



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Atribuições do Agente Comunitário de Saúde em saúde bucal: um estudo Delphi de abrangência nacional

THAISE BERNARDO DA SILVA

Orientadora: Profa. Dra. CAMILA GIUGLIANI

Porto Alegre, Setembro de 2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Atribuições do Agente Comunitário de Saúde em saúde bucal: um estudo Delphi de abrangência nacional

THAISE BERNARDO DA SILVA

Orientadora: Profa. Dra. Camila Giugliani

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.
2022

CIP - Catalogação na Publicação

da Silva, Thaise Bernardo
Atribuições do Agente Comunitário de Saúde em saúde
bucal: um estudo Delphi de abrangência nacional /
Thaise Bernardo da Silva. -- 2022.
102 f.
Orientadora: Camila Giugliani.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, , Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Saúde Bucal. 2. Agente Comunitário de Saúde. 3.
Atenção Primária à Saúde. I. Giugliani, Camila,
orient. II. Título.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Vanira Matos Pessoa, Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, Fiocruz Ceará.

Dra. Karla Fricembruder, Departamento de Odontologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Marcelo Rodrigues Gonçalves, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

AGRADECIMENTOS

À minha família e namorado, fontes de apoio e incentivo.

Ao professor Fernando Neves Hugo, que prontamente nos auxiliou em diversos momentos da realização deste trabalho.

À minha querida orientadora Camila Giugliani, compreensiva do início ao final dessa jornada, que agora é acompanhada pela minha pequena Sofia.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	07
RESUMO	08
ABSTRACT	09
1. APRESENTAÇÃO	10
2. INTRODUÇÃO	11
3. REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1 SAÚDE BUCAL NA APS	13
3.2 O PROFISSIONAL AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)	15
3.3 O TRABALHO DO ACS EM SAÚDE BUCAL	17
3.4 MÉTODO DELPHI	20
4. OBJETIVOS	22
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
6. ARTIGO	28
7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
8. ANEXOS	57
a. Questionário inicial	57
b. Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa	66
9. APÊNDICES	69
a. Questionário inicial revisado	69
b. Questionário sociodemográfico e perfil do trabalhador	79
c. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	81
d. Primeira devolutiva	83
e. Segunda devolutiva	93

ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ACE - Agente de Combate a Endemias

APS - Atenção Primária à Saúde

ASB - Auxiliar de Saúde Bucal

EVA - Escala Visual Analógica

CD - Cirurgião-Dentista

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Equipe de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal

PSE - Programa Saúde na Escola

PSF - Programa Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TSB - Técnico de Saúde Bucal

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

A Equipe de Saúde Bucal (ESB) faz parte da Estratégia Saúde da Família (ESF), e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é uma figura chave no modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) brasileiro. No entanto, até os dias atuais, não há orientações claras relacionadas à execução das ações dos ACS no âmbito da saúde bucal. Assim, existe uma lacuna no conhecimento no que diz respeito a quais atribuições devem ser realizadas ou priorizadas pelo ACS para efetivamente contribuir no trabalho em saúde bucal na APS. Estudo prévio realizado com especialistas em saúde bucal, utilizando o método Delphi, definiu uma matriz de atribuições em saúde bucal para os ACS, levando em conta seis dimensões do seu trabalho: cadastramento de famílias, mapeamento da área de atuação, visita domiciliar, educação em saúde na comunidade, participação da comunidade e ação intersetorial. O objetivo desta pesquisa foi identificar as atribuições dos ACS em saúde bucal na APS a partir de um consenso entre os próprios profissionais agentes de saúde. Para isso, foi realizado um estudo descritivo, utilizando o método Delphi. A matriz inicial do estudo de Sass et al. (2021) foi revisada e enviada na forma de questionário eletrônico para 56 agentes de saúde das 5 macrorregiões do país. Um questionário sociodemográfico e com o perfil do trabalhador também foi enviado aos participantes. O número de ACS participantes foi de 38 (67,9%) na primeira rodada e de 29 (51,8%) na segunda. O consenso foi alcançado na primeira rodada, quando se atingiu média ≥ 7 e desvio-padrão < 3 para todas as questões. Após análise das questões abertas, uma questão foi incluída na dimensão “mapeamento da área de atuação”, envolvendo a identificação de ambientes escolares no território. A segunda e última rodada foi utilizada para atribuição dos pesos de cada questão. O resultado foi uma matriz final com 35 questões para serem validadas e aplicadas no trabalho em saúde bucal realizado pelos ACS nos seus processos de trabalho. As atribuições que compõem a matriz podem servir de base para estratégias de educação direcionadas ao ACS, visando suprir essa lacuna em termos dos seus conhecimentos e habilidades em relação à saúde bucal.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Agente Comunitário de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The Oral Health Team (OHT) is part of the Family Health Strategy (FHS), and the Community Health Worker (CHW) is a key figure in the Brazilian Primary Health Care (PHC) model. However, until the present day, there are no clear guidelines related to the concrete actions of the CHW in the scope of oral health. Thus, there is a gap in knowledge regarding which assignments should be performed or prioritized by the CHW to effectively contribute to the work in oral health in the context of PHC. A previous study carried out with specialists in oral health, using the Delphi method, defined a set of oral health attributions for the CHW, taking into account six dimensions of their work: registration of families, mapping of the catchment area, home visits, education in community health, community participation and intersectoral action. The aim of this research was to identify the attributions of CHW in oral health based on a consensus among the CHWs themselves. For this, a descriptive study was carried out, using the Delphi method. The initial matrix of the study by Sass et al. (2021) was reviewed and sent as an electronic questionnaire to 56 CHWs in the 5 macro-regions of the country. A sociodemographic questionnaire including the worker's profile was also sent to the participants. The number of respondee CHWs was 38 in the first round (67,9%) and 29 in the second round (51,8%). Consensus was attained in the first round, when a mean ≥ 7 and standard deviation < 3 were reached for all questions. After analyzing the open questions, one question was included in the dimension "mapping of the catchment area", related to the identification of schools in the territory. The second and final round was used to assign the weights of each question. The result was a final matrix with 35 questions to be validated and applied in oral health work carried out by CHW in their work processes in PHC. The attributions composing the matrix can serve as a basis for education strategies directed to CHWs, in order to close the gap in terms of their knowledge and abilities concerning oral health.

Keywords: Oral Health; Community Health Worker; Primary Health Care.

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Atribuições do Agente Comunitário de Saúde em saúde bucal: um estudo Delphi de abrangência nacional”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 30 de agosto de 2022. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

2. INTRODUÇÃO

A Equipe de Saúde Bucal (ESB) faz parte da Atenção Primária à Saúde (APS), em um contexto de reorganização do modelo de atenção que visa substituir as formas tradicionais de atendimento odontológico, a partir de ações de prevenção, promoção e recuperação de agravos bucais, garantindo atendimento integral e relação de vínculo com o usuário (Brasil 2000; Brasil 2002). Em 2004, foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente, considerada a maior política pública de saúde bucal do mundo. Desde seu lançamento, observa-se a expansão e a criação de novos serviços de saúde bucal no país. A política prevê a reorientação do modelo assistencial em uma rede que articula os três níveis de atenção e ações multidisciplinares e intersetoriais (Brasil 2018).

No Brasil, houve significativa ampliação da cobertura de atenção à saúde bucal na atenção primária nas últimas décadas, no entanto, ainda existe necessidade de avanços na qualificação da assistência. O processo de trabalho muitas vezes é prejudicado pela ampla carga de doença bucal da população em contraste com uma insuficiente expansão da cobertura dos serviços. Além disso, a integralidade da atenção é um desafio a ser trabalhado dentro das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), especialmente nos processos de trabalho com a ESB. Assim, observa-se a necessidade de novas estratégias que busquem atender as demandas odontológicas dos usuários na atenção primária (Scherer e Scherer 2015; Mattos 2004; Brasil 2001).

A complexidade do processo saúde-doença, incluindo seus determinantes sociais e a operacionalização da integralidade do cuidado requerem um trabalho interdisciplinar realizado por uma equipe multiprofissional, a partir de ações conectadas e que sejam capazes de construir coletivamente as intervenções para a população de um dado território (Brasil 2018). Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são profissionais que assumem papel fundamental dentro da ESF, estabelecendo o vínculo e a responsabilização entre a população e a equipe de saúde. Acredita-se que aumentar ações de vigilância, de prevenção de doenças e de promoção da saúde bucal no território, envolvendo centralmente o ACS, representa uma estratégia na redução das iniquidades em saúde e na ampliação do acesso, melhorando a situação de saúde bucal (Terrerri et al. 2018).

Nas normas e diretrizes da portaria nº 1886, de 18 de dezembro de 1997, entre as atribuições do ACS estão as atividades de educação em saúde bucal nas famílias, com ênfase na população infantil (Brasil 1997). No Guia Prático do Agente de Saúde, publicado em 2009, foram elaboradas orientações básicas em questões de higiene bucal e condições bucais prevalentes, subdivididas conforme a faixa etária (crianças, adolescentes e adultos) (Brasil 2009). Na PNAB de 2017, entre as atribuições do ACS, reforçam-se as ações educativas e atividades de promoção e prevenção em doenças mais prevalentes no território (Brasil 2017), sem especificar, no entanto, as ações envolvendo a saúde bucal da população. Atualmente, também não há nenhuma publicação oficial do Ministério da Saúde que traga orientações claras relacionadas à execução das ações dos ACS no âmbito da saúde bucal (Sass et al. 2021).

Existe uma lacuna no conhecimento no que diz respeito a quais atribuições devem ser realizadas ou priorizadas pelo ACS para efetivamente contribuir no trabalho em saúde bucal das equipes da atenção primária. Estudo prévio realizado com gestores da coordenação de saúde bucal nas esferas nacional, estadual e municipal, além de pesquisadores e professores universitários com pós-graduação na área de saúde bucal coletiva e cirurgiões-dentistas que atuam na APS, utilizando o método Delphi, redefiniu um conjunto de atribuições dos ACS em relação aos processos de trabalho em saúde bucal. Nesse estudo, foi apresentada um questionário inicial com 34 questões fechadas e 6 questões abertas, baseada em publicações do Ministério da Saúde sobre o trabalho do ACS em saúde bucal. A matriz inicial levou em conta seis dimensões de trabalho dos ACS: cadastramento de famílias, mapeamento da área de atuação, visita domiciliar, educação em saúde na comunidade, participação da comunidade e ação intersetorial. Após três rodadas de questionários com os especialistas, obteve-se uma matriz final com 32 critérios organizados nas 6 dimensões de trabalho citadas (Sass et al. 2021).

A matriz final elaborada nesse estudo expressa a opinião consensual de 19 especialistas, entre gestores, profissionais da assistência e professores universitários com conhecimento em saúde coletiva. Diante disso, o trabalho aqui apresentado visa explorar outra faceta dentro da temática, aplicando a mesma técnica junto aos ACS, com a intenção de refinar as definições em torno dessas atribuições segundo a visão do próprio profissional atuante. Com isso, espera-se alcançar ações factíveis no contexto de atuação do ACS, considerando a realidade dos seus processos de trabalho.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 SAÚDE BUCAL NA APS

Em 1998, o IBGE realizou a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, onde os números relacionados à saúde bucal retrataram o escasso acesso da população brasileira aos cuidados odontológicos. No ano 2000, o Ministério da Saúde anunciou a inclusão da saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) (Brasil 2002). Foi a portaria nº 1.444 que estabeleceu o incentivo financeiro para a inserção da equipe de saúde bucal no PSF, sendo regulamentada pela portaria nº 267 de 6 de março de 2001. A portaria nº 267 também elencou os procedimentos compreendidos nesse nível de atenção e os tipos de equipe: Modalidade I, composta por Cirurgião Dentista (CD) e Auxiliar de Consultório Dentário, atual Auxiliar de Saúde Bucal (ASB); Modalidade II, composta por CD, ASB e Técnico de Higiene Dentária, atual Técnico de Saúde Bucal (TSB) (Brasil 2000; Brasil 2001).

O Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com seus princípios, visa ao atendimento de todas as pessoas (universalidade), em todas as suas necessidades (integralidade) e com prioridade aos que mais precisam (equidade). A incorporação da saúde bucal no PSF pode ser vista como uma possibilidade de rompimento com modelos assistenciais excludentes em se tratando de saúde bucal. O PSF articula propostas de vigilância e se baseia no pilar da integralidade, além de ter como princípio a busca ativa de famílias. No entanto, a organização do modelo assistencial da saúde bucal não parece ter sofrido mudanças expressivas após a inserção no Programa. Segundo Souza e Roncalli (2007), em estudo realizado em 19 municípios no Nordeste do Brasil, grande parte dos municípios não avançou no modelo assistencial após a inclusão no PSF. Entre as principais fragilidades encontradas nesses municípios estavam o pouco avanço nas relações de trabalho entre a equipe e a ESB, a dificuldade de referenciamento dos pacientes para ações de média e alta complexidade, o pouco desenvolvimento de ações intersetoriais, a falta de estratégias de programação (diagnóstico epidemiológico e avaliação das ações) e a infraestrutura observada, além da escassez de protocolos de atendimento e relatórios de ações desenvolvidas.

Nessa perspectiva, em 2004, foram estabelecidas as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), visando à redução de desigualdades e o incentivo a mudanças no modelo de atenção em saúde bucal. De acordo com a PNSB, a saúde bucal seria reorganizada a partir do conceito de cuidado em saúde, com a articulação de ações de prevenção e

promoção com ações de tratamento e recuperação, em uma perspectiva abrangente e intersetorial. A responsabilização do serviço e dos seus profissionais, bem como a produção do conhecimento e a autonomia do usuário, fazem parte dessa concepção de cuidado (Brasil 2004).

Dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a saúde bucal segue resgatando a matriz ideológica do PSF, com sua estratégia operacional trabalhando com uma população específica, usando a epidemiologia, baseada no trabalho multidisciplinar, no entendimento do processo saúde-doença e na humanização do cuidado (Farias e Sampaio 2011).

Segundo Calado (2002), havia registro de 76 experiências de cirurgiões-dentistas nas ESF pelo Brasil, antes da inclusão oficial da saúde bucal. Dois anos após a divulgação da portaria de incentivos, em fevereiro de 2002, já eram 1.526 os municípios com ESB em todo país. Em notícia divulgada pelo Ministério da Saúde no ano de 2009, de dezembro de 2002 até agosto de 2009, o número de equipes de saúde bucal passou de 4.261 para 18.482, representando um aumento de 334% (Brasil 2009).

O Departamento de Atenção Básica (Brasil 2013) reconheceu que:

“Ao final de 2012, a população brasileira contava com 22.139 equipes de saúde bucal operando em 4.907 municípios. Também nesse exercício registrou-se a doação de 2.596 equipamentos odontológicos para apoio à implantação de novas equipes. A atuação governamental em saúde bucal foi expandida, em 2012, com a intensificação da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Entre 2004 e 2012 foram implantados 943 CEO em 771 municípios brasileiros. No ano de 2012, também foi atingido o número de 1397 Laboratórios de Prótese Dentária em funcionamento, distribuídos em 1351 municípios.”

É importante reconhecer o papel fundamental das políticas de financiamento na inserção e expansão dos serviços dentro do SUS. Em dezembro de 2021, existiam mais de 31 mil Equipes de Saúde Bucal (ESB) no país, representando uma cobertura de aproximadamente 56% de saúde bucal na APS (Brasil 2021).

Após mais de uma década de PNSB, o trabalho em saúde bucal ainda encontra desafios importantes no que diz respeito à qualificação e ampliação da assistência. Além disso, a integralidade é um desafio que precisa ser trabalhado dentro das equipes da ESF (Scherer e Scherer 2015). Para os profissionais de saúde bucal, a falta de integração no trabalho da equipe de saúde da família pode ser decorrente de sua inserção tardia e histórico isolamento das categorias profissionais que compõem a ESB, além da orientação individualista e tecnicista da maioria dos cursos que formam esses profissionais. Isso dificulta a atenção integral à pessoa e a possibilidade de participação em ações de promoção da saúde e

prevenção de doenças (Baldani 2005). Reformas curriculares no ensino de graduação e as Residências Integradas em Saúde, no nível da pós-graduação, visam à mudança na formação desses profissionais, buscando modificar o perfil e as práticas em Odontologia. São estratégias para construir uma nova cultura e uma atuação em saúde compatíveis com os princípios e diretrizes do SUS e as demandas em saúde bucal dos usuários (Funk et al. 2011).

3.2 O PROFISSIONAL AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

As origens do termo “ACS”, no âmbito mundial, desde muitas décadas, consideram diversos tipos de trabalhadores comunitários, em diferentes modalidades e com variadas tarefas. A figura do ACS, mesmo sem ter ainda um nome consagrado, passou a fazer parte dos recursos humanos necessários para construir a APS, conforme a ousada Declaração de Alma Ata, de 1978, com os importantes pressupostos da formação adequada e do trabalho junto a outros profissionais da equipe de saúde (Giugliani et al. 2011; WHO 1978).

O início do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) ocorreu no ano de 1991 no Brasil, a partir de experiências positivas que já ocorriam em municípios do nordeste brasileiro. Da mesma forma, o PSF, criado em 1993, foi gradualmente implementado, baseando-se em experiências anteriores. O programa aborda a APS ou Atenção Básica (AB) como um novo modelo organizacional do sistema de saúde brasileiro. A APS representa o primeiro nível de atenção à saúde no SUS e apresenta como sinônimos as expressões Atenção Primária à Saúde e Cuidados Primários de Saúde, comumente encontradas na literatura internacional. Entre as responsabilidades desse nível de atenção estão: prover um cuidado humanizado, abrangente, qualificado, resolutivo e centrado no indivíduo (Brasil 2010). Seus eixos estruturantes (atributos essenciais) são: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Igualmente importantes são seus atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (Starfield 2002).

O trabalho do ACS dentro da saúde da família é visto como estratégia fundamental para organização da assistência no SUS. Esses profissionais são responsáveis, essencialmente, por atividades de prevenção e promoção de saúde (Brasil 1997). A lei 11.350/06 regulamentou a profissão de ACS e definiu que esse profissional deve residir na sua área de atuação, ter o ensino fundamental completo e ter realizado curso introdutório de formação inicial e continuada. O ACS é contratado via seleção pública e, ao ser aprovado e convocado para o cargo, recebe um curso introdutório geralmente ministrado por profissionais da

Secretaria Municipal de Saúde (Brasil 2006). Na PNAB de 2006, as atividades do ACS foram definidas oficialmente pela primeira vez. Na legislação específica dos ACS, são mencionadas atribuições que fazem parte do conhecimento da área, acompanhamento, monitoramento, prevenção de doenças e promoção da saúde, além de ações educativas, incluindo a saúde bucal (Bornstein e Stotz 2008).

O documento “O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde” (Brasil 2009), publicado pelo Ministério da Saúde define os grandes grupos de ações desse profissional:

1. Cadastramento de famílias
2. Mapeamento da área de atuação
3. Visita domiciliar
4. Trabalhando educação em saúde na comunidade
5. Participação da comunidade
6. Ação intersetorial

Em 2017, a revisão da PNAB não definiu o número mínimo de ACS por equipe e facultou a presença desse profissional nas equipes de Atenção Básica (equipes que não atuem como ESF). Além disso, atribuiu ao agente funções como aferição de pressão e glicemia e realização de curativos, em caráter excepcional, levantando importante discussão acerca do papel desse profissional. Em unidades com ESF o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos.

Além disso, a atualização da PNAB não menciona o papel do ACS nas ações em saúde bucal, mas apresenta como atribuição do Cirurgião-Dentista: “planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe” e destaca entre as funções do ACS:

“o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário.” (Brasil 2017).

A determinação das competências do ACS, com melhor definição do seu papel e de suas ações de acordo com os recursos disponíveis visa diminuir o desvio de funções ou

sobrecarga de tarefas. Entre os problemas identificados no trabalho do ACS, podemos citar: falta de limites em suas atribuições, condições precárias de trabalho, obstáculos na relação com a comunidade e equipes, fragilidade na formação profissional e burocratização. Entre os aspectos positivos desses profissionais, destacam-se: o reconhecimento do trabalho pelas famílias e resolutividade, formação de vínculo, trabalho junto aos pares e perto da residência. (Alonso, Béguin, Duarte 2018).

A Lei nº 13.595, de 2018 alterou a lei 11.350 de 2006 e também trouxe mudanças no rol de atribuições, jornada e condições de trabalho do ACS, além de determinar que estes devem ter concluído o ensino médio para exercer a profissão. Em 2020, a Portaria 3.241 instituiu o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos ACS e dos Agentes de Combate a Endemias (ACE). O curso, cuja implementação está em processo, tem por objetivo: contribuir para a melhoria da saúde da população, fortalecer a APS em seus atributos essenciais, fortalecer a Vigilância em Saúde e aperfeiçoar as ações de combate às endemias visando à promoção da saúde (Brasil 2018; Brasil 2020).

3.3 O TRABALHO DO ACS EM SAÚDE BUCAL

A inserção do ACS é uma estratégia para lidar com a carência de profissionais de saúde, principalmente nos países de baixa renda. A incorporação desse trabalhador pode ser uma alternativa em modelos de saúde que não respondem adequadamente às necessidades em saúde de sua população. Evidências sugerem que esta não é uma alternativa simples e barata, principalmente em países pobres, no entanto, sem eles, parte necessitada da população ficaria sem cuidado algum. (Lehmann e Sanders 2007; OMS 2010). No Brasil, no entanto, a atuação do ACS vai muito além do suprimento de ações de saúde em locais desassistidos; ao integrar a equipe de saúde, o ACS potencializa a atuação da mesma, por meio de atividades essencialmente voltadas para a educação em saúde e a mobilização da comunidade.

Segundo Giugliani et al. (2011), existem evidências de que os ACS podem ser efetivos em diversas ações, principalmente em intervenções voltadas à saúde materno-infantil, além de intervenções para a redução das desigualdades em saúde. Os ACS são moradores da mesma comunidade onde trabalham, estando em boas condições de identificar os problemas locais e de criar um vínculo de confiança com a população, alguns dos fatores que explicam seu potencial na melhoria do sistema.

A atividade mais realizada pelo ACS é a visita domiciliar, seguida pelas atividades

de educação em saúde e pelo trabalho geral de auxílio às equipes. O momento da visita é uma oportunidade onde o agente de saúde consegue informar o paciente e até mesmo identificar problemas de saúde e orientar, contribuindo para a vigilância em saúde da população. Também cabe a esses profissionais ampliar o acesso aos serviços para a população. (Ferraz e Aerts 2005; Bianco 2010).

Com a implementação das equipes de saúde bucal, os ACS receberam novas atribuições (Mialhe, Lefèvre, Lefèvre 2011). Os ACS podem colaborar na “desmonopolização” do conhecimento odontológico e ampliar a autonomia e a corresponsabilização no cuidado integral em saúde, atuando como promotores da saúde bucal articulada com a saúde geral (Santos 2010).

Embora o Brasil tenha a produção de maior destaque, internacionalmente, sobre o ACS atuando em saúde bucal, outros países também possuem experiências de melhoria de uso dos serviços a partir do trabalho de profissionais que fazem a interação entre o usuário e o serviço, além de programas de prevenção de agravos bucais e promoção de saúde. (Blinkhorn et al. 2012; Finlayson et al. 2017; Hodgins et al. 2018).

O cirurgião-dentista acredita que sinais individuais de risco em saúde bucal, como falta de acesso a escova dental e dentifrício fluoretado, limitações funcionais e estéticas, bem como a necessidade de uso de próteses, podem ser identificados pelos agentes de saúde. Além disso, grande parte das doenças bucais é crônica e multicausal. Logo, a associação de ações preventivas à prática clínica é uma opção de enfrentamento a essas condições. Já se observa que, isoladamente, a odontologia vem falhando em conseguir suprir a demanda em saúde bucal da população que usa os serviços de AB, e o ACS pode contribuir como agente transformador desta realidade (Terreri et al. 2018).

Na autopercepção dos ACS, esses se consideram a “voz da comunidade dentro dos serviços de saúde”. Eles interpretam as necessidades em saúde da população para a equipe. A educação permanente desses profissionais seria a forma de manter o ACS capaz de lidar com as relações dinâmicas e transitórias que caracterizam as populações (Nascimento e Correa 2008). Esse profissional é parte integrante da equipe de saúde e deve participar de momentos de discussão, análise e reflexão (Koyashiki, Souza, Garanhani 2008). Estudos mostram que agentes de saúde capacitados são importantes no acesso aos serviços odontológicos, além de melhorar a auto-confiança e a percepção sobre aspectos de saúde bucal, podendo assim ser considerados agentes de mudança (Frazão e Marques 2009). Eles também podem ter um papel importante no diagnóstico de necessidades de saúde bucal da população (Saintrain e Vieira

2012).

A PNAB de 2017 estimula a formação e educação permanente em saúde, desenvolvidas no ambiente de trabalho, com vistas a transformar as práticas profissionais dos trabalhadores da APS. A política preconiza que os cirurgiões-dentistas (CD) devem realizar atividades de educação permanente com os outros membros da equipe com vistas à integração das ações para maior efetividade no processo de trabalho e ampliação para uma perspectiva multidisciplinar. Além disso, a educação permanente faz parte de um processo contínuo de integração do ACS na equipe. O compartilhamento de experiências e a discussão de problemas cotidianos na prática desses profissionais pode favorecer e motivar seus processos de trabalho. (Brasil 2017, Giugliani et al. 2021)

Dois estudos qualitativos que realizaram entrevistas com ACS (Venancio, Paula, Reis 2014 e Oliveira, Vilela e Prado 2021) observaram que esses profissionais são elementos basilares da ESB, identificando, por exemplo, o que é saúde bucal, qual a repercussão da saúde bucal na saúde geral e casos que gerem dúvidas na saúde da população atendida. Os ACS não relacionam as demandas odontológicas apenas com dor de dente, mas também com cuidados gerais de higiene bucal, dieta e até com o uso de próteses dentárias. Além disso, já realizam em sua prática orientações sobre saúde bucal, funcionamento e atendimento na Unidade Básica de Saúde. Percebe-se que essas orientações se baseiam em um conhecimento de senso comum, adquirido ao longo da vida e no contato com os profissionais de saúde. Sendo assim, quando bem capacitados e com a efetivação da educação permanente em sua prática, os ACS apresentam potencial para contribuir ainda mais para a melhoria no atendimento as demandas em saúde no SUS.

O processo de capacitação do ACS deverá considerar a singularidade profissional deste trabalhador, ou seja, incluir temas relevantes na realidade enfrentada dentro das comunidades e considerando as características da população atendida para formulação desses processos formativos. A presença da ESB e de toda equipe multiprofissional nos cursos de educação continuada é uma estratégia de promoção à saúde, transformando o paradigma de uma equipe fragmentada e diminuindo o distanciamento entre os profissionais (Holanda, Barboza, Brito 2009).

ACS capacitados demonstram maior destreza ao lidar com a comunidade e ressalta-se que essa capacitação deve ser associada a um acompanhamento por parte do Cirurgião-Dentista da unidade, tornando o processo de promoção em saúde bucal mais efetivo, permanente e eficaz (Mockdeci et al. 2013). Além disso, definir o papel do ACS e das suas

ações, reconhecendo e valorizando o papel estratégico desse profissional dentro da ESF, de forma que as relações entre o ACS e a equipe ocorram de forma horizontalizada e com integralidade evita o desvio de função e reflete em melhorias no trabalho desse profissional dentro da equipe de saúde (Alonso, Béguin, Duarte 2018).

3.4 MÉTODO DELPHI

A Técnica Delphi se utiliza de um julgamento coletivo para previsão de eventos futuros e para apoiar decisões e definições de políticas (Delphi de Políticas). O método também é utilizado para resolver problemas no campo da saúde, e isso se dá por meio de um questionário repassado repetidas vezes entre um grupo selecionado de pessoas, até que se obtenha uma convergência nas respostas. O conhecimento estruturado e organizado de um grupo é supostamente melhor que uma opinião individual. A escolha desta técnica é fundamentada pela inexistência de dados históricos, bem como pela necessidade de abordagem interdisciplinar e de perspectivas de mudanças estruturais no setor. (Wright and Giovinazzo 2000; Fink, Kosecoff, Brook 1984).

O questionário é formulado pela equipe responsável pelo estudo a partir de buscas na literatura e consulta a especialistas, sendo posteriormente repassado entre o grupo selecionado de pessoas, as quais o respondem anonimamente. Nas rodadas seguintes, os participantes têm acesso às respostas dos demais respondentes e reavaliam suas respostas. Em seguida, respondem novamente as mesmas questões. Esse processo busca um consenso entre os respondentes da pesquisa. Um Delphi é considerado completo quando alcança um ponto definido de convergência entre os participantes. (Wright e Giovinazzo 2000; Fink, Kosecoff, Brook 1984).

A metodologia preconiza o anonimato dos participantes, bem como o acesso às respostas entre eles, possibilitando uma reflexão coletiva e mudanças de opinião, a partir dos argumentos e resultados estatísticos alcançados nas rodadas anteriores. Os questionários podem ser enviados pessoalmente ou por meio eletrônico. A média de abstenção dos respondentes costuma ser de 30% a 50% na primeira rodada e, de 20% a 30% na 2ª rodada. Para a grande maioria dos questionários, são aplicadas, no máximo, quatro rodadas, desde que os objetivos tenham sido alcançados. (Wright e Giovinazzo 2000; Kayo e Seccurato 1997).

O método Delphi utilizado nesse estudo foi modificado por meio eletrônico. Segundo Giovinazzo e Fischmann (2001), o Delphi realizado pela internet segue as mesmas premissas características de uma pesquisa Delphi tradicional: é mantido o anonimato dos respondentes, a

representação estatística da distribuição dos resultados e o feedback de respostas do grupo para reavaliação nas rodadas.

A sequência característica da metodologia Delphi é a seguinte (Frichembruder 2011):

1. Planejamento do objeto em análise: matriz conceitual
2. Análise pelo grupo coordenador
3. Elaboração do questionário
4. Estudo piloto/teste e seleção dos especialistas
5. Revisão do questionário (se necessário)
6. Envio aos especialistas e devolução de respostas
7. Análise estatística, agregação de respostas
8. Inclusão de novas questões se necessário
9. Nova rodada a partir do item 6
10. Rodadas até que a convergência das respostas seja satisfatória
11. Relatório final
12. Apresentação do relatório final aos especialistas

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo desta pesquisa foi identificar as atribuições dos ACS em saúde bucal na atenção primária a partir de um consenso entre os próprios profissionais agentes de saúde.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Comparar a matriz de atribuições previamente elaborada a partir da opinião dos profissionais especialistas em Odontologia com aquela que foi construída junto aos ACS;

Definir uma matriz de atribuições que possa ser validada e aplicada no trabalho dos ACS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso CMC, Béguin PD, Duarte FJCM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Rev Saúde Pública* 2018; 52:14.

Baldani MH. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad. saúde pública* 2005; 21(4): 1026-1035.

Bianco LC. *Avaliação de conhecimentos em saúde bucal de agentes comunitários de saúde (ACS) e usuários do SUS de Porto Velho, Rondônia* [dissertação]. Taubaté (SP): Universidade de Taubaté; 2010.

Blinkhorn F, Brown N, Freeman R, Humphris G, Martin A, Blinkhorn A. A phase II clinical trial of a dental health education program delivered by aboriginal health workers to prevent early childhood caries. *BMC Public Health* [internet]. 2012 ago. 21 [acesso em 2022 jan. 28]; 12: 681. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-12-681.pdf>.

Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Ciênc. Saúde Colet.* 2008; 13(1): 259-268.

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

Brasil. Lei nº 13.595, de 14 de agosto de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para modificar normas que regulam o exercício profissional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. *Diário Oficial da União*; 2018.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [internet]. Brasília: MS; 2018 [acesso em 2022 jan. 28]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Brasil sorridente. Brasília: MS; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal [internet]. Brasília: MS; 2004 [acesso em 2022 jan. 28]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília: MS; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Informação e Gestão da Atenção Básica [internet]. 2021 [acesso em 2022 jan. 26]. Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool [internet]. Brasília: MS; 2010 [acesso em 2022 jan. 28]. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). O trabalho do agente comunitário de saúde Brasília: MS; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal [internet]. Brasília: MS; 2002 [acesso em 2022 jan. 28]. Disponível em:

http://www.ccms.saude.gov.br/asaudebateaporta/pdfs/equipes_saudebucal.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde bucal investe R\$ 53,1 milhões na ampliação de ações: MS anuncia medidas como a criação de consultórios móveis, reajuste de 100% no recurso para próteses dentárias e habilitação de 96 novos Centros de Especialidades* [internet]. 2009 [acesso em 2022 jan. 28] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1450&CO_NOTICIA=10622. Acessado em:

25/12/2018.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS; 1997.

Brasil. Portaria nº 1886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*; 1997.

Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*; 2017.

Brasil. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*; 2000.

Brasil. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Portaria de normas e diretrizes da saúde bucal. *Diário Oficial da União*; 2001.

Brasil. Portaria nº 3.241, de 07 de dezembro de 2020. Institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. *Diário Oficial da União*; 2020.

Calado, GS. *A inserção da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

Farias MR, Sampaio JJC. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. *Rev. gauch. odontol.* 2011; 59(1): 109-115.

Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2005 [acesso em 2022 jan. 28]; 10(2): 346-355. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Nft7HTW7vdsxS7x6h5LSKJm/?format=pdf&lang=pt>.

Fink A, Kosecoff J, Brook JH. Consensus Methods: Characteristics and Guidelines for Use. *Am J Public Health* 1984; 74(4): 979-973.

Finlayson TL, Asgari P, Hoffman L, Palomo-Zerfas A, Gonzalez M, Stamm N, et al. Formative Research: Using a Community-Based Participatory Research Approach to Develop an Oral Health Intervention for Migrant Mexican Families. *Health Promot Pract.* 2017; 18(3):454-465.

Frazão P, Marques D. Effectiveness of a community health worker program on oral health promotion. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2009 [acesso em 2022 Jan. 28]; 43(3): 463-471. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/tL45TcVy8DTYps4g79CV85R/?lang=en>.

Frichembruder K. *Centros de Especialidades Odontológicas: perfil dos coordenadores e dos cirurgiões-dentistas do RS e desenvolvimento de critérios de avaliação de desempenho* [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.

Funk CS, Faustino-Silva DD, Malacarne E, Rodrigues RP, Fernandez RR. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição: uma Proposta de Formação de Cirurgiões-Dentistas em Saúde da Família e Comunidade. *Revista da Faculdade de Odontologia* 2011; 51(3).

Giovinazzo RA, Fischmann AA. Delphi Eletrônico – Uma Experiência de Utilização da Metodologia de Pesquisa e seu Potencial de Abrangência Regional. In: *XIV Congresso Latino-americano de Estratégia*. Buenos Aires, 2001.

Giugliani C, Lavor ACH, Lavor MC, Barbosa MIS, Silva TB. Agentes Comunitários de Saúde. In: Duncan B, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C et al. *Medicina Ambulatorial: Conduas da Atenção Primária baseada em evidências*. Porto Alegre: ArtMed; 2022. p. 112-129.

Giugliani C, Harzheim E, Duncan MS, Duncan BB. Effectiveness of community health workers in Brazil: a systematic review. *J Ambul Care Manage.* 2011; 34(4): 326-338.

Hodgins F, Sherriff A, Gnich W, Ross AJ, Macpherson LMD. The effectiveness of Dental Health Support Workers at linking families with primary care dental practices: a population-wide data linkage cohort study. *BMC oral health* [internet]. 2018 nov. 21 [acesso em 2022 jan. 28]; 18(1):191. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6249895/>.

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

Kayo EA, Seccurato JR. Método Delphi: fundamentos, críticas e vieses. *Cadernos de Pesquisa em Administração* 1997; 1(4): 51-61.

Koyashiki GAK, Souza RAA, Garanhan ML. O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidades de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2008 [acesso em 2022 jan. 28]; 13(4): 1343-1354. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BcwbTr4Yqk4tNrvpJ6cjBCf/?format=pdf&lang=pt>.

Lehmann U, Sanders D. Community health workers: What do we know about them? [internet]. Geneva: WHO; 2007 [acesso em 2022 jan. 28]. Disponível em: https://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. saúde pública*. 2004. 20(5): 1411-1416.

Mialhe FL, Lefèvre, F, Lefèvre AMC. Community health agents and their educational practices in oral health: a qualitative/quantitative evaluation. *Cien Saude Colet*. 2012; 16(11):4425-4432.

Mockdeci et al. Capacitação em saúde bucal de Agentes Comunitários da cidade de Juiz de Fora-MG. *HU Rev*. 2014; 39(3 e 4).

Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2008 [acesso em 2022 jan. 28]; 24(6): 1304-1313. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0308/pdfs/IS28\(3\)078.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0308/pdfs/IS28(3)078.pdf).

Oliveira ASS, Vilela ABA, Prado FD. O discurso do sujeito coletivo: o que dizem os agentes comunitários de saúde sobre o câncer bucal na Atenção Básica? *Rev. APS* 2021; 24(4): 698-712.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Declaração de Alma Ata. Genebra: WHO; 1978.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa [internet]. Genebra: WHO; 2010 [acesso em 2022 jan. 28]. Disponível em: https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/pub_oms_marco_acao_eip.pdf.

Saintrain MVL, Vieira APGF. Application of the Community Oral Indicator by Non-Dental Personnel and Its Contribution to Oral Healthcare. *PloS one* 2012; 7:7.

Santos CRI. *O agente comunitário de saúde como ator na promoção de saúde bucal no programa de saúde da família de Rio Branco* [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2010.

Sass AL, Hugo FN, Silva AH, Corralo DG, Trentin MS. Construção de atribuições em saúde bucal para agentes comunitários de saúde através da técnica Delphi. *Ciênc. Saúde Colet*. 2021; 26(3): 1063-1075.

Scherer CI, Scherer MGA. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. *Rev saude publica* [internet]. 2015 [acesso em 2022 jan. 28]; 49:98.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/bH5MT6TgT8NjTmcSxBVs8RM/?lang=pt&format=pdf>.

Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. saúde pública* 2007; 23(11): 2727-2739.

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

Terreri ALM, Baltazar MM, Berti M, Portinho D, Lima DP. Dentist surgeons' activities in training and development of healthcare actions by the community health agent. *Arch. health invest* [internet]. 2018 [acesso em 2022 jan. 28.]; 7(8): 305-311. Disponível em:

<https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/3115/pdf>.

Venancio EQ, Paula EMQV, Reis, CB. Atenção à saúde bucal: o saber e o trabalho do agente comunitário de saúde. *Rev. Odontol. UNESP* 2014; 43(02).

Wright JTC, Giovinazzo RA. Delphi-Uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cadernos de Pesquisa em Administração* 2000; 1(12): 54-65.