

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**O Agente Comunitário de Saúde como ator na
promoção de saúde bucal no programa saúde da
família de Rio Branco, Acre, 2009**

Cleber Ronald Inácio dos Santos

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública.**

**Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública**

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

São Paulo

2010

**O Agente Comunitário de Saúde como ator na
promoção de saúde bucal no programa saúde da
família de Rio Branco, Acre, 2009**

Cleber Ronald Inácio dos Santos

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública**

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

São Paulo

2010

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos agentes comunitários de saúde do Município de Rio Branco por sua contribuição na construção do Sistema Único de Saúde, por seu elevado grau de profissionalismo e pelo cuidado sempre zeloso com as famílias sob sua responsabilidade.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. **Paulo Capel Narvai**, meu orientador, paciente e experiente, que nunca deixou de transmitir bons ensinamentos. Amigo de todas as horas. Incansável batalhador da Saúde Pública.

À Prof^ª. Dr^ª. **Cleide Lavieri Martins** e ao Prof. Dr. **Celso Zilbovícius**, por aceitarem o convite para participar da Banca de Defesa e pelos conhecimentos transmitidos.

À Prof^ª Dr^ª **Néia Schor** e ao Prof. Dr. **Delsio Natal**, coordenadores do bem sucedido Mestrado Interinstitucional em Saúde Pública promovido pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em cooperação com a Universidade Federal do Acre, que souberam conduzir com retidão este empreendimento.

Ao Prof. Dr. **Pascoal Torres Muniz**, vice-reitor da Universidade Federal do Acre, por seu empenho para a realização do primeiro curso de Mestrado em Saúde Pública no Estado do Acre.

Ao Dr. **Francisco Eduardo Saraiva de Farias**, vice-prefeito de Rio Branco e ex-Secretário Municipal de Saúde de Rio Branco, grande amigo e incentivador desta minha caminhada.

Aos amigos **Vanessa e Francisco Nailton**, secretários da Coordenação do Curso, pela dedicação e colaboração durante todo o Curso

Aos amigos da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco: **Antônio Andrade, Clécia, Danúzia Vila-Nova, Maria Jesuíta, João Carlos, Luiz Felipe, Maira, Marcos Francisco, Maria do Carmo Duarte e Pascal Khalil**, grandes incentivadores e colaboradores em diversos momentos deste trabalho.

A todos os **colegas de turma**, pelo prazer da convivência e pela solidificação de uma grande amizade.

Ao amigo **Aucemir Lima dos Santos** pelo apoio e incentivo prestados durante todo o Curso.

À amiga **Dalvacy de Oliveira Cunha**, por toda a gentileza dispensada nas minhas estadas em São Paulo.

A todos, os meus sinceros agradecimentos.

Santos CRI. O Agente Comunitário de Saúde como ator na promoção de saúde bucal no programa saúde da família de Rio Branco, Acre, 2009. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

RESUMO

Introdução – Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são atores estratégicos na Promoção de Saúde. A atuação dos agentes, no âmbito do programa de saúde da família, vem sendo considerada decisiva em vários contextos, e abrange ações no campo da saúde bucal. **Objetivo** – Analisar a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde do programa saúde da família do Município de Rio Branco, Acre, no ano de 2009, na perspectiva da promoção de saúde bucal, descrevendo suas práticas, independente da presença de profissionais de saúde bucal nas unidades de saúde da família. **Método** – Pesquisa descritiva e interpretativa, constituindo-se em um estudo de metodologia qualitativa na área de Serviços de Saúde Pública, realizado através de coleta de dados empíricos. A população de estudo foi constituída por 20 agentes comunitários de saúde que atuaram em unidades de saúde da família da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, Capital do Estado do Acre, no ano de 2009. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas. Foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo para sumarizar e expressar as falas dos sujeitos, analisadas segundo as Idéias Centrais definidas. **Resultados e Discussão** – Os Discursos do Sujeito Coletivo foram analisados e apresentados a partir das seguintes Idéias Centrais: O vínculo do agente comunitário de saúde com a comunidade; A percepção da saúde bucal; Como adquirem os conhecimentos sobre

saúde bucal; As orientações sobre saúde bucal realizadas no domicílio; e, As relações de trabalho do agente comunitário de saúde.

Considerações Finais: Concluiu-se que apesar da pouca autonomia que têm no trabalho, da distante relação com a Secretaria Municipal de Saúde e da inexistência de um programa de educação permanente que possibilitem adquirir e renovar os conhecimentos sobre saúde bucal, os agentes comunitários de saúde conseguem atuar como atores na promoção da saúde bucal no domicílio, independente da presença de profissionais de odontologia em suas unidades de saúde, contribuindo dessa forma para desodontologizar a saúde bucal.

Descritores: Saúde da Família; Programa Saúde da Família; Promoção da Saúde; Saúde Bucal; Odontologia Comunitária.

Santos CRI. O Agente Comunitário de Saúde como ator na promoção de saúde bucal no programa saúde da família de Rio Branco, Acre, 2009. / The community health officer as an actor in the promotion of oral health in the family health program in Rio Branco, Acre, 2009 [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010.

ABSTRACT

Introduction: Community health officers (CHO) are strategic actors in the promotion of health. The officers' activities within the Family Health Program (FHP), has become considerably decisive in several ways, and covers oral health. **Objective:** To analyze the community health officers' performance of the family health program in the municipality of Rio Branco, Acre, in 2009, in the perspective of oral health promotion, reporting their practices, independent of the presence of oral health professionals at the family health units. **Method:** Descriptive research and interpretative, composing a study of qualitative methodology in Public Health Services, done thru empiric data gathering. The study subjects were made up of 20 community health officers that worked in family health units of the municipal health bureau in Rio Branco city, capital of Acre state, in 2009. Data were obtained by mean of open interviews. The Collective Subject Discourse was used to condense and express subjects' talks, analysed according to definite Central Ideas. **Results:** The collective subject discourses were analyzed and presented from the following central ideas: The connection of the community health officer with the community; the perception of oral health; how they acquired knowledge on oral health; Oral health counseling at homes and work relationship of the community health officer. **Conclusion:** in spite of limited autonomy on the job, relation to municipal health bureau kept at a distance and the lacking of a permanent education program that may allow for obtaining and renewing knowledge on oral health, the community health officers are able to perform as actors in the promotion of

oral health at homes, independent of dentistry professionals' presence in their health units, thus, contributing to disentanglement of oral health of traditional dentistry know-how.

Descriptors: Family Health; Family Health Program; Health Promotion; Oral health; Community Dentistry

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES	18
2.2 A PROMOÇÃO DA SAÚDE	19
2.3 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	23
2.4 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE BUCAL	32
2.5 O REFERENCIAL TEÓRICO	34
3 OBJETIVOS	39
3.1 OBJETIVO GERAL	39
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	40
4.1 TIPO DE ESTUDO	40
4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO	41
4.2.1 Seleção dos Sujeitos da Pesquisa	42
4.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	45
4.3.1 Técnicas de Coleta de Dados	46
4.3.2 Técnicas de Registro de Dados	50
4.3.3 Pré-Teste	51
4.4 SINTESE DE DADOS	52
4.5 RELATÓRIO FINAL	52
4.5.1 Composição dos DSC	52
4.5.2 Interpretação	58
4.5.3 Conclusões	58
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	59
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
5.1 O VÍNCULO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COM A COMUNIDADE	64
5.2 A PERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL	71

5.3 COMO OS AGENTES ADQUIREM OS CONHECIMENTOS SOBRE SAÚDE BUCAL	75
5.4 AS PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES SOBRE SAÚDE BUCAL REALIZADAS NO DOMICÍLIO	79
5.4.1 Orientações sobre a Escovação Dentária	82
5.4.2 Orientações sobre a Escova Dental	86
5.4.3 Orientações sobre o Creme Dental	89
5.4.4 Orientações sobre o Uso do Fio Dental	92
5.4.5 Orientações sobre o Uso de Palitos	95
5.4.6 Orientações sobre o Uso de Alimentos Açucarados	96
5.4.7 Orientações sobre o uso de Flúor	97
5.4.8 Orientações sobre o Auto-Exame para a Prevenção do Câncer da Boca	100
5.4.9 A Atenção às Etapas do Ciclo de Vida	102
5.4.10 A Atenção aos Grupos Especiais	111
5.5 AS RELAÇÕES DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	114
5.5.1 A Relação com o Nível Central da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco	114
5.5.2 O Planejamento das Ações das Equipes de Saúde da Família	117
5.5.3 As Sugestões dos Agentes Comunitários de Saúde	120
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
7 REFERÊNCIAS	127
ANEXOS	131
Anexo 1 – Quadro de distribuição das unidades de saúde da família de Rio Branco com equipes de saúde bucal	132
Anexo 2 – Quadro de distribuição das unidades de saúde da família de Rio Branco sem equipes de saúde bucal	133
Anexo 3 – Tabela da Estimativa do percentual de cobertura populacional das Unidades de Saúde da Família do Município de Rio Branco	134
Anexo 4 – Termo de Responsabilidade do Pesquisador	135
Anexo 5 – Declaração de Anuência do Gestor Municipal	136

Anexo 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	137
Anexo 7 – Roteiro para a Entrevista	139
Anexo 8 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/FSP	141
Anexo 9 – Declaração de Aprovação para o início da pesquisa de campo – CEP/UFAC	142

SIGLAS UTILIZADAS

AC	- Ancoragem
ACD	- Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	- Conferência Nacional de Saúde
COEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
DRCA	- Departamento de Regulação, Controle e Avaliação
DSC	- Discurso do Sujeito Coletivo
ESB	- Equipe de Saúde Bucal
F	- Flúor
IAD-1	- Instrumento de Análise de Discurso 1
IAD-2	- Instrumento de Análise de Discurso 2
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	- Idéia Central
INSS	- Instituto Nacional de Seguridade Social
INTERNET	- Rede Mundial de Computadores
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
pH	- Potencial de Hidrogênio
PSF	- Programa de Saúde da Família
SEMSA	- Secretaria Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
THD	- Técnico em Higiene Dental
UBS	- Unidade Básica de Saúde
USF	- Unidade de Saúde da Família

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa teve como pergunta de partida “*Como os agentes comunitários de saúde do PSF do Município de Rio Branco realizam a promoção de Saúde Bucal na comunidade?*”, situando-se na área de concentração “Serviços de Saúde Pública” dentro da linha de pesquisa “Promoção da Saúde”.

Ao procurar fazer um recorte na promoção de saúde bucal, definindo-se, como objeto, o agente comunitário de saúde como ator na promoção de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) do Município de Rio Branco, Acre, em 2009, pretendeu-se analisar a atuação destes profissionais na perspectiva da promoção de saúde bucal, descrevendo a percepção do agente sobre a prática de saúde bucal, independente de os profissionais integrantes das equipes de saúde bucal estarem ou não presentes nas respectivas unidades de saúde da família onde se encontram cadastrados.

O Município de Rio Branco, situado no sudeste do Estado do Acre, apresenta uma área territorial de 9.223 Km², tem uma população estimada pelo IBGE (2010) em 305.954 habitantes (equivalente a aproximadamente 44% da população do Estado), e desempenha importante papel regional por ser a capital e a maior cidade do Estado, funcionando como um pólo econômico para as populações situadas no interior do Estado do Acre, sul do Amazonas, extremo oeste de Rondônia, e de países vizinhos como Bolívia e Peru.

A Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (SEMSA), como gestora municipal do Sistema Único de Saúde (SUS), é responsável pela atenção básica de

saúde aos municípios, enquanto as atenções de média e alta complexidade competem ao gestor estadual do SUS.

No modelo adotado pela SEMSA, o município de Rio Branco encontra-se dividido em 12 segmentos de saúde que, futuramente, conformarão os distritos sanitários. Cada um destes segmentos de saúde (com exceção de dois) concentra as unidades de saúde da família (USF) e uma unidade básica de saúde (UBS), de maior complexidade, como unidade de referência para atenção básica. As unidades de saúde da família são as unidades de saúde do município com menor complexidade no sistema. As USF possuem como equipe mínima para funcionamento, um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde.

As 53 unidades de saúde da família existentes são responsáveis por 44.588 famílias (178.352 habitantes), o que equivale a 61,37% de cobertura da população total do município de Rio Branco. Estas unidades de saúde distribuem-se, territorialmente, no município, por dez dos doze segmentos de saúde.

Em dois dos segmentos não há unidades do Programa de Saúde da Família, porém a população encontra-se coberta por atividades de outro programa: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), cujas equipes são compostas, apenas, pelo enfermeiro-supervisor e pelos agentes comunitários de saúde, não se constituindo, portanto, objeto deste estudo.

A implantação de equipes de saúde bucal (ESB) no programa não é obrigatória, podendo o município, ao decidir implantá-las, optar por vinculá-las a uma ou a duas equipes de saúde da família.

No modelo de Rio Branco, das 19 equipes de saúde bucal, 18 são vinculadas a duas equipes de saúde da família cada uma e apenas uma ESB encontra-se vinculada a uma única equipe de saúde da família.

Desta maneira, as equipes de saúde bucal abrangem 37 unidades de saúde da família, onde se encontram vinculadas 30.789 famílias (123.156 habitantes), o que corresponde a uma cobertura de 42,37% da população municipal (anexos 1 e 3).

Nestas unidades de saúde da família, que possuem equipes de saúde bucal, encontram-se cadastrados, junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹, 211 agentes comunitários de saúde, representando 67% dos ACS do programa.

Considerando a composição das equipes de saúde bucal, a Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde estabelece dois tipos de ESB: ESB-Modalidade I (composta por cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal), e ESB-Modalidade II (composta por cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico em saúde bucal).

No Programa de Saúde da Família de Rio Branco, todas as 19 equipes são cadastradas na modalidade I.

1. O Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) “é um sistema de informação de cadastro: (1) de estabelecimentos de saúde; (2) de profissionais; (3) de equipamentos de saúde; e (4) de Equipes Saúde da Família com ou sem Equipes Saúde Bucal” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006d).

As outras 16 USF são responsáveis por 13.799 famílias (55.196 habitantes), correspondendo a, aproximadamente, 19% de toda a população do município, onde se encontram cadastrados 104 agentes comunitários de saúde (33% dos ACS do programa). Todavia, não há equipes de saúde bucal na sua composição (anexos 2 e 3).

A conformação de um modelo assistencial no Município de Rio Branco é incipiente. A Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (apesar de, na prática, trabalhar com esta lógica), possui escassa normatização técnica ou jurídica que defina o modelo do programa de saúde da família implantado.

A documentação do cadastro junto ao CNES e um documento interno assinado pelos gerentes de Saúde Comunitária e de Saúde Bucal denominado “Normatização da Atenção Básica em Saúde nas Unidades de Saúde da Família do Município de Rio Branco” (SEMSA, 2008) são os documentos utilizados para nortear a organização do PSF.

Portanto, a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco necessita de estudos que auxiliem na consolidação do seu modelo, apontando direcionamentos, principalmente, para as práticas da promoção em saúde.

A escassa bibliografia sobre o tema aguçou o desejo de observar a realidade local.

Através do confronto com as teorias existentes, intenciona-se propor ações que culminem no alcance da promoção em saúde na comunidade, utilizando-se o agente comunitário de saúde como elo fundamental entre a população e os serviços.

A escolha do agente comunitário de saúde como sujeito da pesquisa deu-se pelos seguintes motivos: por ser um profissional híbrido, pois ao mesmo tempo em que é integrante da comunidade (e, portanto, partícipe dos valores sociais e culturais desta), também é um trabalhador de saúde da USF localizada nesta mesma comunidade; por ser, dentre os profissionais da equipe do PSF o que reúne as maiores condições de aproximação com uma ação integral, pela característica genérica do seu ofício, por possuir uma forte identidade comunitária e por realizar tarefas que não se limitam somente ao campo da saúde; e, por já realizar ações educativas visando à saúde bucal.

Os agentes comunitários de saúde ao difundirem os conhecimentos e os cuidados em saúde bucal contribuiriam para a desmonopolização do saber em saúde bucal, visando à melhoria das condições de vida.

A dificuldade, na Região Amazônica, de efetuar estudos que possam impactar na organização dos serviços, na promoção da saúde e na mudança de atitudes dos profissionais de saúde, deve ser superada com a execução de projetos que visem fazer avançar a ciência, e que contribuam para a modificação da realidade regional, permitindo que esses avanços repercutam na saúde dos indivíduos e das comunidades.

Assim, buscou-se com o presente estudo contribuir para modificar a situação das condições de saúde bucal da população local, constituindo-se este em um estudo pioneiro sobre o tema na região.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

A partir da década de 1980, com a eclosão do movimento pela reforma sanitária (ELIAS, 1993), que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986), com a discussão sobre o modelo de atenção à saúde vigente no país, iniciou-se um processo de mudança para um modelo de saúde que estivesse centrado na universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação da população.

As propostas emanadas daquela conferência começaram a ganhar espaço de discussão na sociedade, e culminaram com sua inclusão no novo texto constitucional (BRASIL, 1988). Desde então, nesses mais de vinte anos, o desafio constante dos serviços de saúde tem sido pautado em concretizar, no cotidiano dos brasileiros, os princípios e diretrizes preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

As cinco conferências nacionais de saúde que se seguiram, reforçaram este anseio e, posteriormente, os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, e a Política Nacional de Atenção Básica, reafirmaram a urgência da adoção de um modelo de saúde que responda às necessidades da população, orientando a atenção básica como porta de entrada do sistema, e priorizando o Programa Saúde da Família (PSF), como estratégia a ser implementada para a substituição do modelo vigente (MS, 2006a, 2006b).

O Programa Saúde da Família deu início, então, a uma trajetória que vem possibilitando organizar a atenção básica em saúde, surgindo a necessidade e a possibilidade de incluir ações de saúde bucal no PSF.

O marco oficial da inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB), no PSF, deu-se através da edição da Portaria MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2.000, na qual o Ministério da Saúde reconhece “a necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos” (MS, 2000).

NARVAI e FRAZÃO (2008, p. 101) assinalaram que:

”A portaria 1.444/2000 resultou de um longo processo de discussões que envolveu, de algum modo, entidades odontológicas, Conselhos de Saúde e profissionais da saúde desde o final de 1994 (...) insistindo na necessidade de o PSF contar ‘com dentistas’ nas equipes de saúde da família”.

2.2 A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Em 1986, a “Carta de Ottawa” conceituou a Promoção de Saúde como:

Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades, e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (OPAS, 1986).

E, sintetiza o pensamento do sanitarismo mundial, ao afirmar que o avanço da Promoção da Saúde, no sentido de alcançar esse bem de modo pleno, só se daria através do fortalecimento da ação comunitária, de forma correta e efetiva:

A promoção da saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino. (OPAS, 1986).

Sobre a Promoção da Saúde CHIESA e FRACOLLI (2004, p. 46) escreveram:

O campo da Promoção da Saúde é recente, ainda em expansão, porém com enorme potencial, dadas as demandas emergentes na década de 90, decorrentes da descentralização preconizada pelo SUS, que favoreceram o desenvolvimento de um movimento municipalista da Saúde, o fortalecimento da participação popular e o controle social da população nas questões de saúde.

A Primeira e a Segunda Conferências Nacionais de Saúde Bucal afirmaram: “A Saúde Bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo está diretamente relacionadas às condições de (*saneamento*), alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso aos serviços de saúde e à informação” (CNSB, 1986, p. 3 e CNSB, 1993, p. 6).

Na concepção de COSTA (2004, p. 163), “não existe saúde da boca, saúde do coração, saúde do pulmão, etc. isoladamente. Existe saúde, se há uma harmonia, um equilíbrio no todo, que é o organismo, ou existe doença, quando ocorre

um desequilíbrio nessa harmonia, qualquer que seja a parte do corpo que tenha sido afetada.”

NARVAI e FRAZÃO (2008) relatam que na maioria das vezes a saúde bucal ao invés de ser tratada como uma abstração útil à comunicação entre especialistas e leigos é vista como algo separado da saúde “geral”.

O pensamento destes autores norteia esta pesquisa e permite delimitar a expressão “*promoção de saúde bucal*” a essa abstração referida, com o intuito de ser uma expressão que tenha uma finalidade “meramente didática e/ou classificatória”, útil para a compreensão de que as práticas de saúde bucal contribuem para a Promoção da Saúde, não devendo ser vistas como algo à parte.

COSTA (2004, p.167) afirma que “é necessário que se compreenda a existência de três pilares que sustentam as ações promotoras de Saúde”.

Primeiramente, destaca que se deve reconceituar a Saúde Bucal, permitindo maiores possibilidades de relações de trabalho multidisciplinares que surgirão com a inclusão do profissional de saúde bucal como membro de uma equipe de Saúde, reformulando seu enfoque, eminentemente técnico, para uma visão do ser humano como um todo;

Em segundo lugar, entende que se deve promover a potencialização, como um processo de crescimento pessoal, interpessoal e de poder político, transformando indivíduos e comunidades a partir do poder de ação para melhorar suas vidas;

E, finalmente, compreende que a participação comunitária juntamente com a potencialização formam um binômio que caracteriza a promoção em Saúde: “Se trabalharmos juntos, discutirmos juntos, a autoconfiança mútua se desenvolve, e traz, como consequência, a responsabilidade e a cooperação coletiva” COSTA (2004, p.167).

E acrescenta: “Uma rede de ações de Saúde, que faça a integração da Saúde Bucal com a Saúde Geral, é primordial para que possamos melhor entender a dimensão do processo saúde/doença e assim ter ganhos futuros, no que se refere à qualidade de vida” (COSTA, 2004, p. 163).

NARVAI (2005, p. 36) ao discutir o conceito de “atenção à saúde” afirma que “as práticas de saúde pública devem ir além da assistência aos indivíduos, sob as mais diferentes estratégias em curso, pois precisam se ocupar também da ‘atenção’ à saúde”.

Na sua concepção, “atenção à saúde” refere-se ao “conjunto de atividades intra e extra-setor saúde que, incluindo a assistência individual, não se esgota nela, atingindo grupos populacionais com o objetivo de manter a saúde, e requerendo ações concomitantes sobre todos os determinantes da saúde-doença.” (NARVAI, 2005, p. 36).

O autor conceitua, também, o termo “assistência” como correspondente ao “conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, doentes ou não” e enfatiza que não deve ser usado como sinônimo de “atenção”, principalmente ao serem abordadas “as políticas, o financiamento, o planejamento e a administração em saúde” (NARVAI, 2005, p. 36).

Em síntese, Weyne, Moysés e Watt apud COSTA (2004, p. 170) identificam que “a Promoção em Saúde poderá utilizar abordagens cujas construções requerem flexibilidade profissional, transferência de poder, controle da situação e bom senso.”

2.3 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Ao propor o Programa Saúde da Família como reestruturação do modelo assistencial dominante, o Ministério da Saúde favorece a constituição de uma unidade prestadora de serviços, que atua numa lógica de transformação das práticas de saúde na atenção básica, visando integrar ações de promoção e prevenção da saúde, racionalizar os recursos destinados à atenção secundária e terciária, e definir uma política de recursos humanos para atender às demandas da organização dos serviços de saúde.

Para MARTINES e CHAVES (2007, p. 428),

A estratégia do PSF estrutura-se apoiada no Sistema Único de Saúde, incorporando as diretrizes de universalização, descentralização e participação da comunidade e anuncia-se com princípios complementares: caráter substitutivo ao modelo tradicional de atenção primária, antes centrado na relação médico-paciente e no atendimento individual; integralidade e hierarquização (encontrando-se dentro do sistema de referência e contra-referência da rede); territorialização e cadastramento de clientela; equipe multiprofissional.

Uma característica essencial do PSF refere-se ao trabalho multiprofissional, pois se trata “de uma equipe na qual existe uma definição de

competências e co-responsabilidades entre seus membros” (CHIESA e FRACOLLI, 2004, p. 44).

Na visão de CHIESA e FRACOLLI (2004, p. 44), o modelo de atenção proposto “prioriza as ações de proteção e promoção da saúde, além da assistência individual, como elementos diferenciadores para a construção de um novo modelo, cujo foco se amplia do indivíduo/família à comunidade.”

MARTINES e CHAVES (2007, p. 427), expressam que:

No PSF o trabalho caminha pelo viés da assistência integral, entendida por ações preventivas, de promoção da saúde e curativas nas quais se busca a qualidade de vida global e a cidadania do usuário em cada etapa do processo de atenção, atrelada à visão de equipe interdisciplinar, contando com um trabalho de base feito pelo ACS que realiza o monitoramento (diagnóstico local situacional) de forma contínua, sob supervisão do enfermeiro.

Segundo MANFREDINI (2006, p. 54): “diversos autores têm debatido a organização de ações de promoção de Saúde e de prevenção no PSF. Entretanto, esse processo tem poucos registros bibliográficos (...). Torna-se necessário que comecemos a avaliar o impacto social e epidemiológico dessas ações”.

Contudo, levando-se em consideração as dimensões tecnológica e política, o PSF é entendido como uma inovação substitutiva na atenção básica, que na compreensão de MARTINES e CHAVES (2007, p. 437) se dá “conforme tenta se movimentar criativamente em direção ao núcleo familiar, trabalhar em equipe, escutar e considerar o saber e a participação popular, sair da Unidade Básica de

Saúde e realizar intervenções mais ousadas na área, e de uma forma geral, aproximar-se da integralidade da assistência”.

Os agentes comunitários de saúde foram inseridos nas Equipes de Saúde da Família (ESF) a partir de uma concepção histórica, cuja idéia central era de que funcionariam como um elo entre a comunidade e o sistema de saúde.

MARTINES e CHAVES (2007, p. 428) ao analisarem o perfil do agente comunitário de saúde e a delimitação do seu papel profissional relacionaram o seguinte::

“Espera-se que tenha bom relacionamento com a comunidade local (aceitação), saiba trabalhar as questões relacionadas a preconceitos, sigilo e ética profissional, tenha facilidade de comunicação, que consiga se integrar à equipe interdisciplinar no processo de Vigilância à Saúde, capacidade de organizar-se, planejar e priorizar ações, de modo a realizar a cobertura sistemática da área (uma visita domiciliar por família/mês), e acompanhar os grupos de risco — individuais e coletivos — notificando a equipe, mediante problemas identificados, além de integrar-se à realização do diagnóstico local para controle do perfil de morbimortalidade.

E acrescentam:

Deve também desenvolver as ações básicas, como incentivo ao aleitamento materno, início precoce das gestantes ao pré-natal, prevenção das doenças de maior prevalência, busca ativa aos portadores de doenças crônico-degenerativas que estão sem acompanhamento, identificação precoce de doenças de notificação compulsória, assim como desenvolver o conceito de humanização da assistência e participação popular como co-responsável nas

ações e no controle da qualidade da assistência proposta (MARTINES e CHAVES, 2007, p. 428).

No entendimento de PUPIN e CARDOSO (2008, p.162), “a constituição do ACS como tal caracteriza-se como um processo, ou seja, não existe um agente comunitário de saúde *a priori*, mas ele se constitui agente a partir de suas vivências no cotidiano do trabalho que, por sua vez, é contextualizado sócio-historicamente.”

MARTINS et al (1996, p. 42) ao discorrerem sobre o agente comunitário de saúde entendem que “a incorporação dos trabalhadores é praticamente imediata, tem baixo custo e está vinculada aos elementos socioculturais das comunidades de abrangência, propiciando uma mediação entre a população e o serviço de saúde através, principalmente, de ações educativas e de promoção da saúde.”

No cotidiano dos agentes comunitários de saúde expectativas de desenvolvimento de várias habilidades são depositadas nestes profissionais, tais como: “observação, identificação, iniciativa, busca, difusão dos conhecimentos, integração, incorporação de valores, produtividade, postura profissional *equilibrada*” (MARTINES e CHAVES, 2007, p. 428).

Para estas autoras,

“A realidade de intervenção não é simples: há de se destacar as demandas de saúde mental, de atendimento odontológico, de fisioterapia e reabilitação, de pacientes acamados e seus cuidadores, aquelas conseqüentes da violência urbana e familiar, as ambientais: lixo, ratos, enchentes, dengue... com as quais, sem

exceção, o ACS tem de lidar.” (MARINES e CHAVES, 2007, p. 430).

CHIESA e FRACOLLI (2004) identificaram, na proposta de trabalho dos ACS, três dimensões:

Uma, técnica, relacionada ao atendimento aos indivíduos e família, ao desenvolvimento de ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos, às doenças prevalentes e à situação de risco;

Outra, política, como elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, de fomentador da organização da comunidade para a cidadania e inclusão social;

E, a terceira, de assistência social, através da resolução de problemas como, por exemplo, o acesso aos serviços, numa operacionalização da equidade.

A busca de integrar essas dimensões na prática é extremamente conflituosa e, dependendo do programa local, o ACS pende ora para uma, ora para outra dessas dimensões, estando sua atuação vinculada à enorme variedade de contextos e finalidades em que se implanta o PSF (CHIESA e FRACOLLI, 2004).

Na concepção de SILVA e DALMASO (2002, p. 78),

“determinados programas acabam dando mais espaço para um ou para o outro pólo; nenhum dos programas de saúde da família fez a síntese. No dia-a-dia, os agentes são colocados diante de contradições sociais, o que é ‘muito pesado’ e, por isso, eles

fazem determinadas opções, segundo as exigências, as recompensas e suas referências”.

Uma atribuição do ACS refere-se ao seu perfil de educador. Este atributo deve ser sempre entendido na perspectiva de resgatar a autonomia e a capacidade do autocuidado do indivíduo com o qual o ACS se relaciona (CHIESA e FRACOLLI, 2004).

Nesta perspectiva, CAMPOS (2007, p. 35) assinala que:

A educação em saúde é também um meio de trabalho, mais útil quando se trata de fazer circular informação e de modificar hábitos, valores ou a subjetividade de agrupamentos. Uma educação organizada segundo a Metodologia Paidéia tem sua força na construção compartilhada de Tarefas e na, posterior, análise das dificuldades de levá-las à prática. A educação em saúde, mais do que difundir informações, busca ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas tanto sobre o próprio contexto quanto sobre seu modo de vida e sobre sua subjetividade.

Na conformação do agente comunitário de saúde é fundamental o estabelecimento do vínculo com a comunidade. O aparecimento deste profissional híbrido, que é um morador da própria comunidade e integra a equipe de saúde favorece o fortalecimento da ligação entre a USF e a comunidade.

Na compreensão de PUPIN e CARDOSO (2008, P. 161):

“Aquele que capta informações e vivências na comunidade e passa para equipe dizendo ser este um movimento bilateral, ou seja, tanto o agente capta informações e leva para a equipe, quanto a equipe também compartilha informações com os agentes. Também é responsável pelo vínculo que a equipe tem com a comunidade, uma vez que divulga o serviço de saúde, constituindo-se, mais uma vez, como a porta de entrada da comunidade para com a unidade de saúde.

MARTINES e CHAVES (2007, p. 428) afirmam que “na prática, percebe-se que a organização do trabalho no PSF está relacionada com a qualidade da relação vincular da equipe entre si e desta com as famílias.”

Os outros profissionais de saúde, que compõem a equipe do PSF apresentam seus espaços da vida pessoal e de atuação profissional melhor delimitados, o que certamente não ocorre com o agente comunitário de saúde, pois neste caso ambos os espaços se fundem num único, conforme observaram PUPIN e CARDOSO (2008).

PUPIN e CARDOSO (2008, p. 162) chamam a atenção para o fato de que sendo o ACS um morador da comunidade isso não garante que a vinculação se dê sempre de forma positiva, devendo-se ter alguns cuidados com situações adversas que esse vínculo pode acarretar:

As relações de parentesco e afinidades entre os agentes que compõem a equipe e a comunidade tornam ainda mais complexa a forma de lidar em equipe com os dados obtidos. (...) o limite entre o profissional e o pessoal encontra-se fusionado, correndo o risco, dessa forma, de estigmatizar as famílias, de usar as informações para realizar um controle moral e até mesmo como fofoca, comprometendo assim a atuação não só do Agente Comunitário de Saúde, mas da equipe como um todo.

Para NUNES et al (2002, p. 1644): “a entrada no mundo familiar traz inevitavelmente consigo a intimidade das pessoas, o seu mundo privado, e, com ele, novas construções relacionais permeadas de significados e de sentimentos.”

Para NAKAMURA, GUTIERRES e COHN (2009, p. 200), o agente comunitário de saúde, através da qualidade de mediação entre a unidade de saúde e a

família, pode, potencialmente, revelar-se um normatizador da vida privada dos indivíduos:

Ao acompanhar a situação de saúde das famílias, por meio das visitas domiciliares, o ACS passa a atuar como um mediador entre o usuário e o serviço. Ao avisar e alertar o usuário sobre as atividades relativas à UBS, o ACS não apenas leva informações, mas viabiliza o controle que o PSF e o serviço de saúde podem exercer sobre as vidas, os comportamentos e as atitudes das famílias atendidas.

Ao discutir o papel de mediador do agente comunitário de saúde BORNSTEIN e STOTZ (2009, p. 266), afirmam:

O papel do ACS como mediador é uma unanimidade, tanto no que se refere à mediação entre o serviço e a comunidade, como no que se refere à mediação entre diferentes saberes. (...) o caráter transformador da mediação se daria à medida que existisse um maior compartilhamento de conhecimento e maior permeabilidade dos serviços com relação às necessidades e demandas da população.

PUPIN e CARDOSO (2008, P. 161) salientam que “ser o elo de ligação também é significado como ser o mediador de relações, na medida em que o agente comunitário de saúde é construído como responsável por apaziguar as relações entre a comunidade e os serviços de saúde.”

Apesar de a inserção inicial do ACS contemplar ações de saúde de cunho preventivo, voltadas para aproximar a população dos serviços, estes profissionais deixariam de circunscrever-se ao âmbito exclusivo de atuação da saúde, e incorporariam uma atuação intersetorial, considerando a sua responsabilidade de escuta das necessidades da população:

Outra característica de sua atribuição é a possibilidade de acolher o usuário, trazendo para dentro dos serviços de saúde suas demandas, no sentido de traduzir as demandas/necessidades da comunidade, para gerar novas ações de saúde que busquem incorporar e intervir sobre essas necessidades. (CHIESA e FRACOLLI, 2004, pg. 45).

Nesta perspectiva, MARTINES e CHAVES (2007, p. 432) argumentam que:

Verifica-se que a combinação do comportamento que se espera do ACS – escuta, envolvimento, responsabilização, acolhimento, humanização – remete-o todo tempo à capacidade de manter (ou não) o bom equilíbrio vincular, subordinando sua ação ao uso de tecnologia leve (...). O ACS é o grande operador da tecnologia leve no PSF.

BORNSTEIN e STOTZ (2009, p. 267) definem o agente comunitário de saúde como “um trabalhador *sui generis* por ser um trabalhador genérico, de identidade comunitária, que realiza tarefas que extrapolam o campo da saúde.”

2.4 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE BUCAL

Em artigo sobre proposição e programação para a Saúde Bucal no PSF, Zanetti apud MANFREDINI (2006, p 55) propõe, como objetivos promocionais, o estímulo à manutenção e melhoria das condições de saúde bucal da população

assistida; a promoção da desmonopolização do saber técnico para a população assistida, e o estímulo à incorporação da noção de autocuidado em Saúde Bucal.”

Sugere ainda, que:

Cada família receba regularmente a visita do agente comunitário de saúde, enquanto que a visita do cirurgião-dentista, técnico em higiene dental ou auxiliar de consultório dentário se faça durante os esforços de (re) cadastramento ou quando necessária, seja por razões assistenciais, seja por razões sociais ou ainda por razões humanitárias. (Zanetti apud MANFREDINI 2006, p 55).

O mesmo autor detalha os procedimentos assistenciais e de promoção da saúde possíveis de serem realizados pelo ACS durante a visita domiciliar:

Inspeção da normalidade dos tecidos bucais e promoção do auto-exame para detecção precoce do câncer bucal e outras lesões; escovação supervisionada; provimento de informações para o aprimoramento e correção permanente da técnica de higiene bucal utilizada; identificação pós-escovação do índice de higiene oral simplificado; educação em saúde bucal, de forma gradual e progressiva, e educação para saúde em geral (Zanetti apud MANFREDINI 2006, p 55).

NARVAI (2006) ao abordar a evolução das atividades odontológicas sob responsabilidade do poder público no Brasil, no século XX relata que:

A odontologia de mercado jamais perdeu a hegemonia no sistema de saúde brasileiro (...) sua concepção de prática centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente, e realizada com exclusividade por um sujeito individual no restrito ambiente clínico-cirúrgico, não apenas predomina no setor privado, como segue exercendo poderosa influência sobre os serviços públicos. (NARVAI, 2006, p. 143).

O autor considera que os elementos nucleares do modelo de prática odontológica existentes no setor privado de prestação de serviços são reproduzidos

de maneira mecânica e acrítica nos serviços públicos odontológicos no Brasil (NARVAI, 2006).

Assinala que para que haja a ruptura com esse modelo hegemônico da odontologia de mercado é preciso desenvolver o trabalho odontológico “a partir das necessidades das pessoas (de todas as pessoas) e que (...) rompa (...) como *status quo*, caracterizado fundamentalmente pela mercantilização dos serviços e pela manutenção do monopólio dos recursos odontológicos pelas elites” (NARVAI, 2006, p, 144).

Para que os cuidados odontológicos sejam efetivados como um direito humano, o autor propõe a *desodontologização* da saúde bucal e o acesso a todos os recursos necessários (NARVAI, 2006).

Neste contexto, a *desodontologização* traduz-se, no campo da odontologia / saúde bucal, como a expressão do conceito de *desmedicalização*, que por oposição à idéia de medicalização da sociedade constitui-se em um dos conceitos fundantes do movimento conhecido como Saúde Coletiva.

CAMPOS (2007, p. 76) ao discutir a construção de vínculo nas unidades de saúde da família, deixa clara a sua concepção de *desmedicalização*:

Torna possível a ampliação da clínica: valer-se de outros recursos terapêuticos que não somente os medicamentos — educação em saúde, práticas de vida saudáveis, atendimento interdisciplinar, construção de cuidadores na própria comunidade que ajudem a Equipe no cuidado de casos complexos, etc...; e também valer-se de métodos diagnósticos que não somente exames de laboratório — qualidade de vida. sintomas, vitalidade dos pacientes, etc...

Na perspectiva de se fazer avançar este processo de “*desodontologização*” da saúde bucal, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 2004, cujo tema central foi “Acesso e qualidade superando a exclusão social”, propôs, em seu relatório final:

Capacitar, além dos profissionais da rede, professores das zonas rural e urbana, ACS, THD, ACD, agentes indígenas, presidentes de comunidades, instituições parceiras, secretarias estadual e municipal de Saúde, profissionais de outras áreas da Saúde, para desenvolverem ações educativas e preventivas relacionadas à Saúde Bucal (CNSB, 2005).

E recomenda: “capacitar os agentes comunitários de saúde (ACS) para fazerem orientações sobre higiene bucal nos domicílios.”

2.5 O REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com WAUTIER (2003, p. 178), na Sociologia clássica, o ator individual é definido pela interiorização do social, o que implica um importante autocontrole, tal como a interiorização das normas, a consciência do dever e das obrigações morais, submetendo o indivíduo a um rígido controle social. O indivíduo é produto de uma socialização que visa à incorporação de valores e condutas socialmente adaptadas ao funcionamento da sociedade. No entanto,

A crítica da modernidade, já iniciada por Simmel e Weber e continuada, entre outros, por Touraine, não defende mais o papel social do indivíduo e a unidade da sociedade, mas a autenticidade e a identidade do sujeito, a afirmação de si e o desejo de ser autor da sua vida (WAUTIER, 2003, p. 178).

GADEA e SCHERER-WARREN (2005, p. 42) ao analisarem o pensamento de Touraine, destacam que “o sujeito não é o indivíduo (no sentido liberal do termo), pois ‘ser sujeito’ significa ter a vontade de ser ator, isto é, atuar e modificar seu meio social mais do que ser determinado por ele”. E partem da premissa democrática de que o sujeito possa tornar-se ator em seu destino pessoal e coletivo.

CAMPOS (2000) propõe o desafio de construir um Método que, simultaneamente, analisasse e lidasse com a produção de coisas e pessoas, repensando o significado e o modo como se organiza o trabalho. O trabalho significando não somente um meio para assegurar sustento material, mas implicado com a própria constituição das pessoas e de sua rede de relações.

O Método da Roda proposto por CAMPOS (2000) pensa a constituição do Sujeito e dos Coletivos em função de planos situados entre o seu mundo interno e a sua circunstância (o mundo externo), trabalhando com a noção de uma permanente interprodução entre o interno e o externo.

Estes espaços existenciais contíguos, interagindo uns sobre os outros, criariam zonas autônomas, mescladas e de mútua influência, a que os Sujeitos estariam submetidos a lidar para seguir vivendo e articulando três regiões:

Uma região de forças predominantemente intrínseca ao Sujeito, nucleadora de três planos internos a ele: o da estrutura biológica, o do desejo e o do interesse;

Outra região, que é a de contato do interno com o externo, onde estariam os planos em que ocorrem a formação de compromisso, a constituição e a gestão de contratos e de projetos;

E, finalmente, uma região de forças com relativa transcendência sobre o interno, onde dois grandes planos, o das necessidades e o das instituições, conformam modos de ser para o Sujeito.

Entende-se, portanto, que a subjetividade, a cultura, a ideologia e a práxis concreta de Sujeitos e Coletivos resultam da influência e da combinação variada destes múltiplos planos.

Para CAMPOS (2000) sempre haverá algum grau de formação de compromisso entre a produção de valores de uso para atender as necessidades sociais e o interesse e desejo dos trabalhadores. Esta formação de compromisso é o cimento que une Sujeitos em Coletivos Organizados para a Produção.

A possibilidade de ampliar a realização pessoal para além da sobrevivência exige outro componente: a Gestão de contratos, na qual os trabalhadores têm mais autonomia tanto sobre o resultado do trabalho quanto sobre a Organização.

Para o Método da Roda não cabe, em princípio, oposição antagônica entre indivíduo e coletivo, mas uma dialética relacional em que eventuais e inevitáveis recortes sobre desejos e interesses fossem situacionais, onde as diferenças de poder fossem provisórias, passíveis de críticas e de reconstrução.

CAMPOS (2000, p. 145) destaca o Fator “*Paidéia*” do Método, onde se pensa a gestão como um processo de construção deliberada de sujeitos com importantes graus de autonomia.

A “*Paidéia*” não seria uma educação apenas com o sentido de adestramento especializado, mas uma preocupação com o desenvolvimento integral das pessoas: “*Paidéia* é uma noção grega e indica a formação integral do ser humano. (...) reorientar as práticas de saúde voltando-as para ampliar a capacidade de análise e de co-gestão dos Sujeitos” (CAMPOS, 2007, p. 16).

Para o autor, “o Método *Paidéia* sugere valer-se do Vínculo para estimular os grupos e as organizações a participarem da resolução dos próprios problemas” (CAMPOS, 2007, p. 29).

Nesta perspectiva, o Espaço Coletivo seria “um arranjo organizacional montado para estimular a produção/construção de Sujeitos e de Coletivos Organizados”. (...) Espaços concretos (...) destinados à comunicação (...), à elaboração (...) e à tomada de decisão (CAMPOS, 2000, p. 145).

O referencial teórico deste trabalho é o Método da Roda (CAMPOS, 2000), proposto para análise e co-gestão de coletivos, a partir dos seus enfoques: 1) na constituição do sujeito; 2) na produção de valor de uso; e 3) na democracia em instituições.

Compõe esse referencial, também, as normas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a Saúde Bucal, que constam no Caderno de Atenção Básica nº 17 (MS, 2006d), como parâmetro para avaliar as práticas preventivas e educativas em saúde bucal realizadas pelos agentes comunitários de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Analisar a atuação dos agentes comunitários de saúde do Programa Saúde da Família do município de Rio Branco, Acre, no ano de 2009, na perspectiva da promoção de saúde bucal, descrevendo suas práticas, independente da presença de profissionais de saúde bucal nas unidades de saúde da família.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1. Descrever as práticas de promoção de saúde bucal realizadas pelos agentes comunitários de saúde do Programa de Saúde da Família de Rio Branco;

3.2.2. Discutir a possibilidade de os agentes comunitários de saúde atuarem nas ações de atenção em saúde bucal, articulada com a saúde geral.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de metodologia qualitativa na área de Serviços de Saúde Pública.

A pesquisa foi descritiva e interpretativa, sendo o estudo realizado através da coleta de dados empíricos, utilizando-se entrevistas.

Para dar suporte do ponto de vista das técnicas de saúde bucal e do processo de trabalho no PSF buscou-se conhecer o conteúdo de alguns documentos, como o Relatório Final das três Conferências Nacionais de Saúde Bucal, a Lei nº 11.350 (específica dos agentes comunitários de saúde), as portarias ministeriais, que regulamentam o Programa Saúde da Família, a Política Nacional da Atenção Básica, a Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Saúde Bucal e o documento “Normatização da Atenção Básica em Saúde nas Unidades de Saúde da Família do Município de Rio Branco” emitido pela Secretaria Municipal de Saúde, que regulamenta o Programa Saúde da Família no nível local.

4.2. POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de referência para a pesquisa é constituída pelos agentes comunitários de saúde do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, que corresponde a 315 indivíduos.

De acordo com VICTORA, KNAUTH e HASSEN (2000, p.37):

Uma das principais características dos métodos qualitativos é o fato de que as pesquisas são formuladas para fornecerem uma visão de dentro do grupo pesquisado, uma visão *êmica*. (...). É o conhecimento próprio do indivíduo pertencente a uma cultura determinada, expresso na lógica interna do seu sistema de conhecimento. (...) Busca-se estudar sempre um grupo pequeno de pessoas, que é escolhido de acordo com critérios previamente definidos, e conforme os objetivos do estudo.

A população de estudo foi composta por 20 indivíduos, que é considerado um número suficiente para permitir certa reincidência das informações, porém, sem desprezar as informações ímpares, cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta (MINAYO, 2004). Os indivíduos foram distribuídos em dois grupos, conforme descritos a seguir:

a) Grupo 1 – composto por 10 agentes comunitários de saúde que atuam em unidades de saúde da família que possuem equipes de saúde bucal; e,

b) Grupo 2 – composto por 10 agentes comunitários de saúde que atuam em unidades de saúde da família que não possuem equipes de saúde bucal.

4.2.1. Seleção dos Sujeitos da Pesquisa

A preocupação com o aprofundamento e com a abrangência da compreensão das práticas de promoção de saúde bucal pelo agente comunitário de saúde não permitiu que fosse adotado um critério numérico visando uma generalização. Pelo contrário, pretendeu-se buscar um grupo de sujeitos que detinha os atributos que se desejava conhecer.

Inicialmente, um ofício foi encaminhado ao Secretário Municipal de Saúde de Rio Branco esclarecendo a intenção da pesquisa, e pedindo autorização para o acesso ao banco de dados e às diversas unidades setoriais da Secretaria.

A finalidade deste ofício foi obter as informações preliminares necessárias ao estudo e, inclusive, para o estabelecimento do primeiro contato com os sujeitos da pesquisa no seu ambiente de trabalho. Disto resultou a expedição da Declaração de Anuência (anexo 5).

Em seguida, um pedido de expedição de planilha contendo as unidades de saúde da família cadastradas junto ao CNES, o número de famílias cadastradas por unidade, o número de pessoas cadastradas por unidade, o percentual de cobertura de cada unidade em relação à população total do município, a quantidade e a lista nominal dos agentes comunitários de saúde cadastrados por unidade de saúde da família, foi oficializado ao Departamento de Regulação, Controle e Avaliação (DRCA), setor responsável pelo cadastramento das equipes de saúde da família junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Outro ofício foi destinado à Gerência de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de conhecer as unidades de saúde da família que possuem equipes de saúde bucal em sua composição.

De posse destas informações preliminares, foram elaborados dois quadros, que permitiram guiar a escolha dos sujeitos da pesquisa.

No primeiro quadro, constam as unidades de saúde da família que possuem equipes de saúde bucal em sua composição, totalizando 37 unidades, distribuindo-se, territorialmente, em 10 segmentos de saúde do município de Rio Branco. Estas unidades apresentam, no total, 211 agentes comunitários de saúde cadastrados. Deste universo, foram selecionados 10 sujeitos.

No segundo quadro, constam as 16 unidades que não possuem equipes de saúde bucal em sua composição, e verificou-se sua distribuição territorial por 5 segmentos de saúde, apresentando, no total, 104 agentes comunitários de saúde cadastrados. Destes, foram selecionados os outros 10 sujeitos.

Procedeu-se, então, a um sorteio realizado em duas etapas: primeiramente, para a escolha da unidade de saúde da família participante do estudo.

As unidades de saúde da família foram numeradas de 1 a 37 (grupo 1) e de 1 a 16 (grupo 2), com o objetivo de realizar-se o sorteio. No grupo 1 foi sorteada uma unidade de saúde da família, por segmento de saúde, totalizando dez unidades. No grupo 2 foram sorteadas duas unidades de saúde da família, por segmento de saúde, totalizando também dez unidades.

Posteriormente, em cada unidade de saúde da família selecionada foi sorteado o nome de um agente comunitário de saúde. Os agentes tiveram seus nomes numerados a fim de que fosse realizada esta segunda etapa do sorteio.

Foi adotado, como critério de inclusão, a condição de ser agente comunitário de saúde do Programa de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, com cadastro junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e que estivesse em atividade no período de realização do campo.

Conseqüentemente, foi considerado como critério de exclusão, a condição de não estar exercendo atividades como agente comunitário de saúde, no período em que se realizou o campo, mesmo estando cadastrado junto ao CNES.

Foi selecionado 1 (um) agente comunitário de saúde por unidade sorteada.

Conhecidos os 20 sujeitos que, potencialmente, participariam do estudo, houve um primeiro contato com os agentes, individualmente, ocasião em que foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e convidados a participar do respectivo grupo.

Após tomarem conhecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 6) todos aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. Portanto, não houve recusa.

Desta maneira, pretendeu-se que houvesse uma equilibrada distribuição territorial dos sujeitos da pesquisa, permitindo-se obter informações de trabalhadores de diferentes localidades do município.

Uma das preocupações de VICTORA, KNAUTH e HASSEN (2000), enunciada como problema prático do trabalho de campo, diz respeito a como será a “entrada” no grupo a ser pesquisado, definindo “entrada” como a forma de acesso ao grupo pesquisado. Ressaltam que, dessa entrada, dependem muitas das variáveis com que o pesquisador se depara durante a pesquisa, e que este acesso produzirá diferentes impactos na forma como o pesquisador poderá ser recebido pelo grupo pesquisado.

Valorizando este momento, que foi crucial para todo o desenrolar da pesquisa, o acesso se deu de maneira direta, contactando-se o sujeito, sem qualquer problema.

4.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Destaca-se o pensamento de VICTORA, KNAUTH e HASSEN (2000, p. 39), segundo o qual:

A metodologia qualitativa, pelo fato de trabalhar em profundidade, possibilita que se compreenda a forma de vida das pessoas. (...) As técnicas utilizadas permitem, entre outras coisas, o registro do comportamento não verbal e o recebimento de informações não esperadas porque não seguem necessariamente um roteiro fechado, percebendo como bem-vindos os dados novos, não previstos anteriormente.

4.3.1. Técnicas de Coleta de Dados

O campo foi conduzido pelo próprio pesquisador através de entrevistas semi-estruturadas com os agentes comunitários de saúde.

Inicialmente algumas idas ao campo foram realizadas, com a finalidade de constatar a prática do agente comunitário de saúde e possibilitar a compreensão da dinâmica do processo de trabalho.

Estas idas ao campo permitiram ao pesquisador entender as relações que estes profissionais estabelecem, no seu cotidiano, ao atuarem no domicílio, na USF e na comunidade, possibilitando uma aproximação com a realidade.

Como afirmam VICTORA, KNAUTH e HASSEN (2000, p. 62), “observar, na pesquisa qualitativa, significa “examinar” com todos os sentidos um evento, um grupo de pessoas, um indivíduo dentro de um contexto, com o objetivo de descrevê-lo”. Relatam que o ambiente, os comportamentos individuais e grupais, a linguagem não verbal, a seqüência e a temporalidade em que ocorrem os eventos, são fundamentais como subsídios para a interpretação posterior dos dados.

É importante destacar que a presença do observador é parte do evento observado, e que, conseqüentemente, muitas ações observadas podem ter sido geradas pela própria presença do observador.

Levou-se em conta o fato de a presença do pesquisador proporcionar alguma inibição no sujeito observado ao realizar suas práticas. Assim, houve, potencialmente, em algumas situações, retorno a campo para que o pesquisador se tornasse “invisível” aos olhos do observado.

Cada agente de saúde foi acompanhado durante o seu turno de trabalho nas visitas domiciliares.

A SEMSA (2008) recomenda que o agente realize quatro visitas domiciliares para cada turno de trabalho (4 horas), porém essa quantidade varia com a dinâmica de cada unidade de saúde da família.

As visitas obedecem a um planejamento prévio realizado com a equipe que compõe a unidade, destacando-se a atuação do enfermeiro, que tem a atribuição de supervisionar o trabalho dos agentes. (MS, 2006b).

Foram estimados três turnos de visitas domiciliares para acompanhar cada agente, contudo o próprio desenrolar da pesquisa é que determinou a necessidade de acompanhar um ou outro agente por mais ou menos tempo.

Esta ida preliminar ao campo foi encerrada ao se constatar que as informações obtidas por observação começaram a ficar repetitivas e não proporcionaram acréscimos significativos para a análise.

4.3.1.1. Entrevistas Semi-Estruturadas, com Roteiro

As entrevistas semi-estruturadas, com roteiro foram conduzidas com o objetivo de aprofundar aspectos observados no campo e levantar novas informações sobre a prática de promoção da saúde bucal, possibilitando maior interação e liberdade nos relatos dos informantes, construindo-se rico material sobre versões, opiniões e descrições particulares.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foi empregado para sumarizar e expressar as falas dos sujeitos. De acordo com LEFÉVRE e LEFÉVRE (2005. p. 20):

Para obter o pensamento coletivo, é preciso, então convocar os indivíduos, um a um, o universo ou uma amostra representativa de uma coletividade, para que cada indivíduo possa expor seu pensamento social internalizado, livre de pressão psicossocial do grupo, e para que o conjunto dessas individualidades opinantes possa representar, sociológica e estatisticamente, uma coletividade.

Deste modo, todos os 20 sujeitos da pesquisa foram entrevistados, atentando-se para uma possível saturação das entrevistas, que foram encerradas quando se constatou o início da repetição de informações que não acrescentavam novidades ao material obtido.

A entrevista teve um roteiro (anexo 7), que funcionou como um norteador. Contudo, permitiu que o entrevistado discorresse sobre os temas propostos, sem respostas ou condições prefixadas pelo entrevistador:

É preciso fazer perguntas abertas para um conjunto de indivíduos de alguma forma representativos dessa coletividade e deixar que esses indivíduos se expressem mais ou menos livremente, ou seja, que produzam discursos (...). Para saber o que uma pessoa ou um conjunto de pessoas pensa é preciso perguntar de modo a ensejar que as pessoas expressem um pensamento, ou seja, um discurso, o que só pode ser feito através de questões abertas. A questão fechada não enseja a expressão de um pensamento, mas a expressão de uma adesão (forçada) a um pensamento preexistente (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2003, p.15).

Na construção do roteiro de entrevista foram levadas em conta as considerações de LEFÉVRE e LEFÉVRE (2003, 43), sobre a “pergunta ideal”, que, segundo os autores:

Leva o entrevistado à produção de um discurso; responde com exatidão àquilo que o pesquisador está investigando; leva o entrevistado a responder o que acha e não o que o entrevistador tem em mente; é apropriada e perfeitamente compreensível pelo sujeito entrevistado; foi pré-testada em sujeitos equivalentes aos da pesquisa proposta.

A sessão de entrevista foi previamente agendada com o entrevistado, escolhendo-se, de comum acordo, local e horário que possibilitaram um trabalho tranqüilo, sem a interferência de situações externas que levassem à interrupções ou ansiedades quanto à sua duração.

Todos preferiram realizá-las em seus locais de trabalho, fora do horário de expediente, não sendo registradas quaisquer perturbações.

A atenção permanente aos objetivos da entrevista foi considerada, colocando-se intensamente à escuta do que lhe foi dito, refletindo sobre a forma e conteúdo da fala do entrevistado, além dos tons, ritmos e gestos que acompanharam ou substituíram a fala.

4.3.2. Técnicas de Registro de Dados

4.3.2.1. Agenda

Numa agenda pessoal, foram anotados os compromissos assumidos com os sujeitos da pesquisa, como a data e horário do acompanhamento das visitas

domiciliares e das entrevistas, além das visitas aos diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde para compromissos complementares e busca de informações.

4.3.2.2 Diário de Campo

Constituiu-se no instrumento básico de registro das idas ao campo.

Por ser um documento pessoal, nele registraram-se todas as observações, experiências e sentimentos. Posteriormente, foram selecionados os dados mais relevantes.

As atividades foram registradas cronologicamente, o que serviu para garantir a retomada da observação em datas diferentes.

4.3.2.3. Gravação Digital, Anotações, Audiência, Transcrição, Leitura e Codificação

Com o objetivo de registrar os eventos, as entrevistas foram gravadas em meio digital, e os participantes foram esclarecidos sobre a finalidade da gravação.

Foram feitas anotações dos acontecimentos durante a gravação. Esses registros, feitos em cadernos próprios para cada entrevistado, foram utilizados para definir e esclarecer as informações sobre os itens delineados no roteiro, e serviram para apoiar a transcrição, a interpretação e a análise dos dados.

A audiência cuidadosa foi realizada várias vezes para permitir a realização da transcrição.

Após a transcrição, foi realizada a leitura e a codificação do material, fases que precederam as etapas de síntese dos dados, análise e interpretação.

4.3.2.4. Fichário Básico

Conteve os dados principais do sujeito da pesquisa, como nome completo, sexo, idade, endereço residencial, telefones de contato, e-mail e o arquivamento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente assinado, além de outras formas de contato e observações pertinentes ao estudo.

4.3.3. Pré-Teste

Foi realizado em um grupo de 6 (seis) sujeitos que não participaram da população de estudo, com o objetivo de aperfeiçoar o instrumento de coleta de dados, precedendo a ida sistemática a campo.

4.4 SÍNTESE DE DADOS

O ordenamento e a lapidação dos dados brutos corresponderam a uma primeira escrita, na qual se buscou uma sistematização inicial dos dados, organizando-os e selecionando-os, com o objetivo de refinar a análise

4.5 - RELATÓRIO FINAL:

4.5.1. Composição dos DSC

Os Discursos do Sujeito Coletivo foram compostos a partir das expressões-chave e das idéias centrais suscitados pelos dados, de acordo com a técnica preconizada por LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003, 2005)

Os autores definem a técnica como uma forma de organizar e tabular dados qualitativos de natureza verbal obtidos de depoimentos, extraindo destes, as idéias centrais e/ou ancoragens e as suas correspondentes expressões-chave, compondo um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular, ao partir do pressuposto que o pensamento coletivo pode ser visto como um conjunto de discursos sobre um dado tema.

Nesta concepção,

O DSC é uma forma de representar a opinião coletiva por meio de um *discurso da realidade*. (...) Tal discurso difere, em princípio, das demais formas de resgatar o pensamento coletivo; entre outros traços, pelo fato de que o discurso da realidade produzido com o DSC é um discurso direto, sem (ou com pouca) mediação e que, sem deixar de ser objetivo, foge do distanciamento científico/formal das tabelas, dos gráficos, e mesmo das teorizações explicativas (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005, p.46).

Ao buscar descrever uma determinada opinião sobre um dado tema presente numa dada formação sociocultural, os DSC passam a ter caracteres distintos tanto do ponto de vista qualitativo (por veicularem opiniões distintas) quanto do ponto de vista quantitativo (por serem o resultado da contribuição dos depoimentos de diversos indivíduos) (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005).

Sinteticamente, cada opinião coletiva é única, por tratar-se de um único discurso que veicula um sentido particular. Porém, analiticamente, é múltipla, porque é composta de diferentes pessoas que colaboram com conteúdos e argumentos similares e complementares para compor o sentido comum, numa escala coletiva:

No DSC, as “peças” isoladas (os depoimentos) fazem, sim, sentido, e o sentido obtido com a agregação dessas “peças” representa uma ampliação, um desdobramento, uma complementação dos sentidos, considerados isoladamente. O DSC é um discurso coletivo que “amplifica” os discursos individuais com o mesmo sentido ou com sentido equivalente. (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2005, p. 56).

Portanto, a expressão da opinião coletiva implica a presença de um sujeito coletivo que discursa e o DSC na tentativa de reconstituir este pensamento, produz um discurso com conteúdo ampliado.

4.5.1.1. A Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo

Segundo LEFÉVRE e LEFÉVRE (2005, p. 21), “a técnica do DSC constitui-se num recurso tecnológico que permite a realização de pesquisas de resgate de opiniões coletivas”.

Devem ser feitas entrevistas individuais com questões abertas que permitam a expressão do pensamento, que se revela como comportamento discursivo e fato social individualmente internalizado.

O processo que resgata o sentido das opiniões coletivas que convergem para o DSC é complexo, apresentando vários momentos e realizado por meio de uma série de operações efetuadas sobre os depoimentos, que termina em discursos-síntese que reúnem respostas de diferentes indivíduos, com conteúdos discursivos semelhantes (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2005).

LEFÉVRE e LEFÉVRE (2003, p. 20) observam quatro princípios básicos que deverão ser considerados na junção das “peças” que comporão o DSC:

Coerência: deve formar um todo discursivo coerente, em que cada uma das partes se reconheça enquanto constituinte desse todo e o todo constituído por essas partes. (...)

Posicionamento próprio: deve expressar, sempre, um posicionamento próprio, distinto, original, específico frente ao tema que está sendo pesquisado. (...)

Tipos de distinção entre os DSC: quando uma resposta apresenta mais de um DSC, podem ser dois os critérios de distinção: diferença/antagonismo e complementariedade. Quando se trata de discursos sensivelmente diferentes, a apresentação deles, em separado, é obrigatória; quando se trata de discursos complementares, a apresentação dos discursos, em separado, depende de o pesquisador querer resultados mais detalhados ou mais genéricos. (...)

Produzindo uma “artificialidade natural”: deve-se efetuar algumas operações nos pedaços selecionados de discursos “limpando-os” de particularidades (...). Deve-se, também, encadear narrativamente os discursos de modo que apresentem uma estrutura seqüencial clara e coerente. (...) é preciso aproveitar todas as “peças” (...) todas as idéias presentes nos depoimentos para que a figura não fique incompleta; entre as peças repetidas ou muito semelhantes, escolhe-se apenas um exemplar.

Para a elaboração do Discurso do Sujeito Coletivo foram criadas quatro figuras metodológicas: as expressões-chave, as idéias centrais, as ancoragens e o discurso do sujeito coletivo propriamente dito.

As expressões-chave são trechos selecionados do material verbal de cada depoimento. Transcrições literais sublinhadas pelo pesquisador e que revelam a essência do depoimento.

As idéias centrais são expressões lingüísticas formuladas a partir da síntese que descreve, com precisão e fidedignidade possíveis, o sentido presente nos depoimentos de cada resposta e também no conjunto de respostas de diferentes indivíduos, que apresentam sentido semelhante ou complementar.

As ancoragens são “a manifestação lingüística de uma dada teoria, ideologia ou crença que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para “enquadrar” uma situação específica.” (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2003, p. 17).

O discurso do sujeito coletivo, propriamente dito, é um discurso-síntese, redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas expressões-chaves que têm a mesma idéia central ou ancoragem.

Após o registro das entrevistas (gravação, codificação e transcrição), para a elaboração dos DSC e posterior análise foram seguidos os seguintes passos:

1) Primeiramente, foram copiados integralmente o conteúdo de todas as respostas referente à questão 1 no Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD-1) na coluna expressões-chave, conforme proposto por LEFÉVRE e LEFÉVRE (2003, p. 46):

EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS	ANCORAGENS

2) Em seguida foram identificadas e sublinhadas, em cada uma das respostas, com uma cor determinada as expressões-chaves das idéias centrais e com outra cor as expressões-chave das ancoragens.

As idéias centrais e ancoragens identificadas a partir das expressões-chave foram colocadas nas caselas correspondentes. Posteriormente foram agrupadas as de mesmo sentido, as de sentido equivalente e as de sentido complementar e cada grupamento foi identificado pelas letras A. B. C. etc., a fim de criar uma idéia central ou ancoragem síntese, que expressasse da melhor maneira possível todas as idéias centrais e ancoragens de mesmo sentido; e,

3) Para a construção final do DSC utilizou-se a matriz Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD2) preconizado por LEFÉVRE e LEFÉVRE (2003, p. 54):

IAD-2

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC

Foi construído um DSC para cada grupamento identificado. Todas as expressões-chave do mesmo grupamento do IAD-1 foram copiadas e transferidas para a coluna das expressões-chave do IAD-2.

A partir deste passo seguiu-se à construção do DSC propriamente dito, referente a cada grupamento, obedecendo a uma esquematização clássica do tipo: começo, meio e fim.

Alguns cuidados foram observados: foram introduzidos conectivos para proporcionar coesão ao discurso; foram eliminados os particularismos (desparticularização); foram eliminadas as repetições de idéias, mas não da mesma idéia quando expressa de modos ou com palavras ou expressões distintas ainda que semelhantes; foram utilizadas todas as expressões-chave.

4.5.2. Interpretação

Para os autores, há dois grandes interpretantes possíveis para os DSC:

O primeiro teria como emissores os próprios sujeitos que constituem a população-alvo da pesquisa. A eles seriam apresentados os DSC obtidos na pesquisa, para que reagissem produzindo um discurso interpretante que poderia estar representando o que tais sujeitos pensam do imaginário

coletivo, feito a partir dos seus pensamentos e discursos (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2003).

O segundo interpretante seria o próprio pesquisador, que apenas descreveria o pensamento coletivo e as representações sociais e que, com base no referencial teórico adotado, constrísse comentários interpretativos sobre o pensamento descrito.

Esta segunda possibilidade de interpretação foi a opção adotada neste trabalho.

4.5.3 Conclusões

Constituiu-se no momento de finalização do trabalho procurando-se uma elaboração intelectual que permitisse o encerramento e o sucesso da pesquisa, atendo-se ao que os dados permitiram explicar e evitando-se extrapolações indevidas.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo seguiu as normas para pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (MS, 1996).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Protocolo 1854, aprovado em 17/10/08, anexo 8) e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Acre (Protocolo 23107.010082/2008-73, aprovado em

12/01/09, anexo 9), sendo que a coleta de dados ocorreu após o recebimento dos pareceres destes comitês, autorizando a realização da pesquisa.

Para cumprir os preceitos éticos que envolveram a pesquisa, contribuindo para a preservação do respeito às pessoas envolvidas, foi preservado o anonimato e a privacidade dos participantes; os procedimentos utilizados no estudo não ofereceram riscos nem danos transitórios ou permanentes aos participantes voluntários; os sujeitos da pesquisa foram informados sobre o Projeto; foi obtido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos participantes; foi obtida a autorização do gestor municipal para a realização da pesquisa; o pesquisador se disponibilizou, a qualquer tempo, para quaisquer esclarecimentos ou orientações a todos os participantes envolvidos; foi enfatizado que o voluntário teria o direito de não participar ou de se retirar do estudo, a qualquer momento, sem que isso lhe trouxesse quaisquer prejuízos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos da pesquisa, os agentes comunitários de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, como grupo, apresentaram as seguintes características:

Em relação à idade, registrou-se a presença de indivíduos com idades de 25 a 57 anos, sendo que a mediana foi 37 anos.

Na distribuição dos indivíduos por sexo, 70% dos ACS entrevistados eram do sexo feminino e 30% do sexo masculino.

O ensino médio correspondeu a 90% da escolaridade dos agentes, sendo registrados 5% com ensino fundamental e outros 5% com ensino superior.

O tempo de residência do agente em sua comunidade variou de 7 a 49 anos, sendo a média de 19 anos.

O tempo de trabalho do agente no Programa Saúde da Família do município de Rio Branco variou de 5 anos (período do último processo seletivo para a função) a 31 anos (alguns agentes já desempenhavam funções comunitárias em saúde, dentro da estrutura de saúde do Estado do Acre, mesmo antes de institucionalizado o Programa pelo Ministério da Saúde), mantendo-se uma média de 10 anos no exercício da função.

O momento da ida preliminar ao campo foi muito rico e permitiu ao pesquisador conhecer os métodos desenvolvidos por cada gente em seus locais de trabalho: a maneira como entram nas casas e contatam os membros da família; como abordam determinados temas de interesse para a saúde e para a vida em geral; como repassam as informações; o interesse pelo bem-estar de todos; a preocupação com o cumprimento das regras estabelecidas para os adoentados.

Os agentes comunitários de saúde chegam cedo às unidades de saúde da família. Primeiramente acessam as fichas das famílias que receberão sua visita no decorrer do dia e depois aguardam a chegada do enfermeiro para uma breve conversa, onde discutem assuntos pertinentes às famílias sob sua responsabilidade.

Alguns ACS antes de seguirem para a visita domiciliar separam os prontuários dos usuários da sua micro-área que naquele dia virão à USF para atendimento clínico com o médico, com o cirurgião-dentista, ou, ainda, para submeter-se à consulta de enfermagem.

Em algumas unidades há uma escala de serviço semanal dos agentes para ajudarem em algumas funções dentro da própria USF, como por exemplo, despachar medicamentos receitados pelo médico.

A utilização dos ACS em tarefas dentro da USF é permitida desde que vinculadas às suas atribuições específicas (MS, 2006b).

A visita acontece sem a formalidade de um agente do Estado que ao penetrar no domicílio particular procura fiscalizar se as regras de fato estão sendo cumpridas. Pelo contrário, a visita se desenrola de maneira agradável, como se o morador estivesse recebendo em sua casa um vizinho ou um parente, que lhe é muito caro e, atentamente, presta-lhe atenção deixando transparecer credibilidade nas informações.

Apesar de o agente tentar seguir um roteiro, que na maioria das vezes foi planejado na reunião da unidade de saúde da família, a visita segue o rumo ditado pelas inúmeras necessidades do usuário. Sem perder a paciência e sem se distanciar do seu roteiro de trabalho, o agente procura dar respostas aos questionamentos colocados e encaminhar as questões para as quais não tem solução imediata.

Foi possível observar que esta conjunção de interesses do usuário (de resolver problemas seus não pautados inicialmente pelo agente) e do agente (seguir a pauta pré-estabelecida) se harmoniza durante a visita e não gera conflitos.

Esta relação amigável, pouco formal, mas não menos responsável, acontece, indubitavelmente, por ser o agente identificado como um morador do local que sofre dos mesmos problemas e angústias, todavia que teve a oportunidade de adquirir alguns conhecimentos maiores sobre as questões de saúde.

A recepção ao agente, a atenção dispensada e o desejo de realizar os procedimentos indicados para melhorar a qualidade de saúde e de vida ficaram evidentes.

Os ACS chegam cedo às unidades de saúde da família, para acessarem as fichas cadastrais das famílias que receberão sua visita no decorrer do dia.

O início do dia também é utilizado para uma conversa com o enfermeiro da USF para a discussão de alguns assuntos pertinentes às famílias que estão sob a responsabilidade do agente.

Alguns agentes, antes de seguirem para a visita domiciliar, separam os prontuários dos usuários da sua micro-área que virão à USF para atendimento clínico com o médico ou com o cirurgião-dentista ou, ainda, para a consulta de enfermagem.

Em algumas unidades há uma escala de serviço semanal dos agentes para ajudarem em algumas funções dentro da própria USF, como, por exemplo, despachar os medicamentos receitados pelo médico, o que contraria a seguinte recomendação da Portaria 648/06: “É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições” (MS, 2006b, p. 46).

Durante o caminhar pelas ruas e vielas das micro-áreas ficou marcada a identificação do agente comunitário de saúde como um benfeitor da comunidade. Muitos acenam

cumprimentando-o e outros se aproximam pedindo para que antecipe a visita daquele mês, pois “necessita conversar”.

Há um grande carinho coletivo pelo agente comunitário de saúde, que é bastante reconhecido na comunidade.

CAMPOS (2007, p. 28) relaciona esta afetividade ao vínculo estabelecido: “Vínculo é, portanto, a circulação de afeto entre pessoas. O afeto é obscuro, nem sempre obedece à conveniência ou é consciente. (...) Os vínculos se constroem quando se estabelece um tipo de dependência mútua: uns precisam de ajuda para resolver questões sanitárias; outros precisam disso para poder ganhar a vida, exercer a própria profissão”.

No entanto, MARTINES e CHAVES (2007, p. 428) alertam que “as pessoas da comunidade buscam em primeiro lugar o ACS, quer seja uma informação, uma reclamação ou a solução de um problema mais grave e dele esperam uma resposta, em uma relação de cobranças e exigências nem sempre tranqüila.”

O reconhecimento do trabalho do ACS, por parte dos integrantes da comunidade não existiria se o agente comunitário de saúde não fosse um profissional dedicado, comprometido com a sua comunidade, responsabilizando-se, muitas vezes, por solucionar situações que não estariam ao seu alcance.

O ACS preocupa-se com as famílias que estão sob sua responsabilidade e tenta agir como um verdadeiro guardião destes indivíduos, atuando constantemente, mesmo fora do horário oficial de trabalho.

MARTINES e CHAVES (2007, p. 430) relatam que “o ACS mostra-se convicto de que a missão de fato é dele, expressando seu sofrimento em não conseguir realizá-la, na maioria das vezes, sem relativizar sua responsabilidade.

E acrescentam: “o processo de trabalho fez com que o ACS deslocasse para si, e a comunidade deslocasse para o ACS, a responsabilidade em dar respostas ao usuário com vistas a sustentar o princípio de assistência integral que tanto é divulgado pelo PSF.” (MARTINES e CHAVES, 2007, p. 431)

Os resultados das entrevistas compuseram os DSC apresentados a seguir, relacionados ao vínculo do agente comunitário de saúde com a comunidade; à percepção da saúde bucal; como adquirem os conhecimentos sobre saúde bucal; às orientações sobre saúde bucal realizadas no domicílio; e, às relações de trabalho do agente comunitário de saúde.

5.1. O VÍNCULO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COM A COMUNIDADE

DSC

Ele é muito importante para a comunidade, porque ele é o elo entre a comunidade e a equipe de saúde. O agente de saúde é que leva todas as informações da comunidade para o enfermeiro. Através do ACS é que o enfermeiro tem as informações da comunidade. Quando eles precisam da gente, a gente está lá prá dar informações, tirar alguma dúvida. Ele é aquela janela para a saúde. Ele vai todo mês a casa levar orientações pra que não ocorram as doenças. Ele faz a orientação através da prevenção. Ele não vai cuidar do problema, ele vai prevenir. As informações, os cuidados, a busca. Às vezes numa conversa com o ACS a pessoa descobre um problema antes mesmo dele se manifestar. O que eu oriento vai passando de pessoa prá pessoa. Se eles aprenderem aqui e mudar os hábitos, já é muito! E a ligação entre o agente de saúde e a comunidade, ela é fundamental. Peso de criança, vacina, uma série de coisas que a gente faz, uma palestra, a gente vai lá a criança tá com diarreia e às vezes a mãe não sabe o que fazer, a gente ensina o soro caseiro. É uma ligação muito grande entre o agente e a comunidade. Tem coisas que eles não têm coragem de falar para o médico, para o enfermeiro e prá gente ele fala. A gente é o elo da comunidade com os governantes. Porque a comunidade confia na nossa pessoa, até porque nós somos pessoas da comunidade. Nós somos intermediários e eles confiam na gente. E a gente faz de tudo para merecer a confiança. Eu vejo muito progresso. Quando começou esse programa, as doenças que existiam e que hoje diminuiu muito.

Quando perguntados sobre a importância que tem o agente comunitário de saúde para a comunidade a afirmação de que o ACS é “o elo de ligação entre a comunidade e a equipe de saúde” é fortalecida no discurso.

Esta situação é caracterizada por levar informações tanto da unidade de saúde da família para os domicílios quanto trazer informações do domicílio e da comunidade, de um modo geral, para a USF.

De acordo com o pensamento de NUNES et al (2002, p. 1642):

A escolha de residentes dos próprios bairros de atuação da equipe de saúde da família para desempenharem o papel de agentes comunitários tem por finalidade, entre outras, o aumento da eficácia das ações de educação para a saúde. Esse aumento da eficácia dever-se-ia ao fato dessas pessoas compartilharem um mesmo contexto social e cultural e um mesmo universo lingüístico. Essa partilha facilitaria a identificação de fatores responsáveis ou intervenientes ao adoecimento das pessoas do bairro, assim como, o desenvolvimento de estratégias mais eficazes no âmbito da adesão às recomendações médicas.

Na unidade, as informações captadas da comunidade são levadas ao conhecimento do enfermeiro e as estratégias para a ação são traçadas, o que condiz com as atribuições profissionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde: “VI – realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo.” (MS, 2006b, p.42).

As visitas domiciliares ocorrem mensalmente, porém, em situações especiais podem acontecer a qualquer tempo. Nas visitas é dada uma maior ênfase à prevenção, onde as orientações repassadas procuram lidar com o incentivo à mudança de hábitos, de acordo com o que é preconizado por (MS, 2006b, p. 43): “estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe.”

A identificação do ACS como sendo um membro da própria comunidade aumenta a confiança dos usuários neste profissional, conforme constatam FORTES e SPINETTI (2004, p.1332): “o freqüente contato dos usuários com o ACS resulta em que os primeiros costumam revelar aspectos de suas condições de saúde para o agente, muitas vezes, antes mesmo do que aos outros integrantes da equipe de saúde”.

O ACS avalia que a importância do seu trabalho está relacionada com o fato de que, a partir do momento em que foram introduzidas suas ações nos serviços de saúde houve uma diminuição dos principais agravos existentes na sua área de atuação, porém não há evidências que isto realmente ocorra.

Outra vertente de análise do vínculo do ACS com a comunidade diz respeito à sua contribuição para a promoção de saúde na sua micro-área:

DSC

Fazendo palestras, fazendo orientações na casa, visitas domiciliares. Tento levar as orientações que eu aprendo. Na maioria das vezes eu aprendo junto com eles, muitas vezes eles me passam, muitas vezes eu passo prá eles. O que eu aprendi eu já vou passando prá comunidade para deixá-la bem informada do que tá acontecendo. Contribuo muito com relação à informação, ao cuidado. A informação é promoção de saúde. A gente oferece prá eles decidirem o que querem. A gente tá dando prá eles o direito de escolher. Promover saúde é oferecer para eles o direito de querer ter saúde. O que está a nosso alcance a gente faz: busca ativa, trás o médico, leva a medicação, verificação de pressão e da glicose, pesagens, orienta às gestantes para que tomem as vacinas já desde o primeiro trimestre de gestação, trabalho com a saúde bucal, procedimentos como planejamento familiar e pré-natal, todo o cuidado. A gente só pode dar informação. Tem muita coisa que não está ao nosso alcance: o saneamento básico, que influencia, a água que não cai nas torneiras das pessoas.

Neste discurso, o ACS considera que o aprendizado ocorre num sistema de retroalimentação, onde o agente comunitário de saúde ao repassar as informações também adquire os conhecimentos vindos da comunidade. Para ele, sua grande contribuição é a informação e que o ato de informar se traduz em promover saúde.

Pode-se observar que o ACS acredita favorecer a autonomia do usuário em decidir sobre sua saúde, na medida em que, uma vez repassada a informação, esta é suficiente para que o usuário decida sobre como agir sobre as suas próprias condições de saúde. No entanto, ao mesmo tempo em que crêem conferir autonomia ao usuário, mantém elementos que configuram a tutela e a assistência, determinando o que deverá ser feito para alcançar uma boa saúde: busca ativa de faltosos, levar o médico até o domicílio, levar a medicação etc.

Além disso, têm a compreensão dos limites do seu trabalho no que diz respeito à promoção de saúde: suas ações de orientação e informação acontecem no domicílio, na presença do indivíduo e são destinadas a ele, porém, conseguem perceber que outras ações de promoção à saúde, de caráter mais amplo, no âmbito governamental devem ser realizadas (como a solução para os problemas do saneamento básico e o acesso à água potável) para o alcance da saúde e qualidade de vida.

O envolvimento comunitário de cada ACS, que caracteriza o estabelecimento de vínculos, varia bastante. É possível identificar dois grupos: num o ACS realiza trabalhos comunitários e tenta aliar a sua ação de agente com outras da comunidade, compreendendo a participação comunitária como um imperativo para o bem-comum. Sente-se, portanto, parte da comunidade e acredita que as melhorias alcançadas com o esforço coletivo beneficiarão a todos:

DSC

Participo. Eu participo da Pastoral da Criança, faço parte da Pastoral da Pessoa Idosa, do Conselho da Pessoa Idosa, tem educação para aquelas pessoas que nunca estudaram na vida, para alfabetizar desde o início. Tem um trabalho social voluntário na Igreja Católica, um trabalho de assistência às pessoas mais necessitadas. Às vezes, um membro da comunidade precisa de cesta básica, a gente faz... doação de roupa, junto com a nossa equipe. Às vezes a gente faz aqui no módulo. Inclusive arraial. Uma reunião extra, que não é daqui, é da escola, a gente sempre tá participando também. Já trabalhei na comunidade fazendo parte da Associação, sou conselheira aqui do bairro. É muito bom, muito gratificante este trabalho voluntário que a gente faz. A gente não ganha nada, só experiência. Eu sempre tô envolvida na comunidade fazendo alguma coisa... Tudo o que eu puder fazer para ajudar a minha comunidade, eu ajudo, eu faço. Tem que ter amor pelo que você faz.

Este envolvimento com a comunidade onde reside e interage constantemente faz com que o ACS transponha as barreiras e os limites impostos pela estrutura do Sistema de Saúde e vá à procura de outros órgãos cujas ações, embora não estejam diretamente dentro do campo da Saúde, têm reflexo nas condições de saúde e de vida da população.

O agente comunitário tenta, então, articular os interesses dos usuários com a finalidade dos órgãos públicos responsáveis por diversas áreas, como educação, meio ambiente, saneamento, previdência, trânsito, segurança etc., exercendo sua dimensão de *assistente social* (CHIESA e FRACOLLI, 2004), observado no seguinte discurso:

DSC

Estou sempre em busca das melhoras do nosso bairro, em todas as áreas: social, saúde e educação, tudo o que for necessário para o desenvolvimento. Quando eu não consigo resolver uma coisa sozinha, eu vou atrás, vou no ministério público, eu vou com outras pessoas que podem me ajudar. Vai atrás de outros órgãos. Você às vezes deve sair dos seus limites, às vezes a gente tem que procurar o INSS, se informar, procurar pessoas necessárias, ligar para o 0800 do INSS. Escola. Às vezes as crianças estão fora da escola, porque não encontrou vaga. Aí a gente tem que buscar na escola, vai até a direção da escola, tenta a vaga prá um e prá outro. Em relação ao registro, às vezes a gente encontra criança de 3 ou 4 meses que não é registrada. Às vezes você encontra uma família passando necessidade, passando fome, então eu vou até onde sei que posso ir. Vou em busca do bolsa família, vou em busca de alguma coisa que possa ajudar aquela família. Crianças portadoras especiais a gente orienta que procure o órgão certo.

No entanto, há um segundo grupo composto por aqueles que não se envolvem com a comunidade, acreditando que isso extrapola suas funções de agente e, portanto, limita-se a cumprir somente as tarefas designadas pela equipe da USF.

Desta forma, não participa de qualquer ação comunitária e fica aguardando que alguém da comunidade (geralmente o presidente da associação de moradores de bairro) tome a iniciativa de propor a realização de algo e, posteriormente, o convide a participar.

Constitui-se numa posição cômoda, pois não tomando qualquer iniciativa, deixa de trazer para si a responsabilidade por alguma coisa, resguardando-se da responsabilidade por qualquer fracasso que possa ocorrer. Isto fica bem claro no seguinte discurso:

DSC

Não. Eu, particularmente, não. Na minha micro-área não tem ações comunitárias. Tem associação de bairro, mas não tem equipe que faça um grupo. O presidente do bairro não trabalha em conjunto com o módulo. Ele faz as coisas lá, individualmente. Ele não compartilha com os agentes, prá gente poder participar com alguma coisa.

O não comprometimento comunitário reduz o campo de atuação do agente à tentativa de resolução dos problemas de saúde apenas no âmbito da unidade de saúde da família.

Tudo o que extrapola a USF passa a não ser de sua responsabilidade.

Diante desta situação, PUPIN e CARDOSO (2008, p. 162) salientam que na dimensão política do seu papel encontra-se “pouco presente a questão de que o agente é alguém que conhece a comunidade e seus recursos e de que participa de um equipamento de saúde, podendo utilizá-los visando transformar as condições de vida.”

Além disso, encarna uma sensação de impotência diante dos problemas. Sem autonomia, recorre aos demais profissionais, notadamente o enfermeiro, para a solução dos problemas ou encaminhamento a outras instâncias:

DSC
<i>Não. Não tenho participação. Porque eu não tenho poder nenhum. Porque a gente não tem poder de chegar numa autoridade e pedir pra ele... Ter esta proximidade de chegar e falar com ele, explicar o que está acontecendo e ter uma resolutividade concreta. Toda vez que tem um problema relacionado com a saúde, primeiro eu procuro trazer pra cá, para o enfermeiro ver qual a posição dele, pra depois eu tomar providência, se for do meu conhecimento e poder. Quando acontece isso, eu levo esse problema para a nossa gerente. Ela é que é responsável por isso. Ela é que leva às outras autoridades.</i>

5.2 A PERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL

Um aspecto fundamental diz respeito a como o agente comunitário de saúde percebe a saúde bucal e sua importância para a saúde geral dos indivíduos. Somente compreendendo esta importância é possível levar ao usuário as informações necessárias à manutenção da saúde bucal. Sem essa compreensão o ato de educar para a saúde bucal torna-se sem sentido e sem condições de despertar na comunidade a necessidade do cuidar de sua própria saúde. Sem compreender e acreditar na importância que a saúde bucal tem para a saúde geral, não há como repassar, com credibilidade, orientações para os indivíduos.

No discurso destacado abaixo é possível identificar a compreensão do agente em relação à importância da saúde bucal, a partir da relação entre ter dentes saudáveis e uma boa saúde. Dentre as várias funções que os órgãos bucais desempenham no corpo são percebidas pelo agente: o sorriso, valorizando a estética, o auxílio à amamentação (através da sucção) e o crescimento, a fala, a mastigação e o aproveitamento dos alimentos permitindo uma boa digestão.

Apesar de não citá-las há uma percepção de que vários aspectos de saúde estão envolvidos e/ou relacionam-se com os dentes, sendo fundamental o cuidado com a saúde bucal em todas as fases do ciclo de vida:

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

É muito importante para nossa vida ter uma boa dentição. A gente tem que ter dentes saudáveis para ter uma saúde melhor. Serve para dar um sorriso bonito. Os dentes são o cartão de visita. A estética... É importante no crescimento, na amamentação, nos ajuda a falar, mastigar bem os alimentos. Ele é muito importante na mastigação, no trituração dos alimentos, para um boa digestão. Várias questões de saúde estão envolvidas em relação aos dentes. Significa saúde, porque a boca faz parte do nosso corpo. Se a pessoa estiver faltando dente na boca não faz aquele manuseio corretamente com o alimento, dificulta até na digestão. Por isso, o cuidado que a gente deve ter com os dentes do bebê desde a infância até a fase adulta...

Para NARVAI e FRAZÃO (2008, p. 18),

“Saúde bucal corresponde a um conjunto de condições, objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas), que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e, também pela dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento.”

Segundo DIAS (2007, p. 101):

Durante a amamentação, o contato físico entre mãe e filho desenvolve uma ligação enorme, o que propiciará ao bebê um equilíbrio emocional importante. O hábito de sugar favorece e estimula o nascimento dos dentes, atuando ainda no desenvolvimento craniofacial. A sucção, nesse período, é um hábito de sobrevivência física e psicológica do bebê. A amamentação é fundamental também para o desenvolvimento correto da língua, lábios, bochechas, ossos e dos músculos da face do bebê.

Em relação aos principais problemas bucais, este autor afirma: “Todas as estruturas bucais estão sujeitas a doenças. Entretanto, em nosso país, a cárie (doença que atinge os dentes) e a doença gengival (que atinge as gengivas) afetam um enorme contingente de brasileiros.” (DIAS, 2007, p. 02).

O Caderno de Saúde Bucal do Ministério da Saúde destaca:

É característico da atenção prestada nos serviços de Atenção Básica que estes se ocupem das patologias mais prevalentes nas comunidades. Os principais agravos que acometem a saúde bucal e que têm sido objeto de estudos epidemiológicos em virtude de sua prevalência e gravidade são: (1) cárie dentária; (2) doença periodontal: (a) gengivite (b) periodontite; (3) câncer de boca; (4) traumatismos dentários; (5) fluorose dentária; (6) edentulismo; e, (7) má oclusão. (MS. 2006d, p.31).

Dentre as doenças relacionadas no documento ministerial, a cárie dentária, sem dúvida, é a que tem maior reconhecimento pelos agentes comunitários de saúde.

O discurso abaixo revela uma consistente compreensão da doença e suas conseqüências para a saúde das pessoas:

DSC
<i>Uma das principais são as cáries e a causa principal é a falta de higiene bucal. São dentes estragados, provoca dor de dente, inchaço e abscesso na raiz do dente, são inflamações que causam muitas vezes a perda do dente. Segundo eles é devido à falta de informação, porque não sabiam. As pessoas até escovam os dentes, mas pela falta da orientação correta, elas não sabem a forma correta de fazer essa escovação, quando vão ver o dente já está estragado, aí não tem como fazer o tratamento e já radicaliza. Já manda arrancar o dente. A perda dos dentes por cárie. Eu sei que os alimentos influenciam muito, o tipo de alimento e a higiene também, influencia ou não pra o dente ser bem resistente ou pegar a cárie. A partir do momento em que a unidade passou a atuar nesta área é que a gente está dando as informações corretas.</i>

O segundo grupo de doenças bucais mais relevantes na população brasileira trata-se daquele relacionado com as doenças periodontais: gengivite e periodontite. No entanto, no discurso, essas doenças não aparecem explicitamente, pois o agente não consegue separar, em seu imaginário, as doenças que atacam os dentes (cárie) das que atacam o periodonto, tendo uma visão conjunta de ambas quando pensa nas doenças que acometem o dente.

No entanto, o grupo do câncer de boca, que no ranking do Ministério da Saúde situa-se em terceiro lugar em importância, é percebido pelo agente comunitário de saúde como problema bucal relacionado principalmente às próteses (produzidas por “dentistas práticos” existentes nas periferias das cidades), que, mal-adaptadas provocam ferimentos na mucosa e que podem contribuir como um co-fator de risco importante para o câncer de boca:

DSC

O câncer de boca. Aquela pessoa que usa prótese muitas vezes não procura um profissional, ela vai direto naqueles que ficam nas periferias e são considerados práticos. Então, eles fazem a prótese da pessoa, a pessoa vai pra casa sentindo uma dificuldade para mastigar. Às vezes vem folgada e, então, eles dizem que é normal, até a pessoa se acostumar. Mas isso pode ocorrer um ferimento na boca e isso pode causar um câncer de boca.

De acordo com as orientações do MS (2002, p. 21)

A ação constante e prolongada sobre a mucosa bucal de próteses dentárias mal-ajustadas (...) constituem, ao longo de anos, causas de lesões hiperplásicas. Esta ação contínua pode ser um co-fator de desenvolvimento do câncer da boca, por favorecer a ação de outros carcinógenos, particularmente o tabaco e o álcool.

NARVAI e FRAZÃO (2008, p. 39) afirmam que a "exposição excessiva à radiação, injúrias térmicas e/ou mecânicas contínuas sobre a mucosa bucal, deficiências nutricionais e imunológicas, assim como fatores hereditários, também estão associados à ocorrência do câncer bucal."

Os demais agravos: traumatismos dentários, fluorose, e má oclusão não foram citados no discurso.

Entretanto, considerando-se o edentulismo, o agente faz uma relação entre as causas dos principais problemas de saúde bucal que atingem as pessoas com a falta de acesso aos serviços de odontologia, que na sua visão tem como consequência a perda dentária:

DSC

As pessoas com a dificuldade que tem de ir ao dentista, que a demanda é muito grande, as pessoas deixa chegar a um ponto de perder os dentes devido à dificuldade de chegar até o dentista. Essa é a dificuldade: a demanda que é grande para pouco profissional.

ZILBOVÍCIUS (2005, p.84) ao discutir o processo de exclusão e integralidade seletivas da atenção em saúde bucal na sociedade brasileira identifica três fenômenos que poderiam contribuir (além do processo neoliberal que freou a ação do Estado na área da saúde) para esta situação: uma visão tecnicista e corporativa nas práticas odontológicas cotidianas; a visão clássica dos gestores da saúde pública brasileira de que a saúde bucal não é prioritária; e, a postura da categoria odontológica que "manteve-se, através de suas

instituições corporativas, confirmando um processo de especialização elitista da profissão, reiterando a necessidade de se aprimorar o conhecimento científico e tecnológico numa perspectiva liberal e individualista.”

5.3. COMO OS AGENTES ADQUIREM OS CONHECIMENTOS SOBRE SAÚDE BUCAL

Ao explorar-se onde os agentes comunitários de saúde adquirem os conhecimentos sobre saúde bucal que repassam para os usuários em seu domicílio, verificam-se duas situações distintas:

Na primeira, onde se encontra presente uma equipe de saúde bucal na unidade de saúde da família, as informações são repassadas pelo próprio cirurgião-dentista da unidade. O trabalho integrado da equipe estimula o ACS a buscar informação pelos seus próprios meios, através da rede mundial de computadores (INTERNET), panfletos e da participação em palestras promovidas por outros profissionais. Também é relatado que algumas informações são repassadas em cursos destinados aos ACS:

DSC
<i>Aqui mesmo no módulo. Do dentista, com a equipe. Eu procuro ler os panfletos que vêm. Vem muito panfleto bom. Eu busco na internet, no estudo, na busca, na pesquisa, na orientação médica também. A gente aprende muito em palestras, com outros profissionais. Também nos cursos de agente de saúde. Eu aprendi várias coisas e isso aí eu uso no meu dia-a-dia.</i>

O repasse de informações pelo cirurgião-dentista não ocorre de maneira sistematizada e, portanto, não se configura num treinamento em serviço. As informações são passadas informalmente durante conversas ocorridas na unidade de saúde.

Mesmo a oportunidade de abordagem da saúde bucal nos cursos que realizam na Escola Técnica do SUS é perdida quando um conteúdo sobre o tema é ministrado de forma reduzida, diluindo-se nos diversos conteúdos que precisam ser abordados num curso desta magnitude:

DSC
<i>Basicamente é o dentista da unidade que dá as orientações pra gente. Existe uma conversa</i>

informal da dentista entre a gente, que ele passa as orientações. Na escola técnica a gente falou sobre saúde bucal, mas uma coisa muito corrida. Mas, assim, outro da área, um curso específico para que a gente possa fazer correto, não. Não houve ainda uma capacitação de saúde bucal prá nós.

Na opinião de SILVA e DALMASO (2002, p. 81):

O agente comunitário de saúde, por sua vez, além do treinamento introdutório, um pouco mais abrangente, participa (quando elas acontecem) de discussões temáticas conduzidas por médicos e enfermeiros no nível local ou regional. Nos espaços de educação continuada, encontram-se com frequência os conteúdos tradicionais de conhecimento e prática na área da saúde, havendo dificuldade de se dar conta da totalidade das finalidades colocadas para o PSF.

Na outra situação encontrada, onde não existe equipe de saúde bucal compondo a equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família, muito do conhecimento é adquirido a partir do envolvimento do ACS com outras entidades não-governamentais, que atuam na área (como a Pastoral da Criança), além de buscar informações sobre saúde bucal através dos seus próprios esforços. Também é referido que durante o curso técnico de agentes comunitários de saúde, promovido pela Escola Técnica do SUS, foram repassadas algumas noções de saúde bucal, porém, tais noções foram consideradas insuficientes para permitir que o ACS tenha uma boa atuação dentro desta temática:

DSC

Foi falado um pouco no curso técnico de agente comunitário de saúde. Não foi ainda o necessário. A maioria do conhecimento que eu tenho foi adquirido através da Pastoral da Criança, que acompanha a família em geral. Dentro da Pastoral da Criança há uma preocupação muito grande com a saúde bucal. Eu aprendi pela Pastoral da Criança. Pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde, até hoje, a gente não teve a capacitação específica. Só sobre saúde bucal, ainda não tivemos. A gente não teve uma capacitação dentro desses informativos, sobre como orientar. Quando tem livro, eu leio, pergunto ao enfermeiro e passo as orientações. Tem que ter uma noção prá poder passar prá comunidade. A gente adquire da gente mesmo, procurando informações, lendo jornais, revistas. Porque a gente não tem esse treinamento, essa capacitação prá tá exercendo esse tipo de orientação. A gente tem a enfermeira que trás os panfletos prá gente. Ela repassa prá gente, manda a gente ler, vê se tem alguma dúvida.

É interessante notar que ao dizer “*Pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde, até hoje, a gente não teve a capacitação específica*”, o agente comunitário de saúde não tem a percepção que a antiga prática de realização de capacitações e treinamentos por parte de cada setor das secretarias de saúde foi superada pela entrada em cena das escolas técnicas do SUS que desempenham um papel relevante na execução das propostas de educação permanente no Sistema de Saúde.

Ainda em relação às unidades que não possuem equipes de saúde bucal é possível constatar que o conhecimento sobre a saúde bucal é muito valorizado e que, na visão do ACS, mesmo nessas unidades deveriam ser repassados aos usuários. Destacam que, apesar da ausência de equipes de saúde bucal, os agentes poderiam, com a ajuda do enfermeiro, adquirir e retransmitir os conhecimentos sobre saúde bucal para a população, deixando evidente a sua compreensão de que esses conhecimentos não devam ser monopólio das equipes de saúde bucal:

DSC
<i>Acho necessário. Mesmo que não vá ter um dentista na unidade, mas que os ACS e a enfermeira possam ter conhecimento do assunto. Porque o dentista fica mais para o atendimento da pessoa, nós, ACS, levamos a informação a casa. É importante a gente saber um pouco para passar para a comunidade. Se a gente levasse a informação correta às famílias, a gente evitaria superlotações nos consultórios dentários, com certeza.</i>

5.4. AS PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES SOBRE SAÚDE BUCAL REALIZADAS NO DOMICÍLIO

A atuação do agente comunitário de saúde no domicílio é imprescindível. Através dela reforça-se o vínculo com a família e permite-se construir a integralidade das ações de saúde.

Dentre as atribuições específicas do ACS destaca-se:

Desenvolver atividades de promoção de saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e

coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas situações de risco (MS, 2006d, p. 43).

Tendo em vista a educação em saúde bucal, a atuação do ACS deve:

Fornecer instrumentos para o fortalecimento da autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença e na condução dos seus hábitos (...) que possam contribuir com o empoderamento dos sujeitos coletivos, tornando-os capazes de autogerirem seus processos de saúde-doença, sua vida, com vistas à melhoria da sua qualidade de vida (MS, 2006d, p. 25).

De acordo com a política de reorganização das ações e serviços de saúde bucal no âmbito da Atenção Básica, preconizada pelo Ministério da Saúde, o conteúdo das ações educativas coletivas deve abordar:

(1) as principais doenças bucais, como se manifestam e como se previnem; (2) a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentífrico fluoretado e o uso do fio dental; (3) os cuidados a serem tomados para evitar a fluorose; (4) as orientações gerais sobre a dieta; (5) a orientação para o auto-exame da boca; (6) os cuidados imediatos após traumatismo dentário; (7) a prevenção à exposição ao sol sem proteção; e (8) a prevenção ao uso de álcool e fumo (MS, 2006d, p. 25).

Ao serem indagados sobre quais ações de saúde bucal realizam durante a visita domiciliar, os agentes comunitários de saúde emitiram respostas diversas que compuseram três discursos diferentes:

DSC

São questões de orientações: orientações da escovação e orientação da procura do serviço de saúde especializado na área de saúde bucal. A parte de orientação, de prevenção, como escovar os dentes. Quantas vezes a gente tem que escovar os dentes por dia, os alimentos que a gente tem que evitar comer para não causar muita cárie. Eu oriento sobre escovação, uso do fio dental e algumas outras orientações que no momento eu vejo que tem necessidade. A gente faz as visitas, leva também alguns panfletos. Leva livros de orientações bucais. A gente orienta também sobre as doenças dentárias que tem. Que vá, pelo menos, de seis em seis meses ao dentista. A gente trabalha com esse tipo de orientação há muito tempo.

Este primeiro discurso representa um grupo de ACS que ao comporem a equipe multiprofissional da unidade de saúde da família, apresenta total integração com a equipe de saúde bucal presente, contribuindo para a execução das ações.

Fica claro que a atuação no domicílio se dá mediante ações educativas destinadas a todos que estiverem presentes, onde a orientação sobre os cuidados com a saúde bucal é plenamente valorizada, enfocando-se as principais doenças e a maneira de preveni-las.

Uma segunda fala evidencia que os ACS, ao fazerem a visita domiciliar, não enfocam a saúde bucal na sua rotina, limitando-se às orientações em domicílios onde percebe a existência de moradores muito carentes.

Neste caso o tema “saúde bucal” é abordado pela ESB da unidade quando realizam as visitas às escolas ou palestras comunitárias:

DSC
<i>Geralmente na visita domiciliar pouco falamos de saúde bucal. Se trata de outras enfermidades, outras doenças, mas não de saúde bucal. Esse trabalho a gente faz na escola, nas palestras, nas visitas junto com a equipe. Aqui eu não toco muito nesse assunto. Só em algumas casas, onde são mais carentes.</i>

Desta maneira, a possibilidade de divulgação das informações de maneira universal torna-se restrita.

Um terceiro discurso traduz a realidade dos agentes comunitários de saúde que, inseridos em USF que não dispõem de equipe de saúde bucal, não desenvolvem ações nessa área:

DSC
<i>Na verdade, a gente não passa nenhuma instrução de saúde bucal, porque não tem o programa, não tem o dentista para passar uma instrução para que a gente deva passar prá eles na área. A gente não trabalha com isso.</i>

Nesta última situação, a possibilidade de realizar ações educativas em saúde bucal é desprezada a partir da ausência de uma equipe de saúde bucal vinculada à unidade de saúde da família, que provavelmente funcionaria como indutora do processo.

Contudo, se um dos sentidos da estratégia de saúde da família é “garantir a integralidade da atenção por meio da realização de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas” (MS, 2006b, p.42), se faz necessária a compreensão de que o saber sobre saúde bucal não é exclusivo da equipe de saúde bucal, possibilitando-se a sua utilização pelos demais membros de uma equipe multiprofissional.

Dentre as possíveis orientações sobre saúde bucal que o agente comunitário de saúde pode repassar aos usuários quando ocorre a visita domiciliar, foram destacadas as seguintes: sobre a escovação dentária; sobre a escova dental; sobre o creme dental; sobre o uso de fio dental; sobre o uso de palitos; sobre os alimentos açucarados; sobre o flúor; sobre o auto-exame para a prevenção do câncer bucal.

5.4.1. Orientações sobre a Escovação Dentária

Os agentes comunitários de saúde, indagados sobre orientação ou supervisão da escovação dentária durante a visita domiciliar, formularam o seguinte:

DSC
<i>Orientação a gente faz, mas supervisão não. A gente só orienta, assim: ensina como elas devem escovar os dentes, a maneira adequada, os movimentos, de baixo prá cima, de cima prá baixo, em todas as direções e os horários depois das refeições e antes de dormir que é o principal. Tanto para crianças quanto para adultos. Na visita domiciliar você observa muita coisa, mesmo sem estar perguntando.</i>

Para CARRANZA JR (1983, p 651), “o controle da placa é a remoção da placa bacteriana e a prevenção dos seus acúmulos sobre os dentes e a superfície gengival adjacente” e que “o método mais seguro de controlar placa (...) é pela limpeza mecânica com uma escova de dente e outros auxiliares”.

O Ministério da Saúde difunde, em documento oficial, “O Jeito Adequado de Limpar os Dentes”, estabelecendo os seguintes passos para a escovação dentária:

1º passo: escove o lado dos dentes voltado para a bochecha pressionando suavemente a escova, da gengiva até a ponta dos dentes. Depois, escove o lado de dentro dos dentes do mesmo jeito. Faça isso em todos os dentes superiores e inferiores, sem

esquecer nenhum. Escove também a parte de trás dos últimos dentes; 2º passo: Escove a superfície do dente que usamos para mastigar. O movimento é suave, de vai e vem, e deve alcançar todos os dentes, superiores e inferiores. A escova deve ir até os últimos dentes lá no fundo da boca (MS, 2006d, p.25).

Apesar de diversos autores afirmarem que existem muitos métodos de escovação e que “o objetivo principal é remover a placa bacteriana das superfícies dos dentes, da gengiva e da língua (...) a melhor forma de se escovar dentes e gengivas é aquela em que a pessoa se adapte e limpe bem os dentes sem agredir a gengiva” (DIAS, 2007, p 56); e que “é importante escolher uma seqüência, para que não fique nenhum dente sem escovar” (COURA, 2001, p. 85), ao acrescentar o adjetivo “adequado” ao título do documento, o Ministério da Saúde induz a maneira como os agentes comunitários de saúde, em todo o país, repassam as orientações sobre a escovação dentária nos domicílios, levando-os a crer que esta forma é a mais correta.

A freqüência da escovação é citada sendo apontados os horários posteriores às refeições e, sobretudo, anterior à dormida, considerado como o principal. Em relação a isso, CARRANZA JR. (1983, p. 654), questiona a validade desta recomendação clássica, pois:

Maior freqüência de limpeza, isto é, três ou mais vezes por dia, não produz uma melhora significativa das condições periodontais. Com finalidade prática, são recomendadas duas escovações por dia, uma delas realizada cuidadosamente (...). Deve ser dada maior importância à eficiência do que à freqüência da limpeza dentária.

Vale ressaltar a clareza com que os ACS enxergam seus limites profissionais ao distinguirem sua atuação referente à escovação habitual e à escovação supervisionada, esta última constituindo-se em atribuição dos profissionais auxiliares de saúde bucal (MS, 2006d, p. 33), em especial o técnico em saúde bucal (BRASIL, 2008).

Associado à escovação dentária, o uso de agentes reveladores da placa bacteriana funcionam como um fator motivador durante a orientação sobre a higiene bucal:

São soluções ou pastilhas capazes de corar depósitos bacterianos sobre a superfície dentária, língua e gengiva. São excelentes auxiliares da higiene oral porque permitem ao paciente um instrumento de educação e motivação própria para

melhorar sua eficiência no controle da placa. (...) As pastilhas são trituradas entre os dentes e movidas em toda a boca, cerca de 30 segundos, sem serem engolidas. Por sua conveniente forma de aplicação são recomendadas para uso caseiro. (CARRANZA JR, 1983, p. 671).

É importante salientar que a simples adição de agentes corantes às orientações sobre a escovação dentária não é suficiente para garantir uma boa higiene oral.

Contudo, o agente evidenciador de placa bacteriana é um valioso método visual, que em associação aos demais métodos, pode surtir efeito positivo para a motivação do usuário.

Desta forma, este método poderia ser utilizado pelos ACS durante as orientações repassadas na visita domiciliar.

Entretanto, ainda não houve um despertar para a utilização deste aliado e alguns ACS nem sabem que ele existe ou mesmo que podem utilizá-los para reforçar o seu trabalho de orientação.

Mesmo conhecendo os agentes evidenciadores de placa bacteriana, alguns ACS acreditam que o produto seja de uso exclusivo dos profissionais de saúde bucal, conforme se observa no seguinte discurso:

DSC

<i>Não. Não são disponibilizados para o agente de saúde este tipo de procedimento. Isso aí não faz parte de mim. Quem faz isso é o dentista. A gente não é treinado, nem capacitado, para visualizar algo.</i>
--

A possível utilização do evidenciador, por parte do ACS, nas suas orientações sobre higiene bucal durante as visitas domiciliares seria muito bem-vinda.

Como vantagens do uso, Além da motivação do paciente pelo impacto visual que o produto proporciona, outras vantagens podem ser relacionadas: serviria para uma maior aproximação do agente com o usuário; não requer um domínio técnico muito elaborado para a sua aplicação; e, não gera conflito de competências entre o ACS e os profissionais de saúde bucal.

Porém, acredita-se haver, subliminarmente a esta questão, a necessidade de manter-se o monopólio do diagnóstico e do agir sobre o paciente, cujo detentor é o profissional de nível superior.

5.4.2. Orientações sobre a Escova Dental

Surgiram quatro idéias centrais relacionadas à escova dental: a) em relação às suas características físicas; b) em relação à sua vida útil; c) em relação ao cuidado com o seu armazenamento; e, d) em relação com a sua utilização.

5.4.2.1. Em Relação às Características Físicas das Escovas

DSC
<i>A escova de dentes tem que ser retinha, não precisa ser essas escovas todas sofisticadas. A gente orienta as pessoas que tem que comprar escova macia. Uma escova simples, retinha, com as cerdas suaves, que devem estar firmes, não estar abertas. Não comprar escova dura, porque não é a escova dura que limpa os dentes e machuca a gengiva. Em relação ao tamanho da escova a gente também orienta: quando a criança é pequenininha, a escova também tem que ser pequenininha.</i>

GONÇALVES e SILVA (1986) destacam como as principais propriedades funcionais de uma escova de dente: “flexibilidade, elasticidade e rigidez das cerdas, resistência, rigidez e leveza do cabo”.

CARRANZA JR. (1983, p. 651):

As escovas de dentes variam em tamanho e forma, bem como em dureza, tamanho e distribuição das cerdas (...) deve ser capaz de atingir e limpar eficientemente quase todas as áreas da boca. A escolha é uma questão de preferência individual mais do que uma superioridade demonstrada de qualquer tipo. Na seleção da escova, é um fator importante a facilidade de manipulação pelo paciente. A eficiência ou o potencial de lesão dos diferentes tipos de escova dependem mais de como as escovas são usadas.

E acrescenta: “Normalmente, é recomendado para os pacientes de rotina uma escova de cabeça curta com cerdas de náilon de média a mole, corte reto e pontas arredondadas, distribuídas em três ou quatro fileiras de tufos.” (CARRANZA JR, 1983, p. 651)

COURA (2001, p. 80) descreve as propriedades do cabo de uma escova: “deve ter o comprimento proporcional ao tamanho da mão (longo para adultos e curto para crianças),

ter apoio para o polegar ou ser emborrachado (ajuda na firmeza dos movimentos), ser grosso e não ser muito redondo (facilita a empunhadura)”

5.4.2.2. Em Relação à Vida Útil das Escovas

DSC
<i>A escova tem que ser trocada pelo menos de 3 em 3 meses, agora, se ela chegar ficar aberta, com certeza, ela tem que ser trocada, porque ela não vai fazer efeito nenhum</i>

As informações repassadas pelo ACS coincidem com as orientações de CARRANZA JR. (1983, p. 652):

É necessário aconselhar aos pacientes que as escovas devem ser substituídas periodicamente, assim que as cerdas começarem a se deformar, de modo a manter a sua eficiência. No uso regular de uma escova com consciência, a deformação ocorre dentro de três meses. (...) Infelizmente, há uma tendência para usar uma escova “tanto quanto dure”, o que muitas vezes significa que já perdeu sua eficiência ou que tornou-se lesiva para a gengiva.

5.4.2.3. Em Relação ao Armazenamento das Escovas

DSC
<i>O cuidado com o armazenamento: eu sempre procuro orientar às mães que não deixe a escova de dentes no banheiro. Oriento a guardar na cozinha, dentro de casa, de preferência que possa manter essas escovas num local apropriado, guardado, não dentro de gavetas, armários, nem em cima de pia.</i>

Neste discurso, há uma pertinência em relação ao modo correto de armazenar as escovas, com exceção da recomendação de não guardá-las dentro de gavetas ou armários,

verificando-se uma contradição com a conduta preconizada por DIAS (2007, p. 53): “Logo após a escovação, a escova deve ser lavada, secada e guardada bem enxuta, de preferência em estojos individuais, separada de outras escovas e dentro de armários ou gavetas. Exposta sobre a pia ou lavatórios dos banheiros, a escova fica sujeita a contaminações, especialmente à contaminação fecal.”

5.4.2.4. Em Relação ao Uso das Escovas

DSC
<i>Tem de ser de uso pessoal, não utilizar para 5 ou 6 pessoas. A escova é individual. Existem várias doenças que podem passar de pessoa para pessoa, é um objeto de higiene pessoal. É preciso saber como utilizá-la.</i>

Na idéia central deste discurso é realçada a escova de dente como objeto de uso individual, para ser utilizado na higiene pessoal do morador do domicílio, não devendo ser compartilhada com outrem, o que é corroborado pelo pensamento de COURA (2001, p. 81): “A escova é um objeto de uso pessoal, não deve ser emprestada” e com as recomendações de DIAS (2007, p. 53): “Em uma casa com vários moradores, o ideal é que a pessoa, além de ter sua própria escova, tenha também o creme dental de uso individual, o que evita contaminação e torna o ato da escovação mais higiênico.”

5.4.3. Orientações sobre o Creme Dental

5.4.3.1. A Importância do Uso

DSC
<i>O creme dental é um meio de ela estar prevenindo que os dentes delas não venham, futuramente, a acometer-se a ter uma inflamação, seja prejudicado e prá manter um bom hálito, um hálito refrescante e a proteção. É necessário que use, ele tem produtos necessários para a limpeza, mas que ele não é tudo.</i>

Observa-se que há a compreensão da importância do uso do creme dental, embora o conhecimento sobre o produto seja um pouco superficial, reconhecendo a existência de substâncias “necessárias para a limpeza”, o que remete a CARRANZA JR. (1983. P. 653), para o qual os cremes dentais ou dentifrícios “são auxiliares da limpeza e polimento das superfícies dentárias. (...) O efeito de limpeza de um dentifrício está relacionado a seu

conteúdo de (1) abrasivos (...) e (2) detergentes (...). além disso, uma pasta contém umectantes, água, agentes que engrossam, agentes aromáticos e corantes.”

E, ao destacar que o creme dental “*não é tudo*”, evidencia o conhecimento do caráter auxiliar do produto, conforme COURA (2001, p. 83) relata: “o uso de creme dental, por si só, não garante dentes saudáveis, ele deverá estar junto à ação mecânica da escova e do fio dental, para conseguirmos remover a placa bacteriana.”

5.4.3.2. Sobre a Quantidade a Ser Utilizada e Sua Composição

DSC
<i>Eu oriento que não deve colocar em quantidade grande. Em pequena quantidade na ponta da escova, do tamanho do caroço de uma ervilha. Que não é a quantidade de creme que vai limpar os dentes e sim, a maneira como ela vai escovar. Tem que ser aquele que tem menos flúor, porque muitas vezes os pais compram aqueles que tem gostinho de morango, que vem com bastante flúor. Isso é prejudicial à criança, então, tem que ter muito cuidado para não ingerir.</i>

Neste discurso despontam duas idéias centrais: a primeira, relacionada com a quantidade de creme dental utilizado para realizar uma escovação, onde a orientação do ACS converge para as orientações de DIAS (2007, p. 55), para o qual “a quantidade de creme dental na escova deve ser apenas o equivalente ao tamanho de um grão de feijão ou ervilha, que é o ideal para uma boa higienização.”

É pertinente destacar o pensamento de CARRANZA JR. (1983, p. 654) sobre o assunto: “Se um dentífrico tem de ser eficiente na higiene bucal, ele deverá ter um íntimo contato com os dentes. Isto é melhor obtido pela deposição da pasta entre as cerdas da escova mais do que sobre as cerdas, das quais grande parte do dentífrico muitas vezes é deslocado antes de atingir a superfície dentária.”

A segunda idéia explícita no discurso diz respeito ao cuidado na utilização do creme dental fluorado e a possível ingestão (por parte das crianças) de grandes quantidades de flúor, proporcionando a fluorose dentária.

Para DIAS (2007, p. 55), “o creme dental é o meio mais racional de se usar o flúor, pois junto com a escova ajuda a combater a placa bacteriana, prevenindo, controlando e interferindo na progressão da cárie, mantendo-se constantemente no meio bucal.”

Contudo, FRAZÃO (2001, p. 27) alerta:

Não se deve deixar a criança engolir ou comer a pasta de dente com flúor, pois embora o flúor seja bom para os dentes, sua ingestão em excesso durante a infância, pode provocar alteração na formação do esmalte. Esta alteração é chamada fluorose dentária. Ela se manifesta geralmente na forma de estrias ou manchas nos dentes permanentes.

5.4.3.3. Sobre a Indicação do Creme Dental

DSC
<i>Na comunidade em que a gente vive não dá prá dizer "use o melhor", pois geralmente as famílias não têm uma renda boa para tá tendo essa opção de creme dental. A gente orienta que compre o mais barato e se não tiver, que venha aqui pegar o do Ministério da Saúde. A gente deixa a critério deles.</i>

Apesar das recomendações de COURA (2001, p. 83) de que "É preciso consultar o dentista. A escolha da pasta de dentes é individual. (...) é melhor escolher uma pasta de dentes mais simples (...) quantos mais 'milagres' elas prometem, mais corremos o risco de fazer uso do que não é preciso" e de DIAS (2007, p. 55), segundo o qual, "A escolha ou a indicação do creme dental ideal depende de vários fatores: índice de higienização das pessoas, tendência a desenvolver placas bacterianas, manchas, aftas, etc.", fica claro, neste discurso, que o fator econômico torna-se limitante na escolha e no acesso ao uso do creme dental, recorrendo-se aos mais baratos ou às doações feitas através dos programas oficiais do Ministério da Saúde, como o Programa Brasil Sorridente.

5.4.4. Orientações sobre o Uso do Fio Dental

O agente comunitário de saúde conhece a importância do uso do fio dental como método coadjuvante à escovação dental, destinado à remover a placa bacteriana das regiões interdentais:

DSC
<i>Deve sim, usar o fio dental, porque a escova não tira toda a sujeira do dente e que quando for escovar os dentes, elas passem o fio dental primeiro e, aí, depois, elas escovam os</i>

dentes. O fio dental entra em lugares que a escova não entra. Tem que pegar um pedaço, não tira um pedacinho pequeno, tira um pouco grande para dar aquela firmeza no seu dedo, vai passando, e aquela parte que você já passou no dente você não pode mais usar. Que aí, a sujeirinha que ela tirou de entre os dentes com o fio dental, depois ela escovando vai deixar o dente limpinho. Por mais que eu escove bastante com a escova, ela não vai limpar entre um dente e outro. O fio dental é que vai tirar toda a sujeira, porque se ficar a sujeira entre um dente e outro, pode causar a placa bacteriana e a presença do mau-hálito.

Para CARRANZA JR (1983, p. 664), “o fio é o método de limpeza das superfícies proximais mais comumente recomendado (...). É particularmente proveitoso para as áreas interproximais onde o efeito de limpeza não pode ser facilmente demonstrado com o uso de um agente revelador”.

E complementa: “A finalidade da limpeza com o fio é remover placa. (...) A remoção dos alimentos impactados com fio dental proporciona simplesmente um alívio temporário, mas não impede que a situação pior.” (CARRANZA JR., 1983, p. 666).

Este pensamento é convergente com o de FRAZÃO (2001, p. 40), segundo o qual, “O fio dental é usado para remover a placa bacteriana na região entre os dentes, onde as cerdas da escova dental não alcançam. (...) O uso correto do fio e da escova dental asseguram a desorganização da placa bacteriana na maioria das superfícies”.

Em relação à técnica de utilização do fio dental, o agente comunitário de saúde, apesar de não descrevê-la em detalhes, focaliza alguns aspectos relevantes preconizados por alguns autores, como CARRANZA JR. (1983, p. 664) que orienta: “Corte um pedaço de fio de mais ou menos 30 cm de comprimento e amarre as extremidades para formar uma alça. Estire o fio firmemente entre os dedos polegar direito e indicador esquerdo e passe-o gentilmente através de cada área de contato com um firme movimento de serra forçando um lado.”

A recomendação feita pelos ACS para que o fio dental seja utilizado anteriormente à escovação está associada concepção de que a remoção dos detritos previamente facilitaria o ato de escovar, no entanto, esta seqüência de uso entre o fio dental e a escova é indiferente, conforme esclarece FRAZÃO (2001, p. 40), nas suas recomendações: “O fio deve ser achatado, abraçando a superfície e deslizando para frente e para trás com leve pressão. Pode ser usado antes ou depois da escovação”.

Outro ponto destacado com propriedade pelos ACS diz respeito a não reutilizar a parte do fio dental que já foi passada no dente, a qual, sem dúvidas, contém porções da placa bacteriana. Este ensinamento dos ACS converge para o que diz CARRANZA JR. (1983, p. 664): “Quando a porção do fio em ação começar a sujar-se ou tornar-se retalhada, mova o dedo indicador e o polegar ao longo da alça para obter uma nova porção do fio.”

As condições sócio-econômicas, de acordo com a visão do ACS, influenciam na utilização do fio dental pelas famílias, conforme evidencia o seguinte discurso:

DSC
<i>Na área de classe média, sim, a gente orienta e o pessoal já é bem conscientizado disso. Na nossa realidade é muito difícil, porque o povo não tem condições de comprar o fio dental. Nessa nossa comunidade, de baixa renda, as pessoas não têm o hábito de usar o fio dental. Na comunidade de classe mais pobre a gente orienta que eles usem um tipo de sacolinha. É uma opção. Quem não pode comprar, a gente orienta para usar a sacola.</i>

O mesmo foi relatado por COSTA, CORRÊA e CORRÊA (1996): “Sabe-se da dificuldade de aquisição do fio dental convencional, pelas famílias de baixa renda, que em virtude da necessidade de subsistência, deixam de consumir o que consideram supérfluo.”

Diante desta constatação, os agentes comunitários de saúde puseram em prática a estratégia de orientar o uso de fios feitos de rafes de sacolas plásticas de supermercado, desenvolvendo uma tecnologia simplificada para auxiliar a higiene bucal, substituindo o fio dental, considerado caro para os padrões econômicos dos usuários:

DSC
<i>Eu oriento que na ausência do fio dental use uma linha ou, então, uma sacola de plástico limpa. Você rasga uma sacolinha de plástico limpinha, desfia a sacola plástica de supermercado. A gente pega o fiozinho da sacola prá fazer a limpeza. Depois das refeições sempre estar utilizando, se não tiver o fio dental, pois é muito mais saudável do que limpar com palito. Substitui o fio dental.</i>

COSTA, CORRÊA e CORRÊA (1996) ao analisarem o estudo realizado com alunos do ensino fundamental compararam os resultados de três grupos: I – que utilizou o fio dental da marca Johnsons & Johnsons®; grupo II – que utilizou um fio confeccionado de plástico para empacotar; e grupo III – que utilizou um fio confeccionado de saco plástico resistente chegaram à seguinte conclusão:

A diferença na remoção da placa bacteriana nos três grupos foi mínima, isto significa dizer que os substitutos removem placa bacteriana tanto quanto o fio dental convencional, podendo assim serem indicados como alternativas para a complementação da higiene bucal. (COSTA, CORRÊA e CORRÊA, 1996, p. 11)

Todavia ressaltam:

Ao nosso ver estes dispositivos para a higienização das faces proximais não visam substituir de modo algum o fio dental convencional, mas sim dar opções para os pacientes que não podem adquiri-lo.

Em saúde pública, esses fios são de fundamental importância, em virtude de os mesmos apresentarem um caráter de fundo sócio-econômico extraordinário no nosso país. (COSTA, CORRÊA e CORRÊA, 1996, p. 11)

5.4.5. Orientações sobre o Uso de Palitos

DSC
<i>Eu sempre falo que não é adequado para usar, porque ele pode irritar a gengiva e não vai fazer efeito nenhum de limpeza. Eu não aconselho, também, porque o palito não faz uma limpeza como o fio dental. Recomendável mesmo é usar uma linha ou fio dental.</i>

Os ACS não orientam a utilização de palitos como meio coadjuvante para a higiene bucal e deixam claras as suas razões: por irritar a gengiva e por não ter eficácia na limpeza.

Realmente, a recomendação do uso de palitos vem caindo em desuso, pelos motivos relatados por DIAS (2007, p. 63): “É um meio auxiliar na limpeza dos dentes e gengiva. Entretanto, o uso inadequado do palito, sem os devidos cuidados, agride a gengiva e os órgãos que sustentam os dentes, prejudicando o sistema mastigatório. Por isso, deve-se optar pelo uso do fio dental.”

5.4.6. Orientações sobre o Uso de Alimentos Açucarados

DSC
<i>A gente orienta a ingerir pouca comida com doces, que a pessoa evite ao máximo o consumo de alimentos que contém açúcar. Por outras causas, não só por causa da saúde bucal. Eu sempre falo para as pessoas que o açúcar demais faz mal à saúde. Falo sobre uma alimentação saudável que ajuda também a saúde bucal. Se não for possível evitar, que seja em pequenas quantidades. Que seja pelo menos uma ou duas vezes ao dia e que após o uso desse alimento possa acontecer a higienização, porque é o ponto “X” da questão da placa bacteriana e da cárie, os alimentos doces, pois por mais que você use o flúor, escove 2 ou 3 vezes ao dia, mas se continuar comendo doces aumenta as cáries na</i>

boca. Este é um problema que a gente enfrenta muito com as crianças...

Neste discurso são percebidos vários enfoques: existe a percepção da relação do aumento do número de cáries com a ingestão de açúcares, que direciona a orientação para um consumo mínimo de alimentos açucarados, dentro do possível, além de uma higienização posterior ao consumo, o que nos remete ao pensamento de PINTO (2000, p. 404), segundo o qual “A cárie não é causada pela simples ingestão de carboidratos, mas sim pelo repetido consumo, a curtos intervalos, de alimentos açucarados com tendência a aderir os dentes e que provocam uma rápida baixa no pH bucal.”

Os ACS identificam o grupo de crianças como aquele onde há maior problema para controlar a cárie dentária e para a realização da higiene bucal.

Destacam que as orientações sobre a ingestão de alimentos açucarados são feitas não só por uma necessidade de saúde bucal, mas como objeto de orientação de noções de saúde geral, prevenindo outras condições, implicitamente o diabetes mellitus.

Reforçam que o consumo deverá ser evitado e que, caso não seja possível, deverá restringir-se a pequenas quantidades, coincidindo com o pensamento de PINTO (2000, p. 202), que destaca: “Considera-se que a ingestão de açúcares simples [monossacarídeos e dissacarídeos] não deve ultrapassar 10% da energia total proveniente dos alimentos e necessária para o organismo humano, o que corresponde a cerca de 20 kg/ano ou um máximo de 60g/dia”.

Outro enfoque percebido nesta fala é o que valoriza as orientações para uma alimentação saudável, que como consequência traz benefícios para a saúde bucal, conforme esclarece FRAZÃO (2001, p. 22):

A prática de uma boa alimentação reduz a necessidade de assistência médica e odontológica. A melhor maneira de ajudar na formação da dentição é estimular o consumo de alimentos variados e nutritivos. (...) Os alimentos açucarados devem ser consumidos moderadamente, de preferência nas refeições (...). O açúcar e o sal, em excesso, prejudicam a saúde.

5.4.7. Orientações sobre o Uso do Flúor

Ao serem questionados em relação às orientações sobre o uso do flúor, os ACS produziram três discursos distintos sobre o tema:

DSC

A gente passa as orientações para que o flúor seja utilizado pela criança, para que evite também as cáries dentárias. Que é importante para que as crianças não venham a adquirir cárie nos dentes. Ajuda a fortalecer a arcada dentária, porque ele vai proteger e vai fortificar os dentes. É importante porque ele serve prá deixar os dentes mais fortes. É bom. Como nas casas, o flúor que eles conhecem é aquele que vem com o creme dental, eu recomendo que de 6 em 6 meses deve fazer pelo menos uma aplicação para ajudar a limpeza dos dentes, mas que ela tenha também um cuidado prá não engolir o flúor, porque pode prejudicar sua saúde.

Este é um discurso proveniente do grupo de agentes cujo trabalho se revela mais autônomo e integrado com a equipe de saúde bucal, onde, no domicílio, eles têm a oportunidade de levar esclarecimentos sobre o flúor.

Neste discurso pode-se ressaltar a importância dada ao flúor como método preventivo da cárie dentária e a sua associação com o fortalecimento das estruturas dentárias, conforme explica CURY (1992, p. 48): “O F age melhor reduzindo a solubilidade do esmalte por sua simples ação dinâmica no meio líquido (fluido da placa e esmalte) a nível da lesão de cárie do que pela sua posição estática incorporado em concentração não significativa no esmalte”, embora compreendam a ação como de utilização somente por crianças.

Conseguem distinguir os métodos de aplicação tópica: o individual, diário, através da escovação com creme dental fluorado e o de aplicação profissional, semestral, indicado para os que tenham maior risco de cárie.

Deve-se observar o que ensina CURY (1992, p. 43 e 63):

A promoção da saúde bucal pode ser feita pelo controle da placa dental, da dieta, e pelo uso do flúor. Tendo em vista os fatores relacionados com as dificuldades do sucesso absoluto das duas primeiras medidas, o uso do flúor é imprescindível como meio complementar para o êxito do controle da cárie dental (...). O importante em termos de controle do processo de cárie é conseguir que o paciente mantenha um regime de alta frequência e baixa concentração de flúor na cavidade bucal. (...) Neste particular os dentífrícios fluoretados são superiores, pois, além de não estarem relacionados com a fluorose, procura-se repassar para o paciente um programa educativo como um todo em termos também de prevenção da doença periodontal pelo simples ato de escovação. (...) Para pacientes com média atividade de cárie além dos métodos de baixa concentração e alta frequência seriam indicadas as aplicações tópicas de flúor, cuja frequência é

função direta do risco. A princípio, há pouca evidência de que um determinado método de aplicação tópica de flúor seja superior ao outro em termos de eficiência.

Há, ainda, uma consciência sobre a toxicidade do produto utilizado e os prejuízos que, porventura, possam causar à saúde, quando destacam: “mas que ela tenha também um cuidado pra não engolir o flúor, porque pode prejudicar sua saúde”.

Nisto, é importante ficar atento às orientações de CURY (1992, p. 60):

Acidentes fatais já aconteceram e todo o cuidado deve ser tomado durante o procedimento clínico. (...) Após a aplicação, o gel fica aderido aos dentes e mucosa, de tal maneira que a quantidade ingerida será maior ainda se o paciente não cuspir exaustivamente. (...) Assim, solicitando-se para o paciente cuspir nível sanguíneo de F não é preocupante quanto à saúde geral, no entanto, níveis nefrotóxicos são atingidos se o paciente deglutir todo o gel retido na cavidade bucal.

Surge também um segundo discurso que caracteriza o grupo de ACS que, embora trabalhe em unidades de saúde da família onde existem equipes de saúde bucal, não tem autonomia para repassar informações sobre o uso do flúor, ficando a transmissão do conhecimento na dependência do profissional de nível superior da equipe, o cirurgião-dentista:

DSC
<i>Na verdade, flúor, nunca cheguei a fazer essa orientação. Essa parte do flúor fica com a doutora. Ela sempre fala desta parte aí. Ela dá as explicações nas escolas para crianças. Ela faz a reunião e ela quem dá essa parte aí. A gente nunca falou sobre orientação do flúor. Eu só oriento a vir falar com a dentista. Isso é área da dentista. Nisso, o agente de saúde não mexe.</i>

Um terceiro grupo de agentes, que compõem USF sem equipes de saúde bucal, distante do conhecimento e das ações dos possíveis métodos auxiliares de prevenção à doença cárie formulou o seguinte discurso:

DSC

Também a gente não conhece muito a respeito dessa técnica aí do flúor. Dificilmente as pessoas utilizam e aqui não tem. Aí, dificulta mais um pouco.

5.4.8. Orientações sobre o Auto-Exame para a Prevenção do Câncer da Boca

DSC

Eu sempre oriento que você tem que examinar seu corpo, não só a sua boca, mas, no geral. A gente orienta que fique de frente ao espelho, ir para uma parte em que esteja uma claridade boa, abra a boca e observe a garganta, a língua e os dentes também. Se há algo diferente, procurar imediatamente o dentista. Quem usa chapa, tirar a sua chapa e vai poder tá com o dedo auto-examinando o céu da boca, a gengiva, tocando prá ver se não tem nenhum caroço, alguma saliência, algum ferimento, algum sinal de infecção, algo que esteja maltratando, que ele não percebeu. Se você vê alguma coisa anormal tem que procurar um profissional.

De acordo com MS (2006c, p. 39), “O câncer de boca é uma denominação que inclui os cânceres de lábio e de cavidade oral (...) é uma doença que pode ser prevenida de forma simples, desde que seja dada ênfase à promoção à saúde, ao aumento do acesso aos serviços de saúde e ao diagnóstico precoce.”

Apesar de o diagnóstico das lesões bucais ser uma prerrogativa do cirurgião-dentista, a orientação para a realização do auto-exame da boca para a detecção precoce dessas lesões deverá ser realizada por quaisquer profissionais de saúde.

O agente comunitário de saúde deve ser capacitado pela equipe de saúde bucal ou pelo enfermeiro (quando não houver equipe na USF), para transmitir aos usuários, em seu domicílio, este conhecimento, favorecendo a manutenção da sua saúde, conforme preconiza o Ministério da Saúde:

Desenvolver intervenções centradas na promoção da saúde, incluindo ações individuais e coletivas educativas, de prevenção e detecção precoce das lesões de mucosa e câncer de boca, para

todas as faixas etárias, direcionada ao controle dos fatores e condições de risco, estimulando o exame sistemático da cavidade bucal pelos profissionais de saúde para detecção precoce (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006d, p. 39).

Neste discurso, o agente converge para o que é preconizado como técnica do auto-exame e preocupa-se em orientar ao usuário para procurar um cirurgião-dentista ao perceber qualquer anormalidade nos tecidos bucais, de acordo com o que recomenda o MS (2002, p. 49):

O auto-exame da boca é um método simples, bastando para sua realização um ambiente bem iluminado e um espelho. A finalidade deste exame é identificar anormalidades existentes na mucosa bucal, que alertem o indivíduo e o façam procurar um dentista ou um médico (...). O paciente deve ser estimulado a fazer o auto-exame regularmente e a procurar um dentista ou um médico para a realização do exame clínico da boca, semestralmente ou anualmente.

5.4.9 A Atenção às Etapas do Ciclo de Vida

5.4.9.1 Bebês e Crianças Menores de Seis Anos

DSC
<i>A gente passa as orientações sobre alimentação e sobre saúde bucal no grupo de crescimento e desenvolvimento. Falo para elas que elas têm sempre que acompanhar a criança na escovação, porque a criança não tem, assim, aquele cuidado, aquele jeitinho de escovar os dentes sozinha. Eu peço para as mães acompanhar as crianças e incentivar, escovar os dentes perto deles também, para eles ver ela escovando para eles também ter vontade. Fazer a higienização da boca dessas crianças que, às vezes dizem que escovam, mas não escovam, não tem muita percepção do que tá fazendo. Para que elas possam estar vendo, examinando após a escovação, prá ver se ele limpou corretamente. Que as mães tenham bastante cuidado com a escovação das crianças. Pelo menos três vezes ao dia. O</i>

correto seria após todas as alimentações. E também o uso de fio dental e a escovação da língua, que é muito importante, porque se não escovar a língua, vai ficar com mau hálito também. Que a criança possa estar evitando doces e refrigerantes. A saúde dos dentes do seu filho, mais tarde, depende da higiene que você faz hoje, nesse período. Que não compartilhe escova. A criança não usar a escova da mãe ou do pai. Cada um tem a sua escova, Para os recém-nascidos, é que a mãe faça a higiene bucal após cada mamada ou se usa mamadeira, após a alimentação, que use a ponta de uma fraldinha molhada. Mesmo que a criança não tenha dentes, que mantenha a higienização dessa criança, relacionada a limpar a gengiva e também na língua, estar sempre procurando fazer a limpeza após as refeições da criança. Que ela leve ao dentista, prá fazer o tratamento. E que não dê doce, mamadeira e chupeta para essas crianças.

De acordo com o MS (2006d, p. 52):

As ações de cuidado no primeiro ano de vida devem ser realizadas no contexto do trabalho multidisciplinar da equipe de saúde como um todo, de forma a evitar a criação de programas de saúde bucal específicos para este grupo etário, para evitar que ocorram de forma vertical e isolada da área médico-enfermagem.

Referentes aos bebês identificam-se, neste discurso, duas orientações gerais: realizar a higiene bucal após cada amamentação e não utilizar mamadeira e chupeta.

DIAS (2007, p. 103) recomenda: “Logo após o nascimento da criança, é aconselhável que se desenvolva nela o hábito de higienização e limpeza da boca. Com um pedacinho de pano, algodão ou gaze úmida, retira-se restos de alimentos.”

E acrescenta: “A realização da higienização da boca do bebê deve ser rotineira. Mesmo que a criança não tenha dentes, esse hábito deve ser desenvolvido desde o início da primeira infância.” (DIAS, 2007, p. 103).

Para este autor, “O uso da mamadeira, bico ou chupeta prejudica a prática do aleitamento materno, além de causar prejuízos para a pronúncia e a dentição da criança.” (DIAS, 2007, p. 103).

Referente às demais crianças, na primeira infância, muitas orientações são repassadas para as mães durante a formação dos grupos nas unidades de saúde da família, destinados à avaliação do crescimento e desenvolvimento dessas crianças. É reforçada a importância da mãe no momento da escovação para acompanhar e incentivar o hábito de higienizar a boca.

Também são orientadas a examinar a qualidade com que os pequenos fazem a escovação dentária e que deverão realizá-la caso percebam que não está sendo feita a contento,

principalmente nos casos em que a criança ainda não desenvolveu a devida coordenação motora para o ato de escovar, nem está suficientemente sensibilizada para a necessidade de fazê-lo.

Neste discurso também é possível observar um reforço à informação sobre a frequência com que a escovação deverá ser utilizada, optando-se por orientar a escovação três vezes ao dia e reforçando-se a importância de fazê-la sempre após as refeições.

Outros elementos também são enfocados como: a valorização da utilização do fio dental, a importância de escovação da língua, evitar o uso de alimentos açucarados e o não compartilhamento da escova de dente.

Para o MS (2006d, p. 52):

Esta é a faixa etária ideal para desenvolver hábitos saudáveis e para a participação em programas educativo/preventivos de saúde bucal. A equipe pode identificar as crianças em cada área adscrita, por ocasião com trabalho com grupos de mães, creches, visitas domiciliares entre outros. O enfoque familiar é importante uma vez que o aprendizado se dá também por meio da observação do comportamento dos pais.

5.4.9.2. Crianças Maiores de Seis Anos

DSC
<i>A gente orienta às mães a acostumar a criança, porque tudo o que você adquire o hábito a gente não esquece. Que use a escova própria para essa criança, não use escova de adulto. A gente pede pra mãe que esteja presente na hora em que a criança está escovando os dentes e veja como ele escova, se está escovando corretamente. Para verificar a dentição da criança e nunca deixar de levar de 6 em 6 meses ao dentista. Também a gente já trabalha com elas no colégio fazendo aplicação de flúor. A gente passa em cada sala, convida as crianças num dia especial para elas fazerem esse tipo de atividade na escola. Falamos para eles da importância de escovar o dente. Com os dentes naturais vai poder fazer a mastigação corretamente, triturar os alimentos. É bom criar o hábito das crianças andarem com a escova dentro da bolsa. Não compartilhar a escova, cada uma ter a sua e fazer a sua higiene durante pelo menos três vezes por dia. Não comer doces e, se comer, fazer escovação após.</i>

Nesta fase do ciclo de vida podemos observar que os agentes comunitários de saúde ampliam as orientações às mães, adequando as informações ao estágio de desenvolvimento da criança. A persistência para a incorporação do hábito de escovar é percebida juntamente com o comprometimento do adulto no acompanhamento do ato de escovar.

O uso individual da escova é reforçado e há uma preocupação em introduzir o hábito de portar a escova na bolsa escolar, facilitando sua utilização fora do domicílio.

A orientação para a verificação da dentição da criança coincide com o possível aparecimento das cáries dentárias e com a época da substituição da dentição decídua pela dentição permanente.

Surgem orientações sobre a aplicação tópica de fluoretos, sendo esta aplicação realizada na escola pela equipe de saúde bucal, onde, além da própria aplicação, são realizadas atividades lúdicas com as crianças para que seja despertada a consciência para a manutenção da saúde bucal e compreendida a importância dos dentes e suas funções para o organismo.

As recomendações para que se evite a utilização de alimentos açucarados e a vinculação da escovação após a ingestão de alimentos são valorizadas.

5.4.9.3. Adolescentes

DSC
<i>Para os adolescente é a mesma: estar cuidando dos dentes, ir fazer a supervisão no dentista, fazer a escovação da mesma forma, 3 vezes ao dia, usar o fio dental, que é muito importante e procurar o dentista de 6 em 6 meses, falo sobre alimentação, para não comer muitos doces e que escove. Às vezes tem adolescentes que fumam e ficam com os dentes amarelos. Eu falo os prejuízos que o fumo trás para as pessoas que fumam, que o cigarro provoca o câncer de boca, que traz sérios tipos de doenças, deixa a pessoa com aquele mau-hálito. A falta de atenção dele mesmo na sua própria saúde, prejudicando assim a saúde bucal. Os adolescentes são vaidosos e querem um sorriso lindo. Tudo o que a gente orienta eles vão querer fazer. Devido à maioria ser vaidosos, eles já procuram a</i>

gente. Se incomodam muito com a claridade dos dentes e com a dentição.

Apesar de as orientações sobre higiene bucal serem feitas, de modo geral, para todos os grupos etários do ciclo de vida, pode-se observar particularidades nas orientações que são modificadas e adaptadas de acordo com o estilo de vida de cada grupo.

No caso dos adolescentes, os agentes puderam perceber essa mudança e prontamente adaptaram a maneira como deveriam abordar os temas de interesse da saúde bucal.

Desta forma, se utilizam da fase onde os indivíduos dão maior atenção ao corpo, para estimularem a realização de ações de higiene, captando o interesse do adolescente em ter um belo sorriso, chave de um convívio social, para repassar as orientações necessárias.

Um destaque é dado à questão do tabagismo, onde o ACS alerta ao adolescente os riscos e prejuízos em consequência do uso do cigarro, desde o mau-hálito até um possível câncer bucal.

Para FRAZÃO (2001, p. 38):

O mau hálito também chamado de halitose, não pode ser explicado por um único mecanismo. Existem casos provocados por fatores locais e por fatores sistêmicos. Na maior parte das vezes, a origem do mau hálito é local, sendo devido à presença da saburra lingual, que é um tipo de placa bacteriana que se acumula na parte posterior da língua.

Em sua fala, o agente comunitário de saúde, ao comparar este grupo com o grupo de crianças, sente que suas orientações são mais bem aceitas e postas em prática pelos adolescentes.

5.4.9.4. Adultos

DSC

Para os adultos são as mesmas: a gente pergunta quantas vezes eles escovam os dentes, se eles estão fazendo a limpeza. Pergunta primeiro prá eles, como eles conduzem a escovação dos dentes, quantas vezes escovam por dia e oriento não só escovar quando ingerir alimentos mastigáveis e também quando ingerir líquidos. Se estão usando fio dental e a

gente passa as orientações, para escovarem os dentes após as refeições. Tem pessoas que não fumam, mas mascam tabaco (...). Essas pessoas ficam com os dentes muito encardidos e isso faz muito mal. E eu falo pra eles que aquilo ali é prejudicial à saúde deles, porque eles estão mastigando uma coisa que tanto faz mal para os dentes, faz mal para o organismo dele, faz mal para o estômago e só trás tudo de ruim. Geralmente eles têm mais um pouquinho de consciência. Mas onde eu tenho mais dificuldade de orientar é na parte da pobreza, devido à estrutura da família, que às vezes são muitos. Então, muitas vezes a renda familiar não cobre isso, às vezes só dá mais pra se alimentar e não tem como eles fazerem uma higiene bucal adequada, de qualidade para a sua vida. Para os que não têm os dentes permanentes, tire a prótese. Tem que fazer a higiene como se fosse de um permanente. Assim vai evitar mau-hálito e doenças. Os cuidados, a troca de escovas, vir periodicamente ao dentista... Tem pessoas que a escova é coletiva, serve pra toda a família e tem o risco de pegar doenças porque sangra. Às vezes corta e tem contato com o sangue. A gente orienta que a escova deve ser de uso individual. A maioria são acomodados. Quando der algum problema vai lá e arranca. A gente orienta: esse dente que arrancou vai fazer falta. Ele vai prejudicar na alimentação e em tudo na sua vida. Então, não deixe! Vá! É muito ruim arrancar, às vezes uma simples limpeza ajuda.

De acordo com o MS (2006c, p. 57):

“Nos últimos 50 anos, os serviços de saúde bucal preocuparam-se, principalmente com a faixa escolar (6 a 14 anos). A criação do SUS (...) possibilitou o início de uma reorganização das ações de saúde bucal favorecendo a inclusão dos adultos e das outras faixas etárias. Este fato trouxe um enorme volume de necessidades de tratamento odontológico. (...) Os adultos constituem uma faixa bastante ampla (20 a 59 anos) que por muitos anos foi desassistida (...). O trabalho multidisciplinar torna-se fundamental.”

Nota-se que o agente comunitário de saúde mantém as orientações sobre higiene bucal destinadas aos outros grupos, porém ao destacar o “*mascar fumo*”, em vez de “*fumar*”, o agente se depara com um hábito cultural presente em diversos indivíduos da Amazônia, que requer dele uma percepção dos prejuízos causados por esse hábito.

Para o MS (2006d, p. 58), “A doença periodontal é um dos principais problemas que acometem o paciente adulto. As diferenças clínicas na severidade e prevalência da periodontite crônica podem ser explicadas pela presença de fatores de risco, tais como: o fumo, as condições sistêmicas e pelo componente genético da doença”.

E recomenda: “Fumantes apresentam maior velocidade de progressão da doença e maior risco de perda dental. Deve-se enfatizar a importância da redução do fumo para a manutenção da saúde geral e bucal.” (MS, 2006d, p. 58):

Contudo, a grande preocupação relatada pelos agentes é com a situação econômica das famílias, que influencia nos cuidados com a higiene bucal, limitando as ações.

Assim, os recursos financeiros, quando disponíveis, são priorizados para a compra de alimentos, tornando-se escassos para o investimento em insumos que poderão proporcionar uma boa higiene bucal, como a aquisição de escovas, cremes e fios dentais.

Talvez isso explique a utilização de uma única escova por toda a família, em alguns domicílios.

Nas orientações repassadas aos adultos percebe-se que o agente comunitário de saúde tem consciência da gravidade que uma perda dentária pode acarretar para a saúde, de um modo geral.

5.4.9.5. Idosos

DSC
<i>Os idosos, geralmente não têm dentes, a maioria deles. Então, é orientado que eles façam a higiene da chapa, da peça que eles usam, colocando de molho no hipoclorito durante a noite. Não dormir com a chapa. Observar qualquer ferimento na boca, procurar o dentista. E não passar muito tempo, 3 ou 4 anos que tem que ficar e já tem que trocar. Quando os idosos tem os seus dentes normais, a gente orienta que faça a escovação, usar fio dental se tiver alguma coisa enganchada entre os dentes. Os que não tem dente e não usam dentadura, oriento que faça a higiene pegando um pano, um algodão e passe na gengiva. E use a escova para passar na língua. Que a escova deve ser só dele. Que o cuidador do idoso lave a escova após o uso, coloque num lugar ventilado, adequado e que troque essa escova, não deixe usar por muito tempo. Quando a gente fala em dentista eles têm medo, principalmente porque a maioria usa dentadura.</i>

O grupo de idosos, semelhante ao grupo de adultos, também esteve por vários anos excluído dos serviços de saúde bucal, onde suas características e peculiaridades fossem observadas:

O idoso requer uma avaliação global, que frequentemente envolve a atenção de diversas especialidades (...). A promoção de saúde bucal em idosos busca garantir o bem-estar, a melhoria da qualidade de vida e da auto-estima. (...) O envolvimento familiar ou de cuidadores e a interação multidisciplinar com a equipe de saúde fazem parte do processo de atenção em saúde bucal do idoso. (MS, 2006d, p. 61).

O ACS durante seu trabalho de visita domiciliar, em relação aos idosos, se depara com três situações que requerem abordagens diferentes: os idosos que tiveram perda dentária e usam próteses; os idosos que mantêm seus dentes naturais; e, os idosos que, embora tenham perdido seus dentes, ainda mantêm-se edêntulos. Para cada condição, um tipo de orientação apropriada é realizada pelo agente comunitário de saúde.

Para os que ainda possuem dentes as recomendações recaem sobre a utilização da escova e do fio dental.

Para os edêntulos, a higiene da mucosa e da língua.

E, para os que utilizam próteses, as recomendações para a higiene da prótese, a observação do tempo de uso e os cuidados com o aparecimento de lesões que venham a ser causadas pela prótese, recorrendo-se ao cirurgião-dentista caso alguma anormalidade seja detectada.

O MS (2006d, p. 64) recomenda:

Orientar sobre a higiene da prótese e a importância do auto-exame periódico: ao perceber alteração de cor e/ou textura na mucosa deve-se buscar atenção profissional. Orientar aos usuários sobre a importância de se realizar uma avaliação profissional periódica da prótese (funcionalidade, estética e conforto) e das alterações teciduais associadas.

5.4.10. A Atenção aos Grupos Especiais

5.4.10.1. Gestantes

DSC

A gente recomenda à gestante escovar bem os dentes, porque, se na gestação ela tiver o dente bem cuidado, vai servir tanto prá ela quanto prá criança. Há a necessidade da escovação e também do uso do fio dental. Às vezes a pasta de dente não é boa e agente orienta a trocar. Se ela é uma fumante, evitar o máximo que puder de fumar, se possível deixar. Se ela não escovar, também ela não está protegendo o bebê, que está no ventre dela. Se ela sentir algum problema de dor de dente, alguma coisa assim, a gente encaminha ela, que ela tem prioridade de ir para a médica, sem precisar passar pelo agendamento e pode fazer o tratamento normalmente.

Ao responder sobre as orientações dadas ao grupo de gestantes, os agentes comunitários de saúde enfocaram a orientação à escovação e o uso do creme e do fio dental como instrumentos utilizados no cuidado com a saúde bucal.

De acordo com o MS (2006d, p. 64):

A técnica de adequação do meio bucal e o controle da placa são boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante (...). Os alimentos ingeridos pela mãe, contendo quantidades adequadas de nutrientes, afetam positivamente a formação dos dentes do feto. (...) A boa higiene bucal desde o início da gravidez pode assegurar uma gengiva sadia.

Também é percebida uma preocupação com o tabagismo e a orientação para que a gestante abandone o hábito de fumar. Orientam, ainda, sobre a prioridade que a gestante tem, nas unidades de saúde, de acesso ao tratamento odontológico.

5.4.10.2. Hipertensos

DSC

Quando os hipertensos precisam ir ao dentista a gente orienta que eles devem estar com a pressão controlada. Se não estiver com a pressão controlada não pode fazer o tratamento, que é arriscado ter hemorragia. Antes deles fazerem o tratamento, o enfermeiro verifica a

pressão e a dentista também. Se ele estiver com a pressão alta, ele não pode. Ele volta outra vez prá fazer o tratamento. A gente conversa com o dentista da unidade organiza um dia para que eles possam ter um atendimento diferenciado. A gente pede para eles ter o cuidado de escovar bem os dentes. Muitos hipertensos, idosos, não têm mais dentes.

As orientações transmitidas aos hipertensos dizem respeito ao controle da pressão arterial (principalmente diante da necessidade de realização de algum procedimento odontológico invasivo) e ao esclarecimento sobre a garantia de que o portador desta condição tem prioridade no acesso ao tratamento odontológico ao procurar a unidade de saúde.

Segundo o MS (2006d, p. 59), “a pressão deve ser aferida a cada sessão clínica e, quando alterada, o médico deve ser acionado. A não observação correta do usuário, quanto ao uso de medicamentos prescritos pelo médico, constitui impedimento para o atendimento clínico.”

5.4.10.3. Diabéticos

DSC

Os diabéticos são mais vulneráveis. Também tem que estar com a glicemia controlada, para que no tratamento não aconteça nenhum problema. Ter maior cuidado, principalmente em relação à escova e à passagem do fio dental, porque, não podem sofrer ferimentos, porque demora mais na cicatrização. Não podem pegar uma escova que fere. Passar o fio dental de uma maneira que possa ferir. Tem que ter mais preocupação com a higiene.

No caso de pacientes diabéticos, há por parte dos agentes comunitários de saúde uma conscientização sobre a vulnerabilidade deste grupo de indivíduos frente à doença. Existe uma preocupação em orientar para o controle da glicemia e evidencia os cuidados que o portador desta doença deve ter ao utilizar a escova de dentes e o fio dental durante o ato de higienização da boca.

Conforme MS (2006d, p. 59), “intervenções cirúrgicas devem ser realizadas apenas em pacientes que estejam sob monitorização e controle da glicemia. (...) deve-se priorizar o tratamento odontológico do diabético, pois as infecções agudas e condições inflamatórias podem aumentar a taxa de glicose.”

5.4.10.4. Acamados e Portadores de Necessidades Especiais

DSC

Aos acamados, escovar os dentes todos os dias após as refeições. O dentista faz as visitas domiciliares junto com o ACS e aí ele passa as instruções. A gente pede para a família tenha um maior cuidado, um maior acompanhamento e também atenção melhor, nesse caso da higiene bucal. A gente passa orientações para a pessoa que cuida dos acamados, porque eles não têm como cuidar da saúde bucal. Então, a gente orienta a pessoa que cuida, como cuidar: os horários de escovação, após as alimentações, não deve deixar dormir sem escovar, para que ele faça a higiene. Se tiver os dentes, que ele faça a escovação com pouca pasta, faça o enxágüe da boca. A gente orienta que tem que ter muita paciência.

Em relação aos acamados e aos portadores de necessidades especiais, o ACS focaliza sua atuação sobre a família e sobre o cuidador do usuário. Ressalta os maiores cuidados que o cuidador deve ter, sobretudo destacando um atributo essencial para o desempenho da tarefa: a paciência, pois devido à condição especial do usuário é imprescindível que o cuidador tenha este atributo e compreenda seu papel de colaborador.

Diante disso o MS (2006d, p. 67) recomenda: “Os serviços de saúde devem realizar uma busca criteriosa dos usuários com deficiência, cadastrá-los e definir as ações para garantir seu atendimento (...). Os familiares merecem uma atenção especial no sentido de que possam ser colaboradores no cuidado (informação e prevenção) a estes usuários.”

Destaca-se também, no discurso, a orientação que é dada sobre a escovação após as refeições.

5.5. AS RELAÇÕES DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

5.5.1 A Relação com o Nível Central da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco

DSC

De um certo tempo a nossa relação ficou mais distante e a gente não tem ajuda não, só se você for atrás e buscar. Eles vêm fazer fiscalização e cobram muito. Mas já tem algum tempinho que não fazem isso. Capacitação tem tempo que a gente não tem isso. O relacionamento é bem distante, é mínimo. A gente não tem muito acesso a essas pessoas que trabalham nas coordenações e áreas técnicas da secretaria. É muito difícil. Sinto muita falta de uma coordenação. Agora é cada um por si e pronto!

Este discurso evidencia o distanciamento que ocorreu entre o nível central da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e as Unidades de Saúde da Família nos últimos anos.

Em 2007, a SEMSA adotou um novo modelo gerencial, onde o território do município foi repartido em 12 Segmentos. Cada Segmento, pensado como embrião de um futuro distrito sanitário, passou a ser composto de uma unidade básica de saúde (UBS), de maior complexidade, e as unidades de saúde da família (USF) de sua área de abrangência.

O gerenciamento deixou de ser realizado pelo nível central da SEMSA, através da Coordenação de Saúde Comunitária e das diversas Áreas Técnicas existentes (que inicialmente tinham a missão de coordenar e supervisionar, respectivamente, as equipes das unidades de saúde da família) e passou a ser de responsabilidade do gerente da unidade básica de saúde à qual a USF está subordinada.

Além de gerenciar a própria UBS, o gerente passa a ter, também, a função de gerenciar as USF da sua área de abrangência.

Na prática, o gerenciamento das USF ficou em segundo plano, pois muitos dos gerentes mal conseguem gerenciar internamente sua própria unidade básica de saúde.

Deste modo, a unidade de saúde da família ficou praticamente sem coordenação e supervisão, gerando micro-modelos em cada USF, sem uma diretriz geral. Todos continuaram a desenvolver seu trabalho, porém sem um suporte técnico necessário de supervisão e de processos de avaliação.

Para CAMPOS e CAMPOS (2008, p. 681): “Não há como sustentar um sistema de saúde que tenha legitimidade na população e eficácia em produção de saúde (...) se não houver uma séria tomada de decisão, uma consistente elaboração de um projeto, baseado em critérios técnicos e em amplo debate na sociedade.”

E complementam: “Os espaços para a tomada coletiva de decisões continuam a ser escassos e pouco investidos. Há pouca explicitação ou contratação sobre o que caberia decidir a cada nível hierárquico da administração, e isso gera não poucos atritos, equívocos e brigas.” (CAMPOS e CAMPOS, 2008, p. 682).

Em alguns Segmentos, onde o comprometimento das equipes e o fortalecimento dos vínculos com a comunidade são maiores, as atividades são realizadas procurando-se seguir

as orientações gerais da Estratégia de Saúde da Família estabelecida pelo Ministério da Saúde, através da Portaria 648/06 (MS, 2006b)

Em outros Segmentos, onde essas relações são mais frágeis, o trabalho segue “na medida do possível”, sem uma diretriz determinada, semelhante ao que relatam MARTINES e CHAVES (2007, p. 432):

Ficou evidente a mentalidade de que cada um deve fazer seu pedaço, sem interferir muito no do outro, que se traduz pelo aglomerado de profissionais que, ocasionalmente, se encontram, mas não se integram na necessária interdisciplinariedade, por vezes, em franco mecanismo de disputa ou tentando ignorar as linhas de fracionamento e continuar trabalhando *do jeito que dá*.

Pensando soluções para problemas semelhantes a este, (CAMPOS, 2007, p. 165) relata:

“Operamos com a idéia de um sistema de co-governo: conselhos locais de saúde → coordenação, equipe e usuários compartilhando o poder; colegiados de gestão → o poder centrado na equipe interdisciplinar e não nas corporações; dispositivos variados → oficinas, reuniões por categoria profissional, sala de espera, assembléia com usuários etc.; por fim, gestão cotidiana democrática → com análise de temas e tomada de decisão envolvendo os interessados. Cada um desses Espaços Coletivos deve ser considerado deliberativo e tomar decisões no seu âmbito de governo e em conformidade aos contratos e diretrizes definidas.

5.5.2. O Planejamento das Ações das Equipes de Saúde da Família

Muitas unidades de saúde da família mantêm suas reuniões periódicas para o planejamento das ações. Estas reuniões servem para compartilhar as dificuldades, traçar metas e propor soluções para os problemas a serem enfrentados.

CREVELIM e PEDUZZI (2005, p. 329) enfatizam que “a noção de trabalho em equipe está associada à interação entre os agentes, integralidade da atenção à saúde, co-responsabilidade e planejamento compartilhado pelo diálogo entre os trabalhadores integrantes da equipe”.

CAMPOS (2007, p 17) ressalta que “o trabalho de equipe não deve eliminar o caráter particular de cada profissional, ou de cada profissão, a co-gestão é um modo de articulá-los em um campo que assegure saúde à população e realização pessoal aos trabalhadores.”

As reuniões de planejamento ocorrem, portanto, a despeito da ausência da coordenação ou supervisão e contribuem para manter a coesão da equipe, pois delas participam os profissionais cadastrados na USF, inclusive os agentes comunitários de saúde:

DSC
<i>Através das reuniões de equipe. Procuo nas reuniões colocar os problemas das famílias, trazer as soluções que eu encontrei. Procuo colaborar da melhor forma possível, procurando ajudar um ao outro, trabalhando em equipe, equipe integrada. A gente se reúne e monta estratégias para que a gente possa estar melhor atendendo a comunidade. A gente faz a divisão de tarefas. A gente procura se reunir, fazer um planejamento e depois executar esse planejamento dentro daquilo que surgiu. (...) A gente tenta dar uma resposta positiva para a comunidade dentro deste planejamento. Nós integramos de forma harmonizada. Aqui tudo é feito por escalas, organização. A gente só dá seqüência a tudo aquilo que é encaminhado. Nossa equipe é bem unida. Eu não tenho contato só com a minha micro-área, tenho contato com a área toda. É bem integrado, tanto com a comunidade quanto com a equipe.</i>

No entendimento de CAMPOS e CAMPOS (2008, p. 669) “além de produzir saúde também caberia ao sistema de saúde contribuir para a ampliação do grau de autonomia das pessoas.”

A busca da co-construção desta autonomia, tanto para usuários quanto para os profissionais, prescinde de uma reorganização dos modelos de gestão e de atenção em saúde, permitindo-se construir uma capacidade de reflexão e de ação para os sujeitos envolvidos neste processo:

“A co-produção de maiores coeficientes de autonomia depende do acesso dos sujeitos a informação. (...) depende de sua capacidade de utilizar esse conhecimento em exercício crítico de interpretação. (...) depende também da capacidade do sujeito de agir sobre o mundo, de interferir sobre sua rede de dependências. (...) a capacidade do sujeito de lidar com o sistema de poder, de operar com conflitos e de estabelecer compromissos e contratos com outros sujeitos para criar bem-estar e contextos mais democráticos.” (CAMPOS e CAMPOS, 2006, p. 671).

Nas reuniões de planejamento a temática de saúde bucal entra em pauta, sobretudo em USF que possuem equipes de saúde bucal:

DSC

Sim, bastante! No cronograma, a saúde bucal faz parte da equipe, então a gente traça metas e programas para que o dentista seja incluído fazendo palestras com a comunidade. Ultimamente a gente tem falado muito de saúde bucal. Nós englobamos todo o nosso trabalho na saúde.

Nas USF que não possuem equipe de saúde bucal cadastrada ocorrem duas situações distintas:

Em algumas os assuntos de saúde bucal não entram em pauta:

DSC

Nas reuniões a gente não fala. Não temos na nossa reunião esse assunto em pauta. Nem todas as vezes se fala de saúde bucal. Não há essa conversa sobre saúde bucal.

Em outras, mesmo na ausência da equipe de saúde bucal, o enfermeiro consegue introduzir a temática no planejamento da equipe da USF:

DSC

Sim, fala. O enfermeiro já deu algumas informações prá gente sim.

Pior situação é a de algumas unidades de saúde da família, onde além do abandono do nível central da Secretaria Municipal de Saúde, os próprios profissionais não planejam entre si:

DSC

Não, até porque a gente não tem reunião de planejamento. É difícil fazer essas reuniões,

quando faz, não fala sobre isso.

Na concepção de CREVELIM e PEDUZZI (2005, p. 330):

O próximo passo e o maior desafio das equipes de saúde da família estejam justamente em construir possibilidades efetivas de uma prática, na qual usuários e a população sejam partícipes do trabalho em equipe, ou seja, integrem-se no processo de construção de um projeto assistencial comum

5.5.3. As Sugestões dos Agentes Comunitários de Saúde

Contudo, os agentes comunitários de saúde apresentaram diversas sugestões para a melhoria do seu trabalho em relação à saúde bucal.

A realização de uma capacitação específica em saúde bucal, com certa profundidade nos conteúdos, que permita ao ACS sentir-se seguro quando repassar as orientações mereceu destaque:

DSC

Eu acredito que um treinamento mais específico. Um curso de capacitação, permanente, porque os agentes comunitários têm que se atualizar nas mudanças. Um curso bem aprofundado, porque a gente sempre tem dúvida e só um profissional é que realmente pode tirar aquela dúvida. Tudo passa por mais formação. Precisamos de mais formação prá gente levar às nossas famílias orientações e práticas saudáveis em relação à saúde bucal. A gente tem as orientações que ele dá, mas um treinamento específico só em saúde bucal, não. Tem situações que a gente não sabe responder prá pessoa. Quando você chega numa casa e informa alguma coisa eles querem saber por quê. Por que eu estou informando? O que é que causa? Eles fazem uma pergunta prá mim e eu nem sei responder. Eles querem “o que” e o “por quê”. E fica muito vago a gente dá uma informação, passar uma informação, de alguma coisa que você não tem certeza do que vai falar. Às vezes não tenho a certeza do que estou falando, aí fica meio vago. Se o nosso papel é prevenir, vamos prevenir ao todo, em relação ao geral. Eles esqueceram de nos

capacitar em relação à saúde bucal, caiu no esquecimento.

No pensamento de VASCONCELOS (1997, p. 54), “a auxiliar da saúde, por ter um treinamento curto, se sente insegura. Ela não tem um poder, como o médico tem que a defesa das reclamações e das críticas.”

MARTINS et al. (1996, p. 42) acreditam que “a estratégia de incorporação de ACS nos serviços de saúde passa pelo desafio de capacitar e profissionalizar esses trabalhadores.”

Na visão de MARTINES e CHAVES (2007, p. 431), “a oferta de capacitação e educação continuada são remetidas a uma realidade instável e descontínua, conforme o programa de capacitação priorize médicos e enfermeiros e não sistematize com maior cuidado e especificidade o preparo do ACS.”

De acordo com KOYASHIKI, ALVES-SOUZA e GARANHANI (2008, p. 1352):

Na execução de suas rotinas, ora lhes são exigidos conhecimentos com embasamento na medicina “oficial”, ora, saberes e experiências próprias, e assim entrecruzando-se os vários saberes vão tecendo em seu cotidiano um conjunto de conhecimentos. E nesse saber, o pensar e o fazer vão costurando dois universos culturais: o de saberes populares e o de saberes médico-científicos e, ao dominarem esses conhecimentos, vão se adentrando os lares, achegando-se às pessoas, repartindo conhecimentos, levando o saber simplificado, motivando as pessoas a refletirem sobre comportamentos inadequados, influenciando inclusive na mudança de atitudes.

A proposta de uma Educação Paidéia visando à capacitação de agentes comunitários de saúde deve “contribuir para que o paciente e familiares se apropriem de conhecimentos e práticas que lhes foram progressivamente retirados pelo poder das corporações e pelo discurso técnico. (...) Espera-se que eles (*os agentes*) apoiem o desenvolvimento integral das pessoas e comunidades, mobilizando o potencial desses agrupamentos, bem como estimulando o trabalho intersectorial”, conforme CAMPOS (2007, p. 161).

Neste processo, deve ser considerado que “o trabalho de visita do Agente de Saúde deve indicar prioridades para as equipes: isso implica capacitar os agentes a avaliar riscos em saúde da mulher, saúde bucal etc.” (CAMPOS, 2007, p. 75) e que a qualificação dos ACS não

deverá ser avaliada “apenas por saberes clássicos ao modelo médico, mas pela capacidade de interação e de proteção de pessoas, famílias e comunidade.” (CAMPOS, 2007, p. 161)

A necessidade de uma sensibilização dos gestores de saúde para efetivarem a integralidade das ações de saúde, oferecendo não só as ações preventivas como ampliar a cobertura de ações curativas em saúde bucal foi outro ponto lembrado pelos ACS:

DSC
<i>Os representantes dessas unidades terem mais conhecimento da saúde da população prá ver algumas coisas que ainda tem que ser consertadas. Onde eles implantam este programa, deixar que as pessoas tenham proximidade, pois muitas vezes não tem. Então, tem que ter estrutura do PSF, uma atenção melhor na unidade de saúde, às vezes, só orientação não serve. Às vezes tem que ter atividades clínicas na hora, prá você ver e obter resultados reais. Que se implantasse: todo PSF tivesse o programa de saúde bucal, com dentista, THD e os agentes de saúde orientando a comunidade, fazendo a seleção de quem realmente tá precisando, com mais urgência.</i>

O restabelecimento de um canal de comunicação entre a Secretaria Municipal de Saúde e o fortalecimento do que já existe com a comunidade desponta como um imperativo, principalmente porque o distanciamento com a SEMSA gera insegurança dos profissionais que atuam na USF, que não tem autonomia para gerir seu próprio processo de trabalho:

DSC
<i>Eu queria que a gente tivesse mais comunicação entre a nossa comunidade, a nossa unidade de saúde e os outros órgãos governamentais, principalmente a Secretaria Municipal de Saúde. Ela é a força de tudo.</i>

MARTINS et al. (1996, p. 40) destaca: “É fundamental o trabalho em equipe, onde haja orientação, supervisão e apoio constante.”

SILVA e DALMASO (2002, p. 81) compreendem que “se a formação básica ou treinamento específico é necessário, a manutenção da qualidade do trabalho se faz mediante atividades de supervisão e de reflexão.” E complementam:

Considera-se que a supervisão dos agentes comunitários deveria cobrir os diferentes ângulos do seu trabalho: as visitas

domiciliares, com especial atenção para os casos/casas que constituem situações de maior vulnerabilidade; as atividades comunitárias, que podem ter sua origem em programas da área social ou serem atividades reivindicativas de direitos de cidadania; a situação de trabalhador do agente, identificando sofrimento e apoiando formas de lidar com conflitos. (SILVA e DALMASO, 2002, p. 81)

Outra sugestão importante diz respeito a intensificar as visitas domiciliares com o cirurgião-dentista, que no momento só se desloca até o domicílio em casos especiais de acamados, gestantes, idosos e portadores de necessidades especiais:

DSC
<i>A visita com o dentista. Ele podia, com o seu conhecimento que é amplo tá ajudando o ACS a chegar melhor nas famílias. Fazer com que essas famílias percebam o quanto é importante a saúde da sua boca.</i>

Destaca também a necessidade de valorização do agente comunitário de saúde, sobretudo facilitando o seu acesso ao tratamento odontológico, pois ao se considerar que o mesmo é um multiplicador das orientações que visam prevenir as principais doenças bucais, deve estar com sua boca saudável, a fim de que possa transmitir credibilidade ao usuário:

DSC
<i>Que o ACS tivesse prioridade nas unidades de saúde para fazer o tratamento dentário, porque já que a gente trabalha com saúde, tem que estar com saúde. Tem que valorizar mais os ACS.</i>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo não recebendo um curso formal sobre saúde bucal, as orientações e informações repassadas pelos ACS de Rio Branco, no geral, não se distanciam do conhecimento científico em voga.

A presença de equipes de saúde bucal nas unidades de saúde da família contribui para colocar a temática da saúde bucal no foco das ações da unidade. Todavia, a inexistência de equipes em algumas unidades não é empecilho para que o agente comunitário de saúde possa realizar as orientações sobre saúde bucal.

A desmonopolização do saber odontológico a partir das orientações sobre saúde bucal levadas ao domicílio colabora na ampliação da autonomia e da co-responsabilidade de sujeitos e coletividades no cuidado integral à saúde.

É perfeitamente possível que o agente comunitário de saúde tenha sua ação como promotor da saúde bucal potencializada, articulando-se com a saúde de um modo geral.

O modo de atuar se dá através da orientação, que se processa através de diferentes formas: desde as orientações sobre o uso adequado dos produtos de higiene bucal, sobre a prevenção do câncer bucal até as orientações sobre os cuidados com o uso excessivo do sal, do açúcar, de gorduras, de bebidas alcoólicas, do fumo, etc.

Também se faz necessária a ampliação da sua autonomia profissional, colocando a dimensão técnica do trabalho a serviço do usuário, funcionando como agenciadores de processos de mudança sobre si mesmos e sobre a comunidade, tornando a produção de saúde comprometida com a vida.

Apesar da pouca autonomia que têm no trabalho, da distante relação com a secretaria municipal de saúde e da inexistência de um programa de educação permanente que possibilite adquirir e renovar os conhecimentos sobre saúde bucal, os agentes comunitários de saúde conseguem atuar como atores na promoção da saúde bucal no domicílio, independente da presença de profissionais de saúde bucal em suas unidades de saúde.

Dessa forma, dão importante contribuição para *desodontologizar* a saúde bucal.

7 REFERÊNCIAS

Bornstein VJ, Stotz EM. concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. Ciênc. Saúde Coletiva. 2008; 13(1): 259-68.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

Brasil. Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2008. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 06 out 2006; Seção 1:193.

Brasil. Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de técnico em saúde bucal – TSB e auxiliar em saúde bucal- ASB. Diário Oficial da União. 26 dez 2008; Seção 1:251.

Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. S. Paulo: Ed. HUCITEC, 2000.

Campos GWS. Saúde Paidéia. 3ª ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2007.

Campos RTO. Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos et AL. Organizadores. Tratado de saúde coletiva. 2ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC, Ed. FIOCRUZ; 2008. p. 669-688.

Carranza Jr. FA. Periodontia clínica de Glickman: prevenção, diagnóstico e tratamento da doença periodontal na prática da Odontologia geral. Rio de Janeiro: Editora Interamericana; 1983.

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 da Família. 2004; 7; p.42-49.

[CNS] Conferência Nacional de Saúde, 8ª; 1986; Brasília, BR. Brasília, DF: [acesso em 31 jul. 2008]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf.

[CNSB] Conferência Nacional de Saúde Bucal, 1ª; 1986; Brasília, BR. Brasília, DF: [acesso em 10 fev. 2010]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/1_cnsb.pdf

[CNSB] Conferência Nacional de Saúde Bucal, 2ª; 1993; Brasília, BR. Brasília, DF: [acesso em 10 fev. 2010]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/2_cnsb.pdf

[CNSB] Conferência Nacional de Saúde Bucal, 3ª; 2005; Brasília, BR. Brasília, DF: Editora MS; 2.005.

Costa AF, Corrêa DL, Corrêa VC. Substitutos alternativos do fio dental. Rev. Paraense odont. 1996; 1:9-12.

Costa ICC. O paradigma da promoção da saúde e sua interface com a saúde bucal. In: Ferreira MAF, Roncalli, AG, Lima, KC, organizadores. Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar. Natal: EDUFRN; 2004. p 163-174.

Coura MLP. Odontologia para a família: uma abordagem educativa e preventiva. Belo Horizonte: [s.n.]; 2001.

Crevelim MA, Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? Ciênc. Saúde Coletiva. 2005; 10(2): 323-31.

Cury JA. Uso do flúor. In: Baratieri et al. Dentística: Procedimentos preventivos e restauradores. 2ª ed. São Paulo: Livraria e Editora Santos; 1992. p. 43-67.

Dias CR. Promoção e Proteção da Saúde Bucal na Família: O cotidiano da prevenção. São Paulo: Livraria e Editora Santos; 2007.

Elias PA. Análises sobre a reforma sanitária e concepções políticas subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista. Saúde Soc. 1993; 2 (1): 59-73.

Frazão P, (org). Promovendo a saúde bucal coletiva: manual para agentes comunitários de saúde. São Bernardo do Campo: UMESP; 2001.

Figueiredo CTLS. Toledo AO. Bezerra ACB. Frequência de escovação dentária em escolares. RGO. 1992;40:261-264.

Fortes PAC, Spinetti SR. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(5): 1328-33.

Gadea CA, Scherer-Warren I. A contribuição de Alain Touraine para o debate sobre sujeito e democracia latino-americanos. Rev. Sociol. Polit. 2005; 25: p. 39-45.

Gonçalves RMG. Silva RHH. Escovação dentária com dispositivo de esponja plástica. RGO. 1986;34:457-461.

[IBGE} Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [base de dados na internet] [s.l.]. [s.d.]. [acesso em 28 jan. 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.

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 coletiva. 2008;13:1343-1354.

Lefèvre F e Lefèvre AMC. O Discurso do Sujeito Coletivo: Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS; 2003.

Lefèvre F e Lefèvre AMC. Depoimentos e Discursos: Uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liber Livro Editora; 2005.

Manfredini MA. Saúde bucal no Programa Saúde da Família no Brasil. In: Dias, AA et al. Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2.006. p 43-73.

Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no programa saúde da família. Rev. Esc. Enferm. USP. 2007; 41(3): 426-33.

Martins CL, Oliveira LSS, Rodrigues MA, Watanabe HAW, Jacomo YA. Agentes comunitários nos serviços de saúde pública: elementos para uma discussão. Saúde em Debate. 1996; 51: 38-43.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora HUCITEC; 2004.

[MS] Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS Nº 196/96, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [acesso em 31 jul. 2008]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>.

[MS] Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2.000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial União, 29 dez 2000; Seção 1:85.

[MS] Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Falando sobre câncer da boca, Rio de Janeiro, 2002.

[MS] Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília; 2006a (série A. normas e manuais técnicos).

[MS] Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006b.

[MS] Ministério da Saúde. Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. 2006c.

[MS] Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 17 – saúde bucal. Brasília; 2006d. (Série A. normas e manuais técnicos).

Nakamura E, Gutierrez KA, Cohn, A. O traço normatizador das práticas das equipes do PSF. In: Cohn A. (org) Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias. Rio de Janeiro: Beco do Azougue, 2009. p. 169-202.

Narvai PC. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: Garcia DV (org). Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO; 2005. p. 26-42.

Narvai PC Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Rev. Saúde Pública. 2006; 40 (N Esp): 141-7.

Narvai PC, Frazão P. Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCLC. O agente comunitário de saúde: constituição da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad. Saúde Publica. 2002; 18(6): 1639-46

[OPAS] Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 1986; Ottawa, CAN. [acesso em 31 jul. 2008]. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>.

Pinto VG. Saúde Bucal Coletiva. 4ª ed. São Paulo: Livraria e Editora Santos; 2000.

Pupin VM, Cardoso CL. Agentes comunitários de saúde e os sentidos de “ser agente”. Estudos de Psicol. 2008; 13(2): 157-63.

[SEMSA] Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco. Normatização da atenção básica em Saúde nas unidades de saúde da família do município de Rio Branco, de 24 de janeiro de 2008.

Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface – Comunic, Saúde, Educ. 2002; 6(10): 75-96.

Vasconcelos EM. Educação popular nos serviços de saúde. 3ª ed..São Paulo: HUCITEC; 1997.

Victora CG, Knauth DR, Hassen, MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.

Wautier AM. Para uma Sociologia da experiência. Uma leitura contemporânea: François Dubet. Sociologias. 2003; 9: p. 174-214.

Zilbovícius C. A saúde bucal e o Sistema Único de Saúde: integralidade seletiva em uma conjuntura neoliberal [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2005

ANEXOS

ANEXO 1

QUADRO 1

Segmentos de Saúde do Município de Rio Branco com a distribuição das Unidades de Saúde da Família **com** equipes de saúde bucal relacionadas com o número de famílias, o número de pessoas e a quantidade de agentes comunitários cadastrados – julho, 2008.

Segmento de Saúde	Unidades de Saúde da Família com equipe de saúde bucal	Nº de famílias	Nº de pessoas	Quantidade de ACS
Ary Rodrigues	Baixada da Habitasa	864	3.456	05
	Cadeia Velha I	987	3.948	06
	Cadeia Velha II	817	3.268	05
Augusto Hidalgo de Lima	Ayrton Senna I	739	2.956	07
	Ayrton Senna II	958	3.832	05
	Boa União	1.003	4.012	07
	Bahia Nova	761	3.044	05
	Glória / Pista I	822	3.288	06
	Glória / Pista II	942	3.768	06
	Plácido de Castro	794	3.176	06
	Salgado Filho	967	3.868	07
	Sobral / Boa Vista	829	3.316	06
Barral y Barral	Nímeo Isfran Martinez	886	3.544	01
	Preventório	923	3.692	07
	Areal I	643	2.572	07
	Areal II	854	3.416	05
	Belo Jardim I	878	3.512	06

Cláudia Vitorino	Belo Jardim II	964	3.856	07
	Mauri Sérgio I	1.051	4.204	05
	Mauri Sérgio II	1.051	4.204	06
	Santa Inês I	364	1.456	05
	Santa Inês II	956	3.824	05
	Taquari I	712	2.848	03
	Taquari II	1.145	4.580	08
	Taquari III	730	2.920	04
	Triângulo Novo	778	3.112	06
Eduardo	Quinze I / Triângulo Velho	795	3.180	06
Assmar	Quinze II	693	2.772	06
Gentil	Novo Calafate	1.008	4.032	07
Perdomo	Portal da Amazônia	914	3.656	07
Placas	Chico Mendes I	967	3.868	07
Roney	Jorge Lavocat	712	2.848	05
Meireles	Montanhês	658	2.632	06
São	Adalberto Aragão	779	3.116	05
Francisco	Chico Mendes II	603	2.412	05
Souza	Belo Jardim III	404	1.616	03
Araújo	Santa Cecília	838	3.352	08
T O T A L		30.789	123.156	211

Fontes: Departamento de Regulação, Controle e Avaliação – SEMSA Rio Branco / Gerência de Saúde Bucal - Departamento de Assistência à Saúde – SEMSA Rio Branco.

ANEXO 2

QUADRO 2

Segmentos de Saúde do Município de Rio Branco com a distribuição das Unidades de Saúde da Família **sem** equipes de saúde bucal relacionadas com o número de famílias, o número de pessoas e a quantidade de agentes comunitários cadastrados – julho, 2008.

Segmento de Saúde	Unidades de Saúde da Família sem equipe de saúde bucal	Nº de famílias	Nº de pessoas	Quantidade de ACS
Ary	Base	616	2.464	02
Rodrigues	Seis de Agosto I	970	3.880	06
	Seis de Agosto II	856	3.424	06
Augusto	Floresta Sul	986	3.944	07
Hidalgo de Lima	João Paulo	1.097	4.388	08
	Projeto Figueira	530	2.120	06
Cláudia Vitorino	Amapá	511	2.044	05
	Benfica	953	3.812	08
	Comara	537	2.148	04
	Vila Acre	1.094	4.376	09
	Vila da Amizade	1.027	4,108	08
Mario	Cidade Nova I	817	3.268	06
Maia	Cidade Nova II	816	3.264	07
São Francisco	Jardim Eldorado	1.119	4.476	07
	Vitória I	1.095	4.380	08
	Vitória II	775	3.100	07
T O T A L		13.799	55.196	104

Fontes: Departamento de Regulação, Controle e Avaliação – SEMSA Rio Branco / Gerência de Saúde Bucal - Departamento de Assistência à Saúde – SEMSA Rio Branco.

ANEXO 3

TABELA 1:

Estimativa do percentual de cobertura populacional das Unidades de Saúde da Família do Município de Rio Branco - julho, 2008.

Unidades de Saúde da Família	Estimativa da População (hab)	Percentual de Cobertura Populacional Estimado*
Unidades de Saúde da Família com equipes de saúde bucal	123.156	42,37
Unidades de Saúde da Família sem equipes de saúde bucal	55.196	19,00
Total de Unidades de Saúde da Família	178.352	61,37

* População do Município de Rio Branco em 2.007: **290.639 habitantes**

Fontes: Departamento de Regulação, Controle e Avaliação – SEMSA Rio Branco / Gerência de Saúde Bucal - Departamento de Assistência à Saúde – SEMSA Rio Branco.



Universidade de São Paulo.

Faculdade de Saúde Pública.

Programa de Pós-Graduação: Serviços de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

ANEXO 4

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Eu, Cleber Ronald Inácio dos Santos, pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa intitulado **“O agente comunitário de saúde como ator na promoção de saúde bucal no Programa Saúde da Família de Rio Branco - Acre, 2008”**, assumo a responsabilidade de comunicar imediatamente à Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, toda e qualquer complicação ocorrida durante a realização do referido projeto, que coloque em risco o voluntário ou bens incluídos neste trabalho de pesquisa.

Responsabilizo-me, igualmente, a acompanhar as diligências necessárias à imediata e integral assistência aos voluntários participantes ou à reposição ou restauração de bens, eventualmente danificados, durante a pesquisa.

Rio Branco, 31 de julho de 2008.

Cleber Ronald Inácio dos Santos

CRO/AC -128 - CPF: 746.802.777-34

Pesquisador



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ANEXO 5

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa “**O agente comunitário de saúde como ator na promoção de saúde bucal no Programa Saúde da Família de Rio Branco - Acre, 2008**”, nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Rio Branco, 31 de julho de 2008.

PASCAL ABOU KHALIL
Secretário Municipal de Saúde



Universidade de São Paulo.

Faculdade de Saúde Pública.

Programa de Pós-Graduação: Serviços de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

ANEXO 6

PESQUISA DE SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “O agente comunitário de saúde como ator na promoção de saúde bucal no Programa Saúde da Família de Rio Branco - Acre, 2008”.

Pesquisador Responsável: Cleber Ronald Inácio dos Santos

Prezado (a) Senhor (a):

Meu nome é Cleber Ronald Inácio dos Santos, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Estou realizando uma pesquisa, sob supervisão do Professor Dr. Paulo Capel Narvai, com o objetivo de analisar a atuação dos agentes comunitários de saúde do Programa Saúde da Família do município de Rio Branco - Acre, no ano de 2008, na perspectiva da promoção de saúde bucal.

A metodologia da pesquisa prevê duas etapas: 1) o acompanhamento das visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde, e 2) entrevistas, sobre a promoção de saúde bucal, com diversos agentes comunitários de saúde. Você foi selecionado para ser um dos participantes do estudo. Para isto, convido-o (a) a participar deste, permitindo que eu possa acompanhá-lo (a) em algumas visitas domiciliares e, também, para falar-me o que você conhece acerca deste tema.

O acompanhamento e as entrevistas serão realizados com agentes comunitários de saúde selecionados, que livremente aceitem ser acompanhados durante as visitas e também responder às perguntas, prestando depoimentos sobre o tema, após serem esclarecidos sobre o estudo. Será garantido o anonimato dos participantes, que deverão firmar o termo de compromisso de sua participação. Garantir-se-á impessoalidade e sigilo das respostas ao roteiro elaborado para a pesquisa, respeitando-se os aspectos éticos. Os depoimentos obtidos nas entrevistas, anotações de campo e documentos consultados, serão transcritos e analisados, com rigor, na forma dos resultados do presente estudo.

Cleber Ronald Inácio dos Santos

CRO/AC -128 - CPF: 746.802.777-34

Pesquisador



Universidade de São Paulo.

Faculdade de Saúde Pública.

Programa de Pós-Graduação: Serviços de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Retirar o consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo;
3. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade;
4. Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone (11) 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, no telefone (68) 3901-2500 ou BR 364 – km 04 – Distrito Industrial – Rio Branco – AC, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do projeto.

Rio Branco, ____ de _____ de 2008.

Nome do sujeito:

Assinatura:

Eu, *Cleber Ronald Inácio dos Santos*, declaro que forneci todas as informações acerca do projeto ao participante nesta data.

Data: __/__/__.

Telefones: (68) 3227-2602 / 9971-8871



Universidade de São Paulo.

Faculdade de Saúde Pública.

Programa de Pós-Graduação: Serviços de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

ANEXO 7

PESQUISA DE SAÚDE PÚBLICA

ROTEIRO DE QUESTÕES PARA ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO.

“O agente comunitário de saúde como ator na promoção de saúde bucal no Programa Saúde da Família de Rio Branco - Acre, 2008”.

Número: _____ (*preenchimento pelo pesquisador*) Data: ___/___/___

I – Caracterização do entrevistado:

1. idade: _____ anos
2. sexo: () masculino () feminino
3. escolaridade: () fundamental () média () superior
4. tempo de residência na comunidade: _____ anos
5. tempo de trabalho no Programa Saúde da Família: _____ anos
6. cadastrado em USF com Equipe de Saúde Bucal () sim () Não (*preenchimento pelo pesquisador*)

II – Questões específicas para o tema “Promoção de Saúde Bucal”:

1. Você sabe a importância dos dentes e da boca para o nosso corpo e para a nossa vida?
2. Quais as ações de saúde bucal você realiza durante a visita domiciliar?
3. Você conhece os principais problemas de saúde bucal que atingem as pessoas e a suas principais causas?
4. Como você orienta as pessoas para prevenir esses problemas?
5. Você orienta e supervisiona a escovação dentária durante a visita domiciliar? Como você faz?
6. Durante a orientação você usa algum corante para visualizar a sujeira dos dentes (placa bacteriana)?
7. Que orientações você dá sobre a escova de dentes e o creme (pasta) dental?
8. Você orienta sobre o uso do fio dental durante a visita domiciliar? Como você faz?
9. Que orientações você dá sobre o uso de palitos?
10. Que orientações você dá sobre os alimentos, principalmente sobre o uso de alimentos açucarados?
11. Que orientações você dá sobre o uso do flúor?
12. Você ensina a pessoa a fazer o auto-exame para a prevenção do câncer da boca? Como você orienta?
13. Quais as principais orientações e recomendações de saúde bucal que você dá para:
 - a. Gestantes
 - b. Hipertensos e diabéticos
 - c. Portadores de necessidades especiais
 - d. Acamados

14. Quais as principais orientações de saúde bucal você dá para as mães de crianças menores de seis anos, no domicílio?
15. Quais as principais orientações de saúde bucal você dá para:
 - a. Crianças maiores de seis anos
 - b. Adolescentes
 - c. Adultos
 - d. Idosos

16. Onde ou de quem você obtém as informações sobre saúde bucal necessárias para uma boa orientação das pessoas?
17. Nas reuniões de planejamento ou treinamento na unidade de saúde da família vocês falam sobre saúde bucal? Como isso acontece?
18. Que sugestões você daria para melhorar o trabalho do ACS visando à promoção da saúde bucal?
19. Você recebeu alguma capacitação sobre saúde bucal? Como foi?
20. Que importância tem o ACS para a comunidade?

21. Como você contribui para a promoção da saúde na sua micro-área?
22. Como você contribui para o fortalecimento das ações comunitárias na sua micro-área?
23. Você busca solução para problemas da comunidade fora do Setor Saúde? Como?
24. Como você integra o seu trabalho com os demais membros da equipe de Saúde da Família?
25. Como você se relaciona com o nível central da Secretaria Municipal de Saúde?