

HAYANNA DE ARAUJO RAMOS LAVRES

***ANÁLISE DO CONHECIMENTO SOBRE SAUDE BUCAL DOS  
AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE E SUA PRATICA NA  
PROMOÇÃO DE SAUDE BUCAL NOS MUNICIPIOS DE  
AMPARO E CAMPINAS – SÃO PAULO***

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do Título de Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva.

PIRACICABA

2006

HAYANNA DE ARAUJO RAMOS LAVRES

***ANÁLISE DO CONHECIMENTO SOBRE SAUDE BUCAL  
DOS AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE E SUA  
PRATICA NA PROMOÇÃO DE SAUDE BUCAL NOS  
MUNICIPIOS DE AMPARO E CAMPINAS – SÃO PAULO***

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do Título de Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Prof.a. Dra. Dagmar de Paula Queluz

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira

Prof.a.Dra. Dagmar de Paula Queluz

Prof.a. Dra. Raquel Baroni de Carvalho

PIRACICABA

2006

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**  
Bibliotecário: Marilene Girello – CRB-8ª. / 6159

L399a	<p>Lavres, Hayanna de Araujo Ramos. Análise do conhecimento sobre saúde bucal dos agentes comunitários de saúde e sua prática na promoção de saúde bucal nos Municípios de Amparo e Campinas – São Paulo. / Hayanna de Araujo Ramos Lavres. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2006.</p> <p style="text-align: center;">Orientador: Dagmar de Paula Queluz Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.</p> <p style="text-align: center;">1. Saúde da família. 2. Saúde bucal. I. Queluz, Dagmar de Paula. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">(mg/fop)</p>
-------	--

Título em inglês: Analysis of knowledge of community healthcare agents regarding oral health and their practice in oral health promotion with the residents of the community in Amparo and Campinas, São Paulo State

Palavras-chave em inglês (Keywords): 1. Family health. 2. Oral health

Área de concentração: Programa Mestrado Profissionalizante em Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora: Antônio Carlos Pereira, Dagmar de Paula Queluz, Raquel Baroni de Carvalho

Data da defesa: 27/04/2006

## *Dedicatória Especial*

*Dedico este trabalho a Deus, por ter me concedido o dom da vida e por me permitir sua realização;*

*A mim, pela minha dedicação e sacrifício a este projeto;*

*Aos meus pais Ádria e Lavres;*

*Aos meus irmãos Junior, Iago e Hannah.*

## ***Agradecimentos***

***Aos meus pais Ádria e Lavres,***

*Agradeço a Deus por vocês serem meus pais nesta existência, pois são as pessoas que mais amo na vida e que mais querem o meu bem;*

***Aos meus irmãos mais novos Iago e Hannah,***

*Que mesmo com as brigas fraternais nunca deixaram de me apoiar;*

***Ao meu irmão mais velho José Lavres Junior,***

*Pelo seu carinho, acolhimento e apoio técnico a esta obra;*

***A todos os meus amigos de vida e de mestrado,***

*Pela amizade sincera e pelos momentos de alegria;*

***Aos moradores da Republica Lesma Lerda PG,***

*Pela sua acolhida em Piracicaba e paciência, dentre eles, Roberto Wagner, João de Deus, Jupará, Matheus, Luis e Álvaro;*

***Aos Agentes Comunitários de Saúde e profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Amparo***

*Que fizeram parte desta pesquisa e que me auxiliaram, agradeço pela compreensão da importância deste trabalho;*

***Aos Agentes Comunitários de Saúde da Secretaria Municipal de Campinas que também compuseram esta obra e em especial ao Dr. Yssamo,***

*Coordenador de Saúde Bucal deste município agradeço pela sua atenção;*

*Aos professores Pereira e Dagmar,  
Pela sábia orientação.*

*A todos vocês dedico este trabalho.*

## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	viii
RESUMO	1
ABSTRACT	2
1. INTRODUÇÃO	3
2. REVISÃO DE LITERATURA	6
3. PROPOSIÇÃO	18
4. MATERIAL E MÉTODOS	19
5. RESULTADOS	22
6. DISCUSSÃO	29
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	41
ANEXO	46

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
ACD	-	Atendente de Consultório Dentário
CD	-	Cirurgião-Dentista
ESB	-	Equipe de Saúde Bucal
ESF	-	Equipe de Saúde da Família
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	-	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	-	Ministério da Saúde
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	-	Programa de Saúde da Família
SB	-	Saúde Bucal
SMS	-	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
THD	-	Técnico de Higiene Dental
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	-	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	-	Unidade de Saúde da Família

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar o conhecimento sobre Saúde Bucal dos Agentes Comunitários de Saúde inseridos no Programa de Saúde da Família nos municípios de Amparo e Campinas, ambos no estado de São Paulo, Brasil, e sua prática na promoção de Saúde Bucal na comunidade na qual atuam. Questionários foram utilizados como método de pesquisa, sendo que os mesmos foram enviados para todos os agentes de Amparo e para 20% dos agentes de Campinas. Destes, 60% e 77%, respectivamente, foram devolvidos respondidos. Através da análise dos dados obtidos, observou-se que em relação ao conhecimento sobre saúde bucal e sua prática junto à comunidade que 85% dos agentes de Amparo e 56% dos de Campinas orientam à comunidade quanto a hábitos de higiene oral; 97% em Amparo e 95% em Campinas sabem que a quantidade de dentifrício que deve ser utilizado na escovação dental de crianças deve ser mínima, contudo apenas 13% em Amparo e 15% em Campinas orientam corretamente os pais quanto à idade que eles devem supervisionar a escovação doméstica das mesmas; 100% dos agentes de Amparo e de Campinas que responderam à pesquisa relataram que orientam as pessoas da comunidade a consumirem água de abastecimento público filtrada ou fervida, já que a mesma nestes municípios é devidamente fluoretada; 94% dos agentes de Amparo e 64% dos de Campinas instruem os usuários de próteses sobre a sua higienização, embora apenas 42% e 15% deles, respectivamente, orientem de maneira correta. Os dados do presente estudo sugerem que os agentes comunitários de saúde tanto de Amparo quanto de Campinas possuem conhecimento em saúde bucal que os possibilite serem promotores de saúde junto à comunidade, embora os agentes de Amparo mostrem-se mais comprometidos com a promoção em saúde bucal.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Programa Saúde da Família; Saúde Bucal.

## **ABSTRACT**

The aim of this study was to analyze knowledge of communitary healthcare agents in Health Family Program in Amparo and Campinas, São Paulo State, Brazil, regarding oral health and their practice in oral health promotion with the residents of the community where they work. Questionnaires were adopted as the research method. All agents in Amparo and 20% in Campinas received them. From these, respectively, 60% and 77% answered the questionnaires. The data showed that 85% of the agents in Amparo and 56% in Campinas gave advice to the community regarding oral hygiene; 97% in Amparo and 95% in Campinas reported that they were aware about the correct amount of dentifrice to which children were exposed during tooth brushing. However, only 13% in Amparo and 15% in Campinas gave correct advice to the parents about the age they must supervise children tooth brushing; 100% of agents in Amparo and Campinas that answered the research gave advice to the community to drink public water supply (these cities have fluoridated water supply); 94% of agents in Amparo and 64% in Campinas reported that gave information to the patients who have denture about how to clean it. Although 42% and 15% of them, respectively, know the right way to do this hygiene. The data of the present study suggest that the community healthcare agents in Amparo and Campinas have a level of knowledge regarding oral health satisfactory. However, agents in Amparo were more interesting to give correct information and promote oral health in the community where they work.

Key words: Communitary Healthcare Agents; Health Family Program; Oral health.

## 1. INTRODUÇÃO

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) em junho de 1991, com o intuito de estender a experiência dos Agentes de Saúde iniciada no Ceará para o Sistema Único de Saúde (SUS) como um todo. De acordo com um trabalho realizado pela UNICEF, em 1990, neste estado, os principais motivos que originaram o PACS encontravam-se na persistência de altos índices de mortalidade e morbidade (principalmente a infantil) entre a população devido a três fatores que eram: a dificuldade de acesso aos serviços formais de saúde; a carência de informações por parte da população sobre o funcionamento dos serviços de saúde e acerca das formas mais eficazes para que ela mesma protegesse a sua saúde; e as limitações existentes no trabalho educativo realizado pelos profissionais de saúde das unidades de saúde (Nogueira et al, 2000).

No PACS se trabalha tendo a família como unidade de ação programática (Roncalli, 2002), buscando a melhoria da qualidade de vida da população, investindo em educação em saúde e realizando atividades que diminuam bruscamente os problemas de saúde materno-infantis, visando, sobretudo reduzir os índices de mortalidade infantil (Levy et al, 2004).

Contudo, o PACS passa a ser uma etapa transitória para a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), pelo Ministério da Saúde em 1994, cujo objetivo era reordenar as práticas sanitárias vigentes no país e, conseqüentemente, transformar o modelo de atenção no âmbito do SUS

(Farias & Diniz, 2004). Essa reorganização do modelo de atenção básica a qual era prevalente no país até então, ocorreria através da consolidação e efetivação dos princípios e diretrizes constitucionais e legais para o funcionamento dos SUS que são: a universalidade de acesso, a integralidade da atenção, equidade, descentralização da gestão, hierarquização dos serviços e o controle social (Brasil, 2001).

Neste contexto, o ACS passa a ter um papel crucial na implantação e funcionamento do Programa, visto ser uma ponte de ligação entre a comunidade na qual trabalha e as instituições de saúde, além de possuírem um relacionamento permanente com a população, uma vez que residem na mesma comunidade, sendo isto de fundamental importância para uma relação de confiança com os moradores, que por sua vez, sentem-se mais à vontade para relatar os seus problemas com uma pessoa que compartilha da mesma realidade (Levy et al, 2004). Por outro lado, é necessário que os ACSs sejam treinados para realizarem desde procedimentos técnicos, como medida de peso e altura das crianças, até o desenvolvimento de atividades educativas que visem à implementação de hábitos saudáveis nas pessoas, especialmente no que se refere aos hábitos de higiene e alimentares. Sem esse treinamento de forma regular e contínua, as ações desenvolvidas pelos mesmos podem ter sua qualidade comprometidas (Nunes et al, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (2001), no que diz respeito às ações de saúde bucal, são atribuições dos ACSs as seguintes atividades: desenvolvimento de ações de promoção de saúde bucal e de prevenção de

doenças mais prevalentes neste âmbito, no seu território de atuação; identificação de espaços coletivos e grupos sociais para o desenvolvimento de ações educativas e preventivas.

Dentro de uma proposta universalista do SUS, é de fundamental importância que o treinamento dos ACSs seja rico de conhecimentos diversos em torno da questão do processo de saúde e doença, incorporando, além de saberes biomédicos, outros saberes que o habilitem no processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento das suas necessidades (Nunes et al, 2002). Além disso, para que realmente ocorra a reorganização das práticas de atenção à saúde se deve investir, de forma concomitante, de maneira correta e regular numa capacitação de recursos humanos no PSF (Brasil, 2000), dentre eles o agente comunitário de saúde, para que se torne um importante aliado na promoção de saúde bucal através da incorporação das ações básicas de saúde bucal nas visitas domiciliares, conforme orientação do cirurgião-dentista (CD).

Buscou-se neste trabalho analisar o conhecimento sobre saúde bucal dos Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Saúde da Família nos municípios de Amparo e Campinas no estado de São Paulo, e a sua prática na promoção de saúde bucal junto à comunidade da qual fazem parte.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

A origem do PACS no Ceará esteve associada aos problemas da seca e da política de frentes de trabalho. Segundo o relato do ex-secretário de saúde daquele estado, Dr Carlyle Lavor, extraído do texto “A vinculação Institucional de um trabalhador *sui generis* – o agente comunitário de saúde” (Nogueira et al, 2000):

“... surgiu uma seca no Ceará e houve a necessidade de empregar as pessoas que estavam sem emprego e passando fome. Então sugerimos a idéia de empregar mulheres; seis mil mulheres era o cálculo que a gente tinha feito de agentes de saúde necessários para o estado. Foram selecionadas seis mil mulheres das mais pobres do estado, que eram escolhidas por um comitê formado por trabalhadores, igreja, representantes do estado e dos municípios. A gente definiu coisas muito simples e que eram muito importantes para a saúde, como conseguir vacinar todos os meninos, achar todas as gestantes e levar para o médico, ensinar a usar o soro oral. Assim, dentro de quatro meses treinamos seis mil mulheres sem nenhuma qualificação profissional e o mais importante é que fossem pessoas da comunidade. Assim foi o inicio do trabalho. Cessou o programa de atendimento de emergência à seca que tinha 200 mil trabalhadores. Mas essas mulheres da saúde foram as únicas que continuaram a trabalhar porque o sucesso foi grande demais.”

Alcançando bons resultados com o PACS e buscando uma maior ampliação das ações, o MS implanta no Brasil, em janeiro de 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), uma estratégia que prioriza ações de promoção,

proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família; do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. A partir de 1994 teve início a formação das primeiras equipes do PSF, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde (Brasil, 2001b).

O PSF surge, então, como uma maneira de solucionar os problemas simples de saúde, colaborando para manter a população saudável, diminuindo as filas nos hospitais, uma vez que, funcionando de acordo com as diretrizes do Programa, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) podem resolver cerca de 85% dos problemas simples de saúde da população (Di Lorenzo & Soares, 2002).

A UBS, por sua vez, é uma unidade laboratorial pública de saúde destinada à atenção primária à saúde, que pode ser caracterizada por ações básicas nos campos de promoção, prevenção e assistência individual, além da prestação de serviços necessários à resolução dos problemas de maior prevalência e significado social em cada comunidade. Contudo o termo atenção primária ou básica não deve ser confundido como atenção de baixa qualidade para problemas simples (Rede Cedros, 1992). Configura-se como o primeiro contato da população com o serviço local de saúde; trabalha com definição de território de abrangência, pode atuar como uma ou mais equipes de profissionais, a depender do número de habitantes vinculados a esta unidade (Brasil, 1997). Na UBS também é realizado o diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação que igualmente fazem parte da atenção básica, além de garantir a resolutividade tecnológica assegurando-se referência e contra-referência com diferentes níveis do sistema (SES-São Paulo, 2000a). Segundo o Ministério da

Saúde (2000), a USF (Unidade de Saúde da Família) também tem como princípios: caráter substitutivo; adscrição de clientela na qual cada equipe seja responsável por no máximo 4500 pessoas ou uma média de 3450, além de uma equipe multiprofissional. Cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). O número de ACSs varia de acordo com o tamanho do grupo sob a responsabilidade da equipe, numa proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas, sendo que uma equipe de saúde da família pode atender no máximo 1000 famílias ou 4500 pessoas. Outros profissionais - a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos - poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade (Brasil, 2004).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) faz a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês; realiza o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimula a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida (Brasil, 2000). A profissão de ACS é exercida exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde e seu vínculo é com o gestor local (Brasil, 2004). Além disso, é uma pessoa da comunidade, contratada e treinada para ser o elo entre a família e a equipe de saúde que deve visitar cada família por ocasião de cadastro e posteriormente a cada 30 dias ou 45 dias no máximo. Essas visitas

permitem conhecer e acompanhar a família, detectando mais precocemente suas necessidades e oferecendo as orientações necessárias para a manutenção ou recuperação da saúde dos seus membros, interagindo o tempo todo com a equipe de saúde (SES-SPa, 2000).

Em 1994, a participação do Nordeste alcançava 81% dos ACS no Brasil, no qual o estado do Ceará foi o pioneiro no Programa de Saúde da Família. Nessa época a região Sudeste não havia iniciado o Programa, mas em 1999 a sua participação alcançava porcentagem de 8,4%, onde se observou que a estratégia dos ACSs havia deixado de ser vista como algo destinado às comunidades carentes rurais do Nordeste. Municípios altamente urbanizados como a cidade de São Paulo passavam então a utilizar os ACSs como parte do PSF (Ipea, 2000). Atualmente este Programa encontra-se em fase de expansão tanto em áreas rurais quanto urbanas, em grandes cidades ou em regiões metropolitanas, mantendo as perspectivas de ampliação do acesso e de extensão de cobertura por serviços de saúde para parcelas específicas da população brasileira, de integralidade e humanização do atendimento, de participação popular em saúde, o estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (Da Silva & Dalmaso, 2002).

Em relação ao número de ACS em atividade no país, existem, segundo o Ministério da Saúde (2004), cerca de 195.491 ACSs no PSF, sendo distribuídos pelas regiões da seguinte maneira: 82.301 no Nordeste,

48.870 no Sudeste (sendo que destes, 17.166 estão no estado de São Paulo), 24.412 no Norte, 14.347 no Centro-Oeste e 25.561 no Sul.

O ACS tem se revelado o ator mais intrigante no que se refere à relação de trocas estabelecidas entre saberes médico-científicos. Pode-se dizer que o fato do ACS ser uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha e ser formado a partir de referenciais biomédicos, faz deste profissional que veicula as contradições, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes (Nunes et al, 2002). Por outro lado, o ACS deve orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde, informar aos demais membros da equipe de saúde a cerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades. Assim, munem os profissionais de saúde de elementos chave para a compreensão dos problemas de saúde das famílias e das necessidades da população. Sendo assim, o treinamento dos ACS deve supri-los de conhecimentos diversos em torno da questão do processo saúde-doença (Nunes et al, 2002).

Com a inserção do Agente Comunitário de Saúde na rede do Sistema Único de Saúde, suscitou polêmica a respeito da forma de contratação visto que eles eram submetidos a relações informais de trabalho, o que entrava em discordância com a função de servidores públicos que exerciam, função esta que exige um relacionamento permanente com a comunidade. Depois de várias discussões nas três esferas de governo e na sociedade de um modo geral de que os Agentes deveriam se beneficiar com os direitos que são garantidos à maioria

dos trabalhadores urbanos e rurais, benefícios previdenciários e trabalhistas (Ipea, 2000). De acordo com Castro et al (2005), essa precarização do trabalho leva à insatisfação dos agentes devido a fatores tais como: a inexistência de vínculo com a instituição na qual desenvolve suas atividades; insegurança pelo tipo de contrato; não valorização da categoria; não recebimento de algumas vantagens destinadas ao trabalhador do quadro. Sendo assim, a forma com que se efetiva a vinculação do agente na secretaria municipal de saúde influencia no processo de trabalho, trazendo conseqüências como o descompromisso, desmotivação, diminuição da produção, insegurança no trabalho, além da sensação que o agente tem de não sentir-se como subordinado ao município.

Em virtude deste fato, em 10 de Julho de 2002 através da Lei de número 10.507, o então Presidente da República cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde. Segunda esta Lei, essa profissão dar-se-ia exclusivamente no âmbito do SUS e se caracterizaria pelo exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS. Para o exercício da profissão, alguns requisitos deveriam ser preenchidos, tais como: residir na comunidade onde irá atuar; haver concluído o curso de qualificação básica para a formação; haver concluído o ensino fundamental. Ainda segundo a Lei, caberá ao Ministério da Saúde estabelecer o conteúdo Programático do curso de qualificação básica para os ACSs, bem como os módulos necessários à adaptação da formação curricular dos mesmos (Brasil, 2002b).

Segundo critérios definidos pelo MS (Brasil, 2000), os Agentes Comunitários de Saúde devem cumprir outros requisitos formais observados no seu processo de seleção, tais como residir na comunidade há pelo menos dois anos, ter idade mínima de 18 anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.

Quanto às atribuições dos ACSs, o Ministério da Saúde traçou o Perfil de Competências Profissionais dos Agentes Comunitários de Saúde – proposta à qualificação básica dos ACSs (Brasil, 2003). Segundo este perfil, a competência profissional dos trabalhadores de saúde é compreendida como um dos componentes fundamentais para a revolução qualitativa desejada para os serviços de saúde. São cinco competências atribuídas aos ACS, dentre elas:

- Competência 1: Desenvolver ações que facilitem a integração entre as equipes de saúde e as populações adscritas às Unidades Básicas de Saúde (UBS), considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;
- Competência 2: Participar do desenvolvimento de atividades de planejamento e avaliação, em equipe, das ações em saúde no âmbito de adscrição da respectiva UBS;
- Competência 3: Desenvolver ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, do estímulo à participação social e do trabalho intersetorial, visando à melhoria da

qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde.

- Competência 4: Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco sanitário para a população, conforme plano de ação das equipes de saúde.
- Competência 5: Desenvolver ações de prevenção e monitoramento, definidas no plano de ação das equipes de saúde, dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes conforme protocolos de saúde pública.

No que diz respeito à organização das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças no PSF, diversos autores têm debatido a respeito. De acordo com Silveira Filho (2002), a Equipe de Saúde Bucal (ESB) deve realizar uma busca ativa da demanda organizada, com programação de agenda para a execução das ações de prevenção e promoção de saúde. Essas ações podem ser executadas na UBS, nos domicílios ou nas Sedes Comunitárias e são caracterizadas como educação em saúde, escovação supervisionada, controle de placa bacteriana com evidenciador, aplicação terapêutica intensiva de flúor, aplicação de selante ou cariostático, orientação dietética, detecção precoce de lesões na mucosa e tecidos moles, além da minimização de riscos de trauma dental.

Ainda em se tratando de promoção em saúde e prevenção de doenças, se hábitos saudáveis são ensinados em idade precoce, as ações educativas em

saúde a serem implementadas tardiamente podem se basear no reforço de rotinas já estabelecidas. Sendo assim, os programas de educação em saúde bucal que têm como objetivo estabelecer, ao invés de modificar rotinas. No caso dos pré-escolares, onde levantamentos epidemiológicos da cárie têm demonstrado um quadro ainda precoce perante algumas regiões do país, a população alvo para tais programas são as mães e as gestantes. Considerando que a educação em saúde bucal deveria iniciar-se nos primeiros anos de vida, torna-se importante uma abordagem integrada incluindo profissionais de saúde em geral, incluindo neste último grupo os agentes comunitários de saúde, uma vez que o trabalho em equipe constituía abordagem mais adequada para a promoção de saúde bucal (Freire et al, 2000).

Quanto às Equipes de Saúde da Família (ESF), hoje são 17.608 equipes atuando no país, atendendo mais de 57 milhões de brasileiros. A meta do Ministério da Saúde até 2006 é ampliar para cerca de 32 mil o número de equipes de Saúde da Família, atendendo assim, 100 milhões de pessoas, ou cerca de 77 % da população brasileira (Brasil, 2005).

Quanto as ESBs, no final do ano de 2004 existiam no Brasil 9 mil Equipes, servindo a cerca de 31 milhões de brasileiros pelo Programa Saúde da Família, o que corresponde a uma cobertura populacional(\*) de 18% da população (Brasil, 2004). No estado de São Paulo, a situação das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família é de 556 Equipes com uma cobertura populacional(\*) de aproximadamente 5% da população do estado (SES-SP, 2004), incluindo aí os municípios de Amparo e Campinas.

Amparo, um município de pequeno porte, no interior do estado de São Paulo, com uma população estimada de 66.423 habitantes, segundo o IBGE (2005), implantou o PSF no ano de 1995 e atualmente conta com 16 ESFs cuja cobertura populacional é de 90%, além de que cada ESF atende a um número médio de 950 famílias. A Equipe de Saúde Bucal (ESB) foi inserida na ESF em agosto de 2001 com o objetivo de ampliar o acesso à população adulta. Dessa maneira, cada ESF em Amparo é formada por um médico, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, quatro agentes comunitárias de saúde, um psicólogo, um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário. Em relação aos ACSs, de 2001 para 2005, o seu número aumentou de 43 para 55. A todos os profissionais do PSF são oferecidos regularmente cursos de educação permanente e de capacitação, inclusive em saúde bucal para os agentes, sendo que o último curso de Capacitação em Saúde Bucal para esta categoria foi realizado pela Secretaria Municipal de Saúde no ano de 2003. (SMS-Amparo, 2005). O município possui 13 ESB responsáveis por uma cobertura populacional<sup>(\*)</sup> de 69% da população do município.

Já Campinas, um município com cerca de 1.045.706 habitantes (IBGE, 2005) também no estado de São Paulo passou a contar com o Programa de Saúde da Família, ou Programa Paidéia, desde 2001. Atualmente conta com 135 Equipes de Saúde da Família, onde cada equipe multiprofissional é composta por um médico da família, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista, atendente de consultório-dentário e

---

<sup>(\*)</sup>Estimativa com base de cálculo em 3.450 pessoas por ESB ou ESF.

técnico em higiene dental. Cada ESF clássica trabalha com o máximo de 700 famílias. Respeitando as características de Campinas como as epidemiológicas e as da própria rede, médicos pediatras, gineco-obstetras ou clínicos integram da mesma forma as equipes. No que diz respeito aos ACSs, existem no Programa Paidéia 568 agentes, cujo papel, neste município, é de expandir a capacidade de ação dos Centros de Saúde e no contexto de atenção à saúde bucal, esses profissionais deverão incorporar ações de prevenção e educação em saúde bucal na rotina das visitas domiciliares, visando a mudança de hábitos e a detecção de situações de risco para as doenças da boca (SMS –Campinas, 2001) As Equipes de Saúde bucal foram inseridas em 2001 e hoje a rede conta com 49 ESB, cuja cobertura populacional é de 15%(\*).

Dessa maneira, Amparo foi escolhida para este estudo por ser um município com uma excelente cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família, em relação à cobertura do estado de São Paulo e do Brasil. Embora a cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal de Campinas seja proporcionalmente menor que a do Brasil, é maior que a do estado de São Paulo, tornando este município como também objeto do estudo. Além disso, ambos fazem parte da mesma Direção Regional de Saúde – DIR XII – que abranje os seguintes municípios: Americana, Amparo, Artur Nogueira, Atibaia, Bragança Paulista, Campinas, Campo Limpo Paulista, Cosmópolis, Holambra, Hortolândia, Indaiatuba, Itatiba, Jundiaí, Lindóia, Monte Alegre do Sul, Monte Mor, Pedreira, Santo Antonio de Posse, Serra Negra, Socorro e Sumaré.

A Tabela 1 mostra a situação das ESB em Amparo, Campinas, no estado de São Paulo e no Brasil.

Tabela 1. Classificação das ESBs segundo número de equipes e percentual de cobertura populacional no ano de 2004.

Localidade	Número das ESBs	%Cobertura populacional
Amparo	13	69
Campinas	49	15
Estado de São Paulo	556	5
Brasil	9000	18

Fonte: Ministério da Saúde - 2004

(\*) Estimativa com base de cálculo em 3450 pessoas por ESB ou ESF.

### **3. PROPOSIÇÃO**

O presente estudo tem como objetivo analisar o conhecimento sobre Saúde Bucal dos Agentes Comunitários de Saúde inseridos no Programa de Saúde da Família dos municípios de Campinas e Amparo, ambos no estado de São Paulo, e sua prática na promoção de saúde bucal na comunidade em que trabalham.

## **4. MATERIAL E MÉTODOS**

### **Aspectos Éticos e Legais**

Após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FOP/UNICAMP, conforme resolução 196-96, de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde, pelo processo n. 109/2004 (em anexo), foram encaminhadas solicitações de autorização para a realização da pesquisa aos órgãos competentes.

### **Caracterização dos Municípios**

Localizados no interior do estado de São Paulo, os municípios de Amparo e Campinas possuem, respectivamente, uma população estimada de 66.423 hab e 1.045.706 hab, além de uma área de 446km<sup>2</sup> e 796km<sup>2</sup> segundo o IBGE (2005). Ambos fazem parte da mesma DIR - DIR XII - e contam com o Programa de Saúde da Família.

### **Caracterização do Estudo**

#### **Amostra**

Inicialmente foi feito um levantamento do número de ACSs integrantes do PSF de Amparo e de Campinas, que contavam no ano de 2004 com 55 e 568 agentes, respectivamente. Todos os ACSs de Amparo fizeram parte da pesquisa, enquanto que em Campinas o cálculo da amostra foi baseado em Souza et al, 1969, obtendo-se um número de, aproximadamente, 20% da população de ACSs, ou seja, 100 agentes de saúde. Destes, 60% dos ACSs de

Amparo devolveram os questionários respondidos e em Campinas, 77% o fizeram.

Tabela 2. Distribuição do número de questionários enviados e devolvidos respondidos em Amparo e Campinas.

Município	Total de ACSs no PSF	Questionários enviados	Questionários respondidos	%
Amparo	55	55	33	60%
Campinas	568	100	77	77%

## Metodologia

O estudo proposto lançou mão de questionários como metodologia de pesquisa, os quais continham 14 questões fechadas e 3 abertas. Foram previamente testados em fase piloto no município de Amparo com 11 ACSs no ano de 2004. Foi mantido um contato prévio com os coordenadores ou cirurgiões-dentistas de todas as UBS de Amparo; enquanto em Campinas, o contato foi estabelecido com a coordenação de Saúde Bucal, contatos estes que tiveram o intuito de explicar a importância do estudo e firmar um compromisso na sua aplicação junto aos ACSs. Em Amparo, todas as UBSs receberam os questionários, distribuindo-os a todos os ACSs do PSF; já em Campinas, os mesmos foram distribuídos aos cinco distritos que compõem o município (norte, sul, leste, noroeste e sudoeste), sendo que cada distrito recebeu 20 questionários que foram repassados aos ACSs de forma aleatória. Os questionários continham em anexo um termo de consentimento livre e esclarecido juntamente com uma carta explicativa sobre o objetivo do estudo e sua importância, além de informar que as respostas seriam confidenciais, além de não ocorrer a identificação dos agentes comunitários de saúde que respondessem à pesquisa.

## **Análise Estatística**

Foi realizada a distribuição de frequência e/ou estatística descritiva, utilizando o teste Qui-quadrado ( $\alpha = 0,05$ ). Para melhor entendimento os dados serão apresentados através de gráficos e tabelas.

## 5. RESULTADOS

O resultado obtido com as respostas dos Agentes Comunitários de Saúde encontra-se exposto a seguir:

Tabela 3. Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde dos municípios de Amparo e Campinas segundo o sexo

Município	ACSs participantes da pesquisa	Sexo feminino	Sexo masculino
Amparo	33	33	0
Campinas	77	76	1
Total	110	109	1

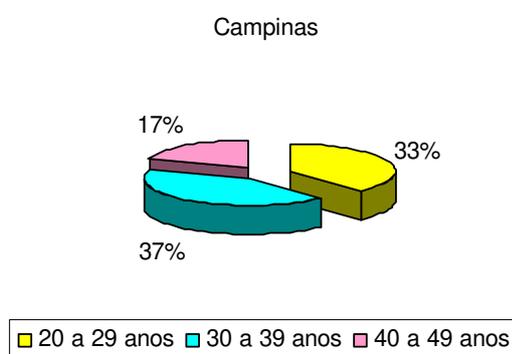
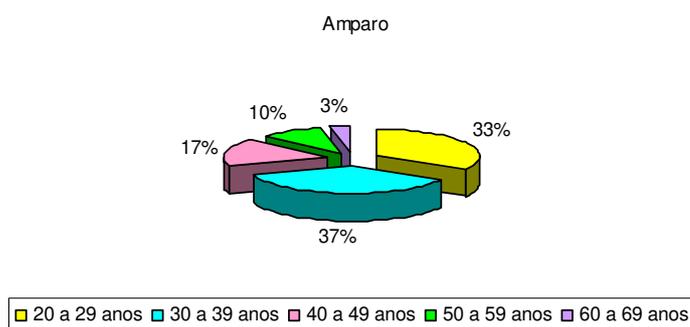


Gráfico 1. Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo a faixa etária

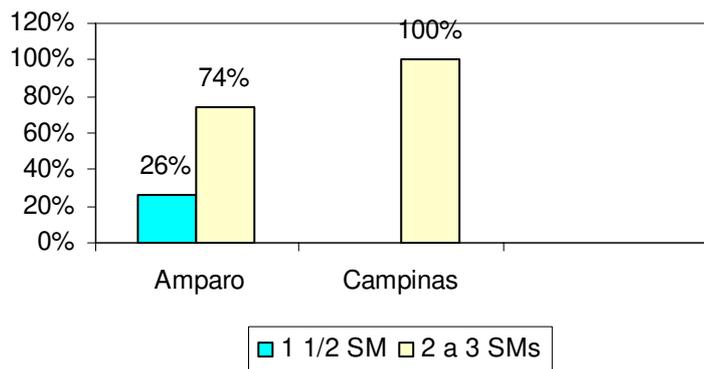


Gráfico 2. Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo faixa salarial

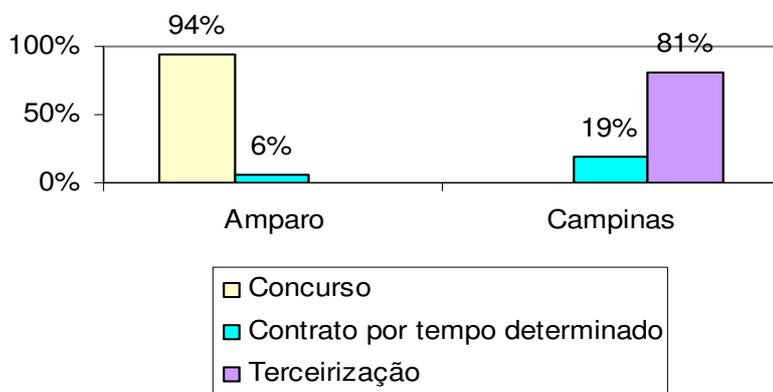


Gráfico 3. Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo vínculo empregatício

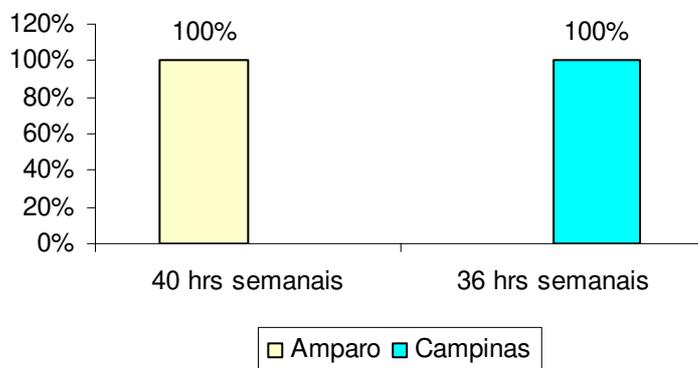


Gráfico 4. Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo jornada de trabalho

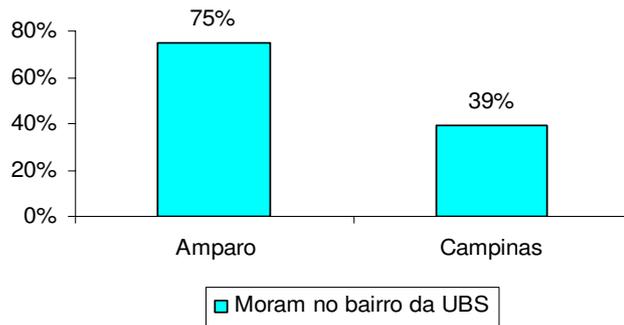


Gráfico 5. Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo seu local de residência

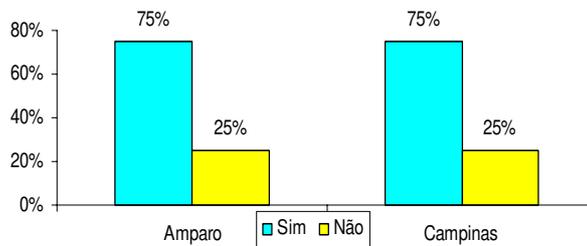


Gráfico 6. Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo participação em cursos de capacitação em saúde bucal oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

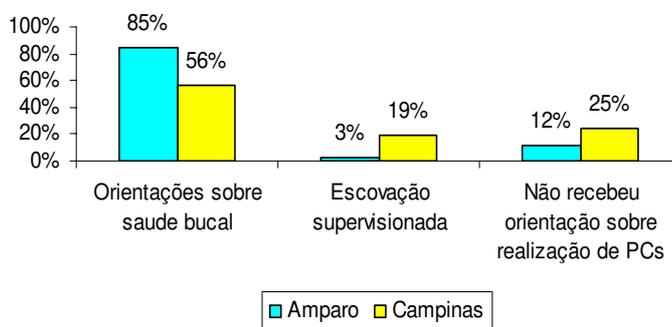


Gráfico 7. Ações de promoção em Saúde Bucal realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde durante suas visitas domiciliares junto à comunidade com a qual trabalham.

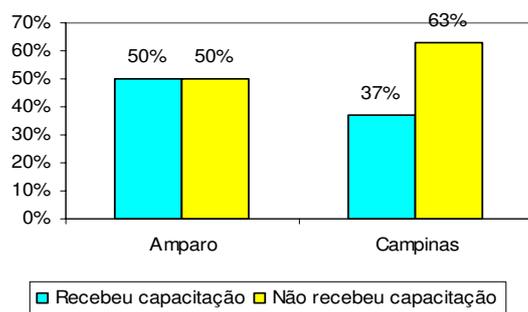


Gráfico 8. Distribuição dos ACS que relataram não ter recebido orientação quanto à realização de ações que promovam saúde na comunidade.

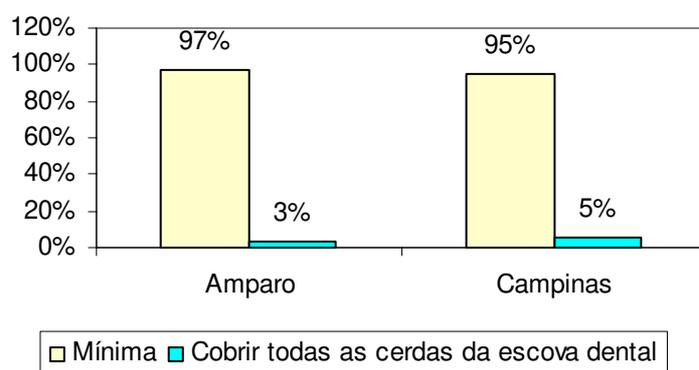


Gráfico 9. Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao seu conhecimento sobre a quantidade de dentífrico que se deve colocar na escova dental para a escovação de crianças.

Tabela 4. Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde quanto à orientação que fornecem às pessoas da comunidade em relação à água de consumo

Tipo de água	Amparo	n	%	Campinas	n	%
Abastecimento público ou filtrada		33	100		77	100
Água de galão		0	0		0	0
Total		33	100		77	100

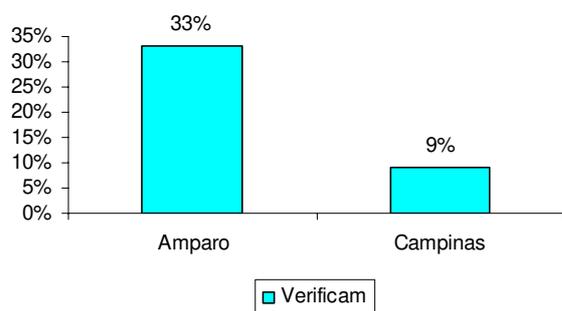


Gráfico 13. Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde que realizam a inspeção das escovas dentais durante as visitas domiciliares.

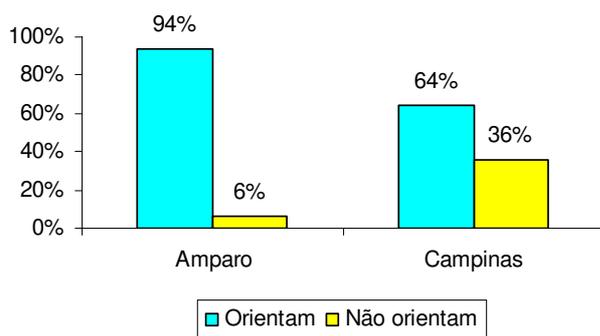


Gráfico 14. Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde em relação à orientação sobre higienização de próteses parciais ou totais.

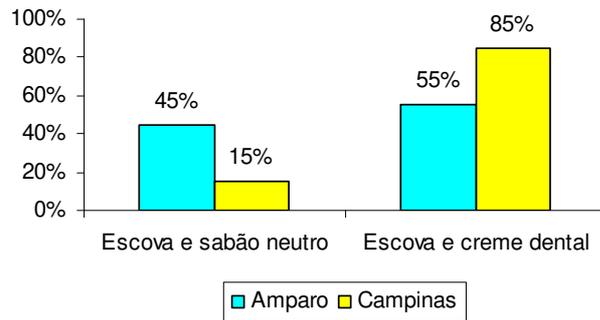


Gráfico 15. Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde em relação ao seu conhecimento sobre a maneira correta de higienizar as próteses.

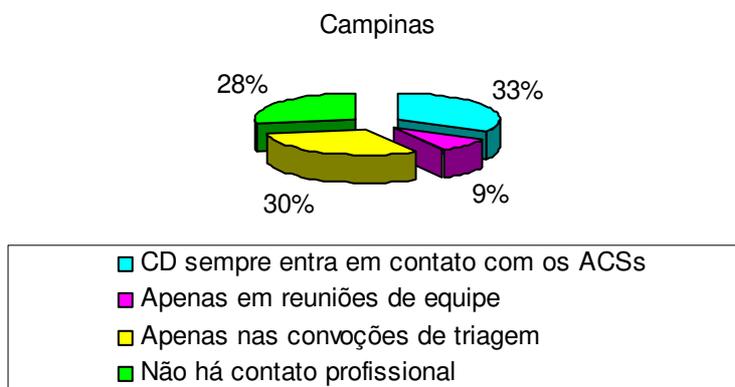
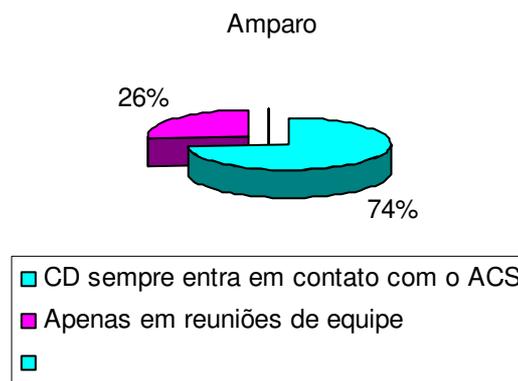


Gráfico 16. Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde quanto aos contatos profissionais com a Equipe de Saúde Bucal.

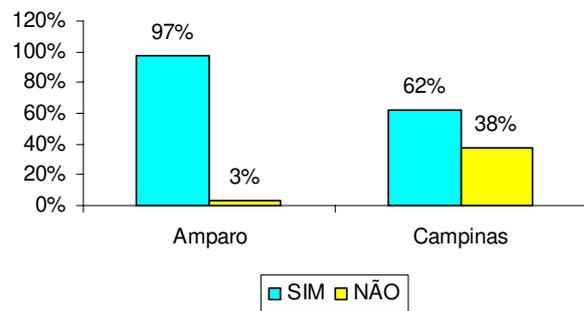


Gráfico 17. Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde que relataram se a Equipe de Saúde Bucal mantém contato para saber sobre a necessidade de assistência à saúde bucal da população.

## 6. DISCUSSÃO

Através de dados colhidos observamos que há uma predominância do sexo feminino nesta profissão, uma vez que de todos os ACS que responderam aos questionários tanto em Campinas quanto em Amparo, apenas 1 é do sexo masculino, o que corresponde a 0,9%. Em relação à faixa etária, em Campinas, a maior parte dos ACSs têm idade média de 34 anos; em Amparo, a idade média foi de 36 anos. Segundo o Ministério da Saúde (2004) em uma análise realizada com um grupo de 172 mil ACS, observou-se que eles são constituídos em sua maioria de jovens (67% têm até 34 anos), sendo 140 mil mulheres e 32 mil homens com níveis de escolaridade diferenciados. Observamos então que os dois municípios estudados estão de acordo com o perfil traçado pelo Ministério da Saúde.

Em relação ao vínculo empregatício, observamos que mesmo com a criação da profissão pelo Governo Federal através da Lei de n. 10.507, de 10 de Julho de 2002, um grande número de ACSs, em inúmeros municípios do país não têm seus direitos trabalhistas garantidos, já que muitos são submetidos a relações informais de trabalho, facilitando a ocorrência do fenômeno da precarização do trabalho. As formas mais comuns de contratação do trabalho dos ACSs utilizadas pelas secretarias municipais de saúde são: contrato por tempo indeterminado, cargo comissionado, contrato por prazo determinado, prestação de serviços (Castro et al, 2005). Embora não sejam todos os agentes comunitários de saúde da secretaria municipal de saúde de Amparo concursados (94% são concursados e 6% contratados), a situação deste

município está fora da realidade dos demais do estado de São Paulo e do resto do país, já que não acontece a precarização do trabalho. A inserção deste profissional no serviço municipal de saúde do município citado se dá através de processo seletivo que obedece aos requisitos formais definidos pelo Ministério da Saúde.

No que se refere à jornada de trabalho, ambos os municípios estão de acordo com as normas e diretrizes do Programa de Saúde da Família definidos pelo Ministério da Saúde, uma vez que a recomendação estabelece que os profissionais tenham disponibilidade de tempo para o trabalho em tempo integral na Unidade Básica de Saúde (Brasil, 2000).

Quanto ao requisito do ACS ser da comunidade, garantindo assim a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, os agentes comunitários de saúde devem residir nas respectivas áreas de atuação e há pelo menos dois anos antes da contratação (Brasil, 2001). O fato de o ACS residir na comunidade em que exerça a sua função, deixa as fronteiras entre ele e os outros habitantes mais porosas, criando expectativas e julgamentos específicos, além de definir posições e papéis muito particulares (Levy et al, 2004). De acordo com Tomaz (2002), é consenso que o ACS seja da própria comunidade, pois só assim se identificará em todos os sentidos com a própria comunidade. Nesta questão, o município de Amparo obedece às normas do Programa visto que 75% dos agentes inseridos moram no mesmo bairro da UBS, em contrapartida com os ACSs do município de Campinas, os quais apresentam porcentual baixo neste quesito (39%).

Quanto à capacitação em saúde bucal oferecida pela secretaria municipal de saúde (SMS) aos profissionais da rede, a porcentagem dos ACSs que fizeram parte deste processo foi igual nos dois municípios estudados. Chamamos atenção para o fato de que todos os ACSs do Programa Saúde da Família devem passar por este processo. Tanto em Campinas quanto em Amparo, 75% destes participaram, pelo menos uma vez, de capacitação em saúde bucal. Apontamos algumas possíveis causas para este fenômeno: talvez não haja obrigatoriedade por parte da SMS quanto à presença de todos os ACS às aulas; este processo de educação permanente não acontece com uma frequência regular, ou seja, não há uma capacitação introdutória oferecida aos ACSs quando estes ingressam no PSF, ou anualmente para todos os agentes da rede. As orientações sobre como promover saúde bucal na comunidade devem acontecer logo após a convocação destes profissionais, caso contrário os que entrarem por último ou os que faltarem dificilmente se tornarão promotores de saúde bucal. Segundo Da Silva e Dalmaso (2002), os desafios para o processo de preparação dos ACSs referem-se aos mecanismos de seleção e aos processos de capacitação, aí incluídos os treinamentos introdutórios e a educação continuada, além da sistemática de supervisão adotada. Tomaz (2002) concordou com as autoras citadas acima, entretanto também afirmou que “urge a implementação de formas mais abrangentes e organizadas de formação e capacitação dos profissionais de saúde, incluindo os ACSs, mediante um projeto nacional estimulado pelo Ministério da Saúde”.

Quando questionados sobre os temas abordados na capacitação, os mais citados pelos ACSs dos municípios estudados foram: critérios de encaminhamento da comunidade para a UBS, como escovar os dentes e uso correto do fio dental, quais são as doenças bucais mais frequentes (dentre elas as mais citadas foram cárie, tártaro, gengivite e câncer bucal), higienização das próteses bucais, alimentação, antibióticos, saúde bucal do bebê, da gestante e dos idosos, uso do flúor, prevenção do câncer bucal, hábitos nocivos (como mamadeira, chupeta). Com essa informação observa-se que a capacitação em saúde bucal nestes municípios visa o desenvolvimento de atividades capazes de promover saúde bucal, não se restringindo apenas a orientações sobre bebês e crianças, uma vez que dentro de uma perspectiva de universalidade proposta pelo SUS é imprescindível que se expanda a promoção de saúde para todas as faixas etárias (Zanetti, 2002).

Já em relação aos procedimentos coletivos realizados pelos ACSs junto à comunidade, observa-se que a maior parte deles apenas orientam as pessoas da comunidade quanto aos hábitos de higiene bucal e uma porcentagem muito pequena realiza escovações supervisionadas. Em seu artigo, Zanetti (2000) sugeriu que cada família recebesse regularmente a visita do ACS. Este deveria realizar visitas bimestrais junto às famílias, fossem elas saudáveis ou em situação de doença bucal. Em cada visita o ACS despenderia 20 minutos de atenção à saúde bucal e os demais 40 minutos seriam gastos em atividades assistenciais programadas. Zanetti também propôs que, como maneira de

expandir a promoção em saúde bucal, recebessem esse tipo de ação os grupos de gestantes, diabéticos, idosos, crianças e adolescentes, internos de enfermarias, fila de espera, escolas, creches, associações, igrejas, grupos de auto ajuda entre outros. Nas visitas domiciliares, o autor sugeriu que fossem realizados os seguintes procedimentos assistenciais rotineiros bimestrais: realização de inspeção da normalidade de tecidos bucais e promoção de auto-exame para detecção precoce do câncer bucal, escovação supervisionada, provimento de informações para o aprimoramento e correção permanente da técnica de higiene bucal utilizada; identificação pós-escovação do Índice de Higiene Oral Simplificado; aplicação tópica de flúor gel acidulado com escova de dente em todas as pessoas da família que possuam a habilidade de controle de deglutição; instruções para evitar lavar a boca ou ingerir água e alimentos pós-aplicação; educação em saúde bucal de forma gradativa e progressiva, além de educação para saúde geral.

Segundo Manfredini (2004), a proposta de Zanetti (2000) engloba uma elevada gama de ações. Para este autor, o que foi proposto trabalha com um tempo de ação muito elevado para a saúde bucal. Através da observação de alguns serviços, Manfredini relatou a dificuldade de um ACS depender um terço da sua visita bimestral apenas para a saúde bucal. Por outro lado, a distribuição de tempos similares para famílias saudáveis e que “se encontram em situação de doença bucal” poderia conduzir a um gasto excessivo com as primeiras e insuficiente para as segundas.

Deste modo, pode-se tecer alguns comentários sobre o tema, sendo que a dissertativa de Manfredini (2004) nos parece mais pertinente, contudo a discussão em torno das atribuições dos ACSs em relação á saúde bucal ainda é polêmica, uma vez que o MS não deixa claro o que realmente é de competência destes profissionais nesta área, ou seja, até que ponto o ACS pode desempenhar atividades de promoção em saúde bucal; quais são essas ações e quando deve realizá-las. Através da análise da situação do trabalho dos ACSs em alguns municípios do país, constatamos que estes profissionais exercem atividades que não estão dentro das suas competências, como por exemplo, o exercício da função de atendente de consultório dentário (ACD) em equipes que não contam com este tipo de categoria profissional, ou como auxiliar de serviços gerais. As atribuições definidas pelo MS para os ACSs são ainda muito vagas no que se refere à saúde bucal, abrindo a porta para que os mesmos realizem uma variedade de atividades que, muitas vezes, não condiz com suas verdadeiras funções, principalmente quando o Programa no município conta com ACD ou THD, fazendo com que nem o próprio ACS saiba o que pode e deve realizar em relação à saúde bucal junto à comunidade.

De acordo com Tomaz (2002) : “ não se pode colocar nas costas do ACS o árduo e complexo papel de ser a mola propulsora da consolidação do SUS, pois na prática, esta consolidação depende de um conjunto de fatores, dentre eles o envolvimento de vários profissionais, incluindo os próprios agentes. Por falta de uma clara delimitação de suas atribuições, seu papel tem sido

distorcido, sobrecarregando, muitas vezes, seu trabalho. Qualquer ação que deva ser desenvolvida nas famílias e na comunidade é atribuída aos ACSs”.

Em Campinas, dos ACSs que responderam que nunca foram orientados, 63% não receberam capacitação em saúde bucal em qualquer momento, enquanto que 37% deles receberam a capacitação pelo menos no seu ingresso. Outro ponto é que na questão sobre temas abordados na capacitação todos os ACSs que responderam “nunca fui orientado a realizar procedimentos coletivos em saúde bucal”, citaram quais os temas estudados, o que demonstra que eles têm o conhecimento para a promoção em saúde bucal, mas talvez não haja uma cobrança na UBS, por parte da ESB, em relação a como inserir esse conhecimento na prática, junto à população. Já em Amparo, dos ACSs que relataram nunca ter recebido esse tipo de orientação, 50% receberam capacitação em saúde bucal pelo menos por uma vez, o que não justifica não promoverem saúde na comunidade. Dessa maneira, chama-se a atenção para a gravidade da situação dos ACSs, quando os mesmo dizem não ter sido orientados a realizar procedimentos coletivos (25% em Campinas e 12% em Amparo), uma vez que os profissionais sem nenhuma capacitação em saúde bucal ou sem uma cobrança contínua para exercerem suas funções não possuem o perfil compatível com as necessidades do serviço, notando-se a ausência de educação continuada para estes. Segundo Rodrigues (2004), as atividades de reorganização de saúde bucal na atenção básica oferecida pelo SUS só deverá concretizar-se a partir de alguns elementos estruturais de sustentação, dentre eles, a formação/qualificação de recursos humanos, visto que estes, enquanto

sujeitos das transformações necessárias aos serviços, têm grande responsabilidade na condução desse processo, o qual requer reflexões e revisões das estruturas práticas e, principalmente, da atuação destes profissionais.

Nas últimas décadas tem se observado um declínio na prevalência da cárie dental, fenômeno atribuído, em grande parte, ao uso de dentifrícios fluoretados. Contudo, paralelamente a isto, também houve um aumento da fluorose dentária, o que tem gerado expectativas num país como o Brasil no qual são empregados programas para o controle de cárie dental centrados no amplo uso do flúor (Lima & Cury, 2001). Sendo assim, ao considerar a ingestão do flúor com um risco à fluorose dentária clinicamente aceitável, devemos realizar a escovação doméstica ou em ações coletivas, supervisionadas, principalmente no período crítico para o desenvolvimento do dente, de forma a evitar que a criança degluta parte do dentifrício, uma vez que se sabe que crianças de 2 a 4 anos deglutem 50% do dentifrício utilizado na escovação e que as com faixa etária entre 5 e 7 anos deglutem cerca de 25% (Zanin et al, 2002). Tendo isto em vista, pais ou responsáveis devem ser orientados a supervisionar as escovações domésticas ou as realizadas em procedimentos coletivos, pelo menos até os sete anos de idade, para instruir que a criança não degluta a espuma da escovação e que coloque na escova dental uma pequena quantidade de dentifrício (SES-SP, 2000). Assim, quanto à quantidade de creme dental utilizado pelas crianças durante a escovação dentária, 97% e 95% dos agentes de Amparo e Campinas, respectivamente, têm um correto conhecimento. No entanto, os

mesmos não possuem o saber quanto as orientações que devem ser dadas às mães à respeito de que a criança deverá realizar suas escovações domésticas sob supervisão do responsável até os 7 anos de idade.

No que se refere às instruções fornecidas à população quanto à água para consumo, todos os ACSs que responderam aos questionários, tanto em Campinas quanto em Amparo, relataram estimular as pessoas a consumirem água de abastecimento público filtrada ou fervida, uma vez que nestes municípios a mesma é fluoretada. Segundo Manfredini (2004), isso é exemplo de ação em promoção em saúde bucal e que deve ser sempre incentivada nas ações preventivas, além de que o consumo de água de abastecimento público corretamente fluoretada é um benefício que não se restringe apenas à crianças, mas a qualquer pessoa em qualquer faixa etária, o que está de acordo com a proposta universalista do SUS.

Em relação à inspeção das escovas dentais das pessoas da comunidade durante as visitas domiciliares, de acordo com os dados obtidos, o percentual de ACSs que a realizam é muito baixo. Com a possível inspeção, torna-se-ia mais equânime a troca e distribuição das escovas dentais, o que também é um exemplo de promoção em saúde bucal. Em Amparo, o último curso de capacitação em saúde bucal para ACSs, realizado em 2003, orientou estes profissionais sobre a verificação das escovas e sua troca quando necessário, o que não justificaria esse percentual tão baixo de negligência (SMS-Amparo, 2003).

Sobre próteses totais ou parciais, testou-se o seu conhecimento aliado à prática cotidiana na comunidade e observou-se que, tanto em Campinas quanto em Amparo, os ACSs instruíam os usuários de próteses a higienizá-los. Contudo, os ACSs destes municípios não os orientavam corretamente quanto à limpeza, que deve ser realizada com o uso de escova macia e sabão neutro, de acordo com a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (2004), uma vez que a orientação dada por estes profissionais é que os usuários escovassem as próteses com escova e dentífrico.

Quanto à integração da ESB com os ACSs, notou-se que, em Campinas, essa integração ocorre em menor proporção que em Amparo, já que se reúnem com mais frequência apenas para convocação de triagens, ou em reuniões ou nunca se reúnem, o que é muito grave. Em Amparo, a integração é maior, contudo, ainda está aquém do que deveria ser. Uma equipe de saúde bucal que não se articula com os agentes comunitários de saúde está favorecendo ao comodismo destes profissionais em não realizar suas funções na promoção de saúde bucal junto à comunidade. A ESB não se responsabiliza e não orienta; o agente comunitário de saúde sem orientação nada faz em relação à saúde bucal. Essa falta de integração é prejudicial pelo fato de que a inclusão das equipes multiprofissionais no processo de assistência, incluindo médicos, enfermeiros dentistas, psicólogos assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, agentes comunitários de saúde, dentre outros, possibilita organizar o trabalho com níveis de complementaridade, que melhor entendem as

distintas necessidades de atenção apresentadas pela população (Moyses, 2002).

Em outra questão, os ACSs foram perguntados se o cirurgião-dentista da sua Unidade Básica de Saúde, quando entra em contato com os mesmos, procura saber sobre a necessidade de assistências à saúde bucal da população, sendo que a maior parte destes afirmou que SIM. Concorda-se com Zanetti (2001) quando este afirmou que o desafio não está em incorporar a agenda de saúde bucal às atividades do Agente Comunitário de Saúde, e sim, incorporar os profissionais da equipe da clínica odontológica num entendimento mais amplo de compromisso comunitário de trabalho em saúde da família, em equipe multiprofissional e interdisciplinar, em promoção de saúde, fundamentalmente em rede de serviços para a assistência, de acordo com os princípios do SUS. Segundo este autor, em seus 5 anos de experiência em formação de ACS ficou demonstrado que é extremamente fácil e barato instituir uma frente preventiva e promocional em saúde bucal.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados do presente estudo sugerem que os ACSs, tanto em Amparo quanto em Campinas, possuem conhecimento em Saúde Bucal, uma vez que ambos municípios lançam mão de capacitação nesta área, abordando temas fundamentais que os possibilitem serem promotores de Saúde Bucal na comunidade na qual exercem suas funções. Contudo, em relação a alguns assuntos, seu conhecimento ainda é insuficiente, principalmente em Campinas.

Já quanto à prática deste conhecimento junto à comunidade, os ACSs de Amparo mostram-se mais comprometidos que os de Campinas em prol da promoção da Saúde Bucal da população

## REFERÊNCIAS\*

- Amparo. Secretaria Municipal de Saúde. Capacitação para Agentes Comunitários de Saúde na Saúde Bucal. Amparo, 2003.
  
- Amparo. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde: responsabilidade de todos. Amparo; 2005
  
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1886/GM de 18 de dezembro de 1997
  
- Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica - Programa de Saúde da Família. Brasília, 2000.
  
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 267/GM de 6 de Março de 2001. Diário oficial da União 2001a.
  
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Agentes Comunitários da Saúde. Brasília, 2001b.
  
- Brasil. Ministério da saúde. Equipes de saúde bucal. Brasília, 2002a.
  
- Brasil. Lei n. 10.507. Diário Oficial da União, Brasília, 10 de Julho de 2002b.
  
- Brasil. Ministério da Saúde. Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde - ACS, proposta relacionada à Qualificação Profissional Básica do ACS. Disponível em : URL: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 30 Out 2003.

---

\* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

- Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Disponível em URL: <http://www.saude.gov.br/psf> .Acesso em 20 Dez 2004

\_ Brasil. Ministério da Saúde. Rev Saúde da Família. Disponível em URL: <http://www.saude.gov.br/psf>. Acesso 05 Out 2005.

- Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto Paidéia de Saúde da Família-2001. Disponível em: URL: <http://www.campinas.sp.gov.br> Acesso em 08 Dez 2004

- Castro JL, Vilar RLA, Fernandes VP. Precarização do trabalho do agente comunitário de saúde: um desafio para a gestão do SUS. Disponível em: URL: <http://www.observatorio.nesc.ufm.br> Acesso em 05 Set 2005

- Da Silva , Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface - Comunic, saúde, Educ. 2002; 6(10): 75-96. Disponível em: URL: <http://www.interface.org.br/revista> Acesso em 10 Set 2004

- Di Lorenzo R, Soares MC. Programa saúde da família também cuida da saúde bucal da população. Disponível em: URL: [http:// www.apcd.org.br](http://www.apcd.org.br). Acesso em 05 Set 2003.

- Farias AF, Diniz AC. Atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família de Campina Grande - PB. In: Padilha WW organizador. Recursos Humanos e Programação em Odontologia no estado da Paraíba. Idéia; 2004. p 61-78.

- Freire MC, Macedo RA, Silva WH. Conhecimentos, atitudes e praticas dos médicos pediatras em relação à saúde bucal. Pesq Odontol Bras. 2000; 14(1): 39-45.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em URL: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 08 Set 2005.
- Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. Cad Saúde Publica. 2004; 20(1): 197-203
- Lima YB, Cury JÁ. Ingestão de flúor por crianças pela água e dentifrício. Revi Saúde Publica. 2001; 35(6): 576-81
- Moyses, S. J,. A odontologia no Programa de Saúde da Família. 10 Anos do PSF em Curitiba: A história contada por quem faz a história. Curitiba, 2002
- Manfredini MA. Um olho no peixe, outro no gato: planejando a atenção à saúde na atenção primária. Disponível em: URL: <http://www.campinas.sp.gov.br>. Acesso em 10 Dez 2004
- Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Melo MC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad saúde Publica. 2002; 18(6): 1639-1646
- Nogueira RP, Da Silva SB, Ramos ZVO. A vinculação Institucional de um trabalhador *sui generis* – o agente comunitário de saúde, 2000. Disponível em URL: <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em 10 Out 2003
- Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC, organizador. Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artemed; 2002
- Rede Cedros GT. Saúde bucal em SILOS. O que devemos fazer nos municípios? Cad saúde Bucal. Rio de Janeiro: Cedros, 1992.

- São Paulo. Secretaria Estadual de saúde. A organização das ações de saúde bucal na atenção básica – uma proposta para o SUS/SP. São Paulo; Secretaria Estadual de Saúde. Rio de Janeiro, 2000a.

- São Paulo Secretaria Estadual de Saúde. Recomendações sobre o uso de produtos fluorados no âmbito do SUS/SP em função do risco de carie dentária. São Paulo: secretaria estadual de saúde; 2000b.

- São Paulo. Secretaria Estadual de Saúde. Auto Exame e auto cuidados em saúde bucal. Disponível em: URL: [http:// www.saopaulo.sp.gov.br](http://www.saopaulo.sp.gov.br). Acesso em 10 de Nov. de 2004.

- Silveira Filho AD. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a pratica. Disponível em: URL: [http:// www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em 02 Jan. 2004.

- Souza JMP, Silva EPC, Mattos OB. Prevalência de cárie dentária em Brasília, Brasil. Rev Saúde Pública.1969; 3(2): 133-140.

- Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. Interface- Comunic, Saúde, Educ. 2002; 6(10): 75-94. Disponível em : URL: <http://www.interface.org.br/revista> Acesso em 10 Set 2004

- Zanetti CHG. A inclusão da saúde bucal no PACS/PSF e novas possibilidades de avanços no SUS, 2000.Disponível em URL: [http:// www.saudebucalcoletiva.unb.br](http://www.saudebucalcoletiva.unb.br). Acesso em 03 Out. 2003.

- Zanetti CHG. Saúde bucal no programa saúde da família (PSF)- proposição e programação, 2002. Disponível em: URL: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>. Acesso em 10 Jan. 2004.

- Zanin L, Pardi V, Pereira AC. Método de utilização do flúor tópico. In: Pereira AC organizador. Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artemed; 2003.

# ANEXOS

## QUESTIONÁRIO

Município:.....

1. Há quanto tempo você trabalha na sua UBS

- a. até 12 meses    b. 13 a 36 meses    c. mais de 37 meses

2. Você mora no bairro da UBS onde trabalha?

- a. Sim  
b. Não

3. qual a sua idade?

.....

4. Qual foi o tipo de contratação do seu serviço?

- a. concurso  
b. contrato temporário  
c. terceirização  
d. outros:.....

5. Qual o seu nível salarial?

- a. até 1 salário mínimo  
b. 2 a 3 salários  
c. mais de 4 salários

6. Você trabalha as 40 horas na mesma UBS?

- a. sim  
b. não

7. Após ingressar no PSF, você recebeu algum tipo de capacitação sobre saúde bucal?

- a. sim

b.não

8. Quais os temas abordados?

.....  
.....  
.....

9. Se você realiza procedimentos coletivos em saúde bucal, durante suas visitas domiciliares, marque com um X as atividades realizadas:

- a. faço escovação supervisionada sempre que necessário
- b. faço aplicação de flúor na crianças
- c. dou informações sobre hábitos de higiene oral
- d. nunca fui orientada a fazer esse tipo de atividade

10. Para que a escovação dos dentes das crianças possa evitar a cárie, a quantidade de creme dental deve:

- a. cobrir todas as cerdas da escova dental
- b. ser em quantidade mínima

11. Sobre as orientações dadas por você à população da sua micro-área, responda:

- a. Oriento beber água de galão
- b. Oriento beber água fervida ou filtrada

12. Você realiza a verificação das escovas dentais durante as visitas domiciliares?

- a. durante as visitas verifico se as escovas dentais estão em bom estado
- b. nunca fui orientada a dar esse tipo de informação

13. Você orienta as pessoas que usam dentaduras ou pontes sobre a higienização das mesmas?

( ) sim ( ) não

14. Se respondeu SIM acima, qual a melhor maneira de higienizá-las?

- a. sempre escovar com escova e creme dental
- b. escovar com sabão neutro

15. O dentista da sua UBS mantém contato com você para saber a necessidade da população para o tratamento odontológico?

- sim
- não

16. Para você até que idade a mãe deve escovar os dentes do seu filho?.....

17. Em que situação ocorre um maior contato entre você e a equipe de saúde bucal?

- a. na convocação das famílias para triagem
- b. raramente isso ocorre
- c. o dentista está sempre me passando orientações sobre saúde bucal