



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELLECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401185

DOI: 10.1590/1413-81232015204.00682014

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2015 by Associação Brasileira de Pós - Graduação em Saúde Coletiva. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

Avaliação do conhecimento em saúde bucal de agentes comunitários de saúde vinculados à Estratégia Saúde da Família

Evaluation of knowledge of Oral Health of Community Health Agents connected with the Family Health Strategy

Giovana Renata Gouvêa¹
Marco Antônio Vieira Silva¹
Antônio Carlos Pereira¹
Fábio Luiz Mialhe¹
Karine Laura Cortellazzi¹
Luciane Miranda Guerra¹

Abstract *The aim of this study was to evaluate the knowledge of Community Health Agents (CHA) about the oral health/disease process, and compare the results between those who work in Family Health Teams (FHT), with and without Oral Health Teams (OHT). The participants in this study were 162 subjects, representing 66% of the total number of CHA in the municipality, and 81 of them are connected with Family Health Units (FHU) with OHT, and 81 CHS with FHUs without OHT. Data were collected from October to December 2013, by application of a questionnaire, containing personal and professional data, and 12 validated questions about knowledge of the oral health/disease process. The Mann-Whitney test was applied to verify differences between the groups. Statistically significant differences were verified between the groups of CHA when the total scores of questions about the oral health/disease process were analyzed ($p < 0.0021$). It was concluded that knowledge about the oral health/disease process, of the CHAs connected with a FHU with an OHT was better when compared with that of CHAs connected with a FHU without an OHT.*

Key words *Oral health Education, Community Health Agent, Family Health Strategy*

Resumo *O objetivo deste estudo foi avaliar os conhecimentos de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre o processo saúde/doença bucal, comparando resultados entre os que atuam em Equipes de Saúde da Família (ESF), com e sem Equipes de Saúde Bucal (ESB). Participaram do estudo 162 sujeitos, representando 66% do total de ACS do município, sendo 81 deles vinculados à Unidade de Saúde da Família (USF) com ESB, e 81 ACS à USF sem ESB. Os dados foram coletados de outubro a dezembro de 2013, por meio da aplicação de um questionário contendo dados pessoais, profissionais e 12 questões validadas sobre conhecimentos do processo saúde-doença bucal. Foi aplicado o teste Mann-Whitney para verificar diferenças entre os grupos. Verificou-se que houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de ACS, quando se analisou o total de escores das questões sobre o processo saúde-doença bucal ($p < 0,0021$). Conclui-se que os conhecimentos sobre processo saúde/doença bucal dos ACS vinculados à USF com ESB são melhores quando comparado aos ACS vinculados à USF sem ESB.*
Palavras-chave *Educação em saúde bucal, Agente comunitário de saúde, Estratégia saúde da família*

¹ Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas. Av. Limeira 901, Areão. 13414-903 Piracicaba São Paulo Brasil. gigouvea@hotmail.com

Introdução

No Brasil, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) participa ativamente da organização da atenção à saúde familiar em nível da atenção básica, ao realizar o cadastro das famílias e as visitas mensais de acompanhamento das mesmas e de indivíduos e/ou grupos prioritários¹. Também tem importante papel na divulgação de informações sobre saúde bucal, devendo ser orientado pela referida Equipe². Esse profissional se encontra inserido em sistemas de saúde de diferentes partes do mundo, como nos Estados Unidos da América³, Quênia⁴, Bangladesh⁵, Reino Unido⁶, África do Sul⁷, Brasil⁸, entre outros.

Na visão de parte dos gestores e prestadores de serviços, o ACS tem como tarefa central o simples repasse de orientações informais sobre a saúde da população que visita e, na opinião de muitos usuários desses serviços cabe-lhes, principalmente, facilitar o acesso à Unidade de Saúde da Família⁹. Mas o ACS é peça fundamental na Estratégia de Saúde da Família (ESF), por estar mais próximo dos problemas que afetam a comunidade, por ser o profissional que constrói e fortalece o elo entre a comunidade e a Equipe de Saúde, além de se destacar pela liderança nata e pela facilidade de se comunicar com os membros da comunidade. Por isso, simplificar o seu papel na saúde é, no mínimo, desconhecer o avanço que sua atuação proporcionou ao SUS¹⁰.

A implementação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) trouxe consigo novas abordagens aos ACS, dentre as quais, a compreensão da saúde bucal como componente da saúde em sua expressão mais ampla¹¹. Contudo, é importante discutir que uma maior valorização dada às ações promocionais nos espaços clínicos e coletivos poderia, também, ser delegada aos ACS e multiplicadores devidamente qualificados, profissionais que integram as Equipes de Saúde da Família¹².

Assim, o ACS apresenta um papel fundamental no processo de educação em saúde bucal, em virtude da atuação prioritariamente no campo, podendo se antecipar à demanda espontânea¹³. A presença de cirurgiões dentistas nas Unidades de Saúde da Família (USF) pode trazer novos horizontes e maior segurança ao trabalho do ACS, bastando para isso que o conceito de interdisciplinaridade conduza o processo de trabalho da equipe¹⁴.

Para Santos¹⁵, desmonopolizar o conhecimento odontológico, levando-o até os lares das famílias, contribui para aumentar a autonomia da população e sua corresponsabilidade pela preservação e promoção das condições de saúde

bucal, em um processo de articulação desta com a saúde geral das pessoas.

Em razão disso, o domínio dos conhecimentos em saúde bucal pelos ACS, quando compatível com sua formação e o alcance de suas funções, apresenta grande relevância social, na medida em que sua atuação permite a adoção de medidas educativas que beneficiam um número maior de pessoas em tempo relativamente curto. É importante considerar também, que o fato de pertencer à comunidade onde exerce suas atividades permite ao ACS condições para entender o conjunto de crenças e conceitos predominantes na mesma, muitos deles não condizentes com o conhecimento científico¹³.

As equipes de saúde ainda desenvolvem Educação em Saúde de forma majoritariamente biologicista, mecânica e acrílica, a despeito da reorientação metodológica e teórica recente¹⁶.

Dentre as atribuições comuns a todos os profissionais de Equipe de Saúde da Família estão realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações, bem como realizar ações de educação em saúde à população adscrita, conforme o planejamento da equipe¹. As atribuições do cirurgião-dentista, além daquelas do âmbito clínico, são coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais, acompanhando, apoiando e desenvolvendo atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando, assim, aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar².

Apesar da inexistência de estudos prévios a respeito do conhecimento do ACS, sobre o processo saúde-doença e presença de equipe de saúde bucal, há dados que fundamentam a interferência do dentista e seus auxiliares no trabalho dos ACS. Frazão e Marques¹⁴ observaram mudanças positivas na percepção em relação a aspectos de saúde bucal, na autoconfiança e no acesso e uso de serviços por parte de ACS submetidos a capacitação junto a equipe de saúde bucal.

Por outro lado, a formação original do ACS, vinculada inicialmente às categorias de enfermagem e médica, contribui para o distanciamento de relações entre dentistas e ACS, mesmo quando vinculados à mesma ESF, podendo comprometer a formação e dificultando a realização de ações de saúde bucal entre estes, o que as torna menos efetivas¹⁷.

Tendo em vista a importância da capacitação em Saúde Bucal do ACS pelo Cirurgião-Dentista, e ausência de trabalhos comparando os conhe-

cimentos de ACS vinculados à ESF com e sem Equipe de Saúde Bucal, o objetivo do presente estudo foi avaliar o conhecimento sobre o processo saúde-doença bucal dos ACS de Piracicaba/SP e comparar os resultados dos ACS que atuam com e sem ESB.

Nessa perspectiva, o presente estudo incrementa o atual estado da arte da educação em saúde bucal, na medida em que, ao revelar fatores que podem impactar na efetividade das capacitações dos ACS, permite a otimização de processos pedagógicos e educacionais coerentes com a realidade, o perfil e o contexto desses profissionais.

Material e métodos

O presente estudo, de caráter quantitativo foi realizado no município de Piracicaba, distante 165 km da capital São Paulo, com uma área territorial total de 1.370 km² e população estimada em 385 287 habitantes, concentrando-se 95% na área urbana¹⁸.

A pesquisa teve início somente após anuência da Secretaria Municipal de Saúde e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade de Campinas.

Através do Sistema de Informação ao Cidadão de Piracicaba verificou-se, que havia, no período da pesquisa, 245 Agentes Comunitários de Saúde ativos no município. Todos foram abordados pela pesquisa, mas como alguns ACS, no período de coleta, estavam de férias, licença saúde, licença maternidade, ou não tiveram interesse em participar da pesquisa, a amostra censitária foi composta por 162 ACS, representando 66% desta população. A amostra foi separada em 2 grupos, sendo o grupo 1 composto por 81 ACS provenientes de 17 Unidades de Saúde da Família sem Equipe de Saúde Bucal, e o grupo 2 com 81 ACS provenientes de 20 Unidades de Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal, computando um total de 37 USF das 46 existentes do município.

Os critérios de inclusão do ACS no estudo foram: ter assinado o TCLE e ser Agente Comunitário de Saúde efetivamente contratado.

As variáveis do estudo foram gênero, idade, escolaridade, tempo que reside do bairro, renda familiar, tempo de função como ACS e o conhecimento sobre o processo saúde-doença bucal.

Os dados foram coletados por meio de questionário semiestruturado e por um único pesqui-

sador, entre o período de outubro a dezembro de 2013. A aplicação do questionário ocorreu nas USF durante as reuniões de equipe semanais realizadas como rotina de gestão.

Quando não foi possível, optou-se como segunda estratégia pela ligação prévia e o agendamento em dias e horários que não interferissem no processo de trabalho dos ACS.

O questionário continha questões sobre características pessoais, condições socioeconômicas dos sujeitos da pesquisa, e doze questões validadas sobre conhecimentos do processo saúde-doença bucal¹⁴. Foram atribuídos valores diferenciados a cada resposta, como utilizado no estudo de Bianco¹³, adotando como critério os princípios de beneficência e da não maleficência, utilizado no âmbito do paradigma principialista da bioética¹⁹.

Segundo Bianco¹³ são consideradas sem escore (valor zero) as respostas que, caso selecionadas, pudessem suscitar comportamentos que não melhoram em nada as condições de saúde bucal de uma pessoa ou quando essas respostas indicam que o indivíduo poderá usar o seu conhecimento para adotar procedimentos que, de alguma forma, podem trazer prejuízos à sua condição de saúde bucal.

O Quadro 1 apresenta os resultados referentes às questões do formulário de pesquisa original com respectivos escores, que consistia em 12 questões com uma variação de quatro a seis alternativas de respostas, cujo valor do escore atribuído era de 0 a 5, seguindo os critérios já citados. O escore máximo na soma das doze questões foi de 41 e o mínimo de 0.

Desse modo, pretendeu-se apresentar ao respondente um conjunto de opções de respostas para que ele escolhesse a que melhor representasse sua situação ou percepção de saúde bucal²⁰.

Os dados foram transcritos dos questionários para o programa Microsoft Excel 7.0. Para análise estatística dos resultados foi utilizado o programa BioEstat 5.0. Realizou-se, inicialmente, análise descritiva dos dados, por meio de frequências absolutas e relativas.

Para avaliação da significância estatística das diferenças dos escores que foram obtidos pelos indivíduos da amostra de ACS do Grupo 1 em comparação com a amostra de ACS do Grupo 2, foi aplicado o teste Mann-Whitney para duas amostras independentes, considerando o nível de significância de 5%.

Quadro 1. Valor atribuído às respostas para cada questão do formulário de pesquisa.

| | Alternativas de resposta | Valor atribuído |
|---|--|----------------------------|
| Na sua percepção, em relação aos dentes de leite, qual opção você considera certa? | a. por serem dentes temporários, não necessitam de cuidados b. guiam a erupção ou o “nascimento” dos dentes permanentes c. surgem na boca quando a mãe para de amamentar o bebê d. são dentes que caem facilmente porque não têm raízes e. não sabe / não informou | 0 2 0 1 0 |
| Desde o nascimento até a idade adulta, quantas são as trocas de dentes? | a. Uma b. Duas c. três, incluindo o dente do siso d. não sabe/não informou | 3 2 1 0 |
| Em sua opinião, em que idade começa a nascerem os primeiros dentes permanentes? | a. por volta dos 6 meses a 1 ano b. de 2 a 3 anos c. de 5 a 6 anos d. de 8 a 9 anos e. de 11 a 12 anos | 0 0 2 1 0 |
| Qual a sua percepção em relação à principal causa de uma dentição forte? | a. herança dos pais (nascença) a. tipos de raça b. boa condição financeira c. cuidados com a higiene bucal e alimentação d. não sabe/não informou | 2 3 1 4 0 |
| A cárie é para você uma doença provocada principalmente por: | a. má formação da estrutura dos dentes b. bactérias aderidas aos dentes c. uso constante de antibióticos d. falta de saliva na boca e. ingestão frequente de produtos açucarados f. não sabe/não informou | 1 2 0 3 4 0 |
| Mau hálito na maioria dos casos é causado por: | a. estresse emocional b. uso de medicamentos c. fumo e álcool em excesso d. falta da remoção da placa bacteriana que se acumula nos dentes e na língua e. alimentos açucarados e gordurosos f. não sabe/não informou | 2 1 4 5 3 0 |
| Você acha que o sangramento da gengiva é: | a. normal e sempre ocorre com a escovação b. o maior causador de cárie dental c. uma infecção que atinge o nervo do dente d. o primeiro sinal de uma doença gengival e. não sabe/não informou | 0 2 1 3 0 |
| Para se evitar a gengivite é preciso realizar os procedimentos de higiene bucal, utilizando corretamente: | a. apenas escova dental b. escova dental e pastas com flúor c. escova e fio dental d. líquidos especiais para bochechos e soluções de flúor e. não sabe/não informou | 2 3 4 1 0 |

continua

Quadro 1. continuação

| | Alternativas de resposta | Valor atribuído |
|---|---|-----------------------|
| Em sua opinião, indique a alternativa que pode levar o dente a precisar de tratamento de canal: | a. lesão de cárie não tratada b. excesso de flúor c. uso de dentadura quebrada d. ponte móvel mal adaptada e. não sabe/não respondeu | 4 1 2 3 0 |
| Durante a gravidez, você acha que o tratamento dentário deve ser: | a. preventivo e periódico b. evitado durante toda a gestação c. para os casos de urgência d. não sabe/não respondeu | 2 0 1 0 |
| O flúor é importante: | a. apenas na infância, na época de formação e erupção dos dentes b. na vida adulta c. na terceira idade d. em todas as fases da vida e. não sabe/não informou | 3 2 1 4 0 |
| Na sua percepção, indique a alternativa que cita o fator de risco mais relacionado ao aparecimento do câncer bucal: | a. ingestão de medicamentos b. alimentação rica em sal e açúcar c. excesso de álcool e fumo d. perdas dos dentes permanentes e. não sabe/não informou | 1 2 4 3 0 |

Fonte: Bianco, 2010¹³.

Resultados

Os grupos foram homogêneos em relação às variáveis socioeconômicas ($p > 0,05$). Na Tabela 1 são apresentados os resultados da frequência de ACS por grupo e sua distribuição segundo gênero, idade, escolaridade, tempo de residência no bairro, renda familiar e tempo de função na USF.

Os resultados sobre os conhecimentos do processo saúde-doença bucal demonstraram que os ACS vinculados à USF com Equipe de Saúde Bucal de Piracicaba, apresentavam, no geral, conhecimento mais elevado quando comparados ao grupo de ACS vinculados à USF sem Equipe de Saúde Bucal de Piracicaba. A primeira questão buscou observar a percepção dos ACS com relação à dentição decidua. Os indivíduos da amostra vinculados à USF sem e com ESB obtiveram, respectivamente, escore de 155 e 147, em um escore total possível de 162.

Na comparação feita entre ACS vinculados à USF sem e com ESB, sobre a questão que abordava o número de vezes em que as pessoas trocam

de dentição, os profissionais atingiram um escore de 181 e 199, respectivamente, mas poderiam ter obtido até 243. A questão seguinte abordou a idade em que os dentes permanentes erupcionam. As amostras compostas pelo ACS poderiam ter obtido um escore total de 162. Portanto, o escore atingido no grupo de ACS vinculados à USF sem e com ESB foi, respectivamente, de 117 e 120.

O resultado da questão seguinte, relacionado com a causa principal da cárie, demonstrou diferença estatisticamente significativa entre as duas amostras de ACS (Tabela 2).

No grupo 1, composto por ACS vinculados à USF sem ESB, foi verificado um escore de 210, ou seja, 64,81% do total possível de 324. O grupo 2, composto por ACS vinculados à USF com ESB, foi verificado um escore de 248 (76,54%). Ao teste estatístico verificou-se $p = 0,0149$, ou seja, tal diferença foi estatisticamente significativa.

O conhecimento dos indivíduos das duas amostras de ACS acerca do surgimento do mau hálito também foi abordado no questionário. Podendo atingir um escore total de 405, o grupo de

Tabela 1. Frequência de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e sua distribuição segundo gênero, idade, escolaridade, tempo de residência no bairro, renda familiar e tempo de função na Unidade de Saúde da Família (USF). Piracicaba, 2013.

| Variáveis | Grupo 1 | Grupo 2 | p valor |
|-----------------------------------|---|---|---------|
| | ACS em USF sem Equipe de Saúde Bucal n | ACS em USF com Equipe de Saúde Bucal n | |
| Total | 81 | 81 | |
| Gênero | | | 0,4427 |
| Masculino | 5 (6,2%) | 2 (2,5%) | |
| Feminino | 76 (93,8%) | 79 (97,5%) | |
| Idade | | | 0,1431 |
| Menos de 20 | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | |
| 20-29 anos | 19 (23,4%) | 20 (24,7%) | |
| 30-39 anos | 25 (30,9%) | 37 (45,7%) | |
| 40-49 anos | 22 (27,2%) | 16 (19,7%) | |
| 50 anos ou mais | 15 (18,5%) | 8 (9,9%) | |
| Escolaridade | | | 0,5256 |
| Fundamental Completo | 2 (2,5%) | 0 (0,0%) | |
| Fundamental Incompleto | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | |
| Médio Completo | 52 (64,2%) | 52 (64,2%) | |
| Médio Incompleto | 5 (6,2%) | 8 (9,9%) | |
| Superior Completo | 7 (8,6%) | 4 (4,9%) | |
| Superior Incompleto | 15 (18,5%) | 17 (21,0%) | |
| Tempo que reside no bairro | | | 0,2155 |
| Menos de 12 meses | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | |
| De 12 a 24 meses | 0 (0,0%) | 3 (3,7%) | |
| De 25 a 36 meses | 4 (4,9%) | 1 (1,2%) | |
| De 37 a 48 meses | 5 (6,2%) | 4 (4,9%) | |
| Acima de 48 meses | 72 (88,9%) | 73 (90,2%) | |
| Renda familiar | | | 0,1400 |
| Menos de 1 SM | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | |
| De 1 a menos de 2 SM | 14 (17,3%) | 12 (14,8%) | |
| De 2 a menos de 3 SM | 19 (23,5%) | 19 (23,5%) | |
| De 3 a menos de 4 SM | 13 (16,0%) | 21 (25,9%) | |
| De 4 a menos de 5 SM | 15 (18,5%) | 20 (24,7%) | |
| Mais de 5 SM | 20 (24,7%) | 9 (11,1%) | |
| Tempo de função na USF | | | 0,4293 |
| Menos de 12 meses | 1 (1,2%) | 1 (1,2%) | |
| De 12 a 24 meses | 8 (9,9%) | 10 (12,4%) | |
| De 25 a 36 meses | 13 (16,1%) | 21 (25,9%) | |
| De 37 a 48 meses | 12 (14,8%) | 13 (16,1%) | |
| Acima de 48 meses | 47 (58,0%) | 36 (44,4%) | |

Tabela 2. Distribuição dos grupos de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) segundo a questão 12: “A cárie é para você uma doença provocada principalmente por:” Piracicaba, 2013.

| ESCORE | ACS - USF sem Equipe de Saúde Bucal | ACS - USF com Equipe de Saúde Bucal |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Máximo individual da questão | 4 | 4 |
| Score total da questão | 210 | 248 |

$p = 0,0149$

indivíduos da amostra de ACS vinculados à USF sem e com ESB obtiveram respectivamente escore de 311 e 316.

A questão seguinte tratou do sangramento da gengiva. O resultado apresentado da amostra de ACS vinculados à USF sem ESB constatou um escore total igual a 229. A amostra de ACS vinculados à USF com ESB obteve escore de 217, em um total possível de 243.

Nos dados referentes à adoção de procedimentos de higiene bucal como medida para evitar sangramento gengival, para um escore total possível de 324, os indivíduos da amostra de ACS vinculados à USF sem ESB obtiveram escore de 284. Esse valor foi de 303, no caso da amostra de ACS vinculados à USF com ESB.

Na única questão que abordava a necessidade de tratamento endodôntico, os resultados foram idênticos para os dois grupos, que obtiveram um escore de 320.

Na questão que aborda a pertinência de procedimentos odontológicos durante a gestação, os ACS do grupo 1 conseguiram, no conjunto, escore absoluto igual a 154 em 162 possíveis. Já os ACS do grupo 2, apresentaram escore de 161 em 162 possíveis.

A idade em que o flúor pode proteger a dentição das pessoas foi tema da próxima questão.

Os indivíduos representantes da amostra de ACS vinculados à USF sem ESB obtiveram um escore de 299, e os vinculados à USF com ESB tiveram escore total de 295, para um escore total possível de 324.

A última questão do questionário aplicado no estudo procurou relacionar o câncer bucal a algumas condições prévias. A amostra de ACS vinculados à USF sem ESB apresentou um escore de 289 para um escore total de 324. O escore de 303 foi apresentado pela amostra de ACS vinculados à USF com ESB, para um escore total de 324.

Os ACS vinculados à USF sem ESB conseguiram, no conjunto, escore total do questionário

igual a 2864 em 3321 possíveis. Portanto, em termos relativos o desempenho atingiu 86,24%. Já os ACS vinculados à USF com ESB conseguiram, no conjunto, escore total do questionário igual a 2946 em 3321 possíveis, atingindo desempenho de 88,71% do total.

Houve diferença significativa entre as amostras de ACS vinculados à USF sem ESB e de ACS vinculados à USF com ESB, quando se analisou o escore total do questionário (Tabela 3).

Discussão

Este estudo partiu da hipótese de que a Equipe de Saúde Bucal vinculada a Unidade de Saúde da Família pode contribuir para aumentar os conhecimentos do processo saúde/doença bucal dos ACS.

Em relação às características da amostra, verificou-se no presente estudo predominância do gênero feminino. Relação semelhante foi encontrada no estudo de Vasconcelos et al.²¹, realizado entre os ACS do município de Virgem da Lapa/ Minas Gerais, onde os autores verificaram predominância semelhante, sendo 92% do universo amostral da pesquisa.

Outro estudo realizado em dez cidades brasileiras verificou que mais de 75% dos ACS eram do sexo feminino²². Em Porto Velho/Rondônia, Bianco¹³ verificou que 84% dos ACS que lá trabalhavam eram do sexo feminino. O trabalho de ACS está reconhecidamente associado ao trabalho doméstico feminino, que possui uma inclinação historicamente reconhecida para o cuidado em saúde. Por outro lado, trabalhar próximo à sua residência e poder controlar e acompanhar o cotidiano dos filhos, sobretudo quando em idade escolar, pode representar para essas mulheres uma vantagem que se sobrepõe aos baixos salários e à precarização. Nesse sentido há expressiva predominância de mulheres no trabalho de ACS em todo o país²³.

Tabela 3. Distribuição dos grupos de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) segundo o conhecimento em Saúde Bucal. Piracicaba, 2013.

| | ACS - USF sem Equipe de Saúde Bucal | ACS - USF com Equipe de Saúde Bucal |
|--------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Escore | 81 | 81 |
| Valor Máximo | 41 | 41 |
| Valor Mínimo | 26 | 20 |
| Mediana | 36 | 37 |

$p = 0,0021$

Acerca do nível de escolaridade, foi observado que 64,20% dos ACS possuíam o Ensino Médio completo, um nível escolar acima do exigido pelo Ministério da Saúde para o exercício da atividade, que é o Ensino Fundamental²⁴. Ainda sobre essa característica social dos ACS, chama a atenção o fato de mais de 26% dos indivíduos declararem ter concluído ou estarem cursando o ensino superior. Desses 26%, 15% já cursaram ou estão cursando o nível superior em cursos na área da Saúde, mesmo não ocorrendo plano de carreira no cargo de ACS.

Bachilli *et al.*²⁵ discutem que, ao se tornar parte integrante da equipe de Saúde da Família, o ACS passa a ter acesso a um saber técnico-científico através de treinamentos e da convivência com outros profissionais da equipe, o que acaba estimulando-o a uma maior graduação na área. Considera-se positiva a elevação do nível de escolaridade encontrada neste estudo, visto que seu reflexo pode favorecer os processos interacionais com a comunidade e equipe, bem como ampliar a criticidade e criatividade do trabalhador²⁶.

Sobre as características de tempo de residência no Bairro e tempo de trabalho como ACS, percebe-se que a grande maioria dos entrevistados do presente estudo residia no bairro e trabalhava como ACS há mais de 25 meses. Fato a ser destacado é que 89,51% responderam que residem no bairro há mais de 5 anos, resultado parecido com o estudo de Marques²⁷, onde 93,8% residiam há mais de 5 anos no local. No que tange ao relacionamento interpessoal e vínculo com a comunidade, os ACS são os únicos trabalhadores da equipe de saúde da Atenção Básica que devem residir no local em que atuam por no mínimo dois anos, cumprindo com as exigências estabelecidas pelo Ministério da Saúde²⁴.

Entretanto, no estudo de Ursine *et al.*²⁸, o tempo médio de residência no local onde exerciam a função foi de 16,1 anos, e o tempo de atuação como ACS variou de 0,5 a 9 anos, com média de 4 anos. Residir no bairro em que trabalha por um longo tempo faz com que a população acolha mais fácil esse profissional em sua rotina de trabalho.

Certamente, a média elevada de tempo de atuação na mesma unidade de saúde e moradia no próprio local de trabalho pode influenciar positivamente na articulação do serviço com a comunidade e no enfrentamento da complexidade do trabalho em saúde. O tempo de residência pode ser um fator que influencia a qualidade da relação entre agente e comunidade, pois as pessoas o consideram um vizinho antes mesmo de ele

ser ACS, visto que frequentam os mesmos espaços sociais e têm acesso à sua casa. Há também de se considerar outros aspectos importantes, como a empatia para a integração desse trabalhador com os usuários e o exercício de sua função de forma eficiente²⁹.

Sobre o conhecimento do processo saúde-doença bucal, especificamente relacionado com dentição decídua (questão 1), o presente estudo superou os encontrados no estudo de Frazão e Marques¹⁴, no qual somente 43,8% dos ACS assinalaram a resposta esperada. A perda precoce dos dentes decíduos pode acarretar sérias consequências para a dentição permanente, podendo desenvolver deglutição e fonação atípicas, provocando atraso ou aceleração na erupção dos dentes permanentes, dificultando a alimentação e favorecendo a instalação de prováveis problemas ortodônticos, além de afetar psicologicamente a criança³⁰.

Quando observamos os escores da mesma questão, comparando o grupo de ACS vinculados à USF sem equipe de saúde bucal e ACS vinculados à USF com equipe de saúde bucal, os profissionais obtiveram um escore médio 2,23 e 2,46, respectivamente, do escore máximo de 3. O escore médio obtido pelo grupo com Equipe de Saúde Bucal foi idêntico ao resultado encontrado no estudo de Bianco¹³.

A época de erupção dos primeiros dentes permanentes não revelou diferença estatística significativa entre os grupos 1 e 2. Constatou-se que 69,14% dos ACS do grupo 1 e 65,43% dos ACS do grupo 2, assinalaram a resposta esperada. Resultado diferente ocorreu no trabalho de Barba³¹, no qual 100% dos ACS indicaram o período de cinco a sete anos como início da erupção dos dentes permanentes.

A erupção e cronologia básica das dentições deveriam ser incluídas como temas na formação do ACS em Saúde Bucal, pois os processos de crescimento e desenvolvimento dental constituem elementos cujo conhecimento é relevante para o desenvolvimento físico, assim como para a evolução do paciente num todo. A cronologia de erupção dos dentes serve de indicador de uma série de ocorrências biológicas e pode ser influenciada por diversos fatores genéticos e ambientais³².

Na questão que abordava os fatores de risco à cárie, ocorreu diferença estatística significativa em relação à amostra do grupo de ACS vinculados à USF com e sem Equipe de Saúde Bucal. A média de escore obtido pela amostra de ACS vinculados à USF com ESB foi maior do que a

apresentada no estudo de Bianco¹³. Ou seja, isso pode levar os ACS com ESB a informar melhor a população sobre o principal fator de risco da lesão de cárie.

Na mesma questão, a categoria de resposta esperada foi assinalada por 53,09% dos ACS do grupo com Equipe de Saúde Bucal, mais da metade dos entrevistados desse grupo. Já no grupo de ACS sem Equipe de Saúde Bucal, 32,10% assinalaram a resposta esperada para a questão. É preocupante que o fato de o ACS sem ESB não ter conhecimento tão primordial para a orientação correta de alimentação não cariogênica. São mais de 65% de ACS pertencentes a esse grupo, que deixaram de orientar a população do seu território sobre esse fator de risco por falta de conhecimento. Pode-se, assim, acreditar que esse tema básico de Saúde Bucal é repassado da ESB para o ACS da Unidade de Saúde da Família.

Outro tema relevante abordado neste estudo referiu-se ao problema da halitose, considerado fator negativo para a autoimagem do indivíduo, impactando na confiança e causando evitação social³³. A porcentagem dos ACS que assinalaram a resposta esperada foi de 77% para o grupo sem Equipe de Saúde Bucal e de 75% para o grupo com Equipe de Saúde Bucal. Percentual um pouco abaixo do encontrado no estudo de Bianco¹³, cuja amostra de ACS obteve 80%. A falta de conhecimento sobre como prevenir a halitose potencia o desenvolvimento de manifestações clínicas associadas que podem limitar a qualidade de vida. A educação sobre a saúde bucal deve estar relacionada com os aspectos físicos e psicológicos do ser humano³⁴.

Duas questões do formulário estavam relacionadas ao conhecimento sobre condições gengivais. Neves et al.³⁵ desenvolveram um estudo sobre a prevalência e severidade de gengivite em população de baixo nível socioeconômico, os mesmos relatam que, no Brasil, estudos demonstram que gengivite e periodontite apresentam maiores prevalências em populações com piores indicadores socioeconômicos.

No presente estudo, os ACS com ESB demonstraram ótimo conhecimento, quando responderam a questão acerca da eventual evolução do sangramento gengival e também quando responderam sobre as medidas preventivas a serem adotadas para melhorar essa condição. Já os ACS sem ESB apresentaram conhecimento um pouco inferior quando comparados com o outro grupo. Sugere-se que a ESB tenha uma influência positiva sobre esses resultados, afinal, orientação sobre higiene bucal é uma das práticas mais realizadas

por dentistas dentro da USF. Emmi e Barroso³⁶ avaliaram as ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro/Pará e, ao questionarem os usuários sobre os fatores que melhoraram e que consideraram de relevância após a inclusão das ESB, observaram que as mais citadas foram as orientações sobre higiene bucal, seja através de palestras, nas visitas em casa ou na própria consulta.

Este estudo difere de outros onde o conhecimento da causa está entrelaçado com a prática para combater os problemas gengivais, pois uma porcentagem acentuada de ACS apontou a importância da escova e do fio dental. Esse resultado demonstra que os ACS estão preparados para orientar os usuários sobre o uso dessas importantes ferramentas de prevenção em saúde bucal. É um fato relevante, pois a população ainda precisa de informação sobre a importância dessas ferramentas de higiene oral.

A necessidade de tratamento endodôntico também foi alvo de questionamento deste estudo. Os resultados foram idênticos para os dois grupos. O escore total dos grupos foi de 320 (98,76%) dos 324 (100%) que poderiam atingir.

Dois estudos^{13,14} utilizaram a mesma questão com as mesmas alternativas de respostas, onde encontraram conhecimentos substanciais, mas inferiores aos encontrados nesse estudo. Na pesquisa de Frazão e Marques¹⁴, 90,6% da amostra de ACS daquele estudo sabiam que a lesão de cárie não tratada leva a problemas endodônticos. No estudo de Bianco¹³, os ACS de Porto Velho/Rondônia, atingiram escore máximo de 1159 (88,9%) dos 1304 (100%) possíveis. O conhecimento pelo usuário do SUS, transmitido pelo ACS, de que a lesão de cárie não tratada pode evoluir para um problema endodôntico, pode levar a uma maior procura e adesão ao tratamento odontológico na USF. No município de Piracicaba/SP, o tratamento endodôntico é referenciado para a Atenção Secundária no Centro de Especialidades Odontológicas, obedecendo a uma fila de espera com limite de idade para tratamento endodôntico de dentes molares. Logo, se esse usuário for orientado a procurar o serviço odontológico da USF nas fases iniciais da lesão de cárie, não será necessária a referência para a atenção secundária, “desafogando” assim o fluxo para esse tipo de tratamento.

A questão seguinte avaliou conhecimentos acerca do tratamento odontológico para mulheres grávidas. Os ACS vinculados à USF sem ESB conseguiram, no conjunto, escore absoluto igual a 154 em 162 possíveis. Portanto, em termos re-

lativos, o desempenho atingiu 95,01%. Já os ACS vinculados à USF com ESB obtiveram o percentual de 99,38%, percentual numericamente mais elevado do que aquele encontrado no estudo de Bianco¹³. No estudo de Moimaz *et al.*³⁷, evidenciou-se que 75% das gestantes não haviam recebido qualquer orientação sobre a importância do atendimento odontológico durante a gestação. Das 25 (25%) que receberam, responderam que foram orientadas principalmente pelas funcionárias do posto de saúde (40%), família, amigos e marido (24%), dentista (16%), cartazes no posto (12%) e médico (8%). Esse resultado mostra a importância dos profissionais dos postos de saúde em orientar as gestantes sobre aspectos de promoção da saúde bucal. Os mesmos autores acrescentam em seu estudo, que se torna evidente a necessidade da inserção do cirurgião-dentista na equipe Pré-Natal, capacitando assim a equipe para fornecer informações básicas na área de odontologia e agindo como uma equipe multidisciplinar de atendimento às gestantes, através da utilização de métodos educativos e preventivos.

O reconhecimento do flúor como importante produto para a Saúde Bucal foi identificado no presente estudo. O percentual de indivíduos que assinalaram a resposta esperada foi exatamente igual nos dois grupos, 92,12%. Este estudo apresentou resultados mais positivos que os apresentados por Martins *et al.*³⁸, onde menos da metade dos respondentes afirmaram que o flúor é positivo não só para as crianças, mas também para os pais.

Fatores que predispõem as pessoas ao aparecimento do câncer bucal foi o assunto tratado na última questão do questionário aplicado. Dentre as patologias bucais, as neoplasias vêm chamando a atenção devido a sua crescente incidência. O câncer de boca, no Brasil ocupa o sétimo lugar dentre todos os cânceres diagnosticados. As estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA), para o ano de 2012, são de 9.990 novos casos de câncer da cavidade oral em homens e de 4.180 em mulheres³⁹.

Os resultados encontrados neste estudo destacam um bom conhecimento do ACS sobre o fator de risco mais relacionado ao câncer bucal, que dentro das categorias, a resposta esperada seria: "Excesso de álcool e fumo". No grupo de ACS vinculados à USF sem ESB, 85,18% dos indivíduos assinalaram a resposta esperada. Já no grupo de ACS vinculados à USF com ESB, esse percentual foi 90,12% dos indivíduos.

No estudo de Oliveira *et al.*⁴⁰, cujo objetivo do trabalho foi avaliar o conhecimento dos agentes comunitários de saúde (ACS) de Itajaí/Santa Ca-

tarina, sobre o câncer, os resultados apontaram que em quatro das cinco questões do domínio cognitivo, o nível de conhecimento foi insatisfatório. O tópico sobre fatores de risco foi o que obteve melhor desempenho.

A diferença significativa que o presente estudo encontrou entre os escores obtidos pelos dois grupos sugere que a ESB pode exercer influência sobre o conhecimento em Saúde Bucal do ACS. Entretanto, as observações documentadas no presente estudo mostraram a importância do papel do agente formador da ESB, que na maioria das vezes é composta pelo Cirurgião-Dentista e pela Auxiliar de Saúde Bucal, para o aprimoramento do conhecimento do ACS com relação à Saúde Bucal. Esse papel pode estar relacionado com uma maior atenção mediante conversa com o intuito de que ocorra estreitamento de vínculos, que podem ser adquiridos com o exercício da confiança, compromisso e respeito da ESB para com o ACS.

Por conseguinte, é necessário que programas odontológicos educativos sejam realizados, mas é imprescindível que levantem e interpretem de antemão as necessidades da população, principalmente daquela camada com menor acesso aos serviços de saúde odontológica. Almeida⁴¹ também concorda e acrescenta que, nesse contexto, uma estratégia para obtenção de bons resultados é a utilização do ACS.

Para Furlan⁴², o ACS é um personagem de destaque dentro do atual modelo assistencial e deve receber capacitação contínua. Portanto, é essencial, para a qualidade do processo de trabalho, que esse ACS seja capacitado para realizar seu papel de forma segura, transmitindo informações corretas às famílias.

Entretanto, 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.

Apesar do ACS desenvolver um trabalho complexo, caracterizado principalmente pela dimensão educativa, em geral a sua formação profissional tem se caracterizado pela precariedade e diversidade, uma vez que, para essa função, desde a época da implantação do PACS, o Ministério da Saúde estabelecia, como critério de escolaridade, as habilidades de ler e escrever⁴³. A formação profissional restringia-se, em geral, à capacitação em serviço realizada pelo enfermeiro-supervisor, no caso do PACS, ou pela equipe da USF, operando de forma distinta nos diversos municípios que adotaram a Estratégia Saúde da Família. Em fun-

ção da formação simplificada, o trabalho do ACS pode ser compreendido erroneamente como fácil. Entretanto, no elo com a comunidade, o ACS desenvolve ações complexas pelas qualidades laborais e subjetivas esperadas, necessita colocar em operação processos comunicacionais de caráter educativo, como no caso das orientações realizadas nas visitas domiciliares, ou da negociação de conflitos entre a comunidade e o serviço, na busca de oportunidades de atenção e cuidado⁴⁴.

Tomaz⁴⁵ afirmava que “o processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel”. Torna-se então necessário que os ACS sejam devidamente treinados e capacitados 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 desenvolvidas¹⁷.

Entretanto, em 2003, num movimento de transformação da área da Saúde, aconteceu a reorganização do Ministério, quando se criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Logo em fevereiro de 2004, este novo órgão instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde⁴⁶, uma estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, considerando que, já na Constituição Federal de 1988 (Inciso II, do artigo 200), é atribuída ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde. Acredita-se que após 10 anos da política Nacional de Educação Permanente em Saúde o processo de qualificação do ACS esteja mais estruturado para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel.

No entanto, Mialhe et al.⁴⁷ apontou em estudo, realizado em Piracicaba/SP, que as capacitações com conteúdos em Saúde Bucal, oferecidas pela Coordenação de Atenção Básica, eram a forma de contato dos ACS vinculados à ESF sem ESB. Segundo o mesmo autor, muitos ACS não realizavam atividades de educação em Saúde

Bucal, ou faziam-nas de forma esporádica, pelo fato de não terem sido capacitados para isso. No entanto, em municípios onde já existem ESB incorporadas, observa-se que os ACS apresentam melhores capacidades e desenvoltura para desenvolver temas em Saúde Bucal com a comunidade, pois aprendem continuamente com o cirurgião-dentista da Equipe⁴⁸.

Portanto, o Cirurgião-Dentista deve estreitar laços com o grupo de ACS. A reunião de equipe semanal, que faz parte da gestão da USF, pode ser um importante momento para formação continuada e planejamento de aprendizagem em saúde bucal dos ACS. Mas para que isso ocorra, é necessário que a disciplina de Saúde Coletiva, que já faz parte da grade curricular dos cursos de odontologia, utilize abordagens que capacitem o cirurgião-dentista a ser agente formador e disseminador de Saúde Bucal, com enfoque em programas sociais, qualquer que seja sua especialidade.

Quanto às limitações deste estudo, tem-se que se trata de um estudo transversal, sendo assim, os resultados apresentados aqui não podem ser tomados como causa e efeito.

Hipóteses foram levantadas na tentativa de explicar os resultados encontrados, no entanto, são não testadas, mas que poderiam nortear novos estudos junto aos ACS. O curto período para a coleta dos dados também foi um fator limitante, fato que impossibilitou o pesquisador retornar mais de uma vez à mesma USF para entrevistar os ACS que estavam ausentes no primeiro momento, apresentando assim um percentual alto de perdas (34,0%).

O presente estudo, entretanto, mostra-se coerente com a atual perspectiva das abordagens atuais em educação em saúde, fundamentadas no construtivismo, no interacionismo, em metodologias problematizadoras de ensino-aprendizagem, na medida em que permite a oferta de processos capacitadores construídos de forma singularizada e que levam em conta todos os fatores que impactam na efetividade do aprendizado.

Conclui-se que os conhecimentos sobre processo saúde/doença bucal dos ACS vinculados à USF com ESB são melhores quando comparados aos ACS vinculados à USF sem ESB.

Colaboradores

GR Gouvêa, MAV Silva, KL Cortellazzi, AC Pereira, FL Mialhe e LM Guerra participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Agradecimentos

Aos Agentes Comunitários de Saúde e a Coordenadora de Saúde Bucal de Piracicaba-São Paulo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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* 2011; 24 out.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. *Saúde bucal*. Brasília: MS; 2008. (Caderno de atenção básica, n. 17).
3. Witmer A, Seifer SD, Finocchio L, Jeslie J, O'Neil EH. Community health workers: integral members of the health care work force. *Am J Public Health* 1995; 85(8):1055-1058.
4. Livingston A, Tomedi A, Campbell A, Morales C, Mwanthi MA. A Community Health Worker Home Visitation Project to Prevent Neonatal Deaths in Kenya. *J Trop Pediatr* 2012; 59(1):64-66.
5. Chowdhury AMR, Chowdhury S, Islam N, Islam A, Vaughan JP. Control of tuberculosis by community health workers in Bangladesh. *Lancet* 1997; 350(9072):169-172.
6. Harris MJ, Haines A. The potential contribution of community health workers to improving health outcomes in UK primary care. *J R Soc Med* 2012; 105(8):330-335.
7. Schneider H, Hlophe H, Rensburg D van. Community health workers and the response to HIV/AIDS in South Africa: tensions and prospects. *Health Policy Plan* 2008; 23(3):179-187.
8. Brasil. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2002; 10 jul.
9. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad Saude Publica* 2008; 24(6):1304-1313.
10. Galavote HS, Prado TN, 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):231-224.
11. Souza DS, Cury JA, Caminha JAN, Ferreira MA, Tomita NE, Narvai PC. A Inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Odontol* 2001; 2(2):7-29.
12. Sanglard-Oliveira CA, Werneck MAF, Lucas SD, Abreu MHNG. Atribuições dos Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. *Cien Saude Colet* 2013; 18(8):2453-2460.
13. Bianco LC. *Avaliação de conhecimentos em saúde bucal de agentes comunitários de saúde (ACS) e usuários do SUS de Porto Velho* [dissertação]. Taubaté: Universidade de Taubaté; 2010.
14. Frazão P, Marques D. 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.
15. Santos CRI. *O agente comunitário de saúde como ator na promoção de saúde bucal no programa de saúde da família de Rio Branco* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
16. Trapé CA, Soares CB. Educative practice of community health agents. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007; 15(1):141-149.

17. 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):1639-1649.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Banco de Dados. *Cidades*. [acesso 2013 ago 20]. Disponível em: <http://www.ibge.org.br>.
19. Berlinguer G. *Bioética cotidiana*. Brasília: Ed. UnB; 2004.
20. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª Ed. São Paulo: Atlas; 2008.
21. Vasconcelos M, Cardoso AVL, Guimarães MHNA. Os desafios dos Agentes Comunitários de Saúde em relação à saúde bucal em município de pequeno porte. *Arquivos em odontologia* 2010; 45(2):98-104.
22. Escorel LS, Giovanella MH, Mendonça M, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21(2):164-176.
23. Mota RRA, David HMSL. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? *Trab Educ Saude* 2010; 8(2):229-248.
24. Brasil. Lei n. 11.350 de 5 de outubro de 2006. Define que as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. *Diário Oficial da União* 2006; 5 out.
25. Bachilli RG, Scavassa AJ, Spiri WC. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):51-60.
26. Lino MM, Lanzoni GMMML, Albuquerque GL, Schweitzer MC. Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. *Cogitare Enferm* 2012; 17(1):57-64.
27. Marques DS. *Impacto de uma capacitação de Agentes Comunitários de Saúde na promoção da Saúde Bucal* [dissertação]. Santos: Universidade Católica de Santos; 2005.
28. Ursine BL, Trelha CS, Nunes EPPA. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. *Rev Bras Saude Ocup* 2010; 35(122):327-339.
29. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):347-355.
30. Losso EM, Tavares, MCSJY, Urban CA. Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. *J Pediatr* 2009; 85(4):295-300.
31. Barba FC. *Percepção e atuação de Agentes Comunitários de Saúde em relação à Saúde Bucal* [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2009.
32. Haddad AE. *A erupção dos dentes decíduos e sua relação com o crescimento somático* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.
33. Suzuki N, Yoneda M, Naito T, Iwamoto T, Hirofuji T. Relationship Between halitosis and psychologíc satatus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; 106(4):542-547
34. Elias M, Ferriani M. Historical and social aspects of halitosis. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006; 14(5):821-823.
35. Neves AM, Passos IA, Oliveira AFB. Estudo da prevalência e severidade de gengivite em população de baixo nível socioeconômico. *Odontol Clin-Cient* 2010; 9(1):65-71.
36. Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no programa saúde da família no distrito de Mosqueiro (Pará). *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):35-41.
37. Moimaz SAS, Rocha NB, Saliba O, Garbin CAS. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. *Rev Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo* 2007; 19(1):39-45.
38. Martins CC, Bonato KT, Valério DS, Leite FRM, Paiva SM Vale MP. Efetividade de uma técnica educativa na aquisição de conhecimentos por pais sobre uso racional do flúor. *Rev Odonto Ciência* 2006; 21(52):105-111.
39. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. Brasília, 2012. [acessado 2013 dez 1]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>.
40. Oliveira, LK, Ozelame SB, Dalcegio S, Philippi CK, Bueno RN, Bottan ER. Agente comunitário de saúde e a prevenção do câncer bucal. *Salusvita* 2012; 31(2):141-151.
41. Almeida HSS. *A educação continuada como um mecanismo de transformação para os Agentes Comunitários de Saúde e a Equipe de Saúde Bucal – Relato de experiência*. [dissertação]. Formiga: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
42. Furlan PG. *Veredas no território: análise de agentes comunitários de saúde* [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2008.
43. Brasil. Projeto de lei no 3.604, set. 1997. *Dispõe sobre o exercício da profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências*. Brasília: Câmara dos Deputados; 1997.
44. Morosini MV, Corbo Ad, Guimarães CC. O Agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. *Trab Educ Saude* 2007; 5(2):261-280.
45. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói?”. *Interface (Botucatu)* 2002; 6(10): 84-87.
46. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. *Diário Oficial da União* 2004; 14 fev.
47. Mialhe FL, Lefrèvre F, Lefrèvre AMC. O Agente Comunitário de Saúde e suas práticas educativas em Saúde Bucal: uma avaliação quali-quantitativa. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4425-4432.
48. Rodrigues AAO, Santos AM, Assis MMA. Agentes comunitários de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):907-915.

Artigo apresentado em 26/05/2014

Aprovado em 23/07/2014

Versão final apresentada em 11/08/2014

