

Paulo Frazão^I

Débora Marques^{II}

Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal

Effectiveness of a community health worker program on oral health promotion

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar mudanças em conhecimentos, atitudes e acesso/utilização de serviços odontológicos decorrentes de um programa de promoção da saúde bucal com agentes comunitários de saúde.

MÉTODOS: Um projeto de capacitação combinando ensino-aprendizagem, apoio e supervisão, foi desenvolvido entre os meses de julho de 2003 a agosto de 2004. As mudanças foram avaliadas por meio de entrevistas estruturadas em que participaram 36 agentes comunitários de saúde e uma amostra de 91 mulheres e mães, representativa de donas de casa com 25 a 39 anos de idade, alfabetizadas e residentes em domicílios de três a seis cômodos no município de Rio Grande da Serra (SP). Foram colhidos dados sobre conhecimentos de saúde-doença bucal, práticas e capacidades auto-referidas em relação ao auto-exame, higiene bucal, número de residentes e de escovas dentais individuais e coletivas em cada domicílio e acesso e uso de serviços odontológicos. Por meio do teste t de Student pareado, foram comparadas as médias dos valores obtidos antes e depois do programa para cada um dos grupos estudados. As respostas foram analisadas adotando-se um nível de significância de 5%.

RESULTADOS: Foram observadas diferenças estatisticamente significativas para questões relativas ao conhecimento de saúde bucal entre os agentes e entre as mulheres antes e depois da capacitação ($p < 0,05$). Desequilíbrio entre o número de escovas e de indivíduos em cada família diminuiu. A frequência da escovação e do uso do fio dental se elevou depois da atuação dos agentes. Os valores de auto-avaliação da higiene bucal aumentaram. Modificação nas práticas e capacidades auto-referidas mostrou significativa elevação da auto-confiança. O acesso ao serviço foi mais fácil ($p < 0,000$) e seu uso mais regular ($p < 0,000$) entre mulheres.

CONCLUSÕES: Houve mudanças positivas na percepção em relação a aspectos de saúde bucal, na auto-confiança e no acesso e uso de serviços odontológicos. Tais mudanças podem ser um importante indicativo do papel dos agentes comunitários de saúde na promoção de saúde bucal.

DESCRITORES: Redes Comunitárias. Saúde Bucal. Odontologia Comunitária. Serviços de Saúde Comunitária. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

^I Universidade Católica de Santos. Santos, SP, Brasil

^{II} Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Católica de Santos. Santos, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Paulo Frazão
R. Dr. Cícero de Alencar, 48 – Butantã
05580-080 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: pafrazao@usp.br

Recebido: 14/03/2008
Revisado: 04/08/2008
Aprovado: 07/09/2008

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess changes of knowledge and attitudes and health service access and utilization after the implementation of a community health worker program for oral health promotion.

METHODS: A capacity building project including learning, support, and supervision activities was developed between July 2003 and August 2004. A study to assess changes was conducted including 36 community health workers and a representative sample of homemaker literate women and mothers aged 25 to 39 years living in 3- to 6-room dwelling in the city of Rio Grande da Serra, Southeastern Brazil. Data on oral health knowledge, self-reported practices, and personal skills regarding self-examination, oral hygiene, number of people living in the same household, number of individual and collective toothbrushes, and dental service access and utilization were collected using structured interviews. Mean scores measured pre- and post-intervention program were compared for each group studied using Student's t-test. A 5% significance level was set for the analysis.

RESULTS: Statistically significant differences between pre- and post-intervention program were seen regarding oral health knowledge among both health workers and women ($p < 0.05$). The number of shared toothbrushes per family decreased. Frequency of toothbrushing and flossing increased. Self-assessment of oral hygiene efficacy increased. Changes in practices and personal skills improved self-efficacy. Women had more access to services ($p < 0.000$) and used them more regularly ($p < 0.000$).

CONCLUSIONS: There were seen significant changes of perception regarding oral health, self-efficacy, and health service access and utilization. These changes may show that community health workers play a key role in oral health promotion.

DESCRIPTORS: Community Networks. Oral Health. Community Dentistry. Community Health Services. Health Knowledge, Attitudes, Practice.

INTRODUÇÃO

Desde 1991, o Ministério da Saúde (MS) vem incentivando a inserção de agentes comunitários de saúde (ACS) na rede de atenção primária visando colaborar nas ações de promoção da saúde e prevenção das doenças.^a Em 2004 mais de 176 mil ACS estavam atuando em diferentes comunidades do País, cobrindo cerca de 35,2 milhões de famílias. Na região do ABC, formada por sete cidades da área metropolitana da Grande São Paulo, onde vivem mais de dois milhões de cidadãos, mais de 800 agentes atuavam em atividades de promoção de saúde.

Em resposta às suas necessidades de capacitação, foi realizada em 2001 uma oficina de 36 horas de duração, com ACS que atuavam na região há mais de um ano,

para produzir um manual para auxiliar no desenvolvimento desse pessoal. Sua elaboração foi realizada por meio dos seguintes passos: identificação dos problemas de saúde bucal mais comuns na comunidade; formulação de perguntas sobre esses problemas que sejam relevantes para a comunidade; seleção e agrupamento das perguntas afins em blocos temáticos; delineamento da estrutura geral do material; submissão das proposições de textos e ilustrações à avaliação dos agentes comunitários.^b Os problemas que emergiram revelaram 164 questões, agrupadas em 29 blocos temáticos. Os textos propostos para abordar as questões geraram a publicação "Promovendo a saúde bucal coletiva: manual para agentes comunitários de saúde".⁶

^a Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília; 1993.

^b Brizolara RV, Oliveira AC, Frazão P. Problemas de saúde bucal coletiva: percepções de agentes comunitários de saúde da região do ABC, Estado de São Paulo, Brasil [resumo]. *Cien Saude Coletiva*. 2003;8(Supl 2):104. [Apresentado no 7º. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2003; Brasília, BR].

A ação dos ACS tem sido dirigida para reforçar o vínculo entre a comunidade e o sistema de saúde, admitindo-se que possa contribuir para maior efetividade das ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e assistência individual. Estudos sobre as características do trabalho, os efeitos de sua atuação e o papel desse pessoal, seja como agente institucional, seja como agente da comunidade^a têm sido publicados.¹⁴ Entretanto, ainda há pouca documentação referente aos diferentes âmbitos de atuação dos ACS.^{1,14} Costa et al² observaram que tanto o Programa Saúde da Família quanto o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que incorporaram a saúde bucal às suas ações têm apresentado deficiências na capacitação das equipes, sem conseguir envolver as comunidades atendidas nem avaliar efetivamente as ações.

Nas atividades de educação em saúde, a atuação dos ACS pode, por meio da transmissão de informações e conhecimentos, contribuir para fortalecer a capacidade da população no enfrentamento dos problemas de saúde.^{18,23} Ainda, sua atuação pode: elevar o domínio sobre informações e conhecimentos de saúde pela população; contribuir para aumentar suas habilidades no controle de determinantes de saúde; ajudar a equipe de saúde bucal na identificação das famílias mais vulneráveis que necessitam de ações mais específicas e melhorar o acesso e a utilização dos serviços básicos de saúde para evitar a assistência odontológica tardia e reduzir a necessidade da consulta de urgência.^b

O objetivo do presente estudo foi avaliar mudanças em conhecimentos, atitudes e acesso/utilização de serviços odontológicos decorrentes de um programa de promoção da saúde bucal com agentes comunitários de saúde.

MÉTODOS

Estudo realizado no município de Rio Grande da Serra, localizado na região metropolitana da Grande São Paulo, SP. Possui cerca de 43 mil habitantes (2007) e gestão plena da atenção básica à saúde desde 1998. Em 2003, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por meio de sua Coordenação de Saúde Bucal, elaborou como componente do PACS um projeto de capacitação para lidar com informações sobre problemas comuns de saúde bucal e práticas de autocuidado, entre outros aspectos. A SMS contava com sete dentistas, três auxiliares de consultório dentário e 36 ACS distribuídos em seis áreas e cinco unidades de saúde da família, cujas equipes eram compostas por um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem. O pessoal odontológico não estava inserido na saúde da família e mantinha

uma participação variada nas programações conforme interesses profissionais e decisões da gerência local. Esse projeto de capacitação combinando ensino-aprendizagem, apoio e supervisão, foi desenvolvido entre os meses de julho de 2003 a agosto de 2004. Durante os 12 meses, os ACS participaram de campanhas (como vacinação, dengue, castração canina) e treinamentos sobre vigilância sanitária e epidemiológica, saúde da criança e da mulher, entre outros eventos. O treinamento do componente de saúde bucal durou 18 horas no PACS, distribuídas em 12 horas no primeiro mês, três horas no segundo e no sétimo mês respectivamente. Foram empregados como recursos auxiliares o manual referido,⁶ um filme produzido pelo MS e produtos de higiene bucal. Para avaliar mudanças no componente saúde bucal, realizou-se pesquisa social do tipo antes-depois empregando dados oriundos de entrevistas.

Foram obtidos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica relativos à distribuição das características da população cadastrada de três das cinco áreas com unidades de saúde da família. A população do estudo compreendeu todos os ACS e uma amostra aleatória de mulheres residentes. Agentes e mulheres foram entrevistados antes e após a capacitação em saúde bucal.

Os parâmetros para cálculo do tamanho da amostra foram descritos anteriormente.⁷ Foram sorteadas 120 mulheres. A coleta de dados foi programada após identificação da família à qual a mulher sorteada pertencia e endereço. A amostra obtida para as mulheres foi maior do que a necessária para comparação de duas médias por meio do teste *t* de Student para amostras correlacionadas, com desvio-padrão estimado de 1,2 – uma diferença mínima entre as médias de 0,5 (erro $\alpha=5\%$ e erro $\beta=5\%$), suportando a análise.

As mulheres da amostra eram provenientes de uma população de referência cujas famílias eram compostas, em média, por 3,8 membros, e maioria delas (86,7%) tinha até cinco membros. Do total (N=2985), 98% moravam em casas de tijolo ou bloco, e 72,5% residiam em moradias com três a seis cômodos. Quanto às condições de saneamento da população cadastrada, 95,1% utilizava o serviço de coleta de lixo. O sistema de esgoto, entretanto, atingia 37% das famílias e 14,8% faziam uso de fossa séptica, ficando quase metade da população (48,2%) sem serviços ou “esgoto a céu aberto”. Em relação aos meios de transporte, 47,8% declararam utilizar ônibus, 10,4% carro e 19,1% outros meios. Do total, 94,7% tinha acesso a rádio/televisão. As famílias declararam, em caso de doença, procurar mais a unidade de saúde (58,9%) do que o hospital (28,5%).

^a Silva JA. O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente da comunidade? [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.

^b Brizolara RV, Oliveira AC, Frazão P. Problemas de saúde bucal coletiva: percepções de agentes comunitários de saúde da região do ABC, Estado de São Paulo, Brasil [resumo]. *Cien Saude Coletiva*. 2003;8(Supl 2):104. [Apresentado no 7º. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2003; Brasília, BR].

Em relação às mulheres residentes em domicílios de três a seis cômodos (N=2435), 29,5% tinham até 24 anos; 35,7% de 25 a 39 anos e 34,8%, 40 anos ou mais. Do total, 93,3% declararam-se alfabetizadas, mais de dois terços eram donas de casa (50,4%), estudantes (10,4%), desempregadas (5,9%), aposentadas (1,9%) e diaristas (1,4%). O restante estava distribuído em mais de duas centenas de categorias de ocupação.

Para controlar e evitar que um contexto microssocial e domiciliar excessivamente heterogêneo pudesse confundir os efeitos produzidos pela atuação dos ACS, foram sorteadas mulheres no mesmo ciclo de vida e que pertenciam a famílias de características semelhantes ao universo coberto pelo PACS. Assim, a população de referência foi composta de mulheres de 25 a 39 anos de idade, donas de casa, alfabetizadas que residiam em domicílios de tijolos ou blocos com três a seis cômodos em duas áreas cadastradas. Nenhuma ação específica (por exemplo, treinamento) foi realizada para modificar a conduta dos profissionais de saúde bucal (dentistas e auxiliares de consultório dentário) das duas unidades de saúde entre a primeira e segunda mensuração.

Para a realização das entrevistas individuais com os ACS e com as mulheres, foi elaborado apenas um formulário preenchido pelo próprio pesquisador.

O formulário foi composto de duas partes: questões envolvendo características sociodemográficas dos sujeitos; e itens sobre a percepção dos sujeitos, estruturados em três domínios de indicadores: 1- ciclos de vida e saúde-doença bucal: 14 itens elaborados para identificar conhecimentos de saúde bucal em diferentes fases e condições de vida (infância, adolescência, vida adulta, terceira idade, gestação); 2- práticas e capacidades auto-referidas: sete itens abordando uso de escovas individuais ou coletivas, frequência de escovação e de uso de fio dental, auto-eficiência sobre limpeza dos dentes e habilidades em auto-exame; e 3- acesso e utilização de serviços odontológicos: dois itens.

Os procedimentos para assegurar as propriedades de validade de face e de conteúdo do instrumento e as demais regras adotadas na sua formulação foram descritos anteriormente.⁷

Para aferir mudanças de atitudes, a maioria das questões foi formulada para serem respondidas em escala de Likert. Em uma questão relativa ao conhecimento sobre limpeza dentária, usou-se escala de graduação analógico-visual (0 a 10) para registrar de modo mais sensível mudanças na intensidade da percepção do indivíduo pesquisado.²²

Foi realizado um pré-teste em sujeitos portadores de características semelhantes às da população-alvo. Algumas questões foram reelaboradas para adequar o instrumento ao vocabulário dos respondentes.²⁰ O

tempo de aplicação do questionário variou entre 20 e 30 min, para não provocar sobrecarga ao informante.

O formulário foi aplicado antes (julho-2003) e depois da realização do componente no PACS (julho-2004). As características de escolaridade e renda e a análise individual das respostas relativas às questões sobre conhecimento de saúde bucal, representadas por escalas nominais, foram apresentadas em publicação anterior.⁷

Na análise da maioria dos itens, optou-se por representações visuais para a identificação das categorias de resposta. Para os itens envolvendo a escala de Likert foi apurado o valor médio das categorias de resposta. Para esse cálculo, atribuíram-se valores de 1 a 5 para as diferentes categorias de resposta correspondendo ao diferencial semântico e à regularidade de intervalos. O cálculo desse valor foi transformado em escala percentual representando a cobertura dos pólos semânticos. Dessa forma, as frequências relativas dos eventos foram ponderadas conforme o significado das categorias de resposta e uma medida síntese contida em escala de -100 a +100 (200 pontos) foi obtida. A adoção desse tipo de escala representa maior interesse no evento do que em suas categorias de manifestação. Admite-se a premissa de que a melhor estratégia decorre da redução da mensuração à categoria de máxima expressão do evento e do cálculo da média para interpretar um conjunto de medidas.¹⁹ Por meio do teste t de *Student* pareado, foram comparadas as médias dos valores obtidos antes e depois do programa para cada um dos grupos estudados. As análises foram feitas utilizando-se o aplicativo SPSS 11.0, 2001.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Guilherme Álvaro da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

RESULTADOS

Quatro ACS não responderam à segunda aplicação do formulário porque foram desligados do programa e 29 donas de casa por motivos diversos (mudança de endereço, hospitalização, falecimento de uma entrevistada, entre outros). A maioria (86,8%) das donas de casa tinha filhos e serão chamadas mulheres e mães. A maioria dos ACS (93,7%) e das mulheres (83,5%) morava na área pelo menos há cinco anos. Permaneceram no estudo 32 ACS e 91 moradoras.

Ainda que não diariamente, praticamente todas as mulheres utilizavam escovas para a higiene bucal na primeira aplicação, em que o número de escovas era menor que o número de pessoas. Na segunda aplicação houve equilíbrio entre o número de pessoas e de escovas.

Tanto em relação à escovação quanto ao uso de fio dental, os resultados pós-intervenção mostraram aumento de frequência tanto entre os ACS quanto nas mulheres e mães (Figura 1).

Em relação às questões sobre conhecimentos de saúde bucal, entre os ACS, o valor médio e erro-padrão do número de acertos passou de $9,09 \pm 0,76$ para $13,00 \pm 0,42$ ($p < 0,000$). A média de acertos observada entre as mulheres aumentou de $7,62 \pm 0,56$ para $10,89 \pm 0,39$ ($p < 0,000$). Na Figura 2 é apresentada a frequência acumulada dos valores percentuais de acertos antes e depois da capacitação em cada população. As mudanças podem ser observadas visualmente por meio da comparação das áreas.

Em relação à auto-avaliação sobre higiene bucal (Figura 3), constatou-se aumento da auto-suficiência. Entre os ACS, o valor médio da auto-avaliação passou de $6,22 \pm 0,51$ para $8,44 \pm 0,42$ ($p < 0,000$). Os valores entre as mulheres aumentaram de $6,63 \pm 0,48$ para $8,34 \pm 0,30$ ($p < 0,000$). Sobre a capacidade de auto-exame, observa-se na Tabela que houve deslocamento no valor da média pós-intervenção. A percepção nos ACS

melhorou de 25,0 para 48,5 e nas mulheres de 20,5 para 37,0. Aplicando-se o teste “t” de *Student* pareado, a probabilidade das diferenças serem nulas foi muito pequena ($p = 0,001$).

Quanto ao acesso aos serviços odontológicos, o valor na escala variou nas duas populações pesquisadas: nos ACS de -6,0 para -14,0 e nas mulheres de -44,5 para 13,5, com diferença estatisticamente significativa para as mulheres ($p < 0,000$). Quanto ao uso do serviço odontológico, enquanto a média praticamente não se modificou nos ACS ($p = 0,712$), houve melhora significativa nas mulheres: o valor na escala de 200 pontos passou de -34,5 para 12,0 ($p < 0,000$).

DISCUSSÃO

Mulheres são consideradas cuidadoras primárias nas famílias e com expressiva liderança em condições adversas. Quando empoderadas, ou seja, com habilidades

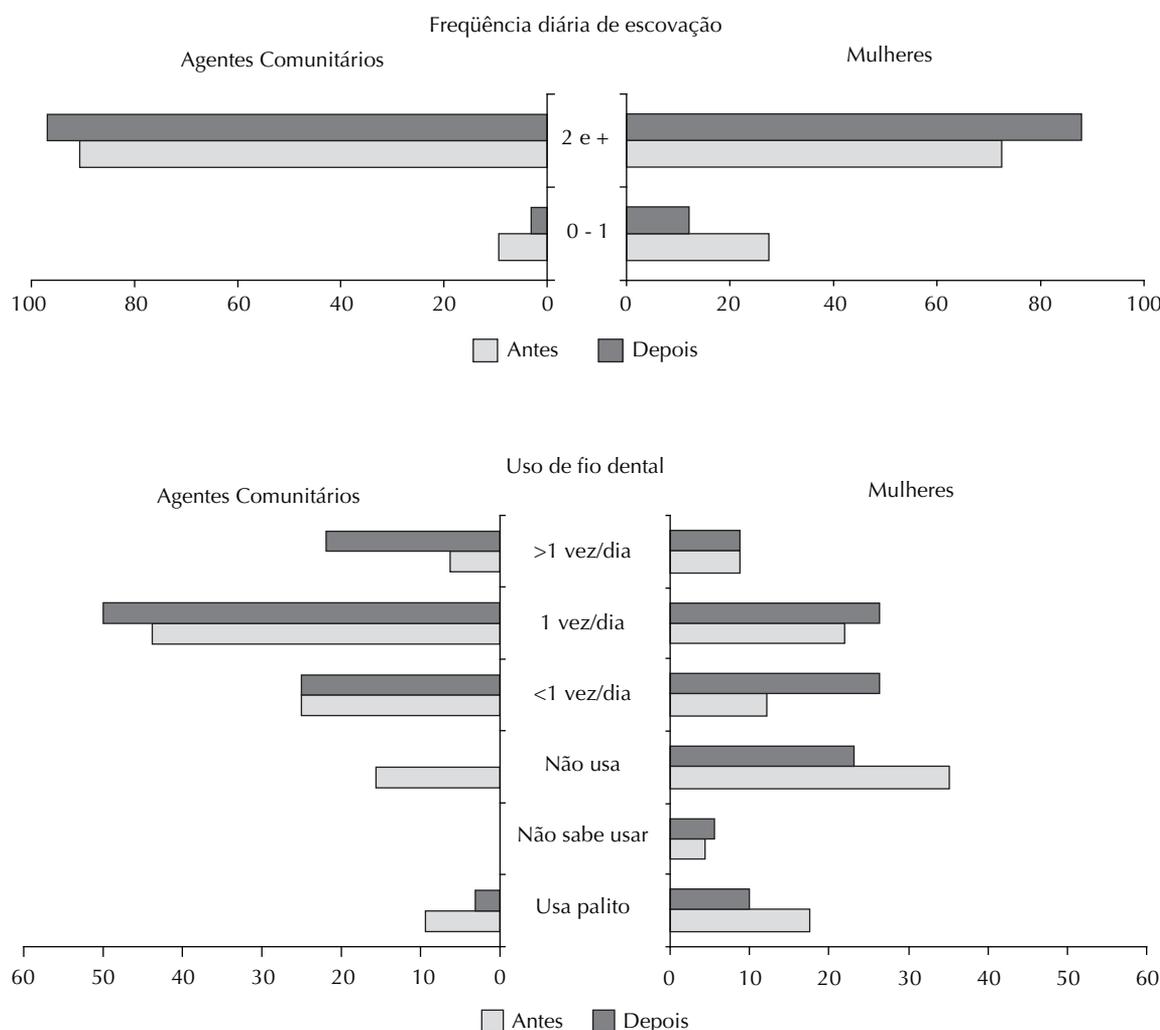


Figura 1. Práticas auto-referidas pelos agentes comunitários de saúde e pelas mulheres antes e depois do programa. Rio Grande da Serra, SP, 2003-2004.

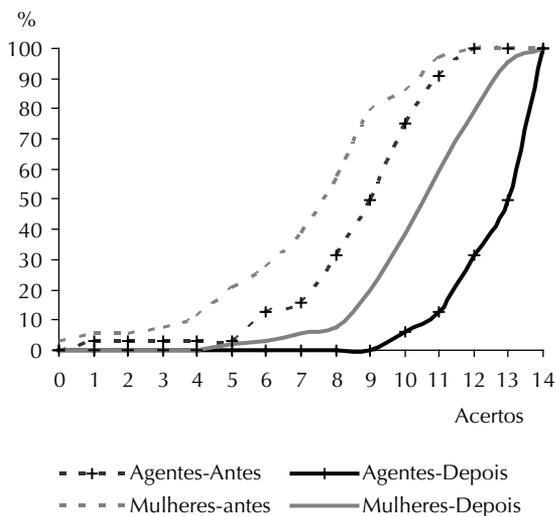


Figura 2. Frequência acumulada do número de acertos relativo às questões de saúde bucal entre os agentes comunitários de saúde e as mulheres antes e após o programa. Rio Grande da Serra, SP, 2003-2004.

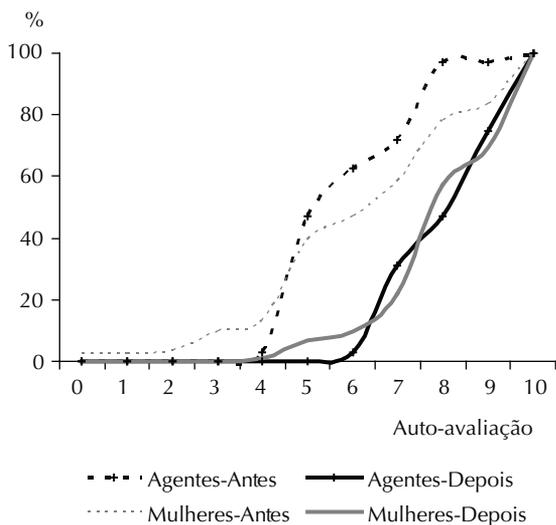


Figura 3. Frequência acumulada dos valores de auto-avaliação da higiene bucal dos agentes comunitários de saúde e das mulheres antes e após o programa. Rio Grande da Serra, SP, 2003-2004.

para tomar decisões e ter controle sobre o processo saúde-doença bucal, podem atuar efetivamente em programas de promoção da saúde, sendo reconhecidas como agentes-chave do processo de mudança em questão.¹³ Casa e relações interfamiliares ocupam lugar central e intervenções podem ter efeitos positivos em distintas áreas da vida de uma mulher, como também na família e na comunidade.¹⁰ As interações sociais das mulheres ajudam a desenvolver suas práticas de cuidado em saúde, seja na consulta realizada nos serviços de saúde,

seja na troca de conhecimentos entre mães e mulheres em nível comunitário e no âmbito familiar.¹¹

A escolha da faixa etária teve como base os ciclos de vida das famílias, os quais seguem cursos de desenvolvimento em que predominam determinados papéis e tarefas específicas. As dificuldades no cumprimento desses papéis aumentarão a probabilidade do surgimento de problemas de saúde. Para desenvolver melhor seu papel, os profissionais de saúde devem ser capazes de reconhecer esses ciclos que apresentam movimentos de “construção de autonomia”, expansão de uma nova família jovem que se constitui, seguida pela contração de uma família madura que envelhece. Tais estágios incluem tarefas a serem cumpridas pelos membros familiares. O ciclo de vida a que pertence uma família é uma ferramenta poderosa auxiliando na compreensão das tarefas, papéis e comportamentos a serem desempenhados pelos membros das famílias.¹⁶

O emprego de um formulário contendo perguntas fechadas sobre o conteúdo da capacitação, como já observado em outros estudos,^{3,5,24} permitiu obter maior número de observações, maior uniformidade na interpretação dos dados sob os critérios fixados, conferindo controle apropriado de sua aplicação antes e depois da atuação dos ACS.

Entre as limitações do estudo, não foi possível estabelecer uma amostra de mulheres que pudesse servir de grupo controle para comparação. As atividades voltadas à saúde bucal dos ACS durante o período do estudo não foram isoladas das demais atividades de treinamento e de visitas domiciliares por eles realizadas.

Contudo, mudanças importantes foram encontradas. Em relação às práticas e capacidades auto-referidas, as estimativas foram convergentes entre os ACS e as mulheres e mães nos itens sobre: frequência de escovação dentária, uso do fio dental e a auto-avaliação da higiene bucal. Considerados em conjunto, esses pontos podem ser indicativos do grau de assimilação e do aumento da auto-suficiência em ambas as populações em aspectos concernentes ao controle de determinantes proximais e fatores relacionados ao processo saúde-doença. Praticamente todas as mulheres entrevistadas escovavam os dentes ainda que não diariamente antes do programa. Admitindo-se o mesmo para os demais membros da família, pode-se considerar que o desequilíbrio entre o número de escovas e de pessoas em cada família seja expressão do uso coletivo de escovas dentais. O maior equilíbrio identificado na segunda observação pode ser atribuído à inclusão desse tipo de recurso no material de trabalho do PACS.

Em relação à auto-avaliação sobre a higiene bucal dos entrevistados, observou-se aumento significativo nos dois grupos, podendo supor que houve troca de informações sobre o tema. As visitas domiciliares realizadas

Tabela. Distribuição da população do estudo segundo questões relativas à capacidade no auto-exame, acesso e utilização do serviço público odontológico antes e após o programa. Rio Grande da Serra, SP, 2003-2004.

Questão	Agentes comunitários				Mulheres			
	Antes		Depois		Antes		Depois	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Sua capacidade para identificar lesões (feridas) na boca é:</i>								
Péssima (1)	-	-	-	-	8	8,8	5	5,5
Ruim (2)	-	-	-	-	10	11,0	9	9,9
Regular (3)	15	46,9	6	18,8	17	18,7	13	14,3
Boa (4)	15	46,9	22	68,8	39	42,8	48	52,7
Ótima (5)	2	6,2	4	12,4	11	12,1	16	17,6
Não sabe/ não informou	-	-	-	-	6	6,6	-	-
Média	3,50		3,97		3,41		3,74	
Escala de -100 a +100	25,0		48,5		20,5		37,0	
Teste "t" Student pareado	p = 0,001				p = 0,001			
<i>Você considera o acesso de sua família ao serviço público odontológico como sendo:</i>								
Muito difícil (1)	4	12,5	4	12,5	30	33,0	13	14,3
Difícil (2)	2	6,3	10	31,3	32	35,2	10	11,0
Às vezes fácil, às vezes difícil (3)	21	65,6	10	31,3	15	16,5	20	22,0
Fácil (4)	4	12,5	7	21,9	11	12,1	39	42,9
Muito fácil (5)	1	3,1	1	3,1	1	1,1	9	9,9
Não sabe /não informou	-	-	-	-	2	2,2	-	-
Média	2,88		2,72		2,11		3,27	
Escala -100 a +100	-6,0		-14,0		-44,5		13,5	
Teste "t" Student pareado	p = 0,378				p = 0,000			
<i>Indique a sua percepção em relação ao uso do serviço odontológico pela sua família. O uso do serviço odontológico é:</i>								
Muito freqüente (5)	-	-	-	-	1	1,1	2	2,2
Freqüente (4)	10	31,3	11	34,4	22	24,2	50	54,9
Irregular (3)	12	37,5	9	28,1	10	11,0	11	12,1
Raro (2)	8	25,0	9	28,1	28	30,8	22	24,2
Muito raro (1)	2	6,3	3	9,4	29	31,9	6	6,6
Não sabe /não informou	-	-	-	-	1	1,1	-	-
Média	2,98		2,88		2,31		3,24	
Escala de -100 a +100	-1,0		-6,0		-34,5		12,0	
Teste "t" Student pareado	p = 0,712				p = 0,000			
Total	32	100,0	32	100,0	91	100,0	91	100,0

pelos ACS envolveram a transmissão de informações sobre autocuidado em saúde bucal e isso pode ter contribuído para o desenvolvimento da confiança e aumento das capacidades referidas pela população.

Estudos sobre agentes e promotores de saúde em diversos países (Brasil, México, Bangladesh e Nigéria) mostram várias experiências bem sucedidas.⁹ Giuliani⁹ relata aumento das taxas de aleitamento natural e amamentação exclusiva e mudanças de algumas práticas tradicionais de alimentação nas crianças, indicando que o trabalho de educação comunitária desses profissionais foi muito efetivo.

Quanto ao acesso e utilização dos serviços odontológicos, foram observadas melhorias significativas na população de mulheres e mães, aspecto que pode estar relacionado à atuação dos ACS, cujo trabalho têm por objetivo o estreitamento do elo entre a população e os serviços de saúde.

Estudo de indicadores de saúde na Bahia mostrou impacto na cobertura vacinal em áreas adstritas ao PACS.²¹ Admite-se que as atividades educativas desenvolvidas pelos ACS podem reduzir a carência de informações da população sobre diversos aspectos de saúde e seus determinantes.¹⁵ Dessa forma, aumentam-se as possibilidades

e formas de acesso aos serviços, produzindo repercussões importantes na relação comunidade-serviços de saúde, inclusive mudança de comportamento dos usuários na busca de atendimento.¹⁵

Os resultados do presente estudo foram observados numa situação de oferta de assistência individual embasada num modelo tradicional de prática odontológica centrado no cirurgião-dentista enquanto sujeito exclusivo do processo do trabalho. Conforme Narvai,¹⁷ a formação do cirurgião-dentista segue na contra-mão das necessidades do País, uma vez que tais profissionais são preparados para atuar empregando tecnologias importadas que não condizem com a realidade nacional. O profissional deveria ampliar sua percepção das necessidades sociais além de práticas curativas e preventivas. Segundo Fernandes,⁴ o emprego de agentes comunitários não deveria significar o desenvolvimento de projetos que perpetuassem um modelo assistencial desigual e discriminatório, com uma forma de organização dirigida às classes ricas – de profissionais altamente especializados e utilização de tecnologia sofisticada – e outra forma dirigida às populações carentes com base em recursos simplificados.

Resultados ainda mais positivos poderiam ser obtidos se o componente de saúde bucal do PACS fosse combinado com mudanças no modelo de prática. Tais mudanças têm recebido forte incentivo em muitos municípios a partir da reorganização da atenção básica sob os princípios da estratégia de saúde da família.^a Romper com o modelo odontológico tradicional implica buscar a integralidade da atenção⁸ em suas diferentes dimensões e constitui tarefa cotidiana para a equipe de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultório dentário, técnicos em higiene dental, agentes comunitários de saúde, entre outros) e para as diferentes organizações da sociedade.

Enquanto componentes de uma equipe de saúde, os ACS devem capacitar-se regularmente e ter acesso a informações técnicas que qualifiquem seu conhecimento da realidade local e o aprimoramento das intervenções para melhoria da situação de vida existente.¹² Os agentes comunitários de saúde querem se capacitar em saúde bucal. Essa capacitação é necessária e deve ser complementada com atividades de educação continuada visando à melhoria das condições de saúde bucal da população.^b

Assim como o presente estudo identificou melhoria da saúde bucal da comunidade por meio do PACS, é possível afirmar que os ACS também atuam, em outras áreas e domínios de saúde, no repertório de conhecimentos das pessoas, repercutindo na auto-confiança e na capacidade para controlar determinantes do processo saúde-doença.

As observações do presente estudo mostraram não apenas o papel de agente de mudança desempenhado pelos ACS, mas também alterações na auto-suficiência de mulheres e mães impulsionadas pela atuação deste tipo de pessoal, caracterizada por um agir mediado pela conversa, confiança, respeito e compromisso.^c Essa relação favorece o estreitamento de vínculos, contexto no qual a superação de antigas crenças e a assimilação de novos valores podem ser alcançadas.

Alguns especialistas defendem que maior domínio sobre as informações e conhecimentos de saúde (“health literacy”) possibilita mudanças de atitudes e motivações sobre comportamentos de saúde, elevando a auto-suficiência e as capacidades pessoais para certas tarefas, acelerando resultados de determinadas intervenções de promoção da saúde.¹⁸ As mudanças na dimensão cognitiva e nas práticas e capacidades auto-referidas observadas no presente estudo corroboram esse modelo, indicando o importante lugar que o ACS pode ocupar na promoção da saúde bucal.

^a Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. A reorganização da saúde bucal na atenção básica. *Divulg Saude Debate*. 2000;(21):68-73.

^b Fajardo AP. Agentes comunitários de saúde: discurso e prática em saúde bucal coletiva [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

^c Carvalho VLM. A prática do Agente Comunitário de Saúde: um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeverica da Serra [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.

REFERÊNCIAS

1. Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13(1):259-68. DOI: 10.1590/S1413-81232008000100029
2. Costa ICC, Unfer B, Oliveira AGRC, Arcieri RM, Moraes E, Saliba NA. Investindo na promoção de saúde: PSF e PACS, uma análise de suas performances em oito municípios brasileiros. *Rev Aboprev*. 1998;1(1):30-7.
3. Faustini DMT, Novo NF, Cury MCFS, Juliano Y. Programa de orientação desenvolvido com adolescentes em centro de saúde: conhecimentos adquiridos sobre os temas abordados por uma equipe multidisciplinar. *Cienc Saude Coletiva*. 2003;8(3):783-90. DOI: 10.1590/S1413-81232003000300012
4. Fernandes JCL. Agentes de saúde em comunidades urbanas. *Cad Saude Publica*. 1992;8(2):134-9. DOI: 10.1590/S0102-311X1992000200004
5. Flores EMTL, Drehmer TM. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. *Cienc Saude Coletiva*. 2003;8(3):743-52. DOI: 10.1590/S1413-81232003000300008
6. Frazão P. Promovendo a saúde bucal coletiva: manual para agentes comunitários de saúde. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo; 2001.
7. Frazão P, Marques DSC. Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(1):131-44.
8. Garcia DV. Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: ABO-RJ/ANS; 2005.
9. Giugliani ERJ. Amamentação exclusiva e sua promoção. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.11-24.
10. Gollub EL. The female condom: tool for women's empowerment. *Am J Public Health*. 2000;90(9):1377-81. DOI: 10.2105/AJPH.90.9.1377
11. Hernandez Tezoquipa I, Arenas Monreal ML, Valde Santiago R. El cuidado a la salud en el ámbito domestico: interacción social y vida cotidiana. *Rev Saude Publica*. 2001;35(5):443-50. DOI: 10.1590/S0034-89102001000500006
12. Kadit E, Tasca R. Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor saúde. São Paulo: Hucitec; 1993.
13. Kar SB, Pascual CA, Chickering KL. Empowerment of women for health promotion: a meta-analysis. *Soc Sci Med*. 1999;49(11):1431-60. DOI: 10.1016/S0277-9536(99)00200-2
14. Kluthcovsky ACGC, Takayanagui AMM. Community health agent: a literature review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(6):957-63. DOI: 10.1590/S0104-11692006000600019
15. Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20(1):197-203. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000100036
16. Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas; 2008.
17. Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec; 1994.
18. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion Int*. 2000;15(3):259-67. DOI: 10.1093/heapro/15.3.259
19. Pereira JCR. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde humanas e sociais. São Paulo: Edusp; 2001.
20. Piovesan A, Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Rev Saude Publica*. 1995;29(4):318-25. DOI: 10.1590/S0034-89101995000400010
21. Solla JJSP, Medina MG, Dantas MBP. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Saude Debate*. 1996;51:4-15.
22. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. New York: Oxford University Press; 2001.
23. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad Saude Publica*. 1998;14(2):429-35. DOI: 10.1590/S0102-311X1998000200028
24. Valentini W, Levav I, Kohn R, Miranda CT, Mello AAF, Mello MF, Ramos CP. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Rev Saude Publica*. 2004;38(4):523-8. DOI: 10.1590/S0034-89102004000400007