

Perfil e práticas de saúde bucal do agente comunitário de saúde em municípios piauienses de pequeno porte

Profile and procedures of the community health agents regarding oral health in the countryside of Piauí State, Brazil

Marcoeli Silva de Moura¹

Claro José de Carvalho²

José Tadeu Cavalcante de Amorim²

Maurílio Francisco Soares Siqueira Marques²

Lúcia de Fátima Almeida de Deus Moura¹

Regina Ferraz Mendes³

Abstract *The aim of this survey was to draw the demographic profile and the actions concerning oral health carried out by the communitarian agents of health, in small towns of Piauí State, Brazil. Four towns were chosen: Água Branca, Piracuruca, Queimada Nova e Simões. The method used was observational descriptive cross-sectional. One hundred and nine agents were assessed through questionnaires, with 28 multiples choice questions. Data was analyzed in Excel. It was possible to conclude that: the communitarian agents on the countryside of Piauí are predominantly females, married, age between 20-39, with one to three children, nine years of formal education, monthly income of one minimum salary, and has been living in their community for 24 years in average; the large majority of the agents has not received specific qualification to carry out their job, has not attended lectures on oral health, although almost half of them works on activities related to oral health, despite not registering them properly; they perceive themselves as having a fair knowledge of oral health, which coincided with the assessment collected by the questionnaire.*

Key words *Communitarian agents of health, Oral health promotion, Family Health Program, Unified Health System*

Resumo *O objetivo desta pesquisa foi traçar o perfil demográfico e práticas de saúde bucal do ACS, em cidades de pequeno porte do Estado do Piauí. Foram selecionados quatro municípios: Água Branca, Piracuruca, Queimada Nova e Simões. O método utilizado foi o transversal observacional descritivo. Foram aplicados questionários a 109 ACS, constituídos de 28 perguntas fechadas. Os dados foram transferidos para planilha do programa Excel, tabulados e analisados. Pelos dados obtidos, foi possível concluir que: (1) o agente comunitário de saúde do interior do Piauí é predominantemente do sexo feminino, casado, com idade entre 20-39 anos, tem em média de um a três filhos, com grau de escolaridade médio acima de nove anos, renda de um salário mínimo, residindo em média há 24 anos na comunidade; (2) a grande maioria dos ACS não foi capacitada, não assistiu palestras educativas sobre saúde bucal; entretanto, quase a metade realiza atividades em saúde bucal, mas não as registra; (3) a auto-percepção sobre o conhecimento em saúde bucal pelos ACS predominou entre conceitos regular e bom, o que coincidiu com o percentual de acertos ao questionário aplicado.*

Palavras-chave *Agente comunitário de saúde, Promoção de saúde bucal, Programa Saúde da Família, SUS*

¹ Departamento de Patologia e Clínica Odontológica, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí. Campus da Ininga. 64049-550 Teresina PI. marcoeli-moura@uol.com.br

² Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Piauí.

³ Departamento de Odontologia Restauradora, Universidade Federal do Piauí.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado pela constituição de 1988, determinou mudanças significativas e decisivas no modelo de atenção à saúde exercido até então. Práticas de prevenção e promoção de saúde, baseadas em atividades prioritariamente coletivas, substituiriam aquelas centradas no modelo de caráter curativo, na medicalização e hospitalares.

A criação do SUS foi uma conquista de profissionais de saúde aliados à sociedade civil organizada e poder público, em defesa de saúde com qualidade para a população brasileira. Esse sistema, com seus princípios de equidade e participação popular, é um modelo democrático que deve ser aperfeiçoado e defendido.

Neste contexto, um profissional assume um papel de destaque - o agente comunitário de saúde (ACS). Em 1991, o Ministério da Saúde criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), uma das primeiras estratégias para a reorganização da atenção à saúde, como medida de enfrentamento aos graves índices de morbimortalidade materna e infantil, visando contribuir para uma melhor qualidade de vida, investindo maciçamente na educação em saúde^{1,2}. O ACS tem um papel fundamental na orientação das famílias, no encaminhamento dos problemas, pois é o elemento da equipe que realiza vigilância à saúde, elo entre as famílias, comunidades e a Unidade de Saúde³. Ao percorrer as casas para cadastrar as famílias e identificar os seus problemas de saúde, os ACS contribuem para que os serviços possam oferecer uma assistência mais voltada para a família, de acordo com a realidade e os problemas de cada comunidade^{2,4}.

No Piauí, o PACS foi implantado, neste mesmo ano, em 46 municípios, 38,6% dos municípios existentes no período (119), com 1.306 ACS⁵.

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, foi fundamental para a organização da atenção básica, no primeiro nível de atenção à saúde. É uma estratégia do SUS que deve estar em consonância com seus princípios e diretrizes. O território, a população adstrita, o trabalho em equipe, a intersetorialidade constituem eixos fundamentais de sua concepção e as visitas domiciliares, uma de suas principais estratégias, objetivam ampliar o acesso a serviços e criar vínculos com a população⁴.

A Estratégia de Saúde da Família deixou de ser vista como um simples programa e passou a

ser considerada como reorientadora e estruturante da organização do SUS a partir de 1997, através da Portaria nº 1.886/GM/MS. Atualmente, é formada pelos dois programas anteriormente descritos - PACS e PSF⁶.

Em 10 de julho de 2002, foi criada a profissão de Agente Comunitário de Saúde (Lei nº 10.507). Cabe destacar na lei que as ações dos ACS dar-se-ão exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), realizando atividades de prevenção de doença e promoção da saúde nos domicílios e espaços comunitários (Art. 1º). Como requisitos, o agente de saúde terá que residir na área da comunidade, ter concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para sua formação e cursado o ensino fundamental (Art. 3º)⁷.

Em 2001, foi publicada a Portaria nº 267, com o objetivo de ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal, incluindo-as no conjunto de atividades desenvolvidas pelo Programa Saúde da Família, respeitando os seus princípios organizativos e operacionais⁸. Atualmente, o PSF está implantado nos 223 municípios do estado do Piauí, com 1.002 equipes de saúde da família (ESF), 774 equipes de saúde bucal (ESB) e 6.296 ACS⁵.

Para a saúde bucal, esta nova forma de se fazer ações cotidianas representa ao mesmo tempo um avanço significativo e um grande desafio. Obteviram-se ganhos no campo do trabalho em equipe, melhorias nas relações com o usuário, incrementos nas medidas de caráter coletivo e modificações da gestão, implicando uma nova forma de se produzir cuidado em saúde bucal⁹.

Um dos grandes desafios da odontologia na atualidade, que historicamente construiu suas práticas individualizadas e centradas na figura dos cirurgiões-dentistas, é deslocar o foco da atenção centrada na doença para a formulação de estratégias pautadas na promoção da saúde, que busquem dar respostas adequadas à demanda nas situações de agravo, aliada a uma definição de prioridades e de organização para esta demanda com ênfase na abordagem integral dos usuários, tornando-os sujeitos das ações de saúde⁹.

A saúde bucal, parte integrante da saúde geral dos indivíduos, configura-se de primordial relevância para que os agentes de saúde dominem seus conhecimentos básicos visando à promoção, prevenção e recuperação na microárea de atuação. Este trabalho teve por objetivo analisar o perfil demográfico e práticas de saúde bucal desenvolvidas por agentes comunitários de saúde (ACS) em municípios piauienses de pequeno porte.

Material e método

O método utilizado foi o transversal observacional descritivo. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, seguindo os preceitos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e os ACS que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido previamente ao preenchimento do questionário.

A pesquisa foi realizada no interior do Estado do Piauí, nos municípios de Água Branca, Piracuruca, Queimada-Nova, e Simões, perfazendo um total de 109 agentes de saúde/17 equipes de saúde bucal (16/6, 43/6 20/1 e 30/4, respectivamente), analisando-se individualmente cada ACS, no período de fevereiro a maio de 2006.

Foi realizado, primeiramente, um pré-teste para adequação do instrumento de coleta de dados utilizado, aferição das dificuldades encontradas e capacitação dos pesquisadores envolvidos no projeto. Uma parte da amostra (10% do total dos ACS) participou de um teste piloto com a finalidade de verificar o grau de dificuldade e entendimento em relação às perguntas fechadas do questionário, conservando ou alterando-as, como forma de adequação.

O questionário foi constituído de 28 perguntas fechadas, contendo, na primeira parte, questões sobre o perfil dos ACS, visitas domiciliares e sua periodicidade, quais as orientações que estão sendo repassadas para melhorar a saúde bucal da comunidade e, na segunda, foram testados os conhecimentos a respeito da saúde bucal. Nessa parte, foi elaborado um questionário contendo dez questões de múltipla escolha, abordando assuntos básicos de saúde bucal que deveriam fazer parte do cotidiano do ACS. Cada questão poderia ter mais de uma alternativa correta, totalizando 26 acertos. Para tabular os dados, inicialmente foram somadas as respostas corretas e o conhecimento em saúde bucal categorizado entre ruim (um a seis acertos), regular (sete a treze acertos), bom (catorze a dezenove acertos) e ótimo (vinte a 26 acertos).

Os dados foram transferidos para planilha em Excel®, tabulados e analisados.

Resultados

Os resultados estão dispostos nas tabelas 1 a 4.

Tabela 1. Perfil da população avaliada. UFPI, 2006.

Característica	Frequência	%
Gênero		
Masculino	20	18,3
Feminino	89	81,7
Idade		
< 20 anos	1	0,92
20-29 anos	31	8,44
30-39 anos	52	7,71
40-49 anos	16	4,7
mais de 50 anos	9	8,3
Estado civil		
Casado	66	60,6
Solteiro	35	32,1
Divorciado	1	0,9
Viúvo	2	1,8
Outros	5	4,6
Número de filhos		
0	24	22
1	22	20,2
2	26	23,9
3	15	13,7
4	9	8,3
5	5	4,6
6 - 8	8	7,3
Anos de estudo formal		
Abaixo de 8 anos de estudo formal	20	18,3
1-4 anos	13	11,9
5-8 anos	21	19,3
9-11 anos	49	45
mais de 12 anos	26	23,8
Renda familiar		
< 1 SM	13	11,9
1 SM	79	72,5
1-3 SM	10	9,2
mais de 3 SM	3	2,7
Não respondeu	4	3,7
Tempo que reside na comunidade		
Variação de 1 a 59 anos		
Média - 24, 6 anos		
Tempo que atua como ACS		
1-2 anos	9	8,3
3-4 anos	1	0,95
5-7 anos	57	2,3
8-10 anos	10	9,2
mais de 10 anos	27	24,8
Não respondeu	5	4,5
Número de visitas diárias		
Variação - 4 a 20		
Média - 8,7		
Número de famílias pelas quais é responsável		
Variação - 15 a 290 famílias		
Média - 111,6 famílias		

Fonte: Pesquisa direta.

Os agentes comunitários de saúde avaliados são, em sua maioria, do sexo feminino, entre 20-39 anos, casados, possuem de um a três filhos, com grau de escolaridade exigido pela Lei nº 10.507/2002, renda de um salário mínimo, residindo em média 24 anos na comunidade, realizam em média oito visitas diárias e assistem em média 111,6 famílias.

A maioria dos agentes de saúde não foi capacitada, nem assistiu palestras educativas sobre saúde bucal; entretanto, quase a metade dos entrevistados realiza atividades em saúde bucal, embora não as registre em mapas de produtividade.

A autopercepção sobre o conhecimento em saúde bucal pelos ACS predominou entre conceitos regular e bom, coincidindo com o percentual de acertos ao questionário.

Quase a totalidade da amostra demonstrou ter dificuldades em desempenhar funções relativas a orientações sobre saúde bucal na comunidade, apesar de considerar a função como parte de suas atribuições.

Discussão

Os ACS são os membros da equipe de saúde que atuam em maior proximidade com a comunidade e desempenham relevante papel como veículo multiplicador de conhecimentos e informações, medindo o saber popular e o técnico-científico¹⁰. Em face de sua ligação com a comunidade onde atua, o ACS imprime novas cores ao fazer saúde e, em especial, ao fazer saúde pública e coletiva¹¹.

A visita domiciliar, realizada pelo ACS, possibilita a descoberta de causas “distais” (saneamento, educação, moradia, trabalho, nutrição, lazer, etc.) nas cadeias do processo saúde-doença que influenciam na saúde bucal dos indivíduos, em virtude de permitir a visualização de fatores sociais e familiares no âmbito e contexto vivido pelos usuários¹².

Os ACS que atuam em alguns municípios de pequeno porte no Estado do Piauí, avaliados neste estudo, apresentaram-se predominantemente do gênero feminino, faixa etária entre 20 e 39 anos, casados, tendo em média de um a três filhos (Tabela 1), dados esses que coincidem com o perfil encontrado em outras localidades brasileiras^{3,13,14}. Essas características apresentam-se favoráveis para o desenvolvimento das atividades realizadas, uma vez que, fazendo parte de uma estrutura familiar e, em sua maioria mulheres, têm maior sensibilidade para entender e lidar com os problemas da comunidade, por serem consideradas “cuidadoras” na sociedade.

Acredita-se que os agentes comunitários de saúde com mais idade tendem a conhecer melhor a comunidade, ter mais vínculos e laços de amizade, porém podem ter algumas inimizades ou conflitos com outros moradores. Eles também têm seus próprios conceitos sobre o processo saúde-doença, advindos de experiências próprias ou alheias, podendo ser mais resistentes a novos conceitos relacionados à promoção da saúde em sua comunidade. Por outro lado, os agentes mais jovens não conhecem tão bem a comunidade, seu envolvimento pode ser menor; entretanto, poderão não ter inimizades, seus conceitos de saúde e doença poderão não ser muito arraigados, estando mais abertos às mudanças e às novidades¹⁴.

Em 1989, Giffin e Shiraiwa¹⁵ descreveram a implantação de um trabalho de atenção primária à saúde em favelas do Rio de Janeiro, no qual os agentes de saúde das comunidades atendidas trabalhavam dentro de um modelo operacional que incluía visitas domiciliares contínuas às famílias e trabalho em grupos de mulheres e gestantes. Nessa

Tabela 2. Capacitação e atividades em saúde bucal realizadas. UFPI, 2006.

	Frequência	%
Capacitação para o Programa de Saúde Bucal		
Sim	22	20,2
Não	87	79,8
Assistiu palestra educativa sobre saúde bucal		
Sim	44	40,45
Não	65	59,6
Realiza atividade de saúde bucal		
Sim	50	45,9
Não	59	54,1
Quais atividades realiza na comunidade		
Não realiza	59	54,1
Educação em saúde bucal	26	23,8
Orientação para bebês	43	39,4
Orientação para gestantes	44	40,4
Escovação supervisionada	16	14,7
Aplicação de flúor	14	12,8
Faz registro das atividades		
Sim	10	9,2
Não	99	90,8

Fonte: Pesquisa direta.

Tabela 3. Conhecimento em saúde bucal do ACS. UFPI, 2006.

	Frequência	%
Como considera o seu conhecimento sobre saúde bucal		
Ruim	13	11,9
Regular	52	47,7
Bom	40	36,7
Ótimo	4	3,7
Total de acertos relacionados ao conteúdo do questionário sobre saúde bucal		
1-6 – Ruim	0	0
7-13 – Regular	39	35,8
14-19 – Bom	55	50,4
20-26 – Ótimo	15	13,8
O que causa cárie dentária		
Respostas corretas	39	35,8
Respostas que incluíam hereditariedade; dentes fracos e uso de antibiótico	70	64,2
Gestante pode receber atendimento odontológico?		
Sim	102	93,6
Não	3	2,7
Não sabe	4	3,7
Higiene bucal de bebês		
Respostas corretas	96	88,1
Primeira visita do bebê ao dentista		
Primeiro ano	71	65,2
De 1 a 2 anos	21	19,3
Depois de 2 anos	14	12,8
Não sabe	3	2,7
Cuidados com alimentação bebê		
Resposta integralmente correta	13	11,9
Combinações de respostas corretas	96	88,1
Placa bacteriana		
Resposta integralmente correta	20	18,3
Combinações de respostas corretas	89	81,7
Cuidados com as escovas dentais		
Resposta integralmente correta	28	25,7
Combinações de respostas corretas	81	74,3
Sangramento gengival		
Respostas corretas	105	96,3
Respostas que incluíam “deixar de escovar quando há sangramento gengival”	4	3,7
Cuidados com as próteses		
Respostas corretas	84	77,1
Respostas que incluíam “limpar com água fervente”	25	22,9
Fatores pré-cancerígenos		
Respostas corretas	2	1,8
Respostas que incluíam próteses mal adaptadas / câmaras de sucção; raízes residuais e fatores irritativos	107	98,2

Fonte: Pesquisa direta.

proposta precursora do PACS, os agentes eram as próprias mães das favelas, pois possuíam a experiência vivida de criação de filhos, nas condições em que a clientela se encontrava.

A profissão agente comunitário de saúde foi criada no Brasil em 1991 e regulamentada por lei

em 2002⁷. Para exercer a função, é necessário que o indivíduo tenha ensino fundamental completo. Os resultados apresentados na Tabela 1 mostram que a maioria dos ACS apresenta nível de escolaridade superior àqueles exigidos pela lei. O estudo formal favorece ao ACS melhor capaci-

Tabela 4. Dificuldade para o trabalho em saúde bucal. UFPI, 2006.

	Frequência	%
Há dificuldade para se trabalhar saúde bucal na comunidade?		
Muita	44	40,4
Mais ou menos	45	41,3
Pouca	14	12,8
Nenhuma	4	3,7
Não sei	2	1,8
A educação em saúde bucal faz parte das atribuições do ACS?		
Sim	10	99,1
Não	81	0,9

Fonte: Pesquisa direta.

dade de apreensão e compreensão de novas informações e conhecimentos, situações que os favorecem e os capacitam a repassar estes elementos para as comunidades e a entender que o processo de educação em saúde deve ser feito de forma gradativa e de acordo com o grau de educação e nível de assimilação da população-alvo.

A renda familiar do ACS encontrada foi muito baixa, com a maioria ganhando até um salário mínimo, caracterizando-o como população de baixa renda e tendo uma inserção econômica muito semelhante à da população por ele assistida¹⁴, demonstrando, ainda, que muitos deles têm um importante papel na sustentação econômica de suas famílias. Esta baixa renda gera um sentimento de desvalorização do seu trabalho, o que, segundo Nunes *et al.*¹⁰, é compartilhado por outros profissionais da equipe. Ressalte-se que a inclusão do ACS no PSF representa, segundo vários relatos, um aumento significativo de trabalho e de responsabilidade, sem que isso seja acompanhado de aumento salarial correspondente¹⁰.

Os ACS avaliados residiam, em média, 24,6 anos na comunidade onde atuam (Tabela 1), fato positivo destacado por Nunes *et al.*¹⁰ e Levy *et al.*¹⁶, por construir uma relação de confiança dos agentes com os moradores. Entretanto, Nunes *et al.*¹⁰ salientam que o fato de ser o ACS um membro da própria comunidade torna as fronteiras entre ele e os outros habitantes muito mais porosas, criando expectativas e julgamentos específicos e definindo posições e papéis muito particulares. Fortes e Spinetti¹⁷ questionam ainda se todas as informações que o ACS recebem dos usuários, em confiança, devem ser repassadas aos ou-

tros integrantes da equipe de saúde, uma vez que o frequente contato com os usuários resulta em que esses costumam revelar aspectos de sua condição de saúde para o agente, muitas vezes associados a atos ilícitos ou moralmente reprováveis, criando um constrangimento ético para o ACS.

Quanto ao tempo de trabalho como ACS, encontrou-se trabalhadores com tempo de atuação considerável no programa, predominando o intervalo entre cinco a sete anos, com enquadramento de 52,3% da amostra, e ainda destaca-se 24,8% que já atuam há mais de dez anos como agente (Tabela 1). O tempo de permanência no programa é importante para o entendimento de seu papel, que é construído em suas práticas cotidianas¹⁴.

A visita domiciliar é uma das principais atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde para o ACS^{1,2}, pois é por meio dela que o agente conhece melhor as necessidades das famílias e, principalmente, desenvolve o trabalho educativo. O ACS avaliado realiza em média 8,7 visitas diárias, com variação de quatro a vinte. O Ministério da Saúde preconiza no mínimo oito visitas diárias, recomendação que na presente amostra foi acatada por 76,1% dos entrevistados. As orientações realizadas nas visitas domiciliares não estão prontas, pois cada casa representa uma realidade que possibilita uma troca de informações.

O ACS é responsável por 750 pessoas de sua comunidade, número esse flexível, pois depende das necessidades locais, devendo visitar cada domicílio pelo menos uma vez por mês². Neste estudo, os ACS são responsáveis por em média 111 famílias, com uma larga variação de quinze a 290, evidenciando realidades bastante diferentes.

Nos quatro municípios estudados, as equipes de saúde bucal são da modalidade I, composta por cirurgião-dentista (CD) e auxiliar de consultório dentário (ACD). Ações de promoção e prevenção individuais e coletivas são desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e comunidade; entretanto, noventa por cento dessas ocorrem nas UBS, em virtude da grande demanda reprimida por assistência à saúde. Aproximadamente, um turno por semana é reservado para atividades coletivas nos espaços sociais e escolas.

A grande maioria dos agentes de saúde (79,8%) não foi capacitada e não assistiu a palestras educativas sobre saúde bucal (59,6%). Apenas em dois dos municípios pesquisados houve uma capacitação com carga horária de vinte horas, porém os mesmos não se sentiam capacitados para informar à população sobre saúde bucal. Tal fato pode ter sido uma consequência

da inserção tardia do cirurgião-dentista (CD) na equipe de saúde da família. Torna-se necessário o treinamento dos ACS para realizarem procedimentos técnicos em saúde bucal, como técnicas de higiene bucal, detecção precoce de cárie, doença periodontal e câncer bucal, entre outros, sob pena de comprometer a qualidade e efetividade das ações desenvolvidas¹⁰.

Embora um grande número de agentes não tenha sido capacitado para desenvolver atividades ligadas à saúde bucal, quase a metade (45,9%) realiza tais atividades, mas não as registra. Apesar de não ter ocorrido um treinamento formal para os ACS, muitos CD integrantes da equipe estão repassando conhecimentos para os agentes que trabalham na sua equipe, fato comprovado pelas atividades realizadas: educação em saúde bucal, orientação para bebês e gestantes, escovação supervisionada e aplicação de flúor (Tabela 2).

Quando interrogados sobre a autopercepção em saúde bucal, a maioria (84,4%) considerou o próprio conhecimento entre regular e bom (Tabela 3). Ao se analisar o total de acertos no questionário de saúde bucal, categorizados de ruim a ótimo, observa-se uma correspondência com os resultados acima citados: 86,2% ficaram classificados entre regular e bom, demonstrando um bom conhecimento básico de saúde bucal. Tais conhecimentos, apesar da maioria não ter recebido treinamento formal, podem ser resultado de saberes técnico-científicos já absorvidos, por diversas maneiras, seja pela presença em palestras, meios de comunicação ou treinamento dentro da própria equipe.

O alto índice de respostas corretas com relação aos conteúdos tratamento odontológico na gravidez, higiene bucal dos bebês, cuidados com a alimentação dos bebês, conhecimento sobre placa bacteriana, cuidados com escovas dentais e conduta no sangramento gengival demonstra um bom conhecimento sobre conceitos básicos de saúde bucal. Todavia, destaca-se um percentual de 35% que desconhece a importância da primeira visita ao bebê ao dentista no primeiro ano de vida¹⁸.

Pôde-se perceber em várias respostas a influência de crenças enraizadas no universo popular, fato esse já relatado por Misrachi e Sáez¹⁹, que enfatizam a presença de valores e crenças nas respostas dos agentes de saúde quando fazem a conexão entre gestação e aumento de lesões de cárie. No presente estudo, 64,2% dos ACS acreditam que a hereditariedade, dentes fracos e uso de antibióticos são fatores predisponentes para a ocorrência da cárie dentária. A utilização de água fer-

vente para limpeza de próteses dentárias foi relatada por 23% dos entrevistados e 98,2% consideram próteses mal adaptadas, câmaras de sucção e raízes residuais como fatores pré-cancerígenos.

Frazão e Marques²⁰ mostraram a influência da capacitação do ACS na percepção de saúde bucal de mulheres e mães. Passados doze meses após o treinamento dos agentes, o estudo captou significativas mudanças nos conhecimentos apresentados, tanto pelo grupo de ACS quanto pelo grupo de mulheres e mães, efeito que pode ser atribuído ao trabalho desse pessoal, realizado por meio de visitas domiciliares.

Analisando-se a Tabela 4, constata-se que, apesar de considerarem haver dificuldades em se trabalhar saúde bucal, os ACS mostram-se abertos a receber novos conhecimentos, pois têm convicção de que a saúde bucal faz parte de suas atribuições, conscientes que podem ser multiplicadores de conhecimentos, peças fundamentais para promover e prevenir as principais doenças bucais, melhorando a qualidade de vida da população. Essa dificuldade alegada pelos ACS pode ser em parte explicada pela observação de Silva e Dalmaso¹³, que relatam a relação do agente com a comunidade, por ser percebido e perceber como conhecedor da população, organizador do acesso ao serviço de saúde, vigilante dos riscos e controlador da aderência aos cuidados propostos pelo médico e enfermeiro, mas tampouco se identificava com as ações de educação em saúde.

Nunes *et al.*¹⁰ relataram a importância dos agentes de saúde em criar estratégias para a implementação de ações educativas para a saúde, propondo mudanças de hábitos e comportamentos (alimentares, higiênicos e outros) que, em muitos casos, encontram, por parte da população, várias formas de resistência.

Os cirurgiões-dentistas integrantes das equipes de saúde devem compreender a importância que os agentes de saúde têm na resolução dos principais problemas da saúde bucal, seja orientando as famílias a realizar uma boa higiene, controle da dieta, evitando a cárie dental e doença periodontal, ou na orientação para a detecção precoce do câncer bucal.

Para a área odontológica, o estímulo ao desenvolvimento de ações de promoção, proteção e educação se faz necessário, bem como a correspondente capacitação profissional, buscando ampliar, por meio do PSF, a conscientização da população quanto a essa importante questão da saúde¹⁶.

Ao conhecer melhor como se processa a relação saúde-doença bucal, os ACS poderão con-

tribuir de modo ainda mais significativo para as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde desenvolvidas em cada ambiente familiar, através de visitas domiciliares, reuniões no posto de saúde com gestantes e idosos, etc. Assim, a possibilidade dessa maior contribuição deve ser fortemente reconhecida e explorada pelos profissionais que integram a Equipe de Saúde Bucal.

Conclusões

O agente comunitário de saúde do interior do Piauí é predominantemente do gênero feminino, casado, com idade entre vinte e 39 anos, tem em

média de um a três filhos, com grau de escolaridade acima de nove anos, renda mensal de um salário mínimo, residindo em média há 24 anos na comunidade.

A grande maioria dos ACS não foi capacitada, não assistiu a palestras educativas sobre saúde bucal; entretanto, quase a metade realiza atividades em saúde bucal, mas não as registra.

A autopercepção sobre o conhecimento em saúde bucal pelos ACS predominou entre os conceitos regular e bom, o que coincidiu com o percentual de acertos ao questionário aplicado.

Quase a totalidade da amostra tem dificuldade para trabalhar saúde bucal na comunidade, apesar de considerá-la parte de suas atribuições.

Colaboradores

MS Moura, CJ Carvalho, JTC Amorim e MFSS Marques participaram de todas as etapas do projeto e elaboração final do trabalho; LFAD Moura e RF Mendes participaram da interpretação dos dados e redação do artigo.

Agradecimentos

Os autores agradecem o apoio das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios avaliados, a colaboração dos agentes comunitários de saúde e de Marlene Damasceno de Moura Fé, aluna do curso de especialização Odontologia em Saúde Coletiva.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. **Normas e diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde, PACS, Portaria 1886/GM. Anexo 1.** Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
2. Brasil. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
3. Bezerra AFB, Espírito Santo ACG, Batista Filho M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Rev. Saude Publica** 2005; 39(5):809-815.
4. Brasil. Ministério da Saúde. **Cadernos da Atenção – Programa Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
5. Centro Estadual de Educação Profissional em Saúde Monsenhor José Luís Barbosa Cortês. **Manual do Curso Técnico de ACS. Coletânea de textos módulo 1 e 2.** Teresina: Centro Estadual de Educação Profissional em Saúde Monsenhor José Luís Barbosa Cortês; 2006.
6. Brasil. Portaria nº 1.886/GM/MS de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União** 1997; 22 dez.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 2002; 11 jul.
8. Pereira AC. **Odontologia em Saúde Coletiva.** Porto Alegre: Artmed; 2003.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
10. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCI. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad Saude Publica** 2002; 18(6):1639-1646.
11. Buchabqui JA, Capp E, Petuco DRS. Convivendo com Agentes de Transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizado em saúde. **Rev Bras Educ Med** 2006; 30(1):32-38.
12. Trad LB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Cien Saude Colet** 2002; 7(3):581-589.
13. Silva JA, Dalmaso ASW. **Agente comunitário de saúde: o ser; o saber; o fazer.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
14. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Cien Saude Colet** 2005; 10(2):346-355.
15. Giffin K, Shiraiwa T. O agente comunitário de saúde pública: a proposta de Manguinhos. **Cad Saude Publica** 1989; 5(1):24-44.
16. Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad Saude Publica** 2004; 20(1):197-203.
17. Fortes PAC, Spinetti SR. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad Saude Publica** 2004; 20(5):1328-1333.
18. Moura LFAD, Lira DMMP, Moura MS, Barros, SSLV, Lopes TSP, Leopoldino VD, Moura MDM. Apresentação do programa preventivo para gestantes e bebês. **J Bras de Odontopediatr Odontol Bebê** 2001; 4(17):10-14.
19. Misrachi CL, Sáez MS. Valores, creencias y practicas populares em relación a la salud oral. **Cuad Méd Soc** 1989; 30(2):27-33.
20. 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):131-144.

Artigo apresentado em 06/08/2007

Aprovado em 14/01/2008

Versão final apresentada em 08/02/2008