Percepção de agentes comunitários de saúde sobre a saúde bucal oferecida pelo Programa Saúde da Família

Marcelo Caldas dos Santos [1]
Adélia Delfina Motta da Silva Correia [2]
Paulo Zárate Pereira [3]

Resumo

Esse estudo abordou a percepção em saúde bucal dos agentes comunitários de saúde – ACSs, no Programa Saúde da Família – PSF do município de Campo Grande (MS), no ano de 2005, ressaltando a importância das ações educativas para promoção de saúde. Tratou-se de uma pesquisa descritiva e quantitativa, de corte transversal, realizada com 157 ACSs pertencentes a equipes de saúde da família – ESFs – localizadas na zona urbana. Os dados foram coletados por meio de um formulário e em sua análise foi usado o programa Epi-Info 3.32. Os resultados revelaram que quase todos se consideram importantes na promoção da saúde bucal, o que pode facilitar o investimento na qualificação desse profissional que tanto contribui para amenizar os problemas de saúde da população adscrita às áreas de abrangência das equipes de saúde da família.

Palavras-chave

Programa Saúde da Família (PSF); agente comunitário de saúde (ACS); saúde bucal.

Abstract

This research studied the perception in oral health of the health communitarian agents, working in the Family Health Program, in Campo Grande (MS), in 2005, standing out the importance of the educative trainings for health promotion. Treated the a descriptive and quantitative research, with a transversal cut, carried through with 157 health communitarian agents inserted in family health teams, located in the urban zone. The data had been collected by a form and analyzed through the program Epi-Info 3.32 help. The results had revealed that almost all agents had considered themselves important to the oral health promotion, what can make easier the professional qualification, who contributes so much to reduce health problems in the defined population under family health teams care.

Keywords

Family Health Program (FHP); health communitarian agents (HCA); oral health.

1 - Cirurgião-dentista. Residente em Saúde da Família. Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser". R. do Senai, 246. Vila Santa Rita – Campo Grande-MS. CEP 79.110-210. mcaldass@bol.com.br

2 - Mestre em Saúde Coletiva. Supervisora-Geral do Programa Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde Pública. Sesau. R. Hikaru Kamiya, 475. Jardim das Nações – Campo Grande-MS. CEP 79.081-744. adeliamotta@yahoo.com.br

3 - Doutor em Odontologia. Professor Adjunto do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul-UFMS. Av. Presidente Ernesto Geisel, 507a. Centro – Campo Grande-MS. CEP 79.008-410. paulozarate@nin.ufms.br

1. Introdução

Indicadores sociais revelaram que, no cenário socioeconômico, político e cultural brasileiros, é visível a falta de distribuição de renda, predominando a desigualdade das classes sociais, o acúmulo de bens pela minoria e o aumento de desfavorecidos economicamente, que carecem de trabalho, alimentação, moradia, educação, lazer, saneamento básico, fatores que interferem diretamente e indiretamente na saúde da população.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) implantou em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), visando minimizar a falta de acesso e assistência à saúde da maioria da população carente. Baseado nos princípios da territorialização, da intersetorialidade, da descentralização, da co-responsabilização e da priorização, esse programa se apresenta como uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. Apresenta características estratégicas para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e aponta possibilidades de adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes (FAJARDO, 2001).

Segundo Girardi e Carvalho (2003), o PSF é formado por equipes multiprofissionais, contando com um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários de saúde. A partir de 2001 foram incluídos profissionais de Saúde Bucal (SB) nas equipes básicas do programa.

Dentre esses profissionais, o agente comunitário de saúde (ACS) tem se revelado o componente mais "intrigante" da equipe, no que se refere à relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médico-científicos. O ACS é uma pessoa formada a partir de referenciais biomédicos e que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, o que faz deste um componente que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo do saber com a prática em saúde (NUNES, et al., 2002).

O MS vem preconizando uma proposta de integração de ACSs com profissionais de SB no PSF, segundo a qual ACSs supervisionados por um cirurgião-dentista (CD) e uma enfermeira informariam à população sob sua responsabilidade a promoção de saúde e a prevenção dos principais agravos em SB, realizariam higiene bucal (escovação e uso do fio dental) e aplicações de flúor no domicílio e em espaços sociais existentes (BRASIL, 2000a).

Sabendo-se da importância do trabalho do ACS na promoção da SB, procurou-se identificar se esses profissionais conhecem suas atribuições, quais as dificuldades enfrentadas, se observam bons resultados das suas ações em SB, a percepção deles quanto à satisfação da comunidade em relação aos serviços oferecidos pelo PSF, e se eles se consideram importantes na promoção e na prevenção em SB.

2. Revisão de Literatura

2.1 Programa Saúde da Família – PSF

O PSF é uma estratégia para reorganizar a atenção básica à saúde no âmbito do SUS, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação de saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua, dispondo de recursos específicos para seu custeio. A prática em saúde da família deverá estar pautada sobre a sua realidade local (BRASIL, 2002a).

A estratégia saúde da família é constituída por equipes multiprofissionais composta por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e ACS, podendo haver, também, CD, auxiliar de consultório dentário (ACD) e técnico em higiene dental (THD). Cada equipe é responsável pela atenção à saúde de uma área adscrita, cuja população deve ser de no mínimo 2.400 e, no máximo, 4.500 pessoas. Cada ACS é responsável pelo acompanhamento de uma microárea, onde residem de 400 a 750 pessoas. A população adscrita deve ser cadastrada e acompanhada, tornando-se

responsabilidade das equipes atendê-la, entendendo suas necessidades de saúde como resultado também das condições sociais, ambientais e econômicas em que vivem. Os profissionais podem executar as ações na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e no domicílio dos usuários, quando necessário. É determinante para o bom resultado das ações, que as equipes de saúde da família (ESFs) atuem de forma articulada com os demais níveis de atenção do sistema de saúde do município (BRASIL, 2005).

A adesão de Campo Grande ao PSF ocorreu em 28 de abril de 1999, após a autorização do Conselho Municipal de Saúde, com a implantação de quatro ESFs. Em 25 de maio do mesmo ano foi aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a implantação de mais quatro equipes em dois bairros. Em agosto de 1999, três equipes iniciaram suas atividades na região do Macaúbas, e em novembro, nova equipe no Marabá, expandindo-se com a implantação de mais seis equipes no ano de 2000, nove em 2001, quatro em 2002 e mais dez equipes em 2003, totalizando 43 ESFs, sendo uma em área rural. Em 2003, Campo Grande, com população de 705.973 habitantes, contava com 81.346 usuários cadastrados no PSF, totalizando cobertura de 11,5% (CAMPO GRANDE, 2003).

2.2 Saúde Bucal no PSF

Com a necessidade de aumentar as ações de prevenção e garantir os investimentos na área curativa em procedimentos odontológicos, o MS propõe, como estratégia de reorganização da Atenção Básica à Saúde, a inclusão de equipes de saúde bucal no PSF. Os objetivos são diminuir os índices epidemiológicos de SB e ampliar o acesso da população brasileira à assistência odontológica, tornando a atenção em SB mais próxima da realidade. As equipes de saúde bucal (ESBs) devem identificar fatores de risco, famílias em situação de risco, priorizar demandas assistenciais e preventivas e levar ações de SB diretamente às comunidades. Essas equipes devem realizar ações básicas de vigilância epidemiológica, participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das UBSFs, identificar necessidades e expectativas da população em relação à SB, sensibilizar as famílias para a importância da SB na manutenção da saúde, construir mapas inteligentes com visão espacial de famílias, grupos (crianças, gestantes, hipertensos e diabéticos) e demais situações de agravo de interesse à SB, desenvolver ações intersetoriais para a promoção da SB e estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2002a).

Soares et al. (1999) realizaram um estudo para avaliar hábitos de higiene bucal e mudanças de comportamento, comparando grupos de escolares de 9 a 12 anos, com igualdade de condições socioeconômicas. Dois grupos participavam de programas de educação em SB, e em dois grupos, tal trabalho não era realizado. Observou-se naqueles que participaram dos programas, mais conhecimentos e práticas, revelando mais responsabilidade com a própria SB, confirmando a importância da educação para a promoção e a manutenção da saúde em qualquer comunidade, especialmente nessa faixa etária em que é fácil criar hábitos e mudar comportamentos.

Visando à autonomia do usuário em relação a hábitos de proteção da SB, a educação em saúde desenvolve ações educativas que proporcionam o conhecimento do processo saúde–doença. Os conteúdos de educação em SB poderão ser desenvolvidos na forma de debates, oficinas de saúde, vídeos, teatros, conversas em grupo, cartazes, folhetos e outros meios, sob a responsabilidade do CD, que deverá planejá-los, organizá-los, supervisioná-los e avaliá-los, sendo em última instância o responsável técnico-científico por tais ações. Estas, quando coletivas, devem ser executadas, preferencialmente, por profissionais auxiliares como THD, ACD e ACS, dando preferência a espaços institucionais, como escolas, creches e asilos.

A promoção de SB significa a criação de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que assegurem acesso a cuidados odontológicos básicos apropriados, que incentivem o tratamento e a fluoretação das águas e o uso de dentifrício fluoretado. A proteção de saúde pode ser realizada por meio de políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes (BRASIL, 2004a).

2.3 Agente Comunitário de Saúde – ACS

No Brasil, em 1980, surgiram ACSs conhecidos como colaboradores de saúde, visitadores domiciliares, líderes comunitários, promotores de saúde, que eram formados e utilizados por programas religiosos, projetos não governamentais e em alguns casos, programas do governo (BRASIL, 1995).

A profissão de ACS foi regulamentada pela Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002 (BRASIL, 2002b), e caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção de saúde mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local. Esta lei também dita os requisitos para o exercício da profissão, que são: residir na área da comunidade em que atua, ter concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de ACSs e ter concluído o ensino fundamental.

De acordo com o MS, os ACSs serão capacitados em serviço de forma continuada, gradual e permanente, sob a responsabilidade de um instrutor supervisor, com participação e colaboração de outros profissionais do serviço local de saúde. O conteúdo das capacitações deve considerar as prioridades definidas pelo elenco de problemas identificados em cada território de trabalho. Dentre as atribuições preconizadas pelo MS, cabe ao ACS o acompanhamento da sua comunidade adscrita, por meio de visitas domiciliares mensais; a identificação de indivíduos, famílias ou grupos expostos a situações de risco; o desenvolvimento de ações básicas de saúde; educação em saúde; orientação para as famílias utilizarem adequadamente os serviços de saúde; a participação no processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da UBSF, visando superar os problemas identificados (BRASIL, 1997).

Fajardo (2001) realizou uma pesquisa qualitativa em Porto Alegre (RS) com cinco ACSs do PSF e do Serviço de Saúde Comunitário do Grupo Hospitalar Conceição, para desvendar o saber de agentes em relação à saúde bucal e detectou

que esse conhecimento está fragmentado e os agentes culpam os usuários por seu estado de saúde. A concepção do ACS sobreeducação em saúde é de transmissão e informação. A relação com a ESB depende do odontólogo e a capacitação em SB é eventual e descontinuada. Os ACSs demonstram o desejo de ser capacitados em saúde bucal e também relatam que há carência de atendimento odontológico.

Gonçalves (2003) destacou que os ACSs iniciam suas atividades no PSF sem um preparo específico, pois recebem apenas orientações básicas sobre informações que devem coletar nas visitas domiciliares e como registrar suas atividades, ficando claro que o aprendizado depende do interesse de cada um. Quando ocorrem treinamentos na formação de uma equipe de saúde da família, percebe-se uma prática mais adequada, pois esses momentos privilegiam trocas de experiências despidas de qualquer censura ou crítica negativa, sem a preocupação com o certo ou o errado.

Levy, Matos e Tomita (2004) em sua pesquisa verificaram que os ACSs não receberam capacitação para o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde bucal, não tendo uma programação definida para a comunidade, participando apenas de palestras sobre saúde bucal para gestantes e bebês, o que possibilitou fazerem orientações sobre higiene bucal para adultos e crianças. Alguns usuários relataram receber orientações do ACS para visitar o cirurgião-dentista e como cuidar dos dentes. Os poucos que receberam orientações mostraram capacidade de assimilar informações importantes para sua saúde bucal. Reconheceram que é necessário um determinado tempo para que os usuários passem a confiar nas suas informações, resultando na criação de um vínculo dos ACSs com as famílias. Isso demonstra a necessidade de investimentos na adequada capacitação dos ACSs, para que possam participar do processo de promoção de saúde bucal em sua equipe.

Segundo Tomaz (2002), entretanto, não se pode ignorar que tem acontecido uma sobrecarga no trabalho do ACS, por não haver uma delimitação de suas ações, executando atividades fora das suas atribuições, como limpeza de caixas d'água, para combater o mosquito da dengue.

3. Metodologia

Este estudo foi realizado no primeiro semestre de 2005 e se configurou como uma pesquisa descritiva e quantitativa, de corte transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), por atender à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O cálculo da amostra utilizou o intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 0,5, resultando numa amostra estatisticamente significativa de 152 indivíduos. Realizada em 2005, os sujeitos da pesquisa foram 157 ACSs da zona urbana pertencentes a quatro distritos sanitários (norte, sul, leste, oeste), que atuam em 31 equipes de saúde da família do município de Campo Grande/MS.

A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário e para a análise dos dados utilizou-se o programa Epi-info 3.32, por meio do qual foi realizada a representação tabular com freqüências absoluta e relativa.

4. Resultados e Discussão

Conhecer a percepção dos agentes comunitários de saúde em relação à área odontológica é fundamental, pois a partir

desse estudo pode-se verificar quais atividades precisam de maior atenção, a fim de obter melhor aproveitamento das ações realizadas pela ESB e pela ESF. Questionadossobre as possíveis dificuldades enfrentadas para a realização de ações relacionadas à SB, obteve-se o resultado demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Dificuldades apresentadas pelos ACSs do PSF para o desenvolvimento de atividades em SB, Campo Grande/MS, 2005.

Dificuldades	Nº ACSs	%
Falta de materiais educativos	105	66,87
Excesso de atividades	100	63,69
Não se sente preparado	40	25,47
Falta de tempo	36	22,92
Não é sua função	3	1,91
Não respondeu	4	2,54

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 1, verificou-se que boa parte dos ACSs consideraram a falta de materiais educativos e o excesso de atividades dificuldades para o desenvolvimento de atividades em SB, o que demonstra a necessidade de um planejamento sistemático e maior envolvimento por parte do responsável, o CD de sua equipe, para melhor aproveitamento do pouco tempo disponível, dificuldade enfrentada por 22,92% (n=36) dos ACS.

A respeito dos ACSs que não se sentem preparados para realizar atividades em SB (n=40), como consta na Tabela 1, deduzimos que o CD não tem dado o devido valor à colaboração que o ACS poderia proporcionar na otimização dos serviços prestados pelo PSF. Esse dado revela falta de confiança do ACS, que pode estar relacionada a diversos fatores, dentre eles, falta de interesse do ACS e capacitação pouco freqüente ou insuficiente.

A maioria dos ACSs, ou seja, 57,40% (n=90), acham que a comunidade está insatisfeita com os serviços oferecidos em SB pela sua equipe do PSF.

Durante o preenchimento do formulário, foi explicado aos sujeitos da pesquisa que essa questão estava relacionada ao acesso aos serviços odontológicos oferecidos pelo PSF. Os ACSs relatam que essa insatisfação é gerada pela pouca oferta de serviços odontológicos, pois esta não consegue atender a toda a demanda.

Quanto ao acesso a serviços odontológicos na Região Centro-Oeste, o Projeto SB Brasil revelou a insatisfação de adultos entre 35 e 44 anos. E ainda em relação ao motivo do atendimento, em 64,65% foi pela dor e outros agravos, e em apenas 26,94% o motivo foi consulta de rotina ou manutenção (BRASIL, 2004b). Esses dados reafirmam a percepção dos ACSs quanto à insatisfação da comunidade por causa do acesso aos serviços odontológicos oferecidos pelo PSF que pertence ao SUS.

Em relação à percepção dos ACSs quanto à sua participação na promoção de SB, os dados revelaram que quase todos, ou seja, 96,80% (n=152) dos ACSs percebem a importância de seu trabalho e 3,20% (n=5) não se consideram importantes e não justificaram sua resposta. Foram identificadas nove atividades desenvolvidas pelos ACSs em SB que justificaram a sua importância, sendo agrupadas em três categorias: educação em saúde, elo e identificação de

risco. A categoria educação em saúde contemplou as atividades de educação em saúde, mudança de comportamentos e estímulo de hábitos saudáveis. A categoria elo contemplou o acompanhamento domiciliar e os encaminhamentos para atendimentos odontológicos na UBSF, o trabalho em equipe e o vínculo com a comunidade. Na categoria identificação de risco, foram contempladas as atividades de identificação de indivíduos, famílias e/ou grupos de risco em SB e a identificação de fatores de risco para a SB. Os resultados estão na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos ACSs de acordo com atividades consideradas importantes para a promoção de SB, Campo Grande/MS, 2005.

Atividades	Nº ACS	%
Educação em saúde	75	49,30
Educação em saúde/elo	39	25,66
Educação em saúde/elo/identificação de riscos	7	4,60
Elo	7	4,60
Educação em saúde/ identificação de riscos	4	2,64
Elo/ identificação de risco	3	1,98
Identificação de risco	1	0,66
Não respondeu de acordo com a pergunta	12	7,92
Não respondeu	4	2,64
TOTAL	152	100

Dados da pesquisa revelaram que 79,62% (n=125) dos ACSs consideram a educação em saúde; 35,67% (n=56), o elo; e 9,56% (n=15), a identificação de riscos, como as atividades relevantes do seu trabalho para a promoção de SB.

Analisando os dados relativos à percepção do ACS quanto à importância de seu trabalho em relação à promoção da SB, podemos deduzir que esse profissional de saúde realiza suas funções de forma mecânica, sem a devida consciência ou a reflexão crítica de suas atribuições.

5. Conclusão

Os ACSs percebem a insatisfação da comunidade pelo acesso aos serviços odontológicos oferecidos pelo PSF, porém, também percebem melhora no comportamento das pessoas que eles orientam em relação ao autocuidado com a boca, por meio de adesão a tratamentos e a hábitos saudáveis em SB. Dificuldades como a falta de materiais educativos e o excesso de atividades de rotina foram relatadas por 66,87% e 63,69% dos ACSs, respectivamente, o que revelou a necessidade de planejamento estratégico das ações em SB pelo CD. A grande maioria (96,80%) considera-se importante na promoção de SB.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde.** Brasília, 1995.

_____. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União,**

Brasília, DF, 19 dez 1997.

_____. Ministério da Saúde. A reorganização da saúde bucal na atenção básica. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 68-73, dez. 2000.

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

BRASIL. Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002; 181º da Independência e 114º da República. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 11 jul. 2002b.

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

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**. Resultados Principais. Brasília, 2004b.

Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília, 2005.

CAMPO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde Pública. **Relatório Anual da Coordenação Geral dos Programas de Agente Comunitário de Saúde e de Saúde da Família em Campo Grande - MS**. Campo Grande, 2003, p. 141.

CDC. Center of Desease Control. Epidemiology Program Office. Division of Public Health Survillance and Informaties. **Epi Info Development Team CDC**. Epi Info 3.32 Disponível em: http://www.lampada.uerj.br/epiinfo/. Acesso em: 28 nov. 2004.

FAJARDO, A. P. **Agentes Comunitários de Saúde:** discurso e prática em saúde bucal coletiva. 2001. 158 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), 2001.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego no Programa Saúde da Família no Brasil. In: FALCÃO, A. (Org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 157-190.

GONÇALVES, A. M. C. Um olhar sobre o trabalho de agente comunitário de saúde. **Revista Atenção Primária à Saúde**. v. 6, n. 1, p. 46, jan./jun. 2003.

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

NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov. /dez. 2002.

SOARES, R. C. M.; PICCINO, G. A. P.; PICCINO C. A. P.; RODRIGUES, A. P. Y.; CAMPOS, R. S.; TADANO, M. R. Promoção e manutenção de saúde bucal comparação de comportamento quanto a hábitos de higiene bucal, entre escolares da rede pública, assistidos e não assistidos pelos projetos extramuros do curso de Odontologia da USC – Bauru/SP. **Revista Ação Coletiva**. Brasília, ano 2, v. 2, n. 2, p. 39-43, abr./jun. 1999.

TOMAZ, J. B. C. O ACS não deve ser um "super-herói". **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.