para a identificação dos problemas dos usuários, permitindo adequada orientação, além do encaminhamento correto e oportuno, reduzindo a necessidade de procedimentos invasivos e de urgência nas unidades de saúde.

O nível de conhecimento sobre saúde bucal dos ACS foi satisfatório, embora influenciado negativamente pelo sexo feminino e pela ausência de relato da fonte de aquisição de informações sobre saúde bucal.

REFERÊNCIAS

1. Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. <http://dx.doi.org/10.7476/9788575416136>.
2. Vasconcelos M, Cardoso AVL, Abreu MHNG. Os desafios dos Agentes Comunitários de Saúde em relação à saúde bucal em município de pequeno porte. *Arq Odontol*. 2010 abr-jun;46(2):98-104.
3. Koyashiki GA, Alves-Souza RA, Garanhani ML. The work in oral health of the Community Health Agent in Family Health Units. *Cien Saude Colet*. 2008 jul-ago;13(4):1343-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400032>. PMID:18813635.
4. Frazão P, Marques DSC. Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. *Cien Saude Colet*. 2006;11(1):131-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000100021>.
5. Pires ROM, Lopes Neto F, Lopes JB, Bueno SMV. O conhecimento dos agentes comunitários sobre saúde bucal: uma respectiva sobre deficiências em educação em saúde no PSF. *Cien Cuid Saúde*. 2007 jul-set;6(3):325-34.
6. Holanda AL, Barbosa AA, Brito EW. Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal. *Cien Saude Colet*. 2009 out;14(Supl. 1):1507-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800024>. PMID:19750360.
7. Mialhe FL, Lefèvre F, Lefèvre AM. Community health agents and their educational practices in oral health: a qualitative/quantitative evaluation. *Cien Saude Colet*. 2011 nov;16(11):4425-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200015>. PMID:22124823.
8. Mockdeci HR, Souza TS, Rodrigues CM, Leite ICG. Capacitação em saúde bucal de Agentes Comunitários da cidade de Juiz de Fora-MG. *HU Rev*. 2013 jul-dez;39(3-4):45-52.
9. Martins RJ, Moimaz SAS, Garbin AJ, Gonçalves PRV, Garbin CAS. Relação entre a inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e o nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(33):343-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(33\)767](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(33)767).
10. Gouvêa GR, Silva MA, Pereira AC, Mialhe FL, Cortellazzi KL, Guerra LM. Evaluation of knowledge of Oral Health of Community Health Agents connected with the Family Health Strategy. *Cien Saude Colet*. 2015 abr;20(4):1185-97. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.00682014>. PMID:25923629.

11. Terreri ALM, Lima DP, Portinho D, Baltazar MMM, Berti M. Agentes Comunitários de Saúde: perspectivas, atividades preventivas e vigilância em saúde bucal da criança. *Arch Health Invest.* 2017;6(5):225-30. <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v6i5.2062>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União, Brasília*, 24 de outubro de 2011.
13. Terreri ALM, Baltazar MMM, Berti M, Portinho D, Lima DP. Atuação dos cirurgiões-dentistas na capacitação e desenvolvimento de ações de saúde bucal pelo agente comunitário. *Arch Health Invest.* 2018;7(8):305-11. <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v7i8.3115>.
14. Santana TB, Azevedo BDS, Maia ACDSA. Fatores associados ao conhecimento de agentes comunitários de saúde em relação à saúde bucal. *Cad Saude Colet.* 2018;26(3):292-7. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201800030420>.
15. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saude Publica.* 2002;18(6):1639-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000600018>. PMID:12488891.
16. Bortoli FR, Moureira MA, Kovaleski DF. Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde em relação à saúde bucal. *Saúde Transform Soc.* 2017;8(2):96-102.
17. Bombarda-Nunes FF, Miotto MHMB, Barcellos LA. Autopercepção de Saúde Bucal do Agente Comunitário de Saúde de Vitória, ES, Brasil. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr.* 2008 Jan-Apr;8(1):7-14.
18. Nóbrega WFS, Silva GCB, Oliveira AMG, Barbosa DV, Soares RSC, Cavalcanti AL. The community health agent as a multiplier of knowledge in oral health: a systematic review of literature. *Arch Health Invest.* 2017;6(10):468-72.
19. Frazão P, Marques D. Effectiveness of a community health worker program on oral health promotion. *Rev Saude Publica.* 2009 jun;43(3):463-71. PMID:19330198.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
21. Bianco LC. Avaliação de conhecimento em saúde bucal de agentes comunitários de saúde (ACS) e usuários do SUS de Porto Velho [dissertação]. Taubaté: Universidade de Taubaté; 2010.
22. Oliveira LKD, Ozelame SB, Dalceglio S, Philippi CK, Bueno RN, Bottan ER. Agente comunitário de saúde e a prevenção do câncer bucal. *Rev Salusvita.* 2012;31(2):141-51.
23. Edwards P, Roberts I, Clarke M, DiGuseppi C, Pratap S, Wentz R, et al. Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *BMJ.* 2002 maio;324(7347):1183. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7347.1183>. PMID:12016181.
24. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 4. ed. São Paulo: Atlas; 1999. 282 p.
25. Moura MS, Carvalho CJ, Amorim JT, Marques MF, Moura LF, Mendes RF. Profile and procedures of the community health agents regarding oral health in the countryside of Piauí State, Brazil. *Cien Saude Colet.* 2010 jun;15(Supl. 1):1487-95. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700061>. PMID:20640311.
26. Pedraza DF, Santos I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. *Interações.* 2017;18(3):97-105. <http://dx.doi.org/10.20435/inter.v18i3.1507>.
27. Campos L, Reiser LM, Bottan ER, Silveira EG. Conhecimento e atitudes sobre saúde bucal: estudo com agentes comunitários de saúde de Itajaí (SC). *Rev Fac Odontol Lins.* 2015;25(1):11-6. <http://dx.doi.org/10.15600/2238-1236/fo.v25n1p11-16>.
28. Silveira EG, Gislon LC, Reiser LM, Ozelame MB, Lanau CG, Bueno R. Conhecimento e atitudes de agentes comunitários de saúde sobre saúde bucal. *Rev Saúde Com.* 2015;11(3):243-51.
29. Nascimento VF, Terças ACP, Hattori TY, Graça BCG, Cabral JF, Gleriano JS, et al. Dificuldades apontadas pelo agente comunitário de saúde na realização do seu trabalho. *Saúde.* 2017;43(1):60-9. <http://dx.doi.org/10.5902/2236583423119>.
30. Garcia ACP, Lima RCD, Galavote HS, Coelho ANS, Vieira ECL, Silva RC, et al. Análise do conhecimento dos agentes comunitários sobre saúde bucal. *Rev Eletrônica Acervo Saúde.* 2017;(Supl. 5):S455-60.
31. Freitas LM, Coriolano-Marinus MWL, Lima LS, Ruiz-Moreno L. Formação dos agentes comunitários de saúde no município de Altamira (PA), Brasil. *ABCS Health Sci.* 2015;40(3):171-7. <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v40i3.791>.

32. Galavote HS, Prado TND, Maciel ELN, Lima RCD. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). *Cien Saude Colet.* 2011;16(1):231-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100026>. PMID:21180831.
33. Saliba NA, Garbin CAS, Silva FSJFB, Prado RL. Agente comunitário de saúde: perfil e protagonismo na consolidação da atenção primária à saúde. *Cad Saude Colet.* 2011;19(3):318-26.
34. Pimentel FC, Albuquerque PC, Martelli PL, Acioli RML, Souza WV. Análise dos indicadores de saúde bucal do Estado de Pernambuco: desempenho dos municípios segundo porte populacional, população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica e proporção na Estratégia Saúde da Família. *Cad Saude Colet.* 2014;22(1):54-61. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400010009>.
35. Rodrigues AAAO, Fonsêca GS, Siqueira DVS, Assis MMAA, Nascimento MAA. Práticas da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família e a construção (des) construção da integralidade em Feira de Santana – BA. *Rev APS.* 2010;13(4):476-85.
36. Reis WG, Scherer MDA, Carcereri DL. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. *Saúde Debate.* 2015;39(104):56-64. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040608>.