

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

**Avaliação de uma Proposta de um Programa Educativo
em Saúde Bucal para Agentes Comunitários de Saúde**

JOICE TONDÉLO

DISSERTAÇÃO APRESENTADA COMO PARTE DOS REQUISITOS
OBRIGATÓRIOS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM
ODONTOLOGIA, NA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE BUCAL
COLETIVA.

PROF^a. DR^a. TANIA MARIA DREHMER

ORIENTADORA

Porto Alegre, Abril de 2006

Nada do que foi será de novo,
Do jeito que já foi um dia. Tudo passa
tudo sempre passará. A vida vem em ondas
como o mar num indo e vindo infinito.

“Como uma Onda no Mar” Lulu Santos.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos Agentes Comunitários de Saúde, profissionais dedicados à melhoria da qualidade de vida da população excluída. Dedico também à minha família, em especial ao meu filho Alex que deu um novo significado à minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas oportunidades e pela força nos momentos mais difíceis.

Agradeço a minha família por acreditar e patrocinar os meus sonhos.

Agradeço especialmente à minha orientadora Tania Maria Drehmer, pela exigência em minha melhora e na divisão de seus conhecimentos, além da amizade prestada.

Agradeço à colega Eliane T. Flores, pela participação essencial neste trabalho, e pela amizade.

Agradeço aos Agentes Comunitários de Saúde que participaram dessa pesquisa com grande disponibilidade, boa vontade e pelo carinho que sempre demonstraram.

Agradeço aos meus colegas de Mestrado Alexandre Emídio, Alexandre Hernández, Marco, Claudete, Daniele e Silvânia e Andréa, pelos momentos de amizade e de compartilhamento de aprendizado.

Agradeço às professoras do Mestrado em Odontologia, área de concentração em Saúde Bucal Coletiva, professoras Cláides, Sônia e Dalva.

Agradeço também aos demais professores e funcionários da UFRGS, pois todos tiveram participação nesta etapa de minha formação profissional.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi de criar e avaliar um programa de capacitação em Odontologia para Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O programa educativo foi teórico-prático e seguiu uma filosofia reflexiva e crítica. Os participantes desta pesquisa foram três grupos de ACS. Dois de Porto Alegre, RS: o Programa de Saúde da Família (PSF) São Gabriel e o PSF Cruzeiro do Sul, com quatro agentes em cada, e quinze agentes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ou do PSF de Venâncio Aires, RS. As avaliações foram quantitativas e qualitativas, respectivamente, através de testes de conhecimentos e exames das condições de higiene e através da realização de grupos focais. Os dados quantitativos foram coletados no início e no final do curso para serem comparados e os dados qualitativos foram categorizados e assim discutidos. Os resultados estão apresentados em forma de três artigos: um de natureza quantitativa com avaliação da capacitação através de mudanças nos hábitos de higiene e na quantificação das respostas corretas aos testes de conhecimentos; os outros dois artigos são avaliações qualitativas do curso, através das percepções dos ACS's sobre a incorporação de atividades de prevenção em saúde bucal ao seu cotidiano e acesso aos serviços odontológicos.

Palavras Chaves: Agente Comunitário de Saúde, Formação, Educação em Saúde.

ABSTRACT

This work was aimed to create and evaluate a capacity building program in Dentistry for Community Health Workers (ACS). The theoretical/practical educational program followed a reflexive and critical philosophy. Three groups of ACS took part on this research: two from Porto Alegre / RS – the São Gabriel Family Health Program (PSF), and the Cruzeiro do Sul PSF, comprising four workers each - and fifteen workers from the Community Health Workers Program (PACS) of the PSF from Venâncio Aires / RS. The evaluations were quantitative and qualitative, respectively by means of knowledge tests and examination of the hygiene conditions, and by means of focal groups. Quantitative data were collected at the beginning and at the end of the course in order to be compared, while qualitative data were categorized and this way discussed. Results are shown in three articles. The first one has a quantitative nature and evaluates the capacity building by means of changes in the hygiene habits and the quantification of the correct answers to the knowledge tests. The additional two articles comprise qualitative evaluations of the course by means of the ACS's perceptions about the inclusion of oral health prevention activities to their quotidian and the access to dental services.

Key words: Community Health Workers, Education, Health Education

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1. Resumo do planejamento dos temas expostos e discutidos sobre as 5 patologias bucais mais prevalentes. Porto Alegre, RS. 2004/2005.	p. 68
QUADRO 2. Critérios para o Índice Gengival (IG) de Løe e Silness (1963).	p. 76
QUADRO 3. Critérios para o índice de Placa (IPV) de Silness e Løe.	p. 77

ÍNDICE DE TABELAS

- Tabela 1. Média e desvio padrão das idades dos agentes das equipes de PACS e PSF's participantes do estudo e distribuição das freqüências absolutas quanto a sexo e escolaridade. RS, 2004/2005. p.105
- Tabela 2. Distribuição em freqüências absolutas das respostas corretas dos 22 ACS's, que participaram do curso de capacitação em saúde bucal. RS, 2004/2005. p.109
- Tabela 3 Distribuição das porcentagens de questões que foram respondidas de forma correta, segundo os 3 grupos que participaram do curso de capacitação em odontologia. RS, 2004/2005. p. 112
- Tabela 4. Distribuição das freqüências absolutas das citações de doenças e alimentos, comparando o antes e depois de cada grupo. RS,2004/2005. p.117
- Tabela 5. Média, desvio padrão dos dentes superiores e inferiores e mediana dos índices ISG e IPV, antes e depois do curso de capacitação em saúde bucal e teste "t" de Student da comparação das médias destes grupos. RS- 2004/2005. p. 119

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS= Agentes Comunitários de Saúde

ACD =Atendente de Consultório Dentário

ESF=quipe de Saúde da Família

Fa=Frequência absoluta

MS=Ministério da Saúde

PACS= Programa de Agentes Comunitários da Saúde

SUS= Sistema Único de Saúde

THD= Técnico em Higiene Dental

PSF= Programa Saúde da Família

UBS= Unidade Básica de Saúde

VD= Visita Domiciliar

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE QUADROS

ÍNDICE DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS

1 APRESENTAÇÃO

1

2 INTRODUÇÃO GERAL

3 OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS

4 REVISÃO DA LITERATURA GERAL

4.1 Crise da Saúde Bucal no Brasil

4.2 Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul

4.3 Programa Saúde da Família

4.4 A Saúde Bucal no PSF

4.5 Educação em Saúde

4.6 Orientações Bibliográficas para a Capacitação dos Agentes

5 MATERIAIS E MÉTODOS GERAIS

5.1 Tipo de Estudo

5.2 Descrição da Amostra

5.3 Proposta de Capacitação

5.4 Procedimentos de Levantamentos de Dados

5.5 Análise dos Dados e das Avaliações dos Grupos Focais

6 REFERÊNCIAS GERAIS

ARTIGO 1 Avaliação de Curso de Capacitação em Saúde Bucal para ACS através de Teste de Conhecimentos e das Condições Bucais.

ARTIGO 2 Percepções de Agentes Comunitários de Saúde sobre Saúde Bucal após um Curso de Capacitação.

ARTIGO 3 Percepção de Agentes Comunitários de Saúde sobre Cuidados Preventivos e Acesso aos Serviços Odontológicos.

APÊNDICES

APÊNDICE A Questionário para Identificação de Conhecimentos sobre Saúde Bucal para Agentes Comunitários de Saúde.

APÊNDICE B Gabarito de Correção do Teste de Conhecimentos em Saúde Bucal

APÊNDICE C Roteiro da Perguntas dos Grupos Focais

APÊNDICE D Descrição dos temas desenvolvidos nas Oficinas de Capacitação em Saúde Bucal.

APÊNDICE E Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXOS

ANEXO A Texto Utilizado para Debate

ANEXO B Técnica dos Nove Pontos

ANEXO C Ficha de Coleta de Dados

1 APRESENTAÇÃO

Neste trabalho de conclusão do Curso de Pós-Graduação em Odontologia, área de concentração em Saúde Bucal Coletiva, estão descritas e analisadas as experiências realizadas em 3 cursos de capacitação em saúde bucal para Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que atuam em Programas de Saúde da Família (PSF). Estes cursos foram realizados no PSF São Gabriel e no PSF Cruzeiro do Sul do município de Porto Alegre-RS, e no PACS/PSF do município de Venâncio Aires-RS.

A apresentação desse trabalho terá a seguinte forma:

- INTRODUÇÃO GERAL.
- OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS.
- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA GERAL.
- MATERIAIS E MÉTODOS GERAIS.
- REFERÊNCIAS GERAIS.

Segue-se a apresentação dos resultados em três artigos, com análises quantitativas e qualitativas.

- INTRODUÇÃO
- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.
- MATERIAIS E MÉTODOS
- RESULTADOS E DISCUSSÃO
- CONCLUSÕES
- REFERÊNCIAS

2 INTRODUÇÃO GERAL

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

A inclusão da Equipe de Saúde Bucal no PSF aconteceu em dezembro de 2000, após a revelação pelo IBGE dos dados de Pesquisa do PNAD, de 1998, de que aproximadamente 30 milhões de brasileiros estavam totalmente excluídos da atenção à saúde bucal (BRASIL, IBGE, 2004). Observou-se, então, que era necessário aumentar a cobertura da atenção e a resolutividade dos problemas de saúde bucal dos brasileiros. A inclusão da saúde bucal neste programa foi feita para dar uma resposta imediata à população descontente com a falta de acesso aos serviços.

Uma das formas que tem se mostrado mais eficiente para resolução dos problemas de saúde bucal, como aconteceu nos EUA e Nova Zelândia, foi a inclusão dos profissionais auxiliares (NARVAI, 1999). Essa forma de

descentralização de conhecimentos, orientada e supervisionada por cirurgiões-dentistas, demonstra ser resolutive e dá uma resposta aos excluídos.

As universidades dão grande ênfase à formação técnica dos cirurgiões-dentistas, certamente necessária, porém, muitas vezes deixam a desejar quanto à formação para a promoção de saúde, dentre elas a Educação em Saúde.

O Programa da Saúde da Família tem algumas diretrizes programadas (ZANETTI, 2000), mas que são insuficientes para orientar os profissionais para trabalhar na comunidade e com os agentes comunitários de saúde (ACS). Essa falta de direcionamento acaba fazendo com que muitos cirurgiões-dentistas não consigam se desvencilhar da forma tradicional de trabalho, e muito menos orientar os ACS para que realizem seu trabalho junto às famílias.

É preciso investir na formação de recursos humanos para que eles realizem a promoção de saúde, através de uma de suas formas que é a Educação em Saúde. Esta é concebida como uma maneira de auxiliar a população a descobrir os seus problemas e necessidades, criando a vontade de buscar soluções, definindo suas prioridades de acordo com sua cultura e conhecimentos. Portanto, o enquadramento a comportamentos considerados saudáveis pelos profissionais de saúde não é aceitável como objetivo da Educação em Saúde.

Entende-se que, os profissionais da área da saúde não sendo capacitados para trabalhar com a comunidade vão apenas reproduzir o modelo de educação vigente.

A Educação em Saúde tem sido realizada sem orientação adequada, dependendo quase que exclusivamente da criatividade e do comprometimento pessoal dos profissionais. Por isso é necessário que se crie, de forma didática, uma diretriz para os cirurgiões-dentistas realizarem esta orientação.

Através da educação problematizadora, pode-se estimular a percepção, o senso crítico e a criatividade desses ACS para trabalharem com a população, objetivando o aumento do auto cuidado para uma melhora da qualidade de saúde. É preciso prepará-los para perceberem as necessidades da população e conhecer formas de trabalho para que possam ajudar em cada caso, buscando as soluções dos problemas.

Esse trabalho tem como objetivo explorar uma proposta de capacitação para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizarem Educação em Saúde Bucal (ESB), baseada nos pressupostos teóricos e metodológicos da educação problematizadora. A análise de seus resultados talvez possa servir de referência para Cirurgiões-Dentistas que atuam no PSF realizarem oficinas de capacitação para seus auxiliares.

Justifica-se ainda a realização deste trabalho pela necessidade de se avaliar propostas para orientar os profissionais de saúde bucal a capacitar os ACS como multiplicadores de conhecimentos em saúde bucal. Essa orientação precisa estimular o aprendizado através da prática, respeitando as

tradições, culturas e crenças locais e que não seja uma forma de “enquadramento” de comportamentos. Deve ser uma forma libertadora e de auxílio na busca de soluções dos problemas identificados na própria comunidade com a participação desta.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Avaliar um modelo de capacitação em saúde bucal para agentes comunitários de saúde, baseado na educação problematizadora, abordando os aspectos de seus conhecimentos, assim como suas percepções e condições clínicas.

3.2 ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos são:

1- construir instrumentos didáticos e pedagógicos que possibilitem processos comunicacionais educativos em saúde bucal entre Cirurgiões-Dentistas (CDs) e ACS;

2- desenvolver oficinas temáticas para a aplicação da proposta de capacitação para ACS por CDs:

a- capacitar os ACS a conhecerem sinais e sintomas das patologias bucais mais prevalentes;

b- capacitar os ACS a realizar o autocuidado e higiene bucal e adequar a dieta;

c- capacitar os ACS a construírem instrumentos pedagógicos para instruir a população;

3- analisar as vivências pedagógicas ocorridas no desenvolvimento das oficinas do ponto de vista do educador;

4- submeter os procedimentos didáticos adotados a apreciação do grupo de educandos.

5- analisar as percepções dos agentes comunitários sobre a Odontologia e a possibilidade de desenvolverem trabalhos preventivos em saúde bucal, após o curso de capacitação.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA GERAL

Esta revisão versa sobre os seguintes temas: análise da crise da saúde no Brasil, o surgimento de programas para contornar essa crise, como o PACS e o PSF, seu histórico e algumas peculiaridades destes. Será dada ênfase à educação em saúde, por ser objetivo deste trabalho discutir uma proposta de capacitação de ACS.

4.1 Crise da saúde bucal no Brasil

A crise da saúde no Brasil prolonga-se há décadas. Muitas foram as conquistas na área, principalmente na década de 80, com o movimento da Reforma Sanitária (CAMPOS, 2003), que foi um marco para a conquista da regulamentação da saúde pública na Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (PINTO, 2000). Porém, muito ainda há a ser conquistado.

O Brasil é um país com grandes desigualdades sociais, resultantes de uma economia excludente (Chiesa, Francolli e Sousa 2004). Para Oliveira et

al. (1998) os resultados do atual modelo econômico, o neoliberal, evidenciam-se nos indicadores de morbi-mortalidade; eles traduzem o processo de exclusão social que destituem de cidadania 30 milhões de brasileiros, na mais evidente corporificação de iniquidade. Isso acontece porque a filosofia do modelo neoliberal considera que a função da iniciativa privada é resolver a crise econômica, enquanto que ao Estado compete aliviar a pobreza e produzir aqueles serviços que o setor privado não quer produzir. Configura-se assim um Estado assistencialista com programas mínimos e seletivos e de caráter supletivo das ações da iniciativa privada. Essa filosofia contraria totalmente as determinações da Constituição de 1988, que indica que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado e que o bem-estar social compete à esfera estatal.

Segundo eles, o setor privado erige-se como um obstáculo ao acesso universal a um serviço de saúde igualitário, pois opera em critérios de rentabilidade e sua lógica não se baseia em prestar serviços a toda a população, mas apenas aos que podem pagar. Como o setor público é uma ameaça aos interesses particulares do setor privado, este cria obstáculos para a solução de problemas de saúde da população, justamente para aqueles que não podem pagar pela assistência. A sua orientação dos serviços é curativa e não preventiva, aumentando o custo para a nação e para os indivíduos pelo excesso de tecnologia.

Consideram Oliveira et al. (1998) que um projeto de saúde que se pretenda democrático e popular deve estar baseado em uma concepção que leve em conta os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Entendem assim, que os problemas de saúde são uma expressão específica das condições de trabalho e de vida de distintos grupos sociais e que a sua solução deve articular-se com a transformação dessas mesmas condições. De acordo com Narvai (1999) a Constituição da República reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, então a saúde necessita ser considerada como um bem público e, portanto, não pode ser submetida às regras de mercado.

A saúde bucal também recebe críticas Narvai, em 1999, já manifestava que a odontologia é tida como mercantil, de alto custo, alta complexidade, ineficaz e ineficiente, de baixa cobertura, mal distribuída geograficamente, individualizada e dirigida para atividades curativas com enfoques biologicistas em detrimento de fatores sociais do processo saúde doença. Tal prática não busca compreender e enfrentar os determinantes sociais do processo saúde-doença. O autor apontava para a necessidade de melhor capacitar os profissionais, visando uma atuação mais eficaz no SUS.

O estudo feito 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%. A porcentagem de consultas odontológicas foi nove vezes inferior para quem ganha até um salário mínimo, comparado aos que ganhavam até 20 salários mínimos. Em julho de 2000, ocorreu a divulgação desta pesquisa causando repercussão

na sociedade brasileira e fez com que o Ministério da Saúde tomasse a decisão de incluir a Saúde Bucal no PSF. (BRASIL, IBGE, 2004).

Em documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b), foi relatado que a crise do setor saúde bucal vem acontecendo há muitas décadas, pois a atenção ter sido voltada quase que exclusivamente para escolares, excluindo os demais grupos populacionais, que eram atendidos somente em situações de urgência. Também a má distribuição territorial dos Cirurgiões-Dentistas (CDs) contribuiu para essa situação.

Conforme Ely (2002) a saúde bucal historicamente não tem sido considerada como prioridade nas políticas públicas de saúde, resultando assim em uma demanda imensurável de necessitados, principalmente porque o SUS, pelo baixo nível econômico da grande maioria da população, é responsável pelo atendimento de cerca de 80% da população. Para a autora, a atenção prestada na saúde pública tem demonstrado ser de baixo impacto e de relação custo/benefício bastante discutível. É uma atenção direcionada para tratamento das urgências odontológicas, para redução da dor, e com um certo grau de atenção preventiva, voltada apenas a programas para escolares.

Narvai, em 1999, descreveu que em meados dos anos 90, o Brasil concentrava cerca de 11 (onze) por cento dos cirurgiões-dentistas em atividade em todo o mundo. De acordo com o autor isto não significou, todavia, melhores condições de saúde bucal para o conjunto dos brasileiros. Ao contrário, o Brasil continuava sendo conhecido como “o campeão mundial

dos desdentados” e um dos lugares do planeta onde a cárie dental registrava prevalência das mais altas, em todas as idades. A magnitude deste problema se refletia nos altos custos relacionados à recuperação através da assistência aos doentes (cerca de 20 bilhões de dólares). Portanto, a prática já demonstrava a exigência de mudanças tanto quantitativas quanto qualitativas.

Campos (2003) declara que 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. Baldani (2005) declara que o reconhecimento da crise da saúde faz com que se conclame por novas propostas de modelos de saúde que se proponham a transformar essa situação. O PSF tem sido apontado como a proposta mais importante na busca dessas mudanças e consolidação do SUS.

Franco e Merhy (2002) fizeram críticas ao PSF; entre elas destaca-se a manutenção da centralização de decisões pelo Ministério da Saúde, com excessiva burocratização, através de normas e de regras. Estas devem ser seguidas rigorosamente pelas equipes, para haver a garantia do financiamento do programa. Esse processo, segundo os autores e para Santos (2004), engessa o programa e impede a criação de modelos alternativos às distintas realidades do país. Marques e Mendes (2003)

apontam a NOB/96 como um obstáculo para construção de políticas locais de saúde, uma vez que induz os municípios a aceitarem programas, que não são definidos localmente, para obterem maiores recursos financeiros. Pois contraditoriamente, quando há descentralização de planejamento e da alocação de recursos da saúde pelos municípios, o Ministério da Saúde “carimba” os recursos enviados para determinada destinação, por exemplo, o PSF. Então, para ser merecedor de maiores recursos, os municípios ficam na condição de implementarem os programas determinados pela União. Assim, onde alocar os recursos deixa de ser tarefa dos municípios que se tornam meros receptores. No entanto, os autores consideram que nos municípios em que não há qualquer desenho de atenção à saúde, a iniciativa de indução da alocação de recursos é positiva.

Outra crítica ao PSF foi feita por Franco e Merhy (2002). As visitas domiciliares compulsórias, na opinião dos autores, devem ser bem indicadas, com exceção dos ACS's, que têm essa por sua função. A existência de visitas sem indicações resulta em mau aproveitamento dos profissionais, além de excessivo controle e intromissão na privacidade da população. Os autores defendem que o PSF valorize também procedimentos clínicos e tenha organização para atendimento de urgências, para que a população não tenha que procurar esses atendimentos em Pronto Socorro, desvalorizando o programa. Entendem que o programa sabe apontar bem críticas ao modelo tradicional de saúde, mas não sabe exatamente como modificar a situação. Sugerem, então, que mais do que mudar estruturas, é preciso mudar a

relação profissionais-pacientes, buscando profissionais com perfil de cuidadores de saúde e não de meros produtores de procedimentos. Também sugerem que sejam dadas todas as condições possíveis para que os profissionais utilizem todos seus potenciais para a resolução dos problemas de saúde da população.

Oliveira e Palha (2004) também entendem que não é suficiente apenas a reorganização do sistema de saúde para que se concretizem as mudanças necessárias na saúde da população. Faz-se necessário também uma compreensão das práticas assistenciais e das realidades sanitárias como também a formação e a capacitação contínuas dos recursos humanos.

Baldani (2005) também critica a forma de financiamento do programa, pois municípios menores, fazendo 100% de cobertura da população conseguem maiores recursos financeiros do que os municípios maiores que não conseguem ter essa cobertura populacional.

É necessário criar viabilidade social para que ocorram mudanças significativas no setor saúde. Uma forma que apontam é o fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde ou de outras instituições comunitárias que possam avaliar os problemas existentes e participar da definição de intervenções nestes. (TRAD E BASTOS, 1998).

4.2 Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul

No Estado do Rio Grande do Sul, a discussão sobre o tema Agente Comunitário de Saúde (ACS) teve início no ano de 1991. Em 1994, já existiam mais de 99 municípios com a presença de ACS's, num total de 2750 agentes exercendo ações de saúde de magnitudes diversas, conforme orientação e treinamentos de diferentes instituições, como prefeituras municipais, EMATER, FETAG e Pastoral da Criança (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Em 1995, após avaliação dos programas de outros Estados e do Programa Nacional, foi elaborado o primeiro projeto de implementação do PACS no RS. Neste mesmo ano foi realizado convênio entre o Estado do RS e o Ministério da Saúde (MS), que possibilitou o repasse de recursos para o financiamento do PACS.

Conforme o Governo do Estado do RS (1997), o objetivo geral do PACS é ampliar a capacidade da população de cuidar de sua saúde, visando à melhoria da qualidade de vida das famílias e à reorganização do sistema local de saúde.

Dentre os objetivos específicos do PACS destacam-se os seguintes:

- mobilizar as comunidades para a identificação dos fatores sociais, econômicos e sanitários, que determinam o processo saúde/doença e para que esta assumam de forma coletiva as mudanças relacionadas às suas

condições de vida; estabelecer um elo de ligação entre a comunidade e a rede de saúde, integrado à equipe de saúde; estimular a participação comunitária nas ações e serviços de saúde impulsionando sua reorganização; proporcionar educação continuada de coordenadores, enfermeiros, instrutores/supervisores e ACS. (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Como justificativa para o PACS, neste mesmo documento é ressaltado que o sistema de saúde vigente pouco valorizava os determinantes dos problemas de saúde. Por isso, as ações desenvolvidas pelos ACS seriam de grande importância para a construção de um novo modelo.

O PACS previa a organização dos serviços municipais de saúde, a ligação efetiva entre a comunidade e as unidades prestadoras de serviços, a participação da comunidade no planejamento da programação local e nas articulações interinstitucionais.

As ações desenvolvidas pelos ACS deveriam contribuir para a redução da morbi-mortalidade dos grupos vulneráveis ao risco de adoecer e morrer e também gerar informações que possibilitassem aos Municípios e aos Estados definirem políticas de saúde que atendessem às reais necessidades de saúde de cada região.

Ainda neste documento encontra-se a definição do ACS como uma pessoa da própria da comunidade, que é capacitado e acompanhado continuamente por um enfermeiro, para auxiliar as famílias a cuidarem da própria saúde, com especial atenção para gestantes e crianças menores de dois anos. O ACS precisaria estar preparado para desenvolver atividades de

prevenção e promoção de saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na Comunidade. Cada ACS era responsável por no mínimo 400 pessoas e no máximo 750 pessoas. Deveria ser morador da área onde exerce suas atividades há pelo menos dois anos, saber ler e escrever, ser maior de dezoito anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.

Nunes et al., em 2002, analisaram as práticas e discursos dos ACS, em cinco municípios da área rural e urbana da Bahia. Os Agentes de Saúde apareceram como autores da ligação para as trocas de saberes populares com os saberes médico-científicos, possibilitando diálogo mais profundo entre eles. Sendo o elo entre a população e os profissionais de saúde propiciam a estes a compreensão dos problemas de saúde das famílias e as suas necessidades. São reconhecidos pela população como facilitadores do acesso aos serviços e ações desenvolvidas pela equipe de saúde.

Werner e Bowce já em 1984, descreveram que a função mais importante do agente de saúde num programa comunitário, não é dar atendimento, nem simplesmente servir de ligação entre a comunidade e o sistema de saúde externo, mas ajudar as pessoas a buscarem soluções mais eficazes para seus problemas. Para isso, o agente de saúde precisa compreender profundamente os pontos fortes e os fracos da comunidade, os seus conflitos e as suas crenças, assim ele vai conhecer melhor os problemas e os recursos da comunidade onde atua.

Em um estudo qualitativo realizado por Pedrosa e Teles, em 2001, em Teresina-Piauí, os agentes comunitários citaram diversas dificuldades para trabalhar na comunidade. Uma delas é o constrangimento que sentem ao referir-se a temas relacionados diretamente à comunidade como: o saneamento, as condições de habitação e o acúmulo de lixo. Outra dificuldade relatada foi a pressão da comunidade para que fizessem procedimentos curativos, os quais não lhes são permitidos. O trabalho destes está centrado no foco domiciliar e no acompanhamento a grupos de alto risco. Sentiam dificuldades para organizar o agendamento e para referenciar atendimento de serviços mais complexos. Reivindicam direitos trabalhistas tais como: insalubridade, proteção social, planos de saúde, melhores condições de moradia, pois declaram que correm riscos de saúde, já que têm contato direto com doenças infecciosas. A grande maioria deles exercia funções de liderança comunitária, que passou a ser limitado pelas regras de contrato e pelas metas de produtividade. Quanto à sua autonomia, consideravam-se livres para organizarem ações de promoção de saúde na comunidade, e que o trabalho está bastante ligado a prestar favores de facilitação dos trâmites burocráticos.

A capacitação dos ACS's deve ocorrer de forma continuada dentro das prioridades encontradas em cada micro-área e/ou município, com ênfase na população materno-infantil. A responsabilidade é do enfermeiro/supervisor de forma geral, porém, a capacitação pode ser feita também por outros

membros da equipe, e na saúde bucal pelo Cirurgião-Dentista da equipe (BRASIL, 2001a).

A supervisão, o acompanhamento e a avaliação do PACS são feitos de forma sistemática, integrada e permanente em todos os níveis do programa, utilizando-se instrumentos como sistema de informação, relatórios mensais, reuniões, encontros, depoimentos visitas à comunidade e observação direta do ACS. (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Nunes et al. (2002), referiram que o treinamento de agentes precisa 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 comunidade, principalmente os hábitos de higiene e alimentação.

Os ACS relataram nessa pesquisa feita na Bahia, um sentimento de orgulho, por receberem informações biomédicas, que hierarquicamente são superiores ao conhecimento popular e que isso lhes confere prestígio social. Porém, quando comparam o seu conhecimento com o dos outros membros da equipe, demonstram insatisfação quanto à insuficiência do conhecimento que recebem.

Ficou evidente nessa pesquisa de Nunes et al. (2000), que o trabalho do ACS ao entrar no universo familiar, traz à tona a sua intimidade e seu

mundo privado. Ligado ao fato de que o agente é um membro da comunidade, qualquer informação sigilosa que venha a ser divulgada, poderá constituir-se em infração ética. Por isso, no treinamento dos ACS, estes deverão ser bastante instruídos quanto a essa questão.

4.3 Programa Saúde da Família

A crise da saúde como já foi mencionado tem feito com que se busquem novos modelos de práticas em saúde. Nesse contexto surge o Programa de Saúde da Família (PSF), como uma possibilidade de reorganização da atenção primária de saúde, buscando a co-responsabilização e participação da comunidade (TRAD e BASTOS, 1998).

O modelo de Saúde da Família foi testado e é preconizado em diversos países, de contextos culturais e econômicos diferentes, como o Canadá, Reino Unido e em Cuba, sendo que este já tem esse programa desde 1982 (BRASIL, M.S.,2000b; OLIVEIRA e PALHA, 2004). Em Janeiro de 1994, foram criadas as primeiras equipes de Saúde da Família (ESF) no Brasil, que incluíam como equipe mínima, um médico generalista, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 ACS's. Outros profissionais de saúde podiam ser incorporados a estas equipes de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupos (RIO GRANDE DO SUL, 2001a).

Para Chiesa, Francolli e Sousa (2004) o aumento do número de equipes de saúde da família é um fenômeno irreversível no país, devido à grande aceitação do programa no território nacional.

Todo sistema de saúde fica estruturado no programa, para que tenha um fluxo contínuo. A Unidade Básica de Saúde (UBS) é a porta de entrada no serviço, que através de diversas pesquisas foi comprovado que pode resolver até 85% dos casos. (BRASIL.M.S., 2000a).

Em primeiro lugar, é preciso conhecer as necessidades da população identificadas a partir do diagnóstico e do planejamento realizado após identificação das famílias adscritas. Esse planejamento deve visar à melhoria progressiva das condições de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

É sugerido que no planejamento da equipe de saúde bucal (ESB) sejam identificados os que serão os primeiros a receber atenção, seguindo critérios tais como: micro áreas de maior risco, famílias com maior número de crianças de 0 a 14 anos, grau de escolaridade da mãe e famílias cujos membros não tiveram acesso à odontologia nos últimos anos (RIO GRANDE DO SUL, 2001a).

É de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) estabelecerem, em parceria, incrementos dos processos de capacitação técnica e a educação permanente específica da equipe e de formação de pessoal auxiliar em saúde bucal por intermédio dos Pólos de Capacitação e/ou de instituições de ensino, em articulação com as

Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Elaborar e editar material didático para a capacitação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde, assim como promover intercâmbio de informações relacionadas às experiências em saúde bucal no PSF entre os municípios, são também atribuições dos dois órgãos (BRASIL, M.S., 2000a).

A formação em serviço deve ser priorizada, uma vez que permite melhor adequação entre os requisitos da formação e às necessidades de saúde da população atendida. A educação permanente é iniciada com o treinamento introdutório da equipe e deve ser realizada através de todos os meios pedagógicos e de comunicação disponível de acordo com as realidades de cada contexto; ressalta-se que a educação à distância deve também ser incluída entre estas alternativas. (RIO GRANDE DO SUL, 2001a).

Foi evidenciada insuficiência de capacitação dos profissionais de nível superior para trabalhar em PSF, por Pedrosa e Teles (2001), em estudo qualitativo que realizaram em Terezina-Piauí, utilizando a técnica de grupo focal com médicos, enfermeiras e ACS's. Na opinião dos médicos a capacitação foi importante para receberem informações do programa, e aprenderem a preencher as fichas exigidas. Declararam que apesar da pouca carga horária do curso, integrou as equipes, e os orientou na organização inicial. As enfermeiras declararam que foi razoável, sem grandes novidades, que os instrutores

eram inexperientes e que o clima era de incerteza com as relações de trabalho. Para alguns agentes o treinamento restringiu-se em acompanhar o trabalho de agentes mais experientes, que iriam substituir. Os agentes ressaltaram a importância de conviver com instrutoras capacitadas e comunicativas, que lhes ensinassem atividades como teatralização, produzir cartazes e como se comunicar com a comunidade.

Chiesa, Francolli e Sousa (2004) declararam que o PSF traz como desafio para os trabalhadores a revisão dos processos de trabalho diante de novos paradigmas orientados pelas diretrizes do programa. O programa requer um novo modelo de atenção, centrado no usuário e principalmente nas famílias. Para isso, as autoras sugerem a busca de novas metodologias e novos instrumentos de trabalho e conhecimentos.

4.4 A Saúde Bucal no PSF

Em 2000 foi incluída a Equipe de Saúde Bucal (ESB) no PSF. Isso aconteceu com a publicação da Portaria do Ministério da Saúde de Nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, M. S.,2001a). Essa Portaria estabeleceu o incentivo financeiro para os municípios que se qualificarem às ações de Saúde Bucal, recebendo-o através da transferência de Fundo a Fundo. A inclusão dos profissionais de saúde bucal nas equipes de PSF 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 Bucal

(THD). (Brasil. M.S., 2001). Contudo, em 06 de março de 2001, o M.S., considerando a necessidade de regulamentação da Portaria 1.444, publicou a Portaria de Nº 267. Esta enfatiza também a preocupação em capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal necessários ao PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS. (BRASIL.M.S.,2001b).

A proporção da equipe de saúde bucal (ESB) por equipe de saúde da família inicialmente era de que cada ESB deveria atender em média 6900 (seis mil e novecentos) habitantes, e nos municípios com população superior a esse número, deveria ser implantada uma ESB para uma ou duas ESF implantadas ou em processo de implantação. Entretanto, essa proporção de ESB para ESF foi revisada pela Portaria Nº 673/GM de junho de 2003, estabelecendo que os municípios implantem a quantidade de equipes de saúde bucal tantas quanto forem necessárias, desde que não ultrapassem o número de equipes de saúde da família. Essa revisão foi importante, pois inviabilizava e desvalorizava o trabalho dos CDs (BRASIL, M. S., 2003c).

Entre os objetivos específicos do Programa de Saúde Bucal no PSF destacam-se:

- melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira;
- assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes da SF às ações de promoção e de prevenção, bem como àquelas de caráter cirúrgico-restauradoras em saúde bucal;

-capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal, necessários ao PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS. (RIO GRANDE DO SUL, 2001b).

Zanetti, em estudo publicado em 2000, defendeu o programa por acreditar que aumenta a resolubilidade, a integralidade, o controle social e a racionalização das ações e medidas públicas em saúde bucal. Segundo o autor o programa busca a universalização da cobertura com a inclusão dos adultos na atenção preventiva e promocional, juntamente com a política de fluoretação das águas, que são capazes de manter e, principalmente, de elevar os padrões de saúde bucal. Por isso, conforme o autor, os municípios podem conseguir uma rápida e radical alteração do perfil epidemiológico dos problemas de saúde/doenças bucais dos brasileiros.

De acordo com o autor a excelência será obtida na simplicidade, no baixo custo e na grande efetividade da prática desenvolvida no interior dos municípios. Alcançar-se-á assim grande impacto epidemiológico e social, porque buscará rotinizar ações e enraizar o auto cuidado e conseqüentemente mudar hábitos pouco saudáveis. Conforme este autor, um dos objetivos da saúde bucal no PSF é a desmonopolização do saber. Para isso é preciso contar com a ação dos ACS no espaço da família.

Zanetti, em 2000, também desenvolveu um documento de referências técnicas aos municípios que desejem incluir a equipe de saúde bucal no PSF, instruindo as atividades dessa equipe. Indica que sejam realizadas

oficinas, preferencialmente de 8 horas. Nas primeiras capacitações deverão ser feitos treinamentos de visita consecutivos, com supervisão do CD. Este apontará o que deve ser corrigido ou melhorado, até que o trabalho dos agentes esteja com o nível de qualidade esperado. Só então, o ACS será autorizado a iniciar o trabalho. Todas as atividades devem ser regularmente apresentadas por cada ACS, em forma de relatório e apreciadas coletivamente por toda a equipe de saúde bucal.

Este autor ainda relata como deve ser a visita dos ACS em Saúde Bucal, afirmando que cada família deve receber regularmente a visita domiciliar do ACS: para realização de prevenção e manutenção de sua saúde bucal. Segundo ele o ACS em sua primeira visita deverá possuir um kit contendo um evidenciador de placa, frasco de flúor gel, bolsa para carregar creme dental e escova, rotina escrita e plastificada, folder educativo para orientação em saúde bucal e posterior distribuição.

Este autor indica fazer abordagem de um tema diferente a cada visita. As atividades deverão preferencialmente ser no jardim e/ou varanda, ou no quintal, ou então, onde for possível. Os ACS deverão identificar necessidades odontológicas curativas acumuladas, e perda da normalidade dos tecidos moles. Também devem promover o auto-exame para detecção de câncer bucal ou outra lesão, e realizar escovação supervisionada com evidenciador de placa e creme dental ou flúor gel nas escovas de dente, em todas as pessoas da família que tiverem habilidade de controle de deglutição.

Para Zanetti (2000) a atividade de prevenção e promoção de saúde não deve se limitar aos domicílios, mas também a “coletivos restritos” com a participação dos ACS na orientação dos grupos internos à unidade de saúde com monitoramento, supervisão e responsabilidade técnica do Cirurgião-Dentista.

Uma forma de trabalhar as comunidades é em grupo, conforme defendem Acosta e Pérez (1996), pois o grupo é um conjunto de pessoas unidas para fins comuns, que se encontram para satisfazer suas necessidades tanto materiais, como espirituais. Se o profissional conseguir criar neles necessidades e dar vias de soluções para alcançar as metas, terá uma grande efetividade, pois um componente de um grupo também pode ser elemento integrante de outros grupos e assim talvez vá irradiar as atividades educativas para esses outros grupos.

De acordo com o documento do Governo do Estado do Rio Grande do Sul (1997), recomenda-se que o treinamento em Saúde Bucal para os ACS, inclua os conteúdos seguintes:

- noções de anatomia e fisiologia dentária;
- a importância das dentições decíduas e permanentes;
- as principais doenças bucais e os fatores relacionados ao açúcar, à ausência ou deficiência da higiene bucal, à exposição solar, ao tabagismo, ao alcoolismo e às suas conseqüências;

-as noções sobre os cuidados básicos para prevenir as principais doenças bucais;

-a importância do emprego do flúor para a prevenção da cárie dental tanto em espaços da família como em coletivos amplos;

-a necessidade da higiene bucal supervisionada e os cuidados bucais aos recém nascidos.

4.5 Educação em saúde

No Brasil a educação formal iniciou em 1599 quando foi criado um manual de educação pelos jesuítas, no qual havia três passos básicos: preleção de conteúdo pelo professor, levantamento de dúvidas dos alunos e após exercícios de fixação; portanto, memorização. Baseadas nesta filosofia as aulas são transmissões de conhecimento, o aluno é o sujeito passivo que escuta, anota e memoriza, também descrito por Costa e Albuquerque (1997). Nesta visão o professor é o detentor do saber e a garantia da verdade. O processo desconsidera-se a historicidade dos fatos para compreensão de teorias, pois são apresentadas ao aluno fragmentadas de seu conteúdo o que não permite a sua compreensão (ANASTASIOU, ALVES, 2003) essa é uma prática que ainda não foi abandonada no país. Por isso, ao se realizar educação em saúde é preciso refletir, se com esse tipo de educação pode-se conseguir mudanças sociais necessárias para a melhoria da qualidade de saúde e de vida da população.

Ensinar vem do latim, *insignare*, que significa marcar com sinal; de vida, de busca, de despertar. O verbo ensinar compreende duas dimensões; a utilização intencional e o resultado. Isso indica que não basta o professor ter intenção de transmitir conhecimentos, mas também é preciso atingir metas de ensino. (ANASTASIOU; ALVES, 2003).

De acordo com Vasconcelos e Siqueira, em 1996, educar é possibilitar, é contribuir para o desenvolvimento humano no seu tempo histórico. A educação pode ser entendida como um processo político, que vem ao encontro de uma necessidade social, cultural, política e econômica. Pode ser entendida como um processo para o desenvolvimento humano e da vida. Para esses autores a educação tem seus limites. Porém, as pessoas podem pensar de forma pessimista ingênua, que considera que as mudanças não virão enquanto não se mudar todo o sistema educacional. Assim, está se contribuindo para a manutenção do abismo existente entre as necessidades e a incapacidade de serem satisfeitas através do atual sistema escolar. De outra forma, pode-se pensar como um otimista crítico, que sabe que a educação tem papel político/pedagógico e busca inovações da prática educativa.

A formação universitária tem sido voltada a um mercado profissional competitivo, que tem resultado em profissionais de saúde pouco envolvidos com a Saúde Pública e a um atendimento mais humano ao paciente. Após diversas críticas e a evidência da necessidade de mudanças e a busca de novos perfis profissionais, o Ministério da Saúde (M. S.) definiu nas novas

Leis de Diretrizes Curriculares Nacionais que revisem o trabalho clínico buscando uma abordagem mais complexa e coerente com o andar da vida individual e coletivo, através da produção de conhecimentos baseados na transdisciplinaridade.

O M. S., nesse documento, argumenta que é necessário que a Universidade reconstrua o seu papel social no mundo atual, com maiores compromissos na consolidação do SUS, sendo capaz de produzir conhecimentos relevantes para a realidade de saúde e como ativos participantes do processo de educação permanente dos profissionais de saúde.

Isso porque, se observa que, apesar das conquistas da área da saúde após a Reforma Sanitária, ainda há um longo caminho a percorrer para alcançar um sistema capaz de garantir à população a oferta integral da atenção e de elevada qualidade assistencial. Um dos elementos críticos e de absoluta relevância para a construção do SUS, tem sido a inadequada formação de seus profissionais ante as necessidades sociais de saúde da população que utiliza o sistema público. É ainda um ensino marcado pela transmissão vertical entre professor-aluno, centrada no modelo médico hegemônico, do paradigma biologicista e medicalizante, centrado em procedimentos e atendimentos hospitalares (BRASIL, M.S. 2003b).

Narvai (1999) também critica a formação odontológica universitária declarando que é deficiente em relação às disciplinas que tratam dos aspectos sociais e preventivos, e levando, em muitos casos, ao desinteresse

do futuro profissional para com elas. A Odontologia é encarada como uma atividade mercantil e para isto necessita aperfeiçoar-se e especificar-se cada vez mais em áreas exclusivamente técnicas.

Para esse autor é enorme a dicotomia existente entre o que ensinam as Universidades, cursos e escolas e o que os profissionais encontram quando se formam, principalmente quando se compara o que foi ensinado com a realidade da prestação de serviços oferecida convencionalmente pela rede pública. O profissional recém-formado, que passou em média quatro anos em contato com informações puramente tecnicistas e sofisticadas, se vê abruptamente frente a uma realidade repleta de problemas.

O M. S. sugere como uma das propostas de reforma curricular, a que considera o papel ativo dos alunos em construir o conhecimento a partir das interações no mundo, ao contrário do processo tradicional que determina nas disciplinas o perfil profissional esperado, tendo a teoria antes da prática (BRASIL, M.S. 2003b). Para Oliveira e Palha (2004) o processo de educação precisa ser permanente e integrar o ensino com os serviços de saúde. Também defendem que o ensino seja mais voltado para a saúde do que para as doenças, buscando criar novos valores nos profissionais da saúde.

O professor tem o papel de estimular o aluno a buscar a construção de seu conhecimento; pode-se também através de situações reais procurar as soluções e cujo produto deve ser levado à experiência prática. Desta forma o estudante é o construtor e produtor do conhecimento e não mais, apenas, receptor de informação. Tem assim a capacidade de pensar

problematicamente e de aprender criticamente, formas extremamente valorizadas no mundo atual, superando o ensino de fragmentação dos conteúdos, de dicotomia entre a teoria e a prática. (BRASIL. M. S., 2003b; HAYDTC, 1997).

Conforme Freire (1996), ensinar não é “transferir conhecimentos”, mas sim criar as possibilidades para a produção e construção do conhecimento. Nem é uma atividade em que o sujeito formador dá a forma, estilo ou alma a um corpo indeciso ou acomodado. Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos apesar das diferenças que conotam, não se reduzem à condição de objeto um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender (HAYDTC, 1997).

Freire (1996) chama de ensino “bancário”, aquele em que o professor despeja conteúdos sem incentivar a participação e o senso crítico, e com isso deforma a necessária criatividade do educando e do educador. A diferença da educação e do adestramento de animais está na capacidade do ser humano de intervir na realidade transformando-a. A memorização mecânica não é o aprendizado verdadeiro; neste caso o aprendiz é um paciente da transferência de conteúdo, e não um sujeito que constrói o aprendizado. Becerra, em 1999, ressaltou que o educador deve ser o guia do educando incentivando-o a pensar e atuar por si mesmo; isso cria independência ao educando, o que vai contra a “educação bancária”, ou seja, depositária de conceitos a serem memorizados.

Já o ensino democrático reforça a capacidade criativa do educando, sua curiosidade, sua insubmissão. Estimula o aluno a aprender criticamente; neste caso o educador lembra que já teve e continua tendo experiência na produção de saberes e que estes não podem ser simplesmente transferidos. Pelo contrário, nas condições ideais da verdadeira aprendizagem, os educandos vão se transformando em sujeitos da construção do saber. A tarefa do docente não é apenas ensinar, mas sim ensinar a pensar certo (FREIRE. 1996).

O mesmo autor escreve que é necessário ser um professor crítico e não memorizador e repetidor de idéias. Só quem pensa certo, mesmo que às vezes erre, pode ensinar a pensar certo. O educador que pensa certo não tem uma postura autoritária e de superioridade ao aluno. É dever do professor respeitar os saberes que os educandos, sobretudo os das classes populares, constroem na prática de suas realidades. Para Haydtc (1997) muito mais importante do que conhecer novas técnicas de ensino, metodologias, o que realmente faz diferença é encarar o aluno como ser ativo no processo de aprendizagem.

Ainda conforme Freire (1996), o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que se concede aos outros. O professor que desrespeita a curiosidade do aluno, o seu gosto estético, a sua inquietude, a sua linguagem, ou que ironiza e minimiza do alto de sua superioridade, está transgredindo os princípios éticos da existência humana.

Freire também adverte que a educação democrática não é realizada sem metodologia e critérios, e que não há ensino sem pesquisa, nem

pesquisa sem ensino e quem ensina busca porque indaga. Pesquisa-se para conhecer o que ainda não se conhece e para comunicar ou anunciar o que é ainda novidade. Becerra, em 1999, afirmou que a prática educativa deve ter evidencição científica e se comprometer em ser uma inter-relação dialética com os educandos e a comunidade.

O autor ainda, diz que dialogicidade não nega a necessidade do momento discursivo, explicativo e narrativo do objeto pelo professor. O importante é que professores e alunos saibam que seus papéis são o de dialogarem e não de tornar a aula passiva. O papel fundamental do professor é apoiar o aluno para vencer suas dificuldades em compreender o conteúdo e construir o seu conhecimento, tornando-se ativo e responsável por produzir o próprio conhecimento. Para Anastasiou e Alves (2003) a diferença da lógica formal de ensino para a dialética é que na formal se apresentam conteúdos, através de aulas expositivas com apresentação de conceitos. Nesse tipo de aula, o aluno fica com dificuldade de generalizar, abstrair, diferenciar, e simbolizar os conceitos trabalhados. Porém, a lógica formal não deve ser negada e sim incorporada à forma dialética. Na lógica formal tem-se a definição do significado do objeto e a partir dali, a dialética tem o papel de confrontar, de fazer a reflexão, de construir o conhecimento e assim o aluno construirá sua síntese.

Para ele, transformar a experiência educativa em pura técnica é amesquinhar o exercício educativo. O educador que pensa certo desafia o educando a compreender o que está sendo comunicado, de forma dialógica.

Contudo, Noronha (2001) diz que a sociedade valoriza mais o conhecimento científico do que o popular, pois aquele é atingido por métodos experimentais e do uso da lógica. O conhecimento científico é tido como o verdadeiro, o erudito, o coerente e considera o conhecimento popular, o do senso comum, como vulgar e impreciso. Isso tem justificado a atitude de imposição de suas vontades por alguns detentores de conhecimentos científicos e justificar as desigualdades sociais e a exploração econômica, e até o uso de violência. Mas, se houver compartilhamento entre o saber científico e o popular, o conhecimento gerado superará os dois em suas formas isoladas. Quem reafirma essa necessidade é o paciente, que, ao mesmo tempo em que procura cura no sistema tradicional, o faz em locais alternativos, como nas religiões e com os curandeiros.

O autor conclui que é preciso fazer com que a educação em saúde seja uma ação transformadora, ampliadora da visão crítica dos sujeitos, articuladora de recursos e que reinvente novos laços sociais, possibilitando e estimulando a participação popular.

Costa e Albuquerque, em 1997, definem a educação em saúde como:

(...) um processo e como tal, não acontece de uma hora para outra. Tem uma performance extremamente dinâmica e ocorre pela soma lenta e gradativa de fatos isolados, da busca do conhecimento, da troca de informações e de experiências que envolvem no seu contexto, métodos e técnicas de ensino-aprendizagem que pode ser melhorada a partir de questionamentos e aperfeiçoamentos das mesmas.

Dizem também que a educação ideal é o processo que ajuda as pessoas a assumirem a solução dos seus problemas como co-responsáveis, e mais, que busca a desalienação e a formação da cidadania. Não deve ser usada como instrumento de mudanças de características individuais indesejáveis, tais como: ignorância e falta de higiene, por exemplo. Hoje, é um instrumento utilizado, não apenas para mudar hábitos, mas também para permitir uma reflexão sobre as conjunções reais de vida das pessoas. Na educação em saúde, leva-se em conta a identificação e trabalho com lideranças comunitárias, considerando a cultura e crença da população. Para eles a aprendizagem é um processo qualitativo que acontece no aluno e é realizado por ele. Toda aprendizagem se baseia em vivências anteriores e por isso depende do aluno; então, o papel do professor é orientar e facilitar o ensino.

Acosta e Pérez (1996) definiram a educação como um meio de preparar o homem para a vida, em relação ao tempo em que vive. Deve dar meios para resolver seus problemas e prepará-lo para a vida, dando independência e iniciativa aos educandos, através de um alto grau de motivação. A escola não deverá decidir, e sim ensinar o manejo das forças para se lutar pela vida.

Vasconcelos (2001) relatou que a educação em saúde utilizada pelos profissionais tem sido a “educação toca boiada”, que através do discurso tecnicista, usa técnicas de convencimento da população. Todos falam em diálogo, participação, mas na prática o que predomina mais é essa forma.

Para ele, a educação popular deve ser aquela em que os intelectuais se inserem nas comunidades; não é ir lá para organizar algo, pois é mais eficiente valorizar o que elas já fazem, visto que o povo é cheio de iniciativas e criatividade. O intelectual deve se botar a serviço dessas iniciativas. O diálogo é fundamental, para trabalhar a serviço dos interesses deles e de suas perspectivas. O povo precisa do saber científico e o profissional tem o conhecimento que eles não têm. É preciso saber o que eles estão precisando. Para fazer educação popular não se joga fora o conhecimento científico, mas sim o utiliza como instrumento pedagógico.

Para Sophia (2001) a educação em saúde pode ser usada para criar poder e autonomia, principalmente através da participação popular no acesso e gestão de bens e serviços públicos, ou para formar condutas. Muitos profissionais ainda acreditam que devem realizar educação em saúde como meio de modificar, de cima para baixo, os comportamentos da população para uma vida saudável. Não se dão conta que também tem que aprender com essa população a fazer educação em saúde, pois partem do pressuposto que transmitir informações sobre o saber clínico ou acadêmico são suficientes. Assim é comum não perceber que os problemas individuais de saúde costumam ser sinais de problemas sociais da coletividade.

Werner e Bowce (1984) relatam que muitos peritos dizem que o principal objetivo da educação em saúde deve ser mudar os hábitos e os costumes das pessoas. Esse objetivo chama a atenção somente para aquilo que a pessoa faz errado, ao invés de partir daquilo que a pessoa faz certo. É

o ponto de vista paternalista de que a “ignorância” da população é a causa das doenças e que a sociedade deve corrigir os hábitos e costumes “errados”.

A educação em saúde que valoriza a pessoa faz o oposto. Reconhece que a má saúde da população é em grande parte, resultado de uma ordem social injusta. O objetivo principal não é mudar os “atrasados”, mas ajudá-los a adquirirem os conhecimentos necessários para mudarem as causas que provocam a doença.

Ao afirmar isso, não se está negando a necessidade de mudança de atitudes e de comportamentos. Mas deve-se descobrir o que precisa ser mudado, e quais são os hábitos que causam sofrimento humano. Lembrando que o comportamento que faz mal é provocado em parte pela situação injusta em que vivem. Ao invés de reformar as pessoas, a educação em saúde precisa ajudá-las a mudar a situação. Quando as pessoas ficam mais seguras de si e de sua capacidade, as atitudes e os comportamentos mudam. As mudanças duradouras surgem dentro das próprias pessoas.

Para Petry e Pretto (1999) se a educação em saúde for realizada de forma autoritária e paternalista certamente será uma atividade fracassada. Esta deve desenvolver a consciência crítica das causas dos problemas de saúde, e criar motivação para buscar soluções e mudanças de comportamentos, capazes de manter ou adquirir saúde. A aquisição de valores e atitudes positivas acontece através das relações interpessoais, a

relação entre profissional e paciente deve ser a da valorização da saúde como um direito para este, mas também como sua responsabilidade.

De acordo com Costa e Albuquerque (1997), para educar é preciso motivar. O processo de motivação depende dos fatores internos do educando, como das condições externas ou ambientais. Por isso o educador deverá conhecer, estimular e diagnosticar as condições internas que estão diretamente relacionadas com as capacidades intelectuais do educando e tentar interferir nas condições externas, organizando e controlando-as para facilitar a aprendizagem.

Há uma relação de alegria e esperança necessária à atividade educativa. Há esperança de que juntos; professor e alunos, possam aprender, ensinar, inquietar-se e contornar obstáculos com alegria (FREIRE, 1996). Isto é, para conseguir motivar de forma duradoura, o profissional precisa ter atitudes de entusiasmo em suas ações, de alegria, de esperança na vida e de convicção no que diz. Para fazer a manutenção do conhecimento é necessário conseguir que o paciente tenha vontade de aprender, é preciso conseguir despertar a sua atenção, tornar a educação um ato prazeroso ao paciente, para ter as condições favoráveis de aprendizagem (PRETTO; PETRY, 1999). Para educar em saúde é necessário conscientizar, interiorizar e incorporar o que se ensina e desenvolver o ensino num clima de amistosidade e alegria no trabalho que realiza (BECERRA, 1999).

Para Costa e Albuquerque (1997) é preciso envolver a comunidade no processo educativo, pois se houver divisão de responsabilidades as pessoas se empenham muito mais. É uma tarefa nem sempre fácil de executar, porém, tem efeito duradouro quando atingida. Fazer a coisa pelas e para as pessoas é mais fácil, porém mais dispendioso e de benefício temporário. Se as pessoas procurarem a solução de seus problemas conjuntamente haverá crescimento individual e coletivo, com formação de consciência crítica.

Costa e Albuquerque ainda classificaram e descreveram as diferentes pedagogias em três tipos conforme segue: a pedagogia da transmissão, a pedagogia do condicionamento e a pedagogia problematizadora.

A pedagogia da transmissão é a que se importa com a transmissão das idéias e conhecimentos como os elementos mais importantes da educação. O aluno é passivo, é um receptor de informações, como se fosse uma página em branco a ser impressa, limitado a receber as informações e livros que o professor oferecer. Ele não se esforça para desenvolver suas habilidades intelectuais.

Individualmente, as conseqüências são: uma elevada absorção de conhecimentos, hábito de tomar notas e de memorizar, profundo respeito às fontes de informação, falta de atitude crítica. Esta técnica se caracteriza por uma grande distância entre a teoria e a prática e uma tendência ao racionalismo radical.

Em nível coletivo as conseqüências são: adoção inadequada das informações científicas e tecnológicas de países desenvolvidos, adoção

indiscriminada de modelos de pensamentos elaborados em outras regiões, com o estrangeirismo e a imitação de seus padrões culturais, com falta de conhecimento da própria realidade, conformismo, individualismo, falta de participação e cooperação, manutenção da divisão de classes sociais.

É evidente, então, que essa pedagogia não coincide com aspirações de desenvolvimento e crescimento pessoal.

Na Pedagogia do Condicionamento o importante não é o processo educativo de idéias e conhecimentos, pois enfatiza os resultados comportamentais, ou seja, as manifestações empíricas e operacionais da troca de conhecimentos atitudes e destrezas.

Está baseada nos princípios do Behaviorismo (Skinner) e da reflexologia (Pavlov); concentra-se no modelo da conduta, de condicionamento do aluno através de recompensas após emitirem os resultados esperados. Mediante a repetição da associação de estímulo-resposta-reforço, o aluno termina condicionado a dar as respostas desejadas. O aluno aprende por condicionamento e não por prazer em aprender, e assim não se desenvolve como ser integral e social.

Individualmente as conseqüências são: indivíduo ativo, emitindo as respostas que o sistema permite, alta eficiência de aprendizagem, não é crítico, não problematiza a realidade, não conhece as mensagens dos dados, mas apenas os dados. Há uma tendência ao individualismo, salvo se o programa permitir co-participação, tendência à competitividade, pois o mais

rápido ganha mais status, mesmo não sendo original, pois as respostas esperadas foram dadas.

Em nível social, há tendência à robotização, pois o importante é a prática e a eficiência, e não a criatividade e originalidade. Há sempre necessidade de um líder e falta consciência crítica e cooperação. Há possibilidade de manipulação ideológica ou tecnológica e dependência de fontes estrangeiras para programas, equipamentos e métodos.

Na pedagogia da problematização o importante é aumentar a capacidade do indivíduo de ser um agente transformador social, detectando os problemas reais e buscando soluções originais e criativas. Dentro de um mundo de mudanças rápidas, conhecimentos ou idéias, assim como ter comportamentos corretos e fáceis de esperar não é o mais importante, mas sim a capacidade do aluno fazer perguntas relevantes em qualquer situação e ser capaz de entendê-las e de resolvê-las adequadamente.

O interessante é desenvolver a capacidade de observar a realidade imediata e detectar os recursos que se possa utilizar para identificar os problemas que impedem o uso eficiente desses recursos e ainda modificar ou inventar tecnologias que solucionem os problemas levantados.

A pedagogia da problematização, segundo os autores, se faz da seguinte forma: o aluno é confrontado com uma realidade, observa e levanta os problemas, teoriza sobre eles se perguntando o porquê das coisas observadas. Este é o momento mais importante da presença do educador, pois para teorizar é necessário ter vivência e conhecimentos científicos. A

teorização compreende operações analíticas da inteligência, é altamente enriquecedora e permite o crescimento mental dos indivíduos. O aluno confronta a prática com a teoria e naturalmente formula hipóteses para a solução do problema em estudo. Nesta fase deve-se cultivar a originalidade e a criatividade da maneira de pensar do aluno, que está usando a realidade para aprender com ela e para poder transformá-la. Assim o aluno pratica e fixa as soluções encontradas, como as mais viáveis e aplicáveis.

As conseqüências da pedagogia problematizadora podem ser observadas individualmente: o aluno é mais ativo, observador, crítico, tem percepções e opiniões, é questionador, motivado para resolução de problemas reais e extrapola o que lhe é exigido.

Já as conseqüências observadas a nível coletivo são que a população conhece sua própria realidade e reage à valorização do estrangeirismo, utiliza métodos originais para solucionar seus problemas, reduz a necessidade de um líder e cria ou adapta as tecnologias tornando-as viáveis. Há uma evidente elevação do nível intelectual dessa população que cria resistências à dominação cultural tanto estrangeira como de classes sociais.

Essa última técnica certamente parece ser a mais adequada para educar, porém as outras duas não devem ser abandonadas, pois haverá momentos de necessidade de transmissão de conhecimentos, e de repetição de conceitos para a fixação de conteúdos. O que não é indicado é limitar o aluno a ser um expectador passivo, mas este precisa ser estimulado para ter desenvolvimento integral da personalidade, sendo crítico e participante.

Petry e Pretto (1999) defendem a pedagogia problematizadora como a forma adequada de educação dos pacientes, pois nesta, a linguagem pode ser mais clara e adequada ao nível do conhecimento, da cultura e da idade do paciente. Usam-se meios práticos e visuais de demonstração, como espelhos, modelos de gesso, macro-modelos, cartazes, vídeos, relacionando o conteúdo com a realidade e dando exemplos. Pode-se, então, formular questões práticas e pedir para que os alunos encontrem soluções. Quando se trabalha em grupo, não se considera todos os elementos como iguais em capacidade de adquirir conhecimento. Respeitar e observar as características particulares de cada um em adquirir o aprendizado são pressupostos básicos, assim como usar tarefas que estimulem a capacidade individual, e dar tempo de aprenderem por si mesmos.

Petry e Pretto, em 1999, ainda defenderam que o profissional precisa ter postura de segurança e firmeza nas informações passadas, porém, sem ser autoritário. O profissional que não é autoritário raciocina sem ameaçar e não dá avisos para que o paciente obedeça ao seu poder. Assim, o paciente o escuta e questiona, se esclarece e reage às informações, com liberdade de escolha, aumentando o grau de autoconfiança.

De acordo com Becerra, em 1999, o processo pedagógico deve ter unidade da teoria com a prática, o conhecimento humano não se faz pelo idealismo, e sim pela idéia viva dos fatos. Para realizar um programa educativo, o professor precisa ter bem claro os seus objetivos, e os meios para alcançá-los, e ao preparar o conteúdo e a metodologia ter em vista as

necessidades educativas concretas do grupo. Necessita estar bem documentado pedagogicamente e escolher os exercícios práticos que vai realizar, subordinados aos objetivos propostos. O tempo do programa deve ser ajustado racionalmente conforme as características dos temas e dos educandos à quem se vai dirigir. Para saber que sistemática de ensino aplicar, o professor faz o diagnóstico educativo, baseado nas características da comunidade onde atua, e assim procura identificar as necessidades de ensino do educando individualmente, e do grupo e suas características psicossociais.

Conforme Petry e Pretto, (1999) a educação deverá atingir níveis cognitivos (conhecimento), afetivo (confiança), psicomotor (atuação mecânica). Para isso usa-se todos os sentidos do corpo para conseguir uma boa qualidade de educação. Costa e Albuquerque, em 1997, também referem que para influenciar a aprendizagem pode-se usar os órgãos sensoriais do aprendiz, para percepção de estímulos externos. É indicado usar um vocabulário comum para que a mensagem não sofra interferência e seja decodificada no seu contexto, respeitando as diferenças regionais. O educador precisa ter empatia, ou seja, se colocar no lugar do educando e ver o mundo como ele vê. Fazendo isso poderá compreender quão indefesa a pessoa se sente quando está numa posição “de quem não sabe nada”, e entender a dificuldade da linguagem, as diferenças culturais, os desníveis intelectuais e a partir dali poder modificar a abordagem e os métodos para que os objetivos definidos sejam alcançados. O professor pode utilizar

métodos de ensino diferentes, porém, tendo domínio da técnica do novo instrumento.

4.6 Orientações Bibliográficas para a Capacitação dos Agentes

No processo da educação em saúde e nas capacitações, um fator importante para motivar mudanças de comportamentos é a credibilidade que os profissionais apresentam para a população. Então, a equipe de saúde precisa inserir atividades educativas em todas as suas ações e em qualquer contato com os pacientes, tendo uma postura de coerência entre o seu discurso e as suas atitudes, pois as pessoas se espelham em seu exemplo, e isso também dá credibilidade ao que transmite (PETRY E PRETTO, 1999; BECERRA, 1999).

Para que os agentes tenham atitudes de educadores democráticos, precisam também do exemplo dos seus capacitadores. Werner e Bowce (1984) descreveram que se o monitor é autoritário e toma ares de superioridade, os alunos (agentes) vão provavelmente agir da mesma forma, tomando ares de superioridade quando voltarem ao povoado. Se o monitor trata os alunos como iguais, aumentando a competência e os conhecimentos que eles já têm, provavelmente os alunos vão tratar o povo de modo parecido.

Ainda esses autores defenderam que é preciso começar o ensino pelos conhecimentos que os agentes de saúde têm, ajudando-os a

desenvolvê-los, adaptando-se ao jeito deles aprenderem, mesmo que o educador tenha que usar métodos novos para ele.

É melhor que o treinamento seja feito perto do local onde os agentes de saúde vão trabalhar, pois a proximidade com a comunidade é essencial. O melhor lugar para o treinamento é a comunidade. Assim, o agente aprende a resolver os problemas e a exercer sua atividade em condições parecidas com as da própria comunidade.

A experiência mostra que o número de alunos deve ser de 12 a 15, pois é um bom número para que se tenha discussões e todos participem.

Para Costa e Albuquerque (1997), a realimentação ou retroalimentação, que é o processo de avaliação constante, pode ser um motivador para o aluno se não for entendida como ameaça ou punição. Ela favorece o crescimento individual e do grupo ao qual pertence. O educador deve propor atividades de amplitude e complexidade crescentes, e observar através de feedback, a evolução do aluno. Mostrando ao aluno os resultados de seus progressos e orientando para melhorar o seu desempenho. O educador deve também se preocupar com o porquê, como e quando o aluno aprende, como vive e sente a aprendizagem e as conseqüências para a sua vida.

5 MATERIAIS E MÉTODOS GERAIS

5.1 Tipo de estudo

Este estudo segundo Minayo (1999) é classificado como uma pesquisa-ação, pois testou um modelo de capacitação em saúde bucal para ACS's. Aconteceu entre outubro de 2004 e fevereiro de 2005, em forma de oficinas e procurou integrar a teoria com a prática, utilizando diversas técnicas de ensino.

5.2 Descrição da amostra

Participaram deste estudo dois PSF's de Porto Alegre-RS que não tinham serviço odontológico e que foram indicados pelas suas coordenadorias. Cada PSF tinha quatro ACS's que aceitaram participar desta pesquisa. Nenhum deles tinha tido orientação ou prática em trabalhar com saúde bucal. Também participaram deste trabalho 15 agentes de saúde que trabalhavam no PACS ou em PSF's de Venâncio Aires-RS. Neste grupo a maioria já havia tido algumas informações odontológicas prévias ao curso de capacitação proposto. A participação foi voluntária seguindo os preceitos da Resolução CNSMS 196/96 do Código de Ética em Pesquisa (BRASIL, M. S., 2002). O Projeto de pesquisa foi submetido e aprovado tanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FO-UFRGS, como pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre-RS.

Optou-se pela escolha de profissionais que não contavam com serviços de Odontologia para se obter um grupo que não estava tendo

orientações e supervisão de cirurgiões-dentistas nos seus trabalhos e assim ter melhor controle destas variáveis externas.

5.3 Proposta de Capacitação

5.3.1 Instrumentos Didáticos Pedagógicos para Realização de Oficinas de Educação em Saúde Bucal para ACS's

Os instrumentos didáticos foram criados baseados nos documentos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul de 1997, que recomendam os conteúdos a serem trabalhados com os ACS's dentro do PSF (Rio Grande do Sul, 1997). As cinco patologias que foram trabalhadas nas capacitações são as recomendadas para que sejam as ensinadas, uma vez que são as mais prevalentes. As patologias trabalhadas foram: cárie, doença periodontal, má oclusão, câncer bucal e fissura palatal.

Baseado na literatura sobre educação, tentou-se tornar o curso o mais teórico-prático possível, partindo dos conhecimentos prévios dos alunos, tentando ser reflexivo, com discussões políticas e discussão de temas sociais sempre que possível.

Também é preciso observar que a educação reflexiva não nega o momento da educação mais tradicional: da transmissão de conteúdos, da utilização dos sentidos sensoriais do educando no processo da educação. O mais importante é a forma que a educação é realizada, ou seja, que tenha participação constante dos alunos na produção dos conhecimentos. Por isso, existem também no planejamento dessas oficinas momentos em que os conteúdos são trabalhados em formas tradicionais.

A seguir está exposto o planejamento das oficinas, de acordo com a ordem que foram trabalhados os temas e com as técnicas que foram utilizadas em cada uma delas.

METODOLOGIA DA PRIMEIRA OFICINA:

Primeira aula:

1º momento: a pesquisadora se apresentou, expôs seus objetivos e o que seria feito no primeiro encontro, leu e explicou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E), pediu para assinarem. Após, obtidas as assinaturas, foram respondidos os questionários (APÊNDICE A) individualmente. A seguir foram feitas aplicações de revelador de placa, obtendo-se os índices IPV e o ISG simplificados. Para a remoção do corante foi realizada a escovação enquanto era observada a maneira que realizam a higiene bucal. Com a utilização de espelhos para visualizarem os locais em que havia placa, eram orientados de modo a eliminá-la.

2º Momento: O educador explicou que não seria um curso como aulas em que apenas escutariam a educadora, e que se todos participassem haveria melhor aprendizado. Deixou bem claro que ninguém sabe tudo e que todos sabem alguma coisa e que, portanto, não há porque terem receio de se expor ou de perguntar. Colocou ainda que o objetivo é que fosse um curso

com muita interação entre os membros e com bastante debates sobre os temas.

Pedi para que um apresentasse o outro, com características da personalidade, tentando além de conhecer os participantes, criar um clima de descontração.

3º Momento: Foram realizadas dinâmicas de grupos, que aconteceram com três técnicas diferentes. Primeiro foi lido um texto com objetivo de fazer uma reflexão sobre a necessidade de interação entre o conhecimento científico e o popular (Anexo A). Foi também objetivo da pesquisadora conhecer melhor a equipe e estimular o debate e o pensamento crítico dos ACS.

A técnica dos nove pontos (Anexo B) teve a finalidade de discutir as “caixas” de pensamentos que se costumam ter na busca de soluções. Discutindo que para solucionar esse problema é preciso pensar diferente do convencional, é preciso usar imaginação e criatividade.

As gravuras de ilusão de ótica que contém duas imagens diferentes no mesmo desenho, tinham como objetivo demonstrar que é preciso enxergar os fenômenos através dos diferentes pontos de vista, e que é preciso ousar com a imaginação para que se possam encontrar soluções diferentes para os problemas e situações que surgirem.

Terminadas estas atividades, a pesquisadora perguntou quais eram as expectativas que tinham em relação ao curso, e quais assuntos achavam mais necessários para seu trabalho. Explicou que eram indicados alguns

temas para o curso, mas que seriam aceitos outros, conforme as necessidades da população local. Em folhas de papel pardo foram realizados os planejamentos conforme o modelo descrito a seguir.

4 ° Momento: realização de uma técnica de planejamento. Para iniciar a discussão dos problemas locais, foram feitas as perguntas descritas a seguir. O papel da educadora foi motivar o debate, estimular para que todos dessem suas opiniões.

Perguntas para discussões no planejamento:

- 1) Quais são as principais doenças bucais do bairro?
- 2) Onde as pessoas procuram ajuda para tratá-los?
- 3) O que as pessoas fazem para resolvê-los, baseados em que crenças?
- 4) Como as doenças bucais afetam a vida das pessoas?
- 5) Quais as experiências e as vivências que tiveram na comunidade em relação aos problemas de saúde bucal?
- 6) Quais as diferenças entre as pessoas doentes e as saudáveis?
- 7) Quem tem mais saúde, o rico ou o pobre? Por quê?
- 8) Quem tem maior capacidade de cuidar de si próprio? Quem precisa de mais cuidados e atenção?
- 9) Pode-se modificar essa situação? Como?
- 10) O que podem fazer para ajudar? Conhecem soluções?

A partir dessa discussão foi feito um levantamento dos problemas mais comuns na comunidade, através da prática e vivência comunitária que

eles tinham, listaram-se as principais doenças, ou seja, os problemas envolvendo saúde bucal na comunidade.

Definiram então, os temas que queriam trabalhar e a pesquisadora completou a lista das cinco patologias mais freqüentes, indicadas para se trabalhar no PSF, que foram colocadas na mesma escala.

Através dessa discussão foram listados os principais problemas. Foi feito então uma escala de gravidade e freqüências de 0 a 4 sinais de +.

Listagem e Hierarquização dos Problemas

Pergunta	freqüente	grave	É importante trabalhar no curso	Posso como agente ajudar
Problema				
Cárie	++++	++++	++++	++++
Má oclusão				
Fissura palatal				
Doença periodontal				
Câncer bucal				

Fonte: WERNER, D.; BOWCE, B.; Aprendendo e ensinando a cuidar da saúde. In:

Aprender e Ensinar. 5 ed. São Paulo: Paulus, 1984. Cap. 2, p. 41 – 58. (modificada).

Escala utilizada no planejamento:

+ não é freqüente, não é grave, não é importante, não posso ajudar em nada

++ é pouco freqüente, pouco grave, pouco importante, posso ajudar muito pouco

+++ é freqüente, é grave, importante, posso ajudar

++++ é muito freqüente, é muito grave, é muito importante, posso ajudar muito

Assim, pode-se hierarquizar esses problemas e a importância que deveria ser dada a cada tema, com mais ou menos tempo despendido, ou seja, assim se teria idéia do tempo que seria usado para cada tema.

Portanto, o curso não teve um planejamento fixo, teve apenas um esboço inicial que poderia ser modificado com o decorrer deste e conforme fossem sentidas as dificuldades e caso surgissem novos problemas ou através de sugestões que os agentes pudessem trazer. Então, esse curso não tinha rigidez de tempo determinado; sendo realizado conforme a necessidade dos participantes e da comunidade. Cada grupo determinava a quantidade de tempo do curso também de acordo com a liberação dos agentes por seus coordenadores.

Pelas diferentes condições e realidades encontradas cada grupo variou em tempo e número de oficinas. No PSF Cruzeiro do Sul foram realizadas nove oficinas, o curso estendeu-se por sete semanas consecutivas. Já o PSF São Gabriel, teve praticamente apenas conteúdos teóricos, devido ao fato dos agentes estarem entrando em férias e não podendo realizar todas as atividades programadas. Neste grupo foram realizadas cinco oficinas de quatro horas, em cinco semanas consecutivas. Com o grupo de agentes de Venâncio Aires foram combinadas cinco oficinas de oito horas em cinco semanas consecutivas.

Temas odontológicos propostos (resumo):**-Cárie**

Teórico: conceitos, causas, fases da doença, conseqüências na saúde e na vida social, prevenção através da dieta, glândulas salivares, xerostomia, importância da saliva, higiene, métodos alternativos de higiene, flúor, implicações e importância da doença em cada ciclo de vida, de gestantes a idosos.

Prático: observação de dentes e de fotografias de cárie, realização do auto-exame no espelho, treinamento de escovação em modelos de gesso, observação da anatomia dentária nos dentes extraídos, realização de experiências para observar o efeito do ácido e do flúor em casca de ovos.

-Doença Periodontal

Teórico: conceitos, causas, importância na saúde, possíveis complicações e implicações, importância da doença em cada ciclo de vida, de gestantes a idosos.

Prático: métodos de prevenção, formas de criar fio dental alternativo, auto-exame no espelho, observação de fotografias com gengivas hígidas e doentes, treinamento de uso de fio dental em modelos de gesso, pintura com guache nos modelos de gesso, fisiologia bucal, anatomia dentária através de fotografias e desenhos.

-Câncer Bucal

Teórico: conceitos, causas, métodos de prevenção com ênfase ao auto-exame, implicações e importância da doença, fatores de risco, grupos e comportamentos de risco.

Prático: treinamento do auto-exame em espelho, observação de fotografias de casos clínicos, elaboração de cartazes para palestras na comunidade.

-Má oclusão

Teórico: conceitos, causas e conseqüências do uso da chupeta, amamentação, fotografia de casos de má oclusão e de oclusão normal, formas de evitar, implicações e importância da doença em cada ciclo de vida, de gestantes a idosos.

Prático: demonstração de oclusão em macro-modelos, anatomia dentária, desenhos de alterações por perdas dentárias, e crianças com mordida aberta.

-Fissura palatal

Teórico: conceitos, causas, conseqüências sociais, centros de referência, tratamento, reconhecimento da doença, orientações às famílias, implicações e importância da doença.

Prático: demonstração de fotografias de casos clínicos e debate sobre a orientação para as famílias.

A teoria foi trabalhada partindo de exemplos e dos conhecimentos prévios que eles possuíam. Foram construídos materiais didáticos, como por

exemplo, modelos de gesso pintados para demonstração de doenças bucais e para orientação de higiene bucal e criação de álbum seriado para levarem nas visitas domiciliares e para trabalhos em grupos ou escolas.

Foram utilizados meios didáticos simples e baratos que pudessem depois ser produzidos pelos agentes nas suas localidades, com objetivo de torná-los mais independentes da necessidade de “grandes” recursos financeiros.

Ao final de cada aula foi planejada uma avaliação dos procedimentos realizados, o que faltou, o que foi desnecessário, o que foi mais positivo e o que foi mais negativo.

Técnicas práticas que foram utilizadas:

-Oficinas para produção: de cartazes, de mural, de álbum seriado, uso de histórias simulando visitas domiciliares, pinturas em modelos de gesso e observação de fotografias e gravuras de livros e revistas odontológicas.

-Discussão sobre educação em saúde, identificar as qualidades necessárias para ser um bom agente, formas de trabalhar educação em saúde com a comunidade e de realização de dinâmicas de grupo que possam utilizar.

-Simulação de Visitas Domiciliares (VD) com dramatizações de orientação da prevenção das patologias trabalhadas.

-Realização de auto-exame, seguindo os passos deste para o diagnóstico do câncer bucal.

-Discussão sobre o processo saúde/doença, causas sociais, repercussão na vida social.

-Discussão sobre a importância do trabalho que fazem, as suas funções e limitações legais de atuação prática na odontologia.

Educação:

Destacaram-se temas educativos, ou seja, a maneira de trabalhar prevenção com a comunidade. Para promover esse debate foi utilizado um texto (Anexo A) para realizar um estudo crítico sobre formas de educação, da tradicional até formas mais democráticas, com o objetivo de demonstrar as possíveis formas de trabalhar nas comunidades e nos grupos, buscado não ofender ou culpar as pessoas pela situação de doença que possam se encontrar.

Foi discutido qual efeito tem a educação autoritária, e que efeito tem a educação do respeito. Também foi comentada a importância de uma postura não disciplinadora, autoritária, e sim uma postura democrática de respeito.

Planejamento das Oficinas:

QUADRO 1. Resumo do planejamento dos temas expostos e discutidos sobre as 5 patologias bucais mais prevalentes. Porto Alegre, RS. 2004/2005.

Cárie	Temas expostos e discutidos	O que necessitam saber e quais as habilidades e formas de trabalhar	Atividades Práticas e material necessário
Causas	Dieta Higiene oral Bactérias Tempo necessário para causar a doença.	Quais são os alimentos que causam cárie e quais são os protetores, placa, diminuição de pH com desmineralização, que a placa precisa ficar um certo tempo no dente para causar cárie. -aula expositiva, discussão e atividades práticas.	Demonstração da ação de ácidos sobre a casca de ovos com e sem flúor. Provar suco de limão e Leite de Magnésia para comparar o pH baixo com o pH alto. Material: Ovos, Vinagre, Leite Magnésia, Flúor, Dentes naturais.
Conseqüências	As conseqüências tanto na saúde, quanto sociais.	Que existem conseqüências para a saúde, por ser uma doença infecciosa; que existem causas socioeconômicas, como a dificuldade de tratamento, a falta de meios de prevenção, de escolhas saudáveis, de conhecimento para fazer uma dieta mais saudável, que pode prejudicar na procura de emprego, ou na vivência social, que pode causar discriminação. Leitura e discussão de conseqüências sociais das perdas dentárias.	Demonstrando dentes naturais com cáries, possibilitando que removam cárie com curetas para sentirem a consistência da cárie. Observação de fotografias de manchas brancas e de dentes cariados, de pessoas com abscessos e de perdas dentárias, pessoas edentuladas.
Prevenção	Que é uma doença prevenível.	Como produzir meios alternativos de higiene, como abordar o assunto com a comunidade, habilidades de escovação com bom controle de placa. Formas de fazer higiene oral, formas alternativas de construir escova dental para higiene, flúor o que é, e para que serve, como podem buscar escovas dentárias, SMS ou SES. Demonstração.	Demonstração de remoção de placa, com escovação e uso de fio dental na frente do espelho, para remoção de placa, após aplicação de evidenciador de placa. Criação de escova e fio dental alternativo. Levar fio dental, escovas para eles, e uma para demonstração nos modelos de gesso. Material: Sacos de ráfia, linha de costura, evidenciador de placa, escova de dente, modelo de gesso, palito de picolé, gaze, bambu.
Gestantes	Que a gestante pode ser tratada, os cuidados que deve ter para prevenir a	Que a criança desenvolve o paladar desde o quarto mês, que a regurgitação pode causar erosão e mais cáries, que a mãe deve procurar atendimento nessa	Mostrar fotografias de crianças com cáries de "mamadeira". Material: fotografias.

	doença nessa fase, e prevenir o uso de sacarose nessa fase.	fase, que não é perigoso, e sim que o perigo é ficar com a doença. Explicar para a mãe sobre a importância da amamentação exclusiva e de não colocar açúcar na alimentação, formas e idade de higienizar a boca da criança, e a hora de começar as consultas ao dentista.	
Bebês	Que a dentição decídua é importante, saber quais são as funções da dentição decídua, cuidados de prevenção, da dieta.	Prevenir sobre a importância de um consumo "inteligente" de sacarose. Explicar a relação desta em causar cárie e outras doenças sistêmicas. Criar hábitos de higiene, quando começar a higienizar, de que forma e quais os cuidados. Importância da amamentação e os prejuízos de usar bico e mamadeira, saber que existe a cárie de mamadeira.	-Aula expositiva com observação e discussão de fotografias. Material: fotografias.
Adolescentes	Que nessa fase o adolescente pode ser mais displicentes com sua higiene.	Saber que nessa fase haverá o final da erupção dentária, formas de abordar um adolescente. Aula expositiva e demonstração.	Discutir formas de abordar o tema com os adolescentes de forma a motivá-los para a saúde bucal.
Adultos	Que nessa fase as pessoas que trabalham podem chegar muito cansadas, ou não ter local no serviço para higienizar ou escolher uma alimentação mais saudável e por isso podem ter cárie.	Saber explicar a importância social (vivência e conseguir emprego) e para a saúde, as causas e formas de prevenir. Discutir como ter uma alimentação saudável, explicar sobre fatores causais comuns de doenças, ou seja, que a sacarose leva a outras doenças que não apenas a cárie. Aula expositiva, discussão.	Discutir formas de motivar o adulto a ter autocuidado através de uma história de um adulto que trabalha fora e tem que cuidar da família e da casa de noite. Encenação. Fazer um quadro dos fatores de risco comuns de doenças. Material: quadro de fatores de risco comum.
Idosos	Saber que a xerostomia pode agravar a suscetibilidade de cárie, saber que se houver cuidado os idosos tem condições de manterem a dentição, e saber que existe a cárie de raiz.	Estarem cientes da perda de motricidade e talvez da necessidade de ajuda de outros para a higiene. Saber falar da importância de uma dieta que não prejudique a saúde bucal e a geral. Necessidades de higienizar próteses parciais, cuidados com a frequência de alimentação, explicar que a xerostomia pode ajudar a causar a cárie, e que tem necessidade de hidratação constante, e que o risco é maior de ter cárie radicular. Saber que a perda de dentes não é	Formas de motivar o idoso, usando métodos e linguagem adequados, com treinamentos de VD's. Demonstração de escova e de limpeza de próteses. Material: escova para prótese, escova que possa corta pela metade, tesoura.

		fisiológico nessa idade e que pode ser evitada.	
Como ajudar a comunidade?	O que eles acreditam que se possa fazer para ajudar.	Mobilização da comunidade para: buscar soluções para a falta de profissionais e de referências., cuidados de dieta mais saudável, para conseguir escovas, ou de criar escovas e formas alternativas de higiene. Inserir-se em grupos da comunidade para trabalhar saúde bucal, como grupos de gestantes, de diabéticos, de idosos, nas creches e escolas. Trabalhar prevenção nas famílias.	Leituras de textos.e debates. Material: textos.
Meios didáticos e material necessário	Modelo de gesso para treinar higiene com escova e fio dental, espelhos (4) para auto-exame, dentes hígidos e com cáries, cartolinas, papel pardo, revistas, blocos de desenho ou folhas de ofício, lápis preto (4), blocos de anotação, fotografias de dentes cariados, de abscessos, levar livros de odontologia, lápis de cor, giz de cera, borracha, canetas (4), giz, pano para apagar quadro negro, desenhos de dentes, material para trabalhar com crianças, gravuras de alimentos, outros tipos de escovas, fio dental, buchas vegetais para produzir escova alternativa, palitos para fazer escova alternativa. Simulação de visita domiciliar.		
Resumo Final e Avaliação	Avaliação da aula de forma oral. Combinar visitas domiciliares para que possam treinar e ver se aprenderam realmente, e as dificuldades e dúvidas que restarem, assim como a pesquisadora poderá acompanhar os agentes para dar consultoria e apoio inicial nessas visitas.		

Periodontia	Temas expostos e trabalhados	O que é necessário saberem e quais as habilidades e formas de trabalhar.	Atividades Práticas e material necessário
Anatomia da gengiva normal e a doente.	Diferenças das gengivas que estão normais e as com doença, através de seus sinais.	Conhecer os sinais indicativos de doenças, orientar a população sobre a falta de normalidade quando presente esses sinais. Aulas expositivas. Avaliação de fotografias. Auto-exame.	Demonstrando com fotografias e desenhos, pintando de rosa e de vermelho os modelos de gesso. Observação no espelho de suas gengivas. Material: modelos de gesso e desenhos.
Tártaro	O que é, e o que pode causar se não for removido.	Saber informar da necessidade de remoção do tártaro para a população, indicando as possíveis conseqüências de não removê-lo.	Com fotografias e desenhos, pintando no modelo de gesso com tinta preta para simular tártaro. Material: fotografias, desenhos e modelos de gesso.
Causas das doenças periodontais.	Que é uma doença placa dependente, que é doença evitável, que tem tratamento, que uma boa deplacagem com escova e fio	Saber orientar a higiene oral, o uso do placa dependente, fio dental e sua necessidade. Fazer fio dental alternativo, indicar que sangramento gengival não é normal. Indicar a necessidade da remoção de tártaro.	Levar material alternativo de uso de fio dental para demonstração. Material: linha de costura, sacos de rafia.

	dental são os tratamentos iniciais e as formas de prevenir as doenças da gengiva. Que tem relação com outras doenças sistêmicas.		
Conseqüências da doença	Relação das doenças periodontais com a saúde geral e vida social.	Saber motivar a população para o autocuidado e para a busca de tratamento quando necessário para a cura dessa doença, falando sobre a relação com a saúde geral e o mau hálito que pode causar e acabar prejudicando a vida social. Debate e encenação.	Debates e treinamentos com simulações de VD's.
Gestantes	Relação da doença periodontal com a gestação, com a saúde geral e com o risco de ter parto prematuro e bebês de baixo peso.	Explicar para as mães a necessidade de maior cuidado com o autocuidado nessa fase, pela relação dessa doença com a saúde geral e com o parto e o maior risco de alteração gengival nessa fase, causada pela alteração hormonal e comumente menor preocupação de cuidado pessoal. Ensinar a fazer uma boa remoção de placa, com escova e fio dental, e ensinar meios alternativos de criação de fio dental. Discussão e encenação.	Através de debates, reforçando a idéia da relação da saúde bucal com a saúde geral, e a importância de não haver focos infecciosos que podem levar ao baixo peso ou parto prematuro do bebê. Explicando que nessa fase com a alteração hormonal existe maior propensão de ter problemas gengivais.
Bebês	Necessidade de ensinar o cuidado precocemente, assim que tiver todos os dentes, para criar o hábito e manter a saúde bucal destes.	Importância de cuidar dos dentes decíduos, explicando suas funções e importância. Criar o hábito em toda a família, lembrar aos pais que as crianças tendem a seguir o exemplo deles. Discussão e encenação.	Debates
Adolescentes	Reforçar a necessidade da higiene. Explicar que nessa fase há chance de desenvolver periodontias bastante agressivas, e que a perda óssea é cumulativa, não	Motivar os adolescentes a usarem fio dental e criarem o hábito através de entendimento das conseqüências possíveis de não usá-lo. Orientar sobre a falta de normalidade do sangramento gengival, ou mobilidade dentária. Assim como a relação com a saúde geral. Discussão e encenação.	Debates

	tem retorno uma vez que perdido, e que poderá com o tempo levar mobilidade e a perda dentária.		
Adultos	Relação da saúde da gengiva com a saúde geral, conseqüências de não usar fio dental.	Orientar e motivar a criação do hábito (em quem não tem) da necessidade do fio dental. Explicar que não é normal gengivas sangrando ou mobilidade dentária. Que tem relação com problemas cardíacos. Discussão e encenação.	Debates
Idosos	Idem aos adultos	Idem aos adultos.	Debates
Métodos educativos possíveis de serem utilizados e materiais necessários	Serão criados substituidores de fio dental que possam desempenhar a mesma função, levar fio de linha de costura, sacos plásticos, sacos de estopa, palito de dente, fio dental, modelos de gesso para treinarem a higiene, treinam em si mesmos, observarão as suas gengivas em espelho. Observarão fotografias e desenhos ou livros de odontologia demonstrando gengivite, periodontite e perda óssea, tártaro e a anatomia normal do periodonto. Continuação da construção de álbum seriado. Treinar formas uso de linguagem diferente para crianças e adultos. Pintar o modelo de gesso, com tinta guache, desenhando cárie, gengiva sadia, gengivite, tártaro. Modelo de gesso para treinar higiene com escova e fio dental, espelhos para auto-exame, cartolinas, papel pardo, revistas, blocos de desenho ou folhas de ofício, lápis preto, blocos de anotação, levar livros e revistas de odontologia, lápis de cor, giz de cera, borracha, canetas, giz, pano para apagar quadro negro, desenhos de dentes, material para trabalhar com crianças, outros tipos de escovas, fio dental, Simulação de visita domiciliar.		
Avaliação	Simulação de visitas domiciliares, avaliação final da aula, marcar visitas domiciliares para falar sobre esse assunto, podendo a pesquisado acompanhar os agentes em algumas delas.		

Fissura Palatal	Temas expostos e discutidos	O que necessitam saber e quais as habilidades e formas de trabalhar	Atividades Práticas e material necessário
Causa	Que pode ser hereditário ou congênito que pode ser causado por agentes teratogênicos, como drogas e agrotóxicos.	Saber orientar a população a evitar uso de substâncias teratogênicas. Discussão e observação de fotografias.	Debates iniciando pela busca de exemplos, e mostrando fotografias de casos clínicos. Material: Fotografias.
Prevenção	Saber quais são os fatores causadores da doença. A importância de pré-natal e cuidados na gestação.	Orientar as mães para fazerem pré-natal e quais os causadores dessa anomalia. Aulas expositivas e discussão.	Debates
Tratamento	Saber que o tratamento deve ser	Orientar a família sobre locais de referência do serviço, tranquilizar a	Levar os telefones e endereços dos locais de referências.

	precoce, saber tranquilizar a família.	família e dar suporte necessário para que a mãe amamente seu filho. Orientar que é um tratamento longo e vai ser multidisciplinar. Aulas expositivas e discussão.	Treinamento sobre o que deve ser falado para as famílias.
Material Necessário	Observar fotografias e desenhos ou livros e revistas de odontologia demonstrando casos da patologia. Continuação da construção de álbum seriado. Treinar formas e uso de linguagem diferente para crianças e adultos. Cartolinas, papel pardo, revistas, blocos de desenho ou folhas de ofício, lápis preto, blocos de anotação, levar livros de odontologia, lápis de cor, giz de cera, borracha, canetas, giz, pano para apagar quadro negro.		
Avaliação	Simulação de visitas domiciliares, avaliação final da aula, marcar visitas domiciliares para falar sobre esse assunto, podendo a pesquisado acompanhar os agentes em algumas delas.		

Má oclusão	Temas expostos e discutidos	O que necessitam saber e quais as habilidades e formas de trabalhar	Atividades Práticas e material necessário
Causas	Fatores causadores de má oclusão. (Uso de mamadeiras, bicos, chupar dedo, perdas dentárias)	Estimular amamentação no peito, o não uso de bicos e mamadeiras, e uso de alimentos fibrosos	.Demonstrar fotografias de crianças com mordida aberta, respiradores bucais, falando sobre as conseqüências. Demonstrar em macro-modelos e modelos de gesso com é uma oclusão normal. Demonstrar desenhos da evolução da perda dentária em relação a má oclusão.
Tratamento	Que existe tratamento ortodôntico.	Saber encaminhar para um dentista. Aula expositiva e discussão.	Debates
Conseqüências sociais	Conseqüências sociais: prejuízo no desempenho escolar e aumento de doenças respiratórias por respiradores bucais.	Saber identificar os respiradores bucais e as crianças e adolescentes que estiverem com dificuldades na escola ou de convivência social por causa dessa patologia e orientar a família e encaminhar para tratamento precoce ou psicológico.	Listar as características e conseqüências da respiração bucal.
Conseqüências físicas	DCM e suas complicações.	Saber identificar o problema e encaminhar para avaliação.	Através de observação de fotografias e demonstração em macro-modelos.
Material necessário	Fotografias e gravuras de casos de má oclusão, como a mordida aberta, e de características de respiradores bucais. Material de desenho e revistas para continuar a produção do álbum seriado.		
Avaliação	Simulação de visitas domiciliares, avaliação final da aula, marcar visitas domiciliares para falar sobre esse assunto, podendo a pesquisadora acompanhar os agentes em algumas delas.		

Câncer Bucal	Temas expostos e discutidos	O que necessitam saber e quais as habilidades e formas de trabalhar	Atividades Práticas e material necessário
Causas	Fatores de risco: radiação solar, álcool, fumo.	Saber orientar quanto ao risco e a necessidade de cuidado. Aula expositiva, discussão e encenação.	Demonstrar casos em fotografias, iniciar de exemplos práticos que eles possam ter.
Prevenção	Evitar os fatores de	Ensinar a fazer o auto-exame.	Auto-exame, e produção de álbum

	risco		seriado.
Tratamento	Cirúrgico, radioterapia, quimioterapia	Orientar para buscar rapidamente um CD ou centros de referência.	Levar telefone de referência para tratamento.
Material necessário	Observarão fotografias e desenhos ou livros e revistas de odontologia demonstrando casos da patologia. Continuação da construção de álbum seriado. Treinar formas uso de linguagem diferente para crianças e adultos, e com a comunidade. Cartolinas, papel pardo, revistas, blocos de desenho ou folhas de ofício, lápis preto, blocos de anotação, levar livros de odontologia, lápis de cor, giz de cera, borracha, canetas, giz, pano para apagar quadro negro. Espelho para auto-exame, gaze.		
Avaliação	Simulação de visitas domiciliares, avaliação final da aula, marcar visitas domiciliares para falar sobre esse assunto, podendo a pesquisadora acompanhar os agentes em algumas delas.		

5.5 Procedimentos de Levantamentos de Dados

Para avaliação da proposta de capacitação para ACS's que foi descrita, optou-se por alguns instrumentos de avaliação, tanto quantitativos como qualitativos.

Os meios utilizados na avaliação quantitativa foram questionários e exames bucais, ambos realizados no início e no final do curso, a fim de possibilitar comparações, quantificadas as respostas. Assim, pode-se observar se houve aprendizado dos agentes para reconhecer sinais e sintomas das doenças bucais mais prevalentes e conhecimentos de dieta, como também observar se houve mudanças no autocuidado, com melhora de remoção de placa e nas condições periodontais.

Para possibilitar avaliação qualitativa do curso foram realizados grupos focais com uma cirurgiã-dentista que não havia participado das oficinas e assim os participantes pudessem se manifestar sem constrangimento. Nesta avaliação questionou-se as opiniões dos agentes sobre o processo educativo

ocorrido, e qual seria a viabilidade de trabalharem prevenção em saúde bucal com os conhecimentos que foram construídos.

Essa pesquisa seguiu a Resolução do Comitê de Ética em Pesquisa CNSMS 196/96, (BRASIL, M. S., 2002) com obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Informado pelos participantes deste trabalho. O Projeto de pesquisa foi submetido e aprovado tanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FO-UFRGS, como pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre-RS.

Os instrumentos de coleta de dados desse trabalho foram:

-Teste de conhecimentos (Apêndice A): com perguntas abertas e algumas fechadas, aplicado antes e depois da capacitação, com objetivo de avaliar o grau de informações sobre saúde bucal que já tinham e que se apropriaram durante a capacitação. Foram quantificadas as respostas certas e erradas de acordo com o conhecimento odontológico vigente e exposto durante as oficinas.

- Exames bucais: para obtenção de IPV (Índice de Placa Visível) e ISG (Índice de Sangramento Gengival) simplificados, realizados para observar se houve mudanças no autocuidado em relação à saúde bucal. Foram realizados na primeira e última oficina de capacitação.

- Índice gengival (IG)

Este índice foi publicado por Løe e Silness, em 1963. Os tecidos gengivais de cada unidade dentária são divididos em quatro áreas para contagem: papila distovestibular, margem vestibular, papila mésio vestibular e margem lingual.

O exame é feito com sonda periodontal, e o diagnóstico segue os critérios descritos no Quadro 2. Obtêm-se a média das contagens das quatro unidades gengivais e assim obtêm-se o valor para cada dente. As médias combinadas de todos os dentes presentes formam a média calculada para o IG de cada indivíduo.

Nessa pesquisa o Índice Gengival foi simplificado, sendo que 0 e 1 recebeu índice 0, como ausência de sangramento, e o índice 2 e 3, receberam contagem 1, representando presença de sangramento, passando a chamar-se Índice de Sangramento Gengival (ISG).

QUADRO 2. Critérios para o Índice Gengival (IG) de Løe e Silness (1963).

Contagem	Critérios
0	Gengiva normal
1	Inflamação leve, ligeira alteração na cor, edema leve, sem sangramento na Sondagem. Inflamação moderada, vermelhidão, edema e sangramento a sondagem.
2	Inflamação importante, vermelhidão e edema marcante, ulcerações; tendência ao sangramento importante.
3	

Fonte: GENCO, R. J.; COHEN, D.W. GOLDMAN, H. M. Epidemiologia da Doença Periodontal. In: LÖE, H.; MORRISON, E. **Periodontia Contemporânea**. São Paulo: Santos, 1997. Cap. 7, p. 106-116.

-Índice de Placa (IPL)

Este índice foi publicado por Silness e Løe em 1964.

Todas as superfícies, lingual, vestibular, mesial e distal são avaliadas para cada dente. Faz-se a média das quatro contagens para cada dente; e a média das médias das contagens dos dentes é o IPL.

QUADRO 3. Critérios para o índice de Placa (IPL) de Silness e Løe.

Contagem	Critérios
0	Sem placa na região gengival.
1	Sem placa visível a olho nu, mas visível na extremidade da sonda após movê-la pela superfície na entrada do sulco gengival.
2	A região gengival é revestida por uma camada de fina e moderada de placa: o depósito é visível a olho nu.
3	Acúmulo pesado de matéria mole, cuja espessura preenche o nicho produzido pela margem gengival e superfície dental; a região interdental fica apinhada com partículas moles.

Fonte: GENCO, R. J.; COHEN, D.W. GOLDMAN, H. M. Epidemiologia da Doença Periodontal. In: LÖE, H.; MORRISON, E. **Periodontia Contemporânea**. São Paulo: Santos, 1997. Cap. 7, p. 106-116.

O índice citado foi simplificado, transformando a contagem 0 e 1 em 0, significando ausência de placa, e índice 2 e 3, como contagem 1, para placa visível, passando a chamar-se de Índice de Placa Visível (IPV).

- **Grupo focal:** conforme a definição de Roso (1995), é um instrumento da psicologia social que permite investigar os fenômenos sociais de maneira profunda pelos olhos do investigador. De acordo com a autora, o participante está ali para dar a sua opinião sobre um determinado assunto. Para realizar esse grupo é necessário um moderador, que é uma pessoa que ouve e cria o ambiente de debate e para que os participantes fiquem à vontade e se expressem livremente. Este precisa estar capacitado para o assunto e ter experiência em trabalhos de grupos. Não deve manifestar a sua opinião e nem ter preconceitos. É indicado ter a mesma linha teórica do pesquisador, atento ao discurso verbal e ter boa memória, mesmo anotando e gravando as falas para saber quem foi que as expressou.

Em função das orientações desta autora, nesta pesquisa as seguintes medidas foram observadas:

- esta atividade foi realizada por uma cirurgiã-dentista convidada, que não participou da pesquisa e que estava treinada para desenvolver grupos focais;
- os assuntos debatidos seguiram um roteiro de acordo com as perguntas descritas no Apêndice C.
- os grupos focais foram organizados com os componentes de uma mesma equipe com 4 (quatro) ou 15 (quinze) participantes;
- os encontros foram realizados nos locais de trabalho dos participantes, ou seja, em suas unidades básicas de saúde (UBS) ou nos locais designados pelas equipes;

O objetivo de realizar o grupo focal foi conhecer a opinião dos ACS sobre o curso de capacitação, quanto à forma que foi trabalhado, didática, material, postura da profissional que coordenou as oficinas, assim como as suas experiências no trabalho comunitário. Também foi discutida a viabilidade de trabalharem com prevenção em saúde bucal e se os conhecimentos adquiridos foram suficientes para dar segurança em desenvolvê-lo.

Roso (1995) ainda estabeleceu os seguintes passos operacionais que foram seguidos neste trabalho.

1º passo.

Os participantes desta pesquisa foram convidados para realização de um grupo focal, foi explicado o que seria abordado no encontro e que o objetivo era de ser um encontro informal e agradável. Foi, então, marcada a data e o horário da realização do grupo.

2º passo.

O moderador apresentou-se e pediu para que as pessoas também se apresentassem. Segundo a autora esta é uma hora importante para criar um clima amistoso e de entrosamento com o grupo. A seguir explicou-se que o trabalho aconteceria de forma confidencial.

Ressaltou-se que se pretendia que todos se manifestassem e pudessem ser ouvidos. Lembrou-se que deveria ser mantido o debate sobre o tema proposto, e que se houvesse diferentes experiências ou opiniões, que elas deveriam ser expostas.

Pediu-se então permissão ao grupo para gravar a conversa, esclarecendo que isso só seria feito para melhor entendimento dos pesquisadores sobre as suas idéias expostas. Se algum tema tivesse que ser sigiloso em relação à pesquisadora, seriam desligados os aparelhos e as opiniões seriam transcritas sem o nome do declarante.

3º passo.

Primeiro foi lançada uma questão ampla sobre o tema, tentando trabalhar sempre com o roteiro de perguntas, que serviu para nortear a investigação. Para elaborar o roteiro foram utilizados os objetivos gerais e específicos desta pesquisa.

Quando houve falta de diálogo o moderador instigou a discussão, porém, a autora lembra que o silêncio, às vezes, faz parte da reflexão e deve ser respeitado; o moderador é quem controla a discussão. Este tem que ter sempre o objetivo da pesquisa em mente. O moderador, no final dos encontros, agradeceu aos grupos a participação.

- **Fotografia:** Permitiram reter vários aspectos do universo pesquisado.

- **Diário de campo:** Para registro de dados, a pesquisadora foi colocando a cada oficina ou encontro a sua percepção, suas angústias, questionamentos e informações. Serviu como auxílio para descrição e análise do objeto estudado.

5.5 Análise dos Dados e das Avaliações dos Grupos Focais

As respostas das perguntas foram corrigidas de acordo com um gabarito (Apêndice B) para não haver nenhum viés na correção e seguir o critério de igualdade de pontuação para todas as respostas. Algumas perguntas abertas do teste de conhecimento, em que eram feitas citações de alimentos e de doenças foram contabilizadas cada resposta diferente.

Foi aplicado o teste “t” de Student para comparar tanto o índice IPV como o ISG, antes e depois da capacitação.

Durante os grupos focais foram gravadas fitas, que depois foram transcritas literalmente, e selecionadas as falas mais importantes para essa pesquisa. Nessa pesquisa a análise dos dados seguiu os passos

preconizados para pesquisa qualitativa de forma a interpretar e compreender o significado das percepções dos indivíduos estudados (MINAYO, 1999).

Os dados do diário de campo foram colocados em uma tabela que explica os temas abordados nas oficinas e a forma que aconteceram, além de dados sobre as características dos locais das oficinas, estratégias e materiais utilizados, e outras variáveis que podem ter interferido em cada grupo de agentes participantes .

6 REFERÊNCIAS GERAIS

ACOSTA, C. A.; PÉREZ, J. T. Diagnóstico de salud y diagnóstico educativo. Un enfoque integral. **Rev. Cubana de Salud Pública**. Havana, v. 22, n. 2, jul./dez. 1996.

ANASTASIOU, L. das G. C.; ALVES, L. P. (orgs.) **Processos de Ensino na Universidade : pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. Joinville: Univille. 2003.

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.

BECERRA, J. D. Educación para la salud: bases psicopedagógicas. **Rev. Cubana de Educación Médica Superior**. Havana, v. 13, n. 1, jan./jun., 1999.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**, 1998. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 16 janeiro 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Treinamento para Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, dez. 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. A reorganização da Saúde Bucal, na atenção Básica. **Rev. Divulgação em Saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 21, P. 68 – 73, dez. 2000a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n.3, p. 316-9, 2000b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Reorganização das ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (Portaria de Incentivos Financeiros). **Portaria nº 1.444**. Brasília, 2001a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (Portaria de Normas e Diretrizes). **Portaria nº 267**. Brasília, 2001b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Manual Operacional para Comitê de Ética em Pesquisa**. Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programas**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/bucal/pf/htm>. Acesso em: 12 mar. 2003a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Avaliação Institucional e das condições de ensino nas carreiras de saúde. **Informativo**. Brasília, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 673/GM de 3 de Junho de 2003. **Diário Oficial da União**, 2003c.

CAMPOS, C. E. A. O Desafio da Integralidade Segundo as Perspectivas da Vigilância da Saúde e da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A.; SOUSA, M. F. de Enfermeiros Capacitados para Atuar no Programa Saúde da Família na Cidade de São Paulo: relato de experiência. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 67, p. 91-99, maio/ago., 2004.

COSTA, I. C. C.; ALBUQUERQUE, A. J. Odontologia Preventiva e Social: textos selecionados, **Educação para a Saúde**. Natal: UFRN, 1997. Cap. 17, p. 223 – 249.

ELY, H. C. Atuação na Esfera Estadual. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Pública. XVII ENATESPO**. Florianópolis: ARTH&MÍDIA, p. 23, maio, 2002. Suplemento especial. Conteúdo do Livro de resumos do XVII ENATESPO E VI CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE BUCAL COLETIVA.

FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. Conferência Nacional de Saúde On-Line. Tribuna Livre <<http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>> acessado em: julho de 2002.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. 27 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GENCO, R. J.; COHEN, D.W.; GOLDMAN, H. M. Epidemiologia da Doença Periodontal. In: LÖE, H.; MORRISON, E. **Periodontia Contemporânea**. São Paulo: Santos, 1997. Cap. 7, p. 106-116.

HAYDTC R. C. C **Curso de Pedagogia Geral**. São Paulo: Ática. 1997.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

MINAYO, M. C. S **O desafio do Conhecimento; pesquisa qualitativa em saúde**. 6 ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1999.

NARVAI, P. C. Recursos Humanos para Promoção da Saúde Bucal. In: Kriger, L. **Promoção de Saúde Bucal**. 2 ed. São Paulo: ABOPREV, 1999. Cap. 19, p. 448 – 475.

NORONHA, A. B. Compartilhamento de saberes. O diálogo deve ser aberto e problematizador. **Tema, Fiocruz**. São Paulo, v. 21, p.10-11, nov./dez., 2001.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção de identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov./dez., 2002.

OLIVEIRA, M. C.; et al. Globalização e saúde: desafios para a Enfermagem em Saúde Coletiva no litoral do Terceiro Milênio. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 3-18, 1998.

OLIVEIRA, M. R de; PALHA, P. F. Prevenindo a Doença ou Promovendo a Saúde? O Discurso dos Trabalhadores de Saúde do Nível Médio e Elementar nas Equipes de Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 67, p.100-111, maio/ago., 2004.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-11, 2001.

PETRY, P. C.; PRETTO. S. M. Educação e Motivação em Saúde Bucal. In: KRIGER, L. **Promoção de Saúde Bucal**. 2 ed. São Paulo: ABOPREV, 1999. Cap. 15, p. 364 – 370.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4 ed. São Paulo: Santos, 2000.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Porto Alegre, 1997.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. **Portaria Nº 09/2000**. Porto Alegre, 2000.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. **Normas e Diretrizes do Programa de Saúde da Família**. Porto Alegre, 2001a.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Inclusão da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família no Estado do Rio Grande do Sul. **Protocolo Técnico** Porto Alegre, Jul., 2001b.

ROSO, A. Grupos Focais em Psicologia Social da teoria à prática. **Psico**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 155-169, jul-dez, 1997.

SANTOS, N. R. dos Organização da atenção à saúde: é necessário reformular as estratégias nacionais de construção do “Modelo SUS” ? **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 68, p. 279-288, set./dez., 2004.

SOPHIA, D. Os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo. **Tema, Fiocruz**. São Paulo, v. 21, p. 4-6, nov./dez., 2001.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. de S. O Impacto Sócio Cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, abr./jun., 1998.

VASCONCELOS, E. M. Estou cansado de ser alternativo. Eu quero é ser hegemônico. **Tema, Fiocruz**. São Paulo, v. 21, p.12-13, nov./dez., 2001.

VASCONCELOS, M. da P. C.; SIQUEIRA, A. A. F. de Uma Contribuição à Saúde Pública no Brasil: centro de educação permanente em saúde pública. **Saúde em Debate**. Londrina, v. 52, p. 18-23, set. 1996.

WERNER, D.; BOWCE, B.; Aprendendo e ensinando a cuidar da saúde. **Aprender e Ensinar**. 5 ed. São Paulo: Paulus, 1984. Cap. 2, p. 41 – 58.

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

AVALIAÇÃO DE CURSO DE CAPACITAÇÃO EM SAÚDE
BUCAL PARA ACS ATRAVÉS DE TESTE DE CONHECIMENTOS
E DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL.

EVALUATION OF AN ORAL HEALTH CAPACITY
BUILDING FOR ACS BY MEANS OF A KNOWLEDGE
TEST AND ORAL CONDITIONS EXAMINATION

CD Joice Tondélo

Pro f. Dr^a TANIA MARIA DREHMER

Departamento de Odontologia Preventiva e Social

Faculdade de Odontologia da UFRGS

Rua Ramiro Barcelos, 2492, Porto Alegre – RS

CEP: 90035-003

e-mail: jtondelo2004@yahoo.com.br

RESUMO

A Odontologia está inserida no Programa de Saúde da Família (PSF) desde 2000. Dentre as normas que regulamentam este programa encontra-se que é função dos Cirurgiões-Dentistas a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para desenvolver atividades em saúde bucal. Partindo-se desta norma, foi testada uma proposta de capacitação em saúde bucal para os ACS's e a sua avaliação quantitativa é o objetivo deste artigo. A avaliação dos conhecimentos sobre saúde e doenças bucais mais prevalentes, foi realizada com um teste prévio a capacitação, sendo outro reaplicado após a capacitação e, então, comparadas as respostas. A forma de avaliar a mudança de comportamentos em relação aos hábitos de higiene e alimentar foi a comparação entre antes e depois do curso, dos Índices de Sangramento Gengival (ISG) e de Placa Visível (IPV). Os resultados encontrados demonstraram que as diferenças entre os dois momentos não foram significativas para os dois índices, como também não foram satisfatórias em relação às respostas dos questionários. Isso demonstra que cursos rápidos não produzem modificações de comportamentos, nem grandes ganhos de conhecimentos. Também demonstra que esse tipo de avaliação não é a ideal, pois não observa modificações na atuação prática destes agentes.

Palavras Chaves: Agente Comunitário de Saúde, avaliação de capacitação, educação em saúde.

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) traz como um de seus eixos o processo educativo, que os profissionais de saúde devem ter em suas rotinas práticas. A educação é um componente natural no PSF, faz parte da relação entre os profissionais e a população, acontecendo tanto nas consultas, como nas visitas domiciliares e em todas as ações. (VOLSCHAN, 2002). Mas, não é apenas nesse programa, pois todo processo de trabalho em que um profissional atue junto à população torna-o um educador popular. Nas Portarias que regulamentam as funções dos cirurgiões-dentistas dentro desse programa, a de nº 267 de 06 de março de 2001, determina que entre as atribuições destes, esteja a de capacitar Agentes Comunitários de Saúde para orientarem a prevenção das patologias bucais de maior relevância epidemiológica no país. (BRASIL, M. S., 2001).

Capacitar os agentes comunitários significa desmonopolizar conhecimentos, levando instruções sobre o processo saúde-doença e as possibilidades de controlar algumas causas das patologias. Porém, mais do que isso pode ser uma forma de alertar a população que as causas das doenças não são meramente biológicas, mas são provenientes de condições sociais e culturais também. Conforme defendia Freire, em 1996, constatar os problemas não significa se adaptar às situações, mas muito mais, ou seja, aprender a intervir neles. O ensinar exige a convicção da possibilidade de mudar. Não significa que tem objetivo de impor para que a população se

rebele, mas sim desafiar grupos populares para que percebam as injustiças às quais estão submetidos, não aceitando como destino ou vontade divina que não possa ser mudada. Mudar é difícil, mas é possível.

A importância em agregar Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em programas de saúde está no fato de que, são pessoas da própria comunidade, têm linguagem semelhante à da população com que trabalham. Se forem bem capacitados podem ser bons tradutores do conhecimento científico para o popular, pois, estão bem familiarizados com a cultura, os valores e as crenças do povo com que trabalham. Por isso, como lembrava Vasconcelos, em 1995/1996, para trabalhar em educação para saúde é preciso estar disposto a entender bem esse processo, pois, não se modela as pessoas passivamente às orientações de saúde, já que as pessoas possuem suas culturas e condições sociais. Assim, o trabalho de saberes e práticas é um processo de negociação e convencimento de cidadãos livres, que farão sua re-interpretação. Bastos; Peres e Ramires (2003) escreveram que o processo de educação em saúde requer que os profissionais que o desenvolvem conheçam educação e a forma como ela se processa.

Por isso, é necessário estar preparado para que essa atividade não se torne modeladora, paternalista e voltada apenas para mudanças de hábitos. Mas sim, que seja uma educação que faça com que as pessoas percebam seus problemas e encontrem juntos com essas equipes de saúde as soluções dentro de suas liberdades de escolhas.

Baseando-se nestes princípios foi proposto um programa de capacitação em saúde bucal para ACS's. O desafio desse programa de

educação foi procurar não trabalhar com conhecimentos meramente biomédicos e sim procurar ser crítico e incentivar reflexões sobre os diversos determinantes das doenças. Programas educativos, baseados apenas no enfoque biológico das causas das doenças não permitem a visualização das causas sócio-econômico-culturais das doenças. Como consequência, a população sente-se incapaz de visualizar soluções para seus problemas, não tem participação nas decisões de planejamentos de ações em saúde e esperam passivamente as ações que lhes são apontadas e que nem sempre são as mais adequadas e resolutivas.

O objetivo desse trabalho é avaliar os conhecimentos que foram adquiridos com o curso de capacitação em odontologia ministrado. Esse curso teve atividades práticas junto com a teoria e procurou ser reflexivo quanto às causas sociais das doenças, utilizando a técnica da aula dialogada e de oficinas de produção de material didático. A avaliação também foi feita através de condições de saúde bucal, na busca da possibilidade de terem modificado seus comportamentos quanto ao autocuidado.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Quando se trabalha com educação em saúde é preciso refletir sobre a quem ela se destina. Como orientar pessoas que sobrevivem em extrema pobreza, desprovidos de condições de fazer as escolhas saudáveis que os profissionais de saúde lhes indicam? Como capacitar ACS's, pessoas do

povo, sem a educação de nível superior, para que consigam realizar uma educação não meramente biomédica e sim uma educação conscientizadora?

Para Paulo Freire (1996) ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar a possibilidade de produzi-los ou construí-los. A educação é uma forma de intervenção no mundo; tanto pode servir para reproduzir a ideologia dominante, como pode desmascará-la. Na educação democrática, tanto o educador como o educando são sujeitos do processo, que vão construindo e reconstruindo o conhecimento. Conforme o autor, a curiosidade é transformada em reflexão da realidade, transformando o pensar ingênuo em pensar crítico sobre a prática.

Se o educador tem como meta apenas a transmissão de conhecimento, basta apresentar uma exposição oral, como uma palestra. Mas, se a meta for a da apropriação de conteúdos, é necessário reorganizar a informação prévia do aluno e fazer com que ele apreenda. Nesse caso, assistir ou dar aula é substituído pelo fazer a aula, com ação, com clima de trabalho, onde se “saboreia” o conhecimento, com o professor assumindo o papel de condutor, o aluno exercendo atividades de aprendizado e construindo a sua síntese (ANASTASIOU; ALVES, 2003).

Costa e Albuquerque (1997) entendem que para o educador não basta o domínio do conteúdo, pois mais importante que isso é como ensinar, como fazer para atingir o objetivo da transformação através do conhecimento. Na pedagogia problematizadora, o importante é a capacidade do indivíduo de participar e ser agente de transformação, detectar os problemas e procurar solucioná-los ativamente, através dos recursos disponíveis. Nesta pedagogia

também haverá momentos em que apenas se transmitem conhecimentos e outros em que é necessário repetir exercícios e informações para fixação do conteúdo. O importante é manter o objetivo de ter um aluno participativo e crítico.

No Brasil, se critica a forma que tem sido realizadas as práticas educativas em saúde, isto é, como instrumento de dominação da população, modeladora e paternalista. Isso tem feito das práticas de saúde, atividades fracassadas. A educação em saúde desejada é aquela capaz de desenvolver nas pessoas consciência crítica das causas de seus problemas e que motiva o suficiente para criar atitudes que possam acarretar mudanças (PETRY; PRETTO, 1999).

A educação em saúde é um dos componentes do processo de Promoção da Saúde. Esta tem como filosofia modificar normas sociais e ambientes de forma a se tornarem mais favoráveis à obtenção da saúde, atuando nos sistemas sociais, como a situação socioeconômica, que influencia no processo saúde/doença (PINTO, 2000). A educação em saúde é instrumento de transformação social, que visa à reformulação de hábitos, a aceitação de novos valores e estimula a criatividade. Necessita que seja um processo permanente, aumentando gradualmente os conhecimentos e habilidades e a formação de atitudes e valores. (BASTOS; PERES; RAMIRES, 2003). Nadanovsky, em 2000, diz que a meta da educação em saúde é tornar os indivíduos melhor equipados para fazer escolhas saudáveis.

Segundo Dickson e Abegg, em 1999, os locais que melhoraram a saúde bucal não o alcançaram por causa de uso de tecnologias avançadas, mas onde foram criados ambientes em que as pessoas puderam transformar suas vidas. Se os profissionais de saúde trabalharem com as pessoas e não sobre elas e buscarem a sua participação, estarão trabalhando de forma potencializadora.

O agente comunitário é o elo entre o serviço de saúde e a comunidade e entre o saber popular e o saber científico, pois assume os dois. A capacitação do agente, segundo o Ministério da Saúde deve ser realizada no próprio município, num processo diário. Toda equipe de saúde participa do processo de capacitação do agente, inclusive o cirurgião-dentista, quando existe (BRASIL, M. S., 2004).

O ACS, então, acaba se tornando um profissional auxiliar também da odontologia. Isso proporciona democratização e desmonopolização de saber. Mas, para poder detectar problemas odontológicos na comunidade e para poder orientar a população na prevenção de novos problemas, necessita ser capacitado.

Na capacitação dos ACS's é preciso prepará-los para realizarem atividades de educação que não reproduzam a educação autoritária, insensível às condições de vida das pessoas, ou até mesmo ofensiva. É preciso deixar claro para eles que não se modelam as pessoas passivamente às orientações de saúde, as pessoas possuem suas culturas e condições sociais. Assim o trabalho de saberes e práticas é um processo de negociação com cidadãos livres, que farão sua re-interpretação de acordo com suas

crenças e realidades. Na medida em que cada um, profissionais e população, souberem seus limites, pode-se estabelecer o diálogo verdadeiro, e não a busca de táticas de convencimento, mas a busca de uma solução adequada para aquela situação que vive o paciente (VASCONCELOS, 1995/1996; PALACIO e VÁSQUEZ, 2003).

Primeiro é preciso ter o diagnóstico de uma comunidade, conhecer suas características e necessidades. Assim pode-se planejar a metodologia que vai utilizar para suprir essas necessidades. Parte-se dos conhecimentos prévios, dos conhecimentos mais fáceis para os mais difíceis, dos mais simples para os mais complexos. É preciso estar atento a quem vai dirigir as ações educativas e quais recursos que o educador e seus educandos possuem para alcançar os objetivos propostos. Um programa educativo abrange: determinação dos objetivos, preparação dos conteúdos de acordo com as necessidades do grupo, seleção dos métodos, os instrumentos a serem utilizados para alcançar os objetivos e eleger exercícios teórico-práticos que vai utilizar. É importante procurar tornar o ensino o mais prático possível (BECERRA, 1999). Conforme Pinto, 2000, primeiro é preciso saber quem se vai educar e ter bem claro os limites e as dificuldades do processo educativo. As pessoas que têm suas necessidades básicas satisfeitas são mais facilmente motivadas e absorvem conhecimentos até mesmo de modo involuntário. Nos anos 60 e 70 as teorias do capital humano defendiam que a educação em si era a solução de todos os problemas, bastava ensinar as pessoas a aproveitarem as oportunidades disponíveis que assim iriam

modificar seus hábitos. Por isso, os programas de saúde com essa filosofia têm falhado.

Esse trabalho justifica-se pela necessidade de orientar os cirurgiões-dentistas a capacitar os ACS como multiplicadores desses conhecimentos. Essa orientação precisa estimular o aprendizado através da prática, respeitando as tradições, culturas e crenças locais, para que não seja uma forma de adestramento de comportamentos.

MATERIAIS E MÉTODOS

A população participante dessa pesquisa foi composta por vinte e três ACS's divididos em três grupos. O PSF São Gabriel e o PSF Cruzeiro do Sul, com quatro ACS's, cada um, do município de Porto Alegre-RS e quinze ACS's, sendo treze do PACS e dois do PSF que trabalham no município de Venâncio Aires-RS. Porém, um agente do PACS de Venâncio Aires não compareceu na última oficina, que foi o dia da segunda coleta de dados quantitativos, por isso seus dados foram desconsiderados na análise quantitativa. Foram realizadas nove oficinas, de quatro horas no PSF Cruzeiro do Sul, cinco oficinas de quatro horas no PSF São Gabriel e cinco oficinas de oito horas com os agentes do PACS/PSF de Venâncio Aires.

Foi proposto o desenvolvimento de um programa de educação em saúde bucal para ACS's, que não fizessem parte de uma equipe de saúde que houvesse cirurgião-dentista atuando. O objetivo dessa característica de

inclusão no estudo é para que assim não estivessem sendo orientados a trabalhar na área e, portanto, poderiam ser observadas e quantificadas as mudanças causadas por este programa.

As oficinas de educação foram respectivamente realizadas na UBS do PSF São Gabriel e junto à UBS do PSF Cruzeiro do Sul. No município de Venâncio Aires, havia agentes de diversos bairros, alguns da área urbana e outros de áreas rurais. As oficinas neste município foram realizadas no local onde comumente realizavam seus encontros com a enfermeira supervisora. O período de realização dos três cursos estendeu-se de outubro de 2004 a fevereiro de 2005.

Com o objetivo de avaliar se foram adquiridos conhecimentos sobre odontologia com o curso de capacitação ministrado, foi aplicado um questionário na primeira oficina (pré-teste) e repetido na última delas (pós-teste). A correção do questionário foi realizada através de um gabarito, assim as respostas foram classificadas em corretas e incorretas. As respostas insatisfatórias foram consideradas como incorretas. Algumas das questões foram objetivas (fechadas) e a maioria era subjetiva (abertas). Os agentes respondiam todos ao mesmo tempo, na mesma sala, individualmente. O tempo para responder foi deixado livre, mas ninguém demorou mais do que uma hora e meia.

O PSF São Gabriel foi o que teve menor quantidade de horas de aula e de encontros, devido a não de liberação dessas agentes para realizarem todas as oficinas, e por ser um período anterior às suas férias. Optou-se em manter a capacitação mesmo não se encontrando as condições previstas

para realizar o curso, pois assim poderia ser testado o programa e se necessário realizar modificações, como também para treinamento da pesquisadora. É importante ressaltar que as atividades que foram realizadas nesse grupo foram aulas teóricas com poucas atividades práticas. Portanto, foi um processo educativo mais tradicional do que os outros dois grupos. Também, nesse grupo, não houve confecção de material didático para trabalharem com a população. Os agentes desse PSF nunca haviam recebido orientação em saúde bucal.

No mesmo período, foram capacitados os agentes do PSF Cruzeiro do Sul, constituído por três mulheres e um homem. Este grupo recebeu maior carga horária de curso, possibilitando a realização das oficinas programadas. Assim foi possível realizar atividades práticas, como palestrar para algumas pessoas da comunidade, orientar prática de escovação e uso de fio dental em uma creche municipal e preparo de álbum seriado, pintura de modelos de gesso e criação de cartazes. Este grupo também nunca havia recebido treinamento para trabalhar com saúde bucal.

No município de Venâncio Aires-RS, foi capacitado o último grupo, aproximadamente um mês após a conclusão do trabalho em Porto Alegre. Esse grupo foi constituído por quinze agentes comunitárias, que atuavam no PACS ou no PSF. Foi possível realizar todas as oficinas e atividades planejadas, pois houve disponibilidade completa de tempo para realização do curso pelas agentes comunitárias. A maioria destas agentes, onze delas já tinham recebido orientação em saúde bucal; algumas até mesmo atuavam

em um teatro que orientava a população quanto a esse tema. Apenas quatro nunca tiveram essa orientação.

Neste programa de capacitação foram escolhidas algumas estratégias de trabalho. Conforme definem Anastasiou e Alves (2003) a estratégia é a arte de explorar e aplicar meios disponíveis com objetivos específicos. A estratégia utilizada é a ferramenta facilitadora para os alunos se apropriarem dos conhecimentos.

As estratégias educativas que foram utilizadas nesse curso seguem as orientações de Anastasiou e Alves (2003) e são descritas a seguir:

-aula expositiva dialogada: foi realizada uma exposição de conteúdos com a participação ativa dos alunos. O conhecimento prévio foi considerado e tomado como ponto de partida. Buscou-se o questionamento e a análise crítica do aluno. Esta foi a estratégia predominante;

-solução de problemas: foi uma atividade coletiva, em que foram feitas análises e discussões sobre temas ou problemas do contexto prático. Foram realizadas perguntas simulando casos práticos e exercícios para análise de causas biológicas, econômico-sociais, e culturais das doenças;

-dramatização: representação teatral de um tema, ou problema. Possibilita verificar o alcance que de conhecimento do grupo. Esta estratégia foi utilizada nas simulações de visitas domiciliares, com o tema de prevenção das doenças bucais e do câncer bucal;

-oficina: reunião de pequeno grupo de pessoas, a fim de estudar, e trabalhar para o conhecimento ou aprofundamento de um tema. Esta estratégia foi desenvolvida com produção de material didático, desenhos,

pinturas, cartazes, atividades práticas de orientação de higiene e visita domiciliar.

Os exames de placa e sangramento gengival foram realizados logo após o preenchimento dos questionários, na sala em que eram feitas as oficinas, com luz natural e artificial da sala. Primeiro a pesquisadora fornecia pastilhas de fuccina para evidenciar placa bacteriana. Em primeiro lugar era verificado o índice de placa, anotado pela pesquisadora na ficha de coleta de dados (Anexo C), foi realizado tanto em dentes naturais como em próteses. Neste índice foram consideradas todas as faces dos dentes, ou seja, quatro nos dentes anteriores e cinco nos dentes posteriores, considerando a oclusal. Após o exame de placa, a pesquisadora realizou a sondagem gengival, com sonda periodontal tipo OMS, procurando aplicar sempre a mesma força, e com a sonda em quarenta e cinco graus em relação à gengiva. Eram esperados alguns segundos para verificar os pontos sangrantes que foram anotados nessa mesma ficha. Os exames foram realizados com os agentes sentados, virados para fonte de luz natural e de forma que os outros não pudessem ver suas bocas. Foi aproveitado o momento para a realização do auto exame em espelho, visualizando a placa corada. Nos dois PSF's de Porto Alegre, os agentes foram para um local onde foi realizada escovação coletiva, com orientação da pesquisadora, quando necessário. No grupo de Venâncio Aires, pelo espaço inapropriado e por ser um grande número de participantes, ficou inviável a escovação orientada.

Para a realização dessa pesquisa, as coordenadorias dos agentes foram contatadas e após aceitarem foi marcado o início dos cursos. Foi

seguido a Regulamentação 196/96 do Código de Ética em Pesquisa com seres humanos, com assinatura dos participantes da pesquisa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Projeto de pesquisa foi submetido e aprovado tanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FO-UFRGS, como pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre-RS. Os participantes foram voluntários e ninguém foi obrigado a aceitar a realização dos exames, ou qualquer outra etapa da pesquisa; nenhum deles se negou a participação das atividades desta (BRASIL, 2002).

Foi avaliada a média de faces com sangramento e as sem sangramento, índice gengival (ISG) de Løe e Silness, (1963), e a média das faces com e sem placa, índice de placa visível (IPV) de Silness e Løe (1964), simplificados, comparando dados de antes e depois do curso. (GENCO; COHEN; GOLDMAN, 1997). Isto foi realizado com o objetivo de avaliar possíveis mudanças de comportamentos quanto ao autocuidado desses agentes, motivados pelo curso de capacitação em saúde bucal. Na análise dos dados foram calculadas também além da média, o desvio padrão, mediana para cada índice e aplicado o teste “t” de Student.

O questionário avaliou quantitativamente as questões biológicas do curso de capacitação, no qual foram trabalhadas as cinco patologias bucais de maior prevalência. Seguiram-se as recomendações de conteúdos do curso conforme documento do Governo do Estado-RS (1997). Os dados coletados do questionário foram explicitados em uma tabela de porcentagens de respostas certas, comparando respostas de antes e depois do curso

(Tabela 2). As questões abertas, nas quais foi solicitado para citarem as doenças e os alimentos benéficos e maléficos para a saúde, tiveram as respostas quantificadas (Tabela 3).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Tabela 1 é possível observar as variáveis; idade, sexo e escolaridade dos três grupos de ACS's que participaram do curso de capacitação em saúde bucal.

Tabela 1. Média e desvio padrão das idades dos agentes das equipes de PACS e PSF's participantes do estudo e distribuição das frequências absolutas quanto a sexo e escolaridade. RS, 2004/2005.

Equipes de PACS/PSF	Idade (M \pm DP)	Sexo	f a	Escolaridade	f a
Cruzeiro do Sul	46,35 \pm 10,37	Masculino	1	Ens. Técnico	2
		Feminino	3	Ens. Médio	1
				Ens. Fundamental	1
São Gabriel	39,25 \pm 3,77	Masculino	0	Ens. Médio	1
		Feminino	4	Ens. Fundamental	3
Venâncio Aires	32,8 \pm 8,22	Masculino	0	Ens. Médio	7
		Feminino	15	Ens. Fundamental	6
				Alfabetizado	2
Total	36,35 \pm 9,65		23		23

Dos vinte e três participantes dos cursos de capacitação em Odontologia, apenas um era do sexo masculino. Este fato pode ser explicado talvez pela característica cuidadora da mulher, ou pelo baixo salário que recebem que não corresponde às expectativas do homem como provedor da família. A média das idades dos três grupos era de 36,35 anos com desvio padrão de 9,65 anos. O grupo mais homogêneo em idade foi o do PSF São Gabriel, com média de 39,5 anos e desvio padrão de 3,77 anos e o grupo mais velho foi o do PSF Cruzeiro do Sul, com 46,35 anos; no entanto, a diferenças entre as idades neste grupo foi grande, tendo um desvio padrão de 10,37 anos.

Nenhum dos agentes tinha formação universitária. Apenas, dois agentes do PSF Cruzeiro do Sul, tinham formação técnica, sendo esta em enfermagem. O grupo de PACS/PSF de Venâncio Aires, tem praticamente a metade dos agentes com ensino médio completo, porém, é o único grupo que tem 2 agentes apenas alfabetizados. A escolaridade mínima exigida pelo ministério é a alfabetização para a seleção dos agentes.

Os dados encontrados conferem com os da pesquisa de Ferraz e Aerts (2005) de uma amostra representativa de ACS's de Porto Alegre-RS, em que a grande maioria dos agentes era do sexo feminino, e a faixa etária predominante foi a dos 40-49 anos. As primeiras agentes que foram selecionadas eram mais velhas, pois segundo as autoras, eram indicadas para a seleção por líderes comunitários que escolhiam as que já faziam atividades em prol da comunidade. As agentes mais novas tem sido a maioria

nas últimas seleções, pois normalmente apresentam maior escolaridade e conseguem melhor desempenho nas provas.

Para Werner e Bowce, em 1984, há bons agentes de saúde em todos os níveis de escolaridade, desde analfabetos até universitários. Cada um apresenta vantagens e desvantagens. Na maioria dos programas, o agente tem de 3 a 6 anos de escola. As pessoas que completaram o ensino médio, nem sempre são agentes tão bons quanto outros com menos estudo. Para os autores o ensino parece separá-los da maioria do povo. Muitos estão interessados em continuar os estudos ou em buscar melhores empregos na cidade. É mais provável que abandonem a comunidade.

Os autores ainda entendem que embora a maioria dos programas treine agentes de saúde bastante jovens, muitos acham que é melhor uma pessoa mais velha. Os agentes jovens são mais abertos e mais fáceis de recrutar, mas têm mais dificuldades de conseguir a confiança e a cooperação das pessoas. As pessoas mais velhas tendem a permanecer na comunidade e a trabalhar com dedicação e responsabilidade. Os mais velhos são mais respeitados e mais ouvidos, mas podem ser mais rígidos em suas idéias. A experiência mostra que o grupo etário mais bem sucedido é o de 24 a 40 anos. Ferraz e Aerts (2005) acreditam que as agentes mais velhas conhecem melhor a comunidade e tem maior vínculo; por outro lado tem maiores chances de terem conflitos com alguns membros do local. Também segundo os autores são pessoas que já têm seus conceitos de saúde-doença e demonstram-se mais resistentes para absorção de novos conceitos.

Werner e Bowce (1984) concluem que o grau de estudo, o sexo, a idade, vai depender das condições e costumes de cada comunidade. O mais importante é que a própria comunidade possa dizer como deve ser, e quem deve ser o agente de saúde. As qualidades pessoais do agente, sua compreensão das pessoas e dos problemas são mais importantes do que a idade, sexo, experiência, escolaridade e mesmo o local de origem. É fundamental que o agente se identifique com a população local, seja uma pessoa sincera e tenha um forte sentimento de justiça social. Até certo ponto, essas atitudes podem se desenvolver durante o treinamento. Porém, é mais fácil fortalecer as atitudes das pessoas do que mudá-las.

Na Tabela 2 estão discriminadas as frequências das respostas certas obtidas nos questionários sobre conhecimentos odontológicos antes e após o curso de capacitação, com exceção das questões 2, 12 e 13. Em virtude da falta de um agente na última oficina foram contabilizadas apenas as respostas de 22 agentes.

Nas questões 1, 3, 5, 7, 23, 25 e 26 não houve grande diferença em acertos nas respostas após o curso, uma vez que já eram bastante conhecidas previamente. Destas, apenas as questões 7 e 25 não tiveram 100% de acerto após o curso.

Tabela 2. Distribuição em frequências absolutas das respostas corretas dos 22 ACS's, que participaram do curso de capacitação em saúde bucal. RS, 2004/2005.

QUESTÕES	Antes	Depois
	Fa	Fa
1	18	22
3	22 conheciam	22 conheciam
4	4	9
5	20 sabiam	22 sabiam
6	11	15
7	20	21
8 e 9	1	6
10	9	13
11	9	17
14 e 15	2	8
16 e 17	8	15
18	5	13
19	10	17
20	17	21
21 e 22	9	10
23	21	21
24 e 25	7	11
26	22 conheciam	22 conheciam
27	4	14
28	4	6
29 e 30	6	15
31 e 32	10	17
33 e 34	16	20
35	4	22

As perguntas 8 e 9, 14 e 15, 18, 27, 28 e a 35, tiveram no máximo cinco pessoas que souberam dar as respostas corretas no início do curso. Destas perguntas, apenas três tiveram mais do que 50% de acerto após as aulas. Menos da metade dos agentes responderam corretamente as perguntas 4, 10, 18 e 28, após o curso de capacitação.

Nas Tabelas 3 e 4, os dados foram discriminados, separando os três grupos que participaram do curso de capacitação em saúde bucal. Essa divisão é importante, devido às diferentes variáveis que influenciaram cada grupo. Assim, pode-se comparar os diferentes desempenhos.

Na questão 1 da Tabela 3 observa-se que no grupo do PSF 1, apenas um disse que conhecia alguma doença bucal e citou apenas uma doença no primeiro questionário. No segundo questionário todos desse grupo sabiam citar doenças bucais e citaram 10 doenças, ou seja, em média 2,5 doenças cada um (Tabela 4).

Na questão 3 e 4 todos os 22 agentes disseram conhecer fio dental, mas apenas 4% sabiam para que ele servia no início do curso (Tabela 2). No PSF 1 nenhum agente soube responder corretamente, após o curso, o que aconteceria se não fosse usado o fio dental; nos outros dois, metade deles acertaram a questão (Tabela 3)..

Todos disseram saber que algumas pessoas têm comumente sangramento gengival, (questão 5 e 6). Apenas, no PSF 1 menos que metade dos agentes sabia que isso era gengivite e essa situação se manteve após concluir o curso. O PSF 2 manteve as 75% pessoas com acerto inicial. Somente, no PACS/PSF 3 aumentou o número de pessoas que respondeu

corretamente após o curso. A questão 7, mostra que os agentes do PSF 1 sabiam que a gengiva sangrar comumente não era um fato normal, mas no PSF 2 uma pessoa respondeu que isso era normal e manteve sua opinião (Tabela 3)..

As questões 8 e 9 perguntavam se sabiam o que era a cárie dentária. No PSF 1 e 2, ninguém respondeu corretamente no pré-teste. No PACS/PSF 3 apenas um deles sabia explicar o que era cárie. No gabarito do questionário foi considerada resposta correta apenas quando descrita a cárie como uma doença, respostas que entendiam apenas como cavidade ou relacionadas à higiene e a dieta eram dadas como insuficientes e então foram consideradas incorretas. Esse procedimento se deve ao entendimento da importância de terem bem claro que é uma doença com causas multifatoriais, e de essa informação ter sido bastante repetida durante o curso. Houve pouca melhora de conhecimento neste curso quanto ao entendimento dessa doença; observa-se que ficou bem abaixo de 50% de pessoas cujas respostas estavam corretas no pós-teste. Isso talvez por estar bem sedimentada a informação biológica dessa doença e que esse curso não conseguiu modificar.

Quando indagados, na questão 10, sobre as causas da cárie, houve 25% de pessoas com respostas corretas nos PSF's 1 e 2, e 50% no PACS/PSF 3. Após o curso, houve melhora para 75% de participante com acertos nos dois primeiros e o terceiro manteve a porcentagem inicial. Perguntados na questão 11, sobre como prevenir a cárie, passando 25% a 50% de acertos iniciais para mais de 75% após o curso, em todos os grupos.

Apenas dois agentes do PACS/PSF 3 sabiam o que era periodontite, (questões 14 e 15) e conseguiram relacionar “afrouxamento de dentes” com perda óssea no primeiro questionário. Depois 8 deles conseguiram responder satisfatoriamente. Nos outros dois PSF ninguém conhecia essa doença e também não houve aprendizado.

Tabela 3 Distribuição das porcentagens de questões que foram respondidas de forma correta, segundo os 3 grupos que participaram do curso de capacitação em odontologia. RS, 2004/2005.

Questões certas	PSF 1 Cruzeiro do Sul n=4		PSF 2 São Gabriel n=4		PACS/PSF 3 Venâncio Aires n=14	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
	%	%	%	%	%	%
1	25	100	100	100	92,86	100
3	100 conheciam	100 conh.	100 conh.	100 conh.	100 conh.	100 conh.
4	0	0	50	50	14,28	50
5	100 sabiam	100 sab.	100 sabiam	100 sabiam	85,71 sabiam	100 sabiam
6	25	25	75	75	50	78,57
7	100	100	75	75	92,85	100
8 e 9	0	25	0	25	7,15	28,57
10	25	75	25	75	50	50
11	25	75	25	75	50	78,57
14 e 15	0	0	0	0	14,28	57,14
16 e 17	25	25	50	100	35,71	71,43
18	0	0	25	50	28,57	78,57
19	0	0	25	100	64,28	92,86

20	50	100	100	100	78,57	92,86
21 e 22	0	25	25	25	57,14	57,14
23	100	100	100	100	92,86	92,86
24 e 25	50	50	25	75	35,71	42,86
26	100 conh.					
27	0	75	25	100	21,43	50
28	0	0	25	50	21,43	28,57
29 e 30	25	75	0	75	35,71	52,28
31 e 32	25	100	25	75	57,14	85,71
33 e 34	75	50	75	100	71,43	100
35	0	100	25	100	21,42	100
Soma	850	1400	1175	1825	1278,53	1797,99
Média	35,42	58,33	48,96	76,04	53,27	74,92
Desvio						
Padrão	38,95	40,82	36,47	29,00	30,23	24,24

Quanto à importância dos dentes, (perguntas 16 e 17) nenhum grupo atingiu mais que 50% de acertos no primeiro teste, conforme o gabarito. No PSF1 não existiu mudança de porcentagem. No PSF 2, 100% dos agentes acertaram a resposta depois do curso e o PACSPSF 3 obteve boa melhora de conhecimentos.

Quanto à pergunta 18, sobre a função dos dentes, primeiramente nenhum grupo acertou mais do que 30%, e no PSF 1, ninguém citou corretamente nenhuma função nem antes e nem depois das oficinas de capacitação. Nos outros grupos chegou-se a 50% ou mais de acertos.

Perguntados na questão 19 e 20 sobre números de dentes, respectivamente, decíduos e permanentes, no PSF 1 ninguém sabia o número de decíduos e dois sabiam o número de permanentes. Nesse grupo não houve alteração de porcentagem na pergunta 19 e melhorou na questão 20 passando de 50% para 100% os que sabiam dar a resposta certa. O PACS/PSF 3. foi o que tinha maior entendimento prévio quanto a esse assunto, mas não foi alcançado 100% de pessoas com resposta certa após o curso.

Quanto a conhecimentos sobre tártaro, (perguntas 21, 22), no PSF 1 ninguém demonstrou conhecimentos prévios, mas todos responderam que deveria ser removido (questão 23). No PSF 2, apenas 1 agente acertou quanto ao conhecimento e esse número se manteve. O PACS/PSF 3 também manteve a porcentagem de respostas corretas, acima de 50%, e apenas uma pessoa achava que o tártaro não precisa ser removido.

Os agentes do PSF 1, foram os que melhor souberam explicar a relação da saúde geral com a bucal (questões 24 e 25). Já o PSF 2 foi o que teve melhora mais significativa de conhecimentos. O PACS/PSF 3, não conseguiu nem 50% de acertos nessa pergunta. O que se percebe é que ainda ficou difícil entender que a boca não é uma estrutura anatômica isolada do corpo e que tenha relação com a saúde num todo.

Perguntados sobre câncer bucal, (questões 26, 27, 28 29 e 30) todos os agentes já tinham ouvido falar nessa doença. No primeiro teste ninguém do PSF 1 sabia as causas do câncer bucal, apenas 1 sabia no PSF 2, e três no PACS/PSF 3. Os grupos atingiram no mínimo 50% de acerto no pós teste.

Também nenhum agente do PSF 1 conhecia meios de prevenir essa doença e não conseguiram compreender isso no curso. Apenas 1 agente no grupo PSF 2 e no PACS/PSF 3 demonstraram aprendizado pelo curso ministrado (pergunta 28). Quanto ao reconhecimento de sinais de alerta para o câncer bucal, tão importante na função dos agentes, que é a de encaminharem essas pessoas com urgência aos serviços nesses casos, não havia 50% de respostas corretas antes do curso, mas a porcentagem ficou em mais de 60% depois (pergunta 29 e 30). O esperado nessa pergunta seria de 100%, pois houve inclusive simulações de visitas domiciliares nos três grupos, sobre esse assunto.

Sobre cuidados com a saúde bucal de bebês, nas perguntas 31 e 32, tão importante na prevenção da instalação das doenças, apenas um agente do PSF 1 e outro do PSF 2 sabiam o que orientar nesse assunto. A porcentagem subiu, respectivamente, para 100% e 75%. O PACS/PSF 3 tinha mais agentes que tinham conhecimentos prévios ao curso do que os outros dois PSF's e houve boa melhora.

A maioria sabia o que era flúor, observado nas questões 33 e 34. No PSF 1 previamente três haviam respondido corretamente e um se confundiu com o curso, e respondeu de forma incorreta, o outro agente manteve a resposta incorreta. Nos outros dois PSF's subiram de aproximadamente 70% para 100% de acertos.

Perguntados se já tinham alguma informação sobre fissuras palatais, nenhum disse saber o que era no PSF 1 e a minoria nos outros dois.

Chegou-se a 100% de respostas afirmativas, uma vez que essa patologia foi trabalhada no curso (Questão 35).

Na comparação das respostas dos três grupos as médias dos percentuais de acertos praticamente dobraram no pós-teste. O grupo em que a média variou menos foi o dos agentes de Venâncio Aires, talvez pelo motivo desses agentes já terem conhecimento prévio em saúde bucal.

Houve diversas variáveis que diferenciam os resultados dos três grupos. Os PSF's de Porto Alegre tinham um ambiente menos apropriado para a realização das oficinas de capacitação do que o grupo de Venâncio Aires. Nestes dois locais os ambientes eram mais quentes, barulhentos e com maiores interrupções durante a realização das aulas, por causa de seus serviços, principalmente no PSF Cruzeiro do Sul, onde tinha barulho excessivo pelas aulas serem realizadas junto a uma creche.

A experiência adquirida pela pesquisadora ao decorrer do curso também pode ser destacada, beneficiando mais o último grupo capacitado. Isso pôde ser observado melhor na avaliação realizada através do grupo focal que foi realizado, mais do que na avaliação quantitativa presente neste artigo. O PSF Cruzeiro do Sul iniciou e terminou apresentando menor média de respostas corretas, do que os outros dois grupos, mas teve maior aumento proporcional, quase dobrando o percentual. O PSF São Gabriel, surpreendeu porque teve menor quantidade de oficinas e por ter sido desenvolvido menos atividades práticas e obteve a melhor média de acertos. Os agentes de Venâncio Aires começaram o curso com maior média das

respostas corretas, porém não foi o grupo que obteve a maior média no final do curso.

Tabela 4. Distribuição das freqüências absolutas das citações de doenças e alimentos, comparando o antes e depois de cada grupo.

RS,2004/2005.

QUESTÃO	PSF 1 Cruzeiro do Sul n=4		PSF 2 São Gabriel n=4		PACS/PSF 3 Venâncio Aires n=14	
	citadas antes	citadas depois	citadas antes	citadas depois	citadas antes	citada depois
2	1 doença	10 doenças	9 doenças	10 doenças	53 doenças	67 doenças
12	7 alimentos	15 alimentos	13 alimentos	4 alimentos	69 alimentos	6 alimentos
13	12 alimentos	10 alimentos	9 alimentos	9alimentos	49 alimentos	47 alimentos

A Tabela 4 mostra que no PSF Cruzeiro do Sul, apenas uma doença bucal foi lembrada antes do curso por um dos agentes e que depois do curso houve uma média de 2,5 respostas por pessoa. Já no grupo do PSF São Gabriel, não houve grandes mudanças nas citações das doenças e o grupo de Venâncio Aires aumentou a média de quatro para cinco respostas para cada participante. Quanto à citação dos alimentos não houve grandes mudanças; alguns grupos, até mesmo citaram alguns alimentos a menos no segundo questionário. Percebeu-se que ao responderem pela segunda vez o mesmo questionário já não estavam motivados para repetirem as respostas. Provavelmente não deixaram de conhecer o que citaram no primeiro questionário, mas sim deram menos atenção ao preenchimento deste. A pesquisa é importante para o pesquisador, mas depende da boa vontade dos pesquisados. Percebeu-se que esse não é um bom instrumento de avaliação.

Pode-se concluir que a falta de resultados mais positivos nas respostas dos questionários não significa necessariamente fracasso no curso, pois pode apenas indicar que as respostas esperadas não foram dadas, mas não avalia a atuação na prática que é o mais importante. Para avaliar se o conhecimento adquirido foi transformado em atitude avaliou-se se houve mudança em sua condição de higiene bucal, através dos índices de placa e sangramento gengival. No entanto, esta atitude não avalia também a atuação em relação à comunidade, pois se observou que muitos que não responderam corretamente os questionários, destacaram-se nas atividades práticas, assim como, aconteceu o contrário. Por isso, talvez essa metodologia de avaliação seja insatisfatória, pois não consegue medir a atuação com a comunidade, a linguagem usada, se a forma de educar é compreensível e nem mede a relação do agente com a população em que atua, respeitando as individualidades e diferentes vontades e também não avalia, conseqüentemente, a aceitação das informações que este transmite.

Observa-se como já descreveram Costa e Albuquerque, (1997), que a educação é um processo dinâmico, gradativo, depende da soma de fatos isolados e é lento. Portanto, um curso de capacitação para atingir modificações significativas de conhecimentos é preciso de um tempo mais longo do que o desenvolvido nesta pesquisa.

Na Tabela 5 estão discriminadas as médias, desvios padrões e medianas dos índices de placa (IPV) e de sangramento gengival (ISG) simplificados, antes e depois do curso.

Tabela 5

Média, desvio padrão dos dentes superiores e inferiores e mediana dos índices ISG e IPV, antes e depois do curso de capacitação em saúde bucal e teste “t” de Student da comparação das médias destes grupos. RS-2004/2005.

	Superior	Inferior	Mediana
IPV antes	26,41 ± 26,30	16,86 ± 22,18	1,85
IPV depois	16,49 ± 18,04	13,04 ± 17,07	2,34
Teste “t”	p= 0,10	p = 0,48	
ISG antes	16,58 ± 25,13	16,98 ± 19,58	8,04
SG depois	10,91 ± 13,87	8,18 ± 13,82	2,39
Teste “t”	p= 0,40	P= 0,07	

Apesar de constatar a diminuição tanto do ISG quanto do IPV, nos dentes inferiores e superiores, não houve diferenças significativas entre eles. Houve pouca melhora no IPV depois de concluído o curso; percebe-se que o desvio padrão foi amplo. Alguns agentes melhoraram muito, enquanto outros até mesmo apresentaram piores condições no segundo exame. Porém, o índice de placa é circunstancial não significa necessariamente hábitos e sim as condições que a pessoa pode estar vivendo naquele momento. Já o ISG indica melhor a mudança de comportamento, pois a placa precisa estar presente a mais tempo para haver a doença. Esse índice apresentou melhores resultados do que os do IPV. De acordo com Petry e Pretto (1999) as informações, mesmo que transmitidas de forma adequada levam tempo para serem incorporadas e não se pode esperar uma imediata transformação de comportamentos.

Dickson e Abegg (2000) ressaltam que cada um é o juiz de seu bem-estar, não basta a informação, tem que ter a motivação para aceitar essa

informação e de querer e se sentir capaz de controlar as causas. Porém, na prevenção de doenças crônicas como a cárie, entre a satisfação imediata de comer um doce e os sintomas do seu malefício a longo prazo, torna as escolhas um pouco mais difíceis.

O modo que a pessoa responde aos motivos pode ser modificado pela aprendizagem e influenciado pela cultura. Parte-se dos conhecimentos e das necessidades da comunidade local para que haja motivação e mudança de comportamentos (BASTOS, PERES, RAMIRES, 2003). Por isso, no trabalho de educação em saúde é necessário não esperar por resultados imediatos, é preciso haver repetição de mensagens e manter a motivação para a mudança, respeitando a cultura da comunidade e as suas vontades próprias.

Outra explicação para a falta de maior motivação para mudanças de hábitos de autocuidado pôde ser percebida ao se realizar o exame odontológico. Muitos agentes que participaram da pesquisa apresentavam problemas dentários, tais como; fratura de incisivo central superior, dentes com necessidade de endodontia, problemas de perdas dentárias e necessidades de próteses, raízes residuais, restaurações fraturadas e dentes cariados. Os agentes ganham em média de um a dois salários mínimos, muitos sustentam suas famílias com esse salário (FERRAZ, AERTS, 2005). Portanto, isso acaba sendo um fator de resistência a mudanças comportamentais, quando não conseguem resolver os seus problemas bucais. Esse também pode ser um fator desmotivador e constrangedor, uma vez se está ensinando a cuidar quem não é cuidado.

CONCLUSÕES

A partir dos dados coletados segundo a metodologia utilizada, pode-se concluir que:

- todos os grupos melhoraram o percentual de respostas corretas, mas observa-se que alguns assuntos foram apenas parcialmente ou não foram corretamente respondidos;

- houve diferença entre os grupos tanto nos acertos das respostas do pré-teste como no pós-teste. O grupo com menor percentual de acertos iniciais foi o do PSF 1, mas teve maior crescimento final. Porém, teve pior resultado;

-apesar de se observar diminuição não houve diferença significativa nos índices de placa e de sangramento gengival entre os períodos anterior e posterior ao curso de capacitação em saúde bucal.

ABSTRACT

Dentistry is included in the Family Health Program (PSF) since 2000. One of the norms that regulate this program states that one function of the dentists is to provide capacity building for the Community Health Workers (ACS) for the development of oral health activities. Starting from this norm, a proposal of oral health capacity building for ACS was tested, being its quantitative evaluation the aim of this article. The evaluation of knowledge about oral health and the most prevalent oral diseases was performed by

means of a previous test that was reapplied at the end of the course, being the answers compared. The way to evaluate the attitude change in relation to the habits was the pre- and post-course comparison of the Gingival Bleeding Index (ISG) and the Visible Plaque (IPV). Results showed that the differences between each moment were not significant for any of the two indexes, nor were they satisfactory in relation to the answers of the questionnaires. This proves that quick courses do not produce behavioral changes or big gains in knowledge. It also shows that this kind of evaluation is not the ideal one, since no modification on the practical action of these workers is observed.

Key words: Community Health Worker; capacity building evaluation, health education

REFERÊNCIAS

ANASTASIOU, L. das G. C.; ALVES, L. P. (orgs.) **Processos de Ensino na Universidade : pressupostos para as estratégias de trabalho em aula.** Joinville: Univille. 2003.

BASTOS, J. R. de M.; PERES, S. H. de C. S.; RAMIRES, I. Educação para a Saúde. In: PEREIRA, A. C. e cols. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde.** Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 6, p. 117-140.

BECERRA, J. D. Educación para la salud; bases psicopedagógicas. **Revista Cubana de Educación Médica Superior.** V. 13, n. 1, Havana, ene./jun., 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (Portaria de Normas e Diretrizes). **Portaria nº 267. Diário Oficial da União,** 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Manual Operacional para Comitê de Ética em Pesquisa.** Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, 2004.

COSTA, I. do C.; ALBUQUERQUE, A. J. de Educação para a Saúde. **Odontologia Preventiva e Social**: textos selecionados. UFRN, 1997. Natal-RN, p.223- 229.

DICKSON, M.; ABEGG, C. Desafios e Oportunidades para a Promoção de Saúde Bucal. In: BUISCHI, Y. P. **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. Cap. 3, p. 41-71.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. de C. O Cotidiano de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF em Porto Alegre. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: Saberes Necessários à Prática Educativa. 27 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GENCO, R. J.; COHEN, D.W.; GOLDMAN, H. M. Epidemiologia da Doença Periodontal. In: LÖE, H.; MORRISON, E. **Periodontia Contemporânea**. São Paulo: Santos, 1997. Cap. 7, p. 106-116.

NADANOVSKY , P. Promoção da Saúde e Prevenção das Doenças Bucais. In: PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, 4 ed., 2000. Cap. 9, p. 292-310.

PALACIO, L. M. A.; VÁSQUEZ, I. E. de El ser humano como uma totalidad. **Rev. Salud Uninorte**. Barraquilla, n. 17: p. 3-8, 2003.

PETRY, P. C.; PRETTO, S. M. Educação e Motivação em Saúde Bucal. In: KRIGER, L. (org.) **Promoção de Saúde Bucal**: São Paulo: ABOPREV, 2 ed. Cap. 15, 365-370, 1999.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. In: _____ 4 ed. São Paulo: Santos, 2000.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Porto Alegre, 1997.

VASCONCELOS E. M. A terapêutica Médica e as Práticas Populares de Saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, n° 49-50, dez./95, mar./96.

VOLSCHAN, B. C. G. ; SOARES, E. L.;CORVINO, M. Perfil do profissional de Saúde da Família. **RBO**. v. 59, n.2, set./out. 2002

WERNER, D.; BOWCE, B.; Aprendendo e ensinando a cuidar da saúde. **Aprender e Ensinar**. 5 ed. São Paulo: Paulus, 1984. Cap. 2, p. 41 – 58.

PERCEPÇÕES DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
SOBRE SAÚDE BUCAL APÓS UM CURSO DE CAPACITAÇÃO.

PERCEPTIONS OF COMMUNITY HEALTH WORKERS ON
ORAL HEALTH FOLLOWING A CAPACITY BUILDING COURSE

Autoras:

CD Joice Tondélo

Prof Dr^a TANIA MARIA DREHMER

Departamento de Odontologia Preventiva e Social

Faculdade de Odontologia da UFRGS

Rua Ramiro Barcelos, 2492, Porto Alegre – RS

CEP: 90035-003

e-mail: jtondelo2004@yahoo.com.br

RESUMO

Desde 2000 a Odontologia está inserida no Programa de Saúde da Família; um dos objetivos principais da inclusão foi aumentar o acesso da população aos serviços odontológicos do SUS. Entre as normas reguladoras desse programa encontra-se que é uma das funções dos Cirurgiões-Dentistas das equipes de saúde bucal, a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esta necessidade motivou a criação de uma proposta de capacitação dos ACS e a sua avaliação. O objetivo deste trabalho é apresentar e analisar as percepções dos agentes sobre a incorporação dos novos conhecimentos adquiridos durante o curso. Para isto foram realizados três grupos focais com os 23 ACS's participantes das capacitações, pertencentes aos PSF's São Gabriel e Cruzeiro do Sul de Porto Alegre-RS e do PACS/PSF de Venâncio Aires-RS. Apesar de o curso ter sido avaliado positivamente pelos agentes e conseguir modificar algumas de suas práticas no trabalho, concluiu-se que um curso rápido e sem a supervisão contínua e a presença de um profissional não é ideal para mudar de forma satisfatória os conhecimentos e para dar segurança suficiente para realizar a prevenção e resultar em profissionais bem preparados para orientar as suas comunidades.

Palavras Chaves: Educação em Saúde, Avaliação, Agente Comunitário de Saúde.

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família está implantado oficialmente desde 1994 no Brasil, com objetivo de reorganizar os serviços de saúde pública no país. Já a Odontologia teve incentivo financeiro para inclusão nas equipes deste programa, apenas no final de 2000. Assim, neste momento é lançado um desafio aos profissionais de saúde bucal; a forma de trabalhar neste programa. Diversos documentos oficiais foram escritos para orientar o trabalho dos dentistas. Entre as funções que estão descritas está a da preparação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para orientarem as famílias na prevenção das patologias bucais de maior relevância epidemiológica no país (BRASIL, M. S., 2001).

Multiplicadores de saúde são imprescindíveis em um país com tamanha desigualdade social, devido à importância da prevenção das doenças. Importância tanto econômica, não apenas para as famílias como para o poder público, quanto relacionada à qualidade de vida e bem estar da população. Narvai, em 1999, declarou que não é mais permissivo, sabendo da importância dos profissionais auxiliares, que os países, especialmente os mais pobres, se dêem ao luxo de não utilizar mão de obra auxiliar nos serviços odontológicos. Isso pode ser comprovado através de experiências bem sucedidas nos EUA e na Nova Zelândia.

A educação em saúde ideal é aquela que alerta as pessoas para as causas de seus problemas de saúde e estimula a população a buscar soluções para eles dentro das condições que possuem. A educação trabalhada dentro da filosofia da promoção da saúde busca tornar as escolhas saudáveis e mais fáceis. (BASTOS; PERES E RAMIRES, 2003; NADANOVSKY, 2000). Para isso é preciso seguir uma filosofia de

educação popular crítica que estimule a reflexão e que seja construída e reconstruída com as pessoas e que não seja transferida verticalmente, tentando convencer acriticamente para mudanças de hábitos.

A preocupação de realizar educação buscando a melhoria da saúde da população motivou a proposta de criar e avaliar um programa de capacitação em odontologia para agentes de saúde. Trata-se de um modelo para ser discutido, refletido e avaliado, pois em cada capacitação é preciso levar em conta as particularidades pessoais do educador e dos agentes, a realidade de cada equipe e do local onde está inserida. Por isso, nenhum programa serve de norma a ser rigidamente seguido.

O objetivo desse artigo é apresentar as percepções sobre a incorporação de novos conceitos no seu dia a dia, captadas de agentes de saúde, após um curso de capacitação em saúde bucal. Procura-se desta forma compreender se os conhecimentos adquiridos mudaram suas práticas diárias e seus hábitos de autocuidado.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Após a divulgação dos dados do PNAD de 1998, de que aproximadamente 30 milhões de brasileiros, estavam totalmente excluídos da atenção à saúde bucal, ficou evidente a necessidade de incluir a Odontologia nesse programa (IBGE, 2004). Barros e Bertoldi (2002) analisaram os dados do PNAD, e ressaltaram que grande parte da população brasileira não tinha acesso aos serviços de Odontologia. Observaram que em um país com tamanha desigualdades social, em que as pessoas não têm condições financeiras de procurarem atendimento particular, apenas 24% dos

procedimentos de saúde no SUS eram odontológicos. Os mais pobres procuraram três vezes menos o serviço de Odontologia do que os mais ricos. Esse grupo diminuiu seu acesso conforme o aumento da idade, ao contrário de países mais ricos que com o aumento da idade e com possibilidade de trabalhar e pagar seu atendimento aumenta a frequência de suas consultas. Assim, no final de 2000, pela pressão da sociedade indignada com a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos no país, foram inseridas equipes de saúde bucal no PSF. Portanto, o objetivo da inclusão da Odontologia nesse programa é o aumento da cobertura de ações de assistência e a melhora do quadro epidemiológico.

Na Portaria nº 267, de 06 de março de 2001, divulgada para regularizar as ações da Odontologia no PSF, encontram-se as atribuições de cada membro da equipe de saúde bucal e entre elas destaca-se a dos cirurgiões-dentistas capacitarem ACS's a orientarem a população na prevenção das doenças bucais mais prevalentes (BRASIL, M. S., 2001). Os agentes podem proporcionar maior acesso da população aos meios de prevenção de saúde bucal, democratizando os conhecimentos, através de seus trabalhos com as famílias, nas visitas domiciliares. Com os ACS's atuando diretamente nas famílias é possibilitado uma aproximação do serviço às comunidades e um entendimento da realidade destes, de suas culturas e seus valores.

No entanto, a aceitação de profissionais auxiliares pela Odontologia é polêmica, havendo grupos que os consideram como "ladrões de mercado". Conforme, Narvai, (1999) na segunda metade do século passado iniciou-se a expansão da classe odontológica, chegando, na década de 90, o país a concentrar cerca de 11 por cento dos dentistas do mundo, o que não significou de forma alguma em melhora na saúde bucal da grande massa da população. O excesso de profissionais da área e

conseqüentemente os baixos padrões de remuneração destes, ainda potencializados pelo desemprego crescente da população e a má distribuição de renda, são as causas dos problemas no mercado de trabalho da Odontologia e não os profissionais auxiliares.

Já em 1999, Narvai, defendia que havia necessidade do poder público investir mais recursos na assistência odontológica e viabilizar a expansão da cobertura dos serviços públicos. As novas práticas, sejam preventivas de doenças ou promotoras de saúde, por mais inovadoras e renovadoras que viessem a ser, segundo esse autor, cumpririam melhor sua função quanto mais acessíveis para a população.

Também Zanetti, em 2000, defendeu o PSF, por acreditar que atende prontamente a Universalidade, com a atenção preventivo-promocional, realizada com ações capazes de melhorar a saúde bucal da população. Para ele essas tarefas são de excelência de simplicidade, baixo custo e de grande efetividade. Na Odontologia ele dá destaque à aplicação do flúor com grande poder de redução da doença. Para ele, as atividades de prevenção ocorrendo dentro dos domicílios, rotinizam ações que buscam enraizar noções de autocuidado e conseqüentemente modificar hábitos e realidades pouco saudáveis.

Na capacitação dos agentes comunitários é preciso prepará-los para realizarem atividades de educação em saúde que não reproduzam uma educação em saúde autoritária, insensível às condições de vida das pessoas, ou até mesmo ofensivas. Segundo Petry e Pretto, em 1999, ao abordar as pessoas, principalmente em relação a hábitos e comportamentos, é preciso ser muito cauteloso. É necessário entender que as pessoas têm seus valores e prioridades, e ir contra isso impondo conceitos, pode ofendê-las.

Em um documento do Ministério da Saúde, de 2004, sobre os princípios norteadores para a reorganização da atenção a saúde bucal, está o da busca do acesso universal para a assistência, dando atenção para toda a demanda. Também diz que as equipes precisam assumir a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população num determinado espaço geográfico, com prioridade aos casos de dor e de sofrimento. Uma das formas apontadas para ampliação da assistência está a de maximizar a hora-clínica do CD, para no mínimo 75% a 85% das horas contratadas dedicadas à assistência e o restante para outras atividades como as educativas e coletivas. Sugerem cautela no deslocamento freqüente dos CD's à execução de ações coletivas. Compete a estes planejá-las, organizá-las, supervisioná-las e avaliá-las, mas a execução dessas atividades deve preferencialmente ser realizada pelos profissionais auxiliares, como os ACS's. O PSF é tido como uma possibilidade de aumento da cobertura das demandas da população (BRASIL, M. S., 2004).

Na pesquisa realizada por BALDANI et al. (2005), com dentistas do Paraná, para verificação das dificuldades encontradas no PSF, muitos manifestaram a dificuldade de atenderem a grande demanda. Atribuem isso à ampla necessidade de tratamento da população carente, agravada pela necessidade de atender a demanda de duas equipes de saúde da família. Isso ocasiona que tenham que despender muito tempo com atividades clínicas, sobrando pouco tempo para atividades de prevenção das doenças bucais e para a promoção da saúde. Porém, a população, segundo eles, manifesta-se positivamente com o programa pela facilitação de acesso, uma vez que 85% das equipes têm marcado as consultas nas próprias residências ou nos postos de saúde.

A proporção de ESB para cada duas ESF, foi corrigida através da Portaria nº 673/GM de 03 de junho de 2003, que garante a proporção de repasses para manter uma equipe de saúde bucal para cada equipe de saúde da família. (Brasil, M. S., 2004b). No entanto, atingir os níveis desejáveis de equipes de saúde bucal levará algum tempo.

A avaliação é o processo que deve ser realizado para verificar se o programa está indo bem, pois analisa os resultados da educação e da ação comunitária. A avaliação se torna um esforço de cooperação, de autocrítica e de reflexão. Deve ser bilateral, feita por uma pessoa de fora e pelos participantes, porque isso prepara os agentes para trabalhar com a população agindo de igual para igual e não como chefes e autoridades. (WERNER e BOWCE, 1984; BECERRA, 1999, PETRY e PRETTO, 1999).

MATERIAIS E MÉTODOS

A população alvo desse estudo foi constituída por dois grupos de ACS de PSF, com quatro agentes cada um, no município de Porto Alegre-RS, e um grupo no município de Venâncio Aires-RS, formado por quinze agentes de saúde; treze deles trabalhavam no PACS e dois pertenciam ao PSF. Então, o total de participantes dessa pesquisa foram vinte e três ACS, que participaram separadamente de três oficinas de educação em saúde bucal. Estas aconteceram entre outubro de 2004 e fevereiro de 2005.

Os grupos de PSF não tinham dentistas nas UBS em que atuavam. Os agentes do PACS atuam em áreas diferentes, alguns na área urbana, outros na área rural. Nenhum deles pertencia a nenhuma equipe de unidade sanitária, assim encontram-se

diferentes condições de facilidades ou dificuldades para encaminharem à população para atendimento odontológico. Os agentes de Porto Alegre nunca haviam sido orientados em saúde bucal. Em Venâncio Aires, a maioria já tinha algum conhecimento prévio ao curso, nessa área.

Esse artigo, de natureza qualitativa, refere-se à análise dos conteúdos discutidos nos três grupos focais com os grupos de PSF e PACS que aceitaram participar desta pesquisa. Os grupos focais aconteceram em cada equipe separadamente, no mínimo um mês após finalizadas as oficinas. Estes foram realizados na mesma ordem que aconteceram as capacitações. Houve a participação de dezoito ACS no total dos três grupos focais. Cinco agentes do município de Venâncio Aires não compareceram ao encontro.

Os grupos focais foram dirigidos por um pesquisador convidado e que não havia participado de nenhuma etapa do curso, com o objetivo de não constranger os sujeitos participantes de avaliarem o curso e de expressarem suas opiniões. Os encontros aconteceram em aproximadamente 90 minutos cada e foram gravados por dois gravadores portáteis para que as falas pudessem ser transcritas. Os locais escolhidos para realização dessa técnica foram os mesmos onde aconteceram as oficinas educativas de cada grupo.

Na análise dessas percepções foram utilizadas as orientações descritas por Minayo (1999) para interpretação de dados obtidos em pesquisa qualitativa.

Os passos seguidos foram as seguintes:

- 1º - transcrição das fitas-cassetes;
- 2º - leitura exaustiva dos textos para busca de temas;
- 3º - classificação e ordenação das idéias centrais sobre os temas;

4º - interpretação das informações, através de análises teóricas e entendimento dos dados empíricos. Busca dos significados de acordo com a época histórica dos sujeitos da pesquisa e da práxis do pesquisador.

Essa pesquisa transcorreu dentro dos preceitos éticos estipulados pela Regulamentação 196/96 que trata de pesquisas de seres humanos, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (BRASIL, M. S., 2002). O Projeto de pesquisa foi submetido e aprovado tanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FO-UFRGS, como pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre-RS.

Os três grupos foram separados em grupo A, o PSF Cruzeiro do SUL, grupo B, o PSF São Gabriel e grupo C o PACS/PSF Venâncio Aires. Com objetivo de não haver identificação dos agentes cada um recebeu aleatoriamente um número, seguindo a letra de seu grupo. A pesquisadora convidada para dirigir o grupo focal recebeu a sigla P.

Na análise dos textos obtidos nas transcrições das discussões dos grupos focais foram encontrados diversos temas. Dentre eles as seguintes categorias foram avaliadas neste artigo: mudanças no autocuidado, práticas comunitárias de atividades preventivas e educativas em saúde bucal nos locais onde atuam e críticas às políticas públicas.

ANÁLISE DOS DADOS

Na tentativa de avaliar o curso de capacitação em saúde bucal realizado neste trabalho, a pesquisadora (P) convidada para realizar o grupo focal, questiona os ACS do PSF Cruzeiro do Sul se existiu alguma mudança nas suas práticas profissionais

com introdução de temas odontológicos após o curso de capacitação. Então, os agentes relataram um pouco de como têm realizado suas práticas após o curso:

O agente A1 disse que seguidamente orientava a população em relação à saúde bucal e relata como fazia: – (...) *“que não deve usar açúcar, açúcar e chocolate e esse monte de coisas, que tu não deve usar, porque pode ser prejudicial aos dentes, né!? Não só os dentes, né!?”*

Esse grupo teve um total de 11 oficinas de capacitação, muitas delas com aulas mais práticas do que teóricas. A relação entre a dieta com a saúde bucal e a geral foi trabalhada com exercícios teórico-práticos e confecção de cartazes, assim pode-se observar que a primeira manifestação que esses agentes fizeram foi a menção à dieta e à saúde geral, e não apenas à visão higienista em relação às doenças bucais. Porém, observa-se o “deve” como um resquício de educação autoritária; esse agente não relata fazer um trabalho de conscientização e sim apenas de orientação.

Observa-se através do relato de outro agente, quando orientava uma senhora idosa, que incluíram ações de orientação em saúde bucal nas suas práticas: P: - “E tu olhaste a boquinha dela?”

A2 responde: - *“Olhei! Olhei, tá terrível mesmo, (rindo), revisamos de tudo aí. Que nem eu tava dizendo prá ela...: ‘Ah, mas agora com a minha idade não adianta mais.’ ‘Adianta Dona Fulana!’. (...) Conversei bastante com ela, e disse assim prá ela: ‘não, a gente vai ver, vai abrir agora [vagas] na UFRGS, né, e naaa... PUC, né, não abriram ainda as inscrições,... a agenda. Mas, [eu disse] que enquanto isso, ... que ela pode ir escovando, vai ajudando. ‘E ela: ‘ah, mas eu nunca escovei meus dentes!’ ‘Ah, mas a senhora começa a escovar.’ ‘Mas, eu só tenho um poquinho!’ ‘Mas a senhora*

*cuida esse poquinho que a senhora tem, até a hora da senhora ir num dentista.’
Então, eu consegui explicar várias coisas que antes eu tinha mais dificuldade.”*

Percebe-se como tem que “barganhar” a conquista para a prevenção com a possibilidade de resolução, pois não conseguem motivar as pessoas com muitos problemas sem soluções em vista. Mesmo assim, observa-se a capacidade educativa destes agentes, buscando soluções com as condições que lhe são dadas e até mesmo buscando ações que fogem de suas funções, na busca de soluções dos problemas da comunidade.

É também importante que nas capacitações seja deixado claro que podem olhar a boca da pessoa com objetivo de orientá-la, mas que não é permitido que seja feito diagnóstico, pois isso foge de suas funções e habilitações. Pinto (1989) defende que os agentes de saúde recebam orientações em saúde bucal ao seu treinamento global, com treinamento mínimo para ajudar os demais em suas dificuldades diárias, identificar casos e encaminhá-los para o serviço de saúde oficial.

A P quis saber se sentiam-se seguros para trabalhar prevenção com os adultos ou apenas o faziam com as crianças: - *“Vocês olham a boquinha de todo mundo ou só orientam as crianças?”* A4: - *“Com as crianças e algo que nos chame a atenção, né! ?”*
A2 - *“Que, às vez, tu começa na criança e tem um adulto, ‘ah, mas eu tenho uma coisa aqui que já tá me incomodando’, e aí a gente vai, sabe! ?”*

Assim como os outros grupos, os agentes do PSF Cruzeiro do Sul também acreditam mais no trabalho de prevenção com as crianças do que com os adultos. Porém, este foi o grupo que pareceu ter mais aceitação em trabalhar prevenção com as outras faixas etárias. O motivo para a preferência em trabalhar com crianças talvez seja explicado por Nunes et al. (2002). Conforme os ACS’s que participaram da

pesquisa na Bahia, quando trabalham com a proposta de mudanças de hábitos e comportamentos com os adultos, precisam desenvolver empiricamente novas estratégias, uma vez que encontram várias resistências por parte da população. Os adultos ficam constrangidos e até ofendidos quando lhes é indicado para melhorarem a higiene. A resistência aparece com a não adoção do que lhes é proposto, ou com a recusa em receber membros da equipe em suas casas.

Sobre as ações de prevenção, os agentes do PSF Cruzeiro do Sul disseram que pretendiam realizar grupos na comunidade, em especial com crianças nas creches, assim como com idosos e outros grupos que já estão organizados. Eles alegaram que ainda não tinham realizado essa atividade, pois estavam instalados em uma UBS provisoriamente, até a nova ficar pronta e que onde estavam o local era inadequado. A pesquisadora indagou a eles: P – *“E esses grupos, o que que vocês estão pensando em fazer?”*

A3 – *“Então, a gente está esperando o nosso posto abrir prá gente conseguir fazer o nosso grupo no posto, porque fica mais fácil de a gente pegar o pessoal. A gente tá esperando prá montar...”* A4 – *“ Fizemos cartazes e tudo.”* A3 – *“O certo mesmo é que a gente não tem um espaço, né! ? Como é que a gente vai reunir o pessoal na rua? E passar o programa, né! ?”*

A justificativa desses agentes é coerente, porém, além disso, foi observado também na convivência de educadora com os agentes outros problemas, como é relatado no trabalho de Ferraz e Aerts (2005) e de Silva (2006), de que os agentes têm sido desviados de suas funções e utilizados até como auxiliares administrativos. Isso significa que pode estar faltando tempo para os agentes realizarem suas funções

específicas como reuniões com grupos comunitários e até mesmo a realização das visitas domiciliares.

Através de diversas manifestações observa-se que esses agentes entenderam a relação da dieta com doenças crônicas, inclusive as bucais. Pode-se observar esse fato também na seguinte declaração do agente:

A2 - *“Nós fazíamos a coisa errada. Nas campanhas prá vacina, a gente fazia uma vaquinha prá comprar pirulito e bala, prá crianças.(...) [agora] a gente tá comprando só balão e não tá comprando bala. (risos) Porque a gente via que a criança ficava feliz, né!? ‘Ah, vou fazer a vacina prá ganhar bala, prá ganhar balão. Ah, deu uma balinha, fica quietinha!’ Mas, e a cárie, e depois, né!? A gente também tá se trabalhando isso, de não..., de não proporcionar isso aí, né!? Então, em casa é a mesma coisa e as mães: -‘ah, vou dar uma bala por causa disso’. (...) a gente tinha noção de que é prejudicial à saúde, né, mas não tanta assim sabe?”*

Esse grupo teve atividades mais práticas em relação a este assunto do que o PSF São Gabriel, que teve uma visão mais higienista e biologicista na avaliação. Assim, no PSF Cruzeiro do Sul, os agentes entenderam a doença não apenas desta forma, mas sim introduziram um conhecimento mais abrangente das causas das doenças. Perceberam a relação existente entre o consumo do açúcar e demonstração de afetividade. Um efeito positivo deste curso foi a mudança de prática que houve nesse grupo em relação à dieta, por entenderem que como profissionais da saúde agiam de forma inadequada.

Durante o curso de capacitação, foi realizada uma prática de tomada e comparação dos preços de vários alimentos, calculando-se quanto custa cada tipo de refeição, as mais e as menos saudáveis. Esse debate iniciou-se com o

questionamento da pesquisadora: - *“O quê que vocês acham que além de balão..., que podia..., além de..., de comida... O quê que seria possível em pensar..., em trocar?”*

A2 – *“Olha, as frutas, por exemplo. Bem mais saudável, né! ? (...) a gente até fez um levantamento, nós íamos nos grupos dos doce, né, e das frutas, e daí a gente fez o valor, né! ? (...) e a gente chegou a uma conclusão de que é bem mais barato, dá uma banana prá uma criança do que dar uma bolacha recheada.”*

As atividades práticas demonstraram-se mais importantes quanto à capacidade de mudanças de comportamentos do que os conhecimentos teóricos. Isso não quer dizer que a teoria deva ser deixada de lado, mas é de fundamental importância de que o ensino seja o mais prático possível. Realizar atividades práticas no processo de conhecimento é importante também para proporcionar ferramentas de trabalho de educação popular para esses profissionais.

A mudança obtida nesse grupo pode ser observada não apenas nas suas práticas, mas nas suas vidas, através da seguinte colocação:

A2 -*“A gente viu que na verdade é do costume, né! ? É difícil tu mudar! As pessoas mudarem... Mas dá prá mudar! Lá em casa não tem criança pequena, mas eu já mudei um monte. Aquela coisa de “ah, tô com vontade de comer uma bolacha recheada”, “ah, tem banana ali! Tem bergamota ali! Tem caqui, né!?” (...) Eu já comecei a diminuir, depois que eu fiz a capacitação. ”*

As pessoas têm a dieta conforme as condições econômicas, sociais e culturais da comunidade com quem convivem. O Brasil, por ser um grande produtor de açúcar tem o preço desse produto acessível às pessoas mais carentes economicamente, que têm os hidratos de carbono como maior fonte de energia (PINTO, 2000).

Esse pensamento concorda com o que defende Freire (1996) de que a mudança de costumes é difícil, porém não é impossível. Constatar os problemas significa muito mais do que poder se adaptar às situações, mas sim aprender a como intervir neles. O ensinar exige a convicção da possibilidade de mudar.

É importante a indicação de ter havido motivação para mudanças pessoais, causadas pelas informações trazidas pelo curso. A falta de credibilidade poderia ser um motivo para não orientarem a população com os temas trabalhados. Certamente apenas ter os conhecimentos não é o suficiente para causar mudanças de comportamentos, pois muitas pessoas muito bem informadas mantêm hábitos pouco saudáveis. Por outro lado, a falta de motivação dos educadores na busca de hábitos saudáveis pode ser um obstáculo para um bom trabalho comunitário.

Outra avaliação positiva do curso foi comentada, após a seguinte questão: P - *“Vocês já falavam de dieta antes?”*

A2: *“-Não,... a gente usava. Não com tanta clareza como a gente tem agora. A gente tem mais segurança, depois que a gente aprendeu com a Joice, a gente fez..., aprendeu coisas que a gente tinha dúvida entendeu? (...) que a gente nunca teve uma capacitação, nesse sentido. A gente teve de saúde, de várias,... mas não de..., de saúde bucal não.”*

Quando perguntados se mudaram as orientações em relação à dieta, os três grupos relataram que já faziam esse tipo de trabalho. Porém, o foco eram os hipertensos e os diabéticos. Então, com as novas orientações para a saúde bucal e tendo trabalhado com eles dieta como um fator de risco comum para diversas doenças, alguns agentes passaram a incorporar esse conhecimento nas suas práticas.

O grupo Cruzeiro do Sul apresenta uma visão bastante valorizada em relação à prevenção. A2 – *“E é aquilo assim; não se consegue dentista, mas, a gente pode fazer a nossa parte em casa. Não é tudo que precisa de dentista, de ir no dentista! ‘Há, porque tá cariado e tem que ir no dentista.’ Enquanto não tem dentista vamos fazer isso em casa, e a gente já vinha fazendo isso antes, mas agora é, como eu te disse, com mais segurança, né! ?”*

Este grupo apesar de não ter como encaminhar a população para atendimento curativo odontológico demonstra um sentimento de autonomia.

Essa visão otimista da prevenção, destes agentes pode ser também observada nas declarações:

A4 – *“É trabalho de formiga mesmo.”* A2 – *“Mas, aquele pouco que a gente consegue, eu acho assim que...”* A1 – *“Um que tu consiga, é uma vitória.”* A2 – *“Então, é um bebezinho que tu veja que a mãe tá fazendo tudo errado, tá enchendo a mamadeira de açúcar, e põe até mel. Então, a gente conseguir convencer ela, vai um dia e conversa, vai outro dia e conversa de novo.”*

O trabalho pode dar melhor ou pior resultado, dependendo de características pessoais dos agentes, por serem mais ou menos positivos, ou de serem mais ou menos identificados com suas funções e comprometidos com seus serviços. Por isso, é necessário que a seleção dos agentes seja muito criteriosa também neste aspecto.

Outro resultado positivo do curso pode ser observado a seguir: P – *“A doença, vocês se dão conta de quanto a doença é uma coisa que pode ser prevenida, e que ela depende do fator social?”*

A2 – (...) *“que a gente teve essa capacitação aqui, a gente notou que, mesmo sem, mesmo aquelas pessoas que têm mais dificuldade [financeira], elas podem ter*

uma melhor alimentação e podem ter melhor saúde, elas podem melhorar também se elas tiverem também esclarecimento, como nós tivemos. Porque, às vezes, tem na feira..., Aquele dia da feira que tem a verdura que é mais barata. Então, orientar elas prá isso também, né!? Que fica mais saudável. (...) Porque a pessoa vai lá e paga dois e cinqüenta (reais) numa Coca Cola, quer dizer, dava prá comprar verdura no mesmo valor, né! ? Nós também, nós somos trabalhadores da área da saúde há oito anos, né, e a gente não tinha esse conhecimento aqui, né! ? A gente fazia assim, meio como a gente aprendeu e aquela coisa toda, né! ?”

Apesar do conhecimento por si só não representar mudanças, demonstra-se como é possível seguir um caminho para buscar a melhora da qualidade de vida e da saúde através das mudanças possíveis à realidade de cada um.

Em relação à segurança que o curso de capacitação possa ter proporcionado aos agentes, a pesquisadora indaga: P - *“Tu consegue assim, tocar no assunto?”*

A1: – *“Até que é assim..., a revenção, é que é uma dificuldade, nós nunca tivemos uma capacitação, em..., em..., com dentista. Sempre outras coisas, depois dentista. Primeira vez que alguém veio aqui, se dispôs, a fazer essa capacitação com nós aqui.(...) É claro, antes a gente aprendeu alguma coisinha mínima, né! ? (...) Ah, chegava lá, pegava a escova e uma pasta de dentes e escovava de qualquer jeito, né, porque nunca teve alguém que viesse orientar sobre isso aí, né! ? E sabe que, às vez, a gente deveria ter mais capacitação, mais capacitação de..., com dentista, de Odontologia.”*

Os dentistas da rede poderiam ser convocados para fazerem um trabalho com os agentes. Talvez essa fosse uma possibilidade. Não parece necessário que os dentistas estejam inseridos no programa, poderiam aproveitar os dentistas da rede

pública para capacitar e supervisionar o trabalho dos ACS's de forma continuada e sanando dificuldades e produzindo correções necessárias, além de programar as ações destes.

A2 – “Se a gente tivesse..., na verdade a gente..., se a gente tivesse, não digo mais uma capacitação, mas visitação, assim, seria ótimo prá nós. (...) Não, eu digo, pessoas que viessem falar sobre o assunto”?

Apesar da avaliação positiva é possível observar que ainda não estão seguros o bastante para realizarem atividades de prevenção, que seria necessário terem supervisão do cirurgião-dentista, tal como acontece com enfermeiros e médicos nos PSF's. Esse também parece ser um motivo para não terem tido a iniciativa de trabalharem com saúde bucal. Há uma demonstração de que apenas um curso rápido, como foi o realizado com eles e a falta de uma supervisão e coordenação de seus trabalhos foi insuficiente para terem segurança o suficiente para trabalharem saúde bucal com a população.

Pode-se observar pelas declarações dos ACS's do PSF São Gabriel que o curso foi considerado positivamente. As manifestações abaixo demonstram que serviram para modificar a percepção dos problemas relacionados com a saúde bucal.

Os relatos são iniciados após a seguinte pergunta: - *“E os conhecimentos deram um pouco mais de recurso, para vocês se sentirem mais seguros?”*

O ACS B2 assim se expressou: - *“Claro (...) eu acho que foi muito importante o trabalho da Joice, assim, porque nos alertou bastante coisas, né!? Até (...) na própria visita, conversando com a pessoa, a gente já...detecta alguma coisa...tu já vê ali, tu já detecta algum problema”.*

Este também declara logo após, demonstrando uma mudança radical em sua percepção quanto à saúde bucal como parte da saúde geral: - *“A minha visão depois do trabalho da Joice mudou bastante, que eu não tinha por mim que era uma coisa tão importante assim. (...) eu não tinha a visão de que era uma coisa que envolvesse toda a saúde, toda uma coisa geral, que a gente viu que é mesmo, né!?”*

Essas idéias justificam a necessidade de capacitação de multiplicadores de conhecimentos em saúde bucal para que essa ciência não seja tão isolada e receba maior importância dentro do contexto da saúde.

B1: - *“(...) o trabalho dela foi muito importante, foi muito importante mesmo, (...) mas, eu acho que vocês deveriam ter um suporte maior, assim, até mesmo pra população mesmo. Acho que o trabalho seria mais completo, assim”...*

Nesta colocação é demonstrada a necessidade da manutenção da supervisão do profissional, junto às suas atuações na prática em relação a esse assunto. Também é possível concluir que é necessária educação permanente, e que não é com um curso rápido como o que foi realizado nesse trabalho que haverá mudanças radicais em relação ao conhecimento. Além disso, é possível perceber o problema de não terem motivação para abordarem o assunto, uma vez que não têm para onde encaminharem os pacientes para o serviço curativo.

Os agentes do PSF São Gabriel foram questionados quanto à valorização que dão à prevenção, uma vez que demonstraram ser bem mais resistente a aceitar trabalhar com saúde bucal. P - *“Acreditam que a prevenção funciona?”*

B3 - *“Claro!”* Agente B2 - *“Assim, ... eles aceitam bem o que a gente coloca. A Joice passou várias, muitas coisas que a gente pode até repassar, né! ? Até sobre o uso de fio dental, a importância, até da dieta, né! ?”* B1 - *“Tudo, tudo que ela passou a*

gente pode repassar, né! ?” B2 – “Não, com certeza, a gente sabe que funciona. Talvez a resistência seja nossa ... também porque a gente saiba que não tenha o que oferecer, né! ?”

Existe uma contradição entre o que dizem e como agem, pois declaram que acreditam que podem realizar atividades preventivas, mas justificam que não o realizam por não ter para onde encaminhar os pacientes para atendimento curativo.

Em alguns momentos do grupo focal parece que percebem que talvez pudessem ter tido alguma atividade na área, que não foi apenas o problema da falta de referências que tenha determinado a falta de aceitação no trabalho de prevenção das doenças bucais.

O relato a seguir é a forma como entendem a prevenção, o agente B3 diz: – (...) *“um pirulito, que a gente leva prá uma criança, [por] que às vezes, a gente leva para uma criança, um pirulito, uma bala. O que que a gente faz: a gente pede prá eles escovarem o dente depois que comerem a bala!”*

Apesar da avaliação positiva do grupo São Gabriel, percebe-se que esse grupo não teve boa assimilação do conhecimento e não houve motivação o suficiente para mudanças de comportamentos, assim mantiveram a idéia da relação da saúde bucal apenas com a higiene, não houve boa compreensão da importância da dieta ou com outros fatores determinantes da doença.

Também fica evidente essa idéia pela fala do agente B2 :- (...) *“até para essa criança que eu falo, né! ? (...) que como a gente faz os grupo e que normalmente a gente dá balinha, pirulito, então ela não pode me enxergar que ela quer pirulito e bala. (...) Aí, esses dias eu conversei com a mãe e com ela, né! ? A respeito das balas, dos*

pirulito, então ela me enxerga, ela já, já qué um pirulito(...). Então, ela me vê ela já, já diz, acho que ela associou: bom se eu escovar o dente posso comer o pirulito, né! ?

”

Estes agentes que mantêm o hábito de convencer, de conquistar as crianças com o doce, demonstram que não ficaram convencidas, ou que não tiveram entendimento dos malefícios do açúcar para a saúde geral. A diferença de entendimento deste grupo para o grupo dos agentes de Cruzeiro do Sul talvez seja explicado por que aquele teve oficinas mais práticas, e que no PSF São Gabriel o curso foi mais teórico e no modelo tradicional.

A manutenção da visão higienista também pode ser observada na fala a seguir, em que o agente B3 expressa bem essa idéia: – *“Eu tenho um menino, que ele tem os dentinho da frente, tão tudo pretinho, mas ele, mastiga bala mesmo, sabe?(...) E daí, ele..., ele, na hora que tá fazendo a visita ele tava mastigando, com um saco de bala na mão, mastigando, e eu disse que depois ele teria que escovar os dentinho, prá mãe também, a mãe é jovem! E daí ele me disse assim: (...) -Não tem pasta de dente! Aí, como a gente tinha visto no curso, eu disse prá mãe dele que não precisaria pasta de dente, só a escova chegaria. Ele na mesma hora pegou a escova e botou a escovar, (risos). E daí, foi na hora ... eu ensinei ele a escovar os dente.”*

Porém, pode-se observar um ganho de conhecimentos pela maior importância na remoção ou desorganização da placa bacteriana do que ao uso do creme dental.

Assim como os outros dois grupos, os agentes do PSF São Gabriel acreditam no trabalho de prevenção, porém apenas com as crianças. B4 – *“As crianças até dá!”* B2- *(...) o adulto, ah, a maioria já está num estágio assim ... que falar em prevenção é meio complicado! (...), o adulto tem mais resistência que a criança. Porque a criança,*

se tu pedir prá olhar a boquinha, eles deixam sem problema nenhum. B1 - O trabalho de prevenção com criança é bem mais fácil. Porque os adultos já tão com os dentes já..., sabe? Eles já pensam assim, o que que eles acham? Não precisa mais prevenir nada, tem que consertar o que que tá errado, entendeu? B4- E tem vergonha também, né!? B2 – Eles [crianças] acham importante. Que eles, eles, a gente tem uma relação bem legal com eles. (...) fazem as coisas prá mostrá prá gente, né! ?

A única ação de prevenção que esse grupo teve em relação à saúde bucal, após o curso de capacitação foi a realização de uma palestra para um grupo de crianças desnutridas que acompanhavam.

B2: – “Mas, eu acho que em relação a depois de que a Joice veio, com certeza mudou muita coisa. Eu mesma, não falava, não tinha... a não ser assim, interferir numa emergência”.

Há uma contradição no que foi dito por esse agente, uma vez que os agentes do PSF São Gabriel, manifestaram que não se referiam a prevenção das doenças bucais, pois não contam com serviços de odontologia para referenciar aos pacientes. Algumas vezes, durante o grupo focal, manifestaram que o assunto não era tocado a não ser nos casos de urgências.

No grupo focal realizado em Venâncio Aires, quando os agentes foram questionados em relação a fazerem uma avaliação do curso de capacitação em saúde bucal, obteve-se dentre outras, as seguintes manifestações.

C13: - “Eu achei, assim, o curso da Joice bem acessível, bem na nossa linguagem que a gente fala pro povo. Sabe, a gente teve muitos cursos, mas mais era na gramática, naquelas palavras, que a gente tinha que, sabe... assim..., sabe!?” O agente C7 complementa a idéia: – *“É, isso é o que nós comentemo com a Joice, não*

adianta tu vir aqui e falar, falar, falar, e nós ter que passar trabalho, prá depois descobrir o que que é, prá poder passar pro pessoal. Porque, tu vai chegar na casa de quem não sabe escrevê, porque tem gente que não sabe nem escrevê o próprio nome, muito menos lê, numa gramática total, eles vão dizer; “tu tá falando Inglês? Eu não entendo!”. Aí, não adianta, porque o serviço não, não vai dar certo”.

É observável também a importância de ter uma linguagem acessível durante o processo educativo para haver bom entendimento do que se quer transmitir e para criar um ambiente onde as pessoas sintam-se à vontade e confiantes para participarem e questionarem. A linguagem utilizada é de grande relevância, uma vez que se trabalha com muitos profissionais de baixa escolaridade, com o objetivo de trabalharem educação popular.

Outra avaliação positiva do curso pode ser observada nessa manifestação:

- C14- *“Até o nosso teatro a gente mudou depois do curso da Joice. Tinha umas fala que a gente colocava. ‘Foi bem, foi bem alterado, né, gurias!?’ ”* C9 - *“Porque saúde bucal não é só boca, envolve tudo”!*

Os agentes dos três grupos demonstravam desconhecimento da relação da saúde bucal com a saúde geral. Pode se considerar um êxito deste curso ter contribuído para perceberem a importância da saúde bucal para manutenção da saúde como um todo. Através da revisão de literatura pode-se observar que após a separação entre a odontologia e a medicina, a boca passou a ser considerada como uma estrutura anatômica separada do restante do corpo (CHIANCA,1999). Nadanovsky (2000) lembra que a promoção de saúde engloba ações que procuram melhorar a qualidade de vida das pessoas e que a saúde bucal é uma parte do todo.

No grupo focal com os agentes de Venâncio Aires, eles relataram diversas experiências do trabalho de prevenção com saúde bucal, após o curso de capacitação. Muitos dos agentes que participaram do curso já realizavam esse trabalho através da encenação de um teatro sobre saúde bucal. Alguns relatos de suas práticas podem ser observados a seguir:

O agente C14 explicou a forma como ensinava uma menina a escovar os dentes e falando com a mãe. - “ *Ah, mas os dela são de leite!* ” *‘Não importa, tu tem que cuidar igual, e os teus também’* ”. Outra agente ainda descreve como trabalha: - C7 – *“Eu tento sempre prá falar de saúde bucal, primeiro dar a escovinha, prá criança, sabe? Prá ver se a mãe se auto prontifica a falar, porque, às vezes, tu chega naquela casa e eles não tão a fim de falar aquilo, tão a fim de falar outro negócio, né! ? Aí, tu já entra dando uma escovinha e já vamo lá pro tanque e já ensino, né, aí eu já vou introduzindo uma conversa prá ela entrar no ritmo e me perguntando as curiosidade dela eu vou respondendo (...) Porque, às vez, tu tá falando, falando e entra por aqui e sai ali, aí também não adianta, né! ? (...) Parece que hoje em dia ter uma boca bonita não,..., tem gente que não acha que isso é tão... [importante]”*.

Percebe-se que utilizam diversas estratégias para realizarem educação em saúde. Demonstram bom senso em perceberem se é ou não o momento de tocarem em determinado assunto. Zanetti (2000) defende determinar visitas bimensais para a odontologia, porém, por essas declarações, percebe-se que o tema trabalhado vai depender do momento e da situação em que está vivendo cada família.

Assim como os outros dois grupos, os agentes de Venâncio Aires acreditam e realizam mais prevenção para crianças do que para as outras faixas etárias.

C9 – *“Eu também sempre acho assim, o que tu passa na escola, as crianças sempre cobram em casa”. C7- “Eu acho, as crianças hoje em dia tem a mente mais aberta, prá coisas novas (...) os pais já não tão nem aí, os pais já não dão bola! Aí, é bem mais fácil tu pegar uma criança e botar aquilo na mente dela, do que tu pegar uma pessoa já com a mente formada, com a mente já naquilo,..., na opinião dele, e né, tu chega lá e fala, fala e não adianta nada”.*

Observa-se o constrangimento que tem por não poderem apresentar soluções curativas e também por tratarem de temas “sensíveis” como a higiene bucal. Desta forma parece que a educação em saúde bucal para adultos é deixada um pouco de lado. É preciso buscar estratégias para que esse grupo também seja incluído em ações de prevenção, como trabalho nos grupos da comunidade.

Os agentes de Venâncio Aires fizeram uma boa avaliação do curso, ficaram surpresos por não ter sido apenas falado “de boca”, mas também de amamentação, diabetes, gestantes e outros assuntos. Estes quando indagados sobre as orientações de dieta, fazem os seguintes comentários: C3 – *“Assim, porque a Joice falou muito dessa coisa da mamadeira doce, do bico, que nem ela falou da má oclusão, né! ? (...).Então, assim, conforme nós fomos fazendo o cursinho, nós fomos diminuindo [o açúcar], garanto que a maioria começou a cuidar. (...) assim, até na minha área eu tenho só esse um caso, que a mãe exagerava demais no açúcar. O resto das gestantes consegui ir convencendo de pouco a pouco, quanto ao açúcar. Que, às vezes, tem aquela mãe, que a criança já tem os dentes da frente e a mãe..., e a mãe diz prá gente, ‘não, não precisa escovar porque esses vão cair’ ou a criança não come ainda muita coisa, “por que que eu vou escová?’ ”*

Esse relato mostra não apenas uma mudança nas práticas como também uma mudança nos hábitos pessoais.

Relacionando a amamentação e a má oclusão o agente C7 complementa: – (...) *“O leite [aleitamento] materno evita um monte de doenças, o dente, a boca. Isso a Joice ensinou bastante, a má oclusão, essas coisarada tudo. Isso ajuda a criança a ter o formato da boca bem colocado, né!? Isso ajuda bastante, eu coloco bastante isso, prá depois não vir a gastar mais com aparelho. Porque isso é dinheiro e não tem pelo SUS. E nem todo mundo tem condições. Tá lá a criança com o dente todo encavalado, [um] em cima do outro e depois começa ir pros bailes e ‘ah, porque ninguém quer ficar comigo, porque eu quero ficar bonito, porque não sei o que, não sei o quê’... Acontece! Eu ouço demais isso aí.”*

O conhecimento parece que atinge sua função na medida em que a teoria possa ser aplicada na prática, principalmente quando é aproveitada nas práticas diárias. Por isso, como defendem Werner e Bowce (1984) um curso de capacitação para agentes de saúde deve se deter a informações relevantes e não as sem importância prática.

Ainda, em relação à dieta, os agentes desse município mostram uma visão bem crítica e consciente da realidade. O agente C14 argumenta da seguinte forma: - *“Falar (...) tem como tu falar. Só que eu sou bem franca em te dizer, eu não vou chegar numa casa e dizer assim, ‘oh, é bom que a criança tenha bastante vitamina’, se eu tô olhando e tô vendo que não tem nada, sabe! ? Eu não posso colocar que é saudável que a criança coma uma fruta, se na verdade ela não tem nem pão. Então, eu tenho que ir de acordo com o que é, sabe! ? Aos poucos tu vai colocando, eles vão tendo a noção da coisa, só que eu não posso chegar e colocar assim, até porque não é uma*

única visita.” Esse agente ainda faz outra colocação quanto à dieta; - “É, eu falei prá gurizada, ‘vamos comer só quando não tiver fome. Porque se comer com fome, se come muito mais doçura’. Daí, a minha irmã disse, ‘por isso, que o rico, tem pouca cárie. Pois, o rico, come um pouquinho, logo depois da comida ele come doce. O pobre já deixa o do..., a sobremesa prá meia tarde, porque pensa: o quê que eu vou comer na meia tarde?’ E, é por aí a coisa!”

As manifestações dos agentes demonstram uma visão bastante geral quanto à abordagem da população, apresentam uma idéia prática e consciente da situação de vida da população. Esses relatos demonstram a importância da presença de profissionais na comunidade que entendam a situação das famílias e não imponham valores ou hábitos que são tidos como ideais. Para Werner e Bowce (1984) essa situação pode ser bem mais difícil para um profissional de nível superior que não tenha vivenciado a situação das famílias mais carentes como os agentes que vivem nesses locais, caracterizando em desnível cultural.

O grupo foi bastante participativo nas discussões políticas, mostraram-se muito interessadas e bastante politizadas. Fizeram muitas perguntas e críticas aos serviços prestados no município. Os agentes de Venâncio Aires demonstraram uma visão bem crítica das políticas assistencialistas de prevenção, essa crítica é colocada pelo agente C14: - *“Não, e ainda falam, né, que..., a saúde é muito voltada prá saúde bucal. Mas, a gente sabe como é voltado..., é dando escovinha. Porque assim, tu ir lá, comprar um monte de escovinha, um monte de creme dental e fio dental e colocar a disposição, esse tanto, que esse monte nem é tão grande assim, entre aspas, não é fazer saúde. Sabe, é bem mais fácil [difícil?] tu ensinar a pescar do que tu dar o peixe. Não adianta*

pegar e chegar lá e ficar entupindo, dalê escova e escova...parece que não tem mais nada, além disso.”

Esse agente demonstra ter uma visão bastante clara de que as causas das doenças não são meramente biológicas e, sim como já é bem claro na bibliografia, tem causas sócio-econômico-culturais. Muitos desses agentes são líderes comunitários, pessoas ativas, bastante politizadas, que têm claros conceitos pelo aprendizado na prática, sabem o que muitos intelectuais aprendem apenas através da teoria.

CONCLUSÕES

O curso realizado, quando observadas as manifestações dos ACS's, foi avaliado de forma positiva, tendo conseguido modificar alguns hábitos pessoais, principalmente os alimentares. Porém, o curso não deu segurança o suficiente para a realização do trabalho de prevenção destes nas comunidades e não surtiu em grandes iniciativas destes para realizar ações coletivas. Percebe-se que é necessária a supervisão e presença contínua de cirurgiões–dentistas junto a esses para planejar e tomar iniciativas de ações, para supervisionar o trabalho, sanando dúvidas. A presença dos profissionais de nível superior também se faz necessária para uma capacitação contínua, bastante prática e permanente.

Observa-se, portanto, que agentes comunitários de saúde podem ser grandes aliados da Odontologia, assim como outros multiplicadores de saúde, para o aumento do acesso da população a informações de meios de prevenção e a conscientização das causas sociais das doenças. Para isso faz-se necessário o aumento do número de equipes de saúde bucal nos PSF's e a orientação dos dentistas da rede pública de

saúde, para capacitarem continuamente agentes de saúde, mesmo que não sejam participantes do PSF.

ABSTRACT

Since 2000 Dentistry is included in the Family Health Program; one of the main objectives of this act was to increase the access of the population to dental services. Among the regulating norms of this program, there is one defining that dentists of the oral health staffs should perform the capacity building of Community Health Workers (ACS). This need motivated the creation of a capacity building proposal of the ACS and its evaluation. In this work the perceptions of the workers about the inclusion of new knowledge acquired during the course are shown and analyzed. In order to achieve this, three focal groups were developed with the 23 ACS who took part on the capacity building activities; they belonged to the PSF São Gabriel and Cruzeiro do Sul of Porto Alegre / RS and the PACS/PSF of Venâncio Aires / RS. Even though the course was evaluated as positive by the workers and able to modify some of their practices at work, it was concluded that a quick course without a continuous and present supervision by a professional is not ideal to change the knowledge in a satisfactory way, neither to provide enough assurance to perform prevention, nor to result in well prepared professionals to advise their communities.

Key words: Health Education, Evaluation, Community Health Worker

REFERÊNCIAS

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.

BASTOS, J. R. de M.; PERES, S. H. de C. S.; RAMIRES, I. Educação para a Saúde. In: PEREIRA, A. C. e cols. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 6, p. 117-140.

BARROS, A. J. D.: BERTOLDI, A D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos; uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro v. 7, n.4, p. 709-717, 2002.

BECERRA, J. D. Educación para la salud: bases psicopedagógicas. **Rev. Cubana de Educación Médica Superior**. Havana, v. 13, n. 1, jan.-jun., 1999.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**, 1998. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 16 janeiro 2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica – Portaria de Normas e Diretrizes. **Portaria nº 267. Diário Oficial da União**, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília. DF, jan. 2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 673/GM de junho de 2003. **Diário Oficial da União**. N. 106, seção 1, p. 44, 2004b.

CHIANCA, T. K. et al. EL impacto de la salud bucal em la calidad de vida. **REV. Fola/Oral**. Ano. V, n. 16, jul/óctubre. 1999.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. de C. O Cotidiano de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. 27 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

MINAYO, M. C. S. Fase de Análise ou Tratamento do Material. In: **__O desafio do Conhecimento;** Pesquisa Qualitativa em Saúde. 6 ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, p. 197- 256.1999.

NADANOVSKY , P. Promoção da Saúde e Prevenção das Doenças Bucais. In: PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva.** São Paulo: Santos, 4 ed., 2000. Cap. 9, p. 292-310.

NARVAI, P. C. Recursos Humanos para Promoção da Saúde Bucal. In: Kriger, L. **Promoção de Saúde Bucal.** 2 ed. São Paulo: ABOPREV, 1999. Cap. 19, p. 448 – 475.

NUNES, M. de O. et al. O agente Comunitário de Saúde: construção de identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública** Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov.-dez. 2002.

PETRY, P. C.; PRETTO. S. M. Educação e Motivação em Saúde Bucal. In: KRIGER L. **Promoção de Saúde Bucal.** 2 ed. São Paulo: ABOPREV, 1999. Cap. 15, p. 364 – 370.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal: Odontologia Social e Preventiva.** In: _____ São Paulo: Santos, 1989.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva.** In: _____ São Paulo: Santos, 4 ed. 2000.

SILVA, A. E. **Programa Saúde da Família Unidade Lomba do Pinheiro de Porto Alegre: A Percepção dos Líderes Comunitários, dos Profissionais e a Satisfação dos Moradores Cadastrados.** 2005. 139f. Dissertação (Mestrado em Saúde Bucal Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia. Porto Alegre.

WERNER, D.; BOWCE, B.; **Aprendendo e ensinando a cuidar da saúde. Aprender e Ensinar.** 5 ed. São Paulo: Paulus, 1984. Cap. 2, p. 41 – 58.

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

PERCEPÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
SOBRE CUIDADOS PREVENTIVOS E ACESSO AOS SERVIÇOS
ODONTOLÓGICOS.

PERCEPTION OF COMMUNITY HEALTH WORKERS ABOUT
PREVENTIVE CARE AND ACCESS TO DENTAL SERVICES

Autoras:

CD. JOICE TONDÉLO

Prof. DR.^a TANIA MARIA DREHMER

Departamento de Odontologia Preventiva e Social

Faculdade de Odontologia da UFRGS

Rua Ramiro Barcelos, 2492, Porto Alegre – RS

CEP: 90035-003

e-mail: jtondelo2004@yahoo.com.br

RESUMO

Este artigo teve como objetivo avaliar as percepções de Agentes Comunitários de Saúde sobre o desenvolvimento de trabalhos comunitários de prevenção e o acesso a serviços odontológicos, após serem capacitados em saúde bucal. Os dados analisados foram obtidos em três grupos focais com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de dois PSF's de Porto Alegre-RS e um PACS/PSF de Venâncio Aires-RS. Os agentes participantes destacaram que a dificuldade para referenciar os pacientes e apresentarem soluções a seus problemas odontológicos causa descrédito e diminuição da aceitação dos seus trabalhos e, por isso, não se sentem motivados para trabalharem nesta área.

Palavras Chaves: Acesso, Agente Comunitário de Saúde, Prevenção.

INTRODUÇÃO

O primeiro programa de saúde no Brasil que utilizou agentes comunitários de saúde (ACS) foi o PACS, em 1991, criado pelo Ministério da Saúde. Motivado pelos bons resultados epidemiológicos que o PACS proporcionou e inspirado em programas de saúde de outros países como o Canadá, o Reino Unido e Cuba, em 1994, no Brasil é instituída a modalidade do Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, M. S., 2000).

Após a pressão social para aumento do acesso aos serviços odontológicos, motivada pela divulgação do PNAD de 1998 (IBGE, 2004), em 2000, acontece a inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no PSF. Até agosto de 2005 foram criadas 10.628 Equipes de Saúde Bucal, enquanto o número de Equipes de Saúde da Família já chegava a 22.400, estas dando uma cobertura para 100 milhões de pessoas (BRASIL, 2005). A cobertura populacional dada pela equipe de saúde bucal pode chegar, portanto, a cerca de 58 milhões.

Levando em conta o acesso aos serviços, observou-se no Levantamento Epidemiológico, SB BRASIL de 2003 que 14% dos adolescentes brasileiros e 5,81% do grupo de 65-74 anos nunca foram ao dentista. Entre os que tiveram acesso, 55,62% dos adolescentes e 40,50% dos idosos, foram atendidos nos serviços públicos (BRASIL, M.S., 2004a).

Quanto à prevalência de cárie, observada no mesmo levantamento, tendo como base o CPO-D e o ceo-d, encontrou-se que 60% das crianças até os cinco anos de idade já têm cárie. A média do ceo-d aos cinco anos é 2,8. Até os 12 anos cerca de 70% das crianças já têm pelo menos um dente permanente cariado. Nesta idade a

média é de 2,8 dentes permanentes cariados, e essa situação piora entre adolescentes na faixa dos 15 aos 19 anos, com média de 6,2 dentes atacados pela cárie dentária. A grande maioria dos adultos também é acometida pela doença, pois na faixa de 35-44 anos a média de dentes atingidos é de 20,1. O item perdido chega a 93% na faixa dos 65-74 anos. Em relação ao periodonto 10% dos brasileiros apresentam pelo menos uma bolsa periodontal em no mínimo um sítio da boca. Segundo Bastos, Peres e Ramires, em 2003, embora as estatísticas de câncer bucal não sejam satisfatoriamente esclarecedoras, sabe-se que certamente representa mais de 4% de todos os cânceres. Há trabalhos que mostram que a porcentagem chega a 20%. Dados do M. S. (2005) declaram que 65% dos casos de câncer bucal são detectados em fases avançadas e que isso leva em média à morte 3.000 pessoas por ano.

Esses dados demonstram que as doenças bucais ainda são grande fator de sofrimento da população, principalmente para adultos e idosos, que têm necessidades acumuladas. Portanto, são necessárias medidas que coíbam o agravamento ou a manutenção dessa situação, ou seja, um exército de pessoas mutiladas. É preciso investir não mais apenas em grupos de escolares e sim na população como um todo, com as famílias tendo acesso à prevenção e ao tratamento para todas as faixas etárias, na busca da integralidade da atenção à saúde.

Tanto o PACS como o PSF têm como um de seus integrantes o ACS. Os agentes são pessoas da comunidade, treinadas para orientar a população na prevenção das doenças, facilitar o acesso da mesma aos serviços de saúde, como também a comunicação entre estes.

Este artigo teve como objetivo avaliar as percepções de Agentes Comunitários de Saúde sobre o desenvolvimento de trabalhos comunitários de prevenção e o acesso a serviços odontológicos, após serem capacitados em saúde bucal.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

BALDANI. et al. (2005) dizem que o reconhecimento de que a crise na saúde faz com que se conclame por novas propostas de modelos de serviços que se proponham a transformar essa situação. O PSF tem sido apontado como a proposta mais importante na busca dessas mudanças e consolidação do SUS.

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 (CONILL, 2002, CAMPOS, 2003). Portanto, conforme Campos, em 2003, 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.

Conforme pesquisa de Nunes et al. (2002), uma das finalidades do Programa de Agentes Comunitários (PACS) foi a de aumentar o acesso da população adscrita ao serviço de saúde. Defendem que o PSF é uma prática que pode proporcionar o exercício da cidadania, especialmente para os mais pobres, garantindo-lhes acesso aos meios de promoção de saúde. Tanto no PACS como no PSF, o ACS é o

profissional que tem como uma de suas principais funções realizar visitas domiciliares e escutar a população quanto aos seus problemas de saúde e buscar soluções junto a estes e à equipe de saúde, assim como facilitar para eles o acesso aos serviços.

É preciso lembrar que a Lei Orgânica do SUS, a Lei 8.080/90, tem como um de seus princípios a integralidade das ações em saúde. Conforme diz Campos, 2003, integralidade é o direito de o indivíduo ter acesso aos níveis primários, secundários e terciários de atenção. Na opinião de Santos (2004) as ações de saúde devem ser integrais, englobando tanto as ações de orientação e educação em saúde como as intervenções curativas de alta complexidade e especialização. Para esse autor é necessário que os governos não mais desperdicem recursos com ações desnecessárias ou de baixíssima necessidade e invistam mais na capacidade instalada nos serviços e nos profissionais da saúde aproximando-os das comunidades e viabilizando o acesso. A Atenção Básica deve constituir-se como a grande referência para o SUS, pois quando em plena realização tem a capacidade de resolver 80 % das necessidades de uma comunidade. Por isso, Santos diz que é importante que o financiamento seja elevado até um percentual de no mínimo 25% a 35% do orçamento municipal. Conforme esse autor a atenção básica encontra no PSF elevação de acesso para os pacientes. Porém, as ações têm sido limitadas àquelas de baixo custo e de pouca resolutividade. Ele critica também a excessiva normatização dos programas federais que inibem a regionalização e definição de prioridades e metas locais.

Conill (2000) realizou uma pesquisa para avaliar opiniões quanto ao acesso e à integralidade, em cinco PSF's de Santa Catarina. Foram avaliados documentos e

também entrevistados gestores, profissionais que atuavam nestes locais, além de coordenadores das equipes e vinte famílias abrangidas pelo programa. Os entrevistados declararam que houve uma melhora no acesso para as pessoas que não eram beneficiárias de planos de saúde. No entanto, havia reclamação pela insuficiência de Equipes de Saúde da Família (ESF), uma vez que estas estavam atendendo até três vezes mais do que o número de famílias determinadas pelo programa. Também foi observada a necessidade de melhorar ainda mais o serviço quanto ao acesso e à integralidade das ações.

Trad et al., em 2002, realizou estudo com usuários do PSF em cinco municípios da Bahia. Quando indagados sobre a satisfação organizacional, disseram-se satisfeitos pela melhora do acesso com a equipe mínima. No entanto, reclamaram da dificuldade de acesso a outros profissionais, como especialistas, dentistas e ao serviço de emergência. Também reclamam da baixa cobertura assistencial, na realização de exames e ao acesso a medicamentos e outras ações locais e de que o processo de encaminhamento é precário inclusive no nível primário.

Chiesa, Fracoli e Sousa (2004) declararam que para alcançar a integralidade da atenção é preciso haver a estruturação de um novo modelo assistencial, em que tenha atenção mais voltada para os determinantes das condições de saúde da população do que apenas ao tratamento das doenças.

Pinto (2000) declara que apesar da Odontologia ter atingido elevado nível tecnológico, as populações, principalmente de países em desenvolvimento, continuam sofrendo de problemas bucais uma vez que não conseguem acesso nem a serviços clínicos nem a serviços preventivos de maneira regular.

Para responder aos problemas de acesso da população e falta de referência para atendimentos especializados na área odontológica, foi criado “O Brasil Sorridente”, política nacional do Ministério da Saúde que investiu em 2004, 184 milhões de reais, em 2005 chegaram a 400 milhões e em 2006 a projeção é de 1,3 bilhões. Os investimentos nesta política vão para as Equipes de Saúde Bucal do PSF e para instalações de Centros de Especialidades Odontológicas -CEO (até novembro de 2005 foram criados 194 em todo o país) e para adição de flúor em estações de tratamento de água (BRASIL, M.S, 2005).

MATERIAIS E MÉTODOS

A população desse estudo foi constituída por dois grupos de ACS de PSF, com quatro agentes cada um no município de Porto Alegre-RS, e um grupo no município de Venâncio Aires-RS, formado por quinze agentes de saúde; treze deles trabalhavam no PACS e dois outros pertenciam ao PSF. Então, o total de participantes foram vinte e três ACS, que participaram separadamente das oficinas de educação em saúde bucal.

Os três grupos de PSF não tinham dentistas nas UBS em que atuavam. Os agentes do PACS atuam em áreas diferentes, alguns na área urbana, outros na área rural. Nenhum deles pertencia a nenhuma equipe de unidade sanitária, assim encontravam-se em diferentes condições de facilidades ou dificuldades para encaminharem a população para atendimento odontológico. Os agentes de Porto Alegre nunca haviam sido orientados em saúde bucal. Em Venâncio Aires, a maioria já tinha algum conhecimento prévio ao curso, nessa área.

Esse artigo, de natureza qualitativa, refere-se à análise dos conteúdos discutidos nos três grupos focais com os grupos de PSF e PACS que aceitaram

participar desta pesquisa. Os grupos focais aconteceram em cada equipe separadamente, no mínimo um mês após finalizadas as oficinas. Estes foram realizados na mesma ordem que aconteceram as capacitações. Houve a participação de dezoito ACS no total dos três grupos focais. Cinco agentes do município de Venâncio Aires não compareceram ao encontro.

Os grupos focais foram dirigidos por um pesquisador convidado que não havia participado de nenhuma etapa do curso, com o objetivo de não constranger os sujeitos participantes de avaliarem o curso e de expressarem suas opiniões. Os encontros aconteceram em aproximadamente 90 minutos cada e foram gravados por dois gravadores portáteis para que as falas pudessem ser transcritas. Os locais escolhidos para realização dessa técnica foram os mesmos onde aconteceram as oficinas educativas de cada grupo.

Na análise das percepções foram utilizadas as orientações descritas por Minayo (1999) para interpretação de dados obtidos em pesquisa qualitativa.

Os passos seguidos foram as seguintes:

1º - transcrição das fitas-cassetes;

2º - leitura exaustiva dos textos para busca de temas;

3º - classificação e ordenação das idéias centrais sobre os temas;

4º - interpretação das informações, através de análises teóricas e entendimento dos dados empíricos. Buscou-se os significados de acordo com a época histórica dos sujeitos da pesquisa e da práxis do pesquisador, conforme orientação do autor.

A pesquisa transcorreu dentro dos preceitos éticos estipulados pela Regulamentação 196/96 que trata de pesquisas em seres humanos, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (BRASIL, M. S., 2002). O Projeto foi

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia, FO/UFRGS, e pelo da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

Os três grupos foram separados em grupo A, o PSF Cruzeiro do SUL; grupo B, o PSF São Gabriel e grupo C o PACS/PSF Venâncio Aires. Com objetivo de não haver identificação dos agentes, cada um recebeu aleatoriamente um número, seguido da letra de seu grupo. A pesquisadora convidada para dirigir o grupo focal recebeu a sigla P.

Na análise dos textos obtidos nas transcrições das discussões dos grupos focais destacou-se a dificuldade que a população tem em ter acesso a serviços de Odontologia. Este problema será discutido neste artigo.

ANÁLISE DOS TEMAS DOS GRUPOS FOCAIS

Após no mínimo um mês da conclusão do curso de capacitação em saúde bucal foi realizado um encontro em cada PACS/PSF participante desse trabalho. Um dos temas abordados nos grupos focais foi o da percepção que os agentes têm, ou sabem que terão, para realizarem o trabalho comunitário em prevenção de doenças bucais. Entre os problemas apontados por todos como empecilho para realizar o trabalho, o que predominou foi a falta ou a dificuldade de acesso aos serviços de Odontologia pelos usuários do SUS. Por esse motivo e pela importância do tema, esse artigo abordará a falta de acesso aos serviços.

A1- "O pessoal espera sempre no início do mês abrir consultas, ali... E aí, o pessoal vai lá. Tem gente que chega a sair quatro horas prá ir lá no Postão, então, prá tirar uma ficha prá ir no dentista, né! ? Porque eles agendam todos no início do mês. Aí, o pessoal diz; 'fui lá quatro horas, quatro e meia e não consegui dentista, aí o que

que eu vou fazer? Vou ter que arrancar o dente, porque cada dia mais que a gente não consegue dentista..., vocês dizem ali, que é no início do mês'. Aí a pessoa vai vendo, né,... vai lá e não consegue nada e aí: 'Ah, o quê que eu vou fazer?' Porque dentista, é uma dificuldade, né, e aí o pessoal não sabe o quê que vai fazer, né! ? E aí o que que tu vai orientar?"

Os agentes do PSF Cruzeiro do Sul reclamam do precário acesso aos serviços de Odontologia que acaba causando falta de credibilidade e dificultando qualquer argumento sobre prevenção das doenças bucais. A prefeitura até indica locais de referência, mas as vagas são insuficientes para a demanda.

O agente A4 complementa: - *"A gente não tem prá onde encaminhar com resultados, né! ?"* A1 – *"Tu pode até conversar, mas tu não tem o resultado, né! ? O resultado daquilo que tu explica..., até se fala alguma coisa que pode fazer em casa e o pessoal faz. Mas..."*

Os agentes deste PSF apesar de demonstrarem credibilidade e boa aceitação aos trabalhos de prevenção demonstram-se resistentes para realizarem esse trabalho em saúde bucal, uma vez que não têm local para encaminharem os pacientes.

Pergunta-se aos agentes se sentem constrangimento para falar de temas odontológicos. P- *"E tu te sente à vontade quando tu diz alguma coisa, ou tu te sente constrangido?"* A1 – *"Não, a gente não tem constrangimento, porque a gente mora aqui, nesse local. (...) só que na matéria de..., no negócio de encaminhar..., aí tu vai lá explica aquele monte de explicação, mas às vezes, as coisas..., tem que ir no dentista. Aí: ah,... tu vai lá na UFRGS! Tu não consegue! Vai na PUC! Tu não consegue! Vai no Postão, agendar uma consulta e tu não consegue! Então, há uma dificuldade, né! ?"*

Conforme declararam Nunes et al., em 2002, o critério de o agente residir na área onde trabalha, tem como uma das finalidades o aumento da eficácia das ações em saúde, devido ao fato de compartilharem o mesmo aspecto social, cultural e lingüístico da comunidade. Por isso, dizem ter intimidade o suficiente para falarem temas até mesmo como higiene bucal, por serem pessoas da própria comunidade, portanto, iguais, pois compartilham da mesma cultura, entendem bem suas necessidades e a forma de melhor a abordarem. O problema alegado é tocar em um assunto que não pode solucionar; então preferem agir como se o problema não existisse, assim não correm o risco de serem cobrados e de perderem a aceitação de seus trabalhos pela população.

Os agentes do PSF Cruzeiro do Sul também reclamam da falta de oportunidade de encaminhar para fazerem revisões e consultas de manutenção: P – “O quê que vocês acham que tinha que mudar, no trabalho de vocês” ?

A2 – *“Eu acho que esses encaminhamentos! (...) Porque tu vai levar na emergência, eles fazem..., vai na hora ali e deu. Melhorou, a mãe leva prá casa e pronto. E teria que ter um acompanhamento, né! ? (...) porque depois vem aquela mãe; ‘ah, melhorou!’ Fez uma medicação e a mãe esquece. (...) Ah, porque a criança... ah, vai trocar esse dente ali e não tá nem aí. (...) (a gente precisa do) acompanhamento, prá ela levar aquele mês. Prá ela ver aquele mês, como é que ficou aquele dentinho.”*

Além da dificuldade para realizar a prevenção e manutenção da saúde há também o problema da descontinuidade dos tratamentos, gerando o hábito e a oportunidade apenas do pronto atendimento para alívio da dor, geralmente mutilador. A falta de oportunidade de tratamento faz com que a população procure atendimento apenas na hora da urgência.

Nos diálogos a seguir há uma contradição entre os sentimentos dos agentes.

O agente A2 entende que há também má vontade da população no autocuidado: - *“Porque, as mães não tão nem aí, de certo..., nunca vi!”* Já o agente A1, percebe o fato como um problema social: - *“(...) mas, na verdade as mães trabalham o dia todo. E muitas e muitas vezes elas não têm tempo, né, porque a criança depende da mãe, porque o pai é omissos, né! ? Daí, a mãe não pode faltar serviço, se faltar já é despedida... e pega um serviço ali, que tem expediente ali (...) eles não querem nem saber, eles descontam. A2 – “(...) o que tu tá colocando, eu também acho certo, né! ? Só que tem ainda um porém, eu vejo por mim, por mim e por outras coisas assim que eu fazia errado também, que a gente como mãe assim, a gente sempre...Não se interessa mesmo. É que elas já tão acostumada assim.”*

É preciso reconhecer que muitas pessoas são extremamente dependentes e apenas esperam ações assistenciais. Porém, conforme Vasconcelos (1995/1996); Franco e Merhy (2002); Trad e Bastos, (1998), também é preciso levar em conta as diversas estruturas familiares, para considerar se a situação pode facilitar ou dificultar a incorporação de novos hábitos. Existem famílias que vivem em situações de crises, não conseguem cuidar dos seus membros devidamente. Essas famílias, muitas vezes, são consideradas acomodadas e tendem a ser desprezadas pelos serviços de saúde por não se enquadrarem nas suas normas ou prescrições e orientações. Sendo, então, justamente as famílias em risco que normalmente são segregadas. Conforme Dickson e Abegg (2000) é preciso reconhecer, para não punir, que a realidade das pessoas está fora de suas vontades ou controles, e que não têm muitas possibilidades para mudar hábitos de saúde.

Perguntados sobre suas práticas, responderam da seguinte forma. P – “E se vocês tivessem que ver alguma boca?” A1 – “Tudo que a gente achar de anormal, nós olhamos e vamo..., ‘oh, tem que ir no médico heim!’ (...) Então, a gente só vai lá e vê se tem problema. (...) Porque nós, ..., nós não temos muita abertura”. A2 – “Muito limitado, né, a nossa [atuação]. (...) A gente não pode nada!” (...) Mas, uma coisa boa assim, que eu notei que, em saúde bucal, que ficou bem claro quando eu fiz esse curso, que nós podemos fazer esse auto-exame, ensinar, ajudar as pessoas a se olhar. (...) isso foi bom pra nós, né! ? Tu não pode vê uma pressão! Tu não pode ver uma temperatura, se a pessoa tá com febr!. Eu acho um absurdo isso! Porque qualquer um de nós sabe fazê!, Uma mãe leiga pode fazer, qualquer um sabe fazer! . Nós não podemos ver uma temperatura! Não, isso é trabalho de auxiliar e de técnico, né!? Tá, mesmo tu sendo técnico de enfermagem. (...) Saúde bucal nós podemos, ... nós temos esse, como que a gente diz assim..., nós temos o respaldo, né, de que a gente pode fazê isso aí..., pode mostrar como é que é o correto de como escovar o dente.

Esses relatos demonstram a insatisfação por se sentirem limitados nas suas funções, pois acreditam que poderiam ser mais resolutivos e assim teriam maior prestígio da comunidade. Além disso, sentem os problemas das pessoas próximas, com dificuldade de acesso e que eles poderiam ajudar com pequenas ações que não lhe são permitidas. Pedrosa e Teles realizaram pesquisa no Terezina-PI, em 2001, com profissionais que atuam no PSF, para avaliarem o programa. Os agentes relataram que quanto mais conseguiam resolver os problemas de saúde da comunidade, esta melhor entendia o seu trabalho e assim também maior era a confiança depositada. Sugeriram que fossem transformados em auxiliares de

enfermagem, habilitados para intervenções curativas. Dickson e Abegg (2000) relatam uma experiência em Moçambique em que os agentes de saúde eram autorizados a fazer apenas procedimentos simples na área curativa o que dificultava de que a população os respeitasse.

A pesquisadora convidada para realizar o grupo focal pergunta aos agentes do PSF São Gabriel se já fizeram alguma visita domiciliar abordando o tema saúde bucal. O agente B4 responde: - *“(...)Só quando surge um assunto; que o dente tá doendo, que a pessoa [quer saber] onde que pode ir, pergunta referência prá gente, porque não tem condições prá pagar e aquele negócio todo”*. O agente B1 complementa: - *“(...) os usuários, sabem que a gente não tem nada ligado a dentista. E aí, eles nem comentam!*

Como é possível observar nestas falas, os agentes participantes dessa pesquisa não contam com cirurgiões-dentistas nas suas Unidades Básicas. Por isso, o serviço odontológico para eles é diferente dos serviços médicos e de enfermagem, além de estarem capacitados e serem supervisionados rotineiramente, ainda contam com a facilidade de encaminharem os pacientes.

Relacionado à resistência em trabalhar com a Odontologia, por não haver profissionais para encaminharem os pacientes o agente B1 diz: - *“(...) o que a gente questiona é o seguinte; a gente fala tudo isso, ensina a prevenção, faz todo um trabalho e tal, né! ? Mas prá eles... o que que eles querem? Eles querem o atendimento! (...)a gente não tem nenhuma referência prá dá, prá eles. Tipo assim; referência que eu digo assim, referência a gente até tem (para urgência), mas, aham... que realmente eles vão ter tratamento até o final, que realmente eles vão conseguir,*

entende? Porque é difícil! É difícil o acesso até ao dentista, na rede pública é muito difícil, e eles muitas vezes não têm passagem prá ir mais longe, né! ?”

A pesquisadora busca entender se a recusa em trabalharem com prevenção é por ficarem constrangidos em realizarem o trabalho de prevenção em saúde bucal. P – “(...) vocês se sentem meio...constrangidas?” B1 – *“ Não! Constrangidas, acho que não é a palavra. A palavra é: a gente esbarra aí! (...) talvez O GRANDE empecilho talvez é esse. Porque a gente vai, tenta fazer o trabalho com as pessoas, né! ?Tá e aí fulana ? Aonde é que eu vou? E aí, o que que eu vou dizer prá eles? Vai quinhentas vezes no Tristeza (posto de saúde do bairro Tristeza) prá tu tentar um sorteio [de vagas] ? Vai ali no PAM3 que tu vai lá e vão te extrair o dente, que tem uma cárie que tem todas as soluções de consertar o dente. (...) E aí, o quê que tu vai dizer para as pessoas, entende?”* O agente B2 concorda: - *“As pessoas não têm como fazer tratamento e não têm como fazer particular, mesmo, né! ? (...) O que interessa prá eles é ter um lugar prá ir, né! ?”*

Em diversos estudos os ACS's relataram o constrangimento que sentem ao abordarem a comunidade com temas relacionados à higiene e saneamento. Os moradores sentem-se ofendidos quando é sugerido que seus filhos ou casa não estão suficientemente cuidados ou limpos. A questão da higiene também tem o significado intrínseco de puro e impuro. (PEDROSA e TELES, 2001; TRAD et al. 2002; NUNES et al. 2002). Porém, tanto nesse PSF como no do Cruzeiro do Sul os agentes não se dizem constrangidos em falar de assuntos de higiene, por serem membros da comunidade e terem já intimidade com as famílias. O grupo de Venâncio Aires foi o

único que disse que com os adultos tinham vergonha de falar em higiene bucal e que por esse motivo preferem fazer prevenção apenas para as crianças.

Nos relatos a seguir é possível observar os argumentos dos agentes para justificar que a falta de acesso aos serviços de odontologia, pode diminuir a aceitação de seus trabalhos pela população. O agente B2 expõe esse sentimento: - *“(...) Os usuários têm a visão de que, quem vai ajudá-los, quem vai realmente ajudá-los e que vai realmente conseguir fazer alguma coisa por eles é o médico. Entende?... A gente consegue colocar na cabeça deles que eles têm que ir no médico. Agora, se a gente não tivesse acesso, se a gente não tivesse uma referência prá eles, se não tivesse como levá-los ao médico, eles não iriam.”* B1 reforça essa idéia– *“(...) É, porque o que adiantaria a gente ir nas casas das pessoas e dizer; ‘tu tem que ir no médico, tu tem que ir!’ ‘Sim, mas aonde’? Se não existe uma referência? Nós aqui temos referência no posto, a gente vai, busca e traz a criatura aqui. Entende?”*

O prestígio e aceitação do trabalho dos agentes pela facilitação do acesso aos serviços, também pode ser observado no estudo etnográfico em cinco municípios da Bahia, para avaliação do PSF realizado por Trad et al. (2002). Nesta pesquisa a população destacou o trabalho dos agentes comunitários. Entre outros motivos, a satisfação aconteceu por estes facilitarem o acesso aos serviços da equipe mínima e por não necessitarem mais sair do trabalho para marcarem consultas. Porém, uma das principais reclamações da população foi a dificuldade de acesso a outros serviços e profissionais, entre eles os dentistas.

Zanetti, quando em 2000, fez um documento de proposições para a implantação da odontologia no PSF, já dizia que a formação de uma “frente preventivo-promocional”, desencadearia um movimento de intensificação das demandas pela

organização de uma “retaguarda assistencial curativa”, com rotinas de referência e contra-referência. Para ele é necessário aumentar a oferta de serviços e a cobertura assistencial inclusive com o ART. Assim, a dívida assistencial pode ser saldada na lógica da integralidade. Ele acredita que a atenção curativa indo para além dos atendimentos das unidades de saúde, para ambientes familiares promove aumento de resolutividade, integralidade e a racionalização das ações e das medidas públicas de saúde, rumo a uma universalização ao atendimento do adulto.

Os ACS's também criticam a falta de acesso para que a população possa fazer revisões de manutenção de saúde. O agente B1 expressa essa idéia: - *“E a própria revisão assim..., mesmo que não tenha [cárie].... Como é que a gente vai ensinar a prevenção? A revisão que o dentista tem que fazê!. Eles não têm uma referência prá dar uma revisão, entende? E aí o que acontece? Ah, não tem cárie, não tá doendo, vai deixando!”* *“Aí, daqui a pouco a criança começa a perder os dentes, e larga de mão. Prevenir o quê, se não tem como curar? Né! ? Não tem como nada, larga de mão!”*

É senso comum e recomendação da Odontologia em diversos meios de comunicação, a idéia da necessidade de ao menos uma consulta dentária por ano. Sabe-se que a realização da manutenção da saúde apresenta menor custo para o serviço público do que a atenção curativa, por isso, é urgente melhorar o acesso da população também para a atenção preventiva.

A pesquisadora questiona: P – *“Mas o fato de só colocar dentista, também não vai resolver os problemas”*. B1 – *“(...) tudo bem eu tô prevenindo, tá... eu tô prevenindo, eu tô assim, com meus dentes super ruins e um monte de coisas prá fazer e assim eu vou prevenir. Tá e quando eu vou ter acesso a um dentista? (...) Se eu não consigo..., entende, se eu não tenho dinheiro prá uma passagem. Pô, o que que me*

adianta? Então, deixa os dentes aí! Mais ou menos assim, tá me entendendo? (...)
Porque nós não somos dentistas, a gente até passa..., o conhecimento a gente passa, a gente até tem facilidade de entrar nas casas, as pessoas escutam a gente! Escutam muito até! Mas, nós não somos profissionais da saúde, dentistas, nós não somos dentistas, entende? E eles têm muito essa coisa ainda, né, de pô..., consultar com profissional é outra coisa, né!? (...) Tá..., tô prevenindo, tô prevenindo. Prevenindo até quando, se eu não tenho condição?”

Não é justificável não orientar a população na prevenção das doenças e para o autocuidado por não haver grandes possibilidades de atenção odontológica. Sabe-se que algumas doenças bucais podem cronificar e estabilizar mesmo depois de instaladas, desde que, alterados ou retirados as causas destas. Contudo, é justificável os argumentos destes agentes, uma vez que é a credibilidade e aceitação destes pela comunidade que está em evidência.

Quando se pergunta aos agentes do PSF São Gabriel, se então, pela dificuldade de encaminharem os pacientes, nenhuma ação de prevenção era realizada e a Odontologia era então apenas trabalhada na existência de uma urgência, há contradição na respostas dos agentes, o agente B2 respondeu: – *“Não é porque a pessoa já tem um problema que a gente não vai fazer nada! – ‘Ah, porque o problema [está] instalado... ah, não vou ajudar!’ (...)* Eu acho que a prevenção tem que fazer sempre!” Porém, o agente B4 mantém a idéia predominante neste grupo focal:– *“Mas, informação, às vezes, eles não querem, né! ?”*

Parece que teoricamente sabem que o ideal é orientar na prevenção mesmo sem poderem proporcionar ajuda para as pessoas na resolução dos problemas já

instalados, mas acabam revelando a realidade, pois a dificuldade da prática é o que predomina.

Na tentativa de convencer os agentes da importância da educação em saúde a pesquisadora argumenta. P - Então, a gente tem que considerar que a educação, a informação, não é uma coisa assim imediata? B1 – *“Mas, eu ainda acho que a gente precisava de uma ajuda profissional mesmo. Assim, tipo (...) que a gente conseguisse trazer dentistas prá cá uma vez por mês digamos, né! ? Alguma coisa assim, não sei exatamente o quê... Porque, como que vamos nós...Porque uma coisa é tu ouvir falar, tá..., e tu não poder fazer nada por ti, e outra coisa é tu conseguir agregar e tu conseguir ir vendo os resultados.*

Campos (2003) critica os programas de saúde que para responder as demandas de indivíduos que não estão inseridos em ações programadas, criam ações de pronto atendimento, que além de número insuficiente de vagas não apresentam nenhum vínculo local, nem estão adequadas às necessidades locais. Assim, é comum filas de pacientes brigando por vagas e não ter ações curativas vinculadas com a promoção e a prevenção à saúde.

Portanto, colocar profissionais para ações assistencialistas, como “apagadores de fogo” também não parece ser a solução. Programas de saúde para serem resolutivos necessitam ter continuidade e os profissionais apresentarem vínculo com a população com quem trabalham.

Depois de muito questionados, num momento ficaram em silêncio pois, perceberam que também têm suas resistências em realizar a prevenção na comunidade. O agente B2 percebe e demonstra isso se expressando: - *“Eu sinceramente não via como uma resistência. De repente até seja..., a gente até tenha*

*receio de falar porque as pessoas,... né! ? Talvez seja resistência nossa mesmo!
Quanto a isso, [eu] mesma..., assim... Mas, o que é complicado, é exatamente quando
as pessoas dizem que querem a solução. 'Tudo bem, mas eu preciso' !"*

Então, acabam culpando o sistema, os governos; B1 – *“Quem tem que fazer
isso são os lá de cima, né! ? As pessoas que mandam, né! ? Não somos nós! Tudo
bem, a gente tem que lutar aqui embaixo por obrigação, por tentar. Mas, o que as
pessoas mais pedem é realmente o dentista.” (...)* *“E o próprio governo, né, (...)eles
também não tão nem aí prá saúde bucal Eles não tão nem aí prá prevenção, né! ?
Alguma coisa assim...; GENTE, a gente sabe que tem disponibilidade de grana prá
isso. A gente sabe! Só falta o interesse do governo também, né! ? Sabe que existe, só
falta aquela coisa assim..., né, de boa vontade mesmo, né! ?”*

Santos (2004) descreveu que a saúde pode ser melhorada elevando o gasto percentual para no mínimo 35% das finanças das gestões municipais e com uma boa administração do orçamento, sem desperdício de recursos públicos. O governo federal, para responder aos problemas da falta de referências, tem criado os centros de especialidades (CEO's) que até o final de 2005, segundo publicação do órgão haveria 194 centros criados no país. Assim como declara que até aquele momento haviam sido criadas 12.033 ESB, atuando em 67,19% dos municípios do Brasil (BRASIL, M. S., 2005).

A pesquisadora argumenta com eles que se fizessem prevenção, alertassem a população dos seus problemas, poderiam transformar a inquietação em sentimento de luta por melhora, em mobilização comunitária. Então pergunta para eles. P- *“Vocês têm algum espaço prá contestar, vocês são ouvidos?”* B1 – *“Não. (...) É que aí, a gente não pode ser visto como comunidade, nós somos vistas como trabalhadores de saúde.*

Aí, quem pode, é a comunidade falar.” P – “E vocês não podem?” B1 – “Sim, a gente pode! A gente pode falar prá eles, a gente tem falado inclusive, prá eles se motivarem, né! ? E prá fazer um movimento em relação a isso, prá buscar isso..., né!? Os líderes comunitários, né!?”

Trad e Bastos (1998) declararam que é necessário criar viabilidade social para que ocorram mudanças significativas no setor saúde. Uma forma que apontam é o fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde ou de outras instituições comunitárias que possam avaliar os problemas existentes e participar da definição de intervenções nestes. Os agentes comunitários podem servir como instrumento de pressão social, uma vez que identificam problemas e mobilizam a comunidade gerando um contexto favorável para que se ampliem recursos (CONILL, 2002). Pois, como defendia Freire (1996) não é certo se iludir que a educação é chave fundamental ou uma força imbatível a serviço das transformações sociais e que sozinha possa modificar o país. Porém, se a educação não pode tudo, alguma coisa fundamental a educação pode. Pode ser instrumento de conscientização dos explorados, maiorias que não perceberam ainda que juntas podem se tornar maiorias. Pinto (2000) declara que não é possível apenas se preocupar em educar, mas sim conscientizar. Não basta educar, mas fazer o possível para resolver os problemas da comunidade, ou para criar condições para que ela resolva os seus problemas. É verdade que não existem recursos para atender a todos, mas também é verdade que uma comunidade bem pode conseguir uma Unidade Sanitária e exigir um atendimento de qualidade.

Observam-se as manifestações dos agentes de descrédito ao atendimento odontológico pelo SUS. O agente B1 diz: - *“E é só o que eles fazem, né! ? [extração]”*. O agente B2 também reclama: - *“A referência de emergência é apenas essa assim...*

Isso a gente vê muito, só procuram quando estão naquele estágio assim, de dor de dente. Aí, vão prá uma emergência, o que que fazem? Arrancam o dente...Então, a situação é bem essa". O agente B4 diz que essa é uma reclamação também da população em relação à referência para urgência: - *"Então o que que as pessoas dizem: 'a gente chega lá e eles só querem arrancar' "!*

A consequência da falta de acesso odontológico é a procura de serviços de pronto atendimento no momento da dor, em que o tratamento curativo indicado é a extração dentária. Isso faz com que os agentes tenham uma visão ruim dos serviços oferecidos pelo SUS.

Eles ainda relatam que percebem que a classe média tem empobrecido, e muitos que tinham convênios não puderam mantê-los. Assim, pela constatação deles, tem aumentado a quantidade de pessoas que necessitam do SUS para serem atendidos. Isso se constata nas falas a seguir: B2 - *"É uma coisa que chama muita atenção na nossa área, (...) quando a gente começou a fazer o cadastro das pessoas, a maioria não queria, porque tinham convênio. O que que a gente nota hoje, depois de..., quatro anos depois?" (...)* *Estão largando os convênios, porque não têm mais condição de pagar um convênio, e tão vindo aqui no nosso posto. (...) Então, tu imagina, se não conseguem pagar um convênio médico, prá pagar um dentista? Capaz! Não paga! A realidade é bem essa assim, é bem..., as pessoas priorizam comida, roupa, né!?"*

Os agentes de Venâncio Aires também encontraram dificuldades quanto ao acesso em Odontologia. Mas, mesmo assim, esse grupo atua com prevenção em saúde bucal, inclusive já tinham uma peça de teatro com esse tema, antes do curso de capacitação. O que se observa neste município é que as fichas nas unidades de saúde

(UBS) centrais são distribuídas no início da manhã, antes dos ônibus chegarem do interior e que o acesso para estes fica ainda mais difícil do que para os que residem próximos às UBS. C9 - *“Porque eu penso assim; o pessoal do interior também precisa de dentista. É como se o pessoal do interior não precisasse cuidar da saúde bucal!”* C7 – *“Pro pessoal do interior é ruim. Assim, quem sabe... reservar umas fichas prá eles (...) Mas, desde que o posto, a Secretaria da Saúde desse a oportunidade de vir de lá prá cá, e consegui, né! ? Só que aí, não depende de nós, né! ? Depende deles... lá, querê, podê e aceitá nossa proposta”.* C3- *“Prá isso, tem que ter um dentista disponível, no caso, em um posto ou em algum lugar, o dia inteiro, por exemplo, né! ? O pessoal do interior, muitas vezes, o ônibus chega nove, nove e meia, aqui. Não chega..., nem todos os ônibus chegam tão cedo aqui”.* C9 – *“Eu acho assim, conscientizar aqui na cidade a ir no posto, aqui é certo.(...) Até é difícil! Mas, imagina lá pro interior o pessoal aceitar e ainda vir prá ver se vai consegui! Daí, a gente vai lá, ‘ah, tu foi no dentista?’ ‘Bah, eu fui. Mas não tinha ficha!’ Como é que tu vai dizer de novo prá pessoa. ‘Vai prá lá de novo!’ E gastá passagem, vim prá cidade e não consegue ficha no posto!”* C10 – *“Não e eles não têm! Porque não tem o ônibus que chega aqui oito e pouco. Eles não têm... não adianta nem eu encaminhar, ou eu dizer prá eles vir, que não tem como! Quem tem condições de pagar um dentista tem..., quem não tem fica colocando Melhoral no dente, ou cachaça ou perfume”.*

Os agentes de saúde conhecem bem a realidade, e se são o elo entre serviços de saúde e população, então, é coerente que os administradores municipais os escutem e as suas sugestões. A função de representantes das reivindicações da população necessitaria ser realmente ser respeitada ou aproveitada pelos administradores públicos.

Ainda nesse grupo, quando questionados sobre o trabalho de prevenção em Odontologia, um agente se expressa semelhante aos grupos de Porto Alegre. C5 – *“Só que não adianta a gente ver um problema e não poder fazer nada. Porque tem casas que a gente explica tudo direitinho, né, e as cáries são nos dentes da frente, aí eles perguntam, ‘mas como eu vou fazer?’ (...) Só que não adianta a gente explicar tudo e não ter como resolver o problema”*.

Em várias colocações dos grupos focais eles demonstram a necessidade de resolverem os problemas para garantirem suas credibilidades, pois, de acordo com Nunes et al. (2002), uma forma de serem prestigiados por uma comunidade que historicamente está excluída é a facilitação que conseguem ao acesso de serviços de saúde.

Os agentes de Venâncio Aires também expressam a sensação de constrangimento, por não poderem apresentar a resolução dos problemas bucais. E também, em vários momentos, os ACS's manifestaram que aceitam e acreditam no trabalho de prevenção, mas para as crianças. A pesquisadora procura entender melhor o motivo desse entendimento: P-*“Mas, vocês acham que a criança percebe mais do que a mãe?”* C13 – *“Sim. Porque a mãe, né, vê que a criança tem problema e tudo, mas aí ela diz, ‘como é que eu vou tirar uma ficha? Como é que eu vou fazer’ ”?* (...) *Porque não tem ajuda, porque a gente não tem como ajudar.”* C14- *“Daí, tu te sente constrangida, porque sabe que...”*

O que se pode entender é que a criança vai ficar satisfeita com a atenção recebida, que vai gostar de ganhar escova de dentes, que assim aceitará bem o que orientam. Já os adultos, insatisfeitos com a falta de acesso, vão questionar o trabalho deles, vão demonstrar a insatisfação e não seguirão suas recomendações. Essa

situação acaba constrangendo o agente que fica sem ter como dar respostas, parece que, então, surge o sentimento de culpa, de responsabilidade, por não ter a solução para oferecer.

Pode-se perceber também pelos argumentos de um agente de Venâncio Aires a necessidade de resolver ou dar respostas concretas para a população. Isto reflete a resistência em trabalharem com prevenção nestes grupos, idéia também explicitada pelo grupo do PSF São Gabriel C14: - *"Sabe, assim..., é o agente de saúde vim..., falá e fazer com que eles acreditem no que tu fale. Sabe? Porque tu voltá naquela casa, tu vai ter que voltá! A pessoa que te referiu aquela doença, aquele problema, aquela situação, ela tá esperando no mínimo uma resposta. Tu vai ter que dar essa resposta! Eu não consigo de jeito nenhum, e nem quero conseguir!...Voltar e enrolar eles. Porque, a gente é enrolado aqui! Eu chego lá e digo, quando alguém pede eu digo: 'eu vou tentar! E não prometo, que eu não sou político!' (...) Até porque, porque eles (a administração municipal) não aparecem ali naquela casa, quem aparece é tu! E se a pessoa te confiou aquele problema, e se tu tem... e se ela te passa, ela tem confiança em ti, e tu tem que no mínimo passar essa confiança prá ela também, ela tem que acreditar em ti, e tem que ter respeito. Tu tem que chegar e falar a verdade, eu sempre falo a verdade!"*

Esse relato demonstra bem a responsabilidade e comprometimento que a maioria dos agentes têm, até porque se faltarem com a verdade não serão mais aceitos nas visitas domiciliares.

A capacidade de perceber a realidade e o sentimento de responsabilidade para com as pessoas com quem trabalham também pode ser percebida na fala de outro agente: C4 – *"Só (...) que é difícil tu ver um monte de coisas e não ter como... O*

peessoal lá te implorando, implorando por um favor e tu não ter como fazer. Isso é bem brabo mesmo! Aí,..., como que tu vai falar de uma questão de saúde bucal com uma pessoa dessas, que eu acho que nunca tomou banho na vida, nunca penteou os cabelos, tem bicho de pé, tem problema mental, come a base só de doce quase. Assim, eu acho então..., é assim que ela vive! Então, tu tem que, (...) saber separar as coisas, saber a hora de falar e saber a hora de só escutar também. Tem um monte de casos que, às vezes, tu não tem nem como falar um assunto desses na casa”. C10 – “A maioria não tem banheiro, muitas não tem banheiro”. C14 – “Daí como é que tu vai pensar em falar em higiene bucal se a pessoa não tem nem o mínimo”?

Oliveira e Palha (2004) realizaram pesquisa com 7 auxiliares de enfermagem e 18 ACS que atuavam em cinco núcleos de PSF. Observaram que a formação dos auxiliares era mais técnica, demonstraram uma visão mais voltada para conceitos curativos do que os ACS's que na opinião das autoras não foram totalmente influenciados pelo modelo biológico. Esse tipo de formação, que vê o indivíduo como ser biológico é na opinião das autoras o que impede o desenvolvimento da criatividade. Os profissionais são altamente qualificados para técnicas, mas no entanto, deficitários em reconhecer e priorizar as necessidades locais.

Os agentes de saúde em sua maioria são pessoas muito sensíveis aos problemas da população, até porque, provavelmente, passaram por muitos desses problemas. Muitos foram os relatos sobre estarem disponíveis a qualquer hora para a população, de pagarem passagens de ônibus e se emocionarem com as histórias de algumas famílias ou pessoas. Tudo isso demonstra que esses novos profissionais da saúde são realmente muito especiais para populações carentes, onde outros profissionais dificilmente chegam. A fala a seguir demonstra bem o sentimento

humanitário desses agentes. C14- *“Não, eles [os gestores municipais] falam muito que é prá trabalhar com a razão e não com o coração. Só, que antes de tu vestir, eu pelo menos, antes de vestir esse casaco aqui (uniforme do agente comunitário), eu tenho uma identidade, eu não sou a agente de saúde, eu sou um ser humano! Então, tu vê uma situação ali que tu tem que dar uma mão, tu tem que dar uma mão”.*

Os agentes do PSF São Gabriel defenderam que seria necessário ao menos uma vez por mês a presença de um cirurgião-dentista na comunidade, ou até uma unidade móvel. Porém, o relato de um agente de Venâncio Aires, a seguir demonstra que isso também é insuficiente, pois é necessário um serviço que seja resolutivo.

C10- *“Na outra administração, foi feito assim; o ônibus da saúde, ficou duas semanas na minha área. Foi muito grande a procura! Só que... chegando lá no ônibus eles não faziam..., atendiam..., só olhavam a boca, no caso, né! ? (...) Me diziam no caso, ‘olha tua área tem problemas graves, do pessoal com os dentes. Mas, nós vamos encaminhar! Porque aqui no ônibus não tem como nós arrancar um dente, né, ou fazer uma coisa mais decente”. Então, foi poucos assim..., mais as crianças da escola, que eles arrumaram. E a comunidade foi mandada pros postos, onde, né, ...eles nunca tiveram acesso, nunca vieram! Então não tem como... Foi tentado fazer um trabalho, mas...”* Campos (2003) defende que a existência de postos e centros de saúde não garante necessariamente essa atuação transformadora. Os princípios da promoção e prevenção da saúde regem que para o funcionamento de programas é necessário o vínculo das equipes no território e a continuidade da atenção.

Avaliam que a odontologia não tem tanta relevância como a Medicina. Por isso, dizem que o acesso ao tratamento odontológico é muito mais difícil do que uma consulta médica. C3 – *“Que nem assim..., um clínico geral não falta no posto”.*

O agente A1 também acha que a Odontologia não tem grande respaldo para as administrações: – *“Até que é assim, a prevenção, é que é uma dificuldade, nós nunca tivemos uma capacitação, em..., em..., com dentista. Sempre outras coisas, depois dentista”!*

Ainda que as doenças bucais raramente ofereçam riscos de vida, comprometem o bem estar e a qualidade de vida das pessoas. A falta de uma maior importância dos impactos que as doenças bucais causam na saúde geral, deve-se a separação histórica da odontologia com a medicina. Este fato transformou a cavidade bucal em uma estrutura anatômica autônoma (CHIANCA, 1999).

O relato a seguir também demonstra um dos problemas que a dificuldade do acesso pode trazer para a população, e que é sentida pelos agentes. Casos como este, justificam a necessidade imediata do aumento do acesso a serviços de Odontologia para a população, tanto no nível de atenção primária para diagnóstico precoce, como também uma estruturação de uma rede de referência aos serviços especializados. C14 – *“Que nem eu tive um óbito de câncer bucal. (...) o médico dele tava tratando prá infecção na garganta. Daí conversando eu pedi um dia prá ele, prá [mim] dar uma olhada. Nós tínhamos uma palestra (de câncer bucal)... Daí ele já tava há muito tempo com aquela coisa ali, daí eu pedi prá ele, prá dar uma olhadinha. Eu conversei, daí eu disse: ‘quem sabe tu vai no dentista?’ Porque no médico ali não tava adiantando, era só antibiótico, antibiótico. E ele foi no dentista, o dentista também achou estranho. Daí então, foi constatado depois que era câncer bucal. E daí, tava muito avançado e ele foi a óbito”.*

CONCLUSÕES

Os três grupos de ACS's escolhidos para a realização deste trabalho não contavam com dentistas em suas equipes de trabalho.

Quando questionados sobre a possibilidade de trabalharem com prevenção em saúde bucal, os três grupos colocaram a falta de acesso aos serviços de Odontologia como um empecilho.

Não terem para onde referenciar os pacientes para resolverem seus problemas odontológicos implica diretamente no respeito e na credibilidade que a população tem por esses profissionais.

Para que seja realizado um bom trabalho preventivo em saúde bucal é preciso aumento da oferta de serviços odontológicos curativos, para garantia da integralidade da atenção de grande parte da população que não tem condições de pagar a esses serviços.

Para ampliação do acesso aos serviços Odontológicos pelo SUS, é necessário o aumento de equipes de saúde bucal, nas equipes de saúde da família.

É necessário que os cirurgiões-dentistas tenham claro que as mudanças são possíveis, porém são lentas para não se frustrarem com os resultados, uma vez que se tem pouco poder de modificar as condições de acesso aos serviços. Para isto são necessários mais investimentos governamentais.

ABSTRACT

The objective of this article was to evaluate the perceptions of Community Health Workers about the development of community prevention activities and the access to

dental services, after having participated on oral health capacity building activities.

The analyzed data were obtained from three focal groups with Community Health Workers (ACS) of two PSF of Porto Alegre / RS and one PACS/PSF of Venâncio Aires / RS. The participant workers highlighted that the difficulty to refer the patients and to present solutions to their dental problems causes lack of credit and decrease on the acceptance of their work; for this reason, they do not feel motivated to work on this field.

Key words: Access, Community Health Worker, Prevention

REFERÊNCIAS

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.

BARROS, A. J. D.: BERTOLDI, A D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos; uma avaliação em nível nacional. **Aasco**, v. 7, n.4, 2002.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**, 1998. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 16 janeiro 2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde. A reorganização da Saúde Bucal, na atenção Básica. **Rev. Divulgação em Saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 21, P. 68 – 73, dez. 2000.

Brasil, Ministério da Saúde. Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica – Portaria de Normas e Diretrizes. **Portaria nº 267. Diário Oficial da União**, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **SB Brasil – Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira**. Ano V. Jul./Ago. 2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 673/GM de junho de 2003. **Diário Oficial da União**. N. 106, seção 1, p. 44, 2004b.

BRASIL, M. S. Brasil Sorridente: Benefício à População e aos Profissionais de Odontologia. **Jornal da APCD- Notícias**. Disponível em: <http://www.apcd.org.br/jornal/noticia_jornal.asp?idnoticia=176>. Acesso em: 06 de novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080/90**. Disponível em: <www. Conselho. Saúde. gov.br >. Acesso em: 20 de novembro de 2005.

CAMPOS, C. E. A. O Desafio da Integralidade Segundo as Perspectivas da Vigilância da Saúde e da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Local, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CHIANCA, T. K. et al. EL impacto de la salud bucal em la calidad de vida. **REV. Folia/Oral**. Ano. V, n. 16, jul/octubre. 1999.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A.; SOUSA, M. F. de Enfermeiros Capacitados para Atuar no Programa Saúde da Família na Cidade de São Paulo: relato de experiência. **Rev. Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 67, p. 91-99, Maio/ago., 2004.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, (suplemento), p. a191-202, 2002.

DICKSON, M.; ABEGG, C. Desafios e Oportunidades para a Promoção de Saúde Bucal. In: BUISCHI, Y. P. **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. Cap. 3, p. 41-71.

FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF: contradições e novos desafios.** Conferência Nacional de Saúde On-Line Tribuna Livre <<http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>> acessado em julho de 2002.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa.** 27 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento; pesquisa qualitativa em saúde.** In: ___Fase de Análise ou Tratamento do Material. 6 ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, p. 197- 256.1999.

NUNES, M. de O. et al. O agente Comunitário de Saúde: construção de identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública** Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov.-dez. 2002.

OLIVEIRA, M. R de; PALHA, P. F. Prevenindo a Doença ou Promovendo a Saúde? O Discurso dos Trabalhadores de Saúde do Nível Médio e Elementar nas Equipes de Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 67, p.100-111, maio/ago., 2004.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva.** São Paulo: Santos, 4 ed. 2000.

PEDROSA, J. I. dos S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em Equipes do Programa de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo V. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.

SANTOS, N. R. dos Organização da atenção à saúde: é necessário reformular as estratégias nacionais de construção do “Modelo SUS” ? **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 68, p. 279-288, set./dez., 2004.

TRAD, L. A. B. et al. Estudo Etnográfico da Satisfação do Usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C de S. O Impacto Sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n.2, p. 429-435, abr-jun, 1998.

VASCONCELOS, E. M. A Terapêutica Médica e as Práticas Populares de Saúde. **Saúde em Debate**, n. 49-50, dez-95, mar-96.

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

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE SAÚDE BUCAL PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Nome:

Grau de Escolaridade:

PSF ou PACS em que trabalha:

Telefone:

Endereço:

- 1- Você sabe quais doenças existem na boca? () SIM () NÃO
- 2- Se sim, quais?
- 3- Você conhece fio dental? () SIM () NÃO
- 4- O que você acha que acontece se não usá-lo ?
- 5- Você sabe que a gengiva de algumas pessoas sangra comumente?
() SIM () NÃO
- 6- O que significa a gengiva sangrar?
- 7- Isso é normal? () Sim () Não
- 8- Você sabe o que é cárie? () SIM () Não
- 9- Se sim, explique o que você entende que é cárie?
- 10- O que você acha que causa cárie?
- 11- O que pode ser feito para evitar a cárie?

- 12- Cite alimentos que fazem bem para a saúde.
- 13- Cite os alimentos que fazem mal para a saúde.
- 14 - Você sabe que os dentes podem ficar frouxos? ()SIM ()NÃO
- 15- Por que será que isso acontece?
- 16- Você acha que os dentes são importantes? () SIM () NÃO
- 17- Se sim, por quê? Ou se você acha que não, por quê?
- 18- Você sabe quais são as funções dos dentes? Cite algumas.
- 19- Qual o número total de dentes numa criança com dentição completa ?
()14 ()16 ()20 ()24 ()26
- 20- Quantos dentes terá um adulto, dentição completa ?
()26 ()28 ()30 ()32 ()36
- 21- Você já ouviu falar em tártaro? ()SIM ()NÃO
- 22- Se sim, o que é tártaro?
- 23- Você acha que ele deve ser removido? () SIM ()NÃO
- 24- Você acha que existe alguma relação da Saúde Bucal com a Saúde Geral ? ()Sim ()Não
- 25- Se você acha que existe, qual é essa relação ?
- 26- Você já ouviu falar de câncer bucal?
- 27- Quais são as causas do câncer bucal ?
- 28- O que deve ser feito para prevenir o câncer bucal ?
- 29- Você sabe que existem sinais e sintomas na boca que são alerta para a existência de câncer bucal ? () SIM () NÃO
- 30- Se sim, quais são estes sinais e sintomas?

- 31- Você sabe quais os cuidados que se deve ter com os bebês em relação à saúde bucal? ()SIM () NÃO
- 32- Se você respondeu sim, cite alguns cuidados?
- 33- Você sabe o que é flúor ? () SIM ()NÃO
- 34- Para que você acha que serve o flúor?
- 35- Você já ouviu falar em fissuras palatais, a “goela de lobo”?
()SIM ()NÃO

APÊNDICE B

Gabarito de Correção dos Testes de Conhecimento em Saúde Bucal

Pergunta 1, 3, 5, 7, 8, 14, 16, 21, 23, 24, 26, 29, 31, 33, 35. Correto: Sim.

Incorreto: Não.

Pergunta 4. Correto: gengivite ou sangramento gengival, inflamação, gengivite e cárie. Insatisfatório: apenas cárie. Incorreto: outra resposta.

Pergunta 6. Correto: gengivite, inflamação, resíduo entre os dentes.

Insatisfatório: nenhuma das anteriores. Incorreto: outros.

Pergunta 9. Correta: doença, desmineralização, fermentação de carboidratos por bactérias. Insatisfatória: respostas apenas referentes à dieta ou higiene, cavidade.

Incorreta: nenhuma dessas respostas.

Pergunta 10. Correta: higiene e dieta. Insatisfatória: apenas uma dessas respostas. Incorreta: nenhuma das anteriores.

Pergunta 11. Correta: cuidados com dieta e higiene. Insatisfatória: apenas uma resposta. Incorreta: outra resposta.

Pergunta 15. Correta: respostas relacionadas com perda óssea, inflamação óssea, periodontite. Insatisfatória: bactéria entre os dentes, gengivite. Incorreta: nenhuma dessas respostas.

Pergunta 17. Correto: duas respostas corretas, tanto biológicas, como sociais e psicológicas. Insatisfatória: apenas uma resposta. Incorreta: nenhuma resposta adequada.

Pergunta 18. Correto: com duas respostas corretas; mastigação, manter a saúde, fonação, estética. Insatisfatória: apenas uma resposta correta. Incorreta: outra resposta.

Pergunta 20. Correta nº 20. Incorreta: outra.

Pergunta 21. Correta nº 32. Incorreta: outra.

Pergunta 22. Correta: placa calcificada, placa áspera. Incorreta: Outra resposta.

Pergunta 25. Correta: infecção com relação com o corpo através dos vasos sanguíneos, entender que diminui a resistência do corpo contra outras doenças, diminuição do bem estar. Insatisfatória: outra resposta pertinente. Incorreta: não saber explicar.

Pergunta 27. Correto: com duas respostas corretas: fumo, álcool, radiação solar, Insatisfatória: apenas uma resposta, Incorreta: outra resposta.

Pergunta 28. Correto: evitando duas causas, ou evitando uma causa e realizando o auto-exame. Insatisfatória: apenas uma resposta correta. Incorreta: nenhuma resposta correta.

Pergunta 30. Correta: respondendo duas dessas respostas; feridas que não curam em três semanas, nódulos, manchas vermelhas ou brancas. Insatisfatória: apenas uma resposta, Incorreta: nenhuma dessas respostas.

Pergunta 32. Correta: em relação à alimentação e higiene. Insatisfatória: apenas uma resposta. Incorreta: nenhuma dessas respostas.

Pergunta 34. Correta: fortalecer os dentes, prevenir a cárie. Insatisfatória: limpar os dentes. Incorreta: nenhuma dessas respostas.

APÊNDICE C

Roteiro das Perguntas dos Grupos Focais

Vocês estão trabalhando prevenção em Odontologia?

Como tem acontecido o trabalho de prevenção na comunidade, quais foram as vivências?

Vocês acreditam no trabalho de prevenção? Acreditam que pode ser feito esse trabalho?

Pode-se observar alguma mudança na comunidade, em relação ao trabalho de prevenção?

Os conhecimentos adquiridos no curso de capacitação deram segurança para vocês trabalharem prevenção?

Vocês sentem-se constrangidos em trabalhar prevenção com os adultos? Os adultos têm mais resistência?

Qual a relação do problema social com as doenças?

Vocês têm espaço para contestar?

O conhecimento adquirido no curso alterou alguma coisa na vida de vocês?

Vocês têm conseguido resolver os seus problemas de saúde bucal?

Vocês passaram a perceber os problemas bucais depois da capacitação?

E a dieta, vocês comentam nas visitas?

Vocês conseguiram detectar algum problema de câncer bucal?

O que foi positivo no curso? O que mais chamou atenção no trabalho de capacitação?

O que foi negativo na capacitação? O que faltou? Quais são as sugestões de vocês para melhorar o curso?

Quanto aos instrumentos didáticos, o que poderia ser melhorado?

APÊNDICE D

Descrição dos temas desenvolvidos nas oficinas de capacitação em saúde bucal

Prevenção da Cárie:

A Cárie é uma doença infecciosa. É causada pela perda dos minerais dos dentes, por ação de ácidos que as bactérias produzem quando encontram disponíveis alguns tipos de alimentos, como os açúcares.

Toda vez que nos alimentamos o dente perde mineral. Porém, logo depois a saliva devolve os minerais aos dentes. É como uma balança. Quando essa balança se desequilibra, ou seja, pesa mais na perda do que na devolução de minerais, acontecem as cáries.



Essa perda de minerais do dente faz aparecer primeiro uma mancha branca e opaca, que é a fase inicial da cárie. Essa mancha branca pode ser tratada com flúor, e também se houver mudança dos comportamentos que a causaram, ou seja, melhorar a higiene e diminuir a quantidade e o número de vezes que comer doces. Se ela não for tratada, poderá se tornar uma cavidade.

Se a perda de minerais continuar, o esmalte fica muito poroso (mais esponjoso) e frágil. Assim, quando acontecer alguma pressão mais forte, ele quebra e forma a cavidade que chamamos de cárie.

Uma das causas da cárie é a ingestão de carboidratos, principalmente os que levam açúcar. Também precisa da presença de placa, que é a “massa branca” facilmente removida se passarmos a unha ou um palito nos dentes. Essa placa é cheia de microorganismos (bactérias, fungos). Algumas dessas bactérias conseguem utilizar o açúcar que é consumido e com isso produzem ácidos.

Quanto mais doce e pegajoso é o alimento mais causa cárie. Isso porque os alimentos pegajosos ficam grudados por mais tempo no dente e assim ficam mais disponíveis para as bactérias produzirem os ácidos. As pessoas que consomem mais açúcares acumulam mais placa do que as que ingerem mais proteínas e gorduras.

O número de vezes, ou seja, a frequência, que forem ingeridos doces também faz diferença. Pessoas que comem açúcares menos vezes por dia e após as refeições principais (almoço e janta) tem menor chance de ter cárie, do que aqueles que comem doces várias vezes por dia.



Gestantes:

O bebê desenvolve o paladar desde o quarto mês. A gestante deve evitar comer muito doce, pois senão a criança vai gostar muito de comer doce depois.

As gestantes têm maior risco de ter cárie. Isso acontece porque elas comem mais vezes por dia, têm muita acidez na boca, por causa da azia, ou porque vomitam.

Elas precisam ir ao dentista durante a gravidez para serem orientadas de como manter de sua saúde bucal e a de seu bebê. Também podem e devem ser tratadas, se tiverem, das doenças bucais; como as cáries, as gengivites ou outras doenças.

É preciso lembrá-las que tanto elas como seus fetos correm riscos de saúde se elas tiverem infecções bucais. E também, devem ser lembradas que depois que tiverem o filho, terão menos tempo para fazerem o tratamento dentário. Então é melhor procurarem atendimento durante a gestação. É preciso tranquilizá-las que o tratamento

dentário não vai trazer nenhum problema para seus fetos, e sim que o problema é terem uma doença na boca, além de ficarem com o desconforto de sentir dor.

As gestantes são consideradas grupo de prioridades para atendimento, nos serviços públicos de Odontologia (SUS).

Bebês:

É na infância que se desenvolvem os hábitos alimentares, as crianças não conhecem o gosto do açúcar, não precisam nem sentem falta dele.

A alimentação materna exclusiva é indicada até o sexto mês, ou seja, não deve ser dada nenhuma outra coisa, nenhum outro alimento, nem mesmo chá ou água.

Depois do sexto mês podem comer outras coisas, mas nada deve levar açúcar nem sal. Isso evita não só a cárie como outras doenças futuras.

Se for dada mamadeira, esta não deve ter nada de açúcar, nem achocolatados. O leite já tem açúcar naturalmente. Se a criança nunca provar açúcar não sentirá falta dele, porque ela não conhece o gosto dele.

É importante que a criança não fique mamando durante a noite, pois ao dormir diminui a quantidade de saliva; esta tem função de limpar a boca. Principalmente é preciso explicar que colocar açúcar ou achocolatados na mamadeira pode causar uma cárie que destrói rapidamente o esmalte, que é chamada “cárie de mamadeira”.

Aproximadamente aos seis meses nascem os primeiros dentes de leite. Quando isso acontecer é importante que a mãe limpe a boca da criança uma vez por dia. Essa higienização é necessária principalmente se estiver dando outros alimentos.

Os dentes de leite têm como funções: a alimentação, a fala, a estética, e para um crescimento normal dos ossos da face normal da face. Os dentes de leite mantêm o espaço para os permanentes nascerem.

As crianças copiam o exemplo dos adultos. É importante que os pais higienizem suas bocas na frente deles, para que possam copiar. As crianças não conseguem fazer um boa higiene sozinhas, os adultos devem supervisionar a higiene pelo menos até os nove anos, que é quando começam a ter maior motricidade.

Crianças de três a cinco anos:

Quando a criança tiver mais ou menos dois anos e meio deverá ter todos os dentes de leite na boca.

Quando a criança aprender a cuspir, ou seja, mais ou menos aos três anos, começa-se a usar creme dental. A quantidade deve ser pouca, como o tamanho de um grão de arroz. É preciso cuidar para que ela não engula o creme dental.

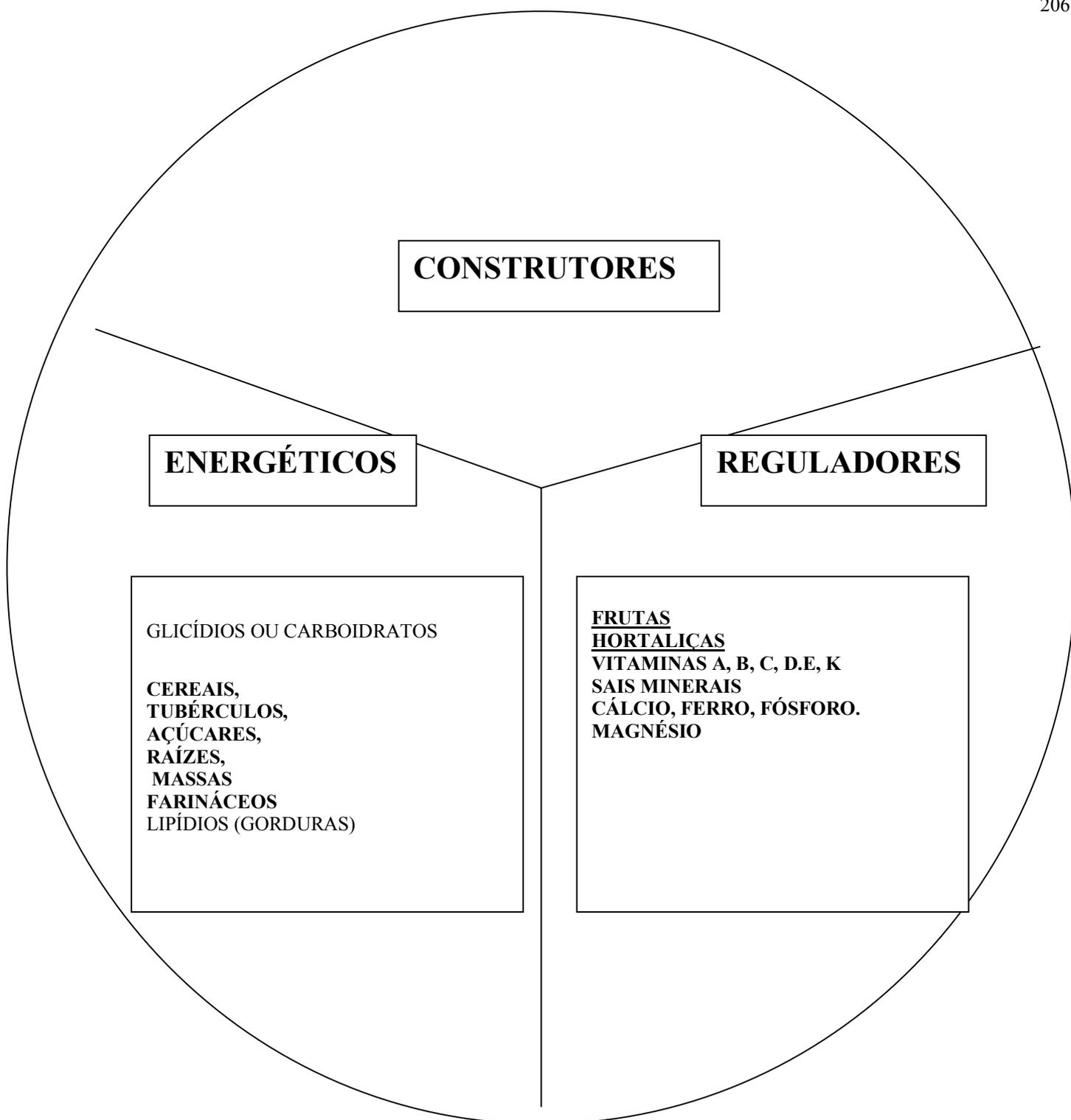
É importante que a criança seja levada a uma consulta ao dentista; assim, as mães poderão ser orientadas dos cuidados bucais que devam ter com seus filhos. Também é observado nessa consulta: se a erupção dentária está correta e se tem cáries ou outras doenças. Desta forma a criança é acostumada a fazer consultas de prevenção, e não só para procedimentos desagradáveis que acabam gerando medo.

Crianças de seis anos:

É preciso que a família esteja atenta para o nascimento do primeiro molar permanente na boca, aproximadamente aos seis anos. Ele nasce sem nenhum dente de leite ainda ter caído; surge atrás do último dente, o segundo molar de leite. A família precisa ser informada que este dente é permanente e não será substituído; se for bem cuidado vai durar por toda a vida.

Nessa fase pode ser aumentada a quantidade de creme dental para o tamanho de um grão de ervilha.

Quando não existirem recursos financeiros para adquirir escova e creme dental é preferível ter escova. Esta desorganiza a placa, que é necessária para causar as cáries. O creme dental também é importante, pois tem flúor. **Porém, é mais importante ter escova de dentes do que creme dental.**



Dieta

Açúcares: oferecem apenas “calorias vazias” e nada de nutrientes. São os alimentos que mais causam cárie.

As crianças comem doces, sentem-se saciadas, mas não estão nutridas, e não querem se alimentar com os alimentos que realmente são saudáveis.

Amidos: têm calorias, sais minerais, vitaminas, proteínas e algumas fibras.

Exemplos de amido: os grãos (arroz, feijão, milho), as batatas, mandiocas, farinhas.

O amido dá pouca cárie.

Frutas: dão pouca cárie. É preciso comer muita quantidade e muitas vezes por dia para causar cárie. A maçã e a uva são as frutas que mais causam cárie.

Frutas secas (as frutas cristalizadas como figos, tâmaras,) causam bastante cárie.

Sucos naturais não causam cáries facilmente. Mas se forem adoçados são de alto risco para causar cárie.

O leite se não tiver açúcar ou achocolatado adicionado, também não dá muita cárie.

O leite materno raramente causa cárie; nos poucos casos que acontece é pela amamentação noturna, pois de noite diminui a quantidade de saliva.

Mel e açúcar mascavo tem grande poder de causar cárie.

Alimentos Protetores para Cárie:

Queijo: propriedade anticárie, porque estimula o aumento da saliva e aumenta a quantidade de Cálcio na placa; também tem Caseína, uma substância que diminui a velocidade da cárie.

Fosfatos: aumentam a resistência contra cáries (encontrado no leite e no queijo).

Fibras: exigem maior mastigação, assim aumentam o fluxo salivar. As fibras não têm poder de limpar os dentes, mas não se grudam nos dentes como os açúcares que são alimentos pegajosos.

O açúcar causa: Agitação (hiperatividade), obesidade, doenças cardiovasculares, Gota (doenças que causam dores nas articulações), pedra na vesícula e rins, hiperlipidemia (colesterol alto), câncer (mama, colo-útero, próstata e pâncreas), diabetes, subnutrição. Pela falta de fibras causa contusão (prisão de ventre) e estreitamento intestinal.

Recomendações da Organização Mundial da Saúde:

Na alimentação humana não deveria ter mais do que 10% de açúcares e 50 a 70% deveria ser de consumo de proteínas.

Comer muito amido e muitas frutas frescas e vegetais e comer pouco açúcar, sal e gorduras.

Se for utilizar alimentos açucarados, é melhor comê-los após as refeições principais (almoço e janta) e não entre elas. Isso porque, assim será comido menor quantidade de doces após ficar saciado com alimentos nutritivos.

Se as mamadeiras forem utilizadas, não colocar açúcar no leite ou no chá. Não deve ser dado suco adoçado, nem refrigerante nas mamadeiras. As chupetas ou o bico da mamadeira não devem ser mergulhadas no mel ou no açúcar.

Câncer Bucal

Entre todos os tipos de câncer, o câncer bucal é o mais comum. Para os homens, ele é o 6º tipo mais comum de câncer. Para as mulheres, ele é o 4º tipo mais comum de câncer.

CAUSAS:

Tabagismo (fumo)
Álcool
Radiação Solar
Má-higiene
Irritação contínua.

FUMO

É a causa de 1/3 do câncer de boca.

No cigarro e na fumaça existem 4. 700 substâncias tóxicas, entre elas os venenos usados na plantação do fumo. Destas substâncias tóxicas, sabe-se que 60 causam câncer.

A ponta de cigarro tem 835°C, isso agride a mucosa do lábio e pode causar câncer de labial. Fumantes têm de 4 a 15 vezes mais chance de ter câncer do que as pessoas que não fumam.

ÁLCOOL

Beber freqüentemente, principalmente cachaça ou vinho de má qualidade pode causar câncer de boca.

Quando uma pessoa fumar e beber, a chance de ter câncer na boca aumenta 141,6 vezes. Essa chance vai aumentando, conforme é aumentada a quantidade de cigarros que são fumados e de álcool consumido. A chance também aumenta com o passar do tempo de uso de fumo e do álcool.

O álcool aumenta de 8,5 a 9,2 vezes, a chance de ter câncer de boca.

EXPOSIÇÃO A RADIAÇÃO SOLAR

Pessoas que se expõe muito no sol, como trabalhadores rurais, pedreiros, e outros que trabalham sob o sol, têm maiores chances de ter câncer de pele e de lábio inferior.

As pessoas de pele clara, cabelos claros e olhos claros precisam se cuidar mais ainda do que as de pele escura.

CUIDADOS:

- usar protetor solar com no mínimo fator 15 na pele, e protetor labial;
- usar chapéu de aba larga, que faça sombra em todo rosto;
- procurar evitar sol das 10:00 horas da manhã até as 16:00 horas;
- não tomar chimarrão com água muito quente.

MÁ-HIGIENE:

Não é causa de câncer bucal. Mas para as pessoas que têm alguma lesão na boca, a má-higiene pode contribuir que ela vire um câncer. Então, a má-higiene aumenta a chance de uma lesão virar câncer.

IRRITAÇÃO CRÔNICA:

Próteses mal ajustadas (frouxas, ou que estejam machucando), dentes quebrados, raízes (pedaços de dentes), que fiquem machucando a boca, podem causar feridas, ou (crescem carnes na boca) e estas talvez virem câncer.

As próteses (dentaduras, pererecas) devem ser trocadas a cada cinco anos, e é preciso visitar um dentista a cada ano para avaliar como elas estão.

GRUPO DE RISCO PARA CÂNCER DE BOCA:

- pessoas com mais de 40 anos, principalmente os homens;
- fumantes;
- alcoólatras;
- pessoas com higiene bucal ruim;
- desnutridos;
- portadores de próteses que estão machucando;
- pessoas que tomam chimarrão muito quente;
- pessoas que se expõem muito no sol sem proteção adequada.

É indicado fazer auto-exame a cada 45 dias.

A boca é um local fácil de ser examinado. Por isso, o câncer pode ser visto ainda no início e ser tratado.

É preciso estar atento, pois o câncer não dói e se for visto no início pode ser tratado com sucesso.

AUTO-EXAME

1 Se usar prótese (dentadura) ou aparelho móvel ou outro tipo de prótese tire da boca. Lave bem a boca, bocheche com água.

2 Vá para frente do espelho.

3 Observe a pele do rosto e pescoço. Procure ver se não há nada de diferente, que não tenha notado antes. Toque em toda essa região, nos dois lados, veja se não tem caroços, ínguas.

4 Puxe os lábios inferiores com os dedos e olhe a parte interna dele, o apalpe. Faça o mesmo com o de cima.

5 Com a ponta do indicador afaste a bochecha e a observe, faça isso nos dois lados.

6 Coloque o dedo indicador por baixo da língua e o polegar da mesma mão abaixo.

7 Incline a cabeça para trás e fique dizendo AAAAAAAA, olhe então a garganta. Depois passe o dedo indicador no céu da boca.

8 Bote a língua para fora, olhe a parte de cima, depois os lados. Levante ela e olhe a parte de baixo dela. Segure-a com uma gaze e a apalpe.

O QUE PROCURAR:

manchas brancas que não saem se passar um paninho ou escova;
manchas vermelhas;
caroços;
feridas que não cicatrizam em mais de 3 semanas.

O QUE PROCURAR:

manchas brancas que não saem se passar um paninho ou escova;
manchas vermelhas;
caroços;
feridas que não cicatrizam em mais de 3 semanas.

AUTO-EXAME

1-Lave bem a boca, bocheche com água, tire dentadura ou outro tipo de prótese que tiver na boca.

2-Vá para frente do espelho.

3-Observe a pele do rosto e pescoço. Procure ver se não há nada de diferente, que não tenha notado antes. Toque em toda essa região, nos dois lados, e veja se não há caroços, ínguas.

4-Puxe os lábios inferiores com os dedos e olhe a parte interna dele, apalpe. Faça o mesmo com o de cima.

5-Com a ponta do indicador, afaste a bochecha e a observe, faça isso nos dois lados.

6-Coloque o dedo indicador por baixo da língua e o polegar da mesma mão abaixo.

7-Incline a cabeça para trás e fique dizendo AAAAAAAAAA, olhe então a garganta. Depois passe o dedo indicador no céu da boca.

8-Bote a língua para fora, olhe a parte de cima, depois os lados. Levante ela e olhe a parte de baixo. Segure-a com uma gaze e a apalpe.

FISSURA PALATAL E LÁBIO LEPORINO

Essa doença acontece em 1 a 2 casos para cada 1000 nascimentos. Acontece nos três primeiros meses de gestação. Por isso, esse é um período “crítico”, ou seja, é a fase que a gestante necessita ter mais cuidados para prevenir má formações em seu feto.

Essa fissura pode atingir o nariz, o lábio superior, o palato (céu da boca), ou os três. Quando o palato está fissurado (aberto) o nome popular é “goela de lobo”, pois fica semelhante ao palato desse animal.

As conseqüências são estéticas, de fonação e para a alimentação e algumas vezes, para a audição.

O tratamento é com cirurgia plástica, fonoaudiologia e tratamento com aparelhos dentários. É um tratamento longo, é feito por uma grande equipe de profissionais da saúde. Quanto mais cedo for realizado esse tratamento, melhor e mais rápido serão os resultados.

A família inteira, normalmente abalada com o nascimento de uma criança fissurada, deverá receber apoio emocional e orientação sobre a doença. Normalmente existe uma sensação de culpa, é preciso tranquilizá-los de que não existem culpados.

A família fica com medo de que o nenê tenha também problemas mentais, deve-se dar tranquilidade para eles de que essa doença não tem relação com problema mental.

A prioridade de apoio é para a amamentação. Esse paciente fissurado, embora com dificuldades, tem capacidade de amamentar. A amamentação é importante do ponto de vista nutricional, anti-infeccioso, psicológico e para o desenvolvimento da musculatura facial.

Portanto, a mãe deve ser encorajada a amamentar no peito. É preciso procurar manter o bebê em uma posição mais vertical, até sentado no colo. Desta forma ele terá maiores condições de amamentar.

Causas:

- hereditária (acontece em algumas famílias);
- idade avançada da mãe (mais do que 40 anos);
- deficiências da dieta;
- doenças infecciosas: gripes repetidas nos primeiros três meses de gestação, ou outra doença que gere febre muito alta nessa mesma fase, rubéola;
- estresse muito elevado nos primeiros três meses;
- uso de drogas, fumo, álcool e alguns medicamentos;
- diabetes e hipotireoidismo;
- malformação uterina.

Qual a função do agente comunitário:

- cuidar para que a gestante esteja fazendo o pré-natal;
- informar à gestante para evitar, fumo, álcool e drogas;
- informar para que a mãe não faça auto-medicação;
- se houver algum caso na comunidade, encaminhar o mais breve o possível a um dentista;

-tranqüilizar a família e dar suporte psicológico e informar de que ninguém é culpado;

-estimular a amamentação no peito, com a criança sentada no colo.

Cuidados para evitar a doença:

-fazer o acompanhamento médico de pré-natal;

-não fazer auto-medicação;

-não fumar, evitar uso de drogas e não ingerir bebidas alcoólicas;

-a mulher que pretende ter filho precisa se vacinar contra a rubéola;

-evitar contato com agrotóxicos, metais pesados (alumínio, chumbo, mercúrio).

MÁ OCLUSÃO

Oclusão é o encaixe existente entre a mandíbula e a maxila. Má oclusão é o encaixe não harmônico entre a arcada dentária superior com a inferior.

Conseqüências da má oclusão:

-mastigação deficiente;

-respiração bucal;

-problemas estéticos, às vezes, gerando conseqüências psicológicas e sociais, como a não aceitação da própria aparência, gerando complexos, baixa auto-estima, isolamento social;

-maior chance de ter gengivite (por respirar pela boca e a gengiva na parte anterior e superior ficar muito seca);

-aumenta a chance de ter cárie (também pela respiração bucal que diminui a quantidade de saliva nessa região dos dentes da frente e de cima);

-dificuldades na fala.

Causas da má oclusão:

- pode ser hereditário;
- extração prematura dos (decíduos) dentes de leite;
- alimentação muito pastosa ou líquida que não fazem com que a criança exercite a mastigação;
- chupar bico, mamadeira, dedo, manter a língua para fora, roer as unhas, mascar chiclete, mascar lápis.

Função do agente:

- estimular a amamentação no peito;
- orientar da necessidade de ter uma alimentação fibrosa, e diminuição da alimentação pastosa, evitando alimentos batidos no liquidificador;
- orientar sobre o prejuízo do uso da mamadeira, de bico, ou do hábito de chupar o dedo;
- informar sobre a importância dos dentes, principalmente os de leite; ou seja, é importante manter os dentes de leite, evitando a má oclusão.

APÊNDICE E**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Avaliação de programa de educação em Saúde Bucal para Agentes
Comunitários de Saúde

No Programa de Saúde da Família os agentes comunitários têm como uma de suas funções trabalhar com Odontologia. Elaborou-se um programa de educação, que poderá ser utilizado por profissionais da saúde bucal para trabalharem esse tema com os ACS. Essa pesquisa tem como objetivo avaliar seus conteúdos e técnicas de ensino. O curso acontecerá em quatro a dez oficinas, sendo realizado um dia por semana e em semanas consecutivas e, posteriormente, haverá avaliação do método. Nestas oficinas haverá os seguintes procedimentos: exames bucais para avaliação do auto cuidado, questionários de conhecimentos de saúde bucal, grupo focal (grupo de discussão focalizado num assunto), filmagens e gravações das oficinas de educação.

Você como participante fica livre de abandonar o curso em qualquer fase sem que isso possa prejudicá-la. As informações manter-se-ão sigilosas quanto a sua identificação apesar das filmagens e fotografias que serão realizadas e não poderão de forma alguma serem usadas contra você em nenhuma forma de punição ou de prejuízo profissional ou pessoal. A sua participação é voluntária e sem nenhuma remuneração ou gasto pessoal.

Eu,....., fui informado(a) dos objetivos desta pesquisa de maneira clara e detalhada. Recebi as informações sobre o processo e as etapas da pesquisa, e esclareci minhas dúvidas. Sei que em

qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. A pesquisadora JOICE TONDÉLO, aluna de mestrado da UFRGS, orientada pela professora DR^a Tania Maria Drehmer, certificou-me que todos os dados solicitados nesta pesquisa referem-se ao Programa de Saúde da Família e à educação em saúde, e que as respostas serão confidenciais, bem como terei a liberdade de retirar o meu consentimento de participação desta pesquisa, face a estas informações. Fui informada que a qualquer momento as atividades poderão ser filmadas para serem submetidas a posteriores avaliações dos procedimentos que serão realizados.

Caso necessite maiores informações, poderei contatar a professora DR^a Tania Maria Drehmer, na Faculdade de Odontologia da UFRGS, pelo telefone 33165015. Também poderei entrar em contato com a pesquisadora Joice Tondélo, telefone 96481231.

Nome

Nome

Assinatura do ACS

Assinatura da Pesquisadora

Data de _____ de 2004

Este formulário foi lido para _____ (ACS).

Em _____ de 2004, pela pesquisadora Joice Tondélo enquanto eu estava presente.

ANEXO A

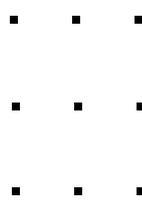
Texto Utilizado para Debate

ANEXO B

Técnica dos nove pontos

O objetivo é buscar discutir a necessidade de sempre buscar o uso de criatividade no trabalho comunitário, para isso foi utilizada uma dinâmica de grupo, que será descrita a seguir:

1° faça nove pontos desta forma →



2° pedir para as pessoas juntarem todos os pontos com quatro linhas

retas.

3° a resolução do problema é :



ANEXO C

Ficha de Coleta de Dados