



GIOVANA RENATA GOUVÊA

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E PRÁTICAS EM SAÚDE
BUCAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE VINCULADOS
À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM E SEM EQUIPE DE
SAÚDE BUCAL**

Piracicaba

2014

i



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

GIOVANA RENATA GOUVÊA

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E PRÁTICAS EM SAÚDE
BUCAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE VINCULADOS
À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM E SEM EQUIPE DE
SAÚDE BUCAL**

Dissertação de Mestrado Profissionalizante
apresentada à Faculdade de Odontologia de
Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas
como parte dos requisitos para obtenção do título
de Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Miranda Guerra

Este exemplar corresponde à versão final
da dissertação defendida por Giovana
Renata Gouvêa e orientada pela Profa.
Dra. Luciane Miranda Guerra.

PIRACICABA 2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

G745a Gouvêa, Giovana Renata, 1976-
Avaliação do conhecimento e práticas em saúde bucal de agentes comunitários de saúde vinculados à estratégia saúde da família com e sem equipe de saúde bucal / Giovana Renata Gouvêa. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Luciane Miranda Guerra.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Educação em saúde bucal. 2. Agentes comunitários de saúde. 3. Estratégia saúde da família. I. Guerra, Luciane Miranda, 1970-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Evaluation of the knowledge and practices of oral health of community health workers linked to the family health strategy with and without oral health team

Palavras-chave em inglês:

Health education, dental

Community health workers

Family health strategy

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestra em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Luciane Miranda Guerra [Orientador]

Antonio Carlos Pereira

Débora Dias da Silva Harmitt

Data de defesa: 26-02-2014

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 26 de Fevereiro de 2014, considerou a candidata GIOVANA RENATA GOUVÉA aprovada.

Profa. Dra. LUCIANE MIRANDA GUERRA

Profa. Dra. DÉBORA DIAS DA SILVA HARMITT

Prof. Dr. ANTONIO CARLOS PEREIRA

RESUMO

Em 2013, mais de 250 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e mais de 22 mil Equipes de Saúde Bucal (ESB) estavam atuando no Brasil com a finalidade de colaborar nas ações de promoção da saúde, na prevenção das doenças e de contribuir para fortalecer a capacidade da população no enfrentamento dos problemas de saúde. A proposição do presente estudo do tipo transversal foi: comparar o processo de trabalho e o conhecimento em saúde bucal de ACS que atuam com e sem Equipe de Saúde Bucal. No total, 162 sujeitos participaram do estudo, sendo 81 ACS vinculados a Unidade de Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal e 81 ACS vinculados a Unidade de Saúde da Família sem Equipe de Saúde Bucal. Foi utilizado um formulário contendo dados de renda, escolaridade e tempo de serviço como ACS, 7 itens sobre processo de trabalho, comportamentos, autopercepção em saúde bucal e acesso das famílias ao serviço odontológico, além de 12 questões validadas sobre conhecimentos do processo saúde-doença. Foi aplicado o teste Mann-Whitney para verificar diferenças entre os grupos de ACS com relação ao conhecimento em saúde-doença bucal. Os testes Qui-Quadrado e Exato de Fischer foram utilizados para verificar diferenças entre os grupos de ACS sobre o processo de trabalho, comportamento, autopercepção e acesso. O nível de significância adotado nos testes foi de 5%. Os resultados mostraram que as diferenças observadas entre os grupos de ACS foram estatisticamente significativas ($p < 0,05$) quando se analisou o total de escores do questionário de conhecimentos sobre saúde-doença bucal ($p < 0,0021$). Com relação às outras variáveis do estudo, somente as questões que abordaram o tema capacitação em saúde bucal ($p < 0,0002$) e acesso das famílias ao serviço odontológico ($p < 0,0001$) obtiveram diferenças estatisticamente significativas quando comparados os dois grupos de ACS. Conclui-se que o conhecimento sobre processo saúde/doença bucal dos ACS vinculados a Unidade de Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal é melhor, e que o número de ACS que já passou por capacitação em Saúde Bucal foi significativamente maior no grupo com ESB.

Palavras Chave: Educação em Saúde Bucal. Agente Comunitário de Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

In 2013, over 250 000 Community Health Agents (ACS) and more than 22 thousand Oral Health Teams (ESB) were working in Brazil in order to collaborate in activities promoting health, preventing disease and contribute to strengthen the capacity of the population in coping with health problems. The proposition of this cross-sectional study was: to compare the work process and knowledge of oral health that act ACS with and without Dental Health Team. In total, 162 subjects participated in the study, with 81 linked ACS Unit Family Health Oral Health Team with ACS and 81 linked to the Family Health Unit without Dental Health Team. A form containing data on income, education and tenure as ACS, 7 items on the work process, behavior, self-perception of oral health and household access to dental care was used, and 12 validated questions on knowledge of the health-disease. The Mann- Whitney test was used to evaluate differences between groups of ACS with regard to knowledge in oral health and disease. The Chi-square and Fisher's Exact tests were used to assess differences between groups of ACS over the work process, behavior, self-awareness and access. The significance level used in the tests was 5 % . The results showed that the observed differences between the groups of ACS were statistically significant ($p < 0.05$) when analyzing the total scores of knowledge about oral health and disease ($p < 0.0021$) questionnaire. Regarding other variables in the study, only questions that focused on training in oral health ($p < 0.0002$) and household access to dental care ($p < 0.0001$) had statistically significant differences when comparing the two groups of ACS . We conclude that knowledge about oral health/disease linked to the ACS Unit Family Health with Dental Health Team process is better, and that the number of ACS who has had training in oral health was significantly higher in the group with ESB.

Keywords: Health Education Dental. Community Health Workers. Family Health Strategy

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	xiii
AGRADECIMENTOS	xv
LISTA DE QUADRO E TABELAS	xix
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xxi
1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DE LITERATURA	4
2.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	4
2.2 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	5
2.3 A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	10
3 PROPOSIÇÃO	14
4 MATERIAL E MÉTODOS	15
4.1 ASPECTOS ÉTICOS	15
4.2 TIPO DE ESTUDO	15
4.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO	15
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	15
4.4 COLETA DOS DADOS	17
4.5 ESCORE ATRIBUÍDO ÀS RESPOSTAS DOS INDIVÍDUOS	17
4.6 APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	21
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	21
5 RESULTADOS	23
6 DISCUSSÃO	35
7 CONCLUSÃO	48
REFEFÊNCIAS	49
ANEXOS	60
Anexo 1	60
Anexo 2	61
Anexo 3	62

DEDICATÓRIA

Ao Grande Arquiteto Do Universo

Ao meu amor, amigo e companheiro para todas as horas, **Giampietro Deserti** pelo incentivo em todos os momentos em que tive dúvidas, pelo amor, carinho e pela compreensão nas horas difíceis. Agradeço por ter feito parte da realização deste sonho e por estar sempre ao meu lado, com seu otimismo e perseverança. Você disse que esse sonho era possível e que eu iria conseguir, eu acreditei em você! Obrigada!

A você, todo meu carinho e amor.

AGRADECIMENTOS

Ao Magnífico Reitor da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP,
Prof. Dr. José Tadeu Jorge.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba - FOP/UNICAMP, representada por
seu Diretor, Prof. Dr. Jacks Jorge Júnior.

À Profa. Dra. Renata M. R. Garcia, Coordenadora dos cursos de Pós-
Graduação da FOP/UNICAMP.

À Profa. Dra. Cinthia Pereira Machado Tabchoury, Coordenadora do Programa
de Pós-Graduação em Odontologia da FOP/UNICAMP.

Ao Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira, Coordenador do Programa de Mestrado
Profissional em Saúde Coletiva da FOP/UNICAMP.

A todos os professores (as) do Departamento de Odontologia Social e
professores (as) convidados, pelos conhecimentos transmitidos.

Ao Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira e Fábio Luiz Mialhe que compuseram a
banca de apresentação do pré-projeto, pelas orientações e direcionamento da pesquisa.

Ao Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim e Fábio Luiz Mialhe que
compuseram a banca da qualificação, pelas orientações na pesquisa.

Ao Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira e Profa. Dra. Débora Dias que
compuseram a banca da Defesa, pelas considerações.

A toda a equipe técnica da Secretaria de Saúde de Piracicaba que permitiram o desenvolvimento da pesquisa.

À Coordenadora de Saúde Bucal de Piracicaba, Dr^a Dirce Valério da Fonseca, pelo auxílio na pesquisa e disponibilidade dos dados.

Às enfermeiras, aos médicos, aos cirurgiões-dentistas, as auxiliares de saúde bucal, às auxiliares de enfermagem, aos agentes comunitários de saúde das Unidades de Saúde da Família do município de Piracicaba, meus sinceros agradecimentos pela receptividade e colaboração na realização desta pesquisa.

A Profa. Dra. Karine Laura Cortelazzi e Profa. Dra. Luciane Zanin pela confiança que depositaram na minha pessoa.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Profa. Dra. Luciane Miranda Guerra e ao Prof. Dr. Fábio Luiz Mialhe, pelos conhecimentos transmitidos, cobrança edificante e paciência na orientação desta pesquisa.

Aos meus pais Pedro Lopes Gouvêa e Roseli Henriqueta Menin Gouvêa, meus primeiros mestres, pela oportunidade da vida, pelo amor, pelo ensinamento dos princípios da honestidade, justiça, respeito, responsabilidade, ética, pelo incentivo e cuidado em todas as fases da minha vida.

Às sobrinhas, Ana Beatriz e Pietra, pelo amor, incentivo constante, e pela alegria de viver.

Aos meus irmãos Gislaine e Guilherme, pela amizade incondicional, carinho e apoio nos bons e maus momentos.

À Equipe da Unidade de Saúde da Família Chapadão II/Sol Nascente, um agradecimento especial pela amizade, pelos ensinamentos, por todos os momentos de aprendizagem e pelo incentivo.

Aos meus amigos, pela amizade, conselhos e experiências trocadas.

Aos colegas da Pós-Graduação por participarem da construção desta trajetória, pelos momentos especiais vividos juntos.

MUITO OBRIGADA!

LISTA DE QUADRO E TABELAS

Tabela 1 - Valor atribuído às respostas para cada questão do formulário de pesquisa	18
Quadro 1 - USF e número de ACS participantes do estudo - Piracicaba, 2013	23
Tabela 2 - Frequência de indivíduos por grupo e distribuição segundo gênero, idade, escolaridade e renda familiar – Piracicaba, 2013	25
Tabela 3 - Comparação entre os grupos de ACS vinculados a USF som e sem ESB com relação às questões sobre rotina de trabalho, formação, comportamento, autopercepção em saúde bucal, e acesso das famílias ao serviço odontológico – Piracicaba, 2013	27
Tabela 4 - Distribuição das amostras segundo a questão 12: “A cárie é para você uma doença provocada <i>principalmente</i> por:” - Piracicaba, 2013	30
Tabela 5. Distribuição das amostras segundo os escores: máximo, mínimo, mediano, médio e total das questões sobre conhecimento em Saúde Bucal do questionário – Piracicaba, 2013	33
Tabela 6 - Distribuição da população do estudo segundo a categoria de conhecimento esperado em cada questão. Piracicaba, 2013	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
PSF	-	Programa Saúde da Família
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
ESB	-	Equipe de Saúde Bucal
PNAD	-	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UNICEF	-	Fundo das Nações Unidas para a Infância
PAS	-	Programa de Agente de Saúde
SIAB	-	Sistema de Informação da Atenção Básica
CD	-	Cirurgião Dentista
ASB	-	Auxiliar de Saúde Bucal
TSB	-	Técnico em Saúde Bucal
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
SEMS	-	Secretaria Municipal de Saúde
USF	-	Unidade de Saúde da Família
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi iniciado oficialmente no Brasil em 1994, após os bons resultados do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) iniciado em 1991. O PSF surgiu como uma proposta de reorganização da prática da atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional e levando a saúde para mais perto da família. A estratégia do PSF compreende ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é feito na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio, por uma equipe multiprofissional (Brasil, 2001).

O trabalho multiprofissional é uma característica essencial da Equipe de Saúde da Família, pois se trata “de uma equipe na qual existe uma definição de competências e co-responsabilidades entre seus membros” (Chiesa & Fracolli, 2004).

A inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF ocorreu em dezembro de 2000, impulsionada pela Pesquisa PNAD/IBGE, de 1998, o qual reportou que aproximadamente 30 milhões de brasileiros estavam totalmente excluídos da atenção à saúde bucal (IBGE, 1998). Observou-se, então, que era necessário aumentar a cobertura da atenção e resolutividade dos problemas de saúde bucal dos brasileiros. A inclusão da saúde bucal neste programa foi feita para dar uma resposta imediata à população descontente com a falta de acesso a este tipo de serviço (Tondélo, 2006).

No Brasil, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) participa ativamente da organização da atenção à saúde familiar, em nível de atenção básica, ao realizar o cadastro das famílias e as visitas mensais de acompanhamento das famílias e de indivíduos e/ou grupos prioritários. Também tem papel na divulgação de informações sobre saúde bucal, devendo ser orientado pela Equipe de Saúde Bucal (Brasil, 2006).

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 Família (USF). Mas o ACS, dentre todos os profissionais da equipe de saúde que trabalham na Estratégia de Saúde da Família (ESF), é o ator “mais intrigante” por ser elo da comunidade com os serviços de saúde, veiculando conhecimentos

biomédicos e populares e tendo que convertê-los em seus discursos cotidianos de trabalho (Nunes *et al.*, 2002). Esse profissional se encontra inserido em sistemas de saúde de diferentes partes do mundo, como nos Estados Unidos da América (Witmer, 1995), Bangladesh (Chowdhury, 1997) Reino Unido (Johnson *et al.*, 2013), África do Sul (Simon *et al.*, 2009), Brasil (Brasil, 2002), entre outros.

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 ampla (Souza *et al.*, 2001). Zanetti (2000), propôs ações que compõem uma rotina de acesso preventivo promocional a ser desenvolvida pelo ACS, sendo estas: o acompanhamento regular da população; visita domiciliar com supervisão de um componente da equipe de saúde bucal (quando necessário); a realização de ações educativas preventivas para manutenção e melhoria da condição de saúde bucal, seja nos casos de saúde ou de doença.

Dentre os temas que devem ser abordados pelos ACS durante as visitas domiciliares, está a saúde bucal. Em que pese a inserção de ESB nas Equipes de Saúde da Família, o ACS continua a exercer um papel fundamental no processo de educação em saúde bucal em virtude da atuação prioritariamente no campo, podendo se anteciper à demanda espontânea (Bianco, 2010). 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 equipe (Frazão & Marques, 2006).

Apesar da Estratégia Saúde da Família ter algumas diretrizes programadas (Zanetti, 2000), muitas vezes estas são insuficientes para orientar o Cirurgião Dentista para trabalhar na comunidade e com os ACS. Essa falta de direcionamento acaba fazendo com que muitos Cirurgiões Dentistas não consigam se desvencilhar da forma tradicional de trabalho, e muito menos orientar os ACS para que realizem seu trabalho junto às famílias (Tondélo, 2006).

Para Santos (2010), desmonopolizar o conhecimento odontológico, levando-o até os lares das famílias, contribui para aumentar a autonomia da população e sua co-responsabilidade pela preservação e promoção das condições de saúde bucal, em um

processo de articulação da saúde bucal com a saúde geral das pessoas. Fortalecendo assim a participação social e tornando-a fundamental na consecução de resultados de promoção de saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário.

Em razão disso, o domínio dos conhecimentos em saúde bucal dos 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 dá ao ACS condições para entender o conjunto de crenças e conceitos predominantes na mesma, muitos deles não condizentes com o conhecimento científico (Bianco, 2010).

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 em saúde bucal dos ACS. Diante do exposto e a partir da ausência de trabalhos analisando se a presença da Equipe de Saúde Bucal modifica o conhecimento e as práticas em saúde bucal, no trabalho cotidiano do agente comunitário de saúde, o objetivo do presente estudo foi investigar os conhecimentos e práticas em saúde bucal dos ACS e se há diferenças destas variáveis entre profissionais que atuam em Unidades de Saúde da Família com e sem Equipes de Saúde Bucal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é orientada pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), como forma de buscar a consolidação da atenção básica e a aproximação da população aos serviços de saúde. Visa estruturar o sistema público de saúde, propondo a mudança do modelo de atenção, com a estratégia de priorizar prevenção e promoção em saúde, sem necessariamente abandonar o atendimento assistencial (Andrade *et al.*, 2007).

O SUS, ao longo dos seus 23 anos de existência regulamentada, tem sofrido significativas mudanças, marcadas pela elaboração e implementação de ações consideradas estratégicas, dentre as quais o Programa Saúde da Família (PSF), lançado em março de 1994. Antes disso, em 1991, já havia sido implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como medida de enfrentamento dos graves problemas de saúde observados na população brasileira, sobretudo os altos índices de mortalidade materna e infantil na Região Nordeste do país. O PACS é considerado o antecessor do Programa Saúde da Família. Ambos os programas situam seu enfoque na família e não no indivíduo, além de ser introduzida noção de área de cobertura e o agir preventivo sobre a demanda constituir-se num instrumento de organização (Brasil, 2001).

A partir de 1997, o PSF passou de sua limitada condição de programa para Estratégia Saúde da Família (ESF) visando a mudanças no modelo assistencial, por romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender suas ações para a comunidade e junto a ela (Brasil, 2004).

A ESF prevê a constituição de equipes multiprofissionais formadas, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, e por seis a doze agentes comunitários de saúde. Conforme a Portaria nº 2027, de 25 de agosto de 2011, que altera a Portaria nº 684, de 28 de março de 2006, a equipe multiprofissional deve ser formada por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, com carga populacional máxima de 4.000 (quatro mil) habitantes por

ESF e média recomendada de 3.000 (três mil) habitantes. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 (setecentos e cinquenta) habitantes por ACS e de 12 ACS por ESF. A atuação deve ser realizada através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e da manutenção da saúde desta comunidade (Brasil, 2011).

A ESF caracteriza-se ainda por efetivar vínculos de corresponsabilidade com a população; por estimar a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes áreas sociais e institucionais do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidade (Brasil, 2001).

Nesse contexto, a ESF propõe nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação mais próxima dos profissionais com seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximo das pessoas, famílias e comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população, a qual tem seu acesso garantido por meio de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada. Portanto, a ESF torna-se significativa para a mudança do modelo assistencial, visando à qualidade de vida da comunidade (Rosa & Labate, 2005).

2.2 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nas últimas décadas, a Saúde Pública no Brasil vem, inquestionavelmente, passando por grandes movimentos de mudança nos modelos de atenção à saúde. Novas tendências evidenciam a importância de ações construídas a partir de seu contexto,

direcionadas para comunidades levando em conta suas especificidades (Borges & Japur, 2005).

Através das experiências chinesa e cubana divulgadas em 1978 na Conferência de Alma Ata, os agentes de saúde surgiram como mais um recurso com vistas à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida das comunidades. A inclusão desse tipo de pessoal na Declaração de Alma Ata apareceu quando se elaboraram as ações e competências que compõem os cuidados primários de saúde como primeiro nível de organização do sistema de saúde (Marques, 2005). O ACS ganhou espaço tornando-se importante nos programas de saúde voltados para a capacitação da comunidade, discutindo conhecimentos técnicos com a população e sendo elos da população na luta pela cidadania (Correa, 1995).

A figura do ACS no Brasil teve sua origem em 1979, no Estado do Maranhão, onde 400 agentes comunitários começaram a atuar com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Já em 1987, o Programa Agente de Saúde (PAS) foi implantado no Ceará, para atender a uma situação emergencial resultante da seca rigorosa, que buscou articular a questão da formação de frentes de trabalho e o enfrentamento dos altos índices de mortalidade infantil. Outra experiência foi a dos Estados da macrorregião Norte no enfrentamento da epidemia de cólera. O efeito demonstrativo dessas duas últimas experiências representou um argumento fundamental da defesa da implantação de uma política nacional cujo centro era o ACS (Flores, 2007).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em junho de 1991, pelo Ministério da Saúde, visando contribuir para uma melhor qualidade de vida, investindo maciçamente na educação em saúde. A Estratégia atua de maneira objetiva e direta nos problemas cruciais da saúde materno-infantil, e o ACS atua como elo entre as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para a melhoria das condições de vida da comunidade (Nunes *et al.*, 2002).

Em 1993, o Programa já estava em funcionamento em 13 estados das regiões Norte e Nordeste, com mais de 29 mil ACS, distribuídos em 761 municípios (Solla *et al.*, 1996). A sua expansão para as regiões metropolitanas e Capitais do Sul e do Sudeste consolidou-se a partir de 1994 com a criação da Estratégia Saúde da Família que, a partir de

então, passa a constituir a estratégia principal de organização de atenção à saúde no Brasil (Sousa, 2001).

Estabeleceu-se, então, uma vinculação orgânica entre o PACS e essa estratégia e, na medida em que vão ocorrendo a implantação da Estratégia Saúde da Família, os ACS passavam a ser incorporados como componentes das Equipes de Saúde da Família (Flores, 2007).

O desenvolvimento do trabalho dos ACS no âmbito da Estratégia acontece através de atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, garantindo cuidados à população com um grau de resolutividade compatível com sua função, contribuindo para a extensão da cobertura (Marques, 2005). O ACS integrado com a equipe da unidade de saúde fortalece a ligação entre os serviços de saúde e comunidade; e coopera com a organização comunitária no trato dos problemas de saúde, incentivando o autocuidado e a assunção de responsabilidades individuais e coletivas nas questões relacionadas à saúde (Brasil 1993).

Nunes *et al.* (2002) referiram que o treinamento de agentes precisava ser suficiente para muni-los de conhecimentos diversos em torno da questão do processo saúde-doença e que, além dos conhecimentos biomédicos, necessitam aprender o processo de intervenção com as famílias e o reconhecimento de suas necessidades. A ação mais importante a ser desenvolvida é a atividade educativa visando à orientação para procedimentos saudáveis nas pessoas e na comunidade, principalmente os hábitos de higiene e alimentação.

O Decreto nº 3.189/99 fixou diretrizes para o exercício de ACS e a Lei 10.507 de 10 de julho de 2002 criou a profissão de ACS, que exige para o exercício da profissão, o ensino fundamental completo e residir na área de sua atuação. Sendo atualmente regido pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a qual regulamenta a contratação através de concurso público ou de forma terceirizada, sob o regime da CLT (Brasil, 2006).

É fundamental também para o cargo, cultivar a solidariedade, liderança e conhecer a realidade local, pois é ele quem identifica, orienta, encaminha, controla e acompanha os procedimentos necessários da população adscrita.

Atualmente o SUS está estruturado em três níveis de atenção à saúde da população: primário, secundário e terciário. É no primeiro nível que ocorre a atuação dos ACS. Entendem-se como elementos estruturais desse nível de atenção: a possibilidade de acesso à unidade de saúde, abrangência dos serviços oferecidos, adstrição da clientela e continuidade da atenção. Além disso, Starfield (2002) citou outros três atributos que qualificam a atenção primária em saúde: é o primeiro contato para atenção em saúde, oferece longitudinalidade do atendimento, presta referência e contra-referência.

Marques (2005) relatou que a capacitação do ACS é realizada em serviço pela integração ensino-trabalho, processo pedagógico que permite uma melhor apreensão dos conteúdos programáticos aliados às ações práticas, mobilização e educação comunitária de modo contínuo. Essa capacitação ocorre em diferentes áreas de atuação no campo das ações básicas da saúde, entre as quais: saúde da criança; da mulher; controle da hipertensão; diabetes; eliminação da hanseníase e saúde bucal.

Feuerwerker (1994) observou que o ACS, apesar de ser um elemento recente no cenário das profissões de saúde, desempenha um papel importante e, por isso mesmo, deve ser considerado todo esforço no sentido de potencializar sua prática. Sua incorporação à equipe, enriquecendo-a com sua linguagem, valores e preocupações, propicia mudanças na qualidade do trabalho educativo-participativo.

O ACS tem uma missão social bem clara, pois é alguém inteiramente identificado com sua própria comunidade, com os mesmos valores, costumes e linguagem, cuja capacidade de liderança se reverte em ação comunitária em prol da melhoria das condições de vida e de saúde, apoiada pela ação governamental (Sousa, 2001). A formação desses profissionais deverá valorizar a singularidade profissional deste trabalhador, tendo as características do seu perfil social, a promoção da saúde e a prevenção de agravos como eixos estruturantes e integradores do processo formativo.

No estudo de Tolomeu (2013), foram levantados todos os artigos científicos completos e originais publicados no período de 2008 a 2012 e que tratavam da educação em saúde para os ACS no Brasil. O autor observou que 89,4% das atividades de educação em saúde ofertadas aos ACS foram oferecidas na modalidade presencial, 5,3% à distância, enquanto que 5,3% aconteceram de forma mista, possuindo atividades presenciais e à

distância. Observou-se ainda que as atividades de capacitação vêm sendo realizadas em diversas regiões do país, tendo um predomínio de ações no Estado de São Paulo (40%). Sobre os assuntos abordados, segundo relatos dos autores, os temas foram decididos de acordo com as necessidades e interesses do grupo a ser capacitado. O tema Saúde Bucal teve um percentual de 5,3% entre os assuntos abordados.

Buscando conhecer melhor a realidade dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Piracicaba, SP, Mialhe (2011) verificou que, quando os ACS trabalham conteúdos de educação em saúde bucal, eles são mais voltados às gestantes, às mães e às crianças, e conclui que essa prática tem se repetido em outras regiões do país, onde se observa uma predominância de ações organizadas para esses grupos, tal como o observado nos estudos de Levy (2004) e Rodrigues (2010a).

A importância de uma capacitação constante dos ACS sobre os temas que envolvem os principais problemas da sua comunidade foi colocada em discussão no estudo de Holanda (2009), onde foi notável a percepção do grande entusiasmo quando essa possibilidade foi relatada. Nesse sentido, o treinamento desses agentes deve munir-los de conhecimentos diversos em torno da questão do processo saúde-doença, incorporando, além da perspectiva biomédica, outros saberes que os habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2000), através da Área Técnica de Saúde Bucal, no documento intitulado “A reorganização da saúde bucal na atenção básica”, vem preconizando uma proposta de integração de ACS com profissionais de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, segundo a qual ACS supervisionados pelo cirurgião-dentista e pela enfermeira teriam como atribuições específicas: desenvolver ações de promoção de saúde bucal e de prevenção das doenças neste âmbito mais prevalentes no seu território de atuação; identificar espaços coletivos e grupos sociais para o desenvolvimento das ações educativas e preventivas em saúde bucal; registrar no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) os procedimentos de suas competências realizados.

2.3 A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Mesmo tendo a integralidade nos seus princípios, a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) às Equipes de Saúde da Família já existentes, ocorreu em dezembro de 2000, seis anos após a criação do PSF, tendo como objetivos principais a melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal e a ampliação do acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas. A inclusão da saúde bucal no Programa Saúde da Família foi louvável e importantíssima para o progresso da odontologia como profissão no Brasil e da saúde bucal como condição de cidadania dos brasileiros (Zanetti, 2000).

De acordo com a Portaria nº 267 de 06 de março de 2001 do Ministério da Saúde (Brasil, 2001), que regulamenta a Portaria nº 1.444/GM de 28 de dezembro de 2000, incluindo as ESB na ESF, as estratégias para incorporação das ações de Saúde Bucal no PSF dar-se-iam pela inclusão desses profissionais em duas modalidades: I - composta por um Cirurgião-Dentista (CD) e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e II – composta por um CD, um ASB e um Técnico em Saúde Bucal (TSB), com carga horária de 40 horas semanais, devendo atender 6900 habitantes cada uma, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população adscrita, sendo desenvolvidas de modo interdisciplinar.

A Saúde Bucal historicamente apresentou processos de trabalho fragmentados, não focados na integralidade do cuidado e no meio ambiente onde o ser humano estava inserido. A ESF aponta para importantes mudanças na organização dos serviços e no processo de trabalho. Um dos diferenciais é o trabalho de diversos tipos de profissionais em equipe, inclusive atendendo a saúde bucal, que até então estava excluída (Holanda *et al.*, 2009)

Silveira Filho (2002a), ao abordar o desafio da Odontologia na ESF, afirmou que o modelo historicamente centrado e dependente de práticas individuais do CD necessitava do fortalecimento de espaços formais e informais de discussão dos problemas locais em que houvesse deslocamento dessas práticas para a equipe multidisciplinar e também aos usuários.

Silveira Filho (2002b) afirmou também que o desafio da mudança na prática de saúde bucal na ESF é torná-la um direito de todos os cidadãos brasileiros, ou seja, validar os princípios constitucionais do SUS, definindo com a comunidade as suas prioridades em que todos usufruam os benefícios. Faz-se essencial conhecer o contexto (familiar, de trabalho, de comunidade), percebendo a população como pessoas capazes de mudarem hábitos. Outro importante ponto da ESF é a dimensão do cuidado que vai além do vigiar, é a percepção da realidade de cada família buscando parceiros para a superação dos problemas mais comuns. Um dos melhores parceiros, sem dúvida, é o ACS, mas para isso é preciso contar com a ação dos mesmos no espaço da família.

Atualmente, e com o advento da inclusão da saúde bucal na ESF, o perfil esperado do Cirurgião Dentista mudou e deve incluir, entre outras coisas, noções de epidemiologia, conhecimentos de saúde pública e o desenvolvimento do trabalho em equipe. No entanto, percebe-se uma dificuldade de integração dos dentistas nestas equipes, condicionada a sua formação acadêmica desvinculada dos problemas sociais da população, desvalorizada por estudantes e professores que adotam o desenvolvimento de conteúdos técnicos fortemente ancorados no interior do ambulatório-escola, sendo este o lugar onde o tecnicismo é produzido, e reproduzido, refletindo uma prática meramente positivista (Botazzo, 1994).

O processo de trabalho do cirurgião-dentista raramente tem se inserido em práticas partilhadas com profissionais de outras áreas, revelando uma escassa familiaridade com o trabalho em equipe. Assim, suas ações ainda permanecem isoladas. Além do mais, são perceptíveis os indícios dessa prática isolada em contextos como o da estrutura dos serviços de saúde, que reforça a divisão do trabalho através de especialidades estanques que pouco interagem, ou nas instituições de ensino e formação do cirurgião-dentista, que ainda priorizam o tecnicismo e o biologismo, em detrimento de qualquer possibilidade de integração das disciplinas (Teixeira, 2000). É no trabalho em equipe que existe a possibilidade da troca e do projeto em comum das diversas áreas profissionais envolvidas. A especificidade da odontologia é muito importante e necessária, desde que inserida em um campo comum às várias profissões. Este é o acordo que possibilita o trabalho em equipe em um dado contexto e cotidiano, desde que o dentista não reproduza uma prática isolada, mas

passa a atuar em uma perspectiva interdisciplinar, que pressupõe um fator de transformação e de mudança social, como proposto por Fazenda (1995).

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 equipe. As atribuições do cirurgião-dentista 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 multidisciplinar (Brasil, 2008).

Rodrigues (2010b), conclui em seu estudo que a alta demanda, causada pelo número excessivo de famílias vinculadas às Equipes de Saúde Bucal, aparece como um problema para o programa, pois se reflete no não cumprimento dos princípios da universalidade, equidade e integralidade. O insuficiente número de ESB dificulta a integração das equipes e tem uma demanda reprimida maior do que a capacidade do serviço, levando a inviabilidade no processo de “ouvir, cuidar e atender” com qualidade a população seja ela adscrita ou não, e a impossibilidade de executar o trabalho com resolubilidade. Através dos resultados do estudo, observa-se também a pouca articulação entre o CD e os demais profissionais que atuam na ESF, talvez isso possa ser explicado pela formação excessivamente individualista e tecnicista dos profissionais de Saúde Bucal ou pela demanda excessiva que toma grande parte do tempo das ESB, impedindo-a de realizar um trabalho interdisciplinar.

Segundo Narvai (2006) a especificidade quanto à formação de cirurgiões-dentistas, necessita de mudanças nos currículos e nas práticas pedagógicas, visto que as práticas essencialmente curativistas e individualizadas em saúde bucal ainda predominam sobre as preventivas e promocionais.

Scorel *et al.* (2007) apontaram que um processo de trabalho apoiado em uma equipe multiprofissional apta a oferecer atenção integral e a sustentar o enfoque social ampliado da estratégia de saúde da família, com claros objetivos de inclusão social, exige

qualificação dos profissionais inseridos e adesão ao programa por parte desses profissionais.

No trabalho em equipe, ninguém perde seu núcleo de atuação profissional específica, porém, a abordagem dos problemas é que assume uma nova dimensão. Conhecer, compreender, tratar e controlar, passa a ser uma responsabilidade compartilhada. A noção de consulta odontológica é superada por outra ação de maior amplitude, que passa a ser concebida como cuidado, uma nova atitude frente aos processo saúde-doença da comunidade.

3 PROPOSIÇÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar o nível de conhecimento sobre processo saúde-doença bucal em uma amostra de Agente Comunitário de Saúde de Piracicaba, São Paulo.

Comparar o processo de trabalho e conhecimento em Saúde Bucal dos ACS que atuam com e sem Equipe de Saúde Bucal.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi previamente avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP e foi aprovado sob o Parecer nº 096/2013 (Anexo 1).

4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-analítico e transversal.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

Piracicaba é um município brasileiro no interior do estado de São Paulo. Pertence à Mesorregião e Microrregião de Piracicaba, localizando-se a noroeste da capital do estado, distando desta cerca de 160 km. Ocupa uma área de 1 376,913 km², sendo que 31,5733 km² estão em perímetro urbano e os 1.345,339km² restantes constituem a zona rural. Em 2012 sua população foi estimada em 2013 pelo IBGE para 385 287 habitantes (IBGE, 2013).

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMS) de Piracicaba é o órgão ligado de forma direta à Prefeitura do Município de Piracicaba e tem por função a manutenção e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como a criação de políticas, programas e projetos que visem à saúde municipal.

Existiam em 2013, 122 estabelecimentos de saúde credenciados ao SUS em Piracicaba, São Paulo, entre estes, 46 são Unidades de Saúde da Família e 20 destas USF possuíam Equipe de Saúde Bucal e 26 não possuíam durante o período de coleta dos dados.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do presente estudo foi composta por Agentes Comunitários de Saúde vinculados a Unidade de Saúde da Família com e sem Equipe de Saúde Bucal do

município de Piracicaba. Os dados foram coletados pela pesquisadora principal, no período de outubro a dezembro de 2013 a partir de visitas agendadas.

Inicialmente, solicitou-se ao Sistema de Informação ao Cidadão de Piracicaba o número exato de ACS concursados e ativos na cidade de Piracicaba (Anexo 2), onde se obteve a informação do número oficial de 245 Agentes Comunitários de Saúde ativos, contratados através de concurso público, para atuarem junto ao Programa Saúde da Família, desta forma optou-se por uma amostra censitária de Piracicaba, São Paulo.

Como plano operacional da pesquisa, uma autorização foi solicitada junto à Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba para a permissão da realização da pesquisa nas Unidades de Saúde do Município de Piracicaba. Esta autorização continha explicações sobre a finalidade do estudo e a apresentação dos pesquisadores responsáveis. Foi feito também um contato posterior com as Unidades de Saúde selecionadas com o intuito de apresentar o projeto e conversar sobre o planejamento da condução do estudo. Os objetivos do trabalho foram explicitados e foi solicitada a colaboração para a participação. Os participantes foram informados a respeito do direito à privacidade, preservação do anonimato e foi reafirmado o direito à liberdade de não participação. Na ocasião foi obtida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos concordantes em participar da pesquisa, em cumprimento à Resolução CNS 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. Somente após a anuência por meio da assinatura do termo, o ACS foi considerado participante do estudo.

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

Como alguns ACS no período de coleta estavam de férias, licença saúde, licença maternidade, ou não tiveram interesse em participar da pesquisa, a amostra deste estudo se compôs de 162 ACS.

Desta forma, o estudo foi realizado em 40 Unidades de Saúde da Família, onde 17 possuíam Equipe de Saúde Bucal e 20 não possuíam (SMS, 2013).

4.4 COLETA DOS DADOS

Foi utilizado um questionário semi-estruturado dividido em três partes (Anexo 3). A primeira parte continha cinco questões, que abordavam características pessoais e condições socioeconômicas dos sujeitos da pesquisa, a segunda parte continha sete questões que abordavam rotina de trabalho, formação, comportamento, autopercepção em saúde bucal, e acesso das famílias ao serviço odontológico, e a terceira continha doze questões sobre conhecimentos do processo saúde-doença bucal. As questões da terceira parte do questionário são validadas e foram baseadas no trabalho de Frazão & Marques (2006)

4.5 ESCORE ATRIBUÍDO ÀS RESPOSTAS DOS INDIVÍDUOS

Para as questões de conhecimentos específicos em saúde bucal do questionário aplicado no presente estudo, foram atribuídos valores diferenciados a cada resposta, como utilizado no estudo de Bianco (2010), foi adotado como critério os princípios de beneficência e da não maleficência, utilizado no âmbito do paradigma principialista da bioética.

Segundo o autor, são consideradas sem escore (valor zero) as respostas que, caso selecionado, pudesse 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.

A Tabela 1 apresenta parte 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 bucal (Gil, 1999).

Tabela 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	0
	b. guiam a erupção ou o “nascimento” dos dentes permanentes	2
	c. surgem na boca quando a mãe para de amamentar o bebê	0
	d. são dentes que caem facilmente porque não tem raízes	1
	e. não sabe / não informou	0
Desde o nascimento até a idade adulta, quantas são as trocas de dentes?	a. uma	3
	b. duas	2
	c. três, incluindo o dente do siso	1
	d. não sabe/não informou	0
Em sua opinião, em que idade começa a nascerem os primeiros <i>dentes permanentes</i> ?	a. por volta dos 6 meses a 1 ano	0
	b. de 2 a 3 anos	0
	c. de 5 a 6 anos	2
	d. de 8 a 9 anos	1
	e. de 11 a 12 anos	0
Qual a sua percepção em relação a principal causa de uma dentição forte?	a. herança dos pais (nascença)	2
	a. tipos de raça	3
	b. boa condição financeira	1
	c. cuidados com a higiene bucal e alimentação	4
d. não sabe/não informou	0	

(continua)

Tabela 1. (continuação)

A cárie é para você uma doença provocada principalmente por:	a. má formação da estrutura dos dentes	1
	b. bactérias aderidas aos dentes	2
	c. uso constante de antibióticos	0
	d. falta de saliva na boca	3
	e. ingestão frequente de produtos açucarados	4
	f. não sabe/não informou	0
Mau hálito na maioria dos casos é causado por:	a. estresse emocional	2
	b. uso de medicamentos	1
	c. fumo e álcool em excesso	4
	d. falta da remoção da placa bacteriana que se acumula nos dentes e na língua	5
	e. alimentos açucarados e gordurosos	3
	f. não sabe/não informou	0
Você acha que o sangramento da gengiva é:	a. normal e sempre ocorre com a escovação	0
	b. o maior causador de cárie dental	2
	c. uma infecção que atinge o nervo do dente	1
	d. o primeiro sinal de uma doença gengival	3
	e. não sabe/não informou	0
Para se evitar a gengivite é preciso realizar os procedimentos de higiene bucal, utilizando corretamente:	a. apenas escova dental	2
	b. escova dental e pastas com flúor	3
	c. escova e fio dental	4
	d. líquidos especiais para bochechos e soluções de flúor	1
	e. não sabe/não informou	0

(continua)

Tabela 1. (continuação)

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

Fonte: Bianco, 2010.

4.6 APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a aplicação dos instrumentos foram utilizadas as seguintes estratégias:

a) A primeira tentativa de entrevista do pesquisador ocorreu nas reuniões de equipe semanais realizadas como rotina de gestão nas USF.

b) Devido ao grande número de USF, e a pauta já estruturada pela enfermeira para esse momento, optou-se como segunda estratégia a ligação prévia e o agendamento em dias e horários que não interferissem no processo de trabalho dos ACS. Com essa estratégia ficou difícil conciliar o horário que estivessem todos os ACS na USF. Um ou dois ACS se encontravam no momento da aplicação do instrumento em visita domiciliar, em horário de almoço ou já haviam terminado seu horário de trabalho. AS USF estruturavam duas grades de horários para os ACS, sendo das 7:00 às 16:00 ou das 8:00 às 17:00.

Na maioria das vezes as enfermeiras disponibilizaram a sala de reunião para a aplicação do instrumento individualmente sobre a supervisão da pesquisadora. De forma geral os ACS foram bem receptivos a pesquisa.

O fator limitante deste estudo foi o acesso ao ACS para a entrevista. Uma vez que possui situação singular por exercer a função de elo entre a equipe e a comunidade, o seu cotidiano de trabalho é quase sempre fora da USF, o que dificultou o acesso a esse profissional, outro fator limitante foi o pouco tempo para a coleta, o que impossibilitou que a pesquisadora retornasse mais de uma vez na mesma USF para coletar os dados. Com isso não foi possível entrevistar todos os ACS de Piracicaba, mesmo assim, ouviu-se uma parcela substancial de ACS, buscando verificar se a rotina de trabalho, formação, comportamento, autopercepção, acesso e conhecimentos sobre saúde bucal diferem entre ACS vinculados a Unidade de Saúde da Família, com e sem Equipe de Saúde Bucal.

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

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. O teste de Qui-quadrado e Exato de Fisher para duas amostras independentes foram utilizados para comparar os grupos quanto à rotina de trabalho, formação, comportamento, prática e a autopercepção sobre saúde bucal. Nas questões sobre práticas, autopercepção em saúde bucal e acesso das famílias ao serviço odontológico, foram realizados agrupamentos anteriormente as análises. Na questão que discorria sobre a frequência de escovação as alternativas de resposta “Somente quando acordo” e “Somente quando vou dormir”, foram agrupadas em “1 x ao dia, e as alternativas de resposta “Normalmente após as refeições” e “A qualquer hora do dia, desde que tenha me alimentado”, foram agrupadas em “2x ou mais ao dia”. Na questão que abordava a frequência do uso de fio dental as alternativas de resposta “Uso de vez em quando”, “Não tenho o hábito de usar fio dental” e “Uso somente palitos”, foram agrupadas em “Nunca ou de vez em quando” já as alternativas de resposta “Em todas as escovações diárias” e “Pelo menos 1 vez ao dia”, foram agrupadas em “1 x ou mais ao dia”.

Na questão sobre autopercepção do ACS em Saúde Bucal foi utilizada a escala de Likert, que é um tipo de escala de resposta psicométrica usada habitualmente em questionários. A escala discorria de zero a dez, onde 0 (zero) era relativo a nenhum conhecimento em Saúde Bucal e 10 (dez) a muito conhecimento em saúde bucal. A escala foi dividida em dois agrupamentos, onde quem assinalou de 0 (zero) a 5 (cinco) foi contabilizado em um agrupamento e quem assinalou de 6 (seis) a 10 (dez), foi contabilizado em outro agrupamento.

Na questão que extraia a percepção do ACS sobre o acesso das famílias do território da USF ao serviço público odontológico, as alternativas de resposta “Muito difícil” e “Difícil”, foram agrupadas em “Difícil”, já as alternativas de resposta “Muito fácil” e “Fácil” foram agrupadas em “Fácil”.

Todos os testes estatísticos foram realizados considerando o nível de significância de 5%.

5 RESULTADOS

Os questionários foram aplicados a 166 ACS. Entretanto, quatro sujeitos dessa amostra selecionaram mais de uma alternativa de resposta em várias questões e outros deixaram de responder a algumas questões. Em razão dessas exclusões, a amostra final do presente estudo ficou constituída de 162 ACS (Quadro 1).

ESF com equipe de saúde bucal			ESF sem equipe de saúde bucal		
Nº	USF	ACS	Nº	USF	ACS
1	Boa Esperança I	6	1	1º de maio	5
2	Boa Esperança II	3	2	Algodoal	6
3	Bosque dos Lenheiros I	5	3	Astúrias	3
4	Campestre	5	4	Bosque dos Lenheiros II	4
5	Chapadão I	6	5	Eldorado I	5
6	Sol nascente	6	6	Iaa II	6
7	Iaa I	5	7	Itapuã II	4
8	Itapuã I	3	8	Jaragua II	6
9	Jaragua I	6	9	Jardim das Flores	6
10	Mario Dedini II	6	10	Kobayat Líbano	2
11	Santa Rosa I	5	11	Mario Dedini I	4
12	São Francisco	3	12	Monte Libano I	3
13	São José	5	13	Monte Libano II	3
14	Tatuapé I	3	14	Paineiras	3
15	Tupi	6	15	Primavera	1
16	Vila Fatima	4	16	Santa Rita Avencas	4
17	Parque Orlanda	4	17	Saúde em Campo	3
			18	Serra Verde	6
			19	Tatuapé II	3
			20	Vila industrial	4
Total ACS		81	Total ACS		81

Quadro 1. USF e número de ACS participantes do estudo - Piracicaba, 2013.

Observa-se na Tabela 2 que os dois grupos de ACS constituíram predominantemente de mulheres, sendo que o gênero feminino superou o gênero masculino mais de vinte e duas vezes em número de indivíduos.

Em relação à faixa etária, a maior parte dos sujeitos de todas as amostras declarou estar entre mais de vinte e menos de sessenta anos. Quanto ao número de pessoas com cinquenta anos ou mais, também foram entrevistadas mais pessoas com essa característica entre as amostras do grupo 1.

A escolaridade não revelou grande diferença entre os dois grupos. A mesma porcentagem de indivíduos concluiu o ensino médio, sendo que esse percentual esteve em 64,20% nos dois grupos de ACS. Nenhum ACS deixou de completar o ensino fundamental. Por outro lado, 27,12% dos indivíduos do grupo 1 e 25,93% dos indivíduos do grupo 2, já concluíram ou estão cursando o ensino superior.

Quando analisamos o tempo que o ACS reside no bairro, percebe-se que a grande porcentagem dos indivíduos reside há mais de 48 meses, que foi o tempo máximo colocado na questão.

Na amostra do grupo 1 o percentual daqueles, cuja renda familiar era entre um e três salários mínimos atingiu 40,74%, No grupo 2 38,27%. Apenas três ACS do grupo 2, declararam renda familiar maior que cinco salários mínimos, já no grupo 1, vinte ACS declararam a mesma renda.

Com relação ao tempo de trabalho na USF, percebeu-se que 72,84% dos ACS do grupo 1 e 60,49% dos ACS do grupo 2, trabalhavam há mais de 3 anos na função, como se pode verificar na Tabela 2, que sintetiza a dimensão das amostras e os principais aspectos sociais dos indivíduos da pesquisa.

Tabela 2. Frequência de indivíduos por grupo e distribuição segundo gênero, idade, escolaridade e renda familiar – Piracicaba, 2013.

QUESTÕES	ACS - USF sem Equipe de Saúde Bucal		ACS - USF com Equipe de Saúde Bucal	
	n	%	n	%
Total	81		81	
Gênero				
Masculino	5	6,17	2	2,47
Feminino	76	93,83	79	97,53
Idade				
Menos de 20	-	-	-	-
20-29 anos	19	23,46	20	24,69
30-39 anos	23	30,86	37	45,68
40-49 anos	22	27,16	16	19,75
50 anos ou mais	15	18,52	8	9,88
Escolaridade				
Fundamental Completo	2	2,47	-	-
Fundamental Incompleto	-	-	-	-
Médio Completo	52	64,20	52	64,20
Médio Incompleto	5	6,17	8	9,87
Superior Completo	7	8,64	4	4,94
Superior Incompleto	15	18,52	17	20,99
Tempo que reside no bairro				
Menos de 12 meses	-	-	-	-
De 12 a 24 meses	-	-	3	3,70
De 25 a 36 meses	4	4,94	1	1,23
De 37 a 48 meses	5	6,17	4	4,94
Acima de 48 meses	72	88,89	73	90,13
Renda familiar				
Menos de 1 SM	-	-	-	-
De 1 a menos de 2 SM	14	17,28	12	14,81
De 2 a menos de 3 SM	19	23,46	19	23,46
De 3 a menos de 4 SM	13	16,05	21	25,93
De 4 a menos de 5 SM	15	18,52	20	24,69
Mais de 5 SM	20	24,69	9	11,11
Tempo de função na USF				
Menos de 12 meses	1	1,23	1	1,23
De 12 a 24 meses	8	9,88	10	12,35
De 25 a 36 meses	13	16,05	21	25,93
De 37 a 48 meses	12	14,81	13	16,05
Acima de 48 meses	47	58,03	36	44,44

A Tabela 3 apresenta os dados referentes à rotina de trabalho, formação, comportamentos, autopercepção em saúde bucal, bem como o acesso das famílias ao serviço odontológico dos dois grupos de ACS avaliados.

Quanto à rotina de trabalho com a educação em saúde bucal, onde a pergunta foi “Você realiza educação em saúde bucal na rotina de suas atividades?”, notou-se que os ACS vinculados a USF com ESB, tiveram um percentual maior de respostas “sim”, quando comparado com as amostras do grupo de ACS vinculados a USF sem ESB.

Na questão que discorre sobre a formação em saúde bucal, onde a pergunta foi “No seu trabalho como ACS, foi realizada alguma capacitação em saúde bucal?”, percebeu-se que 8 dos 81 ACS vinculados a USF sem ESB, e 28 dos 81 ACS vinculados a USF com ESB entrevistados, disseram que já tinha sido realizada em seu trabalho capacitação em saúde bucal.

Quanto à experiência anterior na área odontológica, onde a pergunta elaborada foi “Antes de se tornar ACS você já trabalhou como auxiliar de dentista ou secretária de consultório Odontológico?”, apresentou forte concentração de respostas na alternativa negativa. Onde 78 dos 81 ACS vinculados a USF sem ESB e 77 dos 81 ACS vinculados a USF com ESB entrevistados, assinalaram a alternativa “Não”.

Em relação aos hábitos em higiene oral, foram colhidas informações sobre: frequência da escovação dos dentes e uso de fio dental.

Quanto à frequência de escovação, as respostas dos ACS ficaram distribuídas em duas categorias, com forte concentração na categoria “2X ou mais ao dia”. Os dois grupos apresentaram a mesma quantidade de respostas nas duas categorias sendo 2 apontamentos para a categoria “1X ao dia” e 79 apontamentos para “2X ou mais ao dia”.

O mesmo ocorreu na questão que discorre sobre o uso do fio dental, as respostas dos ACS ficaram distribuídas em duas categorias, com concentração maior na categoria “1X ou mais ao dia”. Os dois grupos apresentaram a mesma quantidade de respostas nas duas categorias sendo 24 apontamentos para a categoria “Nunca ou de vez em quando” e 57 apontamentos para “1X ou mais ao dia”.

Em relação à autopercepção sobre saúde bucal dos ACS, constatou-se que os ACS vinculados a USF com ESB têm autopercepção mais positiva com relação ao grupo de ACS vinculados a USF sem ESB, sendo que 46 dos 81 ACS vinculados a USF com ESB, e 36 dos 81 ACS vinculados a USF sem ESB apontaram os números de 6 a 10 sobre a escala apresentada.

Em relação ao acesso e utilização dos serviços odontológicos foi elaborada questão sobre a percepção do grau de dificuldade das famílias para se conseguir um atendimento odontológico. As respostas dos ACS ficaram distribuídas em duas categorias: fácil e difícil. No grupo de ACS vinculado a USF com ESB houve uma alta concentração de apontamentos na categoria fácil (76 de 81 possíveis), no grupo de ACS vinculado a USF sem ESB a maior concentração também ficou na categoria “fácil”, mas a categoria “difícil” teve um número bem expressivo (37 dos 81 possíveis).

Tabela 3. Comparação entre os grupos de ACS vinculados a USF com e sem ESB com relação às questões sobre rotina de trabalho, formação, comportamento, autopercepção em saúde bucal, e acesso das famílias ao serviço odontológico – Piracicaba, 2013.

QUESTÕES	ACS		ACS		Total		p valor
	USF sem ESB		USF com ESB		n	%	
	n	%	n	%			
1-Antes de se tornar ACS você já trabalhou como auxiliar de dentista ou secretária de consultório Odontológico?							
Não	78	50,32	77	49,68	155	100	1,000
Sim	3	42,85	4	57,15	7	100	
2-Você realiza educação em saúde bucal na rotina de suas atividades?							
Não	20	66,67	10	33,33	30	100	0,0687
Sim	61	46,21	71	53,79	132	100	
3-No seu trabalho como ACS, foi realizada alguma capacitação em saúde bucal?							
Não	73	57,94	53	42,06	126	100	0,0002
Sim	8	22,22	28	77,78	36	100	

(continua)

Tabela 3. (continuação)

QUESTÕES	ACS USF sem ESB		ACS USF com ESB		Total		p valor
	n	%	n	%	n	%	
	4-Com que frequência você escova os dentes?						
Até 1x ao dia	2	50,00	2	50,00	4	100	1,0000
2x ou mais ao dia	79	50,00	79	50,00	158	100	
5-Você usa fio dental regularmente?							
Nunca ou de vez em quando	24	50,00	24	50,00	48	100	1,0000
1x ou mais ao dia	57	50,00	57	50,00	114	100	
6- Hoje o que você conhece sobre saúde bucal pode ser considerado numa escala de 0 a 10 como?							
De 0 a 5	45	56,25	35	43,75	80	100	0,1573
De 6 a 10	36	43,90	46	56,10	82	100	
7-Você considera o acesso das famílias da sua área ao serviço público odontológico da USF como sendo							
Fácil	44	36,67	76	63,33	120	100	<0,0001
Difícil	37	88,10	5	11,90	42	100	

Teste estatístico: Qui-quadrado e Exato de Fisher para duas amostras independentes

Sobre os conhecimentos em saúde bucal, a questão número oito do questionário buscou observar a percepção dos indivíduos pesquisados em relação à dentição decídua. Os indivíduos da amostra de ACS vinculados a USF sem ESB obtiveram escore de 155 em um escore total possível de 162 (95,68%). O escore da amostra de ACS vinculados a USF com ESB foi de 147 em um escore possível de 162 (90,74%). A diferença de escores não apresentou significância após aplicação do teste estatístico. Mas, nessa questão o conhecimento com relação ao tema foi superior entre os ACS vinculados a USF sem ESB.

Acerca do número de vezes em que as pessoas trocam de dentição, os indivíduos obtiveram escores que não revelaram diferenças estatisticamente significantes ao teste de hipótese aplicado.

Na comparação feita entre ACS vinculados a USF sem ESB e ACS vinculados a USF com ESB, os profissionais poderiam ter obtido um escore total igual a 243. Atingiram um escore de 181 e 199 respectivamente.

A questão seguinte abordou a idade em que os dentes permanentes erupcionam. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa nas respostas a essa questão quando se confrontaram os escores das amostras de ACS.

As amostras compostas pelo ACS poderiam ter obtido um escore total de 162. Portanto, o escore atingido no grupo de ACS vinculados a USF sem ESB foi de 117 (72,22%) e o escore atingido no grupo de ACS vinculados a USF com ESB foi de 120 (74,07%).

A “dentição forte” foi tema abordado na questão seguinte. A amostra de ACS vinculados a USF sem ESB obteve escore igual a 316, quando poderia atingir um escore de até 324. O escore obtido por essa amostra representa 97,53% do total. Em termos percentuais foi maior que o percentual conseguido pela amostra de ACS vinculados a USF com ESB. A diferença entre os grupos de ACS não foi suficiente para apresentar diferença estatisticamente significativa.

De forma diferente dos resultados das questões apresentadas até o momento, na questão doze foi identificada diferença estatisticamente significativa entre as duas amostras de ACS. O conhecimento verificado era acerca da causa principal de cárie (Tabela 4).

Na primeira amostra, composta por ACS vinculados a USF sem ESB, foi verificado um escore de 210, 64,81% do total possível de 324. Na segunda amostra, composta por ACS vinculados a USF com ESB, foi verificado um escore de 248, 76,54% do total possível de 324. Ao teste estatístico verificou-se p menor que 0,0149 para as duas amostras de ACS, como pode ser visualizado na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição das amostras segundo a questão 12: “A cárie é para você uma doença provocada *principalmente* por:” - Piracicaba, 2013.

N	ACS - USF sem Equipe de Saúde Bucal	ACS - USF com Equipe de Saúde Bucal
	81	81
Escore máximo individual	4	4
Escore médio obtido	2,59	3,06
Escore total da amostra	210	248
Valor de <i>p</i>	0,0149	

Teste estatístico: Mann-Whitney para duas amostras independentes.

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 indivíduos da amostra de ACS vinculados a USF sem ESB obteve 76,79% deste total, o que, em números absolutos correspondeu a um escore de 311.

A amostra de ACS vinculados a USF com ESB poderia ter atingido escore de até 405. O escore alcançado foi de 316. Esse valor corresponde a 78,02% do total possível.

De acordo com teste estatístico aplicado, as diferenças entre as amostras de ACS vinculados a USF sem equipe de saúde bucal e de ACS vinculados a USF com equipe de saúde bucal, apresentaram valor de *p* maior que 5%

A questão seguinte tratou do sangramento da gengiva. O resultado apresentado pelas amostras a respeito desse assunto demonstrou desempenho similar dos indivíduos das duas amostras do estudo.

Para a amostra de ACS vinculados a USF sem ESB constatou-se um escore total igual a 229, em um total possível de 243, ou seja, o desempenho da amostra correspondeu a 94,23%.

Com relação à amostra de ACS vinculados a USF com ESB foram os seguintes: escore obtido igual a 217; percentual do total possível igual a 89,30%.

A comparação das amostras apresentou diferenças sem significância estatística ($p > 0,005$).

Nos dados referentes à adoção de procedimentos de higiene bucal como medida para evitar sangramento gengival, não ficou evidenciada diferença significativa ao teste estatístico ($p > 0,005$) na comparação dos escores obtidos pelos 2 Grupos de ACS.

Para um escore total possível de 324, os indivíduos da amostra de ACS vinculados a USF sem ESB obtiveram escore de 284, correspondente a 87,65% de desempenho máximo. Esses valores, no caso da amostra de ACS vinculados a USF com ESB foram o seguinte: 324 o escore máximo atingível, 303 o escore obtido e 93,52% em termos percentuais. Percebe-se com esse resultado que os dois grupos apresentaram bom conhecimento sobre o tema higienização bucal, mas as amostras do grupo 2 obtiveram um percentual maior, quando comparado com o grupo 1

A única questão que abordava a necessidade de tratamento endodôntico não apresentou diferença estatística significativa após as comparações feitas. Aliás, os resultados foram idênticos para os dois grupos. Nesse assunto o desempenho das duas amostras foi o que mais se aproximou do escore total possível entre todas as questões de conhecimentos em saúde bucal levantadas pelo estudo.

Nas duas amostras de ACS, o escore chegou a 320 e poderia chegar, no máximo, a 324. Em valor relativo isto representa 98,76% do total. Ou seja, os indivíduos das duas amostras apresentaram ótimo conhecimento sobre o tema.

Na questão que aborda a pertinência de procedimentos odontológicos durante a gestação, o desempenho das duas amostras demonstrou semelhança após a aplicação do teste estatístico escolhido.

Os ACS vinculados a USF sem ESB conseguiram, no conjunto, escore absoluto igual a 154 em 162 possíveis. Portanto, em termos relativos o desempenho atingiu 95,01%. Já os ACS vinculados a USF com ESB, obtiveram o percentual de 99,38%.

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

Os indivíduos representantes da amostra de ACS vinculados a USF sem ESB obtiveram um escore que representou 92,28% de aproveitamento, ou seja, 299 em 324.

Os indivíduos da amostra de ACS vinculados a USF com ESB, tiveram um desempenho de 91,04% do escore total: 295 em 324.

A última questão do questionário aplicado no estudo procurou relacionar o câncer bucal a algumas condições prévias.

A amostra de ACS vinculados a USF sem ESB apresentou um escore de 289 para um escore total de 324, representando 89,20%.

O escore de 303 foi apresentado pela amostra de ACS vinculados a USF com ESB, para um escore total de 324. Assim essa amostra atingiu desempenho de 75,75% do total.

Uma diferença estatisticamente significativa foi encontrada quando analisamos o total de escores do questionário.

Os ACS vinculados a 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 a USF com ESB, conseguiram, no conjunto, escore total do questionário igual a 2946 em 3321 possíveis. Assim essa amostra atingiu desempenho de 88,71% do total.

De acordo com teste estatístico aplicado, as diferenças entre as amostras de ACS vinculados a USF sem ESB e de ACS vinculados a USF com ESB, apresentaram $p < 0,0021$ (Tabela 5).

As amostras de ACS vinculados a USF sem ESB e de ACS vinculados a USF com ESB apresentaram mediana de 36 e 37 e mínima de 26 e 20 respectivamente.

Tabela 5. Distribuição das amostras segundo os escores: máximo, mínimo, mediano, médio e total das questões sobre conhecimento em Saúde Bucal do questionário – Piracicaba, 2013.

	ACS - USF sem Equipe de Saúde Bucal	ACS - USF com Equipe de Saúde Bucal
N	81	81
Escore máximo questões	41	41
Escore mínimo obtido	26	20
Escore mediano obtido	36	37
Escore médio obtido	35,36	36,37
Escore total da amostra	2864	2946
Valor de <i>p</i>	0,0021	

Teste estatístico: Mann-Whitney para duas amostras independentes

A Tabela 6 apresenta de maneira clara a distribuição das amostras do estudo segundo a categoria de conhecimento esperada em cada questão.

Tabela 6. Distribuição da população do estudo segundo a categoria de conhecimento esperado em cada questão. Piracicaba, 2013.

QUESTÕES	ACS - USF sem ESB		ACS - USF com ESB	
	n	%	n	%
Total	81		81	
Na sua percepção, em relação aos dentes de leite, a opção correta é:				
Demais categorias	6	7,40	11	13,58
<i>Guiam a erupção ou o “nascimento” dos dentes permanentes</i>	75	92,59	70	86,42
Desde o nascimento até a idade adulta, quantas são as trocas de dentes?				
Demais categorias	32	39,49	22	27,16
<i>Uma</i>	49	60,51	59	72,84
Em sua opinião, em que idade começa a nascerem os primeiros dentes permanentes:				
Demais categorias	25	30,86	28	34,57
<i>De 5 a 6 anos</i>	56	69,14	53	65,43

(continua)

Tabela 6. (continuação)

QUESTÕES	ACS - USF sem ESB		ACS - USF com ESB	
	n	%	n	%
	Total		Total	
A cárie é para você uma doença provocada principalmente por:				
Demais categorias	55	67,90	38	46,91
<i>Ingestão frequente de produtos açucarados</i>	26	32,10	43	53,09
Mau hálito na maioria dos casos é causado por:				
Demais categorias	4	4,94	6	7,41
<i>Falta da remoção da placa bacteriana que se acumula nos dentes e na língua</i>	77	95,06	75	92,59
Você acha que o sangramento da gengiva é:				
Demais categorias	7	8,63	10	12,34
<i>O primeiro sinal de uma doença gengival</i>	74	91,37	71	87,66
Para se evitar a gengivite é preciso realizar os procedimentos de higiene bucal, utilizando corretamente:				
Demais categorias	18	22,23	13	16,05
<i>Escova e fio dental</i>	63	77,77	68	83,95
Em sua opinião, indique a alternativa que pode levar o dente a precisar de tratamento de canal:				
Demais categorias	1	1,23	1	1,23
<i>Lesão de cárie não tratada</i>	80	98,77	80	98,77
Durante a gravidez, você acha que o tratamento dentário deve ser:				
Demais categorias	7	8,64	1	1,23
<i>Preventivo e periódico</i>	74	91,36	80	98,77
O flúor é importante:				
Demais categorias	8	9,88	8	9,88
<i>Em todas as fases da vida</i>	73	90,12	73	90,12
Na sua percepção, indique a alternativa que cita o fator de risco mais relacionado ao aparecimento de câncer bucal:				
Demais categorias	12	14,82	8	9,88
<i>Excesso de álcool e fumo</i>	69	85,18	73	90,12

6 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 em saúde bucal dos ACS.

Com isso, buscou-se avaliar as respostas dos ACS vinculados a Equipe com e sem Equipe de Saúde Bucal, pois assim poder-se-ia traçar um perfil do conhecimento do ACS na presença ou ausência de ESB.

Os resultados demonstraram que os ACS vinculados a USF com Equipe de Saúde Bucal de Piracicaba, têm no geral, conhecimento mais elevado quando comparado ao grupo de ACS vinculados a USF sem Equipe de Saúde Bucal de Piracicaba, São Paulo.

Em relação às características da amostra, verificou-se no presente estudo que 95,68% dos ACS entrevistados eram do sexo feminino e 4,32% do sexo masculino. Relação semelhante foi encontrado no estudo de Vasconcelos (2010), realizado entre os ACS do município de Virgem da Lapa/Minas Gerais, onde os autores verificaram uma predominância de trabalhadores do sexo feminino, sendo 92% do universo amostral da pesquisa. Outro estudo realizado em dez cidades brasileiras verificou que mais de 75% dos ACS eram do sexo feminino (Escorel *et. al.*, 2007). Em Porto Velho/Rondônia, Bianco verificou que 84% dos ACS que lá trabalhavam eram do sexo feminino (Bianco, 2010). 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 país (Mota & David, 2010).

Com relação à idade dos ACS entrevistados, devido à exigência do cargo em ter acima de 18 anos de idade, não foi encontrado nenhum ACS no período da pesquisa com menos de 20 anos. O percentual com relação à idade ficou bem equiparado entre as categorias de 20 a 29 e 30 a 39 anos. Estes dados diferem do estudo de Barba (2009), realizado em Narvirai/Mato Grosso do Sul, onde verificou que a faixa etária predominante

dos ACS era de 18 a 28 anos de idade. A justificativa para a predominância desta faixa etária, segundo a autora se dá pelo fato desses profissionais estarem buscando o seu primeiro emprego e veem no emprego público uma oportunidade.

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 Fundamental (Brasil, 2006). A predominância ficou na categoria ensino médio completo com 52% do percentual total.

Ainda sobre essa característica social dos ACS, chama a atenção o fato de que mais de 26% dos indivíduos declararem ter concluído ou estar 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. O fato de os ACS desejarem cursar o ensino superior foi identificado no estudo de Mota (2010), onde apontou parecer haver um desejo do ACS em continuar na área da saúde, por considerarem uma área de boa empregabilidade.

Bachilli *et al.* (2008), 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, 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 trabalhador.

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 Saúde (Brasil, 2006).

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 Marques (2005), onde 93,8% residiam há mais de 5 anos no local.

No estudo de Ursine (2010), 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. Resultado bem próximo do encontrado no estudo de Vasconcelos (2010) onde os ACS residem na comunidade em que trabalham há aproximadamente 16 anos, com tempo de atuação como Agente Comunitário de Saúde de 4 anos e 3 meses, em média.

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. “Entrar” nas casas das pessoas mensalmente não é tarefa fácil de conquistar.

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 influencie 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 eficiente (Ferraz, 2005).

As três primeiras questões relativas ao processo de trabalho do questionário aplicado procuraram situar o estudo com relação às informações de experiências de trabalhos anteriores, se a educação em Saúde bucal faz parte da rotina do ACS e se já tinha sido oferecido, em seu trabalho, alguma capacitação em saúde bucal. Quando questionados sobre o trabalho na área odontológica antes de se tornarem ACS apenas 8,67% afirmaram já terem trabalhado e 95,68% nunca trabalhou na área. Estes dados mostram a inexperiência dos ACS com o tema.

Entretanto, a análise estatística demonstrou que houve diferença estatística significativa entre o grupo 1 dos ACS vinculados a USF sem Equipe de Saúde Bucal e grupo 2 dos ACS vinculados a USF com Equipe de Saúde Bucal, somente na questão: “No seu trabalho como ACS, foi realizada alguma capacitação em saúde bucal?”, encontrando valor de $p < 0,0002$. Koyashiki (2008), em seu trabalho realizado em Londrina/Paraná, constatou a “ausência de processos formadores voltados à qualificação profissional em

saúde bucal”. Pires (2007), também ao pesquisar o conhecimento dos ACS sobre a saúde bucal em municípios do interior de São Paulo, apurou que 65,38% dos ACS não tiveram capacitação sobre o tema. O estudo de Moura *et al.* (2008), realizado com ACS das cidades de pequeno porte do Estado do Piauí, constatou que a grande maioria dos agentes de saúde (79,8%) não foi capacitada e não assistiu a palestras educativas sobre saúde bucal (59,6%).

Por outro lado, os resultados do estudo de Chaves (2011) mostraram que a maioria dos ACS entrevistados (56%), afirmou já ter obtido informações sobre saúde bucal com um profissional dentista, o que era esperado, uma vez que este profissional está mais capacitado para orientar sobre questões pertinentes e específicas da saúde da boca devido a sua formação. Um dado interessante no mesmo estudo foi a porcentagem significativa de ACS (22%) que obteve informações por meio da televisão e internet, mostrando que estes meios de comunicação são importantes e podem ser utilizados para educação em saúde bucal. Ainda no mesmo estudo, um dado surpreendente foi que apenas 1% dos ACS afirmou ter recebido informações através da participação em cursos específicos sobre o tema.

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 escrever (Brasil, 1997). 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 (Morosini, 2007). Em função 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 pôr 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 cuidado (Morosini, 2010).

Tomaz (2002) 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 desenvolvidas (Nunes *et al.*, 2002).

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 Saúde (portaria nº 198/GM/MS), 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.

Duas questões relativas a hábitos de higiene bucal fizeram parte do questionário aplicado às amostras do estudo. Uma questionava sobre a frequência de escovação dos dentes e a outra sobre o uso regular do fio dental. Não houve diferença estatística entre os grupos, alias o número de respostas nas duas categorias foram idênticos quando comparamos o grupo de ACS vinculados a USF com e sem Equipe de Saúde Bucal. Estudo de Frazão & Marques (2009) concluiu que tanto em relação à escovação quanto o uso de fio dental, os resultados pós-intervenção de capacitação em Saúde Bucal, mostraram aumento de frequência entre os ACS.

Uma questão abordava a autopercepção do Agente Comunitário de Saúde sobre o conhecimento em Saúde Bucal e quando foram comparados os dois grupos os resultados apontaram não haver diferença estatística significativa ($p= 0,1573$). Entretanto, o grupo com ESB apontou numericamente ter uma autopercepção numericamente maior do que o grupo sem ESB, sugerindo que a presença da ESB na Equipe de Saúde da Família, pode

interferir positivamente na autoconfiança dos conhecimentos em saúde bucal dos ACS. No estudo de Moura (2010), em cidades de pequeno porte do Estado do Piauí, quando interrogou os ACS sobre a autopercepção em saúde bucal, a maioria (84,4%) considerou o próprio conhecimento entre regular e bom.

A autopercepção do ACS sobre a saúde bucal e sua importância para a saúde geral do indivíduo é um aspecto relevante, pois, somente compreendendo esta importância é que o agente será capaz de repassar isso aos usuários e pessoas por ele assistidas. Sem essa compreensão, o ato de educar para a saúde bucal torna-se sem sentido e sem condições de despertar na comunidade a necessidade de cuidar de sua própria saúde. Sem compreender e acreditar na forte influência que a saúde bucal exerce sobre a saúde geral do indivíduo, não há como repassar com credibilidade tais informações (Santos, 2010).

A percepção dos ACS acerca do acesso das famílias do território ao serviço odontológico da USF também fez parte dos questionamentos. Foi observada diferença estatisticamente significativa entre as respostas dos grupos sobre a questão da facilidade do acesso das famílias ao serviço odontológico da ESF. Nesse sentido, Emmi & Barroso (2006) afirmavam que a ampliação das equipes do PSF, com a implantação da ESB (Brasil, 2000), foi um importante passo para a reorganização da atenção à saúde bucal e um maior acesso da população de baixa renda às ações de saúde e tratamento odontológico.

De acordo com os dados apresentados pelo Instituto de Pesquisa e Planejamento de Piracicaba, a inserção da ESB em USF ocorreu em 2008, contemplando cinco USF e totalizando 17.409 atendimentos odontológicos naquele ano. Hoje apresenta vinte ESB cadastradas, totalizando 892.085 atendimentos odontológicos em 2013. Entretanto ainda existem 26 USF sem ESB (IPPLAP, 2014).

Rodrigues (2010b), conclui em seu estudo que a alta demanda de pacientes, causada pelo número excessivo de famílias vinculadas às Equipes de Saúde Bucal, aparece como um problema para o programa, pois reflete no não cumprimento dos princípios da universalidade, equidade e integralidade. O fato de ainda não existir ESB em todas as USF de Piracicaba, e uma Equipe de Saúde Bucal estar vinculada ao território de mais de uma Equipe de Saúde da Família, justifica o resultado obtido sobre o acesso da população aos serviços odontológicos. Sabe-se que este fato, além de dificultar o acesso, também pode

complicar a integração das equipes que tem uma demanda reprimida maior do que a capacidade do serviço, levando a inviabilidade no processo de “ouvir, cuidar e atender” com qualidade a população seja ela adscrita ou não, e a impossibilidade de executar o trabalho com resolubilidade.

Com relação a primeira questões sobre o conhecimento do processo saúde-doença bucal, o presente estudo revelou que a maioria dos ACS tem conhecimento a respeito do número de trocas de dentições, mesmo não havendo diferença estatística significativa entre os grupos. O resultado obtido neste estudo superou os encontrados no estudo de Frazão & Marques (2006), onde 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 criança (Losso, 2009).

Quando observamos os escores da mesma questão, comparando o grupo de ACS vinculados a USF sem equipe de saúde bucal e ACS vinculados a 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 Bianco (2010).

A época de erupção dos primeiros dentes permanentes não revelou diferença estatística significativa entre os grupos 1 e 2, mas a porcentagem diferiu quanto à escolha da resposta esperada. Constatou-se que 69,14% dos ACS do grupo 1 e 65,43% dos ACS do grupo 2, assinalaram a resposta esperada. Resultado parecido ocorreu no trabalho de Barba (2009), quanto ao período em que ocorre a troca da dentição decídua para permanente, houve um consenso entre ao ACS que indicaram, em média, o período de cinco a sete anos como início da erupção dos dentes permanentes.

As amostras compostas pelo ACS poderiam ter obtido um escore máximo individual de 2. Portanto, a média de escore atingido no grupo de ACS vinculados a USF sem ESB foi de 1,44 e o escore médio obtido pelo grupo de ACS vinculados a USF com ESB foi de 1,48. 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 erupção dentária é um dos fenômenos que se manifestam como parte do crescimento e do desenvolvimento. A cronologia de erupção dos dentes serve de indicador de uma série de ocorrências biológicas e pode ser influenciada por diversos fatores genéticos e ambientais (Haddad, 2001).

Na questão que abordava os fatores de risco à cárie, ocorreu diferença estatística significativa em relação à amostra do grupo de ACS vinculados a USF com e sem Equipe de Saúde Bucal. Quanto aos escores médios dessa questão, na primeira amostra, composta por ACS vinculados a USF sem ESB, foi obtido um escore médio de 2,59 e na segunda amostra, composta por ACS vinculados a USF com ESB, um escore médio de 3,06, do total possível de 4. A média de escore obtido pela amostra de ACS vinculados a USF com ESB foi maior do que o apresentado no estudo de Bianco (2010). 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 social (Suzuki, 2008). 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. Quando analisamos a porcentagem dos escores, o grupo

de indivíduos da amostra de ACS vinculados a USF sem equipe de saúde bucal obteve 76,79%, e a amostra de ACS vinculados a USF com equipe de saúde bucal obteve 78,02% do que poderiam obter. Percentual um pouco abaixo do encontrado no estudo de Bianco (2010), onde a amostra de ACS obteve 80%.

Duas questões do formulário estavam relacionadas ao conhecimento sobre condições gengivais. Neves *et al.*(2010) 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 comparado 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 Barroso (2008) 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 consideram de relevância após a inclusão das ESB, observaram que os mais citados 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 do fio dental e da escovação.

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. Obtendo assim um percentual 98,77% de indivíduos que assinalaram a resposta esperada.

Dois estudos (Frazão & Marques, 2006; Bianco, 2010) utilizaram a mesma questão com as mesmas alternativas de respostas, onde encontraram conhecimentos substanciais, mas inferiores ao encontrados nesse estudo. Na pesquisa de Frazão & Marques (2006), 90,6% da amostra de ACS daquele estudo sabiam que a lesão de cárie não tratada leva a problemas endodônticos. No estudo de Bianco (2010), os ACS de Porto velho/Rondônia, atingiram escore máximo de 1159 (88,9%) dos 1304 (100%) possíveis.

A questão seguinte avaliou conhecimentos acerca do tratamento odontológico para mulheres grávidas. Os ACS vinculados a USF sem ESB conseguiram, no conjunto, escore absoluto igual a 154 em 162 possíveis. Portanto, em termos relativos o desempenho atingiu 95,01%. Já os ACS vinculados a USF com ESB, obtiveram o percentual de 99,38%. Percentual mais elevado dos encontrados no estudo de Bianco (2010), onde o autor relata que os resultados do seu trabalho permitem acreditar que algumas crenças populares não estejam totalmente erradicadas das mentes de Agentes Comunitários de Saúde, pois o percentual de 60% foi verificado em seu estudo quando da aplicação do instrumento de pesquisa idêntico a este estudo.

No estudo de Moimaz (2007), as causas principais relatadas pelas grávidas para não procurar tratamento odontológico foram: não havia necessidade de tratamento (32,9%), mitos, crenças e tabus (16,4%), falta de dinheiro, vontade e /ou tempo (15,1%), medo (8,2%), ida ao dentista antes da gravidez (11%), problemas nos postos de saúde (9,6%), orientação do médico a não tratar (1,4%), não teve motivo (2,7%) e outros (2,7%). Ainda no mesmo estudo, como agravante do quadro encontrado no grupo de gestantes estudado nesta pesquisa, evidencia-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 (agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem) em orientar as gestantes sobre aspectos de promoção da saúde bucal. A mesma autora acrescenta 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 identificada no presente estudo. O percentual de indivíduos que assinalaram a resposta esperada foi exatamente igual nos dois grupos, 92,12%, não verificando influência da Equipe de Saúde Bucal sobre o conhecimento desse tema.

Quanto ao conhecimento sobre o flúor, este estudo apresentou resultados melhores que os apresentados por Martins *et al.*(2006), onde menos da metade dos respondentes afirmaram que o flúor é positivo não só para as crianças, mas também para os pais.

Fatores que predisõem 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 mulheres (Brasil, 2012).

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 a USF sem ESB 85,18% dos indivíduos assinalaram a resposta esperada. Já no grupo de ACS vinculados a USF com ESB esse percentual foi mais expressivo, 90,12% dos indivíduos, assinalaram a resposta esperada.

No estudo de Oliveira (2012), onde o objetivo do trabalho foi avaliar o conhecimento dos agentes comunitários de saúde (ACS) de Itajaí/Santa Catarina, 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. De acordo com os critérios pré-estabelecidos.

Como parte final deste estudo procurou-se evidenciar o total de escores obtidos com o questionário aplicado nos dois grupos e após contabilizar a soma, realizar a análise

estatística para verificar se houve diferença estatística significativa entre o grupo de ACS vinculados a USF com e sem Equipe de Saúde Bucal.

Os resultados deste estudo apontaram que houve diferença estatística significativa, com valor de $p < 0,0021$ quando analisamos o total de escore do questionário dos grupos. Esse resultado 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 de 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.

Almeida (2011), também concorda e acrescenta que nesse contexto, uma estratégia para obtenção de bons resultados é a utilização do ACS.

Para Furlan (2008) 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 Agente Comunitário seja capacitado para realizar seu papel de forma segura, transmitindo informações corretas às famílias.

Entretanto, com a atual realidade desse profissional, é necessário que sejam empregadas estratégias de aprendizagem que propiciem a formação desse trabalhador, introduzindo no seu processo de trabalho a educação continuada e permanente.

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 grande momento para formação continuada e planejamento de aprendizagem em saúde bucal dos ACS. Mas para que isso ocorra, a disciplina de Saúde Coletiva, que já faz parte da grade curricular dos cursos de odontologia, seja acrescida com abordagens que capacitem o cirurgião-dentista a

ser agente formador e disseminador de Saúde Bucal, voltados para programas sociais, qualquer que seja sua especialidade. Porém, para alcançar esse objetivo o professor da disciplina de Saúde Coletiva, necessariamente, deveria ser titulado na área e ter vivência dentro dos princípios e diretrizes do SUS.

Quanto à primeira proposição, que era “Avaliar o nível de conhecimento sobre o processo saúde-doença bucal, dos Agentes Comunitários de Saúde de Piracicaba, São Paulo”, este mostrou ser condizente e mais elevado quando comparados aos dados apresentados em outros estudos realizados no país, quando a comparação foi feita antes de treinamento dirigido à melhoria de conhecimentos em saúde bucal.

Essas considerações se encerram apontando a necessidade de novos estudos qualitativos que explorem melhor a questão do processo de trabalho do ACS sobre o tema saúde bucal entre os ACS vinculados a USF com e sem ESB, para aparelhar a população adscrita com conhecimentos e atitudes que possam melhorar as suas próprias condições de saúde bucal e de sua família.

7 CONCLUSÃO

O conhecimento sobre processo saúde-doença bucal dos ACS do município de Piracicaba – São Paulo, vinculados a Unidade de Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal é melhor do que os ACS vinculados a Unidade de Saúde da Família sem Equipe de Saúde Bucal.

Os ACS que atuam na presença de ESB têm participado mais de processos formativos em saúde bucal do que os ACS que atuam na ausência de ESB.

REFEFÊNCIAS

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.

Andrade LOM, Bueno IC de HC. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWDS *et al.* (ED). Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; São Paulo: Hucitec, 2007.

Bachilli RG, Scavassa AJ, Spiri WC. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. Ciênc. Saúde Colet. 2008; 13(1): 51-60.

Barba FC. Percepção e atuação de Agentes Comunitários de Saúde em relação à Saúde Bucal. [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2009.

Bianco LC. Avaliação de conhecimentos em saúde bucal de agentes comunitários de saúde (ACS) e usuários do SUS de Porto Velho [dissertação]. Universidade de Taubaté/Faculdade de odontologia de Taubaté; 2010.

Borjes CC, Japur M. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do programa de saúde da Família. Interface- Comunicação, Saúde, Educação; 2004; 9(18): 507-519.

Botazzo CA. Saúde bucal nas práticas coletivas de saúde. Brasília: Instituto de Saúde; 1994. [Coleção monografias, série Tendências e Perspectivas em Saúde].

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília; 1993.

Brasil. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Incentivo a Saúde Bucal. Diário Oficial da União, v.139, n.20, p.23, Brasília; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa Saúde da Família. Brasília: MS, 2001.

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; Seção 3, p.132.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria MS 518/2004. Brasília, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS - caminhos para a educação permanente em saúde. Revista do Ministério da Saúde, Brasília: MS, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde. Revista Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS - caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Brasília, p. 8, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal, 2004. [acesso 25 Jul 2013]. [internet] Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf

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. Brasília, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2006. 59 p.

Brasil. Emenda constitucional n.º 51, de 14 de fevereiro de 2006. [acesso 20 Ago 2013]. Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal [internet]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc51.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal. Caderno de atenção básica, nº 17. 2008. 92p.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011. Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família - ESF e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica - PAB variável. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 25 ago. 2011

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Brasília, 2012. [acesso em 1 Dez 2013]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5> .

Brasil. Portaria n.º 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997 [acesso 23 Ago de 2013]. Aprova as normas e diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde e do Programa de Saúde da Família [internet]. Disponível em: www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/Portaria%20n1886%20original%2018dz.

Brasil. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001 [acesso 23 Set 2013]. Que estabelece a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica [internet]. Disponível em: http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/portaria267.htm.

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, set. 1997.

Chaves RIFM. Educação em saúde bucal: oficinas para a capacitação de agentes comunitários de saúde de Montes Claros [dissertação]. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2011.

Chiesa AM, Fraccolli LA. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. Rev. Bras Saúde Família. 2004; 5(7): 42-50.

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.

Corrêa MEG. Um Pouco de História. In: O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1995. p. 33-37.

Costa ICC, Unfer B, Oliveira AGRC, Arcieri RM, Moraes E, Saliba NA. Investindo na promoção de saúde: PSF e PACS. Uma análise de suas performances em oito municípios brasileiros. Rev. ABOPREV 1998; 1(1): 30-37.

Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no programa saúde da família no distrito de Mosqueiro (Pará). Cienc. Saúde Colet. 2008; 13(1): 35-41.

Scorel 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/Pan Am J Public Health. 2007; 21(2): 164-176.

Fazenda ICA. Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa. Campinas: Papirus; 1995.

Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Cienc. Saúde Colet.* 2005; 10(2): 347-55.

Feuerwerker LCM. O papel das equipes de saúde na advocacia em saúde. *Saúde em Debate.* 1994; 45: 47-52.

Flores, O. O Agente Comunitário de Saúde: caracterização da sua formação sócio-histórica como educador em saúde. [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2007.

Frazão P, Marques D. Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. *Rev. Saúde Pública.* 2009; 43(3): 463-471.

Frazão P, Marques D. Influência de Agentes Comunitários de Saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. *Ciênc. Saúde Colet.* 2006; 11(1): 131-144.

Frazão P, Narvai PC. LEI N.º 11.889/2008: Avanço ou retrocesso nas competências do técnico em saúde bucal? *Trab. Educ. Saúde.* 2011; 9(1): 109-123.

Furlan PG. Veredas no território: análise de agentes comunitários de saúde. [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2008.

Gil, A.C. Metodologia e técnicas de pesquisa social. 5ª Ed. São Paulo: Atlas; 1999.

Haddad AE. A erupção dos dentes decíduos e sua relação com o crescimento somático. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.

Holanda ALF, Barbosa, AAA, Brito EWG. Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(Supl. 1): 1507-1512.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – 1998. [acesso 2013 Ago 20]. Disponível em: <http://www.ibge.org.br>.

IPPLAP – Instituto de Pesquisa e Planejamento de Piracicaba. Atendimento Odontológico por Unidade de Saúde [acesso 2014 Jan 31]. Disponível em: <http://www.ipplap.com.br/docs/Atendimento%20Odontologico%20por%20Unidade%20de%20Saude%20-%201999%20a%202013.pdf>.

Johnson C D, Noyes J, Haines A, Thomas K, Stockport C, Ribas AN *et al.* Learning from the Brazilian Community Health Worker Model in North Wales. *Globalization and Health*. 2013 9:25. [acesso 2013 Dez 9]. Disponível em: <http://www.globalizationandhealth.com/content/9/1/25>.

Koyashiki GAK, Alves-Souza RA, Garanhani ML. O trabalho em saúde bucal do agente comunitário de saúde em Unidades de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Colet*. 2008; 13(4): 1343-1354.

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.

Lino MM, Lanzoni GMM, Albuquerque GL, Schweitzer MC. Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. *Cogitare Enferm*. 2012; 17(1): 57-64

Lopes BC, Chagas DMNM, Torres ZF. Regulação profissional do agente comunitário de saúde: natureza do trabalho, qualificação e vínculo. *Rev. Bras. de Saúde da Família*. 2002; (6): 28-31.

Losso EM, Tavares, MCSJY. Urban CA. Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. J Pediatr. 2009; 85(4): 295-300.

Marques DS. Impacto de uma capacitação de Agentes Comunitários de Saúde na promoção da Saúde Bucal. [dissertação]. Santos: Universidade Católica de Santos; 2005.

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.

Mialhe FL, Lefrèvre F, Lefrèvre AMC. O Agente Comunitário de Saúde e suas práticas educativas em Saúde Bucal: uma avaliação quali-quantitativa. Ciênc. Saúde Colet. 2011; 16(11): 4425-4432.

Moimaz SAS, Rocha NB, Saliba O, Garbin CAS. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. 2007; 19(1): 39-45

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. Saúde. 2007; 5(2): 261-80.

Morosini MV. Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2010.

Mota RRA, David HMSL. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? Trab. Educ. Saúde. 2010; 8(2): 229-248.

Moura MS, Carvalho CJ, Amorim JTC, Marques MFSS, Moura LFAD, Mendes RF. Perfil e práticas de saúde bucal do agente comunitário de saúde em municípios piauienses de pequeno porte. *Cienc. Saúde Colet.* 2010; 15(Supl. 1): 1487-1495.

Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40(N. Spe): 141-147.

Neves AM, Passos IA, Oliveira AFB. Estudo da prevalência e severidade de gengivite em população de baixo nível socioeconômico. *Odontol. Clín-Cient.* 2010; 9(1): 65-71.

Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCI. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública.* 2002; 18(6) : 1639-1649.

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.

Pelicioni MCF, organizador, Mialhe FL, organizador. *Educação e Promoção da Saúde- Teoria e Prática.* São Paulo: Editora Santos- Grupo GEN; 2012.

Pires ROM, Neto FL, Lopes JB, Bueno SMV. O conhecimento dos agentes comunitários sobre saúde bucal: uma perspectiva sobre deficiências em educação em saúde no PSF. *Ciênc. Cuid Saúde.* 2007; 6(3): 325-334.

Rodrigues AAAO, Santos AM, Assis MMA. Agentes comunitários de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas. *Cienc. Saúde Colet.* 2010a; 15(3): 907-915.

Rodrigues AÁAO, Bomfim LS. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família do semiárido baiano (Feira de Santana): organização e micropolítica. *Rev. APS, Juiz de Fora.* 2010b; 13(1): 96-108.

Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2005; 13(6): 1027-1034.

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.

Santos KT, Saliba NA, Moimaz SAS, Arcieri RM, Carvalho ML. Community health agent: status adapted with family health program reality? Cienc. Saúde Colet. 2011; 16 (Supl. 1): 1023-8.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba. Departamento de Atenção Básica. [acesso 2013 Jul 12]. Disponível em: <http://www.saude.piracicaba.sp.gov.br>.

Silveira Filho AD. Odontologia no PSF – um desafio. Rev. Bras. Saúde da Família. 2002a; (4): 17-18.

Silveira Filho AD. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Rev. Bras. Saúde da Família. 2002b; (6):36-43.

Simon S, Chu K, Frieden M, Candrinho B, Ford N, Schneider H *et al*. An integrated approach of community health worker support for HIV/AIDS and TB care in Angónia district, Mozambique. BMC International Health and Human Rights. 2009, 9:13. [acesso 2013 Nov 20]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/9/13>.

Solla JJSP, Medina MG, Dantas MBP. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. Saúde em Debate. 1996; 51: 4-15.

Sousa MF. Agentes comunitários de saúde. Choque de Povo! São Paulo: Hucitec; 2001.

Sousa JM, Fracasso MLC. Comportamento materno versus temperamento da Criança: Influência do Padrão de Saúde Bucal Pesquisa brasileira em Odontopediatria e clinica integrada. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2010; 10(1): 47-54.

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.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

Suzuki N, Yoneda M, Naito T, Iwamoto T, Hirofuji T. Relationship Between halitosis and psychologic satatus. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2008; 106(4): 542-547.

Teixeira CBA. Dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. Cienc. Saúde Colet. 2000; 11(1) :45-51.

Tolomeu JSO, Ferreira PAA, Reis AP, Fernandes DRF, Oliveira LC. Ações de educação em saúde para agentes comunitários de saúde. Rev. Univer Vale do Rio Verde. 2013; 11(1): 40-49.

Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. Interface Comum. Saúde Educ. 2002; 6(10): 84-87.

Tondélo J. Avaliação de uma proposta de um Programa Educativo em Saúde Bucal para Agentes Comunitários de Saúde. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.

Ursine BL, Trelha CS, Nunes EFPA. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. Rev. Bras. Saúde Ocup. 2010; 35(122): 327-339.

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.

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.

Zanetti CH. Saúde bucal no programa de saúde da família (PSF) – Proposição e programação. Mimeo: Brasília. 2000.

Zanetti CHG. Por um caminho sustentável para universalização da atenção básica: Saúde Bucal da Família com equidade e integralidade. Brasília: Universidade de Brasília; 2000. [acesso 2013 Out 15]. Disponível em: http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/psf_caminho.htm

ANEXOS

Anexo 1



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "**Análise do conhecimento em Saúde Bucal dos Agentes comunitários de Saúde e usuários do SUS**", protocolo nº 096/2013, dos pesquisadores Giovana Renata Gouvêa e Fábio Luiz Mialhe, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 09/10/2013.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "**Analysis of oral health knowledge of community health Agents and users of SUS**", register number 096/2013, of Giovana Renata Gouvêa and Fábio Luiz Mialhe, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 10/09/2013.


Prof. Dr. Felipe Bevilacqua Prado
Secretário
CEP/FOP/UNICAMP


Profa. Dra. Livia Maria Andaló Tenuta
Coordenadora
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

Anexo 2



OL/SEMS1026/2013

Prefeitura do Município de Piracicaba
Secretaria Municipal de Saúde
Estado de São Paulo - Brasil

SEMS
1009
10 09 13 14:24

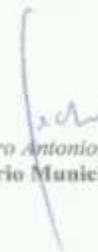
Piracicaba, 04 de setembro de 2013.

Ref: Serviço de Informação ao Cidadão/Protocolo/156: 124.804/2013

Em atenção ao expediente supracitado, de autoria da Senhora GIOVANA RENATA GOUVÊA, informamos que atualmente temos no quadro funcional 245 (duzentos e quarenta e cinco) Agentes Comunitários de Saúde ativos, contratados através concurso público para atuarem junto ao Programa Saúde da Família.

A Secretaria Municipal de Governo.

Atenciosamente,


Dr. Pedro Antonio de Mello
Secretário Municipal de Saúde

Anexo 3

QUESTIONÁRIO - AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Prezado (a) Agente Comunitário de Saúde

O presente formulário visa captar sua percepção sobre aspectos de saúde bucal.

Instrução de preenchimento do formulário

- 1- Leia todas as alternativas de resposta antes de assinalar a sua escolha;
- 2- Reflita sobre o sentido de cada alternativa;
- 3- Assinale a alternativa que mais corresponde ao seu ponto de vista.
- 4- Se não entender alguma pergunta recorra à pessoa responsável.
- 5- Responda todas as perguntas.

Giovana Renata Gouvêa, responsável pelo estudo.

FORMULÁRIO

1ª PARTE

1-Idade: _____ Sexo: () F () M

2-Escolaridade:

- () Ensino Fundamental Completo
- () Ensino Fundamental Incompleto
- () Ensino Médio Completo – Curso: _____
- () Ensino Médio Incompleto – Curso: _____
- () Ensino Superior Completo – Curso: _____
- () Ensino superior Incompleto – Curso: _____

3- Tempo que reside no Bairro:

- () Menos de 1 ano.
- () De 1 a 2 anos.
- () De 3 a 4 anos.
- () 5 anos ou mais.

5-Renda familiar (referência 1 Salário Mínimo = R\$ 678,00):

- () Menos de 1 salário mínimo.
- () De 1 a menos de 2 salários mínimos.
- () De 2 a menos de 3 salários mínimos.
- () De 3 a menos de 4 salários mínimos.
- () De 4 a menos de 5 salários mínimos.
- () Mais de 5 salários mínimos

6-Há quanto tempo trabalha na Unidade? _____ (meses).

2ª PARTE:

1- Antes de se tornar ACS você já trabalhou como auxiliar de dentista ou secretária de consultório Odontológico?

- Sim
- Não

2- Você realiza educação em saúde bucal na rotina de suas atividades?

- Sim
- Não

3-No seu trabalho como ACS, foi realizada alguma capacitação em saúde bucal?

- Sim
- Não

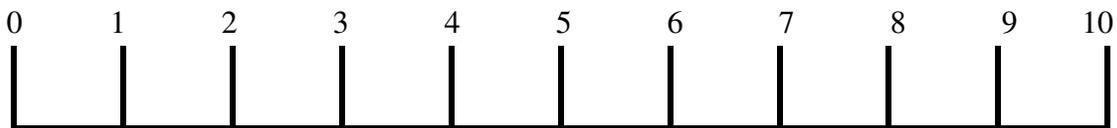
4-Com que frequência você escova os dentes?

- Somente quando acordo.
- Somente quando vou dormir.
- Normalmente após as refeições.
- A qualquer hora do dia, desde que tenha me alimentado.

5-Usa fio dental regularmente?

- Em todas as escovações diárias.
- Pelo menos 1 vez ao dia.
- Uso de vez em quando.
- Não tenho o hábito de usar fio dental.
- Uso somente palitos.

6-Hoje o que você conhece sobre Saúde Bucal pode ser considerado numa escala de 0 a 10 como?



7- Você considera o *acesso* das famílias da sua área ao serviço público odontológico da USF como sendo:

- Muito difícil.
- Difícil.
- Fácil.
- Muito fácil.

3ª PARTE

8-Na sua percepção, em relação aos dentes de leite, qual opção você considera certa:

- Por serem dentes temporários, não necessitam de cuidados.
- Guiam a erupção ou o “nascimento” dos dentes permanentes.
- Surgem na boca quando a mãe para de amamentar o bebê.
- São dentes que caem facilmente porque não tem raízes.
- Não sei.

9-Desde o nascimento até a idade adulta, quantas são as trocas de dentes?

- Uma.
- Duas.
- Três, incluindo o dente do siso (terceiro molar).
- Não sei.

10-Em sua opinião, em que idade começa a nascerem os primeiros *dentes permanentes*:

- Por volta dos 6 meses a 1 ano.
- De 2 a 3 anos.
- De 5 a 6 anos.
- De 8 a 9 anos.
- De 11 a 12 anos.

11-Qual a sua percepção em relação à principal causa de uma dentição forte?

- Herança dos pais (nascença).
- Tipos de raça.
- Boa condição financeira.
- Cuidados com a higiene bucal e alimentação.
- Não sei.

12-A cárie é para você uma doença provocada *principalmente* por:

- Má formação da estrutura dos dentes.
- Bactérias aderidas aos dentes.
- Uso constante de antibióticos.
- Falta de saliva na boca.
- Ingestão frequente de produtos açucarados.
- Não sei.

13- Mau hálito na maioria dos casos é causado por:

- Estresse emocional.
- Uso de medicamentos.
- Fumo e álcool em excesso.
- Falta da remoção da placa bacteriana que se acumula nos dentes e na língua.
- Alimentos açucarados e gordurosos.
- Não sei.

14- Você acha que o sangramento da gengiva é:

- Normal e sempre ocorre com a escovação.
- O maior causador da cárie dental.
- Uma infecção que atinge o nervo do dente.
- O primeiro sinal de uma doença gengival.
- Não sei.

15-Para se evitar a gengivite (inflamação da gengiva) é preciso realizar os procedimentos de higiene bucal, utilizando corretamente:

- Apenas escova dental.
- Escova dental e pastas com flúor.
- Escova e fio dental.
- Líquidos especiais para bochecho e soluções com flúor.
- Não sei.

16-Em sua opinião, indique a alternativa que pode levar o dente a precisar de tratamento de canal:

- Lesão de cárie não tratada.
- Excesso de flúor.
- Uso de dentadura quebrada.
- Ponte móvel mal adaptada.
- Não sei.

17-Durante a gravidez, você acha que o tratamento dentário deve ser:

- Preventivo e periódico.
- Evitado durante toda a gestação.
- Para os casos de urgência.
- Não sei.

18-O flúor é importante:

- Apenas na infância, na época de formação e erupção dos dentes.
- Na vida adulta.
- Na terceira idade.
- Em todas as fases da vida.
- Não sei.

19- Na sua percepção, indique a alternativa que cita o fator de risco mais relacionado ao aparecimento de câncer bucal:

- Ingestão de medicamentos.
- Alimentação rica em sal e açúcar.
- Excesso de álcool e fumo.
- Perdas dos dentes permanentes.
- Não sei.