

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FRANCIÉLLY CLECIANI BARBA

**PERCEPÇÃO E ATUAÇÃO DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À SAÚDE
BUCAL – NAVIRAÍ-MS - 2009**

**Brasília, DF
2009**



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Mestrado em Ciências da Saúde

Franciélly Cleciani Barba

**PERCEPÇÃO E ATUAÇÃO DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À SAÚDE
BUCAL – NAVIRAÍ-MS - 2009**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde, da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves

Brasília, DF
2009

FRANCIÉLLY CLECIANI BARBA

PERCEPÇÃO E ATUAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL – NAVIRAÍ-MS - 2009

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Ciência da
Saúde, da Universidade de Brasília, como
requisito parcial para a obtenção do Grau de
Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovada em 07 de dezembro de 2009

Banca Examinadora

Dr. Elioenai Dornelles Alves - Presidente

Dr^a. Maria Liz Cunha de Oliveira – Membro efetivo

Dr^a. Ivone Kamada – Membro efetivo

Dr^a. Dirce Guilhem – Membro suplente

***A meus pais, que apesar das dificuldades
estiveram ao meu lado em todos os instantes da realização deste trabalho
e soube compreender, com benevolência de quem ama***

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, e de coração a todos que colaboraram para o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves, pela atenção desde o primeiro contato, apontou-me os caminhos a serem percorridos. Um exemplo de capacidade, dedicação e comprometimento e pelo aprendizado proporcionado, meu muito obrigada.

À UNIGRAN – Centro Universitário da Grande Dourados, que oportunizou a realização deste mestrado em convênio com a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aos Professores que integram o corpo docente do Curso de Mestrado em Ciências da Saúde pela contribuição para sua consolidação.

À Prefeitura Municipal de Naviraí, por meio da Gerência de Saúde – Unidades de Saúde da Família pelas informações fornecidas.

Aos Colegas do Curso de Mestrado.

Aos Agentes Comunitários de Saúde de Naviraí que prontamente participaram dessa pesquisa.

RESUMO

PERCEPÇÃO E ATUAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL – NAVIRAÍ-MS - 2009

O objetivo deste estudo foi descrever a percepção e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em relação à Saúde Bucal de Naviraí-MS. Utilizou-se a investigação de campo, por meio de abordagens quantitativa e qualitativa. A pesquisa quantitativa, com estudo transversal descritivo, foi realizada com 51 ACS que atuavam nas Equipes de Saúde da Família de Naviraí-MS. Os dados foram coletados por meio de questionário semi-estruturado, codificados e analisados estatisticamente em números absolutos e relativos. A pesquisa qualitativa foi realizada por meio de entrevistas com dois ACS, de cada Unidade de Saúde da Família de Naviraí, selecionados aleatoriamente entre os que exerciam a função a mais de três meses, totalizando 16 ACS participantes. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática para a interpretação e discussão dos dados. O perfil observado dos ACS que atuavam em Naviraí foi, em sua maioria mulheres, adultas jovens entre 18 e 29 anos, com o ensino médio completo. Quanto à percepção, pode-se afirmar que a maioria dos ACS possui um domínio de conhecimentos e informações básicas relacionados à saúde bucal. Quanto à atuação dos ACS suas atividades se resumem à orientação da comunidade. Importante também destacar que os aspectos como vínculo criado com as famílias e a união, a comunicação entre a equipe foram apontados como fatores que mais facilitam sua atuação, no entanto, a falta de material educativo e a falta de treinamentos em forma de educação continuada sobre saúde bucal foram os fatores que mais dificultam os ACS a exercer sua função atuando na Saúde Bucal.

Palavras-chave: Saúde da Família; Programa Saúde da Família, Saúde Bucal.

ABSTRACT

PERCEPTION AND PERFORMANCE OF THE HEALTH COMMUNITY AGENTS AS FOR DENTAL HEALTH – NAVIRAÍ-MS - 2009

The objective of this study was to describe the perception and the performance of the Health Community Agents (henceforth HCA) as for the Buccal Health in the city of Naviraí/MS. Inquiry of field by means of quantitative and qualitative approaches was used. The quantitative research with descriptive transversal study was performed. 51 HCA, who worked in the Family Health Strategy team in Naviraí/MS, participated in this research. The data was collected by means of a semi-structured questionnaire, which were statistically codified and analyzed based on absolute and relative numbers. The qualitative research was produced via interviews with two HCAs, chosen randomly among those who had the position for over 3 months. These couples were taken each for a Family Health Unity in Naviraí, totalizing 16 HCA-participants. Thematic Content Analysis was the technique to be used for the interpretation and the discussion of the data. The observed profile of the HCAs that acted in Naviraí demonstrated that young women were the majority, young female adults between 18 and 29 years old, with complete secondary school education. As for perception, it can be stated that the great majority of the HCAs have profound knowledge and basic information related to Buccal Health. As for the performance of the HCAs, their activities deal with the orientation of the community. It is also important to highlight that the aspects as bounds created between the families and the Union, the communication between the team were cited as factors that promote an easier performance. However, the lack of educational material and the lack of continued education training on buccal health are factors that contribute to the difficulty the HCAs find when performing their job in Buccal Health.

Key words: Family Health, Family Health Program, Oral Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição em números absoluto e relativo de todos os ACS que atuam em Naviraí-MS, segundo a faixa etária, sexo, escolaridade, renda familiar, estado civil e o número de pessoas da família.....	36
Tabela 2	Tempo em que residem na área de abrangência e trabalham como ACS.....	38
Tabela 3	Higiene bucal dos bebês e os primeiros dentes.....	40
Tabela 4	Importância dos dentes de leite.....	41
Tabela 5	A influência da alimentação numa dentição saudável.....	42
Tabela 6	Acidentes com dentes temporários e permanentes.....	44
Tabela 7	Idade em que começam a nascer os primeiros dentes permanentes.....	45
Tabela 8	O aparecimento da cárie.....	45
Tabela 9	O dente que precisa de tratamento de canal.....	46
Tabela 10	A importância do flúor.....	48
Tabela 11	Sangramento da gengiva.....	50
Tabela 12	Procedimentos para evitar a inflamação da gengiva.....	51
Tabela 13	O aumento do número de cárie durante a gravidez.....	52
Tabela 14	Tratamento dentário na gravidez.....	53
Tabela 15	Fatores relacionados ao câncer bucal.....	54
Tabela 16	Percepção dos fatores de risco do aparecimento do câncer bucal.....	55
Tabela 17	Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde ACS junto com a equipe de saúde bucal.....	57
Tabela 18	Ações que podem ser desenvolvidas pelos ACS em relação a saúde bucal.....	58
Tabela 19	Fatores que facilitam a atuação dos ACS.....	59
Tabela 20	Fatores de dificultam a atuação dos ACS de Naviraí-MS.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UNIGRAN	Centro Universitário da Grande Dourados
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Mato Grosso do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
APS	Atenção Primária À Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
ESB	Equipe de Saúde Bucal
CD	Cirurgião Dentista
ACD	Atendente de Consultório Dentário
THD	Técnico de Higiene Dental
CEP	Comitê de Ética
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	15
3.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	19
3.2.1 Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família	21
3.2.2 Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família	22
4 MATERIAL E MÉTODO	25
4.1 TIPO DE ESTUDO	25
4.2 LOCAL DA PESQUISA	26
4.3 ETAPAS DA PESQUISA.....	27
4.3.1 Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde	27
4.3.2 Percepção e Atuação dos ACS em Saúde Bucal	27
4.4 SUJEITOS DA PESQUISA.....	27
4.4.1 Critérios de Inclusão e Exclusão	28
4.5 ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS.....	29
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	29
4.7 COLETA DE DADOS	30
4.7.1 Coleta de Dados por Meio do Questionário	30
4.7.2 Coleta de Dados por Meio das Entrevistas	30
4.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
5.1 PERFIL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	34
5.2 PERCEPÇÃO EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL.....	39
5.2.1 A Saúde Bucal do Bebê até os Primeiros Dentes	40

5.2.2 A Dentição Permanente	45
5.2.3 Higienização da Dentição Permanente.....	47
5.2.4 Prevenção da Gengivite.....	50
5.2.5 Saúde Bucal da Gestante	52
5.2.6 Prevenção do Câncer Bucal.....	54
5.3 ATUAÇÃO EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL.....	56
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
APÊNDICE A - NÚMERO DOS ACS SORTEADOS PARA A ENTREVISTA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE NAVIRAÍ/ MS.....	70
APENDICE B – QUESTIONÁRIO.....	71
APENDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA.....	73
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	75
ANEXO B – CONSENTIMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA – UNIGRAN	76
ANEXO C – ARTIGO	77

1 INTRODUÇÃO

Num cenário de implantação e implementação do Sistema Único de Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge, dentro da perspectiva da Atenção Primária à Saúde, como uma estratégia de reorganização sanitária, face às discussões acerca do modo de produzir saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta-se no atual cenário da política de saúde brasileira como um modelo de atenção em saúde que busca articular a ação programática em saúde com as políticas públicas setoriais e transeitoriais (NUNES *et al.*, 2002).

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início em meados de 1993, sendo regulamentado de fato em 1994, como uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) para mudar a forma tradicional de prestação de assistência, visando estimular a implantação de um novo modelo de Atenção Primária que resolvesse a maior parte (cerca de 85%) dos problemas de saúde (RONCOLETTA *et al.*, 2003).

A Estratégia Saúde da Família preconiza uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, dentista, auxiliar de consultório dentário, técnico de higiene bucal e agentes comunitários de saúde. Essa equipe trabalha em um território definido, denominado área de abrangência e tem sob sua responsabilidade o acompanhamento de 600 a 1000 famílias (LUNARDELO, 2004).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um elo entre a comunidade e os serviços de saúde, a encontrar soluções mais eficazes para os seus problemas. Assim o ACS auxilia a população e os serviços de saúde, identificando áreas e situações de risco individual e coletivo, encaminhando as pessoas doentes às unidades de saúde, orientando a promoção e a proteção da saúde, acompanhando o tratamento e a reabilitação das pessoas doentes orientadas pelas Unidades de Saúde, mobilizando a comunidade para a conquista de ambientes e condições favoráveis à saúde e notificando aos serviços de saúde as doenças que necessitam de vigilância (BRASIL, 2000).

É importante ressaltar que os Agentes Comunitários de Saúde vem desenvolvendo fundamental trabalho na vigilância da saúde da população e acabam se tornando um profissional auxiliar também da odontologia. Mas, para detectar problemas odontológicos na comunidade e para orientar a população na prevenção

de novos problemas é preciso que tenham conhecimento em relação à saúde bucal. Isso estimula-os-á a descobrir a sua importância, tornando-os mais ativos e conscientes de seu papel como cidadãos atuantes.

O modelo assistencial de atenção em saúde bucal, centrado na doença e com base na demanda espontânea, deve evoluir para um modelo de atenção integral à saúde no qual as ações de promoção, de proteção, e de recuperação sejam incorporadas progressivamente, buscando a melhoria da qualidade de vida.

Ao se propor o estudo da percepção e da atuação em relação à saúde bucal dos Agentes Comunitários de Saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Naviraí, Mato Grosso do Sul, pretende-se desvelar se elas se traduzem na capacitação correta da população para o cuidado da própria saúde em condições de autonomia.

Conforme Zanetti (2000), um dos objetivos da saúde bucal na ESF é a desmonopolização do saber. Para isso é preciso contar com a ação dos Agentes Comunitários da Saúde no espaço da família. Nessa estratégia a excelência será obtida na simplicidade, no baixo custo e na grande efetividade da prática desenvolvida. Alcançar-se-á assim grande impacto epidemiológico e social, porque se buscará rotinizar ações e enraizar o autocuidado e, conseqüentemente, mudar hábitos pouco saudáveis.

A importância e o significado dessa categoria profissional para a comunidade e para a equipe de saúde é tão grande que se julgou ser de interesse verificar suas relações também com a saúde bucal coletiva, e propor se, necessárias capacitações aos Agentes Comunitários de Saúde para que eles sejam multiplicadores de conhecimento na área da odontologia na comunidade, auxiliando na busca de soluções dos problemas identificados na própria área de abrangência e com a participação desta.

Com relação ao trabalho educativo prestado pelos Agentes Comunitários da Saúde, Ferraz e Aerts (2005) ressaltam que a participação deles em ações pontuais e simplificadas parecem produzir impacto significativo e relevante em termos de Saúde Coletiva; mostram que é necessário incluir algumas ações que talvez possam potencializar o trabalho dos ACS como: incorporar um auxiliar administrativo nas equipes de ESF, diminuir o número de famílias por ACS e oferecer mais capacitações e educação permanente na estratégia.

Como pode ser observado, o Agente Comunitário de Saúde, apesar de ser um elemento recente no cenário das profissões de saúde, desempenha um papel importante. Portanto, neste estudo pretendeu-se responder à seguinte pergunta de pesquisa: **Qual é a percepção e atuação dos Agentes Comunitários de Saúde em relação à Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, no Município de Naviraí-MS?** Por sua ação ser dirigida a reforçar o vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde, sendo eles que muitas vezes recebem a queixa inicial de um usuário ou percebem pela primeira vez um problema de saúde bucal durante as visitas domiciliares que realizam, deve ser considerado todo esforço no sentido de potencializar sua prática e a sua atuação na educação de saúde bucal junto às famílias das áreas de abrangência, admitindo-se que possam contribuir para maior efetividade das ações de promoção da saúde, prevenção das doenças, da saúde bucal e da assistência individual.

Nas atividades de educação em saúde, admite-se que sua atuação possa, por meio da transmissão de informações e conhecimentos, contribuir para fortalecer a capacidade da população no enfrentamento dos problemas de saúde bucal.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a percepção e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde em relação à Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, no Município de Naviraí, Mato Grosso do Sul.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar o perfil sociodemográfico dos Agentes comunitários de saúde do Município de Naviraí, Mato Grosso do Sul.

Identificar as principais percepções e atuações no que se refere à saúde bucal que predominam entre os Agentes Comunitários de Saúde nas ESF de Naviraí-MS.

Evidenciar os aspectos facilitadores e dificultadores para atuação dos ACS em Saúde Bucal nas ESF de Naviraí-MS.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 PROMOÇÃO DE SAÚDE

A promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20 a 25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

A promoção da saúde supõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes. Incidindo sobre as condições de vida da população, extrapola a prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde (SÍNCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A saúde dentro do enfoque de promoção corresponde a um conceito positivo e multidimensional. O modelo de saúde é participativo e dirigido a toda população, considerando seu meio ambiente. Dirigi-se a amplos aspectos dela, envolvendo-os com a utilização de diversas estratégias complementares, facilitando e estimulando a participação da população. Nos programas participam variados grupos da sociedade, como organizações não profissionais, grupos cívicos locais, municipais, regionais e nacionais. A promoção da saúde se preocupa com a saúde de forma ampla; sua tendência é favorecer a constituição de uma população saudável, colocando ênfase especialmente no estilo de vida (ALVES; ARRATIA; SILVA, 1996).

Henry Sigerist foi um dos primeiros autores a referir-se ao termo “promoção da saúde”, quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação, e afirmou que a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso, para o

que pediu o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos (BUSS, 2000).

A partir da “década de 80” a promoção de saúde começou a ganhar destaque no campo da saúde pública. A Carta de Ottawa foi um marco importante. Inspirada no pacto mundial realizado em 1978 na cidade de Alma-Ata, na República do Cazaquistão, onde diversos países fizeram-se presentes e afirmaram compromissos como a meta de “saúde para todos no ano 2000”, constituindo com isso a Declaração de Alma-Ata que apontava para a atenção primária como sendo composta de cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal dos indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação (SOUZA, 2007).

A Carta de Ottawa, produto da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde realizada em 1986, explicitava que a promoção está além do setor saúde e enfatiza a atribuição da promoção de fazer com que todos os setores, inclusive os não diretamente implicados, assumam a Saúde como meta e compreendam as implicações de suas ações para a saúde da população. Assumindo a relação da saúde com a política, a economia, o meio ambiente e os fatores socioculturais (além dos biológicos), atribui-se à promoção o dever de permitir que tais fatores sejam favoráveis à saúde. Dentre os campos de ação da promoção de saúde mencionados na Carta de Ottawa estão o estabelecimento de políticas públicas favoráveis à saúde, a criação de ambientes propícios, o fortalecimento da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços sanitários (SÍNCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A Conferência de Adelaide, na Austrália em 1988, onde foi realizada a 2ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, elegeu como seu tema central as políticas públicas saudáveis que se caracterizam pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população (BUSS, 2000).

A 3ª Conferência Internacional, realizada em Sundsvall, na Suécia em 1991 – um ano antes da ECO-92, firmou o compromisso das organizações do Sistema das Nações Unidas com o desenvolvimento sustentável e procurou explicitar e enfatizar a interdependência entre ambiente e saúde. A Declaração de Sundsvall

preconiza que a criação de ambientes promotores de saúde deve sempre ser guiada pelo princípio da equidade (SÍNCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A Declaração de Jacarta, fruto da 4ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada na Indonésia, em 1997, reitera a concepção e os princípios referidos nas conferências anteriores e explicita que a “saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico” (BRASIL, 2001).

Finalmente, a 5ª Conferência Mundial, realizada no México, em 2000, procurou avançar no desenvolvimento das prioridades da promoção de saúde para o século XXI, identificadas em Jacarta e confirmadas pela Assembléia Mundial da Saúde de 1998: a) promover a responsabilidade social em matéria de saúde; b) ampliar a capacitação das comunidades e dos indivíduos; c) aumentar a “inversão” no desenvolvimento da saúde; d) assegurar a infraestrutura necessária à promoção de saúde e fortalecer sua base científica; e) reorientar os sistemas e serviços de saúde (SÍNCOLI; NASCIMENTO, 2003).

À luz de grandes transformações políticas econômicas ocorridas na “década de 80” no Brasil, foi criado, em 1988, por meio de uma estrutura jurídica e institucional, o Sistema Único de Saúde (SUS). A base legal e normativa, a partir da Constituição Federal de 1988 definiu a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito do cidadão e dever do Estado, como parte da seguridade social, cujas ações e serviços deviam ser providos por um Sistema Único de Saúde, organizado segundo os princípios e diretrizes da descentralização, gestão única nos diferentes níveis, integralidade, resolutividade, universalidade, equidade, intersetorialidade, participação e controle social (LUNARDELO, 2004).

No Brasil, com a aprovação da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser um direito de todos os cidadãos. A promoção é diretamente referida no Artigo 196 da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). Na seção II, capítulo II do título VIII, encontram-se as bases conceituais e organizativas do Sistema Único de Saúde (SUS). Sob a ótica da saúde como fenômeno multideterminado e produzido socialmente, o Artigo 196 expressa uma importante conquista da Reforma Sanitária brasileira ao instituir a saúde como direito de todos e dever do Estado “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A Lei 8080/90, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, estabelece em seu artigo 2º que a “saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu exercício”. Define no seu §1º que “o dever do Estado de garantir consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. Ainda no seu §2º é afirmado que “o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”. Nota-se que a função do Estado abrange a provisão de condições indispensáveis para garantir a saúde e não exclui a participação da sociedade (MARQUES, 2005).

Na “década de 80” iniciou-se a Reforma Sanitária, que conseguiu avanços jurídico-legais. Mas, ainda existem problemas no modelo assistencial, como a necessidade de maior equidade no acesso e na integralidade das práticas. A discussão se concentrava na necessidade da reorganização da lógica tradicional de funcionamento dos serviços de saúde. Buscava-se com essa mudança um sistema mais humano e próximo dos indivíduos, que fosse mais resolutivo e que aumentasse o acesso aos serviços. A integralidade é o direito de o indivíduo ter acesso aos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde (CAMPOS, 2003).

O primeiro nível de acesso da população ao sistema de saúde é conhecido como Atenção Primária à Saúde (APS). Possibilidade de acesso à unidade de saúde, abrangência dos serviços oferecidos, adscrição da clientela e continuidade da atenção são os elementos estruturais desse nível de atenção (FAJARDO, 2001).

A atenção primária à saúde, segundo Lunardelo (2004) numa visão mais ampla, é considerada como estratégia de reorganização de todo o sistema de serviços de saúde. É uma forma singular de reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema, visando à satisfação das necessidades, demandas e representações da população, em uma rede integrada de serviços de saúde.

É relevante destacar as contribuições de Starfield (2002) que, com seus estudos, entende que APS oferece atenção à pessoa nas suas diversas necessidades e problemas, tendo como característica primordial o acesso universal, a responsabilização, a qualidade da atenção integral, as ações de prevenção, bem como o tratamento e a reabilitação e o trabalho em equipe. A condição de porta de entrada do sistema de saúde transcende para a possibilidade de assistência

contínua e integral de saúde, tendo a capacidade de integrar, organizar e racionalizar todos os outros níveis de atenção à saúde.

Os anos 90 testemunharam grandes mudanças nas políticas de saúde no Brasil, norteadas pela necessidade de rupturas com as formas de organização desse sistema, que teve seu ápice quando, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) apresentou o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia para consolidação do SUS (BALDANI *et al.*, 2005).

3.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Embora haja um relativo consenso quanto à singularidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto uma estratégia de origem brasileira, não se pode negar as diversas influências dos seus valores, princípios e atributos que diria serem de todas as nações. Logo, os princípios da Medicina Familiar são universais, mas as habilidades e os conhecimentos necessários para a satisfação das necessidades de atenção primária em cada comunidade variam de acordo com uma série de características, como as enfermidades mais comuns na localidade, os recursos disponíveis e a proximidade com outros serviços de saúde (SOUZA, 2007).

O médico de família cuida das pessoas em todas as fases da vida, estabelecendo vínculos de confiança e responsabilizando-se pela promoção da saúde, prevenção de doenças e pelo tratamento. Ele não perde de vista o paciente, mesmo quando é necessário um tratamento mais especializado (SOUZA, 2007).

A Estratégia Saúde da Família teve início quando o Ministério da Saúde formulou, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, por meio da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família (VIANA; DAL POZ, 1998).

Nesse contexto do Sistema Único de Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge, dentro da Atenção Primária à Saúde, como uma estratégia de reorganização sanitária, possuindo fortes raízes em experiências ligadas às universidades brasileiras, experiências internacionais e entidades não governamentais, como a Pastoral da Saúde e da Criança da Igreja Católica (LUNARDELO, 2004).

Segundo o mesmo autor, a ESF preconiza como diretrizes o estabelecimento de vínculos, trabalho em equipe, compreensão ampliada do processo saúde-doença, co-responsabilidade com a saúde entre os serviços e a população e estímulo do exercício de controle social em conformidade com os princípios do SUS. Além disso, a ESF propõe uma ampliação das intervenções em saúde, incorporando na sua prática o domicílio e espaços comunitários diversos (NUNES *et al.*, 2002). Tais características vêm contribuindo para o fortalecimento do vínculo entre profissionais das equipes e a comunidade local.

Souza (2007) entende o conceito da Estratégia Saúde da Família como uma estratégia política para promover a organização das ações de atenção básica à saúde nos sistemas municipais de saúde; está inserida em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde e se fundamenta em uma nova ética social e cultural, com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades.

Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico-social, cujo modelo tecnicista/ hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Assim, a ESF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (ROSA; LABATE, 2005).

Nesse contexto, a ESF propõe nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação dos profissionais mais próximos do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda a população, a qual tem seu acesso garantido por meio de uma equipe

multiprofissional e interdisciplinar (médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares de dentista e agentes comunitários) que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada. Portanto, a ESF torna-se significativa para a mudança do modelo assistencial, visando à qualidade de vida da comunidade (ROSA; LABATE, 2005).

3.2.1 Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família

Atualmente a discussão para solução da crise da saúde se concentra na necessidade da reorganização da lógica tradicional de funcionamento dos serviços de saúde. Busca-se com essa mudança um sistema mais humano e próximo dos indivíduos e mais resolutivo com aumento do acesso aos serviços, conforme os direitos constitucionais. A Estratégia Saúde da Família tem sido apontada como a proposta mais importante na busca dessas mudanças e consolidação do SUS (CAMPOS, 2003). Como modelo assistencial atualmente adotado por aproximadamente 70 por cento dos municípios brasileiros, a ESF vem se consolidando como um dos principais instrumentos de reestruturação do SUS.

Um estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) junto com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), sobre Acesso e Utilização de Serviços de saúde, em 1998, revelou que cerca de 29,6 milhões de brasileiros, ou seja, 18,7% da população, nunca tinham ido ao dentista. Nas áreas rurais esse índice chegou a 32%. Em julho de 2000, ocorreu a divulgação dessa pesquisa, causando repercussão na sociedade brasileira e fez com que o Ministério da Saúde tomasse a decisão de incluir a Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2004).

A saúde bucal historicamente tendeu a trabalhar isoladamente, separando a boca do resto do corpo e o indivíduo do seu meio ambiente. A Estratégia Saúde da Família aponta para importantes mudanças na organização dos serviços e no processo de trabalho. Um dos diferenciais é o trabalho de diversos tipos de profissionais em equipe, inclusive atendendo a saúde bucal, que até então estava excluída (HOLANDA; BARBOSA, BRITO, 2009).

Em 2000 foi incluída a Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família. Isso aconteceu com a publicação da Portaria do Ministério da Saúde de Nº. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Essa portaria estabeleceu o incentivo financeiro para os municípios que se qualificassem as ações de Saúde Bucal, recebendo-o através da transferência de Fundo Nacional de Saúde a Fundo Municipal de Saúde (BRASIL,2002b).

A inclusão dos profissionais de saúde bucal nas equipes da ESF acontece por meio de duas modalidades: Módulo I, que compreende um Cirurgião-Dentista (CD) e um Atendente de Consultório Dentário (ACD); ou o Módulo II que compreende, além desses, um Técnico em Higiene Dental (THD) (BRASIL, 2001).

3.2.2 Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família

De acordo com Borges e Japur (2005), a saúde pública no Brasil tem acompanhado grandes movimentos de mudança do modelo assistencial em saúde. Novas tendências apontam para a importância de ações construídas a partir de seu contexto, voltadas a comunidades específicas.

A justificativa para a implantação da estratégia segundo Marques (2005), estava relacionada aos resultados alcançados pelas “experiências de atenção básica” no país, ao integrar o Agente Comunitário de Saúde (ACS) à equipe, não apenas como um elo entre o sistema de saúde e a população, mas principalmente, por sua capacidade de resolver ou evitar parte dos problemas que ocasionavam a procura do sistema de assistência à saúde. Nessa estratégia de mudança de modelo assistencial, o ACS se constitui um profissional ativo para mobilizar e melhorar a capacidade da população de cuidar de sua saúde e transformar-se em ator imprescindível para o desenvolvimento psíquico, físico, econômico, político e social da população.

Ressalta-se a emergência de experiências do tipo institucional, que não fogem dessa matriz regional, mas denotam o senso de oportunidade dos seus idealizadores face às necessidades emergentes, como o caso da implantação do ACS no Estado do Ceará, que buscou articular a questão da formação de frentes de trabalho e o enfrentamento dos altos índices de mortalidade infantil. Outra

experiência foi a dos Estados da macroregião Norte no enfrentamento da epidemia da cólera. O efeito demonstrativo dessas duas experiências representou um argumento fundamental da defesa da implantação de uma política nacional cujo centro era o Agente Comunitário de Saúde (FLORES, 2007).

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

A idéia inicial previa que o PACS seria introduzido na periferia das grandes cidades e áreas carentes que, ao longo dos anos, vinham apresentando altas taxas de morbimortalidade (MARQUES, 2005).

Na estratégia de estruturação do PACS priorizou-se a Região Nordeste, onde, num primeiro momento foram alocados 20.034 ACS, mediante critérios populacionais e epidemiológicos. Num segundo momento, em 1992, esse programa foi estendido para as localidades nordestinas ainda não beneficiadas, para a Região Norte e para Brasília e Região do Entorno. Num terceiro momento ampliou-se a sua abrangência para os outros Estados da Região Norte. A sua expansão para as regiões metropolitanas e capitais do Sul e do Sudeste consolidou-se a partir de 1994 com a criação da Estratégia Saúde da Família que, a partir de então, passa a constituir a estratégia principal de organização de atenção à saúde no Brasil (SOUSA, 2001).

Estabeleceu-se, então, uma vinculação orgânica entre o PACS e essa estratégia e, na medida que vai ocorrendo a implantação da Estratégia Saúde da Família, os ACS passavam a ser incorporados como componentes das equipes de saúde da família, colocando em evidência a importância já reconhecida do ACS na redução dos agravos mais frequentes nas famílias e nas comunidades locais (FLORES, 2007).

Nunes *et al.* (2002) referiu que o treinamento de agentes precisava ser suficiente para muni-los de conhecimentos diversos em torno da questão do processo saúde-doença e que, além dos conhecimentos biomédicos, necessitam aprender o processo de intervenção com as famílias e o reconhecimento de suas

necessidades. A ação mais importante a ser desenvolvida é a atividade educativa visando à orientação para procedimentos saudáveis nas pessoas e na comunidade, principalmente os hábitos de higiene e alimentação.

A regulamentação da profissão ocorreu em julho de 2002 com a Lei 10.507 (BRASIL, 2002a). De acordo com um levantamento realizado pelo Departamento de Atenção Básica/SPS, do Ministério da Saúde, em outubro de 2002, estima-se, no Brasil, a existência de 173.593 agentes comunitários em atuação, com maior concentração, 75.138 ACS na Região Nordeste (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004).

Os mais recentes dados divulgados pelo Ministério da Saúde revelam que o Brasil conta com 29.896 equipes de saúde da família, 18.482 equipes de saúde bucal e atuação de 231.359 ACS atuando, o que corresponde a uma cobertura de 50,1% da população brasileira (BRASIL, 2009). Para o Ministério da Saúde, um grande passo foi dado nas discussões de identidade e reconhecimento profissional com a Lei 10.507, de 10/07/2002, que criou a profissão do Agente Comunitário de Saúde, oferecendo formação de 180 mil ACS em 2002 em todo o país. Foi uma das metas prioritárias do Ministério da Saúde, uma vez que esses trabalhadores atuam exclusivamente no âmbito do SUS (BRASIL, 2002b). Sendo que essa lei foi revogada, passando a vigorar a Lei 10.350, de 05 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006).

O desenvolvimento do trabalho dos ACS no âmbito da Estratégia acontece por meio de atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, garantindo cuidados à população com um grau de resolutividade compatível com sua função, contribuindo para a extensão da cobertura (TONDÉLO, 2006).

Em relação à saúde bucal o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) vem preconizando uma proposta de integração dos ACS com profissionais de saúde bucal na ESF, segundo a qual os Agentes Comunitários de Saúde, supervisionados pelo odontólogo e pela enfermeira informariam a população sob sua responsabilidade a respeito de promoção e prevenção em saúde bucal.

Torna-se necessário deslocar as ações do enfoque curativo e orientá-las à prevenção e promoção da saúde. Ao se promoverem novas percepções e valores, a consciência do valor da saúde bucal e a consciência cidadã do direito à saúde são fortes alavancas para impulsionar mudanças também rumo à promoção do crescimento e envelhecimento saudável (MELLO, MOYSES, CASTRO, 2009).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, tendo em parte uma abordagem qualitativa, ao pesquisar as percepções e atuações dos ACS em relação à Saúde Bucal diante da comunidade na qual atuam, e quantitativa, quando os dados foram descritos de forma que fosse possível realizar um diagnóstico do perfil dos ACS. Por outro lado, buscou-se compreender as concepções dos ACS no que se refere à saúde bucal no exercício da sua profissão.

As abordagens quantitativa e qualitativa são tipos de pesquisas direcionadas, inicialmente, para finalidades específicas, em que a primeira é mais tradicional, os dados são tratados matematicamente por meio de análises estatísticas e de probabilidades, enquanto a segunda não envolve o instrumental estatístico como um procedimento de base, mas sim produz um conhecimento a partir da realidade vivencial das pessoas. A complementaridade das abordagens representa a fundamentação segura para se alcançarem os objetivos com precisão, clareza e fidedignidade (BADARÓ, 2008).

A investigação quantitativa atua nos níveis de realidade em que os dados se apresentam aos sentidos e a qualitativa trabalha com valores, hábitos, atitudes, opiniões se afirmando no campo do simbolismo e da subjetividade, ao aproximar sujeito e objeto (MINAYO, 2000).

Na pesquisa qualitativa, o conhecimento não se reduz a dados isolados. Estes encontram-se conectados por uma teoria explicativa, na qual o sujeito observador é parte do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. Assim, o objeto não é um dado inerte e neutro, esse é possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações (RICHARDSON, 1999).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

Este estudo foi realizado em Naviraí, município pertencente à Região Sudoeste do Estado de Mato Grosso do Sul. Sua estrutura socioeconômica vem sendo alardeada pelas opções e oportunidades que oferece, sendo até mesmo cognominada de "a Capital do Cone-Sul" do Estado do Mato Grosso do Sul, cuja população estimada em 2005 era de 40.416 mil habitantes a densidade demográfica do município de aproximadamente 12,65 habitantes por quilômetro quadrado. (NAVIRAÍ, 2006).

O Município de Naviraí foi habilitado na condição de Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (PABA) pela Norma Operacional de Assistência a Saúde do SUS 01/02 (NOAS – SUS 01/02), em agosto de 2003 (NAVIRAÍ, 2006).

A saúde pública em Naviraí é servida por dois hospitais, sendo um Hospital Municipal (Santa Casa) de referência regional, e outro privado conveniado ao SUS, duas unidades básicas de saúde, duas unidades básicas de saúde rural, um centro oftalmológico, um laboratório de análises clínicas, uma farmácia municipal, um centro odontológico, uma unidade móvel odontológica e oito equipes de Saúde da Família (ESF Dr. Carlos Vidoto, ESF Paraíso I, ESF Paraíso II, ESF Koremam, ESF Boa Vista, ESF Ronan Marques, ESF São Pedro e ESF Maria de Lourdes) onde se realizou a pesquisa.

Os motivos da escolha dessa área foi o porte do município; acessibilidade para obtenção de informações necessárias ao desenvolvimento deste trabalho; possibilidade de aplicação dos resultados obtidos na pesquisa para a formulação e implantação de políticas voltadas para a gestão de saúde; e desencadeamento e possibilidade de desenvolvimento de novas pesquisas nessa área.

4.3 ETAPAS DA PESQUISA

4.3.1 Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde

Na primeira etapa levantou-se o perfil sociodemográfico de todos os Agentes Comunitários de Saúde que atuavam na cidade de Naviraí-MS, no que diz respeito a idade, sexo, estado civil, formação escolar e renda familiar. Verificou-se também, quanto tempo os ACS moram na comunidade em que atuam, quanto tempo trabalham nessa função e o que faziam antes de ingressarem nessa nova profissão, além do nível de satisfação que eles atribuem ao seu trabalho. A importância desse conhecimento está na compreensão de que a ausência de autonomia pessoal e profissional se reflete diretamente na relação que se estabelece entre agentes comunitários e a comunidade.

4.3.2 Percepção e atuação dos ACS em Saúde Bucal

Na segunda etapa procurou-se identificar as questões que se referem à saúde bucal. Foram utilizados relatos dos ACS identificados por meio de entrevistas, nos quais foi possível verificar as percepções e a atuação em relação à saúde bucal que estão presentes no cotidiano desses profissionais.

4.4 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram 56 Agentes Comunitários de Saúde que fazem parte das equipes de saúde da família, que atuam na cidade de Naviraí-MS.

O estudo foi desenvolvido nas oito unidades de ESF de Naviraí, MS com todos os Agentes Comunitários de Saúde. Por meio das informações obtidas nas

Unidades de Saúde da Família, foi elaborada uma lista contendo o nome dos ACS que nelas atuavam, para que se pudesse verificar qual ACS atua em cada unidade.

Para garantir sigilo quanto às identidades dos ACS a lista contendo os nomes dos ACS não foi anexada ao trabalho. Foi então atribuído um número para cada nome de ACS e elaborada outra lista contendo o nome de cada Unidade de Saúde da Família com os respectivos números correspondentes aos nomes dos ACS (APÊNDICE A).

Buscou-se contato com esses profissionais nas unidades em que eles trabalhavam. Assim a população deste estudo configurou-se por 56 ACS e por 51 participantes, uma vez que cinco deles não foram contactados por motivo que três estavam de férias, um deles de licença e um de atestado.

Após o estudo do perfil sociodemográfico desses ACS, selecionaram-se os participantes para o levantamento dos dados qualitativos, que foi realizado por meio de entrevistas. Como critério de escolha para as entrevistas, fez-se uma relação dos números que correspondiam a cada ACS de cada ESF, conforme o Apêndice A, que atuava a mais de 3 meses e utilizou-se a amostragem casual simples, garantindo a esses sujeitos igual probabilidade de serem selecionados. Nesse sentido a técnica probabilística foi realizada por meio de sorteio. Procedeu-se, então, ao sorteio dos números dessa sequência de dois agentes comunitários de saúde para cada Equipe de Saúde da Família, os quais corresponderam aos elementos selecionados, perfazendo um total de 16 elementos participantes das entrevistas.

Quanto à representatividade da amostra, tratando-se de uma abordagem qualitativa, buscou-se um critério que possibilitasse a generalização dos conceitos teóricos que se quer testar, considerando amostra ideal aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2000).

4.4.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Como critério de inclusão no estudo, foram considerados todos os ACS que estavam trabalhando nas ESF na época da coleta de dados e que aceitaram participar da pesquisa e para participar da entrevista, àqueles que estavam atuando havia pelo menos 3 meses nessa função.

Foram excluídos de participar da entrevista os ACS que não concordaram em participar da pesquisa e os que tinham menos de 3 meses de atuação como ACS.

4.5 ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS

A importância e o benefício desta pesquisa para a comunidade e para a equipe de saúde é tão grande que se julgou ser de interesse verificar suas relações também com a saúde bucal coletiva e propor se necessárias, capacitações aos Agentes Comunitários de Saúde para que eles sejam multiplicadores de conhecimento na área da odontologia na comunidade.

Neste estudo, mesmo sabendo que toda pesquisa envolve riscos, os sujeitos poderiam sentir-se constrangidos, mas procurou-se minimizar de todas as formas os riscos e/ou desconfortos para as pessoas envolvidas, pois os sujeitos da pesquisa, os Agentes Comunitários de Saúde, foram informados dos objetivos e características da pesquisa, respeitando-se o anonimato dos sujeitos e a liberdade de desistência.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética do Centro Universitário da Grande Dourados (CEP-UNIGRAN), sob o Protocolo 309/08 conforme parecer de aprovação (ANEXO B). Os Agentes Comunitários de Saúde foram informados dos objetivos e características da pesquisa, preservando-se o anonimato dos sujeitos, a liberdade de desistência a qualquer momento e a necessidade de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) para cada participante, respeitando as exigências éticas da pesquisa em seres humanos, preconizadas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da resolução 196/96.

4.7 COLETA DE DADOS

4.7.1 Coleta de Dados por Meio do Questionário

A coleta dos dados para o levantamento do perfil sociodemográfico de todos os 51 ACS que atuavam na cidade de Naviraí-MS foi feita por meio da aplicação de um questionário no qual foram abordadas as variáveis: idade, sexo, grau de escolaridade, estado civil, renda familiar, número de pessoas na família, tempo de moradia na área de abrangência da ESF, tempo de trabalho como ACS, atividade que exercia antes de ser ACS e nível de satisfação com o seu trabalho,

Para aplicação do questionário que ocorreu no período de julho a agosto de 2009 (APÊNDICE B), foi efetuado contato inicial nas Unidades de Saúde da Família com a chefia imediata, para posterior encontro com os ACS. Os questionários foram entregues aos ACS pela pesquisadora em seus locais de trabalho, onde foram explicados os objetivos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.7.2 Coleta de Dados por Meio das Entrevistas

Para identificar as principais percepções e atuações dos ACS em relação à saúde bucal, e os aspectos facilitadores e dificultadores dessa atuação, foi realizada uma entrevista, em que temas chave sobre saúde bucal foram abordados, utilizando-se um roteiro semiestruturado que permitiu o direcionamento da investigação qualitativa (Quadro 1).

Quadro 1- Temas que foram utilizados para o estudo**I - PERCEPÇÃO EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL**

- A saúde bucal do bebê até os primeiros dentes
- A dentição permanente
- Higienização da dentição permanente
- Prevenção da gengivite
- Saúde bucal da gestante
- Câncer bucal

II – ATUAÇÃO EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL

- Como é para você trabalhar junto com a equipe de saúde bucal?
- Você sabe quais as ações um ACS pode desenvolver em relação à saúde bucal?
- Quais os fatores que facilitam a sua atuação?
- Existe algum fator que dificulta a sua atuação? Qual seria ele?

Segundo Minayo (2000), a entrevista, considerada a arte de perguntar, constitui-se numa conversa orientada para um objetivo definido e para isso, exige-se cuidado com o roteiro da entrevista que servirá como um instrumento para orientar uma conversa com finalidade de ser facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento na comunicação.

Os agentes comunitários de saúde sorteados para as entrevistas foram informados da existência da pesquisa e de seus objetivos em seus respectivos locais de trabalho. Aqueles que manifestaram seu interesse em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A).

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora em ambiente privado. No total foram entrevistados 16 ACS, sendo as entrevistas precedidas por explicação prévia dos seus objetivos e procedimentos como o uso do recurso de gravação das entrevistas, apresentação, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram garantidos o anonimato dos participantes e a confidencialidade das informações, de acordo com as exigências éticas.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Apresenta-se a seguir a forma de análise dos dados coletados por meio do questionário e das entrevistas. Os dados resultantes do questionário foram compilados e descritos por meio de frequência simples e relativa, utilizando-se para sua codificação o banco de dados *Microsoft Office Excel*[®] 2002.

Uma análise descritiva das variáveis destinadas ao perfil de todos os ACS de Naviraí compreendeu a identificação dos ACS quanto à faixa etária e ao sexo, ao estado civil, à formação escolar, à renda familiar.

Verificou-se, também, há quanto tempo os ACS moram na comunidade em que atuam, quanto tempo trabalham nessa função e o que faziam antes de ingressarem nessa nova profissão, além do nível de satisfação que eles atribuem ao seu trabalho.

Para a análise das entrevistas, recorreu-se à técnica de análise de conteúdo, por meio de categorização temática. De acordo com Richardson (1999), a análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que dispõe de um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam às diversas formas de discurso, ou seja, toda comunicação que implica a transferência de um emissor a um receptor. Entre as diversas técnicas de análise de conteúdo foi utilizada a categorização por temas ou análise temática que consiste em isolar temas do discurso e extrair as partes utilizáveis, de acordo com o problema pesquisado.

As gravações das entrevistas foram transcritas de acordo com as falas de cada participante, incluindo-se os questionamentos da pesquisadora. Após esse procedimento, realizou-se a análise do material considerando-se as respostas de cada entrevistado como uma entrevista. Para a codificação utilizou-se a abreviação ACS seguida de número (ACS 1 - ACS 16) e selecionaram-se, nos textos das entrevistas, os temas referentes às questões propostas no roteiro. Realizaram-se recortes das frases mais significativas e importantes para a objetividade do estudo.

Após a codificação, os recortes foram agrupados em cartões, classificados de acordo com as unidades temáticas, e quantificados de acordo com o número de repetições que apareciam. Dessa forma, os elementos selecionados foram analisados de acordo com as categorias temáticas apresentadas. Segundo Bardin (2004), durante o processo de análise de conteúdo é preciso estabelecer

semelhanças, tendências e padrões relevantes, tornando possível a formulação de questões analíticas a respeito das várias questões que “atravessam” o tema.

Dessa forma, foi possível interpretar, por meio da compilação e comparação, os resultados dos dados do questionário e das entrevistas e, juntamente com o referencial teórico construído, enfim, concluir o estudo com a abordagem descritiva e reflexiva.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PERFIL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Dos 56 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) listados que atuam nas Equipes de Saúde da Família de Naviraí, e que foram incluídos neste estudo para responder ao questionário sociodemográfico, cinco indivíduos foram excluídos por vários motivos, uma estava internada, três estavam de férias e um estava de atestado no dia da coleta dos dados. Assim o estudo configurou-se por 51 participantes.

As características sociodemográficas do grupo investigado são apresentadas na Tabela 1, onde estão as informações sobre, faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar mensal e número de pessoas da família.

Em Naviraí todos os ACS passaram por um concurso público, sendo essa a atual forma de seleção para essa função. Desse modo a faixa etária que mais concentrou os agentes ficou entre 18 e 29 anos, ou seja, adultos jovens que muitas vezes estão buscando o seu primeiro emprego e veem no emprego público uma grande oportunidade, deslumbrados com suas vantagens como, por exemplo, a estabilidade.

O crescimento da Estratégia Saúde da Família em que o agente está inserido abre em todo o País oportunidades de emprego às populações mais carentes, tendo em vista que a implantação da estratégia tem como prioridade as comunidades mais carentes. Por outro lado, os agentes mais jovens não conhecem tão bem a comunidade, seu envolvimento pode ser menor; entretanto, seus conceitos de saúde e doença poderão não ser muito arraigados, estando mais abertos às mudanças e às inovações (FERRAZ; AERTS, 2005).

Uma população composta por mulheres foi o que se apresentou como a maioria dos ACS participantes, condição essa demonstrada também em outros estudos como na pesquisa em Porto Alegre na qual foi constatado que os agentes são uma categoria basicamente formada por mulheres (FERRAZ; AERTS, 2005). Quando mais autoconfiantes podem atuar efetivamente em programas da saúde e

tendem a colocar mais prioridade no bem-estar de suas famílias do que em suas próprias necessidades, atuando como agentes-chave do processo de mudança do que está sendo medido (MARQUES, 2005).

Com relação à escolaridade dos agentes, observamos um nível escolar acima do exigido pelo Ministério da Saúde, que é o Ensino Fundamental. A maioria, 62,75%, possui o ensino médio completo. Tomaz (2002), tomando como ponto de discussão a ampliação do papel do agente comunitário de saúde, em que o ACS saiu do foco materno-infantil para a família e a comunidade, além das exigências de novas competências no campo político e social, defende que é necessário que esse profissional tenha um grau de escolaridade mais elevado para poder dar conta de suas atribuições.

Em relação à renda familiar dos ACS 78,43%, estão entre um a três salários mínimos. Segundo as informações sobre o estado civil dos agentes, 50,99%, são casados, e 19,60%, vivem em união estável. Sendo assim a grande maioria já passou pela experiência de formação de uma família, sendo que, analisando o número de pessoas que moram com eles, este varia em média de 2 a 4 pessoas.

Tabela 1- Distribuição em números absoluto e relativo de todos os ACS que atuam em Naviraí-MS, segundo a faixa etária, sexo, escolaridade, renda familiar, estado civil e o número de pessoas da família

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Nº	%
IDADE		
- Entre 18 e 29 anos	31	60,78
- Entre 30 e 39 anos	13	25,50
- Entre 40 e 49 anos	05	9,80
- Entre 50 e 59 anos	02	3,92
SEXO		
- Fem	48	94,11
- Mas	03	5,89
ESCOLARIDADE		
- Ensino fundamental incompleto	-	-
- Ensino fundamental completo	02	3,92
- Ensino médio incompleto	02	3,92
- Ensino médio completo	32	62,75
- Nível superior incompleto	10	19,61
- Nível superior completo	05	9,80
RENDA FAMILIAR MENSAL (SM * R\$ 465,00)		
- Menos de 1		
- 1 a 2	21	41,18
- 2 a 3	19	37,25
- 3 a 4	09	17,65
- 4 a 5	01	1,96
- mais de 5	01	1,96
ESTADO CIVIL		
- Casada (o)	26	50,99
- Solteira (o)	12	23,53
- União estável	10	19,60
- Viúva (o)	01	1,96
- Outros	02	3,92
Nº DE PESSOAS NA FAMÍLIA		
- 1 pessoa	03	5,88
- 2 pessoas	15	29,42
- 3 pessoas	12	23,53
- 4 pessoas	13	25,49
- 5 pessoas	05	9,80
- 6 pessoas	02	3,92
- 7 pessoas	-	-
- 8 pessoas	01	1,96

A maioria dos agentes, 78,43%, atua na área onde residem há mais de 5 anos (Tabela 2). É importante considerar que a qualidade da relação entre agente e comunidade é um fator importante para a integração desse trabalhador (FERRAZ; AERTS, 2005). Outro ponto a se considerar, quanto à importância de se trabalhar onde reside, é o fato de compartilhar os mesmos problemas, a mesma cultura, enfim a mesma realidade (CARVALHO *et al*, 2008; LEVY; MATOS; TOMITA, 2004).

Quanto ao tempo de trabalho como ACS, encontrou-se que 33,35% estão há menos de um ano na ESF, sendo esse fator considerado desfavorável para a comunidade. Esse fato vem ao encontro de outro estudo realizado em quatro municípios de pequeno porte do noroeste paulista que se caracteriza pela alta rotatividade desses profissionais (CARVALHO *et al*, 2008).

Vislumbrando a ocupação dos agentes, antes de iniciar a sua atividade atual, 15,68% referiram-se ser do lar e 9,80% serem empregadas domésticas. Isso mostra a busca da mulher por um processo de melhoramento da sua condição social, por meio do trabalho remunerado e que contribua para a transformação social da comunidade onde ela mora. Outras ocupações também foram citadas como o trabalho no comércio, em supermercados, funcionários públicos do município, mas em outras funções. É interessante destacar que 7,84% eram auxiliares de consultório odontológico e que, provavelmente, já teriam um conhecimento maior a respeito dos cuidados em relação à saúde bucal sendo que essas atividades fazem parte da nova função que escolheram.

Tabela 2 – Tempo em que residem na área de abrangência e trabalham como ACS

	N	%
TEMPO QUE MORA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA		
- Menos de 1 ano	-	-
- De 1 a 2 anos	06	11,77
- De 3 a 4 anos	05	9,80
- Mais de 5 anos	40	78,43
TEMPO QUE TRABALHA COMO ACS		
- Menos de 1 ano	17	33,35
- 1 a 2 anos	16	31,37
- 2 a 3 anos	03	5,88
- 3 a 4 anos	10	19,60
- mais de 5 anos	05	9,80
QUAL OCUPAÇÃO ANTES DE TORNAR-SE ACS		
- Usina de álcool e açúcar	03	5,89
- Supermercado	04	7,84
- Secretária	03	5,89
- Empregada doméstica	05	9,80
- Comércio	05	9,80
- Do lar	08	15,68
- Serviços Diversos	03	5,89
- Costureira	03	5,89
- Funcionário Público Municipal	04	7,84
- Auxiliar de Consultório Odontológico	04	7,84
- Reciclagem	01	1,96
- Cobrador de Ônibus Municipal	01	1,96
- Frigorífico	02	3,92
- Indústria (roupas, alimentos, mandioca)	04	7,84
- Autônomo área de vendas	01	1,96

Segundo Lunardelo (2004), o Agente Comunitário de Saúde expressou que o trabalho corresponde às necessidades de sobrevivência do indivíduo, tanto no que diz respeito ao valor capital do trabalho, como também quanto à própria valorização pessoal.

Observou-se neste estudo que numa escala de zero a dez, sendo zero para nenhuma satisfação e dez para muita satisfação, o trabalho oferece ao Agente Comunitário de Saúde satisfação demonstrada na sua maioria pelo nível oito, quando questionado. Assim, propor-se a um trabalho novo também significa enfrentar desafios de autoconhecimento, satisfação, confiança e determinação.

Lunardelo (2004), em sua pesquisa, apontou também como aspecto importante de satisfação com seu trabalho, a possibilidade de ascensão profissional, dada pela descoberta de cursos e oportunidades na área de saúde, como a profissionalização na área da enfermagem, que é despertada nos agentes.

O prestígio social advindo do saber biomédico e o fato de terem passado a ter acesso privilegiado a outros profissionais e ações de saúde, pode criar nos

moradores maior confiança quanto à possibilidade de resolução dos seus problemas (NUNES *et al.*, 2002).

Assim, Lunardelo (2004) diz que a satisfação com o trabalho, gerada no Agente Comunitário de Saúde, está intrinsecamente ligada ao papel que desempenha dentro da comunidade e ao seu reconhecimento, aliado ao fato de que a possibilidade de ser agente comunitário confere-lhe novas perspectivas, tanto no âmbito pessoal, como familiar e comunitário.

5.2 PERCEPÇÃO EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL

É certo que a atribuição fundamental do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é servir de elo entre a comunidade e o sistema de saúde, mas para que ela se consolide é proposto um conjunto de atribuições que podem ser resumidas em: identificar sinais e situações de risco, orientar as famílias e a comunidade e encaminhar/comunicar à equipe os casos e situações identificadas. Esse conjunto de atribuições deve ter como pano de fundo as questões de cunho político e social, principalmente as ligadas à competência de promoção de saúde (TOMAZ, 2002).

Neste estudo, procurou-se descrever a percepção e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde em relação à saúde bucal. É importante ressaltar que os Agentes Comunitários de Saúde vêm desenvolvendo fundamental trabalho na vigilância da saúde da população e se tornando um profissional auxiliar também da odontologia. Mas, para poder detectar problemas odontológicos na comunidade e orientar a população na prevenção de novos problemas é preciso que tenham conhecimentos em relação à saúde bucal. Tais conhecimentos podem contribuir para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção na atenção básica à saúde.

Os resultados referentes aos questionamentos sobre a percepção relacionada à saúde bucal foram selecionados e categorizados em eixos temáticos: a saúde bucal do bebê até os primeiros dentinhos, a dentição permanente, higienização da dentição permanente, prevenção da gengivite, saúde bucal da gestante e câncer bucal. Esses temas e atuação estão esquematizados no Quadro 1.

5.2.1 A Saúde Bucal do Bebê até os Primeiros Dentes

As crianças que, precocemente, desenvolvem hábitos de higienização têm mais oportunidades de crescer em boas condições de saúde bucal, embora o estabelecimento das doenças cárie e periodontal podem ocorrer na primeira infância. Dados recentes, do levantamento epidemiológico brasileiro denominado SB Brasil 2003, mostram que quase 27% das crianças de 18 a 36 meses têm, pelo menos, um dente com experiência de cárie, e que a proporção aumenta para quase 60% das crianças aos cinco anos de idade (FIGUEIREDO; SILVA, 2008).

Conscientizando da importância da higienização do bebê, mesmo que ainda não possua dentes recomenda-se ao responsável fazê-la, após alimentar-se, ou no mínimo, à noite, após a última amamentação; molha-se a ponta da fralda ou de uma gaze em água filtrada ou fervida e realiza-se a limpeza bucal, esfregando a parte interna da bochecha, gengiva e língua de forma que remova os detritos da alimentação; esse ato deve-se tornar um hábito diário (MARTINS; TESSLER; CORRÊA, 1999).

Em relação aos aspectos relacionados à higiene bucal do bebê, observou-se que quase a totalidade dos ACS possui esse entendimento da importância de se cuidar da saúde bucal desde o nascimento (Tabela 3).

Tabela 3 – Higiene bucal dos bebês e os primeiros dentes

QUANTO A HIGIENE BUCAL DOS BEBÊS, E OS PRIMEIROS DENTES O QUE VOCÊ ACHA CORRETO FAZER?	Nº	%
- Utilizar fralda ou gazes umedecidas para higienizar a boca do bebê enquanto não tem nenhum dente ou quando só tem os dentes anteriores e depois começar utilizar a escova quando nascerem os dentes posteriores	14	87,50
- Não lembra ou não sabe	2	12,50

O importante assim, mesmo que não tenha dente, tem que fazer, passar uma fralda, uma escovação com o dedo, com a fralda no dedo, deixando bem limpinho, pra eles já irem se adaptando (ACS 1).

Procurar sempre pegar uma fraldinha bem limpinha ou a própria gaze, fazer aquela limpezinha na boquinha, na língua pra evitar sapinho, junta aqueles fungozinhos. Pode usar gaze envolvida no dedo ou a própria fraldinha, bem

limpinha, molhar ela e passar na boquinha do bebê, quando nascem os dentinhos lá do fundo tem as escovinhas específicas que no caso a mãe pode usar, pra desde pequenininho já começar fazer a limpeza pra ele se adaptar melhor (ACS 4).

Geralmente a gente orienta assim, primeiro higienizar o seio pra amamentar, ai depois após a mamada pegar umas gazes umedecer, e limpar a boquinha mesmo que não tiver dentinho, limpar bem a boquinha a cada mamada principalmente antes de dormir, é o que a gente orienta (ACS 10).

A disseminação desses conhecimentos, objetivando a promoção de saúde da população, portanto, representa a principal meta educacional a ser alcançada, fato que deve ser iniciado o mais precocemente possível, por meio da orientação às gestantes e às mães de recém-nascidos, já que estas passam a ser o principal agente para o desenvolvimento de hábitos em seus filhos (RAMOS; MAIA, 1999).

A perda precoce dos dentes decíduos deve ser evitada, pois eles são de grande importância para o adequado desenvolvimento e crescimento dos arcos maxilares, organização correta da oclusão e função mastigatória e fonoarticulatória. A perda dos dentes pode acarretar sérias consequências para a dentição permanente pode desenvolver deglutição e fonação atípicas, provocar atraso ou aceleração na erupção dos dentes permanentes, dificultar a alimentação e favorecer a instalação de prováveis problemas ortodônticos, além de afetar psicologicamente a criança (LOSSO; TAVARES; URBAN, 2009). Nesse mesmo sentido foi a fala encontrada por 43,75% dos Agentes Comunitários de Saúde, sendo que 37,50% consideraram que os dentes de leite eram importantes porque serviam como guia para a erupção dos dentes permanentes (Tabela 4).

Tabela 4 – Importância dos dentes de leite

QUAL A IMPORTÂNCIA DOS DENTES DE LEITE ?	Nº	%
- Nas funções da fala, mastigação, deglutição, formação da arcada dentária etc	7	43,75
- Serve como guia para os dentes permanentes	6	37,50
- não lembra ou não sabe	3	18,75

Ajuda na fala da criança, em toda a formação do rosto, desde a sucção na hora que amamenta, faz um pouco mais de exercício pra toda a formação, desenvolvimento pra mastigar vai tá ajudando na mastigação, não vai tá engolindo coisas inteiras (ACS 9).

Os dentes vão triturar tudo aquilo que a gente ingerir, então na mastigação, então eu acho que é um processo muito importante. Passam cinco, seis meses eles já começam a comer alguma comidinha e começam surgir os dentes porque são necessários pra eles mastigarem. Conforme eles vão crescendo porque cada dia que passa a alimentação deles vai mudando. Eles começam a comer carne, frutas, coisas mais duras (ACS 15).

Os dentes de leite são como a porta de entrada já pros dentes permanentes (ACS 13).

Losso, Tavares e Urban (2009) também afirmam que é provável que crianças menores que apresentem estágios iniciais de cárie severa na infância, antes do surgimento de dor e da infecção, continuem seus hábitos alimentares, particularmente o alto consumo de carboidratos associado às cáries. Entretanto, com o aumento da idade e a progressão das lesões cariosas, o surgimento da dor e da infecção pode alterar os hábitos alimentares. A diminuição de consumo de alimentos decorrente da dor pode resultar em uma alteração do padrão de crescimento. Em relação à importância da alimentação, 93,75% dos ACS também acham que somente uma alimentação saudável vai promover dentes bonitos e livres de cáries (Tabela 5).

Tabela 5 – A influência da alimentação numa dentição saudável

O QUE A ALIMENTAÇÃO PODE INFLUENCIAR NUMA DENTIÇÃO SAUDÁVEL?	Nº	%
- Influencia muito, tem que ter uma alimentação saudável com frutas, legumes, verduras, carnes e não uma alimentação rica em açúcar	15	93,75
- Não lembra ou não sabe	1	6,25

Ah sim o açúcar, o bebê que mama mamadeira com açúcar tem mais chance de ter cárie do que o bebê que mama mamadeira sem açúcar. Então eu acho que o açúcar influencia muito porque mesmo que você limpe, o açúcar vai continuar ali. Outra hora você vai dar outra mamadeira;

vai ter que estar toda hora limpando a boca do bebê. Eu acho que influencia (ACS 3).

Geralmente as mães colocam muito açúcar na mamadeira, e aí dão a mamadeira muitas às vezes à noite, aí a criança dorme, amanhece nem faz a higienização. Então isso tudo prejudica. Eu acho que frutas legumes, verduras são uma alimentação saudável pra manter os dentes saudáveis (ACS 4).

Eu acho que sim, todo o nosso corpo tem que ter uma alimentação saudável, tudo passa pela boca (ACS 7).

A avulsão dental, termo usado na odontologia que se refere a um dente que foi deslocado por completo, do seu devido lugar na arcada dentária, é uma das mais sérias emergências dos consultórios odontológicos. Acomete grande número de pessoas, principalmente crianças e adolescentes entre 7 e 10 anos de idade e as causas estão invariavelmente relacionadas à prática de esportes, como futebol, ciclismo, skate, entre outros. O sucesso do tratamento, que consiste na permanência do dente avulsionado e reimplantado em seu respectivo alvéolo pelo maior período de tempo possível, está intimamente relacionado com o tempo que se leva para reimplantar o dente avulsionado. Além do fator tempo, outros fatores, como manejo do dente a ser reimplantado, também influenciam no sucesso do tratamento (MIRANDA; HABITANTE; CANDELÁRIA, 2000).

A maioria dos ACS 87,5% mostraram que têm conhecimento da importância de se procurar um profissional dentista imediatamente diante de um caso de avulsão, mas somente 43,75% lembraram da importância do meio adequado de trazer esse dente até o profissional, destacando que orientariam a população a colocar o dente avulsionado no leite ou na água (Tabela 6).

Tabela 6 – Acidentes com dentes temporários e permanentes

ACIDENTES COM DENTES TEMPORÁRIOS E PERMANENTES	Nº	%
- Colocar o dente num copo com leite ou água e depois procurar um dentista	7	43,75
- Procurar um dentista imediatamente	7	43,75
- Não lembra ou não sabe	2	12,50

O dente diz que tem que colocar num copo de leite. Na hora que quebra você coloca, e imediatamente você procura um dentista. Se o dente for quebrado ele cola ainda e se soltar vai ao dentista que provavelmente ele consegue também colocar de volta (ACS 1).

Tem que tirar ele sem esfregar, sem lavar, colocar no leite ou na água não me lembro direito e levar pro dentista (ACS 6).

Segundo Teófilo e Alencar (2005), o leite bovino pasteurizado é sugerido como o meio de mais fácil acesso e apropriado de conservação de dentes permanentes avulsionados.

Particularmente, no Programa de Saúde da Família, o dentista encontra-se em situação especial, por possuir acesso à população no consultório, no domicílio, na escola e na comunidade, no sentido da realização de treinamento de familiares, professores e demais profissionais da saúde para essa situação emergencial em Odontologia (GRANVILLE-GARCIA *et al.*, 2009). Campanhas de divulgação e esclarecimento, pelos meios de comunicação, provaram ter bastante eficiência; porém, são pouco utilizadas (MIRANDA; HABITANTE; CANDELÁRIA, 2000). É relevante que os cirurgiões-dentistas tenham conhecimento técnico adequado e continuado sobre o assunto em tela e passem para os ACS, contribuindo para melhoria da qualidade de vida da população (GRANVILLE-GARCIA *et al.*, 2009).

5.2.2 A Dentição Permanente

Quanto ao período em que ocorre a troca da dentição decídua para a permanente, houve um consenso entre os ACS que indicaram, em média, o período de cinco a sete anos como o início da erupção dos dentes permanentes (Tabela 7).

Tabela 7 – Idade em que começam a nascer os primeiros dentes permanentes

NA SUA OPINIÃO, EM QUE IDADE COMEÇAM A NASCER OS PRIMEIROS DENTES PERMANENTES?	Nº	%
- Média de 5 a 7 anos	16	100

Segundo Narvai *et al.* (2006), nos últimos vinte anos a experiência de cárie entre escolares no Brasil teve um relevante declínio. Essa redução se deu principalmente pela elevação no acesso à água e ao creme dental fluorados e programas de saúde bucal coletiva direcionados a essa faixa etária. Entretanto, a condição de saúde bucal permaneceu praticamente inalterada entre os adultos e idosos. Nesse contexto, a utilização dos serviços odontológicos de forma regular pode proporcionar um maior contato do paciente com o dentista, fazendo com que questões como a importância do autocuidado, hábitos nocivos à saúde e conhecimento sobre as doenças bucais possam ser trabalhadas. Além disso, cáries dentárias e problemas periodontais poderiam ser detectados precocemente, exigindo procedimentos de menor complexidade (CAMARGO; DUMITH; BARROS, 2009).

Nesse sentido os ACS mostram que a doença cárie é provocada principalmente pela má higienização, a má alimentação, ou seja, falta de autocuidado do indivíduo com sua própria saúde bucal (Tabela 8).

Tabela 8 – O aparecimento da cárie

A CÁRIE É PARA VOCÊ UMA DOENÇA PROVOCADA PRINCIPALMENTE PELO O QUE?	N	%
- Má higienização, alimentação rica em açúcar	15	93,75
- Próprio organismo	1	6,25

Segundo a gente cresce sabendo que são os doces né, muito açúcar no dente, a má escovação ou falta de cuidado mesmo, falta de cuidar (ACS 2).

São fatores como a má higienização dos dentes, má alimentação que deixam esse dente mais fraco, aí a gente pode pegar a cárie no dente também. O dente faz parte do nosso organismo (ACS 9).

Portanto, uma boa higiene bucal é a condição essencial para manter um sorriso saudável durante toda a vida adulta. Os adultos também têm cáries e doenças gengivais que podem precisar de tratamentos mais complexos como o tratamento endodôntico ou de canal como é chamado, que é o tratamento da raiz dentária, consistindo na retirada da polpa do dente, que é um tecido encontrado em sua parte interna. Uma vez que a polpa foi danificada, infeccionada ou morta é removida. O espaço resultante deve ser limpo, preparado e preenchido. Geralmente o tratamento endodôntico é necessário quando se teve uma cárie profunda e esta atingiu a porção pulpar do dente, sendo essa cárie profunda consequência talvez da inércia da pessoa em procurar o tratamento. Essas foram as principais causas apresentadas pelos ACS pra a necessidade do tratamento endodôntico (Tabela 9).

Tabela 9 – O dente que precisa de tratamento de canal

NA SUA OPINIÃO, O QUE PODE LEVAR O DENTE PRECISAR DE TRATAMENTO DE CANAL?	N	%
- Cárie profunda	6	37,50
- A demora em procurar um tratamento	7	43,75
- Trocou muitas vezes a restauração	2	12,50
- Não sabe ou não lembra	1	6,25

O dente vai ficando muito deteriorado, a cárie atinge uma parte do dente que aí só o tratamento do canal (ACS 4).

Então por um motivo ou outro deixou a cárie avançar, não cuidou, uma cárie avançada (ACS 9).

Eu acho que demorou pra procurar tratamento pra aquele dente. A Cárie aumentou muito e precisou do canal (ACS 12).

5.2.3 Higienização da Dentição Permanente

A prevenção da cárie dental e da doença periodontal constitui um dos grandes objetivos da Odontologia, pois são manifestações que acometem a cavidade oral com grande frequência nos indivíduos. No entanto, para prevenir a cárie e a doença periodontal, é necessária a adoção de métodos preventivos simples e de fácil acesso ao paciente. O controle mecânico é o método mais conhecido e difundido, e deve ser abordado como fator essencial na instrução de higiene oral. A associação da escova e do fio dental quando usados corretamente, são os principais responsáveis pela remoção mecânica do biofilme bacteriano.

Contudo, sabe-se que a escovação por si só não remove totalmente o biofilme das superfícies dos dentes. A dificuldade maior encontra-se na região interproximal, onde a remoção realizada apenas pela escova é deficiente. O fio dental é considerado um dispositivo de grande efetividade para suplementar a escovação. A sua atuação é importante para a remoção do biofilme na região interproximal, pois é nesse local que geralmente a cárie e as doenças periodontais se apresentam de forma mais grave (ALVES *et al.*, 2003).

Nesse sentido há um consenso de todos os ACS mostrando evidentemente, que a escovação dentária após as principais refeições e o uso do fio dental são os métodos mais eficazes para se promover uma adequada higienização da cavidade bucal.

Com o uso do fio dental sempre. Uma escovação certa, porque a pessoa acha que quanto mais ela apertar mais vai limpar e não é bem assim, Escovar nos horários certinhos sempre após as refeições (ACS 4).

No mínimo assim são três vezes, mas sempre que essa pessoa se alimentar ela pode estar fazendo a higienização. Pode ser feita com escova, creme dental, a higienização mesmo é feita pela escova, a pasta é só um complemento ali. E o fio dental também (ACS 11).

No mínimo três vezes por dia. Além da pasta, a escova, usar o fio dental antes de escovar também (ACS 6).

Em relação ao flúor, 93,75% dos ACS sabem da sua importância, mas muitos ainda não têm conhecimento de como funciona sua atuação, embora, alguns afirmem que ele é utilizado para a prevenção às cáries. Outro ponto exposto pelos ACS é a sua utilização somente na escola sendo que os adultos não têm acesso a esse benefício. Importante relatar também que a água de abastecimento público de Naviraí é fluoretada, mas infelizmente nenhum ACS lembrou esse fator, assim como também os cremes dentais fluoretados como formas de acesso da população de todas as faixas etárias ao flúor e conseqüentemente à promoção de saúde (Tabela 10).

Tabela 10 – A importância do flúor

E O FLÚOR É IMPORTANTE?	Nº	%
- Somente acha muito importante	8	50,00
- Acha muito importante porque ajuda na prevenção as cáries	7	43,75
- Não acredita no efeito do flúor	1	6,25

O flúor é importante porque faz muito na escola, e estimula as crianças a manter uma boa escovação. Nos adultos eu acho que também é muito importante, mas eu não sei, parece que não é muito usado nos adultos (ACS 4).

Ah sim o flúor é importante, tá fazendo pelo menos uma vez por semana. Aqui nem todo mundo tem acesso ao flúor como os adultos, mas agora as crianças fazem na escola. Eu acho que ele fortifica os dentes, pra tá evitando de pegar a cárie (ACS 3).

É importante, mas a gente fazia mais no tempo da escola, hoje o adulto não usa, só as crianças na escola (ACS 6).

Não sei muita coisa do flúor, mas sempre faz na escola. Mas eu não lembro assim de que forma ele ajuda o dente (ACS 9).

Num estudo realizado por Francisco *et al.* (2009) em Araçatuba no Estado de São Paulo, com adolescentes de escolas públicas, a palavra flúor teve maior associação à função de limpeza do que à proteção dos dentes. Mesmo com toda a sua utilização, o flúor ainda não é totalmente conhecido pela população e, quando o é, não se compreende ao certo a sua ação (REIS *et al.*, 2009).

Quanto ao mau hálito, todos os ACS, acham que é causado pela falta de cuidado com higienização da boca e por problemas oriundos do estômago. A halitose constitui um problema de saúde pública em razão do grande número de pessoas atingidas e da dificuldade de diagnóstico devido a causas multifatoriais. (CALIL; TARZIA; MARCONDES, 2006). Desse modo o mau hálito (halitose) consiste em uma barreira ao bom relacionamento interpessoal, merecendo uma abordagem ampla e multidisciplinar (CARVALHO; RODRIGUES; CHAVES, 2008).

Acho que por falta de higiene mesmo, não fazer uma boa escovação, claro que pode ser alguma coisa do estômago, mas eu acredito que na maioria é por falta de higiene adequada (ACS 4).

Eu aprendi muito na televisão, mas é sempre ou a língua ou é provocado pelo estômago mesmo (ACS 8).

Muitas das vezes é na escovação, não escova a língua, a bochecha. Mas pode ser o organismo mesmo da pessoa interno (ACS 14).

A maioria dos casos de halitose origina-se na boca como resultado do metabolismo microbiano, pelo qual compostos sulfurados voláteis são produzidos por bactérias gram-negativas anaeróbias. A halitose também tem sido relacionada à presença e à severidade da doença periodontal e à quantidade de saburra lingual além de desordens sistêmicas. Entretanto, a ocorrência de mau hálito na ausência de alterações bucais ou doenças sistêmicas tem representado um desafio para o profissional de saúde e, nesse contexto, sintomas psicopatológicos têm sido apontados como fatores indutores de halitose (CALIL; TARZIA; MARCONDES; 2006).

A halitose é uma alteração do hálito, podendo acontecer em todas as idades, nos mais variados graus de complexidade. Apresenta etiologia multifatorial, podendo também ocorrer na forma de variações fisiológicas do organismo como intestino preso, estado de desidratação (após esforços físicos), período pré-menstrual, respiração do paciente tabagista e etilista, refluxo esofágico, sinusites e rinosinusites necessitando de diagnóstico preciso e elaboração do plano de tratamento multidisciplinar capaz de promover a melhoria das relações biopsicossociais em pacientes com mau hálito. Desmistificando destarte o assunto

junto à sociedade, esclarecendo que a halitose tem cura e que a cooperação do paciente é fundamental para o sucesso do tratamento (CARVALHO; RODRIGUES; CHAVES, 2008).

Os cursos de formação profissional ainda abordam o assunto “timidamente” e de forma direcionada à sua especialidade, não interagindo a halitose com as diversas áreas da saúde. Poucos são os artigos que tratam o assunto de forma multidisciplinar. Encontros científicos, campanhas nacionais, criação de disciplinas específicas na grade curricular de ensino superior e maior interação entre profissionais de diferentes áreas podem ser algumas das soluções para tal situação (CARVALHO; RODRIGUES; CHAVES, 2008).

5.2.4 Prevenção da Gengivite

Segundo Gesser, Peres e Marcenes (2001), a presença de sangramento é sinal de inflamação (gengivite), mas não necessariamente de doença periodontal. Em relação a esse conhecimento a maioria dos ACS 56,25% percebem que a gengivite é uma inflamação gengival, fator que pode ser muito encontrado pelos ACS na população que eles tem sob sua orientação (Tabela 11).

Tabela 11- Sangramento da gengiva

O QUE VOCÊ ACHA QUE É O SANGRAMENTO DA GENGIVA?	Nº	%
- Inflamação (gengivite)	9	56,25
- Uso de escova dura que machuca a gengiva	2	12,50
- Má higienização	2	12,50
- Não comentou	3	18,75

Se a gengiva sangra é porque tem alguma inflamação ali (ACS 13).

Provavelmente é alguma coisa que esta na gengiva, então mesmo que esteja sangrando, aí que tem que escovar naquele local e passar fio dental. Eu acho que uma boa higienização pode melhorar aquela inflamação mais simples só num local (ACS 1).

Um estudo nesse mesmo sentido utilizou a lista de jovens que se apresentaram para o alistamento militar do Exército Brasileiro, em Florianópolis, onde concluiu-se que indicadores de doenças periodontais mais severas foram raros na população estudada, enquanto o sangramento gengival e o cálculo dentário apresentaram altas prevalências, sendo estas maiores nos indivíduos com piores condições socioeconômicas (GESSER; PERES; MARCENES, 2001).

Quanto ao que poderia ser feito para se evitar a inflamação da gengiva, ou seja, a gengivite, 87,50% dos ACS entendem que melhorando as medidas de higienização bucal como melhorar a escovação, passar fio dental, fazer uso de pastas específicas e enxaguantes bucais, podem ajudar na melhora do quadro da gengivite (Tabela 12).

Tabela 12 – Procedimentos para evitar a inflamação da gengiva

QUAIS OS PROCEDIMENTOS DE HIGIENE BUCAL DEVEM SER UTILIZADOS CORRETAMENTE PARA SE EVITAR A INFLAMAÇÃO DA GENGIVA?	Nº	%
- Melhorar a higienização, melhorando a qualidade da escovação no local, passando sempre fio dental, usando pastas específicas e enxaguantes bucais	14	87,50
- Ir procurar imediatamente o dentista	1	6,25
- Não comentou	1	6,25

Eu oriento escovar mais, porque se está sangrando é que a escovação está mal feita. Eu oriento sempre escovar sempre mais no local que está sangrando (ACS 3).

Acho que quando a escovação não é bem feita, pode usar uma pasta específica, a pessoa tem que usar uma escova macia, usar o fio dental (ACS 16).

Estudo realizado no Rio Grande do Sul com escolares mostrou que reforços motivacionais em programas educativos preventivos atuaram positivamente para a redução do biofilme dental e sangramento gengival. Assim os cirurgiões-dentistas devem, dessa forma, trabalhar para que a prevenção da cárie dentária e periodontopatias através da higienização seja implantada nos consultórios, nas escolas ou nas Unidades Sanitárias Locais, cercada sempre de uma campanha bem orientada de motivação (TOASSI; PETRY, 2002).

5.2.5 Saúde Bucal da Gestante

As falas dos ACS quando questionados se existe uma relação entre a gravidez e o aparecimento de cáries, identificaram diversas opiniões, entre as quais: as cáries já existiam antes da gravidez, mas só após que foi percebida; estado emocional da gestante que está muito sensível; que a gravidez pode aumentar o número de cáries; que pode ser por medicamentos, porque o organismo está formando a criança e os nutrientes devem ser usados para isso e não sabe ou não lembra (Tabela 13).

Tabela 13 – O aumento do número de cárie durante a gravidez

DURANTE A GRAVIDEZ, O AUMENTO DO NÚMERO DE CARIES SE DEVE A QUE?	Nº	%
- A pessoa já tinha uma má higiene, essa pessoa já tinha essa cárie, mas só agora percebeu quando estava grávida	6	37,50
- Acha que é pelo estado emocional da gestante que está muito sensível	2	12,50
- Acha sim que a gravidez pode aumentar o número de cáries	2	12,50
- Acha que pode ser por medicamentos	1	6,25
- Acha que pode dar um pouco de cárie porque o organismo está formando a criança e os nutrientes devem ser usados pra isso	1	6,25
- Não sabe ou não lembra	4	25,00

Eu acho que as gestantes, antes já tinham um descuido da boca, já tinham cárie, mas na gravidez ela começou a doer. Mas eu acho que não é por causa da gravidez que aparece cárie, e sim porque ela já tinha (ACS 1).

Será pelo estado emocional da pessoa, umas tem o organismo mais resistente outras não... Eu acho que é devido a pessoa ficar muito sensível (ACS 2).

Eu creio que possa dar um pouco de cárie porque o organismo está formando essa criança e os nutrientes devem ser usados pra isso (ACS 13).

[...] pode ser muito remédio (ACS 14).

Verificou-se a existência de um consenso entre 43,75% dos ACS quando se referem ao fato de fazer tratamento odontológico na gravidez, que pode ser feito normalmente, claro respeitando as limitações do seu estado (Tabela 14).

Tabela 14 - Tratamento dentário na gravidez

VOCÊ ACHA QUE O TRATAMENTO DENTÁRIO DEVE SER FEITO?	Nº	%
- Acha que pode fazer o tratamento normalmente, claro respeitando as limitações do seu estado	7	43,75
- Pode desde que seja procedimentos que não necessite de anestesia, pois acha que a gestante não pode tomar anestesia	4	25,00
- Se precisar de anestesia, tem que ser com a autorização do médico	4	25,00
- Não sabe, mas pede para procurar um dentista	1	6,25

Nos primeiros três meses que é mais arriscado, mas tem certas coisas que ela pode. Fazer coisas mais simples com anestésico local, pode; só coisas mais complicadas que seria bom evitar, tipo extração, canal, só se usar aquele colete (ACS 4).

Algumas gestantes a gente percebe que começam reclamar de dor de dente, às vezes acham que pode ser até por causa da gravidez que está acontecendo isso. Elas vem ao dentista, e já falam: eu não posso tomar anestesia, vem com aquela desculpa que não pode tomar anestesia, mas nós já conversamos com o doutor (médico) e ele falou que não tem nada a ver. Que às vezes os dentistas não dão anestesia ou só passa um remédio pra estar aliviando a dor de dente porque se vier acontecer alguma coisa, um aborto pra elas não falarem que foi por causa da anestesia (ACS 8).

Por outro lado, verifica-se a existência de dificuldades representadas pelos medos, crenças que desaconselham o tratamento odontológico durante a gravidez. Essas mesmas fontes de ansiedade e medo foram percebidas num grupo de gestantes estudadas em Pernambuco por Albuquerque, Abegg e Rodrigues (2004), como a possibilidade de sentir dor e desconforto, da anestesia, entre outros.

Se para o tratamento não for preciso tomar anestesia eu acho que pode fazer sim, mas se precisar anestesia eu acho que não (ACS 15).

Não sei. Eu acredito que se precisar de anestesia eu acho que não, só se não precisar (ACS 12).

5.2.6 Prevenção do Câncer Bucal

No Brasil, a prevenção primária do câncer de boca consiste fundamentalmente em programas e medidas de combate ao consumo de tabaco e álcool, num esforço integrado de promoção de saúde que visa à redução de vários outros agravos. O exame visual da boca para detecção precoce de lesões cancerizáveis e tumores não sintomáticos é uma estratégia de prevenção intuitiva e atraente, a partir da qual se espera viabilizar o diagnóstico da doença em seus estágios iniciais e, assim, possibilitar um melhor prognóstico por meio da pronta e efetiva intervenção terapêutica (ANTUNES; TOPORCOV; WUNSCH FILHO, 2007).

Ao se levar em consideração o reconhecimento dos sinais e sintomas da doença, segundo Lima *et al.* (2005), o nível de conhecimento da população, de um modo geral, relacionado ao câncer bucal é baixo. Isso revela que a maioria das pessoas não sabe reconhecer seus sinais e realizar o autoexame da boca.

Para os ACS, quando indagado se eles achavam possível que uma pessoa pudesse identificar alguma lesão em sua boca, 37,50% apontaram que seria possível se essa lesão incomodasse e 25% acham que é possível se a pessoa se observasse mais, se olhassem mais para sua própria boca, não só a boca, mas todo o corpo, com isso evitaria muitos problemas (Tabela 15).

Tabela 15 – Fatores relacionados ao câncer bucal

VOCÊ ACHA QUE UMA PESSOA É CAPAZ DE IDENTIFICAR LESÕES NA BOCA?	N	%
- Acha que sim se as pessoas se olhassem mais, se observassem mais a sua cavidade bucal	4	25,00
- Acha que sim, se incomodar	6	37,50
- Acha que sim, mas a pessoa fica com medo de procurar o dentista	2	12,50
- Somente acha que sim	3	18,75
- Acha que muito poucas pessoas seriam capazes de identificar	1	6,25

Ah eu acho difícil se for só uma manchinha, mas se for alguma coisa que estiver incomodando aí acho que a pessoa percebe, sim (ACS 6).

Eu acho que a pessoa seria capaz, sim, se olhasse mais a boca. Mas as pessoas raramente olham sua boca. Eu acho que os fatores que podem levar ao câncer bucal é a bebida alcoólica, o cigarro, má higienização que

eu acho que contribui bastante, tem uma certa idade também e pessoas que já tiveram alguém com essa doença na família (ACS 4).

Eu acho que é um percentual bem mínimo pra conseguir perceber, porque as pessoas não se olham, só se incomodar muito pra elas prestarem atenção. Eu acho que o fumo e o cigarro podem levar ao câncer bucal (ACS 9).

O câncer bucal geralmente é assintomático nos seus estágios iniciais, podendo mimetizar condições benignas comuns da boca. Em geral, na maioria dos casos, a detecção do câncer de boca acontece tardiamente. Na ocasião do diagnóstico, a doença já se encontra em estágio avançado (LIMA *et al.*, 2005).

Em relação aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer bucal, as falas demonstram que eles possuem conhecimento de pelo menos alguns dos fatores de risco principais como tabaco, álcool, má higiene bucal, má nutrição, uso de próteses mal-ajustadas ou que sofram de alguma irritação crônica na mucosa bucal (Tabela 16).

Tabela 16 – Percepção dos fatores de risco do aparecimento do câncer bucal

NA SUA PERCEPÇÃO QUAL(IS) FATORES DE RISCO MAIS RELACIONADOS AO APARECIMENTO DO CÂNCER BUCAL?	N	%
- Genéticos, fumo e álcool	1	6,25
- Genéticos e próteses que machucam	1	6,25
- Genéticos e a alimentação	1	6,25
- Genéticos, a má higienização e a idade	1	6,25
- Somente o fumo	1	6,25
- Fumo e álcool	2	12,50
- O fumo e dentes muito quebrados	3	18,75
- O fumo, próteses que machucam e a má higienização	1	6,25
- O fumo, o álcool e o sedentarismo	1	6,25
- Medo	1	6,25
- Não sabe ou não lembra	3	18,75

Segundo Antunes, Toporcop e Wunsch Filho (2007), um adequado treinamento dos profissionais da saúde é uma etapa fundamental dos programas de rastreamento de câncer.

5.3 ATUAÇÃO EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL

Lunardelo (2004) ressalta a importância do trabalho em equipe como um instrumento enriquecedor, mas também gerador de dificuldades e sofrimento, observando ainda que o trabalho em equipe é importante no dia a dia, para apoiar o ACS e ampará-lo em suas dificuldades e para oferecer uma assistência de qualidade aos usuários do setor saúde. Um aspecto relevante nesse estudo é o trabalho em equipe junto com a saúde bucal, apontado por 75% dos ACS.

Ah é excelente porque você trabalha com toda a saúde da pessoa, porque se você falar da boca você está falando da saúde em geral (ACS 3).

Pra mim eu acho importante, a gente faz um acompanhamento de toda a saúde da pessoa, não só a saúde bucal, é um todo, sendo que assim você vai dar uma melhor qualidade de vida pra essa pessoa também (ACS 11).

É de suma importância essa visão do ACS, pois mostra que além de ele perceber a importância do trabalho em equipe na ESF, mostra que ele tem noção da integralização dos cuidados de saúde. Considerado um dos princípios doutrinários do SUS, a integralidade reveste-se de uma importância estratégica ímpar para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil. Nesse mesmo sentido foi a reflexão encontrada por Holanda, Barbosa e Brito (2009) diante de um curso de qualificação para ACS no Rio Grande do Norte.

No entanto, verificamos também que em muitos momentos, as equipes não têm correspondido às expectativas, mostrando o ACS descontente e frustrado (Tabela 17).

Tabela 17 – Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde ACS junto com a equipe de saúde bucal

COMO É PRA VOCÊ TRABALHAR JUNTO COM A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL?	Nº	%
- Acha que é muito bom trabalhar com a equipe de saúde bucal	12	75,00
- Acha bom trabalhar com a equipe mas falta comunicação, diálogo entre os profissionais da Saúde Bucal e os Agentes	1	6,25
- Acha que a equipe não cativa, deixa muito a desejar	1	6,25
- Não tem muito contato com a equipe	2	12,50

Eu penso assim é bom: é ótimo trabalhar com essa equipe, só que eu acho que deveria ter mais contato com a gente, a gente esta sempre ouvindo o profissional passar alguma coisa nova pra que a gente repasse na área (ACS 2).

Eu acho que o meu PSF é um pouco fraca. Eu acho que tinha que ser mais empenhado, que não cativa os pacientes eu acho que deixa um pouco a desejar (ACS 15).

Só uma vez que o doutor (dentista) foi junto comigo na minha área, não tenho muito contato (ACS 14).

Eu nunca sai com o dentista pra ir na área, então eu não sei (ACS 6).

Esse aspecto observado pelos ACS pode ser um reflexo de que a formação acadêmica de muitos dentistas leva-os a desenvolverem um trabalho meramente técnico, e isso é percebido pelos demais componentes das equipes de saúde, inclusive pelo ACS, aumentando o distanciamento desses profissionais e elaborando no senso comum uma idéia de que o dentista é incapaz de realizar outras tarefas além das atividades técnicas odontológicas (HOLANDA; BARBOSA; BRITO, 2009).

Quando perguntado aos ACS se eles saberiam quais ações um agente pode desenvolver dentro da saúde bucal, a maioria aponta a orientação como principal ação desenvolvida por eles como mostra a tabela 18.

Tabela 18 – Ações que podem ser desenvolvidas pelos ACS em relação a saúde bucal

VOCÊ SABE QUAIS AS AÇÕES UM ACS PODE DESENVOLVER EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL?	Nº	%
- Orientação	9	56,25
- Orientação, mas acha que poderia fazer mais	3	18,75
- Orientação e palestras educativas junto com o dentista e/ou auxiliar	3	18,75
- Distribuir escovas	1	6,25

A gente trabalha muito com orientação, de mães, adultos, idosos, falando das dentaduras (ACS 3).

Orientação com ou sem o dentista. Falar do cuidado com a boca, com os dentes e com a alimentação (ACS 5).

Além de algumas informações e orientações sobre como conseguir a vaga pra dentista (ACS 15).

Entretanto, observa-se que alguns agentes têm uma visão mais abrangente da sua capacidade de orientação, que fazer promoção da saúde bucal faz parte de suas atribuições, tendo consciência de que poderiam estar ampliando muito mais suas ações pela comunidade em que atuam.

Você pode desenvolver palestras, junta uns vizinhos ali numa rua e faz uma palestra e esclarece muito mais dúvidas do que de casa em casa, e orientação (ACS 11).

Orienta o que pode ser feito, indica aonde ir, há orientação só... Eu acho que tem muito mais coisa pra gente aprender sobre isso. A gente só ouve falar da hanseníase, tuberculose etc e tal, são as doenças que mais focam em cima; agora assim... a higiene bucal vamos dizer, a gente não tem um preparo melhor, pra que a gente tenha mais conhecimento, as vezes de coisas tão fáceis de serem faladas, ou de orientar a pessoa a gente não tem noção, então é uma coisa que a gente precisava...(ACS 2).

Em relação aos fatores que facilitam sua atuação, 31,25% dos ACS não apontaram nenhum fator, mas 25% indicaram como fator facilitador o vínculo criado com as famílias adscritas, como o conhecimento e a liberdade que eles têm com cada família sob sua responsabilidade de orientá-las. A mesma porcentagem de

agentes indicou a união, a comunicação na equipe e as orientações repassadas a eles e, por último, 18,75 % disseram que as visitas domiciliares junto com a equipe de saúde bucal são os fatores que mais contribuem para atuação dos ACS nas ações em saúde bucal (Tabela 19).

Tabela 19 – Fatores que facilitam a atuação dos ACS

QUAIS OS FATORES QUE FACILITA A SUA ATUAÇÃO?	Nº	%
- Vínculo criado com as famílias	4	25,00
- As visitas domiciliares que a equipe de saúde bucal faz com os ACS	3	18,75
- A união da equipe, a liberdade de chegar e falar com a equipe, a comunicação, as orientações que a equipe de saúde bucal passa para os ACS	4	25,00
- Não comentou nenhum fator que facilita	5	31,25

Entender as pessoas que moram na área de abrangência da equipe de saúde da família permite ao agente comunitário de saúde ter um conhecimento amplo da realidade local e do modo de vida dos indivíduos, enriquecendo as relações e vínculos construídos (LUNARDELO, 2004).

A facilidade é que a gente já faz parte das famílias, você tem uma liberdade de falar orientar, o contato (ACS 1).

A gente tá sempre trabalhando com as meninas, nas visitas vendo como elas trabalham então eu acho que a visita domiciliar facilita muito (ACS 3).

A atuação dos Agentes Comunitários de Saúde esbarra em inúmeros limites e dificuldades de atuação, como se pode observar na tabela 20: a falta de material educativo e educação continuada para os ACS, assim como a falta de material preventivo e visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde bucal e o número limitado de vagas para realizar o tratamento odontológico são os principais fatores que dificultam ou impedem a atuação do Agente Comunitário de Saúde.

Tabela 20 – Fatores de dificultam a atuação dos ACS de Naviraí-MS

EXISTE ALGUM FATOR QUE DIFICULTA A SUA ATUAÇÃO? QUAL SERIA ELE?	Nº	%
- Acha que não tem nenhum fator que dificulta	2	12,50
- A falta de compromisso do profissional (dentista), não “veste a camisa”	1	6,25
- Pessoas da área, principalmente os adultos que não aceitam as orientações sobre saúde bucal	1	6,25
- Falta de material educativo, treinamentos, palestras que incentivasse os ACS a desenvolver um trabalho mais adequado	5	31,25
- Falta de material preventivo e visitas domiciliares da equipe de saúde bucal	2	12,50
- Poucas vagas para tratamento	2	12,50
- A forma de acesso da população ao tratamento	1	6,25
- A rotatividade do profissional (dentista) na equipe	1	6,25
- A falta de comunicação, dialogo com a equipe de saúde bucal	1	6,25

O que dificulta é que eu acho que os ACS não falam muito de saúde bucal, tipo não tem muitos panfletos, não há muito incentivo de todos sabe, não tem, por exemplo, uma campanha sobre saúde bucal. Falta mais material, treinamento que incentivasse pra gente trabalhar melhor pra incentivar (ACS 4).

Acho que se fosse passada mais informação pra gente, a falta de capacitação sobre o que a gente pode estar fazendo pra estar ajudando (ACS 10).

Eu acho que o que dificulta é a falta de material, as vezes não tenho escovinha pra distribuir pra uma criança que pede, e eles não marcam visitas pra sair comigo na área (ACS 6).

E o que dificulta são as poucas vagas. As vagas não suportam pro tanto de população que faz parte da nossa área (ACS 7).

É preciso ressaltar também alguns aspectos menos citados pelos Agentes Comunitários de Saúde como a população adulta que não aceita as orientações passadas pelos agentes, falta de compromisso profissional, a forma de acesso da população ao tratamento, a rotatividade de profissional dentista na equipe e a falta de comunicação, dialogo, com a equipe de saúde bucal são fatores que têm relação direta com a execução e atuação das atividades que os ACS podem realizar em saúde bucal, exigindo atenção especial.

Uma dificuldade enfrentada pelos agentes segundo Duarte e Silva (2007), é quando a abordagem se refere à higiene. Afirmam, os autores, que o tema deve ser abordado com cuidado, sugerindo a realização de estratégias mais adequadas e que prendam a atenção como palestras, encontros e teatros. Esse discurso mostra essa dificuldade.

O que eu acho que dificulta, é a própria mãe que não aceita a orientação pra ela sabe. Ela deixa falar com a criança, mas ela não dá muita importância quando a orientação é pra ela (ACS 3).

Ai assim, às vezes eu tenho até medo de falar o que eu penso, mas a falta de vontade, a falta de vontade mesmo do profissional aquela dificuldade, mas se unir mesmo. Assim, vamos vestir mesmo a camisa, buscar mesmo o problema, mas eu acho que é falta de vontade mesmo, assim de ter essa orientação, essa coisa de profissional e do agente comunitário, porque às vezes é o agente comunitário que cobra o profissional e não o profissional que cobrar do agente comunitário (ACS 2).

Aqui mesmo nós temos um livro que só nome dele já me deixa quase louca da cabeça, “futuros agendamentos pro dentista” o livro me dá depressão de ver esse nome, estão chamando pessoas que deixaram o nome no ano passado, e dessas pessoas muitas já mudaram, ai vem pessoas agora e têm que pôr o nome nesse livro então essas pessoas só vão ser atendidas daqui a um ano, e essas pessoas têm interesse em fazer o tratamento, esse é um fator que dificulta, teria que mudar essa estratégia. Porque se mudasse o que a gente fala lá a área chega aqui e acontece é isso que eu acho que deveria mudar (ACS 8).

Assim, ainda que a atuação dos ACS de em relação à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família de Naviraí não é aquela completamente adequada, sabe-se que o ACS tem uma missão social bem clara, pois é alguém inteiramente identificado com sua própria comunidade, com os mesmos valores, costumes e linguagem, cuja capacidade de liderança se reverte em ação comunitária em prol da melhoria das condições de vida e de saúde apoiada pela ação governamental (SOUZA, 2001).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aspectos pesquisados sobre o perfil de todos os ACS que atuam em Naviraí-MS, revelaram características semelhantes às de outros estudos nesse sentido, realizados em outras regiões do país; a predominância de mulheres, adultas jovens e com o ensino médio completo.

Pode se afirmar que ao examinar as percepções dos ACS de Naviraí em relação à saúde bucal, concluiu-se que, apesar das limitações encontradas por alguns agentes, a maioria mostrou que possui um bom conhecimento em relação à saúde bucal.

Atividades relacionadas à atuação dos ACS na saúde bucal mostraram que o ACS reconhece a importância de se trabalhar em equipe. É preciso destacar essa visão do ACS, pois mostra que além de ele perceber a importância do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família, ele tem noção da integralização dos cuidados de saúde.

Por outro lado, essa atuação se resume à orientação da comunidade e, muitas vezes, essa só diz respeito a como conseguir o acesso ao tratamento. É importante ressaltar que outras ações educativas e preventivas em saúde bucal como, por exemplo, a realização de palestras, não tiveram tanta importância para os ACS como atividades que podem ser realizadas por eles.

Outro ponto importante diz respeito aos aspectos que facilitam a atuação do ACS. Apesar de muitos agentes não terem comentado nenhum fator que facilitasse a sua atuação, destaca-se o vínculo criado com as famílias como o conhecimento e a liberdade que eles têm com cada família sob sua responsabilidade, de orientá-las, assim como a união, a comunicação entre os competentes da equipe que foram apontados como fatores que mais os ajudam a exercer suas funções.

Ressaltam-se, como contraponto, os principais aspectos que dificultam a atuação encontrada pelos ACS, como a falta de material educativo e a falta de treinamentos em forma de educação continuada que limitam e dificultam sua atuação na saúde bucal.

Assim, torna-se necessário, garantir aos ACS uma educação continuada, especialmente no sentido de desenvolver suas capacidades de atuação com novos

enfoques e estratégias de trabalhar com a comunidade de forma mais participativa e dinâmica, tornando-se um agente transformador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, O. M. R. de; ABEGG, C.; RODRIGUES, C. S. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, jun. 2004.

ALVES, D. da M.; SANTOS, A. A. dos; SANTOS, T. J. dos *et al.* Avaliação da eficácia de uma escova e fita dentais alternativas utilizadas na higienização bucal em escolares da rede pública. **Odontologia. Clín.-Cientif.**, Recife, v. 2, n. 3, p. 191-6, set/ dez., 2003.

ALVES, E.; ARRATIA, A.; SILVA, D.. Perspectiva Histórica e Conceitual da Promoção da Saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.1, n.2, p.2-7, jul/dez, 1996.

ANTUNES, J. L. F.; TOPORCOV, T. N.; WUNSCH FILHO, V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 1, Jan. 2007. Disponível em:<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Oct. 2009.

BADARÓ, A. F. V. **Ética e bioética na práxis da fisioterapia: desvelando comportamentos**. 2008. 164 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)- Universidade de Brasília.

BALDANI, M, H. *et al.* A inclusão da odontologia do programa saúde da família no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026 – 1035, jul./ago., 2005.

BORGES, C. C; JAPUR, M. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p. 507-19, set/ dez 2005.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil – Título VIII, Capítulo II, Seção II**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. **Lei 10.507 de 10 de julho de 2002**. Dispõe sobre a criação da profissão de Agente Comunitário de Saúde. Brasília, 10 de julho de 2002a. Disponível em: <www.saude.gov.br/saudedafamilia/portarias>. Acesso em: 10 jul. 2008.

BRASIL. **Lei n. 11.350, de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, 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. Brasília: Casa Civil, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm>. Acesso em: 27 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. Departamento de Atenção Básica – DAB. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>>. Acesso em: 27 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério do Planejamento, estratégia e gestão. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 22 set. 2009.

BRASIL. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília: Ministério de Saúde, 2000.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Nov. 2009.

CALIL, C. M.; TARZIA, O.; MARCONDES, F. K. Qual é a origem do mau hálito? **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 35, n. 3, p. 185-90, 2006.

CAMARGO, M. B. J.; DUMITH, S. C.; BARROS, A. J. D. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p.1894-906, set. 2009.

CAMPOS, C. E. A. O Desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância à saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-84, 2003.

CARVALHO, M. de L.; ARCIERI, R. M.; MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, p. 1-1, 2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2104>. Acesso em: 11 Out. 2009.

CARVALHO, M. F. de; RODRIGUES, P. A.; CHAVES, M. das G. A. M. Halitose: revisão literária. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 34, n. 4, p. 273-9, out./ dez. 2008.

DUARTE, L. R.; SILVA, D.; SCHIMMING, J. R. da *et al.* Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, Dec. 2007.

FAJARDO, A. P. **Agentes comunitários de saúde: discurso e prática em saúde bucal coletiva**. 2001. Dissertação (Pós-graduação em Odontologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Área de concentração de saúde bucal coletiva.

FERRAZ, L.; AERTS, D. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347- 355, 2005.

FIGUEIREDO, M. C.; SILVA, D. D. F. Efetividade de dedeira de gaze comparada à escova dental convencional no controle do biofilme dentário em bebês. **ConScientiae Saúde**, v. 7, n. 3, p. 357-66, 2008.

FLORES, O. **O Agente Comunitário de Saúde: caracterização da sua formação sócio-histórica como educador em saúde**. 2007. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília.

FRANCISCO, K. M. S.; SUNDEFELD, M. L. M. M.; GARBIN, A. J. Í. *et al.* Técnica do grupo focal como método de avaliação técnica do conhecimento de adolescentes sobre saúde bucal. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 31, n. 2, p. 165-70, 2009.

GESSER, H. C.; PERES, M. A.; MARCENES, W. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, June 2001. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Oct. 2009.

GRANVILLE-GARCIA, A.; LORENA SOBRINHO, J.; ARAUJO, J. *et al.* Influência do Fator Socioeconômico no Comportamento dos Adolescentes em Relação à Saúde Bucal. **Odonto**, Brasil, 16, apr. 2009.

HOLANDA, A. L. F. de; BARBOSA, A. A. de A.; BRITO, E. W. G. Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Oct. 2009.

LEVY, F. M; MATOS, P. E. S; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, jan/ fev 2004.

LIMA, A. A. S. de; FRANÇA, B. H. S.; IGNÁCIO, S. A. *et al.* Conhecimento de alunos universitários sobre câncer bucal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 4, p. 283-8, 2005.

LOSSO, E. M.; TAVARES, M. C. da Silva J. Y.; URBAN, C. A. Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 4, p. 295-300, 2009.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto**. 2004. Dissertação (Mestrado em saúde pública) - Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

MARQUES, D. S. C. **Impacto de uma capacitação de Agentes Comunitários de Saúde na promoção da saúde bucal**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Católica de Santos, Santos.

MARTINS, A. L.; TESSLER, A. P.; CORRÊA, M. S. Controle mecânico e químico da placa bacteriana. In: CORRÊA, M. S. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 1999.

MELLO, A.; MOYSÉS, S.; CASTRO, R. Cuidado dirigido à saúde bucal: significados atribuídos por cuidadores de idosos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 1, jan/ mar. 2009.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro, Abrasco, 2000.

MIRANDA, A. C. E.; HABITANTE, S. M.; CANDELÁRIA, L. F. de A. Revisão de determinados fatores que influenciam no sucesso do reimplante dental. **Rev. biociênc.**, Taubaté, v. 6, n. 1, p. 35-9, jan/ jul, 2000.

NARVAI, P. C. *et al.* Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 19, n. 6, June 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Oct. 2009.

NAVIRAÍ. Gerencia Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009.** Naviraí, 2006.

NUNES, M. O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1639-46, nov/ dez. 2002.

RAMOS, B. de C.; MAIA, L. C. Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. **Rev Odontol Univ São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 3, July 1999.

REIS, C. dos *et al.* Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: "a voz do usuário". **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Aug. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400035&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Oct. 2009.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RONCOLLETA, A. F. T. *et al.* **Princípios da medicina de família** São Paulo: Sombramfa, 2003.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.13. n. 6., p. 1027-34, nov/ dez. 2005.

SÍNCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunic Saúde, Educ**, v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003.

SOUSA, M. F. **Agentes comunitários de saúde**. Choque de Povo! São Paulo: Hucitec, 2001.

SOUZA, M. de F. de. **Programa Saúde da Família: estratégia de superação das desigualdes na saúde? Análise do acesso aos serviços básicos de saúde**. 2007. Tese (Doutorado em Ciências da saúde) - Universidade de Brasília.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TEÓFILO, L. T.; ALENCAR, A. H. G. de; Meios de conservação de dentes permanentes avulsionados. **Robrac**, v.14, n. 37, 2005.

TOASSI, R. F. C.; PETRY, P. C. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 5, Oct. 2002. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Oct. 2009.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super- herói”. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**, v. 6, n.10, p.75-94, fev 2002.

TONDÉLO, J. **Avaliação de uma Proposta de um Programa Educativo em Saúde Bucal para Agentes Comunitários de Saúde**. 2006. Dissertação (Pós-graduação em Odontologia) - Área de concentração de saúde bucal coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. A reforma da saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

ZANETTI, C. H. G. **Saúde Bucal no Programa Saúde da Família (PSF) Proposição e Programação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

APÊNDICE A - NÚMERO DOS ACS SORTEADOS PARA A ENTREVISTA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE NAVIRAÍ/ MS

UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE Nº	Nº DOS ACS SORTEADOS PARA A ENTREVISTA
USF Carlos Vidoto	01,02,03,04,05,06,07,08,09	01, 05
USF Paraíso 1	10,11,12,13,14	13, 14
USF Paraíso 2	15,16,17,18,19,20,21	15, 18
USF Boa Vista	22,23,24,25,26,27,28,29	26, 29
USF São Pedro	30,31,32,33,34,35	32, 34
USF Maria de Lourdes	36,37,38,39,40,41	37, 38
USF Ronan Marques	42,43,44,45,46,47,48,49	42, 45
USF Koreman	50,51,52,53,54,55,56	54, 56

APENDICE B – QUESTIONÁRIO**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: percepção e atuação de Agentes Comunitários de Saúde em relação à saúde bucal**

Pesquisadora: Franciély Cleciani Barba Orientador: Dr Elioenai Dornelles Alves (UnB)

QUESTIONÁRIO

1) Idade: _____

2) Sexo: () Feminino () Masculino

3) Qual o grau de escolaridade que você tem?

- () ensino fundamental incompleto (estudei até a _____ série)
- () ensino fundamental completo (1ª a 8ª série)
- () ensino médio incompleto (estudei até o _____ ano do antigo 2º grau)
- () ensino médio completo (antigo 2º grau)
- () nível superior incompleto
- () nível superior completo

4) Qual o seu estado civil?

- () casada (o)
- () solteira (o)
- () união estável
- () viúva (o)
- () outros _____

5) Qual sua renda familiar mensal total? (referência: 1 SM = R\$ 465,00)

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

6) Qual o número de pessoas que moram na sua casa?

7) Há quanto tempo você mora na área de abrangência de PSF?

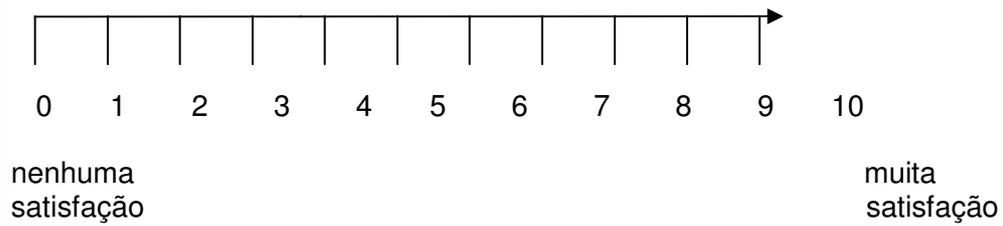
- () Menos de 01 ano
- () De 1 a 2 anos
- () De 3 a 4 anos
- () 5 anos ou mais

8) Há quanto tempo você trabalha como ACS?

- menos de 1 ano
- 1 a 2 anos
- 2 a 3 anos
- 3 a 4 anos
- mais de 5 anos

9) Fale-me sobre o que você fazia antes de torna-se ACS

10) Qual o nível de satisfação você daria para o seu trabalho?



APENDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: percepção e atuação de Agentes Comunitários de Saúde em relação à saúde bucal

Pesquisadora: Franciélly Cleciani Barba Orientador: Dr Elioenai Dornelles Alves (UnB)

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

DADOS DA ENTREVISTA/PARTICIPANTES			
LOCAL	DA	ENTREVISTA _____	GRAVAÇÃO
Nº _____			
DATA: ____/____/____		HORÁRIO: início _____ término _____	
PARTICIPANTES: _____			

I – PERCEPÇÃO EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL

1. A saúde bucal do bebê até os primeiros dentes

- Quanto à higiene bucal dos bebês, e os primeiros dentinhos o que você acha correto ser feito?

- Qual a importância dos dentes de leite?

- O que a alimentação pode influenciar numa dentição saudável?

- Acidentes com dentes temporários e permanentes, o que fazer?

2. A dentição permanente

- Na sua opinião, em que idade começam a nascer os primeiros dentes permanentes?

- A cárie é para você uma doença provocada principalmente pelo o que?

- Na sua opinião, o que pode levar o dente precisar de tratamento de canal?

3. Higienização da dentição permanente

- Com que frequência você acha adequado escovar os dentes? E o fio dental?

- E o flúor é importante?

- Mau hálito é na maioria das vezes causado pelo o que?

4. Prevenção da gengivite

- O que você que é o sangramento da gengiva?
- Quais os procedimentos de higiene bucal devem ser utilizados corretamente para se evitar a inflamação da gengiva?

5. Saúde bucal da gestante

- Durante a gravidez, o aumento do número de caries se deve a que?
- Você acha que o tratamento dentário deve ser feito?

6. Como evitar fatores associados ao câncer bucal

- Você acha que uma pessoa é capaz de identificar lesões na boca?
- Na sua percepção qual (is) fatores de risco mais relacionados ao aparecimento do câncer bucal?

II – ATUAÇÃO EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL

1. Como é para você trabalhar junto com a equipe de saúde bucal?
2. Você sabe quais as ações um ACS pode desenvolver em relação à saúde bucal?
3. Quais fatores você acha que facilita a sua atuação?
4. Existe algum fator que dificulta a sua atuação? Qual seria ele?

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: percepção e atuação de Agentes Comunitários de Saúde em relação à Saúde Bucal”, de autoria de Franciélly Cleciani Barba, sob a orientação do Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves (docente da Universidade de Brasília - UnB)

Tem como objetivo descrever a percepção e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde em relação à Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, no Município de Naviraí - MS. Para isso, os dados serão coletados em duas etapas: a primeira será o levantamento de dados por meio de um questionário individual semi – estruturado objetivando conhecer o perfil sócio-econômico e demográfico dos ACS que atuam no Município de Naviraí; a segunda etapa será por meio de uma entrevista realizada em cada unidade de PSF de Naviraí com uma dupla de ACS onde os mesmos relatarão suas percepções e atuações sobre temas relevantes dentro da Saúde Bucal; esses relatos serão gravados pela pesquisadora seguindo as normas determinadas pela Resolução CNS 196/96 que prevê a obrigatoriedade do consentimento dos sujeitos na pesquisa e a sua aprovação prévia pelo Gerente Municipal de Saúde.

O desenvolvimento deste estudo não implica nenhum risco ou desconforto para as pessoas envolvidas, pois não precisarão desembolsar nenhum recurso financeiro terão privacidade e confiabilidade em relação a sua participação na pesquisa. Neste sentido, foi assumido compromisso pela pesquisadora, de periódica informação sobre o andamento e os resultados da pesquisa.

Os dados pessoais somente serão utilizados dentro das finalidades da pesquisa, não sendo permitida sua identificação em nenhuma publicação ou encontro científico.

Os sujeitos envolvidos na pesquisa possuem, a qualquer momento, liberdade de perguntar e de questionar as pesquisadoras sobre o andamento da pesquisa. Em caso de desistência da participação na pesquisa, não haverá nenhuma penalidade, pois a participação é totalmente voluntária.

Assim sendo, Eu, _____, identidade nº - _____, após ter lido, recebido todas as explicações e esclarecidas todas as dúvidas, concordo em participar da pesquisa **“ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: percepção e atuação de Agentes Comunitários de Saúde em relação à Saúde Bucal”** colaborando como voluntário desta pesquisa.

Naviraí, ____ de _____ de _____

Assinatura do pesquisado

Contato:

Franciélly Cleciani Barba

Dentista CRO- MS 3485

Mestranda do Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde da UnB

Telefones: (67) 3461 1422

ANEXO B – CONSENTIMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA - UNIGRAN**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
COM SERES HUMANOS UNIGRAN**

Dourados, 06 de março de 2009

Prezada Pesquisadora:
Franciélly Cleciani Barba

O Projeto de vossa autoria 309/08 **“Estratégia Saúde da Família: percepção e atuação de Agentes Comunitários de Saúde em relação à saúde bucal”** foi integralmente APROVADO pelo CEP-UNIGRAN e poderá ser conduzido. Pois a acadêmica atendeu as recomendações dos relatores.

Ressalto que os relatórios semestrais devem ser apresentados ao Comitê para acompanhamento e que alterações em seu projeto devem ser avisadas previamente a coordenação.

Respeitosamente,

Prof.ª M.Sc. Georgia Cristian Borges
Secretária CEP-UNIGRAN

ANEXO C – ARTIGO

PERCEPÇÃO E ATUAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL DE NAVIRAÍ- MS

PERCEPTION AND PERFORMANCE OF HEALTH COMMUNITY AGENTS AS FOR BUCCAL HEALTH OF NAVIRAÍ/MS

Franciély Cleciani Barba - Mestranda em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília
francieleciani@hotmail.com

Elioenai Dornelles Alves, Dr. – Professor Titular da Universidade de Brasília
elioenai@unb.br

RESUMO

Este estudo trata de uma pesquisa quantitativa e qualitativa, tendo como objetivo geral descrever a percepção e a atuação dos agentes comunitários de saúde em relação à saúde bucal de Naviraí/ MS. Foram levantados dados do perfil de 51 Agentes Comunitário de Saúde que atuavam em Naviraí/ MS, sendo que esses dados foram trabalhados de forma quantitativa com análise descritiva em números absolutos e relativos. Foram também entrevistados 16 ACS, para pesquisa qualitativa, sendo que utilizou-se a técnica de análise de conteúdo para o material coletado nas entrevistas. O perfil observado dos ACS que atuavam em Naviraí foi, em sua maioria mulheres, adultas jovens entre 18 e 29 anos, com o ensino médio completo. Quanto à percepção, pode-se afirmar que a maioria dos ACS possui um domínio de conhecimentos e informações básicas relacionados à saúde bucal. Quanto à atuação dos ACS, suas atividades se resumem à orientação da comunidade. Importante também destacar que os aspectos como vínculo criado com as famílias e a união na equipe foram apontados como fatores que mais facilitam sua atuação. No entanto, a falta de material educativo e a falta de treinamentos em forma de educação continuada sobre saúde bucal foram os fatores apontados que mais dificultam os ACS a exercer sua função na Saúde Bucal.

Palavras chave: Saúde da Família; Programa Saúde da Família, Saúde Bucal.

ABSTRACT

This study is about a quantitative and qualitative research, having as its general objective the perception and the performance of the Health Community Agents (henceforth HCA) as for the buccal health of Naviraí/MS. Data on the profile of the 51 Health Community Agents was collected, being these pieces of data worked on in a quantitative way with descriptive analysis in absolute and relative numbers. 16 HCAs were interviewed for the qualitative research. The information collected from the interviews was analyzed based on the content analysis technique. The observed profile of the HCAs who work in Naviraí shows that the majority is women – young female adults between 18 and 29 years old with complete secondary school education. As for perception, it can be stated that the majority of the HCAs have profound knowledge and basic information related to Buccal Health. As for the performance of the HCAs, their activities are reduced to the orientation of the community. It is also important to highlight that the aspects seen as bounds created between the families and the union among the team were cited as factors that promote an easier performance. However, the lack of educational material and the lack of continued education training on buccal health were the factors that contributed to the difficulty the HCAs find when performing their job in Buccal Health.

Key words: Family Health, Family Health Program, Oral Health.

1 INTRODUÇÃO

Num cenário de implantação e implementação do Sistema Único de Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge, dentro da perspectiva da Atenção Primária à Saúde, como uma estratégia de reorganização sanitária, face às discussões acerca do modo de produzir saúde (NUNES *et al.*, 2002).

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início em meados de 1993, sendo regulamentado de fato em 1994, como uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) para mudar a forma tradicional de prestação de assistência, visando estimular a implantação de um novo modelo de Atenção Primária que resolvesse a maior parte (cerca de 85%) dos problemas de saúde (RONCOLETTA *et al.*, 2003).

Surge assim, a Estratégia Saúde da Família que preconiza uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, dentista, auxiliar de consultório dentário, técnico de higiene bucal e agentes comunitários de saúde. Essa equipe trabalha em um território definido, denominado área de abrangência e tem sob sua responsabilidade o acompanhamento de 600 a 1000 famílias (LUNARDELO, 2004).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um elo entre a comunidade e os serviços de saúde, a encontrar soluções mais eficazes para os seus problemas. Assim o ACS auxilia a população e os serviços de saúde, identificando áreas e situações de risco individual e coletivo, encaminhando as pessoas doentes às unidades de saúde, orientando a promoção e a proteção da saúde, acompanhando o tratamento e a reabilitação das pessoas doentes orientadas pelas Unidades de Saúde, mobilizando a comunidade para a conquista de ambientes e condições favoráveis à saúde e ainda notificando aos serviços de saúde as doenças que necessitam de vigilância (BRASIL, 2000).

É importante ressaltar que os Agentes Comunitários de Saúde vêm desenvolvendo fundamental trabalho na vigilância da saúde da população e acaba se tornando um profissional auxiliar também da odontologia. Mas, para detectar problemas odontológicos na comunidade e para orientar a população na prevenção de novos problemas é preciso que tenham conhecimento em relação à saúde bucal. Isso estimula-los-á a descobrir a sua importância, tornando-os mais ativos e conscientes de seu papel como cidadãos atuantes.

O modelo assistencial de atenção em saúde bucal, centrado na doença e com base na demanda espontânea, deve evoluir para um modelo de atenção integral à saúde no qual as ações de promoção, de proteção, e de recuperação sejam incorporadas progressivamente, buscando a melhoria da qualidade de vida.

A saúde bucal historicamente tendeu a trabalhar isoladamente, separando a boca do resto do corpo e o indivíduo do seu meio ambiente. A Estratégia Saúde da Família (ESF) aponta para importantes mudanças na organização dos serviços e no processo de trabalho. Um dos diferenciais é o trabalho de diversos tipos de profissionais em equipe, inclusive com relação à saúde bucal, que até então estava excluída (HOLANDA; BARBOSA; BRITO, 2009).

Conforme Zanetti (2000), um dos objetivos da saúde bucal na ESF é a desmonopolização do saber. Para isso é preciso contar com a ação dos Agentes Comunitários da Saúde no espaço da família. Nessa estratégia a excelência será obtida na simplicidade, no baixo custo e na grande efetividade da prática desenvolvida. Alcançar-se-á, assim, grande impacto epidemiológico e social, porque se buscará rotinizar ações e enraizar o autocuidado e, conseqüentemente, mudar hábitos pouco saudáveis.

A importância e o significado dessa categoria profissional de ACS para a comunidade e para a equipe de saúde é tão grande que se julgou ser de interesse verificar as suas relações da mesma também com a saúde bucal coletiva, e propor, se necessárias, capacitações aos Agentes Comunitários de Saúde para que eles sejam multiplicadores de conhecimento na área da odontologia na comunidade, auxiliando na busca de soluções dos problemas identificados na própria área de abrangência.

Com relação ao trabalho educativo prestado pelos Agentes Comunitários da Saúde, Ferraz e Aerts (2005) ressaltam que a participação deles em ações pontuais e simplificadas parece produzir impacto significativo e relevante em termos de saúde coletiva, mostram que é necessário incluir algumas ações que talvez possam potencializar o trabalho dos ACS como: incorporar um auxiliar administrativo nas equipes de ESF, diminuir o número de famílias por ACS e oferecer mais capacitações e educação permanente na estratégia.

Por sua ação ser dirigida a reforçar o vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde, sendo eles que muitas vezes recebem a queixa inicial de um usuário ou percebem pela primeira vez um problema de saúde bucal durante as visitas

domiciliares que realizam, deve ser considerado todo esforço no sentido de potencializar sua prática a sua atuação na educação de saúde bucal junto às famílias das áreas de abrangência, admitindo-se que possam contribuir para maior efetividade das ações de promoção da saúde, prevenção das doenças, da saúde bucal e assistência individual.

Nas atividades de educação em saúde, admite-se que sua atuação possa, por meio da transmissão de informações e conhecimentos, contribuir para fortalecer a capacidade da população no enfrentamento dos problemas de saúde bucal. Torna-se necessário deslocar as ações do enfoque curativo e orientá-las à prevenção e promoção da saúde. Ao se promoverem novas percepções e valores, a consciência do valor da saúde bucal e a consciência cidadã do direito à saúde são fortes alavancas para impulsionar mudanças rumo à promoção do crescimento e envelhecimento saudável (MELLO; MOYSES; CASTRO, 2009).

Assim, este estudo teve como objetivo geral descrever a percepção e atuação dos Agentes Comunitários de Saúde em relação à Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, no Município de Naviraí, Mato Grosso do Sul e, como objetivos específicos, identificar o perfil sociodemográfico dos ACS, identificar as principais percepções e atuações no que se refere à saúde bucal que predominam entre os ACS e evidenciar os aspectos facilitadores e dificultadores para atuação dos ACS em saúde bucal. O Agente Comunitário de Saúde, apesar de ser um elemento recente no cenário das profissões de saúde, desempenha um papel importante na comunidade.

2 METODOLOGIA

Este estudo foi realizado no Município de Naviraí, localizado na região Cone-Sul de Mato Grosso do Sul, nas unidades da Estratégia Saúde da Família, no período de julho a agosto de 2009. O delineamento utilizado foi composto por duas etapas: primeira, com todos os ACS da Estratégia Saúde da Família que atuam em Naviraí e segunda, com dois ACS participantes sorteados de cada uma das oito equipes de saúde totalizando 16 sujeitos.

Para obtenção dos dados da primeira etapa, foram utilizados questionários autoaplicáveis, semiestruturados com perguntas abertas e fechadas que foram entregues nas unidades de saúde para os 51 participantes do estudo.

Além dessa etapa, foi realizada uma entrevista, utilizando um roteiro com temas selecionados que abordavam suas percepções e atuação em relação à saúde bucal com dois ACS de cada equipe de saúde, fazendo um total de 16 participantes. As entrevistas foram gravadas, mediante autorização e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e, posteriormente, transcritas.

Para análise quantitativa dos dados coletados na primeira etapa, foi utilizada estatística descritiva com distribuição absoluta e relativa das respostas nas categorias investigadas e, para a segunda etapa trataram-se os dados coletados por meio de métodos qualitativos da análise do discurso com categorização temática.

A pesquisa pautou-se pelas diretrizes preconizadas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIGRAN- Centro Universitário da Grande Dourados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde

Os dados revelaram que a faixa etária predominante dos ACS é de 18 a 29 anos de idade, fato que se explica em razão de esses profissionais terem sido aprovados em concurso público muitos buscando o seu primeiro emprego e vêem no emprego público uma oportunidade, deslumbrados com suas vantagens como, por exemplo, a estabilidade.

Dos Agentes Comunitários de Saúde, 94,11% são mulheres, corroborando um estudo elaborado em Porto Alegre, onde foi constatado que os agentes são uma categoria basicamente formada por mulheres (FERRAZ; AERTS, 2005).

Com relação à escolaridade dos agentes, observamos um nível escolar acima do exigido pelo Ministério da Saúde, que é o Ensino Fundamental, onde a maioria, 62,75%, possui o ensino médio completo. Segundo Tomaz (2002), tomando como ponto de discussão a ampliação do papel do Agente Comunitário de Saúde, que saiu do foco materno-infantil para a família e a comunidade, além das exigências de novas competências no campo político e social, é necessário que esse profissional tenha um grau de escolaridade mais elevado para poder dar conta de suas atribuições.

Em relação à renda familiar dos Agentes Comunitário de Saúde 78,43%, estão entre um a três salários mínimos. Segundo as informações sobre o estado civil dos agentes, 50,99% são casados, e 19,60 %, vivem união estável. Sendo assim a maioria já passou pela experiência de formação de uma família. Analisando o número de pessoas que moram com eles, este varia, em média, de 2 a 4 pessoas.

A maioria dos agentes 78,43% atua na área onde reside há mais de cinco anos. É importante considerar que a qualidade da relação entre o agente e a comunidade é um fator importante para a integração desse trabalhador. Outro ponto a se considerar, quanto à importância de se trabalhar onde reside, é o fato de compartilhar os mesmos problemas, a mesma cultura, enfim, a mesma realidade (CARVALHO *et al.*, 2008; FERRAZ; AERTS, 2005; LEVY; MATOS; TOMITA, 2004).

Quanto ao tempo de trabalho como ACS, 33,35 % estão há menos de um ano na ESF; sendo esse fato considerado desfavorável para a comunidade, pois a questão do vínculo fica comprometida, e os laços de confiança que deveriam ser estabelecidos acabam ficando estremecidos.

Vislumbrando a ocupação dos agentes, antes de iniciar a sua atividade atual, 15,68% referiram-se ser do lar e 9,80 % serem empregadas domésticas. Isso mostra a busca da mulher por um processo de melhoramento da sua condição social, por meio do trabalho remunerado e que contribua para a transformação social da comunidade onde ela mora.

Observou-se neste estudo que, numa escala de zero a dez, sendo zero para nenhuma satisfação e dez para muita satisfação o trabalho oferece ao Agente Comunitário de Saúde satisfação demonstrada na sua maioria pelo nível oito. Propor-se a um trabalho novo também significa enfrentar desafios de autoconhecimento, satisfação, confiança e determinação. Lunardelo (2004) diz que a satisfação com o trabalho, gerada no Agente Comunitário de Saúde, está intrinsecamente ligada ao papel que ele desempenha dentro da comunidade e ao reconhecimento deste, aliado ao fato de que a possibilidade de ser agente comunitário confere-lhe novas perspectivas, tanto no âmbito pessoal, como familiar e comunitário.

3.2 Percepção em Relação à Saúde Bucal

Os resultados referentes aos questionamentos sobre a percepção relacionada à saúde bucal foram selecionados e categorizados em eixos temáticos: a saúde bucal do bebê até os primeiros dentinhos, a dentição permanente, higienização da dentição permanente, prevenção da gengivite, saúde bucal da gestante e câncer bucal.

3.2.1 A Saúde Bucal do Bebê até os Primeiros Dentes

As crianças que, precocemente, desenvolvem hábitos de higienização têm mais oportunidades de crescer em boas condições de saúde bucal, embora o estabelecimento das doenças como cárie e periodontal podem ocorrer na primeira infância. Dados recentes, do levantamento epidemiológico brasileiro denominado SB Brasil 2003, mostram que quase 27% das crianças de 18 a 36 meses têm, pelo menos, um dente com experiência de cárie, e que a proporção aumenta para quase 60% das crianças aos cinco anos de idade (FIGUEIREDO; SILVA, 2008).

Conscientizando da importância da higienização do bebê, mesmo que ainda não possua dentes recomenda-se ao responsável fazê-la, após o bebê alimentar-se, ou no mínimo, à noite, após a última amamentação; molha-se a ponta da fralda ou de uma gaze em água filtrada ou fervida e realiza-se a limpeza bucal, esfregando a parte interna da bochecha, gengiva e língua, de forma que remova os detritos da alimentação; esse ato deve-se tornar um hábito diário (MARTINS; TESSLER; CORRÊA, 1999).

Nas entrevistas e questionamentos em relação aos aspectos relacionados à higiene bucal do bebê, observou-se que quase a totalidade dos ACS, 87.50%, possui esse entendimento da importância de se cuidar da saúde bucal desde o nascimento.

O importante assim, mesmo que não tenha dente, tem que fazer, passar uma fralda, uma escovação com o dedo, com a fralda no dedo, deixando bem limpinho, pra eles já irem se adaptando (ACS 1).

Geralmente a gente orienta assim, primeiro higienizar o seio pra amamentar, ai depois após a mamada pegar uma gaze umedecer, e limpar

a boquinha mesmo que não tiver dentinho, limpar bem a boquinha a cada mamada, principalmente antes de dormir, é o que a gente orienta. (ACS 10).

A disseminação desses conhecimentos, objetivando a promoção de saúde da população, portanto, representa a principal meta educacional a ser alcançada, fato que deve ser iniciado o mais precocemente possível, por meio da orientação às gestantes e às mães de recém-nascidos, já que estas passam a ser o principal agente para o desenvolvimento de hábitos em seus filhos (RAMOS; MAIA, 1999).

A perda precoce dos dentes decíduos pode acarretar sérias consequências para a dentição permanente, podendo desenvolver deglutição e fonação atípicas, provocar atraso ou aceleração na erupção dos dentes permanentes, dificultar a alimentação e favorecer a instalação de prováveis problemas ortodônticos, além de afetar psicologicamente a criança (LOSSO; TAVARES; URBAN, 2009). Nesse mesmo sentido foi a fala encontrada em 43% dos Agentes Comunitários de Saúde, sendo que 37,5% consideraram que os dentes de leite eram importantes porque serviam como guia para a erupção dos dentes permanentes.

Ajuda na fala da criança, em toda a formação do rosto, desde da sucção na hora que amamenta. Faz um pouco mais de exercício pra toda formação, desenvolvimento pra mastigar vai tá ajudando na mastigação, não vai tá engolindo coisas inteiras (ACS 9).

Os dentes vão triturar tudo aquilo que a gente ingerir, na mastigação eu acho que é um processo muito importante. Passam cinco, seis meses eles já começam a comer alguma comidinha e começa surgir o dente porque são necessários pra eles mastigarem conforme eles vão crescendo porque cada dia que passa a alimentação deles vai mudando. Eles começam a comer carne, frutas, coisas mais duras (ACS 15).

Losso Tavares e Urban (2009) também afirmam que é provável que crianças menores que apresentem estágios iniciais de cárie severa na infância, antes do surgimento de dor e infecção, continuem seus hábitos alimentares particularmente o alto consumo de carboidratos associado às cáries. Entretanto, com o aumento da idade e a progressão das lesões cariosas, o surgimento da dor e da infecção pode alterar os hábitos alimentares. A diminuição de consumo de alimentos decorrente da

dor pode resultar em uma alteração do padrão de crescimento. Em relação à importância da alimentação, 93,75% dos ACS também acham que somente uma alimentação saudável vai promover dentes bonitos e livres de cáries.

Ah sim o açúcar, o bebê que mama mamadeira com açúcar tem mais chance de ter cárie do que o bebê que mama mamadeira sem açúcar. Então eu acho que o açúcar influencia muito porque mesmo que você limpe, o açúcar vai continuar ali. Outra hora você vai dar outra mamadeira; vai ter que estar toda hora limpando a boca do bebê. Eu acho que influencia (ACS 3).

Geralmente as mães colocam muito açúcar na mamadeira, e aí dão esse leite muitas vezes a noite, aí a criança dorme, amanhece nem faz a higienização então isso tudo prejudica. Eu acho que frutas legumes, verduras são uma alimentação saudável pra manter os dentes saudáveis (ACS 4).

A avulsão dental, termo usado na odontologia que se refere a um dente que foi deslocado por completo do seu devido lugar na arcada dentária, é uma das mais sérias emergências dos consultórios odontológicos. Acomete grande número de pessoas, principalmente crianças e adolescentes entre 7 e 10 anos de idade e as causas estão invariavelmente relacionadas à prática de esportes, como futebol, ciclismo, skate, entre outros. O sucesso do tratamento, que consiste na permanência do dente avulsionado e reimplantado em seu respectivo alvéolo pelo maior período de tempo possível, está intimamente relacionado com o tempo que se leva para reimplantar o dente avulsionado. Além do fator tempo, outros fatores, como manejo do dente a ser reimplantado, também influenciam no sucesso do tratamento (MIRANDA; HABITANTE; CANDELÁRIA, 2000).

A maioria dos ACS, 87,5%, mostraram que têm conhecimento da importância de se procurar um profissional dentista imediatamente diante de um caso de avulsão, mas somente 43,75% lembraram da importância do meio adequado de trazer esse dente até o profissional, destacando que orientariam a população a colocar o dente avulsionado no leite ou na água.

O dente, diz que tem que colocar num copo de leite. Na hora que quebra você coloca e, imediatamente, você procura um dentista. Se o dente for

quebrado ele cola ainda e se soltar vai ao dentista que provavelmente ele consegue também colocar de volta (ACS 1).

Tem que tirar ele sem esfregar, sem lavar, colocar no leite ou na água, não me lembro direito, e levar pro dentista (ACS 6).

Segundo Teófilo e Alencar (2005), o leite bovino pasteurizado é sugerido como o meio de mais fácil acesso e apropriado de conservação de dentes permanentes avulsionados.

3.2.2 A Dentição Permanente

Quanto ao período em que ocorre a troca da dentição decídua para a permanente, houve um consenso entre os ACS que indicaram, em média, o período de cinco a sete anos como o início da erupção dos dentes permanentes .

Segundo Narvai *et al.* (2006), nos últimos vinte anos, a experiência de cárie entre escolares no Brasil teve um relevante declínio. Essa redução se deu principalmente pela elevação no acesso à água e ao creme dental fluorados e programas de saúde bucal coletiva direcionados a essa faixa etária. Entretanto, a condição de saúde bucal permaneceu praticamente inalterada entre os adultos e idosos. Nesse contexto, a utilização dos serviços odontológicos de forma regular pode proporcionar um maior contato do paciente com o dentista, fazendo com que questões como a importância do autocuidado, hábitos nocivos à saúde e conhecimento sobre as doenças bucais possam ser trabalhadas (CAMARGO *et al.*, 2009).

Nesse sentido, 93,75% dos ACS mostram que a doença cárie é provocada principalmente pela má-higienização, a má-alimentação, ou seja, falta de autocuidado do indivíduo com sua própria saúde bucal.

Segundo a gente cresce sabendo que são os doces, muito açúcar no dente, a má escovação ou falta de cuidado mesmo, falta de cuidar (ACS 2).

São fatores como a má higienização dos dentes, má alimentação que deixa esse dente mais fraco, aí a gente pode pegar a cárie no dente também. O dente faz parte do nosso organismo (ACS 9).

Portanto, uma boa higiene bucal é a condição essencial para manter um sorriso saudável durante toda a vida adulta. Os adultos também têm cáries e doenças gengivais que podem precisar de tratamentos mais complexos como o tratamento endodôntico ou de canal, como é chamado que é o tratamento da raiz dentária, consistindo na retirada da polpa do dente, tecido encontrado em sua parte interna. Geralmente o tratamento endodôntico é necessário quando se teve uma cárie profunda e esta atingiu a porção pulpar do dente, 37,50%; sendo essa cárie profunda consequência talvez da inércia da pessoa em procurar o tratamento 43,75%. Essas foram as principais causas apresentadas pelos ACS pra a necessidade do tratamento endodôntico.

O dente vai ficando muito deteriorado, a cárie atinge uma parte do dente que aí só o tratamento do canal (ACS 4).

Então por um motivo ou outro deixou a cárie avançar, não cuidou, uma cárie avançada (ACS 9).

3.2.3 Higienização da Dentição Permanente

Sabe-se que a escovação por si só não remove totalmente o biofilme das superfícies dos dentes. A dificuldade maior encontra-se na região interproximal, onde a remoção realizada apenas pela escova é deficiente. O fio dental é considerado um dispositivo de grande efetividade para suplementar a escovação. A sua atuação é importante para a remoção do biofilme na região interproximal, pois é nesse local que geralmente a cárie e as doenças periodontais se apresentam de forma mais grave (ALVES *et al.*, 2003).

Nesse sentido há um consenso de todos os ACS mostrando, evidentemente, que a escovação dentária após as principais refeições e o uso do fio dental são os métodos mais eficazes para se promover uma adequada higienização da cavidade bucal.

Com o uso do fio dental sempre. Uma escovação certa, porque a pessoa acha que quanto mais ela apertar mais vai limpar e não é bem assim, Escovar nos horários certinhos, sempre após as refeições (ACS 4).

No mínimo assim são três vezes, mas sempre que essa pessoa se alimentar ela pode estar fazendo a higienização. Pode ser feita com escova, creme dental; a higienização mesmo é feita pela escova, a pasta é só um complemento ali. E o fio dental também (ACS 11).

Em relação ao flúor, 93,75% dos ACS sabem da sua importância, mas muitos ainda não têm conhecimento de como funciona sua atuação, embora, alguns afirmem que ele é utilizado para a prevenção às cáries. Outro ponto exposto pelos ACS é a sua utilização somente na escola sendo que os adultos não têm acesso a esse benefício. Importante relatar também que a água de abastecimento público de Naviraí é fluoretada, mas infelizmente nenhum ACS lembrou esse fator, assim como também os cremes dentais fluoretados como formas de acesso da população de todas as faixas etárias ao flúor e conseqüentemente à promoção de saúde.

O flúor é importante porque faz muito na escola, e estimula as crianças a manter uma boa escovação. Nos adultos eu acho que também é muito importante, mas eu não sei, parece que não é muito usado nos adultos (ACS 4).

Ah sim o flúor é importante, tá fazendo pelo menos uma vez por semana. Aqui nem todo mundo tem acesso ao flúor como os adultos, mas agora as crianças fazem na escola. Eu acho que ele fortifica os dentes, pra tá evitando de pegar a cárie (ACS 3).

Quanto ao mau hálito, todos os ACS, acham que é causado pela falta de cuidado com higienização da boca e por problemas oriundos do estômago. A halitose constitui um problema de saúde pública em razão do grande número de pessoas atingidas e da dificuldade de diagnóstico devido a causas multifatoriais. (CALIL; TARZIA; MARCONDES, 2006).

Acho que por falta de higiene mesmo, não fazer uma boa escovação. Claro que pode ser alguma coisa do estômago, mas eu acredito que na maioria é por falta de higiene adequada (ACS 4).

Muitas das vezes é má escovação, não escova a língua, a bochecha. Mas pode ser o organismo mesmo da pessoa, interno (ACS 14).

A halitose também tem sido relacionada à presença e à severidade da doença periodontal e à quantidade de saburra lingual além de desordens sistêmicas. Entretanto, a ocorrência de mau hálito na ausência de alterações bucais ou doenças sistêmicas tem representado um desafio para o profissional de saúde e, nesse contexto, sintomas psicopatológicos têm sido apontados como fatores indutores de halitose (CALIL; TARZIA; MARCONDES, 2006).

3.2.4 Prevenção da gengivite

Segundo Gesser, Peres e Marcenes (2001), a presença de sangramento é sinal de inflamação (gengivite), mas não necessariamente de doença periodontal. Em relação a esse conhecimento, a maioria dos ACS, 56%, percebe que a gengivite é uma inflamação gengival, fator que pode ser muito encontrado pelos ACS na população que eles têm sob sua orientação.

Se a gengiva sangra é porque tem alguma inflamação ali (ACS 13).

Provavelmente é alguma coisa que está na gengiva, então mesmo que esteja sangrando, aí que tem que escovar naquele local e passar fio dental. Eu acho que uma boa higienização pode melhorar aquela inflamação mais simples, só num local (ACS 1).

Um estudo nesse mesmo sentido utilizou a lista de jovens que se apresentaram para o alistamento militar do Exército Brasileiro, em Florianópolis. Pode-se concluir que indicadores de doenças periodontais mais severas foram raros na população estudada, enquanto o sangramento gengival e o cálculo dentário apresentaram altas prevalências, sendo estas maiores nos indivíduos com piores condições socioeconômicas (GESSER; PERES; MARCENES, 2001).

Quanto ao que poderia ser feito para se evitar a inflamação da gengiva, ou seja, a gengivite, 87% dos ACS entendem que melhorando as medidas de higienização bucal, como melhorar a escovação, passar fio dental, fazer uso de pastas específicas e enxaguantes bucais, podem ajudar na melhora do quadro da gengivite.

Eu oriento escovar mais, porque se está sangrando é que a escovação está mal feita, eu oriento sempre escovar sempre mais no local que está sangrando (ACS 3).

Acho que quando a escovação não é bem feita, pode usar uma pasta específica, a pessoa tem que usar uma escova macia, usar o fio dental (ACS 16).

3.2.5 Saúde Bucal da Gestante

As falas dos ACS quando questionados se existe uma relação entre a gravidez e o aparecimento de cáries, identificaram diversas opiniões, entre as quais: as cáries já existiam antes da gravidez, mas só após foi percebida 37,5%, estado emocional da gestante que está muito sensível, 12,5%, a gravidez pode aumentar o número de cáries, 12,5%, pode ser por medicamentos, 6,25%, porque o organismo está formando a criança e os nutrientes devem ser usados pra isso 6,25% e não sabem ou não lembram, 25%.

Eu acho que as gestantes, antes já tinham um descuido da boca, já tinham cárie, mas na gravidez ela começou a doer, mas eu acho que não é por causa da gravidez que aparece cárie, e sim porque ela já tinha (ACS 1).

Será pelo estado emocional da pessoa, umas têm o organismo mais resistente outras não... Eu acho que é devido à pessoa ficar muito sensível (ACS 2).

Eu creio que possa dar um pouco de cárie porque o organismo está formando essa criança e os nutrientes devem ser usados pra isso (ACS 13).

[...] pode ser muito remédio (ACS 14).

Verificou-se a existência de um consenso entre 43,75% das ACS quando se referem acerca de fazer tratamento odontológico na gravidez, que pode ser feito normalmente, claro, respeitando as limitações do seu estado.

Nos primeiros três meses que é mais arriscado, mas tem certas coisas que ela pode fazer. Coisas mais simples, com anestésico local, pode. Só coisas mais complicadas que seria bom evitar, tipo extração e canal. Deve usar aquele colete (ACS 4).

Algumas gestantes a gente percebe que começam a reclamar de dor de dente, às vezes acham que pode ser até por causa da gravidez que está acontecendo isso. Elas vêm ao dentista, e já falam: eu não posso tomar anestesia; vem com aquela desculpa que não pode tomar anestesia. Mas nós já conversamos com o doutor (médico) e ele falou que não tem nada a ver. Que às vezes os dentistas não dão anestesia ou só passam um remédio pra estar aliviando a dor de dente porque se vier a acontecer alguma coisa, um aborto, pra elas não falarem que foi por causa da anestesia (ACS 8).

Por outro lado, verifica-se a existência de dificuldades representadas pelos medos, crenças que desaconselham o tratamento odontológico durante a gravidez. Essas mesmas fontes de ansiedade e medo foram percebidas num grupo de gestantes estudadas em Pernambuco por Albuquerque, Abegg e Rodrigues (2004), como a possibilidade de sentir dor e desconforto, da anestesia, entre outros.

Se no tratamento não for preciso tomar anestesia eu acho que pode fazer sim, mas se precisar anestesia eu acho que não (ACS 15).

Não sei. Eu acredito que se precisar de anestesia eu acho que não, só se não precisar (ACS 12).

3.2.6 Prevenção do Câncer Bucal

No Brasil, a prevenção primária do câncer de boca consiste fundamentalmente em programas e medidas de combate ao consumo de tabaco e álcool, num esforço integrado de promoção de saúde que visa à redução de vários outros agravos. O exame visual da boca para detecção precoce de lesões cancerizáveis e tumores não sintomáticos é uma estratégia de prevenção intuitiva e atraente, a partir da qual se espera viabilizar o diagnóstico da doença em seus

estágios iniciais e, assim, possibilitar um melhor prognóstico por meio da pronta e efetiva intervenção terapêutica (ANTUNES; TOPORCOV; WUNSCH FILHO, 2007).

Ao se levar em consideração o reconhecimento dos sinais e sintomas da doença, segundo Lima *et al.* (2005), o nível de conhecimento da população, de um modo geral, relacionado ao câncer bucal é baixo. Isso revela que a maioria das pessoas não sabe reconhecer seus sinais e tão pouco realizar o autoexame da boca.

Para os ACS, quando indagado se eles achavam possível que uma pessoa pudesse identificar alguma lesão em sua boca, 37,50% apontaram que seria possível se essa lesão incomodasse e 25% acham que é possível se a pessoa se observasse mais, se olhasse mais para sua própria boca, não só a boca, mas todo o corpo, com isso evitariam muitos problemas.

Ah eu acho difícil se for só uma manchinha, mas se for alguma coisa que estiver incomodando aí acho que a pessoa percebe, sim (ACS 6).

Eu acho que a pessoa seria capaz, sim, se olhasse mais a boca. Mas as pessoas raramente olham sua boca. Eu acho que os fatores que podem levar ao câncer bucal é a bebida alcoólica, o cigarro, má higienização que eu acho que contribui bastante, tem uma certa idade também e pessoas que já tiveram alguém com essa doença na família (ACS 4).

O câncer bucal geralmente é assintomático nos seus estágios iniciais, podendo mimetizar condições benignas comuns da boca. Em geral, na maioria dos casos, a detecção do câncer de boca acontece tardiamente. Na ocasião do diagnóstico, a doença já se encontra em estágio avançado (LIMA *et al.*, 2005).

Em relação aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer bucal, as falas demonstram que eles possuem conhecimento de pelo menos alguns dos fatores de risco principais como tabaco, álcool, má higiene bucal, má nutrição, uso de próteses mal-ajustadas ou que sofram de alguma irritação crônica na mucosa bucal.

Segundo Antunes, Toporcov e Wunsch Filho (2007), um adequado treinamento dos profissionais da saúde é uma etapa fundamental dos programas de rastreamento de câncer.

3.3 Atuação em Relação à Saúde Bucal

Um aspecto relevante neste estudo é o trabalho em equipe junto à saúde bucal, apontado por 75% dos ACS.

Ah é excelente porque você trabalha com toda a saúde da pessoa, porque se você falar da boca você está falando da saúde em geral (ACS 3).

Pra mim eu acho importante, a gente faz um acompanhamento de toda a saúde da pessoa, não só a saúde bucal. É um todo, sendo que assim você vai dar uma melhor qualidade de vida pra essa pessoa também (ACS 11).

É de suma importância essa visão do ACS, pois mostra que além de ele perceber a importância do trabalho em equipe na ESF, mostra que ele tem noção da integralização dos cuidados de saúde. Considerado um dos princípios doutrinários do SUS, a integralidade reveste-se de uma importância estratégica ímpar para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil. Nesse mesmo sentido foi a reflexão encontrada por Holanda, Barbosa e Brito (2009), diante de um curso de qualificação para ACS no Rio Grande do Norte.

No entanto, verificamos também que em muitos momentos, as equipes não têm correspondido às expectativas, mostrando o ACS descontente e frustrado.

Eu acho que o meu PSF é um pouco fraco. Eu acho que tinha que ser mais empenhado, que não cativa os pacientes eu acho que deixa um pouco a desejar (ACS 15).

Só uma vez que o doutor (dentista) foi junto comigo na minha área, não tenho muito contato (ACS 14).

Esse aspecto observado pelos ACS pode ser um reflexo de que a formação acadêmica de muitos dentistas leva-os a desenvolverem um trabalho meramente técnico, e isso é percebido pelos demais componentes das equipes de saúde, inclusive pelo ACS, aumentando o distanciamento desses profissionais e elaborando no senso comum uma ideia de que o dentista é incapaz de realizar outras tarefas além das atividades técnicas odontológicas (HOLANDA; BARBOSA; BRITO, 2009).

Quando perguntado aos ACS se eles saberiam quais ações um agente pode desenvolver dentro da saúde bucal, a maioria aponta a orientação como principal ação desenvolvida por eles.

A gente trabalha muito com orientação, de mães, adultos, idosos, falando das dentaduras (ACS 3).

Orientação com ou sem o dentista. Falar do cuidado com a boca, com os dentes e com alimentação (ACS 5).

Entretanto, observa-se que alguns agentes têm uma visão mais abrangente da sua capacidade de orientação, que fazer promoção da saúde bucal faz parte de suas atribuições, tendo consciência de que poderiam estar ampliando muito mais suas ações pela comunidade que atuam.

Você pode desenvolver palestras, junta uns vizinhos ali numa rua e faz uma palestra e esclarece muito mais dúvidas do que de casa em casa, e orientação (ACS 11).

Em relação aos fatores que facilitam sua atuação, 31,25% dos ACS não apontaram nenhum fator, mas 25% indicaram como fator facilitador o vínculo criado com as famílias adscritas como o conhecimento e a liberdade que eles têm com cada família sob sua responsabilidade de orientá-las e a mesma porcentagem de agentes indicou a união, a comunicação na equipe e as orientações repassadas a eles e, por último, 18,75 % disseram que as visitas domiciliares junto com a equipe de saúde bucal são os fatores que mais contribuem para atuação dos ACS nas ações em saúde bucal.

Entender as pessoas que moram na área de abrangência da equipe de saúde da família permite ao agente comunitário de saúde ter um conhecimento amplo da realidade local e do modo de vida dos indivíduos, enriquecendo as relações e vínculos construídos (LUNARDELO, 2004).

A facilidade é que a gente já faz parte das famílias, você tem uma liberdade de falar orientar, o contato (ACS 1).

A gente tá sempre trabalhando com as meninas nas visitas, vendo como elas trabalham. Então eu acho que a visita domiciliar facilita muito (ACS 3).

A atuação dos Agentes Comunitários de Saúde esbarra em inúmeros limites e dificuldades de atuação, a falta de material educativo e educação continuada para os ACS, assim como a falta de material preventivo e visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde bucal e o número limitado de vagas para realizar o tratamento odontológico são os principais fatores que dificultam ou impedem a atuação do Agente Comunitário de Saúde.

O que dificulta é que eu acho que os ACS não falam muito de saúde bucal, tipo não tem muitos panfletos, não há muito incentivo, de todos, não tem por exemplo uma campanha sobre saúde bucal. Falta mais material, treinamento que incentivasse pra gente trabalhar melhor pra incentivar (ACS 4).

Acho que se fosse passada mais informação pra gente, a falta de capacitação sobre o que a gente pode estar fazendo pra estar ajudando (ACS 10).

Eu acho que dificulta é a falta de material, às vezes não tenho escovinha pra distribuir pra uma criança que pede, e eles não marcam visitas pra sair comigo na área (ACS 6).

E o que dificulta são as poucas vagas. As vagas não suportam pro tanto de população que faz parte da nossa área (ACS 7).

É preciso ressaltar também alguns aspectos menos citados pelos Agentes Comunitários de Saúde como a população adulta que não aceita as orientações passadas pelos agentes, falta de compromisso profissional, a forma de acesso da população ao tratamento, a rotatividade de profissional dentista na equipe e a falta de comunicação, diálogo, com a equipe de saúde bucal são fatores que têm relação direta com a execução e atuação das atividades que os ACS podem realizar em saúde bucal, exigindo atenção especial.

O que eu acho que dificulta, é a própria mãe que não aceita a orientação pra ela sabe, ela deixa falar com a criança, mas ela não dá muita importância quando a orientação é pra ela (ACS 3).

Ai assim, às vezes eu tenho até medo de falar o que eu penso, mas a falta de vontade, a falta de vontade mesmo do profissional aquela dificuldade, mas se unir mesmo assim, vamos vestir mesmo a camisa, buscar mesmo o problema, mas eu acho que é falta de vontade mesmo. Assim de ter essa orientação, essa coisa do profissional e do agente comunitário, porque às vezes é o agente comunitário que cobra o profissional e não o profissional cobra do agente comunitário (ACS 2).

Aqui mesmo nós temos um livro que só nome dele já me deixa quase louca da cabeça Futuros Agendamentos pro dentista o livro me dá depressão de. Estão chamando pessoas que deixaram o nome no ano passado, e essas pessoas muitas já mudaram. Ai vem pessoas agora e têm que pôr o nome nesse livro então essas pessoas só vão ser atendidas daqui a um ano, e essas pessoas têm interesse em fazer o tratamento, esse é um fator que dificulta, teria que mudar essa estratégia. Porque se mudasse o que a gente fala lá a área chega aqui e acontece é isso que eu acho que deveria mudar (ACS 8).

Assim, ainda que a atuação dos ACS de em relação à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família de Naviraí não é aquela completamente adequada, sabe-se que o ACS tem uma missão social bem clara, pois é alguém inteiramente identificado com sua própria comunidade, com os mesmos valores, costumes e linguagem, cuja capacidade de liderança se reverte em ação comunitária em prol da melhoria das condições de vida e de saúde apoiada pela ação governamental (SOUZA, 2001).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aspectos pesquisados sobre o perfil de todos os ACS que atuam em Naviraí-MS, revelaram características semelhantes às de outros estudos nesse sentido, realizados em outras regiões do país; a predominância de mulheres, adultas jovens e com o ensino médio completo.

Pode se afirmar que ao examinar as percepções dos ACS de Naviraí em relação à saúde bucal, revelou-se que apesar das limitações encontradas por alguns agentes, a maioria mostrou que possui um bom conhecimentos em relação à saúde bucal.

Atividades relacionadas à atuação dos ACS na saúde bucal mostraram que o ACS reconhece a importância de se trabalhar em equipe. É preciso destacar essa visão do ACS, pois mostra que além de ele perceber a importância do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família, ele tem noção da integralização dos cuidados de saúde.

Por outro lado, essa atuação se resume à orientação da comunidade, e muitas vezes essa só diz respeito a como conseguir o acesso ao tratamento. É importante ressaltar que outras ações educativas e preventivas em saúde bucal como, por exemplo, a realização de palestras, não tiveram tanta importância para os ACS como atividades que podem ser realizadas por eles.

Outro ponto importante diz respeito aos aspectos que facilitam a atuação do ACS. Apesar de muitos agentes não comentaram nenhum fator que facilitasse a sua atuação, destaca-se o vínculo criado com as famílias, como o conhecimento e a liberdade que eles têm com cada família sob sua responsabilidade, de orientá-las, assim como a união, a comunicação na equipe foram apontados como fatores que mais os ajudam a exercer sua função.

Ressaltam-se, como contraponto, os principais aspectos que dificultam a atuação encontrada pelos ACS, como a falta de material educativo e a falta de treinamentos em forma de educação continuada que limitam e dificultam sua atuação na saúde bucal.

Assim, torna-se necessário garantir aos ACS uma educação continuada, especialmente no sentido de desenvolver suas capacidades de atuação com novos enfoques e estratégias de trabalhar com a comunidade de forma mais participativa e dinâmica, tornando-se um agente transformador.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, O. M. R. de; ABEGG, C.; RODRIGUES, C. S. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, jun. 2004.

ALVES, D. da M.; SANTOS, A. A. dos; SANTOS, T. J. dos *et al.* Avaliação da eficácia de uma escova e fita dentais alternativas utilizadas na higienização bucal em escolares da rede pública. **Odontologia. Clín. Cientif.**, Recife, v. 2, n. 3, p. 191-6, set/ dez., 2003.

ANTUNES, J. L. F.; TOPORCOV, T. N.; WUNSCH FILHO, V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 1, Jan. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Oct. 2009.

BRASIL. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília: Ministério de Saúde, 2000.

CALIL, C. M.; TARZIA, O.; MARCONDES, F. K. Qual é a origem do mau hálito? **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 35, n. 3, p. 185-90, 2006.

CAMARGO, M. B. J.; DUMITH, S. C.; BARROS, A. J. D. *et al.* Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p.1894-906, set. 2009.

CARVALHO, M. de L.; ARCIERI, R. M.; MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, p. 1-1, 2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2104>. Acesso em: 11 Out. 2009.

FERRAZ, L; AERTS, D. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347- 355, 2005.

FIGUEIREDO, M. C.; SILVA, D. D. F. Efetividade de dedeira de gaze comparada à escova dental convencional no controle do biofilme dentário em bebês. **ConScientiae Saúde**, v. 7, n. 3, p. 357-66, 2008.

GESSER, H. C.; PERES, M. A.; MARCENES, W. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, June 2001. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Oct. 2009.

HOLANDA, A. L. F. de; BARBOSA, A. A. de A.; BRITO, E. W. G. Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Oct. 2009.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, jan/ fev 2004.

LIMA, A. A. S. de; FRANÇA, B. H. S.; IGNÁCIO, S. A. *et al.* Conhecimento de alunos universitários sobre câncer bucal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 4, p. 283-8, 2005.

LOSSO, E. M.; TAVARES, M. C. da S. J. Y.; URBAN, C. A. Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 4, p. 295-300, 2009.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto**. 2004. Dissertação (Mestrado em saúde pública) - Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

MARTINS, A. L.; TESSLER, A. P.; CORRÊA, M. S. Controle mecânico e químico da placa bacteriana. In: CORRÊA, M. S. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 1999.

MELLO, A.; MOYSÉS, S.; CASTRO, R. Cuidado dirigido à saúde bucal: significados atribuídos por cuidadores de idosos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 1, jan/ mar. 2009.

MIRANDA, A. C. E.; HABITANTE, S. M.; CANDELÁRIA, L. F. de A. Revisão de determinados fatores que influenciam no sucesso do reimplante dental. **Rev. biociênc.**, Taubaté, v. 6, n. 1, p. 35-9, jan/ jul, 2000.

NARVAI, P. C. *et al.* Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 19, n. 6, June 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Oct. 2009.

NUNES, M. O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1639-46, nov/ dez. 2002.

RAMOS, B. de C.; MAIA, L. C. Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. **Rev Odontol Univ São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 3, July 1999.

RONCOLLETA, A. F. T. *et al.* **Princípios da medicina de família** São Paulo: Sombramfa, 2003.

TEÓFILO, L. T.; ALENCAR, A. H. G. de. Meios de conservação de dentes permanentes avulsionados. **Robrac**, v.14, n. 37, 2005.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super- herói”. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**, v. 6, n.10, p.75-94, fev 2002.

ZANETTI, C. H. G. **Saúde Bucal no Programa Saúde da Família (PSF) Proposição e Programação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.