

**IMPACTO DE UMA CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE  
SAÚDE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL**

**DEBORA SUELI CORREIA MARQUES**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos obrigatórios para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva junto ao Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos.

Orientador: PROF. DR. PAULO FRAZÃO

SANTOS

2005

## **AGRADECIMENTOS**

### **A Deus**

Pela vida, saúde e fé que tem me concedido.

### **À minha família**

Meus pais e amigos Paulo e Regina Celi, avó Anete, pelo amor, incentivo e ensinamentos necessários no decorrer da vida.

### **Ao meu grande amor Hugo**

Amigo e companheiro, apoio sempre presente com carinho e cumplicidade.

### **Ao Prof. Dr. Paulo Frazão**

Pela experiência, competência, atenção, serenidade e paciência em todos os momentos da realização deste trabalho. Um exemplo a ser seguido. Sou muita grata ao Mestre e orientador amigo.

### **Às colegas de trabalho Magali e Patrícia**

Amigas incansáveis que contribuíram muito na coleta de dados.

### **À amiga Adriana Damo Folego**

Pela atenção e ajuda dispensadas nas visitas ao município de Rio Grande da Serra e em todos os momentos em que foi solicitada.

**Ao amigo Edécio Francisco Anselmo**

Meu primeiro incentivador na busca de conhecimentos no campo da Saúde Coletiva.

**Ao amigo José Antônio Neves Paulino**

O grande professor de Odontologia.

**Às pessoas que me apoiaram tecnicamente como os primos**

**Marcos**, na informática e **Maria Regina**, nas traduções de inglês, **cunhado Walter**, com a manutenção do computador e o **sobrinho Raphael**, o “pequeno” consultor de informática.

A todas as outras pessoas, que porventura não foram citadas, mas que contribuíram para a realização deste estudo.

### **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

**Aos Agentes Comunitários de Saúde e às mulheres e mães do município de Rio Grande da Serra** que se disponibilizaram a participar deste estudo, possibilitando sua elaboração.

## RESUMO

MARQUES DSC. **Impacto de uma capacitação de Agentes Comunitários de Saúde na promoção da saúde bucal.** Santos; 2005 [Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos]

O objetivo do presente estudo foi medir o impacto de uma capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na promoção da saúde bucal em Rio Grande da Serra, município da Grande São Paulo. No contexto de um projeto de capacitação em saúde bucal de ACS, pesquisa social foi realizada. Participaram 36 ACS e uma amostra representativa de mulheres e mães (M&M), donas de casa de 25 a 39 anos de idade alfabetizadas que residiam em domicílios de 3 a 6 cômodos. Um formulário contendo dados de renda e escolaridade, quatorze questões sobre conhecimentos de saúde-doença bucal em cada ciclo de vida (CSB), cinco itens sobre práticas e capacidades auto-referidas em relação ao auto-exame, número de residentes e de escovas de dentes (NE) individuais e coletivas em cada domicílio, frequência de escovação dental e uso de fio dental e auto-suficiência da limpeza dos dentes e duas questões sobre acesso e uso de serviços odontológicos foi construído para esse fim. As respostas foram analisadas separadamente e em conjunto. Foi empregado o teste do qui-quadrado de McNemar para as escalas nominais e teste "t" de *Student* pareado para as escalas de Likert adotando-se um nível de significância de 5% para rejeição da hipótese de nulidade. Os resultados mostraram que as diferenças observadas entre os ACS após sua capacitação foram estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) para todas as 14 questões relativas aos CSB. Entre as mulheres, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) em somente duas questões. NE individuais aumentou e NE coletivas diminuiu. Os respondentes declararam que a frequência da escovação e do uso do fio dental se elevou depois da atuação dos ACS. 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 M&M. Mudanças positivas na percepção de M&M em relação a aspectos de saúde bucal, na auto confiança, e no acesso e uso de serviços odontológicos foi observada, a qual pode ser um importante indicativo do lugar que pode ocupar o ACS na promoção de saúde bucal.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde, Agentes Comunitários de Saúde, Mulheres , Mães, Saúde Bucal.

## ABSTRACT

MARQUES DSC. **Impact of a community health agents' training in oral health promotion.** Santos; 2005 [Dissertation to obtain master Degree – Catholic University of Santos]

The objective of this study was to describe the effect of community health agents (CHA)'s activities on oral health perception in women and mothers (W&M) living at Rio Grande da Serra, São Paulo. Within a project of CHA's training social research was carried out. Thirty-six agents and a representative sample of housewives 25 to 39 years old, literate, living in house with 3 to 6 rooms took part in the study. They answered a form with data about income and scholar years, fourteen questions about oral health knowledge (OHK) in each life cycle, five itens about self-reported practices and personal skills, number of people living together and number of individual and collective toothbrushes (NT) in each household, brushing teeth frequency, dental floss use, and self-efficacy in cleaning one's own teeth, and two questions about access and use of professional dental services. The answers were analized separatedly and all together. The McNemar chi-square test to nominal scales and Student t test for pairs to Likert scales were used taking a significance level of 5% for rejection hypothesis of nullity. The results show that the differences observed among the CHA after their training were statistically significant ( $p < 0.05$ ) for all 14 questions related to OHK. Among the W&M, statistically significant differences were not observed ( $p > 0.05$ ) in only 2 questions. The individuals NT increased and the collective ones decreased. The participants declared that after the CHA program the dental floss use and the brushing increased. The values of self-efficacy in cleaning one's own teeth increased. Changes in self reported practices and personal skills showed better self-confidence. The access to services got easier ( $p < 0.000$ ) and the use of these services got more regular ( $p < 0.000$ ) among W&M. Significant changes on perception of W&M relating to oral health, self-confidence and access to and use of services were observed and these could be an indication about the important role played by CHA in the oral health promotion.

**Key-words:** Health Promotion, Community Health Agents, Women and Mothers, Oral Health.

## ÍNDICE

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1.    | INTRODUÇÃO  | 3  |
| 1.1   | Promoção da Saúde                                   | 3  |
| 1.2   | Empoderamento como estratégia de promoção da saúde  | 9  |
| 1.3   | O Agente Comunitário de Saúde                       | 22 |
| 2.    | OBJETIVOS   | 33 |
| 2.1   | Objetivo Geral                                      | 33 |
| 2.2   | Objetivos Específicos                               | 33 |
| 3.    | MATERIAL E MÉTODO                                   | 34 |
| 3.1   | Tipo de estudo                                      | 34 |
| 3.2   | Local da pesquisa                                   | 34 |
| 3.3   | Os sujeitos sociais                                 | 36 |
| 3.4   | Instrumento de coleta dos dados                     | 40 |
| 3.5   | Aspectos éticos                                     | 49 |
| 3.6   | Coleta dos dados                                    | 51 |
| 3.7   | Análise dos dados                                   | 52 |
| 4.    | RESULTADOS  | 54 |
| 4.1   | Características sócio-econômicas                    | 54 |
| 4.2   | Percepção sobre aspectos relacionados à saúde bucal | 56 |
| 4.2.1 | Ciclos de vida e saúde-doença bucal                 | 56 |

|  |     |
|--|-----|
| 4.2.2 Práticas e capacidades auto-referidas          | 70  |
| 4.2.3 Acesso e utilização dos serviços odontológicos | 75  |
| 4.2.4 Análise de conjunto                            | 77  |
| <br>   |     |
| 5. DISCUSSÃO   | 81  |
| <br>   |     |
| 6. REFERÊNCIAS                                       | 94  |
| <br>   |     |
| 7. ANEXOS  | 105 |

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. Promoção da Saúde**

O conceito de promoção da saúde aparece na década de 40, de forma progressiva, combinado ao conceito positivo da saúde. Sigerist (1946) a define como uma das tarefas essenciais da medicina. Na década de 60, ganha destaque associado à prevenção das doenças, através do estímulo de hábitos e comportamentos saudáveis e atuação nos fatores de risco.

Com a crise nos sistemas de saúde a partir da década de 70, reafirma-se a percepção de que é preciso intervir nos determinantes do adoecimento. Um marco na área de Promoção da Saúde nesse período é a divulgação, em 1974, do relatório Lalonde (OPS 1996) que define quatro grandes eixos do campo da saúde: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde. Nesse documento do Ministério da Saúde do Canadá, afirma-se que “até agora quase todos os esforços da sociedade canadense destinados a melhorar a saúde, assim como os gastos setoriais diretos, concentram-se na assistência médica. Entretanto, as causas principais de adoecimento e morte, têm origem nos outros três componentes do conceito”.

No final dessa década, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realiza a I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, na cidade de Alma-Ata (1978). Nessa conferência é definida a meta “Saúde para todos no ano 2000” e aprovada a proposta da atenção primária em saúde. Essa conferência recomenda a adoção de oito elementos essenciais para a saúde (Buss, 2000a):

1. Educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para a sua prevenção e controle;
2. Promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada;
3. Abastecimento de água e saneamento básico apropriados;
4. Atenção materno-infantil incluindo o planejamento familiar;
5. Imunização contra as principais doenças infecciosas;
6. Prevenção e controle de doenças endêmicas;
7. Tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes;
8. Distribuição de medicamentos básicos.

Esse movimento desdobra-se na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986 na cidade de Ottawa, Canadá. Na carta divulgada pelos participantes, a promoção da saúde é definida como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (CIPS 1986).

A saúde deixa de ser centrada nos aspectos biológicos ampliando-se as formas de pensar as possíveis causas e intervenções para enfrentar os problemas de saúde coletiva. Com a incorporação dos quatro itens que compõem o campo de saúde, é possível instaurar um sistema de análise para se examinar qualquer problema à luz da interação desses quatro componentes. Um exemplo claro, oferecido por Lalonde (OPS 1996), é o problema de acidente de trânsito. Observa-se que os fatores que mais contribuem para o aumento dos acidentes de trânsito são: o estilo de vida, o meio ambiente, e a organização da atenção à saúde, ficando a biologia humana com pouca

importância. Essa análise auxilia os planejadores da saúde a voltarem sua atenção para intervenções direcionadas à implantação de políticas para mudança do estilo de vida e intervenções diretas mais sobre o meio ambiente, do que sobre a assistência médica. Assim, a promoção da saúde é empregada como um desdobramento da atenção primária em saúde, a qual se insere no campo da análise, intervenção e planejamento das políticas de saúde.

A promoção da saúde diz respeito às ações destinadas a melhorar e aprimorar a saúde das pessoas não doentes tendo assim um impacto no aumento da expectativa de vida, possibilitando que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde. Nesse sentido, apresenta uma visão integral do processo saúde-doença-atenção. Saúde é compreendida como um campo complexo, que envolve constantes mudanças e evoluções fisiológicas, bem como transformações que ocorrem no plano psíquico e social do indivíduo e da sociedade. A partir dessa concepção são propostas ações que transcendem os serviços de saúde em direção a comunidades, ambientes de trabalho, escolas, etc., distribuídas em cinco linhas de trabalho:

1. Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
2. Criação de ambientes favoráveis à saúde;
3. Reforços da ação comunitária;
4. Desenvolvimento das habilidades pessoais;
5. Reorientação dos serviços de saúde.

A saúde é definida, não como um objeto em si, mas como recurso da vida cotidiana. Trata-se, portanto, de um conceito positivo, que enfatiza os meios sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. O

desenvolvimento social, econômico e pessoal é considerado uma importante dimensão da qualidade de vida. Desse modo, são requisitos para a saúde: a paz, a educação, a habitação, a renda, o ecossistema estável, a justiça social e a equidade (CIPS 1986).

Tem sido crescentemente reconhecido que diversos fatores condicionam e determinam os níveis de saúde-doença das populações, entre os quais políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. Esse referencial teórico tem exercido influência em diferentes sistemas de saúde.

A IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Jacarta, Indonésia, em julho de 1997, confirmou que promoção da saúde é uma prática para se atingir maior equidade em saúde e que as estratégias estabelecidas pela Carta de Ottawa são essenciais para o seu alcance (Portillo & Paes 2000). A Carta de Jacarta reforça saúde como um direito humano básico e essencial para o desenvolvimento social e econômico, e promoção da saúde como elemento essencial para o desenvolvimento da saúde. A promoção da saúde, através de investimentos e ações, tem um impacto no aumento da expectativa de vida e possibilita que as pessoas tenham maior controle sobre os determinantes da saúde.

No Brasil, com a aprovação da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser um direito de todos os cidadãos. A Lei 8080/90, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, estabelece em seu artigo 2º que a “saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu exercício”. Define no seu §1º que “O dever do Estado de

garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. Ainda no § 2º é afirmado que “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”.

Nota-se que a função do Estado abrange a provisão de condições indispensáveis para garantir a saúde e não exclui a participação da sociedade. Portillo & Paes (2000) reconhecem ser fundamental que exista uma participação comunitária efetiva na definição de problemas, na tomada de decisões e nas medidas empreendidas para modificar e melhorar os fatores determinantes da saúde.

Com base nos termos da Lei, é reconhecido o conceito ampliado de saúde mediante o qual: “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a saúde, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (Brasil 1990).

As ações de promoção da saúde devem atuar sobre esses determinantes objetivando reduzir as diferenças nos níveis de saúde e assegurar maior igualdade de oportunidades, proporcionando os meios que permitam a toda população desenvolver ao máximo o seu potencial de saúde (CIPS 1986).

Três grandes estratégias foram estabelecidas para orientar o trabalho no campo da promoção da saúde: a defesa da saúde, a capacitação e a mediação.

Na estratégia da capacitação propõe-se que “os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis, estão entre os principais elementos capacitantes” (Buss 2000a).

Gutierrez define a participação da comunidade e a responsabilidade do Estado nos seguintes termos: “Promoção da Saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado de saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde, suas condições de vida em nível individual e coletivo” (Gutierrez *apud* Buss 2000a). Para definir essa capacidade de controle, pesquisadores têm empregado o termo *empowerment*, um termo da língua inglesa que, por encerrar vários sentidos, apresenta complexa tradução para o português. Alguns especialistas têm usado a palavra empoderamento. Diferentes graus de participação da comunidade na determinação das prioridades em saúde podem revelar diferentes graus de empoderamento (Evans *apud* Portillo & Paes 2000).

Na última década, a Saúde Coletiva tem utilizado o conceito de empoderamento para subsidiar a promoção da saúde. Sua falta pode se constituir num fator de risco para o aparecimento e desenvolvimento de doenças (Wallerstein & Bernstein 1994).

Para Portillo & Paes (2000) o acesso à promoção da vida, e portanto, à saúde corresponde ao empoderamento (ou reforço) da sociedade no controle social do processo da saúde, legitimado por relações sociais e políticas.

## **1.2. Empoderamento como estratégia de promoção da saúde**

Empoderamento é um conceito que os organismos internacionais introduziram nas discussões sobre os grupos desfavorecidos, especialmente o de mulheres.

D'Ávila-Neto & Pires (1998) afirmaram que alguns pesquisadores consideram que pobres, pessoas em processo de empobrecimento, comunidades em frágeis condições sociais, desprovidos de emprego, moradia, terra, vítimas de fome e de seca, constituem os grupos a serem empoderados. Nesses grupos, mulheres e crianças são, de modo geral, maioria.

O conceito vai ocupar o centro do debate nas políticas de desenvolvimento nos anos 90 (Karl *apud* D'Ávila-Neto & Pires 1998). Um dos objetivos é o empoderamento de mulheres. As estratégias seriam alcançadas em torno da defesa de suas necessidades práticas, definidas por elas próprias, de “baixo para cima”, ao contrário de processos conduzidos de “cima para baixo”, que segundo alguns pesquisadores seriam representados pelas chamadas políticas de inclusão social (Malhotra *et al.* 2002). Nessa concepção,

empoderamento e inclusão social são conceitos relacionados, mas separados. Bennett *apud* Malhotra *et al.* (2002) descreve empoderamento como “o aumento de habilidades e capacidades de diversos indivíduos e grupos para comprometer-se, influenciar, de forma segura e responsável, as instituições que os afetam”.

Por outro lado, inclusão social é definida como “a remoção de barreiras institucionais e o aumento de incentivos para ampliar o acesso de diversos indivíduos e grupos a bens e oportunidade de desenvolvimento”. O processo de empoderamento se caracteriza por operar de baixo para cima e envolve a ação, como exercitado pelos indivíduos e grupos. Inclusão social, em contraste, requer mudanças sistêmicas impulsionadas pelo alto, ou seja, de cima para baixo.

É importante notar que o termo “empoderamento” é um neologismo ainda não incorporado pela língua portuguesa. Em documentos oficiais de organismos internacionais traduzidos para o português, o termo tem sido representado como “reconhecimento de direitos”, “avanço”, “estimular a participação”, “expansão do papel” etc. Ao discutir os processos de emancipação da mulher, Pires (1999) comenta essas diferentes noções. Para ela, traduzir empoderamento utilizando essas expressões pode reduzir toda a riqueza contida no processo de construção teórica e prática desse importante conceito.

Santiago *et al.* (2003) afirmam que: “A teoria do empoderamento presume que a sociedade está construída por diversos grupos que possuem diferentes níveis de poder e controle sobre os recursos. O empoderamento é

para os desfavorecidos e privados dos seus direitos, para os que não estão representados adequadamente nas estruturas do poder”.

Segundo Vasconcelos (2001), o conceito de empoderamento é o tema central das políticas sociais na Europa, Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia, principalmente a partir dos anos 90. Historicamente, ele vem sendo associado a formas alternativas de trabalho em realidades sociais, atividades de suporte mútuo, cooperativas, formas de democracia e movimentos sociais autônomos.

Numa definição mais geral, empoderamento significa “um processo pelo qual, indivíduos, comunidades e organizações, obtém controle sobre suas vidas” (Rappaport *apud* Minkler 1992). Vasconcelos (2001) o define como “aumento do poder pessoal e coletivo de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão e dominação social”. Vários autores que trabalham com o empoderamento se referem a ele como habilidades das pessoas alcançarem compreensão e controle sobre suas forças pessoais, econômicas e políticas, para poderem agir de modo a melhorar sua situação de vida (Wallerstein 1994; Airhihenbuwa 1994; Bernstein 1994; Labonte 1994; Thursz 1993).

Kabeer *apud* Malhotra (2002) oferece uma definição prática de empoderamento: “A expansão na habilidade de pessoas para fazer escolhas de vida em contexto onde esta habilidade previamente lhes foi negada”.

Na área de Promoção da Saúde, empoderamento vem sendo definido como “um processo que ajuda as pessoas a firmar seu controle sobre fatores que afetam sua saúde” (Gibson *apud* Airhihenbuwa 1994). É também usado

como sinônimo para apoio mútuo, organização comunitária, sistema de suporte, participação da vizinhança, eficiência pessoal, competência, auto-estima e auto-suficiência (Rappaport *apud* Airhihenbuwa 1994).

Shou & Locker (1997) definem empoderamento como a idéia mais importante em promoção da saúde, a qual é de difícil aceitação para profissionais de saúde, visto que foram treinados em um modelo no qual o “provedor” de cuidados em saúde é um “experto” e o paciente é um recipiente de informação e de cuidados.

Airhihenbuwa (1994), estudando a relação entre empoderamento e educação para a saúde, delinea um modelo de empoderamento como forma alternativa para modelos mais tradicionais. Segundo ele existem três abordagens básicas para desenvolver as intervenções em educação em saúde: 1) Modelo Preventivo, que se focaliza no processo de decisão individual em adotar um comportamento saudável para prevenção de doenças; 2) Modelo Político Radical, onde o foco é na mudança social; ambiental e de estruturas políticas, para atacar a raiz dos problemas de saúde e doença; e finalmente, 3) o Modelo de Empoderamento, cujo foco é facilitar as escolhas individuais e comunitárias, para fornecer aquisição de conhecimento com clarificação de valores e decisão, tornando prática as habilidades de organização comunitária, através de métodos de ensino não tradicional (Tones *apud* Airhihenbuwa 1994).

No terceiro modelo, o contexto é algo que deve ser levado em conta, já que o empoderamento se altera segundo as diferentes situações, considerando que elas refletem as várias necessidades dos indivíduos, grupos, organizações,

escolas e comunidades. Desse modo, as forças sócio-políticas e ambientais que influenciam o comportamento saudável, devem ser consideradas dentro de um contexto de cultura utilizando membros da comunidade e fontes especializadas.

Nos vários documentos de promoção da saúde, tem-se abordado o tema do reforço comunitário e do empoderamento. Tanto na Carta de Ottawa (1986) como na Declaração de Adelaide (1988) é reconhecido que a ação comunitária busca a posse e o controle de seus próprios esforços e destinos. Nessa mesma direção, a Declaração de Sundsvall (1991) propõe reforçar a criação de ambientes saudáveis “através de ações comunitárias (...), de maior controle sobre a saúde e o ambiente (...) e maior participação nos processos de tomada de decisões”. Finalmente, a Declaração de Bogotá (1992) sugere que a ação comunitária poderia “fortalecer a capacidade de população para participar das decisões que afetam a sua vida e para optar por modos de vida saudáveis (...) através do diálogo de diferentes saberes” (Buss *et al.* 2000b).

Outro campo de ação da promoção da saúde em que o empoderamento está inserido, refere-se ao desenvolvimento de habilidades pessoais, resultado do entendimento de que as causas e fatores de risco das doenças estão relacionados com percepções, comportamentos individuais, modos de vida e riscos existentes nos locais de trabalho e no meio ambiente. Capacitar a nós mesmos e as pessoas para compreenderem as características do processo saúde-doença, é tarefa para toda a vida. Nessa concepção, atividades de educação em saúde são vistas como um recurso cuja finalidade é a melhoria da auto-estima, a diminuição da alienação, a assimilação de novos

conhecimentos, de modo a abrir o campo de disponibilidades de escolha do indivíduo, deixando-o livre para decidir sobre seus comportamentos. Desse modo busca-se aprimorar as opções disponíveis para que a população exerça maior controle sobre sua saúde e sobre o meio-ambiente e para que opte por tudo aquilo que proporcione saúde (CIPS 1986).

Green & Kreuter *apud* Candeias (1997), conceituam Educação em Saúde como: "(...) quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde, onde se enfatiza a importância de combinar vários determinantes do aprendizado e de intervenções educativas. A palavra delineada distingue o processo de educação em saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada. Facilitar significa predispor, possibilitar e reforçar. Voluntariedade significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. Ação diz respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre sua própria saúde".

Promoção da Saúde é entendida por esses autores como "(...) uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Combinação refere-se à necessidade de mesclar os múltiplos determinantes da saúde (fatores genéticos, ambiente, serviços de saúde e estilo de vida) com múltiplas intervenções de fontes de apoio. Educacional refere-se à educação em saúde tal como acima definida.

Ambiental refere-se a circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano, assim como todas as políticas de ação mais diretamente ligadas a saúde”.

Desse modo, a relação entre Educação em Saúde e Promoção da Saúde está em que: “A educação em saúde procura desencadear mudanças de comportamento individual, enquanto a promoção da saúde, muito embora inclua sempre a educação em saúde, visa a provocar mudanças de comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, particularmente, porém não exclusivamente, por meio da legislação” (Candeias 1997).

Assim, percebe-se que a Educação em Saúde se insere na Promoção da Saúde, na medida em que o desenvolvimento de habilidades pessoais é um campo de ação da promoção da saúde e para tanto “é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para a saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em muitos outros espaços coletivos” (Buss 2000a).

Pode-se pensar a Educação em Saúde como instrumento de promoção. Essa educação é dirigida a grupos e comunidades, mais do que aos indivíduos; e está centrada mais em transformações econômicas e sociais que influenciam a conduta, do que em modificações do estilo de vida, hábitos e referências.

Revisando a literatura, observou-se o conceito de *self-efficacy*, em português: auto-suficiência que foi introduzido em 1977 por Bandura. A auto-suficiência foi inicialmente definida como a percepção do indivíduo de que ele pode executar um comportamento específico ou tarefa futura. Mais

recentemente, Bandura apud Souza *et al.* (2002) declara que a auto-suficiência se refere às crenças do indivíduo acerca de suas capacidades para organizar e executar os cursos de ação necessários para produzir determinados resultados.

Essa teoria postula que o comportamento em saúde é determinado pela expectativa de resposta e consiste em “crenças” sobre se um dado comportamento irá determinar uma resposta específica. A expectativa da *self-efficacy* consiste na crença sobre o quanto capaz uma pessoa é para desempenhar um comportamento específico, em uma situação especial que leva à resposta em questão.

De acordo com essa teoria, a expectativa da eficácia é o maior determinante para que uma pessoa tenha ou não um comportamento específico. É também determinante da quantidade de esforços que ela empregará nesse comportamento e por quanto tempo esse comportamento continuará a ser desenvolvido. Essa teoria se aplica à adoção de novos comportamentos, como a mudança de comportamentos antigos e prevenção de comportamentos indesejáveis.

Em recente estudo, Souza *et al.* (2002) mostraram que essa concepção pode ser útil como mediadora da melhora em índices clínicos de saúde oral, contribuindo para a conscientização de profissionais sobre sua importância na promoção da mudança de comportamento favorável à saúde oral do paciente, transformando hábitos antigos e promovendo hábitos mais saudáveis e duradouros.

O aumento da auto-suficiência pode ser um indicativo de desfechos positivos no curso das ações de promoção da saúde.

Nutbeam (2000) propõe um modelo de análise em Promoção da Saúde. Nessa proposta, as habilidades pessoais, cognitivas e sociais que determinam a habilidade de indivíduos para obter acesso, entender e usar informações a fim de promover e manter uma boa saúde foram reunidas numa dimensão denominada *health literacy* (Nutbeam 1998). Traduzida por formação em ou domínio sobre informações e conhecimentos em saúde, os resultados nessa dimensão podem ensejar mudanças de atitudes e motivações sobre comportamentos de saúde, elevando a auto-suficiência em relação a tarefas definidas. Para o autor, *health literacy* diz respeito a um conjunto de fenômenos, entre os quais, conhecimentos, atitudes, intenções comportamentais, capacidades pessoais e auto-suficiência que podem traduzir medidas de impacto de determinadas intervenções e atitudes voltadas à promoção da saúde.

No modelo de análise as ações de promoção da saúde podem ser definidas em ações de educação; de mobilização social e de mediação (Nutbeam 2000). São exemplos de ações educativas: educação do paciente; educação em determinados locais como escolas, creches e hospitais, difusão de informações em meios de comunicação de massa e mídia impressa.

Na Carta de Ottawa (CIPS 1986), marco teórico para o campo da promoção da saúde, quando é enfatizada que ela objetiva proporcionar os meios pelo qual a população venha a discutir ao máximo o seu potencial de saúde, é colocado que isso só será possível se as pessoas forem capazes de

assumir o controle daquilo que determina seu estado de saúde (Buss *et al.* 2000b). Isso implica dizer que é preciso proporcionar os meios para que as pessoas se empoderem, ou seja, obtenham maior controle sobre suas vidas.

Revisando a literatura, Malhotra *et al.* (2002) examinaram os diferentes modos pelos quais o empoderamento tem sido conceituado, os instrumentos para medir empoderamento de mulheres e os efeitos de políticas e programas sobre saúde, educação, comportamento de fertilidade, níveis de renda etc.

Empoderamento foi usado para representar uma gama extensa de situações e descrever um elevado número de resultados. O termo foi mais usado para descrever diferentes tipos de políticas e estratégias de intervenção. É ainda identificado como um dos elementos constituintes fundamentais de redução de pobreza e como uma meta de ajuda de desenvolvimento primário.

Alguns autores identificam dois componentes fundamentais no processo de empoderamento: recursos e ação coletiva. Recursos, nessa concepção, têm sido descritos como fontes de empoderamento representados por fatores de capacitação e outros elementos potencialmente críticos para encorajar o processo de empoderamento tais como educação e emprego. O segundo componente representado pela ação coletiva é o “coração” do processo. Nele são compreendidas ações na esfera pública, engendradas a partir de processos sociais, onde novas idéias e práticas são gradualmente difundidas, podendo se tornar suficientemente amplas, a ponto de serem consideradas uma revolução tanto nas normas como na consciência coletiva. O resultado consiste na remoção de vários tipos de proibições que constroem a escolha individual e a ação. Entre os vários conceitos encontrados na literatura, é a

habilidade para formular escolhas estratégicas, controlar recursos e decisões que afetam resultados de vida importantes (Malhotra *et al.* 2002).

Como empoderamento é um processo dinâmico, separá-lo em componentes pode ser útil para identificar intervenções de políticas que o apoiem e avaliar o seu impacto. Cumpre destacar que em atividades de pesquisa ou avaliação, em geral, um número pequeno de fases ou etapas do processo é analisado, cuja distinção dependerá do contexto, das intervenções avaliadas e dos resultados de interesse.

Kar *et al.* (1999) analisaram quarenta estudos de empoderamento ao redor do mundo, provenientes de nações mais e menos industrializadas, e identificaram condições, fatores e métodos de empoderamento de mulheres e mães em movimentos sociais e de promoção da saúde, abrangendo quatro domínios de problemas: direitos humanos, direito de igualdade das mulheres, melhoria do ambiente econômico e promoção da saúde. Os sete métodos de empoderamento mais freqüentemente usados foram: atividades de capacitação (77,5%); proteção de direitos (60%); educação pública (57,5%); mediação, apoio e uso da mídia (50%); organizações comunitárias (50%); treinamento e desenvolvimento de liderança (47,5%) e treinamento para o trabalho e geração de micro empreendimentos (20%).

Levando em consideração a produção científica de vários pesquisadores (Freire 1973; Rappaport 1987; Zimmerman *et al.* 1992; Zimmerman 1995; Wallerstein & Bernstein 1994), empoderamento pode ser definido como um processo pelo qual indivíduos, comunidades e associações adquirem controle sobre temas e problemas que lhes dizem respeito. Dos quarenta casos de

empoderamento citados, sete estavam ligados a programas de promoção da saúde.

Para medir, comparar e avaliar o empoderamento das mulheres, a literatura contém uma gama de conceitos e condições. Malhotra *et al.* (2002) identificaram seis dimensões ligadas ao empoderamento assim denominadas: econômica; sócio-cultural; familiar/interpessoal; legal; política e psicológica. Essas dimensões são muito extensas. Para operacionalizá-las, indicadores podem ser construídos, os quais podem ser aplicados em pelo menos três níveis de análise: domiciliar, comunitário e espaços mais amplos representados por regiões de nações e países.

Kar *et al.* (1999) distinguíram esses níveis como individual/psicológico, comunitário e organizacional. Para esses autores, no primeiro nível, empoderamento diz respeito à habilidade do indivíduo para tomar decisões e ter controle sobre sua própria vida. Combina eficiência pessoal e competência, um sentido de domínio e controle, e um processo de participação para influenciar instituições e decisões. No plano organizacional, o fenômeno se refere ao controle do processo democrático, onde cada membro compartilha informação e poder, empregando métodos cooperativos de tomada de decisões. No nível comunitário, o foco é a aplicação de habilidades e recursos em esforços coletivos, para atender as necessidades. Este nível tem a possibilidade de influenciar decisões e mudanças no sistema social mais amplo. É composto de capacidade e ação; onde capacidade é definida pelo uso de poder para resolver problemas e ação é definida por conseguir uma razoável partilha de recursos (Wallerstein & Berstein 1994).

Freire (1980), através do conceito de conscientização, fornece a base para ligar esses três níveis de empoderamento. Conscientização envolve o desenvolvimento de um sentido de identificação com o grupo, de compartilhar o destino deste grupo e de eficiência própria, individual e coletiva. Este componente envolve tanto a opinião cuja ação efetiva é possível, quanto a capacidade (habilidade e recursos) para desenvolver uma estratégia efetiva para a ação.

Em síntese, pode-se afirmar que o empoderamento opera em níveis de micro e macro-contexto que se interpenetram. O primeiro pode incluir indivíduos e domicílios, mas também comunidades e instituições. O nível macro inclui qualquer dimensão da comunidade (Malhotra *et al.* 2002).

Nesse sentido, atividades voltadas à elevação da capacidade das pessoas sobre os determinantes do processo saúde-doença podem ser consideradas recursos de empoderamento aplicados na dimensão familiar/interpessoal em nível de microcontexto individual/domiciliar.

### **1.3. O Agente Comunitário de Saúde**

Os agentes de saúde surgem como mais um recurso com vistas à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida das comunidades, através das experiências chinesa e cubana divulgadas em 1978 na Conferência de Alma Ata. A inclusão desse tipo de pessoal na Declaração de Alma Ata aparece quando se elaboram as ações e competências que compõem os cuidados primários de saúde como primeiro nível de organização

do sistema de saúde. Desta forma, os cuidados primários em saúde “Baseiam-se, nos níveis locais (...), nos que trabalham no campo da saúde, inclusive, médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável,(...) convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade” (Brasil 2001).

Agentes de saúde que atuam na comunidade podem ser identificados em diferentes países. Em certos países do continente africano, eles têm sido chamados de Agentes Polivalentes de Saúde; Promotores de Saúde (Angola); em países de origem anglo-saxônica observa-se denominações como *caregivers* e *health facilitators*.

Em 1979, 400 agentes comunitários começaram a atuar no Maranhão com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Já em 1987, o programa foi implantado no Ceará, sendo a primeira iniciativa de implantação em nível estadual, realizada pelo Governo Federal e recebeu a denominação de Programa Agente de Saúde (PAS) do Ceará (Lunardelo 2004).

No estado de São Paulo, em decorrência da implantação de programas sob os princípios da Atenção Primária à Saúde, a inserção dos agentes de saúde começou em São José dos Campos em 1979 e na região do Vale do Ribeira a partir de 1981 (Silva 2001).

A experiência obtida através do PAS do Ceará ampliou as possibilidades para sua institucionalização em nível federal, devido ao fato dos resultados

qualitativos deste programa terem sido amplamente divulgados através da UNICEF pela mídia nacional e internacional.

Em 1991, o Ministério da Saúde propôs a implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como uma das estratégias para começar a mudar o modelo de assistência à saúde, ou seja, a forma como os serviços de saúde estão organizados e como a população tem acesso a esses serviços. Esse programa priorizava ações de educação em saúde, tendo como alvo a saúde materno-infantil. Sua implantação foi iniciada pelos estados da região nordeste. Em uma segunda fase, expandiu para a região norte, em decorrência da epidemia de Cólera que ressurgiu no Brasil.

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

Em 1993, o programa já estava em funcionamento em 13 estados das regiões norte e nordeste, com mais de 29 mil ACS, distribuídos em 761 municípios (Solla *et al.* 1996).

A justificativa para implantação do programa estava relacionada aos resultados alcançados pelas “experiências de atenção primária” no país, ao integrar o ACS à equipe, não apenas como um elo entre o sistema de saúde e a população, mas principalmente, por sua capacidade de resolver ou evitar parte dos problemas que ocasionavam a procura do sistema de assistência à saúde.

Documentos oficiais referiam também a significativa contribuição dos ACS, ao oferecer procedimentos simplificados de ações de saúde voltados

para práticas preventivas e para a diminuição da morbimortalidade, promovendo a família como núcleo básico da abordagem e tendo por objetivo contribuir para universalizar a assistência à saúde. Com o programa pretendia-se também melhorar a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos (Brasil 1991a; Brasil 1993a).

O desenvolvimento do trabalho dos ACS no âmbito do Programa acontece através de atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, garantindo cuidados à população com um grau de resolutividade compatível com sua função, contribuindo para a extensão da cobertura. O ACS integrado com a equipe da unidade de saúde fortalece a ligação entre os serviços de saúde e comunidade; e coopera com a organização comunitária no trato dos problemas de saúde, incentivando o autocuidado e a assunção de responsabilidades individuais e coletivas nas questões relacionadas à saúde (Brasil 1993a).

Em documento de orientação e treinamento dos agentes de saúde, sob o título: “O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde” (Brasil 1994), foram identificados alguns aspectos positivos da proposta, entre os quais: (1) um programa estratégico para contribuir na redução da mortalidade materno-infantil; (2) um instrumento para provocar a discussão da organização e/ ou reorganização dos Sistemas Locais de Saúde; (3) um aglutinador de forças sociais para viabilizar a criação e/ou a implementação dos Conselhos Municipais de Saúde; (4) um mecanismo concreto para a interiorização de enfermeiros e, sobretudo; (5) uma ponta de lança para mobilização e organização das comunidades.

O programa destinava-se a municípios cuja população apresentasse altos índices de morbimortalidade e a populações residentes em áreas rurais, em periferias urbanas e em bairros carentes.

Em sua etapa inicial, a prioridade do trabalho do agente tem sido o desenvolvimento de ações de educação em saúde, de mobilização da comunidade e de atenção à saúde materno-infantil.

Para ser agente comunitário de saúde é preciso conhecer muito bem a comunidade e a realidade local, e preencher alguns requisitos como idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever, residir há pelo menos dois anos na comunidade onde trabalha e ter disponibilidade em tempo integral (8 horas diárias) para exercer suas atividades; responsabilizando-se, em média por 100 a 250 famílias (Brasil 1991b; Brasil 1993).

ACS são oriundos da própria comunidade e geralmente pertencentes à mesma classe social e nível cultural das pessoas com as quais convivem. Eles desempenham uma função essencial para criar e manter o vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde.

Juca *et al.* (1998) relataram que os ACS fazem a intermediação entre o saber popular e o científico, contribuindo para facilitar o acesso da população aos serviços de saúde. Pesquisadores afirmaram que os resultados alcançados por sua atuação podem ser avaliados em termos de melhoria no quadro de morbimortalidade (Fernandes 1992) e no impacto social caracterizado por aumento da conscientização da comunidade a respeito de seus problemas de saúde e capacidade de se organizar para resolvê-los (Muller *apud* Fajardo 2001).

O sistema de saúde está estruturado em três níveis de atenção à saúde da população: primário, secundário e terciário. É no primeiro nível que ocorre a atuação dos ACS. São os únicos trabalhadores de um serviço de atenção primária à saúde que devem obrigatoriamente residir na área de atuação há pelo menos dois anos, pois um dos componentes da atenção primária à saúde é o conhecimento da realidade local. Entende-se como elementos estruturais desse nível de atenção: a possibilidade de acesso à unidade de saúde, abrangência dos serviços oferecidos, adscrição da clientela e continuidade da atenção. Além disso, Starfield (1992) cita outros quatro atributos que qualificam a atenção primária em saúde: é o primeiro contato para atenção em saúde, oferece longitudinalidade do atendimento, presta referência e contra-referência e coordena a continuidade da atenção.

Boldstein (1989) afirmou que a atenção primária à saúde incorporou agentes de saúde, geralmente oriundos da própria comunidade, aos serviços, racionalizando a atenção prestada via simplificação do cuidado e promovendo a aproximação entre profissionais de saúde e a realidade local.

Dentre as atividades a serem desenvolvidas por eles destacam-se o desenvolvimento de ações básicas de saúde de acordo com seu nível de competência (visitas domiciliares, reuniões de grupos e outras), realização de atividades educativas em saúde, individuais e coletivas, estimulação da organização da comunidade iniciando pela realização do cadastramento das famílias junto à comunidade (Brasil 1993). Para determinadas concepções, o ACS tem sua área de atuação situada entre a Enfermagem e o Serviço Social, por desenvolver atividades próprias dos dois campos do saber, destacadas nas

atividades de acompanhamento de gestantes e crianças saudáveis, desenvolvimento de ações educativas e de organização comunitária.

No cadastramento da população da área, dados são coletados para propiciar o conhecimento da situação de cada família e a localização das áreas de risco, como por exemplo: existência ou não de água tratada, situação das redes de esgotos, entre outras.

A capacitação do ACS é realizada em serviço pela integração ensino-trabalho, processo pedagógico que permite uma melhor apreensão dos conteúdos programáticos aliados às ações práticas, mobilização e educação comunitária de modo contínuo. Essa capacitação ocorre em diferentes áreas de atuação no campo das ações básicas da saúde, entre as quais: saúde da criança; da mulher; controle da hipertensão; diabetes; eliminação da hanseníase e saúde bucal.

Feuerwerker (1994) observou que o ACS, apesar de ser um elemento recente no cenário das profissões de saúde, desempenha um papel importante e, por isso mesmo, deve ser considerado todo esforço no sentido de potencializar sua prática. Sua incorporação à equipe, enriquecendo-a com sua linguagem, valores e preocupações, propicia mudanças na qualidade do trabalho educativo-participativo.

Curiel *apud* Fajardo (2001) comentou que a implementação de ações de promoção da saúde exige intensa participação da comunidade, e que isso pode mais facilmente ser alcançado com a atuação de ACS.

O Congresso Nacional compreendendo a importância desses trabalhadores, reconheceu oficialmente a profissão de ACS, através da Lei 10.507 de 10/06/2002.

Dados obtidos em abril de 2004 indicavam a atuação de mais de 185 mil agentes comunitários de saúde, distribuídos em 5.070 municípios brasileiros. No Estado de São Paulo, cerca de 16.500 estavam desenvolvendo ações em 455 cidades.

Contudo, pouca informação científica existe sobre a contribuição desse pessoal no desenvolvimento das ações básicas em saúde, incluindo aspectos de saúde bucal.

O Ministério da Saúde (BRASIL 2000), através da Área Técnica de Saúde Bucal, no documento intitulado “A reorganização da saúde bucal na atenção básica”, vem preconizando uma proposta de integração de ACS com profissionais de saúde bucal no Programa Saúde da Família, segundo a qual ACS supervisionados pelo cirurgião-dentista e pela enfermeira teriam como atribuições específicas: desenvolver ações de promoção de saúde bucal e de prevenção das doenças neste âmbito mais prevalentes no seu território de atuação; identificar espaços coletivos e grupos sociais para o desenvolvimento das ações educativas e preventivas em saúde bucal; registrar no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) os procedimentos de suas competências realizados.

Costa *et al.* (1998) observaram que tanto o Programa Saúde da Família quanto o PACS que incorporaram a saúde bucal às suas ações têm apresentado deficiências na capacitação e treinamento das equipes em relação

a esse enfoque, não conseguindo envolver as comunidades atendidas nem avaliar efetivamente as ações realizadas.

Tentativas de capacitação e formação dos ACS têm sido feitas no sentido de elevar os conhecimentos e habilidades desse pessoal. Na área de Saúde Bucal uma publicação sob título “Promovendo a Saúde Bucal Coletiva: manual para agentes comunitários de saúde” (2001), foi editada para auxiliar as necessidades de capacitação dos ACS da região do ABC, área sudoeste da zona metropolitana da Grande São Paulo.

Rio Grande da Serra, município localizado nessa área, participou da elaboração desta publicação e utilizou os conteúdos do manual citado para iniciar a capacitação de seus ACS em julho de 2003.

A Secretaria de Atenção à Saúde desse município, através da Coordenação de Saúde Bucal elaborou um projeto (Anexo I) com o objetivo de capacitar os ACS para: transmitir informações sobre promoção de saúde e prevenção de doenças bucais de maior ocorrência nos domicílios e espaços sociais; orientar as famílias sobre higienização, autocuidado e uso de produtos prescritos pelos profissionais de saúde; cadastrar e referenciar as famílias nos bairros. Foram feitas três oficinas com duração de 4 horas com todos os ACS e o coordenador do projeto de capacitação. Cirurgiões-dentistas da rede básica participaram colaborando nas atividades desenvolvidas. As três atividades foram observadas pela autora deste trabalho. Os seguintes temas foram abordados: módulo I “Apresentação dos profissionais e dos objetivos da capacitação dos ACS” e palestra sobre “O processo saúde-doença bucal”. Nessa oportunidade foi feita a distribuição do manual mencionado para todos

os participantes e sugeriu-se sua leitura completa até o módulo seguinte e que as dúvidas identificadas fossem apresentadas no encontro seguinte. No módulo II foi apresentado um filme em vídeo, distribuído pelo Ministério da Saúde, chamado “Agentes em ação”, cuja duração é de aproximadamente 15 minutos, abordando higiene bucal, dieta não cariogênica, uso de flúor e consulta odontológica. Em seguida, foi discutido o preenchimento de uma ficha específica de saúde bucal e as características das entrevistas domiciliares envolvendo os temas de Saúde Bucal, esclarecendo algumas das questões levantadas pelos ACS. No módulo III foram abordados aspectos relativos às atividades anteriores, priorizando o esclarecimento de dúvidas relativas ao manual e foi debatida a seguinte questão: “Como promover o acesso do usuário à assistência odontológica do município”.

Após essa etapa realizada em julho de 2003, dois encontros foram realizados, o primeiro, 30 dias após o módulo III com a finalidade de discutir dúvidas relativas ao manual. Sete meses depois, 2 horas de reunião foram dedicadas à discussão do trabalho dos ACS em relação aos conteúdos de saúde bucal. Nessa oportunidade foi dada ênfase para a releitura do manual e foi reiterada a necessidade da inclusão de conteúdos de saúde bucal nas visitas domiciliares.

Em março de 2004, durante as visitas domiciliares, os ACS colheram, em ficha elaborada pela SMS, dados sobre práticas e hábitos de interesse em saúde bucal dos membros das famílias cadastradas (Anexo II). Na primeira quinzena do mês de maio iniciou-se a triagem dos pacientes, na segunda quinzena foi ofertado o tratamento às primeiras famílias. No contato dos ACS

com as famílias na Unidade Básica de Saúde, eles realizavam a evidenciação da placa bacteriana e supervisionavam a escovação desses pacientes. Esforços da Coordenadoria de Atenção Básica para facilitar o acesso dessas famílias ao atendimento dentário nas unidades básicas de saúde têm sido feitos. Antes do processo de capacitação dos ACS existia somente o tratamento de urgência e emergência para a população adulta do município.

Entre agosto de 2003 e julho de 2004, decorreram doze meses. Durante esse período, a Coordenação de Saúde Bucal estimou que pelo menos em 3 visitas foram abordados aspectos de saúde bucal por todos os ACS das áreas selecionadas.

Conforme declarações da Coordenação de Saúde Bucal, durante o período correspondente ao final da capacitação e o mês de dezembro de 2003, os ACS, participaram nas campanhas de vacinação, dengue, castração canina, eventos da cidade, um projeto da SMS, denominado de ciclo de capacitação, que tratou dos seguintes temas: vigilância sanitária e epidemiológica, saúde da criança e da mulher, aleitamento materno, DST, hanseníase, tuberculose. Os ACS participaram ainda da Campanha da Multimistura, onde todas as crianças até seis anos de idade do município foram pesadas e medidas. Houve também o cadastramento dos portadores de deficiências para a Associação Pais e Amigos dos Excepcionais. Em dezembro de 2003, todos os ACS foram diplomados pelas capacitações.

Admite-se que produzir conhecimentos sobre os efeitos da capacitação de ACS é relevante para a Saúde Coletiva. É importante examinar se as

informações que são transmitidas, são assimiladas e se traduzem em práticas e capacidades auto-referidas pela população.

Tais conhecimentos podem contribuir para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção na atenção básica à saúde.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

Medir o impacto de uma capacitação de Agentes Comunitários de Saúde na promoção da saúde bucal.

### **2.2. Objetivos Específicos**

Analisar os resultados segundo indicadores relacionados a:

2.2.1. Ciclos de vida e saúde-doença bucal;

2.2.2. Práticas e capacidades auto-referidas;

2.2.3. Acesso e utilização dos serviços odontológicos.

### **3. MATERIAL E MÉTODO**

#### **3.1. Tipo de estudo**

Tratou-se de uma pesquisa social do tipo antes-depois, no qual pretendeu-se medir o efeito de um projeto de capacitação de Agentes Comunitários de Saúde, na percepção de pessoas residentes em sua área de atuação.

#### **3.2. Local da pesquisa**

O estudo foi realizado no Estado de São Paulo, na região metropolitana da Grande São Paulo, no município de Rio Grande da Serra cuja população estimada no ano de 2002 era de 38.604 (IBGE 2002) sendo cerca de metade do sexo feminino.

Esse local foi escolhido por duas razões: a autoridade sanitária demonstrou interesse, autorizando sua realização (Anexo III) e os ACS foram treinados de forma planejada em aspectos de saúde bucal.

O município contava com 7 cirurgiões dentistas, 4 auxiliares de consultório dentário e 36 ACS distribuídos em 6 bairros e 5 Unidades de Saúde da Família (USF), a saber:

1 – Jardim Santa Tereza

2 – Vila Conde

3 – Vila Lopes

4 – Parque América

5 – Vila São João

6 – Vila Niwa

Em cada USF atuava uma equipe composta de um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Durante a realização da pesquisa, os cirurgiões-dentistas e auxiliares de consultório dentário não estavam inseridos no PSF e mantinham uma participação variada nas programações de saúde conforme interesses profissionais e decisões da gerência local.

A Secretaria Municipal de Saúde ofereceu 3 áreas para o campo da pesquisa: Jardim Santa Tereza, Vila Lopes e Parque América nas quais estava previsto capacitação dos ACS em saúde bucal.



### **3.3. Os sujeitos sociais**

Participaram da pesquisa todos os agentes comunitários de saúde e uma amostra de mulheres e mães residindo nas áreas selecionadas. Ambos os sujeitos foram entrevistados antes e após a capacitação em saúde bucal dos primeiros.

Na determinação dos critérios de inclusão das mulheres sorteadas, foram consideradas as características da população cadastrada nas três áreas pertencentes ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Para isso, foram utilizados dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O SIAB foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF). O SIAB é um instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde que contém informações sobre as famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde.

A partir dos dados constantes no SIAB foi identificado o cadastramento de 2.985 famílias no município estudado, sendo 7.387 (51,4%) mulheres e 6.976 (48,6%) homens.

Os dados contidos em 3 arquivos de banco de dados, correspondentes a famílias/domicílios, aos adultos e às crianças foram examinados.

A partir do primeiro banco de dados, foi observado que as famílias eram compostas, em média, por 3,8 membros, sendo que a maioria delas (86,7%) tinha até 5 membros. Do total, 98,0% moravam em casas de tijolo ou bloco, e 72,5% das famílias residiam em moradias com 3 a 6 cômodos. Quanto às condições de saneamento da população cadastrada, 95,1% utilizavam o serviço de coleta de lixo. O sistema de esgoto, entretanto, atingia 37,0% 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% tinham acesso à rádio ou televisão ou ambos. As famílias declararam, em caso de doença, procurar mais a unidade de saúde (58,9%) do que o hospital (28,5%).

Examinando o arquivo relativo aos adultos, verificou-se uma proporção ligeiramente maior para as mulheres. Uma planilha eletrônica com os dados relativos às mulheres foi preparada. Os dados contidos nesse banco permitiram verificar que 29,5% das mulheres 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, e mais de dois terços eram donas de casa (50,4%), diaristas (1,4%), desempregadas (5,9%), estudantes (10,4%) e aposentadas (1,9%). As demais estavam distribuídas em mais de duas centenas de categorias de ocupação.

Com base nessas características foram definidos critérios de inclusão para compor o universo de mulheres cadastradas no PACS, a serem sorteadas.

Neste estudo foram selecionadas por sorteio mulheres pertencentes a famílias cujas características eram semelhantes ao universo das famílias assistidas pelo PACS. Com esse procedimento, buscou-se controlar e evitar que um contexto microssocial e domiciliar excessivamente heterogêneo pudesse confundir os efeitos produzidos pela atuação dos ACS. Assim, foram incluídas no sorteio mulheres de 25 a 39 anos de idade, donas de casa, alfabetizadas que residiam em domicílios de tijolos ou blocos com 3 a 6 cômodos.

A partir do arquivo família foram montados três arquivos eletrônicos específicos para cada uma das três áreas a serem pesquisadas.

Nos três bairros escolhidos obtivemos a composição apresentada na Tabela 1.

A área correspondente ao Parque América não foi incluída porque apresentava características distintas do universo. Apenas 12 (0,8%) famílias residiam em domicílios de 3 a 6 cômodos.

Tabela 1: Distribuição percentual da população de referência segundo as áreas selecionadas. Rio Grande da Serra, 2004.

| Área         | Famílias Cadastradas |       | Domicílios de 3 a 6 cômodos |       | Mulheres de 25 a 39 anos donas de casa alfabetizadas |       | População de referência |       |
|--------------|----------------------|-------|-----------------------------|-------|--|-------|-------------------------|-------|
|              | N                    | %     | N                           | %     | N  | %     | N                       | %     |
| Santa Tereza | 1.416                | 47,4  | 1.095                       | 71,7  | 366  | 42,1  | 274                     | 68,5  |
| Vila Lopes   | 921                  | 30,9  | 420                         | 27,5  | 284  | 32,7  | 124                     | 31,0  |
| Pq. América  | 648                  | 21,7  | 12                          | 0,8   | 219  | 25,2  | 2                       | 0,5   |
| Total        | 2.985                | 100,0 | 1.527                       | 100,0 | 869  | 100,0 | 400                     | 100,0 |

### Tamanho da amostra de mulheres

O instrumento de coleta dos dados descrito no item 3.4 apresentava questões em escalas contínuas e nominais. Para determinar o tamanho da amostra de mulheres adotou-se como base as questões em escalas nominais considerando-se uma frequência esperada de 25,0% nas diferentes categorias de resposta e uma margem de erro de 7,5%, por razões operacionais. Nessas condições o tamanho da amostra necessário era 97 sujeitos para um nível de confiança de 95,0%. Como a esse valor foi aplicada uma taxa de perda de 20,0%, foram sorteadas 120 mulheres.

Com base nos critérios de inclusão mencionados, das 398 famílias cujas mulheres apresentavam o mesmo perfil, 120 foram sorteadas sendo 60 em cada bairro (Santa Tereza e Vila Lopes), utilizando-se a técnica de amostragem aleatória simples. Identificou-se a família a qual esta mulher pertencia, seu nome e endereço e então se iniciou a coleta de dados no município.

Optou-se no estudo por mulheres de 25 a 39 anos, por este ser um ciclo essencialmente produtivo, onde ganham elevada importância as informações sobre saúde e desenvolvimento da vida familiar. É dentro do domicílio que se expressam as relações de convivência, de experiências, de trocas, de lutas, de poder, de hábitos e de cultura que, aliados às condições de habitação, saneamento, alimentação, educação e lazer; definem dentro do território a base do processo saúde-doença.

### 3.4. Instrumento de coleta dos dados

O instrumento foi elaborado para atender as necessidades da pesquisa. O primeiro passo na sua construção foi a identificação dos aspectos a serem abordados de modo a conferir ao conjunto as qualidades desejadas para avaliar os domínios ou conteúdos relevantes relacionados ao fenômeno sob estudo.

Esses aspectos foram definidos levando-se em conta o conteúdo presente no manual “Promovendo a Saúde Bucal Coletiva: manual para os agentes comunitários de saúde” e aspectos relacionados à percepção de capacidades de auto-exame e de acesso e utilização dos serviços de saúde

Quanto ao conteúdo presente no manual citado, a escolha dos temas e a redação final do texto relativo a cada tema foram efetuadas com a participação de 36 ACS (a maioria tinha entre 30 e 45 anos de idade e o primeiro grau completo de escolaridade) em oficinas numa carga horária total de 36 horas. Os resultados revelaram 164 questões que foram agrupadas em 29 capítulos conforme o seu significado e parentesco apresentados no Quadro 1 (Brizolara *et al.* 2003). Na elaboração desse manual houve a preocupação em dar ênfase às dúvidas e às necessidades apresentadas pelos ACS, idéia compartilhada por outros autores, como Katbamna *et al.* (2001) que desenvolveu diretrizes para ajudar no trabalho dos “cuidadores médicos primários” em comunidades étnicas minoritárias do sul asiático.

**Quadro 1:** Temas de saúde bucal coletiva segundo a percepção dos ACS. Universidade Metodista de São Paulo (UMESP), 2001.

|   |  |
|---|--|
| 1. O bebê que vai chegar  | 14. Higiene da dentição permanente   |
| 2. A saúde bucal do bebê até os primeiros dentes                      | 15. Dente do “juízo”   |
| 3. Cuidando dos primeiros dentes                                      | 16. Mau hálito   |
| 4. Os dentes de leite   | 17. Prevenir a gengivite   |
| 5. Cárie em dentes de leite em bebês/crianças                         | 18. Tratamento de canal  |
| 6. Como a alimentação pode ajudar na formação da dentição?            | 19. Tabaco e álcool  |
| 7. O normal é ter dentes brancos?                                     | 20. Saúde bucal da gestante  |
| 8. O melhor tratamento é a higiene bucal                              | 21. Adultos e idosos: o flúor ajuda?                                       |
| 9. Acidentes com dentes temporários e permanentes                     | 22. As doenças do periodonto   |
| 10. Dentes de leite, antibióticos e a consulta odontológica           | 23. A boca também envelhece  |
| 11. Infecções bucais comuns e o hábito de ranger os dentes            | 24. Diabete, hipertensão e a saúde bucal                                   |
| 12. A dentição permanente   | 25. A dentadura  |
| 13. Cor da pele, origem, descendência e as características dos dentes | 26. Implantes  |
|   | 27. Práticas comuns quando não se tem acesso à assistência odontológica    |
|   | 28. Participar do desafio da organização de um sistema de saúde para todos |
|   | 29. Como evitar fatores associados ao câncer bucal                         |

Fonte: Brizolara *et al.* 2003.

Para a montagem do instrumento, a opção recaiu sobre o emprego do formulário. O formulário, ao contrário do questionário, é preenchido pelo próprio pesquisador, o que permite o contato direto entre pesquisador e pesquisado. O pesquisador levantou os dados de sua pesquisa fazendo as perguntas

diretamente aos participantes por meio de entrevistas pessoais. As entrevistas permitem que o entrevistador faça melhor juízo sobre o entrevistado (Vieira & Hossne 2002), e que este tenha condições não só de entender as perguntas, dirimindo dúvidas que eventualmente possam surgir, obtendo assim todas as respostas necessárias à pesquisa (Parra Filho & Santos 2000). Entre as vantagens do formulário destacam-se a assistência direta do investigador, a possibilidade de comportar perguntas mais complexas, maior uniformidade na interpretação dos dados e dos critérios adotados e a facilidade de sua aplicação a grupos heterogêneos (inclusive analfabetos), o que não ocorre com o questionário (Cervo & Bervian 1996). A regra geral da maioria dos autores de não ultrapassar o número máximo de 30 quesitos foi observada. Formulários longos correm o risco de alta taxa de ausência de resposta e de erros nas respostas (Vieira & Hossne 2002). Assim, o formulário foi composto de duas partes: na primeira são apresentadas questões envolvendo atributos pessoais dos sujeitos em estudo, enquanto na segunda são dispostas questões sobre a percepção dos sujeitos, relativa a diferentes dimensões dos problemas de saúde bucal cuja formulação teve por base o manual mencionado.

A escolha das questões foi condicionada por alguns fatores relativos à natureza da informação desejada e ao nível sócio-cultural dos entrevistados. O conteúdo da segunda parte foi estruturado em 21 itens compreendendo três grupos de indicadores com a finalidade de mensurar os seguintes aspectos:

1. ciclos de vida e saúde-doença bucal: quatorze itens elaborados para identificar conhecimentos sobre aspectos de saúde bucal nas diferentes fases

da vida: infância, adolescência, vida adulta, terceira idade e gestação; e as principais doenças bucais: cárie, doença periodontal, lesões cancerizáveis.

2. práticas e capacidades auto-referidas: cinco itens abordando uso de escovas dentais individuais ou coletivas, frequência de escovação e de fio dental, auto-suficiência sobre limpeza dos dentes e capacidades no auto-exame.

3. acesso e utilização dos serviços odontológicos: dois itens para identificar a percepção sobre o grau de dificuldade para se conseguir um atendimento odontológico e a frequência com a qual o respondente procura o serviço público.

A montagem do instrumento teve por base um produto (manual) cujo conteúdo foi identificado por ACS, um tipo de pessoal do qual se exige residência na área de atuação. Essa exigência implica laços com a comunidade a qual pertence. É provável que esse grau de pertencimento traga no seu bojo mais semelhanças do que diferenças sócio-culturais com a comunidade. A produção do manual foi realizada através dos seguintes passos: (a) levantar os problemas de saúde bucal mais comuns na comunidade; (b) formular perguntas sobre esses problemas que sejam relevantes para a comunidade; (c) selecionar aquelas a serem incluídas na produção do material educativo; (d) agrupar as perguntas afins em blocos temáticos; (e) delinear a estrutura geral do material; (f) submeter à avaliação dos grupos as proposições de textos e ilustrações em resposta às questões contidas em cada bloco temático (Brizolara *et al.* 2003).

Segundo os autores, “(...) para incentivar a participação ativa dos ACS foi adotada a técnica de atividade de grupo (Bordenave & Pereira 1998). A

coordenação dos trabalhos foi assegurada pela presença de um monitor em cada grupo. A função deles foi evitar o monopólio da palavra, assegurar o registro da discussão e estimular a problematização e a emergência das diferenças de percepção. Além disso, eles incentivaram a apreciação da evolução do trabalho de modo a propiciar o intercâmbio de experiências e conhecimentos, e propiciar a comunicação multilateral entre os agentes e o monitor. Os ACS foram distribuídos em cinco grupos de trabalho correspondentes a uma determinada população-alvo (gestantes/bebês/crianças de 0 a 5 anos, crianças de 6 a 12 anos, adolescentes, adultos, idosos) assegurando em cada um deles a presença de pessoal das quatro cidades.”

Cada grupo foi orientado a “Levantar os principais problemas de saúde bucal que afetam o grupo populacional de referência”. Em seguida, o monitor incentivou a formulação e o registro de questões significativas do ponto de vista da percepção dos agentes em relação ao seu trabalho e à população de referência. Foi feita a releitura das questões registradas a fim de proceder sua reformulação e/ou complementação. Posteriormente, as perguntas foram agrupadas em temas afins.

Teorias sobre percepção podem ser encontradas em diversas áreas (Sociologia Psicologia Social, Antropologia etc.) submetidas a diferentes enfoques. Neste estudo, percepção é definida como uma experiência ou noção dotada de significação e sentido. Corresponde a expressão de uma forma, entre muitas, de conhecimento e de representação da relação do sujeito com aspectos do mundo percebido envolvendo rede complexa de relações e campo de valores (Chauí 1997). Em cada questão correspondente a uma unidade

temática, foram reunidas diferentes noções sendo uma delas embasada no conteúdo do manual elaborado com os ACS e as demais noções usuais, de modo a conferir ao conjunto de questões um determinado domínio de conhecimentos e informações sobre saúde bucal.

Pode-se admitir que o conteúdo do instrumento, ao ser composto de excertos do manual construído sob as condições mencionadas, conferiu ao primeiro as necessárias propriedades de validade de face e de conteúdo, estabelecendo correspondência entre a sua composição e o que se pretendia avaliar (Streiner & Norman 1995; Piovesan & Temporini 1995).

Após a definição dos domínios a serem abordados, passou-se à determinação do tipo de escala relativo ao formato de cada item. A opção adotada na maioria das questões foi por sua apresentação na forma de questões fechadas, de múltipla escolha, onde as perguntas apresentam categorias ou alternativas de respostas fixas e preestabelecidas. As perguntas fechadas são fáceis de codificar e o pesquisador pode transferir as informações ao computador sem maiores problemas.

Desse modo, pretendeu-se apresentar ao respondente um conjunto de opções de resposta para que ele escolhesse a que melhor representa sua situação ou percepção de saúde bucal (Gil 1999). Evitaram-se respostas sintéticas dicotômicas do tipo "sim" e "não", "verdadeiro" ou "falso" e "certo" ou "errado" (Richardson 1999); formulação textual com respostas do tipo "sempre" e "nunca"; questões com mais de uma idéia embutida que poderiam gerar ambigüidade de interpretação tanto nas perguntas quanto nas respostas.

Essas alternativas de resposta tiveram por base a extensão e a profundidade dos conteúdos existentes no manual a ser adotado na capacitação dos ACS. Pretendeu-se que essas opções de resposta funcionassem como indicadores capazes de medir os efeitos da atuação dos ACS na percepção de saúde bucal dos moradores e na aprendizagem de novos conhecimentos. Algumas questões submetidas a teste prévio foram:

8- Na sua opinião em que idade começam a "nascer" os primeiros dentes permanentes:

- (0) por volta de 6 meses a 1 ano.
- (1) de 2 a 3 anos.
- (2) de 5 a 6 anos.
- (3) de 8 a 9 anos.
- (4) de 11 a 12 anos.

16- Durante a gravidez, você acha que o tratamento dentário deve ser;

- (0) preventivo e periódico.
- (1) evitado durante toda a gestação.
- (2) para os casos de urgências
- (3) para a gestante que não utiliza água fluoretada.
- (4) não sabe /não informou.

17- O flúor é importante:

- (0) apenas na infância na época de formação e erupção dos dentes.
- (1) na vida adulta.
- (2) na terceira idade.
- (3) em todas as fases da vida.
- (4) não sabe /não informou.

Nas questões procurou-se garantir que as alternativas fossem mutuamente exclusivas, ou seja, apenas uma das alternativas poderia corresponder à situação do respondente. Também foi necessário garantir que, qualquer que fosse a situação do respondente, haveria uma alternativa em que este se enquadraria. Por essa razão é que, em algumas questões foi oferecida a opção "não sabe, não respondeu". Foram usados itens curtos, para que o entrevistador pudesse ler a pergunta sem dificuldade, permitir ao respondente compreendê-la rapidamente, e desse modo, obter a resposta da maneira mais fácil possível.

Na ordenação dos itens de respostas, tomou-se o cuidado de distribuir as alternativas corretas em diferentes posições; evitando assim possíveis adivinhações ou tendências de repetição na escolha das alternativas, o que poderia afetar os resultados.

O conteúdo das respostas relacionou-se diretamente à maneira como foram formuladas as perguntas seguindo as técnicas de pesquisa social descritas por vários autores. As perguntas foram formuladas de maneira clara, concreta e precisa, levando-se em consideração o sistema de referência do interrogado bem como o seu nível de informação (Gil 1999).

Na medição de atitudes, a maioria das questões foi formulada com base na escala de Likert (Likert 1932). Esta escala é um paradigma da mensuração qualitativa, largamente aplicada, onde uma escala de cinco pontos, reconhece a oposição entre contrários; reconhece gradiente; e reconhece situação intermediária (Pereira 2001). Essa escala proporciona maior informação que uma simples dicotomia de "acordo" ou "desacordo".

20- Você considera o acesso de sua família ao serviço odontológico como sendo:

- (0) muito difícil.
- (1) difícil.
- (2) às vezes fácil, às vezes difícil.
- (3) fácil.
- (4) muito fácil.
- (5) não sabe /não informou.

21- Indique a sua percepção em relação ao uso do serviço odontológico pela sua família. O uso do serviço odontológico é:

- (0) muito freqüente.
- (1) freqüente.
- (2) irregular.
- (3) raro.
- (4) muito raro.
- (5) não sabe /não informou.

Em determinada questão relativa ao conhecimento sobre limpeza dentária usou-se uma escala de graduação analógico-visual (0 a 10); com o

objetivo de captar de modo mais sensível mudanças na intensidade da percepção do indivíduo pesquisado (Streiner & Norman 1995).

4- Hoje o que você conhece sobre limpeza dos dentes pode ser considerado numa escala de 0 a 10 como?



Concluída a redação do formulário (Anexo IV), e antes de sua aplicação definitiva, foi realizado um pré-teste, para identificar as possíveis falhas na redação e ensaiar o processo de coleta e tratamento dos dados. O pré-teste foi realizado mediante a aplicação em sujeitos portadores de características semelhantes a da população-alvo .

Após o pré-teste, algumas questões foram reelaboradas para adequar o instrumento ao vocabulário dos respondentes, visando assim uma maior clareza e precisão dos termos constantes no formulário (Piovesan & Temporini 1995). Também foram avaliados o tempo e o custo decorrente para a aplicação do instrumento. O tempo variou entre 20 a 30 minutos, e atendeu portanto, a necessidade de não provocar sobrecarga ao informante (Goode & Hatt 1973).

### **3.5. Aspectos éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital

Guilherme Álvaro da Secretaria de Estado de São Paulo, localizado na cidade de Santos e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos (Anexo V).

Os agentes comunitários de saúde e moradoras foram informados dos objetivos do estudo, respeitando-se o anonimato dos sujeitos, a liberdade de desistência a qualquer momento e a necessidade do consentimento livre e esclarecido de cada participante, para se iniciar o estudo (Anexo VI), razões pelas quais as exigências éticas da pesquisa em seres humanos (autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade), preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde, através da resolução nº 196/96 e suas complementares foram atendidas (Brasil 1996).

O termo de consentimento foi apresentado em duas vias. Uma ficou de posse do entrevistado e outra sob a guarda da pesquisadora. A coleta de dados foi feita pela própria pesquisadora e a pesquisa se enquadrou na modalidade de pesquisa de risco mínimo. A pesquisadora teve a conduta adequada e as questões foram formuladas de forma a não ferir o foro íntimo dos entrevistados, evitando-se expor os sujeitos do estudo a qualquer tipo de risco ético conhecido.

Participaram como sujeitos apenas as pessoas das quais tenha sido obtido consentimento livre e esclarecido, nos termos do capítulo IV da Resolução CNS 196/96. Em nenhuma circunstância ou sob qualquer pretexto, indivíduos foram pressionados ou coagidos a participar.

Todos os sujeitos da pesquisa manifestaram expressamente sua concordância assinando o termo de consentimento.

Os resultados obtidos interessam sobretudo às autoridades públicas de saúde, constituindo-se em contribuição ao planejamento e avaliação de políticas sociais. No entender dos pesquisadores resulta evidente o benefício coletivo da investigação o que corresponde, também, a benefício individual – ainda que indireto. Dadas as características da observação proposta, não é possível identificar possíveis elementos de malefício. Há equidade quanto às possibilidades de inclusão/exclusão de indivíduos da pesquisa sendo, também, manifesto o atendimento do princípio de justiça.

### **3.6. Coleta dos dados**

Na primeira etapa todos os 36 ACS foram entrevistados no mesmo dia. Vale citar que os mesmos não haviam recebido nenhum tipo de informação ou capacitação em saúde bucal. Em seguida, durante quatro dias, moradoras dos dois bairros escolhidos foram entrevistadas, totalizando 119 das 120 famílias sorteadas das áreas selecionadas do município de Rio Grande da Serra.

As características do estudo foram explicitadas aos agentes comunitários de saúde e usuários da comunidade (moradoras), antes da aplicação do formulário.

As perguntas foram lidas pela pesquisadora e as dúvidas esclarecidas. As respostas foram preenchidas pela própria pesquisadora.

Cada formulário recebeu um número, através do qual os informantes foram identificados durante a realização da primeira coleta de dados, visando

auxiliar a segunda etapa da coleta de dados e também sua descrição e análise.

### **3.7. Análise dos dados**

Os dados foram transcritos para uma planilha Excel Microsoft 2000. Para a análise dos dados foram adotadas duas diferentes interpretações que se aplicam à teoria de probabilidade. A interpretação clássica ou estocástica com foco na probabilidade de ocorrência de diferentes formas de apresentação do evento (categorias) a qual foi utilizada nas questões cognitivas com base em escalas nominais. Outra alternativa de interpretação possível, dita epistêmica, a qual busca expressar numericamente graus de incerteza sobre o evento foi utilizada nas questões envolvendo escala de Likert e escalas contínuas.

Segundo Pereira (2001), a aplicação da primeira se ajusta à análise de categorias e a aplicação da segunda se ajusta à análise de tendências de comportamento do fenômeno estudado.

O formulário foi composto de 14 questões relacionadas a conhecimento de saúde bucal. Para analisar as diferenças na frequência das respostas em cada questão foi empregado o teste de McNemar que é uma modificação do teste qui-quadrado apropriado para observações repetidas ou quando há dependência criada pelo pareamento dos dados sob análise. Luiz (2004) cita que esta dependência das observações pode surgir de várias fontes. Acontece naturalmente, por exemplo, em estudos como este, onde se observa a resposta de uma variável para a mesma unidade antes e após uma

certa intervenção. A soma das freqüências das respostas incorretas foi comparada com a freqüência relativa da resposta correta, antes e depois, na população de ACS e na amostra de mulheres numa distribuição do tipo binomial. As diferenças que permitiam rejeitar a hipótese de nulidade em nível de 0,05 de significância estatística foram consideradas.

Nas questões envolvendo a escala de Likert, que mede atributos que se distinguem em diferentes intensidades, foi apurado o valor médio das categorias de resposta. O cálculo desse valor foi transformado numa escala percentual representando a cobertura dos pólos semânticos. Assim, para o cálculo da média atribuiu-se valores de 1 a 5 para as diferentes categorias de resposta correspondendo ao diferencial semântico e a regularidade de intervalos. Dessa forma, as freqüências relativas dos eventos foram ponderadas conforme o significado das categorias de resposta e uma medida síntese contida numa escala de -100 a +100 (200 pontos) foi obtida. Através do teste t de *Student* comparou-se as médias entre os dois grupos estudados.

Na apresentação dos resultados, em lugar do modo narrativo, optou-se por representações visuais e gráficos para a identificação das categorias de resposta.

Para a execução da análise estatística foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* 11.0 (SPSS). Para cada questão, o valor “p” foi indicado no rodapé de cada tabela.

## 4. RESULTADOS

Permaneceram no estudo 32 ACS e 91 moradoras, sendo que a maioria (86,8%) das donas de casa tinha filhos. Foram excluídas da base de dados as observações que não se repetiram. Não responderam a 2ª observação, 4 ACS porque foram demitidos e 34 moradoras (donas de casa) por motivos diversos (mudança de endereço, hospitalização, falecimento de uma entrevistada entre outros).

A seguir são apresentados os resultados relativos às características sócio-econômicas da população do estudo e a distribuição das respostas correspondentes às percepções sobre os diferentes aspectos de saúde bucal investigados.

### 4.1. Características sócio-econômicas

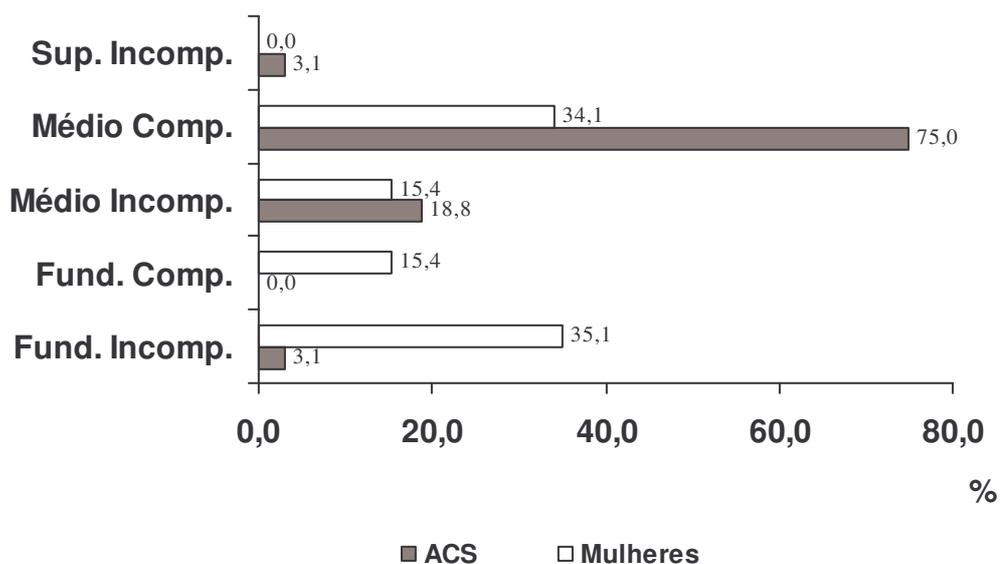
Na observação das características da escolaridade, mostrada na Figura 1, verifica-se uma distribuição diferente nas duas populações do estudo. Nos ACS, 75,0% completaram o ensino médio e apenas 3,1% tinham o ensino fundamental incompleto, ao passo que 34,1% das moradoras entrevistadas declararam ter completado o ensino médio e 35,1% apresentavam-se com o ensino fundamental incompleto. Diferenças significativas foram identificadas na distribuição da escolaridade entre as duas populações ( $p=0,000$ ).

Em relação à renda mensal familiar, houve nos ACS a predominância da faixa salarial entre 2 a menos de 3 salários mínimos (43,8%), enquanto que nas mulheres entrevistadas, 35,1% declararam renda entre 1 a menos de 2

salários mínimos (Figura 2). Valores superiores ( $p=0,064$ ) para os ACS em relação às mulheres foram observados.

### FIGURA 1

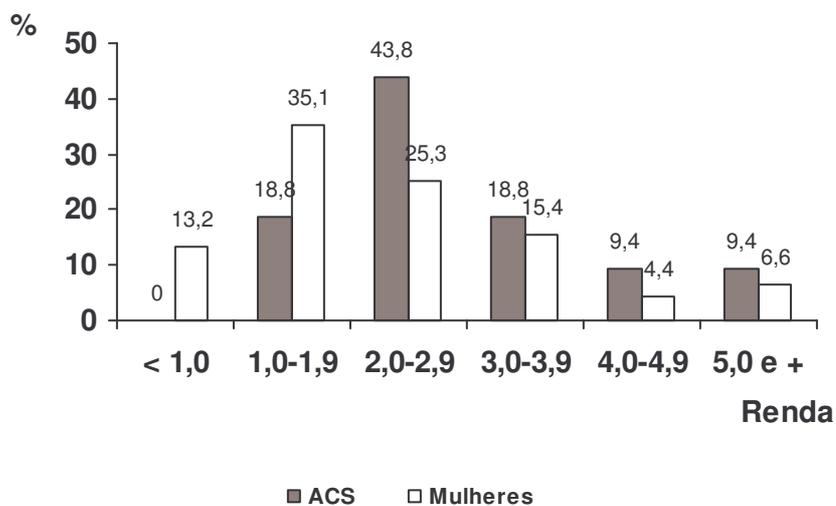
Distribuição da população do estudo segundo a escolaridade. Rio Grande da Serra, 2004.



$$\chi^2 = 25,87 \quad p = 0,000$$

### FIGURA 2

Distribuição da população do estudo segundo renda familiar mensal declarada. Rio Grande da Serra, 2004.



$$\chi^2 = 10,42 \quad p = 0,064$$

Quanto ao tempo de residência no bairro, dos 32 ACS, 30 (93,8%) residiam há mais de 5 anos no local. Das 91 moradoras, 76 (83,5%) declararam que moravam há mais de 5 anos. Portanto, mais de 80,0% dos entrevistados estavam radicados na área.

## **4.2. Percepção sobre aspectos relacionados à saúde bucal**

Os resultados a seguir foram divididos em três grupos correspondendo aos aspectos mensurados, antes e após a capacitação dos ACS.

### **4.2.1. Ciclos de vida e saúde-doença bucal**

Em relação aos ciclos de vida e saúde-doença bucal foram elaboradas 14 questões sobre conhecimentos relativos às diferentes fases da vida: recém-nascido, criança, adolescente, adulto, gestante e a terceira idade; e as principais doenças bucais: cárie, doença periodontal, lesões cancerizáveis), das quais três apresentaram na primeira observação elevadas taxas de acerto (acima de 75,0%) tanto para os ACS quanto entre as mulheres. Elas versavam sobre higiene bucal do recém-nascido, mau hálito e assistência individual durante a gravidez. Embora esses itens possam ser considerados indicadores fracos para detectar mudanças na percepção dos sujeitos do estudo, essas questões podem ser recursos rápidos e simples para identificar ACS com severas insuficiências em termos de conhecimentos básicos de saúde bucal.

Na Tabela 2 é mostrada a distribuição das respostas sobre aspectos relativos à higiene bucal do recém-nascido. Foi alto o percentual de respostas correspondentes à correta higiene bucal de um bebê. Nos ACS houve um

aumento de 84,4% para 100,0% e nas mulheres de 67,0% para 95,6%. Maior distribuição nas respostas foi observada nas mulheres, que escolheram todas as 5 categorias na primeira observação e 3 delas na segunda observação. Nos ACS houve concentração de respostas em apenas uma categoria a partir da primeira observação. Considerando a categoria de resposta esperada em relação às demais, a diferença entre as proporções correspondentes a primeira e segunda observação foi estatisticamente significativa tanto para os ACS quanto para as mulheres.

## TABELA 2

Distribuição da população do estudo segundo a seguinte questão: “Quanto à higiene bucal de um bebê recém-nascido, o que você acha correto ser feito?” antes e após a capacitação dos ACS. Rio Grande da Serra, 2004.

|   | ACS   |       |        |       | MULHERES |       |        |       |
|---|-------|-------|--------|-------|----------|-------|--------|-------|
|   | antes |       | depois |       | antes    |       | depois |       |
|   | N     | %     | N      | %     | n        | %     | n      | %     |
| Usar somente escova dental  | -     | -     | -      | -     | 1        | 1,1   | -      | -     |
| Usar escova e pasta de dentes com flúor                             | -     | -     | -      | -     | 2        | 2,2   | 1      | 1,1   |
| Usar gaze ou fralda umedecida em água limpa *                       | 27    | 84,4  | 32     | 100,0 | 61       | 67,0  | 87     | 95,6  |
| Por ser bebê e ainda não ter dentes, não é necessário limpar a boca | -     | -     | -      | -     | 8        | 8,8   | 3      | 3,3   |
| Somente o dentista deve limpar a boca do bebê                       | -     | -     | -      | -     | 3        | 3,3   | -      | -     |
| Não sabe /não informou  | 5     | 15,6  | -      | -     | 16       | 17,6  | -      | -     |
| Total   | 32    | 100,0 | 32     | 100,0 | 91       | 100,0 | 91     | 100,0 |

Qui-quadrado de McNemar (item correto \* x demais): ACS p = 0,000; Mulheres p = 0,000

Uma das questões foi formulada para conhecer a percepção da população sobre a importância dos dentes de leite. Havia uma categoria de resposta correta: “(...) *guiam a erupção...*”. Observou-se aumento considerável na proporção entre a primeira observação e após doze meses. Nos ACS passou de 62,5% para 93,8% e nas mulheres de 31,9% para 62,6%, sendo a mudança estatisticamente significativa apenas nos ACS.

**TABELA 3**

Distribuição da população do estudo segundo a seguinte questão: “Na sua percepção, em relação aos dentes de leite, qual a opção você considera certa?” antes e após a capacitação dos ACS. Rio Grande da Serra, 2004.

|  | ACS       |              |           |              | MULHERES  |              |           |              |
|--|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
|  | antes     |              | depois    |              | antes     |              | depois    |              |
|  | N         | %            | N         | %            | n         | %            | n         | %            |
| Por serem dentes temporários não necessitam de cuidados    | -         | -            | -         | -            | 6         | 6,6          | -         | -            |
| Guiam a erupção ou o “nascimento” dos dentes permanentes * | 20        | 62,5         | 30        | 93,8         | 29        | 31,9         | 57        | 62,6         |
| Surgem na boca quando a mãe para de amamentar o bebê       | -         | -            | -         | -            | 3         | 3,3          | -         | -            |
| São dentes que caem facilmente porque não tem raízes       | 12        | 37,5         | 2         | 6,3          | 32        | 35,2         | 32        | 35,2         |
| Não sabe /não informou                                     | -         | -            | -         | -            | 21        | 23,1         | 2         | 2,2          |
| <b>Total</b>   | <b>32</b> | <b>100,0</b> | <b>32</b> | <b>100,0</b> | <b>91</b> | <b>100,0</b> | <b>91</b> | <b>100,0</b> |

Qui-quadrado de McNemar (item correto\* x demais): ACS p = 0,000; Mulheres p = 0,615

Em relação à questão sobre trocas dentárias, destacou-se um aumento na primeira categoria de resposta: de 43,8% para 90,6% nos ACS e de 49,5% para 81,3% nas mulheres. Observou-se significância estatística tanto para os ACS quanto nas mulheres.

**TABELA 4**

Distribuição da população do estudo segundo a seguinte questão: “Desde o nascimento até a idade adulta, quantas são as trocas de dentes?” antes e após a capacitação dos ACS. Rio Grande da Serra, 2004.

|   | ACS       |              |           |              | MULHERES  |              |           |              |
|---|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
|   | antes     |              | depois    |              | antes     |              | depois    |              |
|   | N         | %            | N         | %            | n         | %            | n         | %            |
| Uma *                                     | 14        | 43,8         | 29        | 90,6         | 45        | 49,5         | 74        | 81,3         |
| Duas                                      | 11        | 34,4         | 3         | 9,4          | 36        | 39,6         | 16        | 17,6         |
| Três incluindo o dente do siso (3º molar) | 6         | 18,8         | -         | -            | 9         | 9,9          | -         | -            |
| Não sabe /não informou                    | 1         | 3,1          | -         | -            | 1         | 1,1          | 1         | 1,1          |
| <b>Total</b>                              | <b>32</b> | <b>100,0</b> | <b>32</b> | <b>100,0</b> | <b>91</b> | <b>100,0</b> | <b>91</b> | <b>100,0</b> |

Qui-quadrado de McNemar (item correto\* x demais): ACS p = 0,013; Mulheres p = 0,000

Na pergunta: “(...) em que idade começam a nascer os primeiros dentes permanentes”, observou-se uma diferença de valores na categoria de resposta

correta, “5 a 6 anos”, tanto nos ACS, de 43,8% para 87,5%, quanto nas mulheres de 44,0% para 72,5%. Nesta faixa etária começam a erupcionar os primeiros molares e depois os incisivos centrais inferiores e superiores. Submetido ao teste estatístico, a mudança foi significativa entre os ACS, e nas mulheres foi verificada uma tendência de mudança.

### TABELA 5

Distribuição da população do estudo segundo a seguinte questão: “Na sua opinião, em que idade começam a nascer os primeiros dentes permanentes?” antes e após a capacitação dos ACS. Rio Grande da Serra, 2004.

|                              | ACS   |       |        |       | MULHERES |       |        |       |
|------------------------------|-------|-------|--------|-------|----------|-------|--------|-------|
|                              | antes |       | depois |       | antes    |       | depois |       |
|                              | N     | %     | N      | %     | n        | %     | n      | %     |
| Por volta de 6 meses a 1 ano | 5     | 15,6  | -      | -     | 16       | 17,6  | -      | -     |
| De 02 a 03 anos              | 1     | 3,1   | -      | -     | 5        | 5,5   | 1      | 1,1   |
| De 05 a 06anos *             | 14    | 43,8  | 28     | 87,5  | 40       | 44,0  | 66     | 72,5  |
| De 08 a 09 anos              | 12    | 37,5  | 4      | 12,5  | 26       | 28,6  | 24     | 26,4  |
| De 11 a 12 anos              | -     | -     | -      | -     | 4        | 4,4   | -      | -     |
| Total                        | 32    | 100,0 | 32     | 100,0 | 91       | 100,0 | 91     | 100,0 |

Qui-quadrado de McNemar (item correto\* x demais): ACS p = 0,031; Mulheres p = 0,082

Uma questão foi formulada para saber qual a percepção dos entrevistados em relação à principal causa de uma dentição forte e observa-se que as proporções na segunda observação atingiram quase a totalidade no item de resposta correta nas duas populações: nos ACS de 93,8% para 100,0% e nas mulheres de 82,4% para 98,9%. A distribuição das respostas nos ACS se concentrou inicialmente somente em duas categorias e num segundo momento em apenas uma, ao passo que nas mulheres a distribuição foi bastante ampla contemplando na primeira observação todas as cinco categorias e depois apenas duas. Os resultados foram estatisticamente significativos nos ACS e nas mulheres, revelando que, ambos os sujeitos,

perceberam como causa de uma dentição forte, a importância dos cuidados com a higiene bucal e a alimentação, desprezando corretamente categorias que faziam menção à herança dos pais, “raça” e condição financeira da pessoa.

**TABELA 6**

Distribuição da população do estudo segundo a seguinte questão: “Qual a sua percepção em relação à causa de uma dentição forte?” antes e após a capacitação dos ACS. Rio Grande da Serra, 2004.

|   | ACS   |       |        |       | MULHERES |       |        |       |
|---|-------|-------|--------|-------|----------|-------|--------|-------|
|   | antes |       | depois |       | Antes    |       | depois |       |
|   | N     | %     | N      | %     | n        | %     | n      | %     |
| Herança dos pais (nascença)                 | 2     | 6,3   | -      | -     | 5        | 5,5   | 1      | 1,1   |
| Tipos de raça                               | -     | -     | -      | -     | 3        | 3,3   | -      | -     |
| Boa condição financeira                     | -     | -     | -      | -     | 5        | 5,5   | -      | -     |
| Cuidados com a higiene bucal e alimentação* | 30    | 93,8  | 32     | 100,0 | 75       | 82,4  | 90     | 98,9  |
| Não sabe /não informou                      | -     | -     | -      | -     | 3        | 3,3   | -      | -     |
| Total                                       | 32    | 100,0 | 32     | 100,0 | 91       | 100,0 | 91     | 100,0 |

Qui-quadrado de McNemar (item correto\* x demais): ACS p = 0,000; Mulheres p = 0,000

Em relação à questão sobre a principal causa da cárie dental, verificase que houve uma queda do percentual da resposta: “bactérias aderidas aos dentes” nos ACS de 50,0% para 6,3% e nas mulheres de 20,9% para 1,1%, havendo uma migração crescente para a resposta correta “ingestão freqüente de produtos açucarados” nos ACS de 40,6% para 90,6% e nas mulheres de 62,6% para 97,8%. Observou-se mudança estatisticamente significativa nos ACS e nas mulheres.

**TABELA 7**

Distribuição da população do estudo segundo a seguinte questão: "A cárie é para você uma doença provocada principalmente por:" antes e após a capacitação dos ACS. Rio Grande as Serra, 2004.

|  | ACS       |              |           |              | MULHERES  |              |           |              |
|--|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
|  | antes     |              | depois    |              | antes     |              | depois    |              |
|  | N         | %            | N         | %            | n         | %            | n         | %            |
| Má formação da estrutura dos dentes        | -         | -            | -         | -            | 3         | 3,3          | -         | -            |
| Bactérias aderidas aos dentes              | 16        | 50,0         | 2         | 6,3          | 19        | 20,9         | 1         | 1,1          |
| Uso constante de antibióticos              | 3         | 9,4          | 1         | 3,1          | 8         | 8,8          | 1         | 1,1          |
| Falta de saliva na boca                    | -         | -            | -         | -            | -         | -            | -         | -            |
| Ingestão freqüente de produtos açucarados* | 13        | 40,6         | 29        | 90,6         | 57        | 62,6         | 89        | 97,8         |
| Não sabe /não informou                     | -         | -            | -         | -            | 4         | 4,4          | -         | -            |
| <b>Total</b>                               | <b>32</b> | <b>100,0</b> | <b>32</b> | <b>100,0</b> | <b>91</b> | <b>100,0</b> | <b>91</b> | <b>100,0</b> |

Qui-quadrado de McNemar (item correto\* x demais): ACS  $p = 0,021$ ; Mulheres  $p = 0,000$

Na Tabela 8 é mostrado que o valor do porcentual de resposta "*fumo e álcool em excesso*" teve uma diminuição significativa entre as duas observações: nos ACS de 9,4% para 3,1% e nas mulheres de 24,2% para 15,4%. A resposta correta "*falta de remoção da placa bacteriana...*" teve aumento relevante: ACS de 78,1% para 96,9% e mulheres de 52,7% para 76,9%. Valores estatisticamente significativos para os dois grupos (ACS e mulheres) foram encontrados.

**TABELA 8**

Distribuição da população do estudo segundo a seguinte questão: "O mau hálito é na maioria dos casos causado por:" antes e após a capacitação dos ACS. Rio Grande da Serra, 2004.

|  | ACS       |              |           |              | MULHERES  |              |           |              |
|--|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
|  | antes     |              | depois    |              | antes     |              | depois    |              |
|  | N         | %            | N         | %            | n         | %            | n         | %            |
| Estresse emocional   | 1         | 3,1          | -         | -            | 1         | 1,1          | -         | -            |
| Uso de medicamentos  | -         | -            | -         | -            | -         | -            | -         | -            |
| Fumo e álcool em excesso   | 3         | 9,4          | 1         | 3,1          | 22        | 24,2         | 14        | 15,4         |
| Falta de remoção da placa bacteriana que se acumula nos dentes e na língua * | 25        | 78,1         | 31        | 96,9         | 48        | 52,7         | 70        | 76,9         |
| Alimentos açucarados e gordurosos  | 3         | 9,4          | -         | -            | 6         | 6,6          | 2         | 2,2          |
| Não sabe /não informou   | -         | -            | -         | -            | 14        | 15,4         | 5         | 5,5          |
| <b>Total</b>   | <b>32</b> | <b>100,0</b> | <b>32</b> | <b>100,0</b> | <b>91</b> | <b>100,0</b> | <b>91</b> | <b>100,0</b> |

Qui-quadrado de McNemar (item correto\* x demais): ACS p = 0,000; Mulheres p = 0,002

As duas questões, apresentadas a seguir, ressaltaram o tema da doença periodontal. A primeira questão foi formulada porque o sangramento da gengiva é visto por muitas pessoas como "normal" ou "inevitável", sendo ele um sinal importante da gengivite. Esta foi citada em outra questão por ser o estágio inicial da doença periodontal que é causa de perda dentária.

Verificou-se que a maior proporção de respostas correspondentes ao sangramento da gengiva foi na alternativa "o primeiro sinal de uma doença gengival". Nos ACS, as taxas passaram de 71,9% para 96,9% e nas mulheres de 58,2% para 86,8%; sendo as diferenças estatisticamente significativas em ambos (Tabela 9).

Na questão sobre a gengivite, observou-se uma grande concentração de respostas no item "líquidos especiais ....". Enquanto nos ACS as cifras passaram de 28,1% para 3,1%, nas mulheres essas proporções praticamente não sofreram mudanças: de 58,2% para 52,7% (Tabela 10). O que aconteceu com os ACS não se reproduziu nas mulheres, diferentemente da maioria das questões. Este resultado merece uma investigação mais aprofundada. Embora

as mudanças observadas tenham sido estatisticamente significativas tanto nos ACS quanto nas mulheres e mães, os valores na resposta esperada diferiram bastante entre si. O item de resposta correta “escova e fio dental” apresentou uma elevação (46,9%) entre a primeira e a segunda observação, nos ACS de 40,6% para 87,5% e uma elevação menor nas mulheres, de 22,0% para 38,5%, equivalente ao incremento de 16,5%.

**TABELA 9**

Distribuição da população do estudo segundo a seguinte questão: “Você acha que o sangramento da gengiva é:” antes e após a capacitação dos ACS. Rio Grande da Serra, 2004.

|   | ACS   |       |        |       | MULHERES |       |        |       |
|---|-------|-------|--------|-------|----------|-------|--------|-------|
|   | antes |       | depois |       | antes    |       | depois |       |
|   | N     | %     | N      | %     | n        | %     | n      | %     |
| Normal e sempre ocorre com a escovação    | 1     | 3,1   | -      | -     | 8        | 8,8   | 2      | 2,2   |
| O maior causador da cárie dental          | 1     | 3,1   | 1      | 3,1   | 1        | 1,1   | -      | -     |
| Uma infecção que atinge o nervo do dente  | 5     | 15,6  | -      | -     | 13       | 14,3  | 3      | 3,3   |
| O primeiro sinal de uma doença gengival * | 23    | 71,9  | 31     | 96,9  | 53       | 58,2  | 79     | 86,8  |
| Não sabe /não informou                    | 2     | 6,3   | -      | -     | 16       | 17,6  | 7      | 7,7   |
| Total                                     | 32    | 100,0 | 32     | 100,0 | 91       | 100,0 | 91     | 100,0 |

Qui-quadrado de McNemar (item correto\* x demais): ACS p = 0,000; Mulheres p = 0,000

**TABELA 10**

Distribuição da população do estudo segundo a seguinte questão: “Para se evitar a gengivite (inflamação da gengiva) é preciso realizar os procedimentos de higiene bucal, utilizando corretamente:” antes e após a capacitação dos ACS. Rio Grande da Serra, 2004.

|  | ACS   |       |        |       | MULHERES |       |        |       |
|--|-------|-------|--------|-------|----------|-------|--------|-------|
|  | antes |       | depois |       | antes    |       | depois |       |
|  | N     | %     | N      | %     | n        | %     | n      | %     |
| Apenas escova dental                       | -     | -     | -      | -     | -        | -     | -      | -     |
| Escova dental e pastas com flúor           | 10    | 31,3  | 3      | 9,4   | 10       | 11,0  | 8      | 8,8   |
| Escova e fio dental *                      | 13    | 40,6  | 28     | 87,5  | 20       | 22,0  | 35     | 38,5  |
| Líquidos especiais para bochechos de flúor | 9     | 28,1  | 1      | 3,1   | 53       | 58,2  | 48     | 52,7  |
| Não sabe /não informou                     | -     | -     | -      | -     | 8        | 8,8   | -      | -     |
| Total                                      | 32    | 100,0 | 32     | 100,0 | 91       | 100,0 | 91     | 100,0 |

Qui-quadrado de McNemar (item correto\* x demais): ACS p = 0,049; Mulheres p = 0,000

A maior proporção de respostas da Tabela 11, concentrou-se no item “*lesão de cárie não tratada*”, sendo nos ACS uma mudança de 90,6% para 100,0% e nas mulheres de 82,4% para 94,5%. Uma proporção estatisticamente significativa tanto nos ACS como nas mulheres foi notada.

**TABELA 11**

Distribuição da população do estudo segundo a seguinte questão: “Na sua opinião, indique a alternativa que pode levar o dente a precisar de tratamento de canal:” antes e após a capacitação dos ACS. Rio Grande da Serra, 2004.

|                              | ACS   |       |        |       | MULHERES |       |        |       |
|------------------------------|-------|-------|--------|-------|----------|-------|--------|-------|
|                              | antes |       | depois |       | antes    |       | depois |       |
|                              | N     | %     | N      | %     | n        | %     | n      | %     |
| Lesão de cárie não tratada * | 29    | 90,6  | 32     | 100,0 | 75       | 82,4  | 86     | 94,5  |
| Excesso de flúor             | -     | -     | -      | -     | -        | -     | -      | -     |
| Uso de dentadura quebrada    | -     | -     | -      | -     | 2        | 2,2   | -      | -     |
| Ponte móvel mal adaptada     | -     | -     | -      | -     | 1        | 1,1   | -      | -     |
| Não sabe /não informou       | 3     | 9,4   | -      | -     | 13       | 14,3  | 5      | 5,5   |
| Total                        | 32    | 100,0 | 32     | 100,0 | 91       | 100,0 | 91     | 100,0 |

Qui-quadrado de McNemar (item correto\* x demais): ACS  $p = 0,000$ ; Mulheres  $p = 0,000$

A gestação por ser uma etapa importante no ciclo de vida das mulheres e por requerer cuidados especiais com a saúde geral e bucal foi escolhida como tema. A questão que se referia ao aumento do número de cáries não apresentou mudança muito clara. Teve predominância de respostas na primeira observação no item “*enfraquecimento dos dentes ...*”, sendo 53,1% e depois 28,1% o percentual nos ACS e nas mulheres inicialmente 57,1% e, na segunda observação, 56,0%. Praticamente não houve uma mudança na percepção das mulheres, que mantiveram a noção de que “*os dentes enfraquecem pela perda de cálcio*”, ao passo que após a capacitação é nítida a mudança da percepção nos ACS. O item de resposta “medicamentos” foi razoavelmente citado pelas mulheres nas duas observações: 16,5% e 13,2%.

A categoria de resposta correta “*maior consumo de produtos açucarados*” obteve um aumento nítido nos ACS de 6,3% para 59,4% e nas mulheres, de 5,5% para 24,2%. Embora tenha sido verificada uma mudança estatisticamente significativa, a maioria das M&M (56,0%) manteve a opção “*enfraquecimento dos dentes pela perda de cálcio*” (Tabela 12).

Quanto à questão referente ao tratamento dentário na gravidez, as proporções da resposta correta “*preventivo e periódico*” nos ACS foram de 84,4% para 96,9% e nas mulheres de 56,0% para 75,8%. Nas mulheres houve um deslocamento das que optaram pela categoria “*não sabe*” para a categoria “*preventivo e periódico*”, mostrando que a percepção melhorou. A parcela que escolheu o item “*só para os casos de urgência*” foi mantida. Esses resultados indicaram uma alteração estatisticamente significativa tanto nos ACS como nas mulheres (Tabela 13).

#### **TABELA 12**

Distribuição da população do estudo segundo a seguinte questão: “Durante a gravidez, o aumento do número de cáries se deve a:” antes e após a capacitação dos ACS. Rio Grande da Serra, 2004.

|   | ACS       |              |           |              | MULHERES  |              |           |              |
|---|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
|   | antes     |              | depois    |              | antes     |              | depois    |              |
|   | N         | %            | N         | %            | n         | %            | n         | %            |
| Enfraquecimento dos dentes pela perda de cálcio | 17        | 53,1         | 9         | 28,1         | 52        | 57,1         | 51        | 56,0         |
| Maior consumo de produtos açucarados*           | 2         | 6,3          | 19        | 59,4         | 5         | 5,5          | 22        | 24,2         |
| Alterações hormonais                            | 9         | 28,1         | 4         | 12,5         | 4         | 4,4          | 2         | 2,2          |
| Medicamentos (ex.:antibióticos)                 | -         | -            | -         | -            | 15        | 16,5         | 12        | 13,2         |
| Não sabe /não informou                          | 4         | 12,5         | -         | -            | 15        | 16,5         | 4         | 4,4          |
| <b>Total</b>                                    | <b>32</b> | <b>100,0</b> | <b>32</b> | <b>100,0</b> | <b>91</b> | <b>100,0</b> | <b>91</b> | <b>100,0</b> |

Qui-quadrado de McNemar (item correto\* x demais): ACS p = 0,007; Mulheres p = 0,000

**TABELA 13**

Distribuição da população do estudo segundo a seguinte questão: "Durante a gravidez, você acha que o tratamento dentário deve ser?" antes e após a capacitação dos ACS. Rio Grande da Serra, 2004.

|   | ACS       |              |           |              | MULHERES  |              |           |              |
|---|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
|   | antes     |              | depois    |              | antes     |              | depois    |              |
|   | N         | %            | N         | %            | n         | %            | n         | %            |
| Preventivo e periódico *                        | 27        | 84,4         | 31        | 96,9         | 51        | 56,0         | 69        | 75,8         |
| Evitado durante toda a gestação                 | 2         | 6,3          | -         | -            | 10        | 11,0         | 3         | 3,3          |
| Para os casos de urgência                       | 2         | 6,3          | 1         | 3,1          | 16        | 17,6         | 18        | 19,8         |
| Para a gestante que não utiliza água fluoretada | 1         | 3,1          | -         | -            | 3         | 3,3          | 1         | 1,1          |
| Não sabe /não informou                          | -         | -            | -         | -            | 11        | 12,1         | -         | -            |
| <b>Total</b>                                    | <b>32</b> | <b>100,0</b> | <b>32</b> | <b>100,0</b> | <b>91</b> | <b>100,0</b> | <b>91</b> | <b>100,0</b> |

Qui-quadrado de McNemar (item correto\* x demais): ACS p = 0,000; Mulheres p = 0,001

A Tabela 14 foi elaborada com a finalidade de ilustrar a percepção relativa a importância do flúor. Notou-se uma predominância de respostas no item "em todas as fases da vida" tanto nos ACS, de 96,9% para 100,0%, quanto nas mulheres, de 80,2% para 97,8%. As diferenças das proporções obtidas nos ACS e nas mulheres foram estatisticamente significativas.

**TABELA 14**

Distribuição da população do estudo segundo a seguinte questão: "O flúor é importante:" antes e após a capacitação dos ACS. Rio Grande da Serra, 2004.

|  | ACS       |              |           |              | MULHERES  |              |           |              |
|--|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
|  | antes     |              | depois    |              | antes     |              | depois    |              |
|  | N         | %            | N         | %            | n         | %            | n         | %            |
| Apenas na infância na época de formação e erupção dos dentes | 1         | 3,1          | -         | -            | 12        | 13,2         | 2         | 2,2          |
| Na vida adulta   | -         | -            | -         | -            | -         | -            | -         | -            |
| Na terceira idade  | -         | -            | -         | -            | 1         | 1,1          | -         | -            |
| Em todas as fases da vida *                                  | 31        | 96,9         | 32        | 100,0        | 73        | 80,2         | 89        | 97,8         |
| Não sabe/ não informou                                       | -         | -            | -         | -            | 5         | 5,5          | -         | -            |
| <b>Total</b>   | <b>32</b> | <b>100,0</b> | <b>32</b> | <b>100,0</b> | <b>91</b> | <b>100,0</b> | <b>91</b> | <b>100,0</b> |

Qui-quadrado de McNemar (item correto\* x demais): ACS p = 0,000; Mulheres p = 0,000

Quanto à percepção sobre o fator de risco mais relacionado ao câncer bucal, destacou-se a resposta "excesso de álcool e fumo" nos ACS de 65,6%

para 96,9% e, nas mulheres, de 64,8% para 90,1% sendo estatisticamente significativas as freqüências observadas nos ACS e nas mulheres (Tabela 15).

**TABELA 15**

Distribuição da população do estudo segundo a seguinte questão: "Na sua percepção, indique a alternativa que cita o fator de risco mais relacionado ao aparecimento do câncer bucal:" antes e após a capacitação dos ACS. Rio Grande da Serra, 2004.

|                                  | ACS       |              |           |              | MULHERES  |              |           |              |
|----------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
|                                  | antes     |              | depois    |              | antes     |              | depois    |              |
|                                  | N         | %            | N         | %            | n         | %            | n         | %            |
| Ingestão de medicamentos         | -         | -            | -         | -            | 2         | 2,2          | -         | -            |
| Alimentação rica em sal e açúcar | -         | -            | -         | -            | 2         | 2,2          | 1         | 1,1          |
| Excesso de álcool e fumo *       | 21        | 65,6         | 31        | 96,9         | 59        | 64,8         | 82        | 90,1         |
| Perda dos dentes permanentes     | 2         | 6,3          | 1         | 3,1          | 7         | 7,7          | 4         | 4,4          |
| Não sabe /não informou           | 9         | 28,1         | -         | -            | 21        | 23,1         | 4         | 4,4          |
| <b>Total</b>                     | <b>32</b> | <b>100,0</b> | <b>32</b> | <b>100,0</b> | <b>91</b> | <b>100,0</b> | <b>91</b> | <b>100,0</b> |

Qui-quadrado de McNemar (item correto\* x demais): ACS  $p = 0,000$ ; Mulheres  $p = 0,000$

Comparando-se os valores observados entre os ACS e as mulheres na primeira observação, algumas diferenças podem ser destacadas. De modo geral, entre as mulheres, as freqüências relativas distribuíram-se mais variadamente entre as categorias de resposta e os valores relativos à categoria correspondente à alternativa correta foram inferiores. Isso não ocorreu em quatro questões onde a dispersão entre as categorias de resposta foi semelhante para ambos os grupos. Os itens que apresentaram conhecimentos equivalentes entre os dois grupos versavam sobre número de trocas dentárias, faixa etária quando os primeiros molares permanentes erupcionam, condições que provocam lesões de cárie e fatores de risco para câncer bucal.

Considerando-se a categoria esperada de conhecimento específico, os resultados apresentados na Tabela 16 mostraram que as diferenças observadas entre os ACS após sua capacitação foram estatisticamente

significativas ( $p < 0,05$ ) para todas as 14 questões. Entre as mulheres e mães, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) em duas questões. Enquanto uma delas dizia respeito aos dentes de leite na qual proporção importante da amostra de mulheres e mães (37,4%), após a segunda observação, não considerou que eram elementos importantes para guiar a erupção dos dentes permanentes; a outra fazia referência à idade de surgimento dos primeiros dentes permanentes, na qual uma taxa relevante de mulheres e mães (27,5%) não indicou o período de 5 a 6 anos de idade.

Em outras duas questões, embora as diferenças antes e após a capacitação dos ACS em ambas as populações sejam estatisticamente significativas, os valores obtidos mostraram claras dificuldades de assimilação pelos ACS do saber odontológico especificamente implicado nessa questão e nítidas conseqüências para a distribuição das respostas representativas do universo de percepções das mulheres e mães (Tabela 16). Essas questões tratavam de procedimentos para evitar a inflamação gengival e o papel do consumo de produtos açucarados no aumento do número de lesões de cárie na gravidez.

**TABELA 16**

Distribuição da população do estudo segundo a seguinte questão: "Distribuição da população do estudo segundo a categoria de conhecimento esperada em cada questão" antes e após a capacitação dos ACS. Rio Grande da Serra, 2004.

|  | ACS        |             |              | MULHERES   |             |              |
|--|------------|-------------|--------------|------------|-------------|--------------|
|  | antes<br>% | depois<br>% | Valor<br>"p" | antes<br>% | depois<br>% | Valor<br>"p" |
| <u>Quanto à higiene bucal do recém-nascido é correto:</u>  |            |             |              |            |             |              |
| Demais categorias  | 15,6       | -           |              | 33,0       | 4,4         |              |
| <i>Usar gaze ou fralda umedecida em água limpa</i>   | 84,4       | 100,0       | 0,000        | 67,0       | 95,6        | 0,000        |
| <u>Na sua percepção, em relação aos dentes de leite, a opção correta é:</u>  |            |             |              |            |             |              |
| Demais categorias  | 37,5       | 6,3         |              | 68,1       | 37,4        |              |
| <i>Guiam a erupção ou o "nascimento" dos dentes permanentes</i>  | 62,5       | 93,7        | 0,000        | 31,9       | 62,6        | 0,615        |
| <u>Do nascimento à idade adulta, quantas são as trocas de dentes?</u>  |            |             |              |            |             |              |
| Demais categorias  | 56,2       | 9,4         |              | 50,5       | 18,7        |              |
| <i>Uma</i>   | 43,8       | 90,6        | 0,013        | 49,5       | 81,3        | 0,000        |
| <u>Em que idade aparecem os primeiros dentes permanentes?</u>  |            |             |              |            |             |              |
| Demais categorias  | 56,3       | 12,5        |              | 56,0       | 27,5        |              |
| <i>De 5 a 6 anos</i>   | 43,8       | 87,5        | 0,031        | 44,0       | 72,5        | 0,082        |
| <u>Algumas pessoas possuem dentição forte devido à:</u>  |            |             |              |            |             |              |
| Demais categorias  | 17,6       | 1,1         |              | 17,6       | 1,1         |              |
| <i>Cuidados com a higiene bucal e alimentação</i>  | 82,4       | 98,9        | 0,000        | 82,4       | 98,9        | 0,000        |
| <u>A cárie é provocada principalmente por:</u>   |            |             |              |            |             |              |
| Demais categorias  | 59,4       | 9,4         |              | 37,4       | 2,2         |              |
| <i>Ingestão freqüente de produtos açucarados</i>   | 40,6       | 90,6        | 0,021        | 62,6       | 97,8        | 0,000        |
| <u>Mau hálito é causado por:</u>   |            |             |              |            |             |              |
| Demais categorias  | 21,9       | 3,1         |              | 47,3       | 23,1        |              |
| <i>Falta de remoção da placa bacteriana que se acumula nos dentes e na língua</i>                                      | 78,1       | 96,9        | 0,000        | 52,7       | 76,9        | 0,002        |
| <u>O sangramento da gengiva é:</u>   |            |             |              |            |             |              |
| Demais categorias  | 28,1       | 3,1         |              | 41,8       | 13,2        |              |
| <i>O primeiro sinal de uma doença gengival</i>   | 71,9       | 96,9        | 0,000        | 58,2       | 86,8        | 0,000        |
| <u>Para evitar a inflamação da gengiva é preciso realizar procedimentos de higiene bucal, utilizando corretamente:</u> |            |             |              |            |             |              |
| Demais categorias  | 59,4       | 12,5        |              | 78,0       | 61,5        |              |
| <i>Escova e fio dental</i>   | 40,6       | 87,5        | 0,049        | 22,0       | 38,5        | 0,000        |
| <u>Indique o que pode levar o dente ao tratamento de canal:</u>  |            |             |              |            |             |              |
| Demais categorias  | 9,4        | -           |              | 17,6       | 5,5         |              |
| <i>Lesão de cárie não tratada</i>  | 90,6       | 100,0       | 0,000        | 82,4       | 94,5        | 0,000        |
| <u>Durante a gravidez, o aumento do número de cáries se deve à:</u>  |            |             |              |            |             |              |
| Demais categorias  | 93,8       | 40,6        |              | 94,5       | 75,8        |              |
| <i>Maior consumo de produtos açucarados</i>  | 6,3        | 59,4        | 0,007        | 5,5        | 24,2        | 0,000        |
| <u>Durante a gravidez, o tratamento dentário deve ser:</u>   |            |             |              |            |             |              |
| Demais categorias  | 15,6       | 3,1         |              | 44,0       | 24,2        |              |
| <i>Preventivo e periódico</i>  | 84,4       | 96,9        | 0,000        | 56,0       | 75,8        | 0,001        |
| <u>O flúor é importante:</u>   |            |             |              |            |             |              |
| Demais categorias  | 3,1        | -           |              | 19,8       | 2,2         |              |
| <i>Em todas as fases da vida</i>   | 96,9       | 100,0       | 0,000        | 80,2       | 97,8        | 0,000        |
| <u>Indique o fator de risco + relacionado ao câncer bucal:</u>   |            |             |              |            |             |              |
| Demais categorias  | 15,6       | 3,1         |              | 35,2       | 9,9         |              |
| <i>Excesso de álcool e fumo</i>  | 65,6       | 96,9        | 0,000        | 64,8       | 90,1        | 0,000        |
| Total  | 100,0      | 100,0       |              | 100,0      | 100,0       |              |

Valor de "p" a partir do Qui-quadrado de McNemar

#### 4.2.2. Práticas e capacidades auto-referidas

Em relação às práticas de higiene bucal foram colhidas informações sobre o uso de escovas dentais individuais e coletivas, a frequência de escovação e de uso de fio dental e, ainda, uma auto-avaliação sobre a higiene bucal dos entrevistados antes e após a capacitação.

Quanto à frequência de escovação, as respostas dos ACS ficaram distribuídas em 3 categorias, com forte concentração em duas delas. Nas mulheres houve uma maior variação na distribuição das respostas, em 4 das 5 categorias apresentadas. Nota-se na Tabela 17 que os itens: “somente quando acordo”, “somente quando vou dormir” e “não escovo os dentes todos os dias” apresentaram percentuais de 9,4% e após a capacitação 3,1% nos ACS; enquanto que nas mulheres e mães 27,5% e depois 12,1%. Os resultados pós-intervenção mostraram ligeiro aumento nas categorias de resposta: “normalmente após as refeições” e “a qualquer hora do dia, desde que tenha me alimentado”. Nos ACS, as cifras passaram de 90,6% para 96,9% e nas mulheres e mães de 72,5% para 87,9% (Tabela 17).

#### TABELA 17

Distribuição da população do estudo segundo a seguinte questão: “Com que frequência você escova os dentes?” antes e após da capacitação dos ACS. Rio Grande da Serra, 2004.

|  | ACS   |       |        |       | Mulheres e mães |       |        |       |
|--|-------|-------|--------|-------|-----------------|-------|--------|-------|
|  | antes |       | depois |       | antes           |       | depois |       |
|  | N     | %     | N      | %     | n               | %     | n      | %     |
| Somente quando acordo                                  | 3     | 9,4   | 1      | 3,1   | 22              | 24,2  | 11     | 12,1  |
| Somente quando vou dormir                              | -     | -     | -      | -     | -               | -     | -      | -     |
| Normalmente após as refeições.                         | 20    | 62,5  | 14     | 43,8  | 47              | 51,6  | 56     | 61,5  |
| A qualquer hora do dia, desde que tenha me alimentado. | 9     | 28,1  | 17     | 53,1  | 19              | 20,9  | 24     | 26,4  |
| Não escovo os dentes todos os dias                     | -     | -     | -      | -     | 3               | 3,3   | -      | -     |
| Total  | 32    | 100,0 | 32     | 100,0 | 91              | 100,0 | 91     | 100,0 |

Em relação ao uso do fio dental, as proporções nas categorias “em todas as escovações diárias”, “pelo menos uma vez ao dia” e “uso de vez em quando” somaram nos ACS 75,1% na primeira observação e, depois, 96,9%. Nas mulheres e mães foram obtidos nestas categorias inicialmente 42,9%, aumentando para 61,6%. As categorias “não tenho o hábito...” , “não sei usar...” e “uso somente palitos” obteve um percentual de 25,0% nos ACS diminuindo para 3,1% e nas mulheres 57,2% e, depois, 38,5% (Tabela 18).

**TABELA 18**

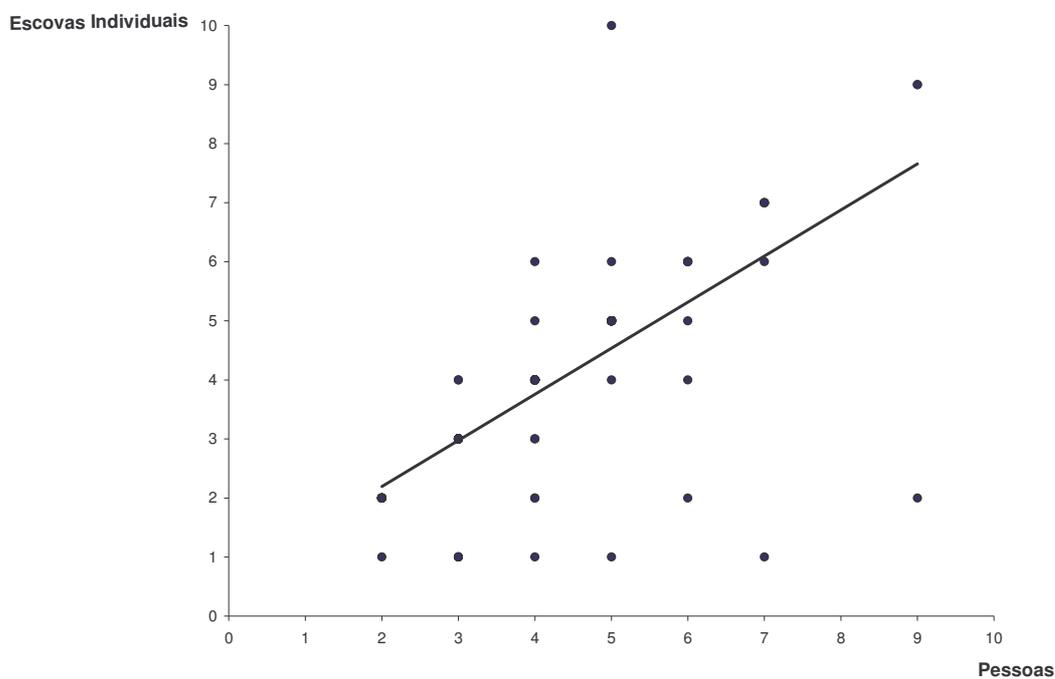
Distribuição da população do estudo segundo resposta a seguinte questão: “Usa fio dental regularmente?” antes e após a capacitação dos ACS. Rio Grande da Serra, 2004.

|                                       | ACS   |       |        |       | Mulheres e mães |       |        |       |
|---------------------------------------|-------|-------|--------|-------|-----------------|-------|--------|-------|
|                                       | antes |       | depois |       | antes           |       | depois |       |
|                                       | N     | %     | N      | %     | n               | %     | n      | %     |
| Em todas as escovações diárias        | 2     | 6,3   | 7      | 21,9  | 8               | 8,8   | 8      | 8,8   |
| Pelo menos 1 vez ao dia               | 14    | 43,8  | 16     | 50,0  | 20              | 22,0  | 24     | 26,4  |
| Uso de vez em quando                  | 8     | 25,0  | 8      | 25,0  | 11              | 12,1  | 24     | 26,4  |
| Não tenho o hábito de usar fio dental | 5     | 15,6  | -      | -     | 32              | 35,2  | 21     | 23,1  |
| Não sei usar fio dental               | -     | -     | -      | -     | 4               | 4,4   | 5      | 5,5   |
| Uso somente palitos                   | 3     | 9,4   | 1      | 3,1   | 16              | 17,6  | 9      | 9,9   |
| Total                                 | 32    | 100,0 | 32     | 100,0 | 91              | 100,0 | 91     | 100,0 |

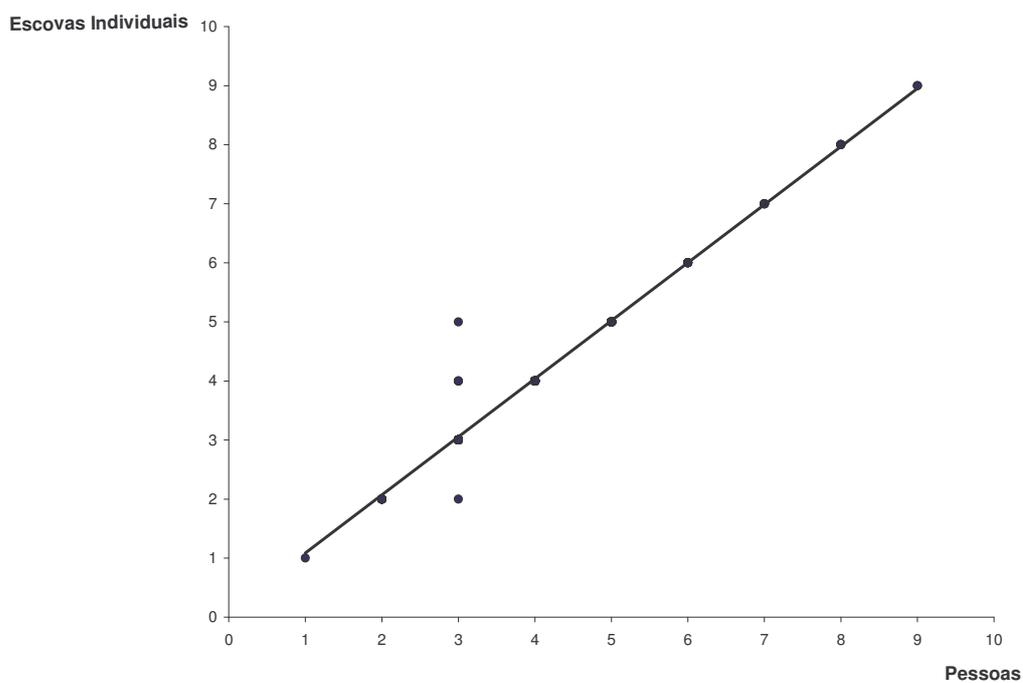
Quanto ao número de escovas dentais de uso individual e o número de pessoas nas famílias, antes e após a capacitação feita pelos ACS, notou-se que na primeira observação o número de escovas é menor que o número de pessoas, demonstrando o uso de escovas coletivas em algumas famílias entrevistadas (Figura 3). Na segunda observação houve maior equilíbrio entre o número de pessoas e de escovas individuais (Figura 4).

**FIGURA 3**

Distribuição do número de escovas dentais de uso individual segundo o número de pessoas na família antes da capacitação dos ACS. Rio Grande da Serra, 2004.

**FIGURA 4**

Distribuição do número de escovas dentais de uso individual segundo o número de pessoas na família após a capacitação dos ACS. Rio Grande da Serra, 2004.



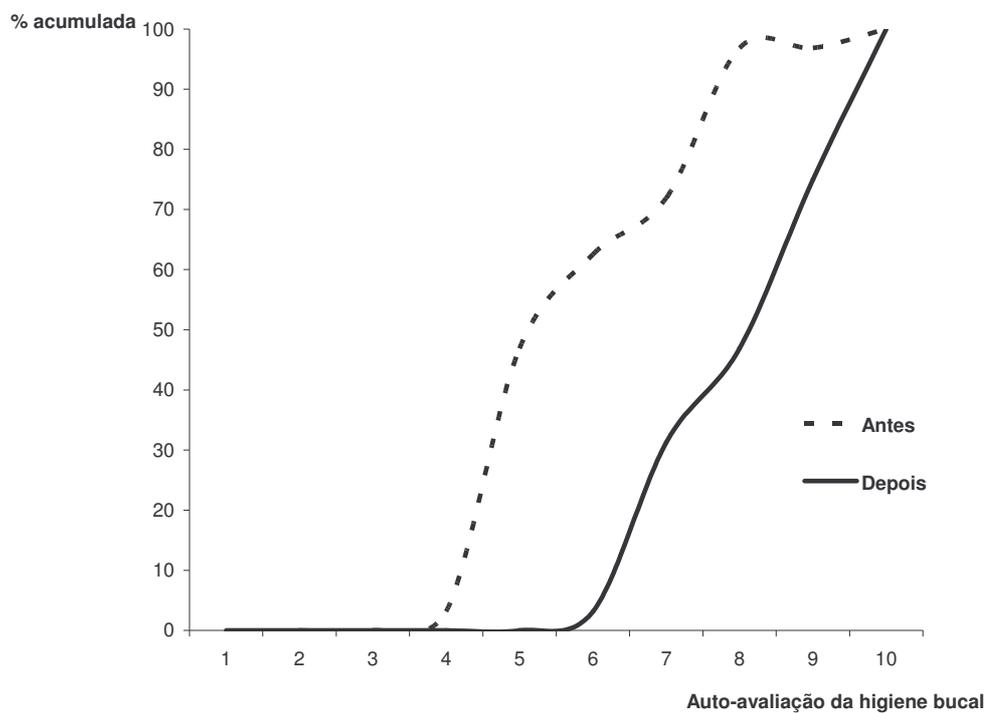
Em relação à auto-avaliação sobre higiene bucal dos ACS e das mulheres e mães observada nos dois momentos da pesquisa, constatou-se aumento da auto-suficiência. Nos ACS, inicialmente, o menor valor apresentado foi 4 e 60% dos observados admitiram nota máxima 6. Na segunda observação houve um deslocamento para valores maiores na frequência acumulada, o que denota uma proporção maior de ACS atribuindo uma melhor auto-avaliação (Figura 5). Nas mulheres e mães cerca de 40% consideraram nota máxima 4 e 20% atribuíram valor maior ou igual a 8. Na segunda observação, cerca de 40% admitiram nota máxima 7 e 20% atribuíram valor maior ou igual a 9; mostrando uma melhor auto-avaliação, mas em proporção menor do que o visto nos ACS (Figura 6).

Em relação às capacidades no auto-exame foram colhidas informações sobre a percepção dos entrevistados quanto às ações de prevenção das doenças bucais, autocuidado e de promoção da saúde.

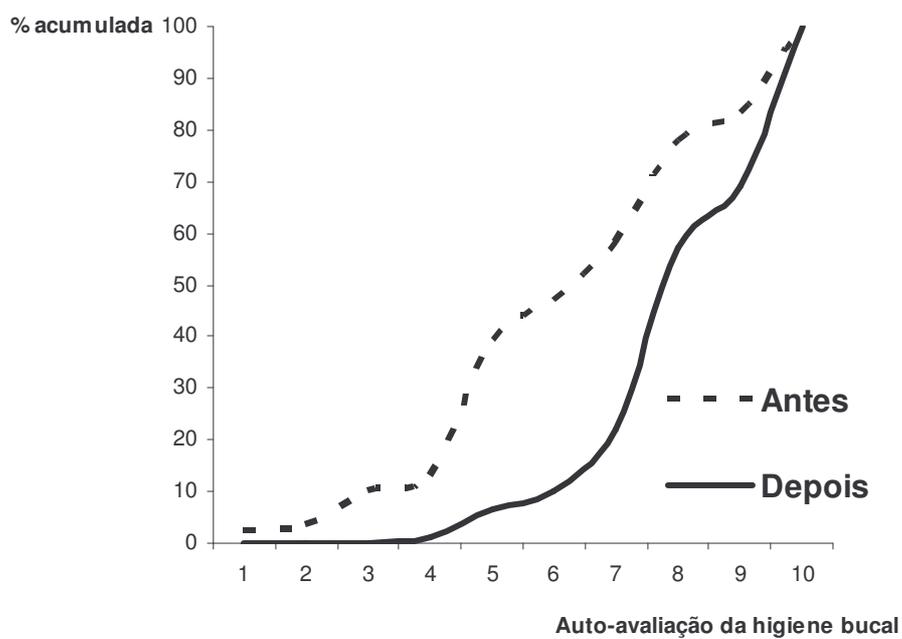
Em relação à capacidade de identificar lesões na boca (Tabela 19), as categorias péssima, ruim e regular nos ACS inicialmente somavam 46,9% e depois 18,8%, enquanto nas mulheres somaram 38,5% e depois 29,7%. Houve, portanto um deslocamento para as categorias boa e ótima. Pode-se notar deslocamento no valor da média obtida. 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 nas duas populações do estudo, a probabilidade das diferenças entre ambas serem nulas é muito pequena ( $p=0,001$ ).

**FIGURA 5**

Freqüência acumulada dos valores de auto-avaliação da higiene bucal dos ACS antes e após a capacitação. Rio Grande da Serra, 2004.

**FIGURA 6**

Freqüência acumulada dos valores de auto-avaliação da higiene bucal das mulheres e mães antes e após a capacitação dos ACS. Rio Grande da Serra, 2004.



**TABELA 19**

Distribuição da população do estudo segundo a seguinte questão: "Sua capacidade para identificar lesões (feridas) na boca é:" antes e após a capacitação dos ACS. Rio Grande da Serra, 2004.

|                                  | ACS       |       |        |       | MULHERES  |       |        |       |
|----------------------------------|-----------|-------|--------|-------|-----------|-------|--------|-------|
|                                  | antes     |       | depois |       | antes     |       | depois |       |
|                                  | N         | %     | N      | %     | n         | %     | n      | %     |
| Péssima                          | -         | -     | -      | -     | 8         | 8,8   | 5      | 5,5   |
| Ruim                             | -         | -     | -      | -     | 10        | 11,0  | 9      | 9,9   |
| Regular                          | 15        | 46,9  | 6      | 18,8  | 17        | 18,7  | 13     | 14,3  |
| Boa                              | 15        | 46,9  | 22     | 68,8  | 39        | 42,8  | 48     | 52,7  |
| Ótima                            | 2         | 6,2   | 4      | 12,4  | 11        | 12,1  | 16     | 17,6  |
| Não sabe/ não informou           | -         | -     | -      | -     | 6         | 6,6   | -      | -     |
| Total                            | 32        | 100,0 | 32     | 100,0 | 91        | 100,0 | 91     | 100,0 |
| Média                            | 3,50      |       | 3,97   |       | 3,41      |       | 3,74   |       |
| Escala de -100 a +100            | 25,0      |       | 48,5   |       | 20,5      |       | 37,0   |       |
| Teste "t" <i>Student</i> pareado | p = 0,001 |       |        |       | p = 0,001 |       |        |       |

#### 4.2.3. Acesso e utilização dos serviços odontológicos

Em relação ao acesso e utilização dos serviços odontológicos foram elaboradas questões sobre a percepção do grau de dificuldade para se conseguir um atendimento odontológico e a frequência com a qual o respondente procura o serviço público.

Na questão referente ao acesso da família ao serviço odontológico, observou-se que as categorias de resposta: "muito difícil"; "difícil"; "às vezes fácil, às vezes difícil" ao serem somadas, apresentaram inicialmente nos ACS a proporção de 84,4% e depois 75,1% e nas mulheres 84,7% e depois 47,3%, ao passo que as categorias "fácil" e "muito fácil" variaram de 15,6% para 25,0% nos ACS e nas mulheres de 13,2% para 52,8%. O valor na escala variou entre as duas populações pesquisadas : nos ACS de -6,0 para -14,0 e nas mulheres de -44,5 para 13,5. Observa-se que para as mulheres o acesso melhorou

( $p=0,000$ ) e para os ACS houve uma ligeira piora, estatisticamente não significativa ( $p=0,378$ ).

**TABELA 20**

Distribuição da população do estudo segundo a seguinte questão: "Você considera o acesso de sua família ao serviço público odontológico como sendo:" antes e após a capacitação dos ACS. Rio Grande da Serra, 2004.

|                                  | ACS   |       |        |       | MULHERES  |       |           |       |
|----------------------------------|-------|-------|--------|-------|-----------|-------|-----------|-------|
|                                  | antes |       | depois |       | antes     |       | depois    |       |
|                                  | N     | %     | N      | %     | n         | %     | n         | %     |
| Muito difícil                    | 4     | 12,5  | 4      | 12,5  | 30        | 33,0  | 13        | 14,3  |
| Difícil                          | 2     | 6,3   | 10     | 31,3  | 32        | 35,2  | 10        | 11,0  |
| Às vezes fácil, às vezes difícil | 21    | 65,6  | 10     | 31,3  | 15        | 16,5  | 20        | 22,0  |
| Fácil                            | 4     | 12,5  | 7      | 21,9  | 11        | 12,1  | 39        | 42,9  |
| Muito fácil                      | 1     | 3,1   | 1      | 3,1   | 1         | 1,1   | 9         | 9,9   |
| Não sabe /não informou           | -     | -     | -      | -     | 2         | 2,2   | -         | -     |
| Total                            | 32    | 100,0 | 32     | 100,0 | 91        | 100,0 | 91        | 100,0 |
| 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 = 0,000 |       |
|                                  |       |       |        |       | p = 0,378 |       |           |       |

Na questão relativa ao uso do serviço odontológico. As categorias de resposta "muito freqüente", "freqüente" somadas nos ACS atingiram valores de 31,3% antes e depois 34,4%, nas mulheres 25,3% e depois 56,1%. As categorias: "irregular", "raro" e "muito raro" corresponderam nos ACS a 68,8% e depois 65,6% e nas mulheres 73,7% e depois 42,9%. Nos ACS, a média praticamente não se modificou ( $p= 0,712$ ). Nas mulheres, o valor na escala de 200 pontos passou de -34,5 para 12,0, uma nítida melhora ( $p=0,000$ ).

**TABELA 21**

Distribuição da população do estudo segundo a seguinte questão: "Indique a sua percepção em relação ao uso do serviço odontológico pela sua família. O uso do serviço odontológico é:" antes e após a capacitação dos ACS. Rio Grande da Serra, 2004.

|                                  | ACS       |              |           |              | MULHERES  |              |           |              |
|----------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
|                                  | antes     |              | depois    |              | antes     |              | depois    |              |
|                                  | N         | %            | N         | %            | n         | %            | n         | %            |
| Muito freqüente                  | -         | -            | -         | -            | 1         | 1,1          | 2         | 2,2          |
| Freqüente                        | 10        | 31,3         | 11        | 34,4         | 22        | 24,2         | 50        | 54,9         |
| Irregular                        | 12        | 37,5         | 9         | 28,1         | 10        | 11,0         | 11        | 12,1         |
| Raro                             | 8         | 25,0         | 9         | 28,1         | 28        | 30,8         | 22        | 24,2         |
| Muito raro                       | 2         | 6,3          | 3         | 9,4          | 29        | 31,9         | 6         | 6,6          |
| Não sabe /não informou           | -         | -            | -         | -            | 1         | 1,1          | -         | -            |
| <b>Total</b>                     | <b>32</b> | <b>100,0</b> | <b>32</b> | <b>100,0</b> | <b>91</b> | <b>100,0</b> | <b>91</b> | <b>100,0</b> |
| Média                            | 2,98      |              | 2,88      |              | 2,31      |              | 3,24      |              |
| Escala de -100 a +100            | -1,0      |              | -6,0      |              | -34,5     |              | 12,0      |              |
| Teste "t" <i>Student</i> pareado | p = 0,712 |              |           |              | p = 0,000 |              |           |              |

#### 4.2.4 Análise de conjunto

As questões descritas separadamente foram agrupadas em três grupos: ciclos de vida e saúde-doença bucal; práticas e capacidades auto-referidas e acesso e utilização de serviços odontológicos. Analisando o conjunto de questões em cada grupo, observou-se resultados convergentes entre as populações nas questões relativas às práticas e capacidades auto-referidas.

Em relação às questões sobre saúde-doença bucal, os resultados observados apresentaram algumas diferenças importantes entre os ACS e as mulheres e mães, indicativos de variação na assimilação de certos conteúdos pela população de referência.

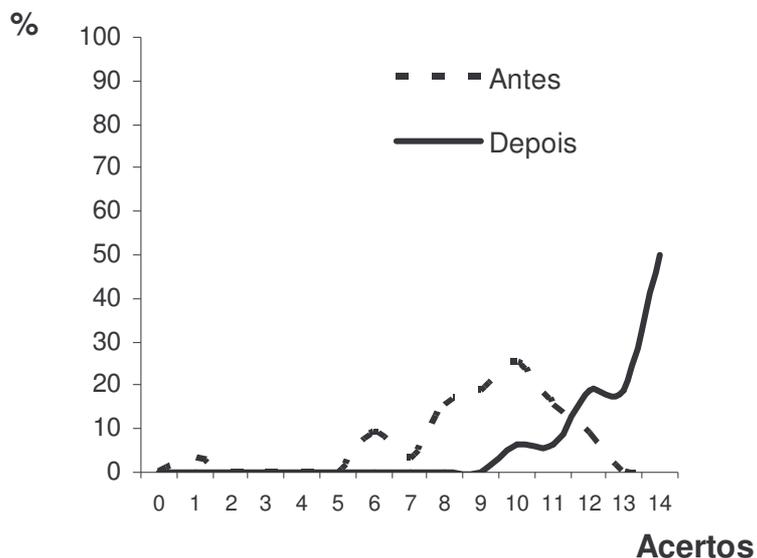
No bloco de questões sobre acesso e o uso dos serviços, os resultados não foram convergentes. Enquanto nas mulheres e mães, houve melhora evidente, entre os ACS, a situação não se modificou.

Após a aplicação do formulário nos dois momentos da pesquisa, o número de acertos dos ACS e das mulheres e mães foi analisado por meio de testes paramétricos.

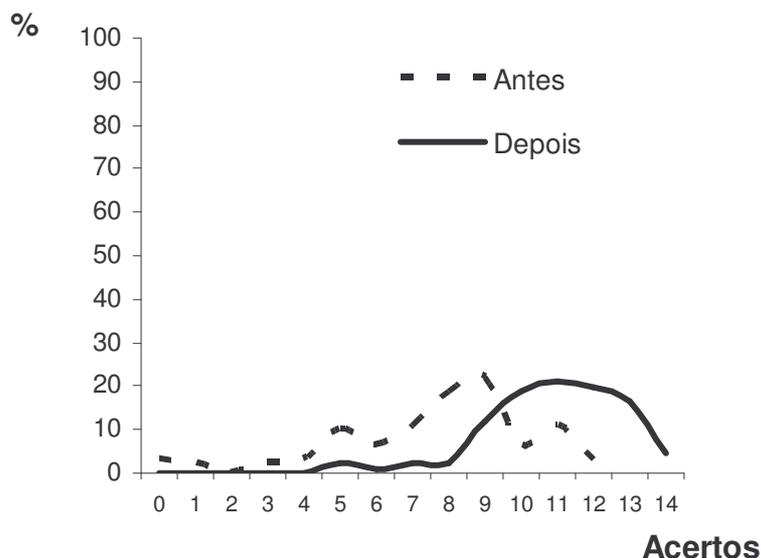
Entre os ACS, o número médio de acertos passou de 9,09 (d.p. = 2,23) para 13,00 (d.p. = 1,24) ( $p= 0,000$ ) antes e depois da capacitação. O número médio de acertos observado entre as mulheres e mães aumentou de 7,62 (d.p. = 2,73) para 10,89 (d.p. = 1,89) ( $p= 0,000$ ). Nas Figuras 7 e 8 são apresentadas as distribuições percentuais dos valores de acertos antes e depois da capacitação em cada população. As mudanças podem ser detectadas visualmente por meio da comparação das áreas delimitadas acima da linha correspondente ao percentil 10. Pode-se notar que na primeira observação, as maiores proporções de acertos para os ACS eram em torno de sete a onze. Após a capacitação houve um aumento considerável, variando entre doze e quatorze (Figura 7). A distribuição dos acertos na amostra de mulheres e mães mostrou-se diferente, na primeira observação as maiores proporções de acertos eram em torno de sete e dez. Na segunda observação a mudança foi perceptível, variando entre dez e treze acertos (Figura 8).

**FIGURA 7**

Distribuição percentual do número total de acertos entre os agentes comunitários de saúde antes e depois da sua capacitação. Rio Grande da Serra, 2004.

**FIGURA 8**

Distribuição percentual do número total de acertos entre as mulheres e mães antes e depois da capacitação dos agentes comunitários de saúde. Rio Grande da Serra, 2004.



Em relação à pergunta: O que você achou do questionário? , notou-se que as categorias "muito difícil", "difícil", "às vezes fácil, às vezes difícil"

somavam nos ACS 53,1% e depois 25,0% e nas mulheres 48,4% e depois 41,8%. Já os itens “fácil” e “muito fácil” somavam nos ACS 46,9% e depois 75,0% e nas mulheres 51,7% e depois 58,3%. Houve um deslocamento visível nos ACS, mostrando que a dificuldade para responder as perguntas do questionário diminuiu. Verificou-se discreto deslocamento nas mulheres para “fácil” e “muito fácil”, mostrando que o grau de dificuldade para responder as perguntas não se modificou na mesma magnitude do que nos ACS.

Interessante citar que a média obtida após a aplicação dos questionários aumentou para valores positivos: nos ACS de 25,0 para 45,5 e nas mulheres de 26,0 para 33,0. O resultado do teste “t” de Student pareado mostra  $p=0,007$  nos ACS e  $p=0,047$  nas mulheres e mães, valores que expressam diferenças estatisticamente significativas em relação ao grau de dificuldade para responder as questões entre a primeira e a segunda observação.

## TABELA 22

Distribuição da população do estudo segundo a seguinte questão: “O que você achou deste questionário?” antes e após a capacitação dos ACS. Rio Grande da Serra, 2004.

|                                  | ACS   |       |        |       | MULHERES    |       |        |       |
|----------------------------------|-------|-------|--------|-------|-------------|-------|--------|-------|
|                                  | antes |       | depois |       | antes       |       | depois |       |
|                                  | N     | %     | N      | %     | n           | %     | n      | %     |
| Muito difícil de responder       | -     | -     | -      | -     | 1           | 1,1   | -      | -     |
| Difícil de responder             | 1     | 3,1   | -      | -     | 4           | 4,4   | 1      | 1,1   |
| Às vezes fácil, às vezes difícil | 16    | 50,0  | 8      | 25,0  | 39          | 42,9  | 37     | 40,7  |
| Fácil                            | 13    | 40,6  | 19     | 59,4  | 41          | 45,1  | 45     | 49,5  |
| Muito fácil                      | 2     | 6,3   | 5      | 15,6  | 6           | 6,6   | 8      | 8,8   |
| Não sabe /não informou           | -     | -     | -      | -     | -           | -     | -      | -     |
| Total                            | 32    | 100,0 | 32     | 100,0 | 91          | 100,0 | 91     | 100,0 |
| Média                            | 3,50  |       | 3,91   |       | 3,52        |       | 3,66   |       |
| Escala de -100,0 a +100,0        | 25,0  |       | 45,5   |       | 26,0        |       | 33,0   |       |
| Teste “t” Student pareado        |       |       |        |       | $p = 0,007$ |       |        |       |
|                                  |       |       |        |       | $p = 0,047$ |       |        |       |

## 5. DISCUSSÃO

O impacto de uma capacitação de agentes de saúde em atividades de promoção de saúde bucal foi objeto desse estudo. Mudanças relativas a conhecimentos sobre ciclos de vida e saúde-doença bucal, práticas e capacidades auto-referidas, e acesso e utilização de serviços odontológicos foram avaliadas na população de ACS e numa amostra representativa de mulheres por meio de entrevistas estruturadas.

Mulheres e mães foram identificadas para compor a população de estudo porque vários autores admitem que elas são as cuidadoras primárias nas famílias e têm demonstrado nítida liderança debaixo de adversidades extremas (Kar *et al.* 1999). Portanto quando empoderadas podem atuar efetivamente em programas de promoção da saúde e tendem a colocar mais prioridade no bem-estar de suas famílias do que em suas próprias necessidades, atuando como agentes-chave do processo de mudança que está sendo medido.

Tezoquipa *et al.* (2001) afirmaram que as diferentes 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, no âmbito familiar. Ortner *apud* Borges (2003) afirma que as razões que levaram a mulher a ser associada ao papel de cuidadora, têm relação com o fato dela ser considerada mais próxima à natureza e conseqüentemente à vida, à morte, ou seja, ao biológico, enquanto o homem, nessa visão cultural da divisão sexual de papéis, é associado à cultura, às relações sociais e políticas. Borges & Atiê (1989) estabelecem que, o cuidar de outros parece garantir um lugar no tempo e no

espaço que mantém as mulheres na segurança do vivido e conhecido como uma extensão pública de seu papel materno. Malhotra *et al.* (2002) citaram casa e relações interfamiliares, como sendo o lugar central de empoderamento de mulheres, com importante implicação política em nível domiciliar. Gollub (2000) comentou que modelos de comportamento em assuntos de Saúde Pública, baseados em conceitos de “empoderamento de comunidade” têm uma maior relevância no trabalho com mulheres ao redor do mundo. Mulheres podem se beneficiar de um senso de identidade de grupo e força de coletivo. Assim, intervenções endereçadas às mulheres podem ter efeitos positivos em diferentes áreas da vida de uma mulher, como também na família e na comunidade.

A escolha da faixa etária das mulheres entrevistadas teve como base o ciclo de vida das famílias.

Segundo Moysés & Silveira Filho (2002) “as famílias, como as pessoas, seguem seu curso de desenvolvimento em ciclos. Para cada ciclo determinados papéis e tarefas específicas devem ser executados. As dificuldades no cumprimento desses papéis aumentarão a probabilidade do surgimento de patologias. (...) Ter apropriação sobre estes ciclos (...) faz com que os profissionais de saúde possam desenvolver melhor seu papel na promoção de saúde e prevenção de doenças”. Wilson (2000) constatou que os estágios de desenvolvimento de uma família apresentam movimentos de autonomização, 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, bem como tópicos de

promoção da saúde que podem ser implementados. Wagner *et al.* (1999) trabalhando com saúde da família, relataram que "(...) o ciclo de vida a que pertence uma família, é uma ferramenta poderosa. E sua análise permite auxiliar a compreensão das tarefas, papéis e comportamentos a serem desempenhados pelos membros das famílias".

Nas entrevistas foi empregado um formulário contendo perguntas fechadas, construído com base no conteúdo da capacitação, e especialmente elaborado para esse fim.

Embora perguntas fechadas sejam fáceis de codificar e o pesquisador possa transferir as informações ao computador sem maiores problemas, a questão fechada mal formulada pode conter ambigüidades. Nessa situação, os sujeitos podem divergir sobre o entendimento da questão. Embora tenham respondido ao mesmo item, os sujeitos podem ter emitido respostas sobre diferentes temas. Para Lefèvre (1994), na pesquisa social, a questão da ambigüidade, quase sempre, está presente nas perguntas dos pesquisadores e nas respostas dos pesquisados. O autor afirma que somente questões abertas, permitem ao sujeito respostas discursivas onde, a partir de "(...) quantidades maiores de material verbal é possível, em princípio, saber com mais objetividade e certeza (ou com menos ambigüidade) aquilo que efetivamente os indivíduos pensam a respeito de um dado tema".

De fato, na pesquisa social, a opção por questões abertas ou fechadas, ou ambas, encerra um rol de implicações teóricas e metodológicas cuja discussão ultrapassam, obviamente, os propósitos desta pesquisa. Questões abertas também podem conter ambigüidades. Além disso, exigem muito maior

esforço e tempo durante a coleta dos dados, somado ao fato de que a categorização e análise das respostas dependem mais intensamente de uma série de qualidades do pesquisador, entre as quais, intuição, história de vida, inteligência, capital cultural. A adoção por um ou outro tipo deve considerar os diferentes aspectos da investigação que será realizada. A opção pela construção de um instrumento contendo, entre outros tipos de questão, perguntas fechadas, permitiu à pesquisadora um número maior de observações, maior uniformidade na interpretação dos dados e dos critérios adotados, conferindo controle apropriado da aplicação nos dois momentos previstos, isto é, antes e depois da atuação dos ACS. Além disso, itens de múltipla escolha, onde uma alternativa é correta e as outras incorretas, são mais fáceis de corrigir e analisar em termos de padrões de respostas incorretas que outras formas (Richardson 1999). A entrevistadora não precisou escrever; apenas marcou a alternativa que melhor se aplicava; o que facilitou o preenchimento do formulário e a coleta dos dados junto às mulheres das duas áreas selecionadas.

Instrumentos contendo perguntas fechadas têm sido empregados em diferentes estudos para avaliar conhecimentos (Valentini *et al.* 2004; Flores *et al.* 2003; Faustini *et al.* 2003). No que pesem esses aspectos, o estudo teve algumas limitações. Não foi possível estabelecer uma amostra de mulheres que pudesse servir de grupo controle para comparar as variações na amostra de mulheres cadastradas na área de atuação dos ACS. 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.

Outros recursos, como por exemplo, informações sobre saúde eventualmente veiculadas por meios de comunicação de massa (94,7% da população de referência tinha acesso a rádio ou televisão ou ambos) não foram registradas.

A despeito dessas limitações, alguns aspectos podem ser destacados com base nos resultados encontrados. O principal deles diz respeito à mudança na percepção das mulheres da área de atuação dos agentes comunitários. Ao contrário da população de ACS onde era esperada alguma mudança de percepção em função da participação deles em processo de capacitação, apenas modificações atribuíveis ao acaso eram esperadas na amostra de mulheres. Entretanto, passados doze meses da capacitação dos ACS, o estudo captou nas mulheres e mães significativas mudanças em diferentes dimensões de promoção da saúde bucal, efeito que pode ser atribuído ao trabalho desse pessoal realizado por meio de visitas domiciliares. O papel de tradutor, veiculando na comunidade saberes e práticas biomédicas, foi verificado em dois grupos focais de áreas distintas na cidade de Bauru-SP envolvendo a participação de usuários e ACS (Levy *et al.* 2004).

Em relação aos aspectos cognitivos relacionados a conhecimentos de saúde bucal e ciclos de vida, na população de estudo entrevistada o flúor foi considerado importante para a saúde bucal. Tanto as respostas obtidas na primeira, quanto na segunda observação indicaram essa percepção, um fato relevante comparado a outras populações. Resultado em direção contrária foi relatado em estudo recente em população semelhante. Unfer & Saliba (2000) avaliando o conhecimento popular de 389 usuários de unidades públicas de saúde em Santa Maria-RS, na qual 80,2% eram mulheres, verificaram que a

presença e os benefícios do flúor no creme dental e na água de beber não foram reconhecidos pela população estudada.

Analisando as questões separadamente, foram observadas proporções mais elevadas de acertos entre os ACS do que entre as mulheres. Além do processo de capacitação, do apoio e supervisão oferecidos junto às atividades de campo realizadas no PACS, do trabalho ao lado de outros profissionais da equipe e do reforço dado ao uso constante do material didático, os resultados podem estar associados às diferenças na distribuição da renda familiar e dos níveis de escolaridade geral que caracterizavam as duas populações, entretanto o exame dessa relação não foi propósito deste estudo.

No que pesem essas diferenças, duas questões mostraram resultados indicativos de dificuldades de assimilação pelos ACS de certos temas e as conseqüências disso para a distribuição das percepções das mulheres. As questões tratavam de procedimentos para evitar a inflamação gengival e do efeito do consumo de produtos açucarados no aumento do número de lesões de cárie na gravidez.

Em relação ao primeiro tópico, proporção relevante das respostas das mulheres concentrou-se no uso de líquidos especiais para bochechos, um aspecto não relacionado diretamente ao problema. Misrachi & Saez (1989) pesquisando valores e crenças em saúde bucal numa amostra de mães chilenas, encontraram resultado semelhante. Dado o acesso da população aos meios de comunicação de massa, o resultado em Rio Grande da Serra, pode ser indicativo de percepções produzidas pela repetição contínua e ostensiva de certas mensagens mercadológicas na mídia estimulando o uso de substâncias

antissépticas como solução para o mau hálito e o controle da placa bacteriana. Embora esse último aspecto seja um importante fator causal implicado na inflamação gengival, sabe-se que a ação desses produtos é apenas indireta.

Quanto ao segundo tópico, o aumento das lesões de cárie na gravidez foi considerado por parte das mulheres e mães como algo decorrente da perda de cálcio dos dentes, uma noção difundida entre profissionais de saúde com base no conceito teórico - dedutivo e não demonstrado – de que durante a gravidez ocorre um enfraquecimento dos dentes da gestante provocado pela perda de cálcio, atribuída às exigências metabólicas do embrião (Douglas 1988). Tirelli (2004) revendo a literatura afirmou que o feto em desenvolvimento não obtém o cálcio que precisa às custas dos dentes da mãe, que não há diferença na composição mineral da dentina de mulheres grávidas e não grávidas e que não há aumento da incidência de cárie dentária se os hábitos de higiene bucal forem efetivos (Oliveira *et al.* 1990). De fato, a conexão da gestação com problemas dentários, é uma noção com raízes em valores e crenças populares (Misrachi & Saez 1989). O tratamento dentário, não raramente, é visto com insegurança e medo e muitas gestantes o procuram apenas nos casos de urgência.

Farias & Moura (2003) também ressaltam os tabus dessa população com relação ao tratamento odontológico e concluem que esses valores culturais precisam ser identificados e cuidadosamente corrigidos na comunidade, para que as mulheres grávidas participem com segurança das ações de saúde bucal que lhes são oferecidas.

Estudos clínicos mostraram que os tecidos bucais podem ser afetados durante a gestação, mas não há evidência científica de que ela cause gengivite ou aumento na incidência de cáries (Laine 2000) pois os efeitos adversos das alterações hormonais típicas desse período podem ser evitados através de um adequado programa de higiene bucal.

As respostas a essas questões mostraram que certos conhecimentos encontram-se bastante enraizados no universo popular exigindo para sua modificação esforços mais complexos do sistema de saúde.

Em duas questões na população de mulheres, ao contrário do que ocorreu na população dos ACS, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ). Embora a frequência relativa à resposta correta tenha aumentado, aspecto que pode ser atribuído à atuação dos ACS, uma proporção importante não considerou que os dentes de leite eram elementos importantes para guiar a erupção dos dentes permanentes e não indicou para a erupção dos primeiros dentes permanentes o período de 5 a 6 anos de idade. Tal resultado mostra que parte dos conhecimentos assimilados pelos ACS não foi apreendida pela população. O grau de complexidade do tema e a pouca ênfase dada nas conversas durante as visitas domiciliares, entre outros aspectos, podem representar hipóteses explicativas.

No grupo de questões relacionadas às práticas e capacidades auto-referidas, os resultados foram convergentes entre os ACS e as mulheres e mães nos itens que versavam sobre: a frequência de escovação dentária, uso do fio dental, número de escovas dentais individuais e a auto-avaliação da higiene bucal dos entrevistados. 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.

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

Os resultados mais imediatos vão ao encontro do modelo proposto por Nutbeam (2000), onde o maior domínio sobre as informações de saúde, a assimilação dos conteúdos e conhecimentos transmitidos podem se traduzir em mudanças de práticas e estilos de vida.

Giugliani (2002), após revisão extensa de estudos e experiências sobre o impacto de intervenções e programas de aleitamento materno, encontrou estudos sobre agentes e promotores de saúde em diversos países (Brasil, México, Bangladesh e Nigéria). O autor identificou várias experiências bem sucedidas, mostrando 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 desse pessoal foi muito efetivo.

Em relação às questões sobre acesso e utilização dos serviços odontológicos, somente na população de mulheres e mães foram observadas

mudanças significativas, e isto provavelmente está relacionado à atuação dos ACS, cujo trabalho têm por objetivo a melhoria do elo de ligação entre a população e os serviços de saúde.

Avaliando indicadores de saúde, Solla (1996) observou impacto na cobertura vacinal em áreas adstritas ao PACS na Bahia. Admite-se que as atividades educativas desenvolvidas pelos ACS podem reduzir a carência de informações da população a respeito dos diversos aspectos relacionados às condições de saúde e seus determinantes e aumentar as possibilidades e formas de acesso aos serviços.

Oliveira *et al.* (2003) enfatizaram que a atuação do ACS em suas visitas domiciliares é adequada e reconhecida como facilitadora das relações entre indivíduos-famílias-comunidade com o sistema local de saúde. Levy *et al.* (2004) também analisaram a atuação do ACS e mostraram repercussões importantes na relação comunidade-serviços de saúde incluindo mudança de comportamento dos usuários na busca de atendimento.

Cumprido esclarecer que os resultados 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. Pode-se supor que 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 impulso em muitos municípios a partir da reorganização da atenção básica sob os princípios da Estratégia Saúde da Família.

Farias & Moura (2003) em recente estudo sobre a participação da saúde bucal no Programa Saúde da Família no município de Iracema no Ceará, concluíram que o desempenho profissional dos cirurgiões-dentistas, bastante centrado no modelo curativo e individualizado, a ausência de técnicos em higiene dental na equipe de saúde bucal e a falta de integração efetiva do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal, atuam como obstáculos à implantação do novo modelo de atenção à saúde proposto pelo Programa Saúde da Família.

Segundo Narvai (1994) a formação dos profissionais em Odontologia, segue na contra-mão das necessidades do país, sendo esses preparados para atuar empregando tecnologias importadas, que não condizem com a realidade nacional. O cirurgião-dentista deve ampliar o seu campo de visão, através da percepção das necessidades sociais, que vão além de práticas curativas e preventivas.

Romper esse modelo odontológico implica buscar a integralidade da atenção em suas diferentes dimensões, tarefa cotidiana não apenas para a equipe de saúde (incluindo médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultório dentário, técnicos em higiene dental, agentes comunitários de saúde etc.) mas para as diferentes organizações e membros da sociedade como um todo (Garcia 2005).

Os resultados apresentados nesta pesquisa mostraram também que os ACS, enquanto componentes de uma equipe de saúde, devem capacitar-se regularmente e ter acesso a informações técnicas que qualifiquem o

conhecimento que possuem da realidade local, e o aprimoramento das intervenções com vistas à melhoria da situação de vida existente (Kadt & Tasca 1993). Fajardo (2001) relatou que os agentes comunitários de saúde têm interesse e querem se capacitar em saúde bucal. Para ela, essa capacitação é necessária e deve ser complementada com atividades de educação continuada, visando à melhoria das condições de saúde bucal da população.

Um importante resultado deste estudo foi a mudança na percepção das mulheres e mães observada em relação a aspectos de saúde bucal, a qual pode ser um importante indicativo do lugar que pode ocupar o ACS na promoção da saúde bucal, especialmente, na superação das reconhecidas barreiras de comunicação permeadas por confronto de valores e modelos explicativos (Misrachi & Saez 1989; Moreira *et al.* 2004) mas também resultantes de relações de poder entre profissionais e usuários (Bernd *et al.* 1992). Evidências sugerem que melhoria no conhecimento isoladamente não se traduz em mudança de comportamento, mas ajuda as pessoas a tomar decisões informadas sobre sua saúde bucal (Gift *et al.* 1994).

Embora neste estudo tenha sido medido o impacto relacionado à saúde bucal de um recurso de promoção da saúde muito mais amplo representado pelo PACS, é lícito admitir que mudanças de percepção em outras áreas e domínios de saúde estão ocorrendo e alterando o repertório de conhecimentos das pessoas sugerindo repercussões na autoconfiança e na capacidade para controlar determinantes implicados no processo saúde-doença.

As observações documentadas no presente estudo mostraram uma dimensão do papel de agente de mudança desempenhado pelos ACS (Brasil

2000). Esse papel pode estar relacionado ao conjunto de alterações que estão se processando na dinâmica social que envolve a atuação deste tipo de pessoal, caracterizada por um agir que se estabelece mediante a conversa, favorecendo o estreitamento de vínculos, mediado pela confiança, responsabilidade, respeito e compromisso (Carvalho 2002), contexto no qual a superação de antigas crenças e a assimilação de novos valores pode ser alcançada.

## 6. REFERÊNCIAS

- Airhihenbuwa CO. Health promotion and the discourse on culture: implication for empowerment. *Health Education Quarterly* 1994; 21(3): 345-354.
- Albuquerque KF. *Representações sociais sobre o Agente Comunitário de Saúde*. João Pessoa: 2000. [Dissertação de Mestrado, Centro de Ciência da Saúde da Universidade Federal da Paraíba].
- Bernd B, Souza CB, Lopes CB, Pires Filho FM, Lisboa IC, Curra LCD, Souza LNS, Pignone AO. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. *Saúde em Debate* 1992; (34): 33-9.
- Bernstein E, Wallestein N, Braithwaite B, Gutierrez L, Labonte R, Zimmerman M. Empowerment forum: a dialogue between guest editorial board members. *Health Education Quarterly* 1994; 21 (3): 281-294.
- Bodstein RCA, Fonseca, CMO. Desafio da reforma sanitária: estrutura permanente de serviços básicos de saúde consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde. In: Costa NR, Minayo MCS, Ramos CL, Stotz EN (org.). *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis: Vozes; 1989.
- Bordenave JD; Pereira AM. *Estratégias de ensino-aprendizagem*. Petrópolis: Vozes; 1998.
- Borges CF. Dependência e morte da “mãe de família” : a solidariedade familiar e comunitária nos cuidados com a paciente de esclerose lateral amiotrófica. *Revista Psicologia em Estudo* 2003; 8 (esp.): 21-29.

Borges SMN, Atiê E. Vida de mulher: estratégias de sobrevivência no cotidiano.  
In: Costa N do R, Minayo MC de S, Ramos CL, Stotz EM (org.)  
*Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis:Vozes;  
1989.

Brasil. Congresso Nacional. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que define  
sobre as condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da  
Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes  
e dá outras providências. *Diário Oficial da União* de 20 de setembro de  
1990;página 18055,coluna 1.

\_\_\_\_\_. *Manual do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da  
Saúde/ Fundação Nacional de Saúde;1991a.

\_\_\_\_\_. *Manual de recrutamento e seleção - Programa de Agentes  
Comunitários de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde/ Fundação  
Nacional de Saúde;1991b.

\_\_\_\_\_. *Programas de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília: Ministério da  
Saúde/ Fundação Nacional de Saúde; 1993.

\_\_\_\_\_. *Resolução 196/96*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Manual para a organização da atenção básica*.  
Brasília-DF: Secretaria de Assistência à Saúde; 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. A reorganização  
da saúde bucal na atenção básica. *Divulgação Saúde Debate*. Londrina:  
2000; 21.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde*. Brasília: 2001.

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. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 8(S-2): 381[resumo].

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000a; 5(1): 163-167.

Buss PM. *Promoción de la salud y la salud pública: una contribución para debate entre las escuelas de salud de América Latina y Caribe*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2000b.

Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista Saúde Pública* 1997; 31(2): 209-213.

Carvalho VLM. *A prática do Agente Comunitário de Saúde: um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeçerica da Serra*. São Paulo, 2002. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Chauí M. *Convite à Filosofia*. São Paulo: Ática; 1997.

Cervo AL, Bervian PA. *Metodologia científica*. 4ª ed. São Paulo: Makron Books do Brasil; 1996.

[CIPS] 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde. *Carta de Ottawa*. Canadá: 1986. Disponível em <URL:<http://sphcm.med.unsw.edu.au/sphcm.nsf/website/forstudents.resources.ldb.ph.topics.healthpromotion.ottawa>>

- 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. *Revista ABOPREV* 1998; 1(1): 30-37.
- D' Ávila Neto MI, Pires CBSI. Empoderamento: uma questão atual no projeto de equidade de gênero no Brasil. *Arquivo Brasileiro de Psicologia* 1998;50 (4).
- Douglas CR. *Fisiologia aplicada à prática odontológica*. São Paulo: Pancast; 1988.
- Fajardo AP. *Agentes comunitários de saúde: discurso e prática em saúde bucal coletiva*. Porto Alegre: 2001. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul].
- Farias MAV, Moura ERF, Saúde Bucal no contexto do Programa Saúde da Família do Município de Iracema, no Ceará. *Revista de Odontologia da UNESP* 2003, 32(2): 131-137.
- 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. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 8(3): 783-790.
- Fernandes JCL. Agentes de saúde em comunidades urbanas. *Cadernos de Saúde Pública* 1992; 8(2): 134-139.
- Feuerwerker LCM. O papel das equipes de saúde na advocacia em saúde. *Saúde em Debate* 1994; 45: 47-52.

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. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 8(3): 743-752.

Frazão P. *Promovendo a saúde bucal coletiva: manual para os agentes comunitários de saúde*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo; 2001.

Freire P. *Conscientização: teoria e prática da libertação*. São Paulo: Moraes; 1980.

Garcia DV . *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade*. Rio de Janeiro: ABO-RJ/ANS; 2005.

Gil AC. *Metodologia e técnicas de pesquisa social*. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.

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.

Gollub EL. The female condom: tool for women's empowerment. *American Journal of Public Health* 2000; 90(9): 1377-1381.

Gonzaga AA, Müller-Neto JS. Usuários avaliam as equipes de saúde da família em Mato Grosso. *Revista Brasileira de Saúde da Família* 2000; 3: 53-56.

Goode WJ, Hatt PK. *Métodos em pesquisa social*. São Paulo: Nacional; 1973.

- Juca MEW, Lins JMA, Queiroz EME. Caracterizando e analisando o fazer do agente de saúde. *Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí* 1998; 1 (2): 182-188.
- Kadt E, Tasca R. *Promovendo a eqüidade: um novo enfoque com base no setor saúde*. São Paulo: Hucitec; 1993.
- Kar SB, Pascual CA, Chickering KL. Empowerment of women for health promotion: a meta-analysis. *Social Science & Medicine* 1999; 49: 1431-1460.
- Katbamna S, Baker R, Ahmda W, Bhakta P, Parker G. Development of guidelines to facilitate improved support of South Asian carers by primary health care teams. *Quality in Health Care* 2001; 10 (3): 166-172.
- Labonte R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health Education Quarterly* 1994; 21(2): 253-268.
- Laine MA. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontol Scand* 2002; 60: 257-64.
- Lefèvre F. "Você deixaria sua filha se casar com um negro?" Algumas considerações sobre a ambigüidade nas questões de pesquisa. *Saúde e Sociedade* 1994; 3 (2): 186-196.
- Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores de saúde. *Cadernos de Saúde Publica* 2004; 20(1): 197-203.
- Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology* 1932; 140: 1-50.

- Luiz RR. Associação estatística em epidemiologia. In: Medronho R. *Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2004.
- Lunardelo SR. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto*. São Paulo: 2004. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo].
- Malhotra A, Schuler SR, Boender C. *Measuring women's empowerment as a variable in international development*. New York: Gender and Development Group of the World Bank; 2002.
- Martins CL, Oliveira LSS, Rodrigues MA, Watanabe HAW, Jacomo YA. Agentes comunitários nos serviços de saúde pública: elementos para uma discussão. *Saúde em Debate* 1996; 51: 38-43.
- Minkler M. Community organizing among the elderly poor in the United States : a case study. *International Journal of Health Services* 1992; 22( 2):303-316.
- Misrachi CL, Sáez MS. Valores, creencias y practicas populares en relación a la salud oral. *Cuad Méd Soc* 1989; 30(2): 27-33.
- Moisés SJ & Silveira Filho. Saúde bucal da família: quando o corpo ganha uma boca. In : Moisés SJ (org.). *Os dizeres da boca em Curitiba*. Rio de Janeiro: Cebes; 2002.
- Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promotion International* 1998; 13: 349-64.

Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000; 259-267.

Narvai PC. *Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Hucitec;1994.

[OPS] Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la Salud: una antología*: Washington: OPS, Publ. Cient. 557; 1996.

Oliveira RG, Nachif MCA, Matheus MLF. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. *Acta Scientiarum. Health Sciences* 2003; 25(1): 95-101.

Oliveira MAM. *Atendimento odontológico na gravidez: considerações clínicas e emprego de medicamento*. São Paulo: Santos; 1990.

Parra-Filho D, Santos JA. *Metodologia científica*. 3ª ed. São Paulo. Futura; 2000.

Pereira JCR. *Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais*. São Paulo: Edusp; 2001

.

Piovesan A, Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista de Saúde Pública* 1995; 29(4):318-325.

Pires C. *Empoderamento: um conceito para a mulher brasileira*. Rio de Janeiro: 1999. [Monografia, Instituto de Psicologia/ UFRJ].

Portillo JAC & Paes AMC. Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva* 2000; 1(1): 75-88.

- Richardson RJ. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.
- Santiago LE, Santiago C, Texidor J, Montalvo G, Rivera AY. Participación social y apoderamiento comunitario en salud pública. *Puerto Rico Health Science Journal*. 2003; 22 (1): 39-41.
- Shou L, Locker D. Principles of oral health promotion. In: Pine CM. *Community Oral Health*. Oxford, Wright; 1997.
- Sigerist H. *The university at the crossroad: addresses & essays*. New York: Henry Schumann Publisher; 1946.
- Silva JA. *O Agente Comunitário de Saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente da comunidade?* São Paulo; 2000. [Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
- Solla JJSP, Medina MG, Dantas MBP. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Saúde em Debate* 1996; 51: 4-15.
- Souza GA, Silva AMM, Galvão R. A auto-eficácia como mediadora da melhora em índices clínicos de saúde oral. *Pesquisa Odontológica Brasileira* 2002; 16 (1): 57-62.
- Starfield B. *Primary care: concept, evaluation and policy*. New York: Oxford University Press; 1992.
- Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. Oxford: OUP; 1995.

- Teixeira MB. *Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção de saúde*. Rio de Janeiro; 2002. [Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz].
- Tezoquipa IH, Monreal MLA, Santiago RV. El cuidado a la salud en el ámbito domestico; interacción social y vida cotidiana. *Revista de Saúde Pública* 2001; 35(5): 443-450.
- Tirelli MC. *Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico de pacientes gestantes*. São Paulo: 2004 [Tese de Doutorado, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo].
- Thurzs D. The case of empowerment. *Journal of the International Federation on Ageing* 1993; 20(1): 1-2.
- Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(2):190-5.
- Valentini W, Levav I, Kohn R, Miranda CT, Mello AAF, Mello MF, Ramos CP. Treinamento de clínicos para diagnósticos e tratamento da depressão. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(4): 522-528.
- Vasconcelos EM. A proposta de *empowerment* e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do Serviço Social e da Saúde Mental. *Revista Serviço Social & Sociedade* 2001; 65: 5-53.
- Vieira S, Hossne WS. *Metodologia científica para a área da saúde*. São Paulo: Campos; 2002.

Wagner ABP, Wagner HL, Taubot Y, Oliveira E, Czezko NG, Ribas CAPM, Moysés SJ, Ribas-Filho JM. Trabalhando com famílias em saúde da família. *Revista Médica do Paraná* 1999; 57 (1/2) :40-46.

Wallerstein N. & Bernstein E. Introduction to community empowerment, participation, education, and health. *Health Education Quarterly* 1994; 21 (2): 141-148.

Wilson L. *Trabalhando com famílias; livro de trabalho para residentes*. Trad. Wagner HL. 1ª ed. Curitiba: Prefeitura de Curitiba / Secretaria Municipal da Saúde; 2000.



## ANEXO I

### Prefeitura Municipal de Rio Grande da Serra Secretaria de Atenção à Saúde Coordenação de Saúde Bucal

#### PROJETO DE CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM SAÚDE BUCAL COLETIVA

- I – Objetivos
- II – Métodos
- III – Material e recursos necessários
- IV – Profissionais envolvidos
- V – Avaliação da capacitação
- VI - Considerações

#### **I – Objetivos:**

Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde – ACS's do município a :

- 1) transmitir informações sobre promoção de saúde e prevenção das doenças bucais de maior ocorrência nos domicílios e espaços sociais;
- **2) orientar as famílias para a realização de ações de autocuidado (higienização bucal), auto-exame e uso correto de produtos prescritos pelos profissionais de saúde;**
- **3) cadastrar e referenciar as famílias nos bairros que serão contemplados pelo Programa de Saúde Bucal**
- 4) identificar famílias ou grupos sociais que acumulem maiores necessidades, através **de visitas, cadastramento e levantamento das condições encontradas nos domicílios e espaços sociais visitados.**
- **5) integrar ações de saúde bucal em todo planejamento de saúde com vistas à integralidade da saúde.**

#### **II – Métodos:**

A capacitação deve se dar a partir de reuniões entre os profissionais envolvidos (setor de saúde bucal / PSF) com duas a três equipes de PSF por capacitação ( por motivo de disponibilidade de horário e espaço físico ). A duração mínima deverá ser de 12 horas, divididas em 3 módulos de 4 horas, onde serão executados os seguintes passos:

#### **Módulo I**

Data:

Horário:

- **-Apresentação dos profissionais e dos objetivos da capacitação aos ACS's;**

- **-Realização de “dinâmica” a fim de gerar empatia e integração pessoal (Ex: um colega apresenta o outro) ou atividade a sugerir;**
- **-Formação de grupos ( em torno de 8 pessoas ).**
- **-Aplicação do instrumento de avaliação inicial**
- **-Atividade: elaboração de questões (serão registradas e respondidas no próximo módulo);**
- **-Coffee break;**
- **-Apresentação de palestra, em datashow, com o tema “ o processo saúde-doença bucal” abordando temas de grande interesse constantes no manual “Promovendo a Saúde Bucal Coletiva”;**
- **Distribuição do manual “Promovendo a saúde bucal coletiva” para leitura completa até o módulo seguinte;**
- **-Finalização.**

## **Módulo II**

Data:

Horário:

- **Formação dos grupos;**
- **Elaboração de respostas às questões.**
- **Coffee break**
- **Apresentação e modo de preenchimento da ficha própria de cadastro e entrevista domiciliar;**
- **Apresentação da fita de vídeo “Agentes em Ação” do Ministério da Saúde.**
- **Atividade: debate em grupo a respeito das atribuições dos ACS’s em Saúde Bucal**
- **Finalização: leitura e esclarecimento sobre as atribuições dos ACS’s.**

## **Módulo III**

Data:

Horário:

- **formação dos grupos**
- **debate em grupo com o tema “ Como promover O Acesso do Usuário a Assistência Odontológica na Cidade”**
- **coffee break**
- **Problematização: Cada grupo prepara uma encenação. Temas: 1-a problemática da falta de acesso, 2- uma visita domiciliar, 3-atendimento humanizado e resolutivo.**
- **Apresentação dos trabalhos**
- **Aplicação de instrumento de avaliação**
- **Encerramento (distribuição dos certificados de participação)**

**III – Material e recursos necessários:**

- 40 manuais “PROMOVENDO A SAUDE BUCAL COLETIVA”
- 65 pastas com elástico;
- 200 folhas sulfite;
- 3 manequins odontológicos para demonstração de técnica de escovação, que posteriormente serão disponibilizados para as visitas domiciliares;
- insumos odontológicos: creme dental, fio dental, escovas, evidenciador de placa bacteriana, flúor gel;
- 1 equipamento data.show para a palestra;
- 1 televisão e 1 vídeo cassete;
- impressos de cadastro e entrevista de saúde bucal (50 cópias)
- lousa e giz;
- coffee-break;
- Custo aproximado para aquisição dos manequins odontológicos e do material faltante: R\$ 500,00 (quinhentos reais)

O local de reuniões deverá ser escolhido de acordo com a facilidade de acesso dos ACS's, próximo de sua área de atuação, qual seja, sala de aula ou outro espaço social com acomodação para pelo menos 30 pessoas por capacitação,

#### **IV – Profissionais envolvidos:**

- 36 Agentes comunitários de Saúde;
- 07 Cirurgiões-dentistas da rede municipal ;
- 03 Auxiliares de consultório Dentário;
- 6 Técnicos em enfermagem;
- 6 Enfermeiros-padrão;
- 5 Médicos;

**Conforme colocado em reunião com a Secretária de Atenção à Saúde, a capacitação será acompanhada pela Dr<sup>a</sup> Débora Sueli C. Marques, Cirurgião-Dentista Mestranda em Odontologia em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, sob orientação do Dr. Paulo Frazão, Professor do Programa de Pós Graduação (Mestrado) da Universidade Católica de Santos. Ficarà a cargo da mesma a elaboração dos instrumentos e critérios para avaliação dos resultados da capacitação.**

#### **V – Avaliação da Capacitação**

**Avaliação dos agentes: através de questionários** aplicados aos agentes, individualmente, antes e depois do processo de capacitação, AFIM DE AVALIARMOS SE HOUVE COMPREENSÃO DO CONTEÚDO PROPOSTO;

**Avaliação domiciliar: através de questionário aplicado a moradores,** depois das visitas domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde, AFIM DE AVALIARMOS A CAPACIDADE DE MULTIPLICAÇÃO DO CONTEÚDO PROPOSTO, e por fim SE AS FAMÍLIAS VISITADAS ADERIRAM AOS MÉTODOS DE PREVENÇÃO PROPOSTOS NAS VISITAS.

**A avaliação domiciliar realizar-se-á após 6 meses da capacitação.**

#### **VI – Considerações finais:**

Este trabalho não tem a intenção de encerrar, ao seu término, a capacitação dos profissionais do PSF em Saúde Bucal. A capacitação é um processo contínuo. Entendemos que serão necessários, ao seu tempo, outros ciclos, a fim de atualizar e complementar os conhecimentos e práticas adquiridas, principalmente durante a inserção das Equipes de Saúde Bucal no PSF.

Os objetivos aqui propostos tratam de uma pequena parte das atribuições dos ACS's. Para as demais atribuições, como territorialização, organização de demanda, planejamento de ações de saúde bucal, etc, serão necessários outros investimentos.

Consideramos este trabalho como o primeiro passo para uma mudança do modelo de atenção odontológica – de um modelo assistencialista e curativista para um modelo preventivo.

Acreditamos que os Agentes Comunitários, junto ao PSF, certamente serão os grandes responsáveis por esta mudança.

Rio Grande da Serra, abril de 2003.



Módulo Odontológico Municipal – Av. Jean Lietaud 373 – B. Santa Tereza – Rio Grande da Serra – SP - Cep 09450-000 - Fone 4820-1305



Legendas:

J- Condição Sistêmica

- lactante
- gestante
- diabético
- uso de medicação controlada ( )
- paciente acamado
- deficiente físico
- fumante
- outras

L – Já faz tratamento dentário

- Em Unidade de Saúde de RGSerra
- Em consultório particular / convênio
- Em empresa ou escola
- Nunca foi ao Dentista

4) Segundo o responsável pelas informações, quais pessoas na família necessitam de atendimento odontológico na Unidade de Saúde? motivo?

Qual o

## ANEXO III



*Prefeitura Municipal de Rio Grande da Serra*

ESTADO DE SÃO PAULO

Prefeitura Municipal de Rio Grande da Serra  
Secretaria de Atenção à Saúde

Ofício 136/2003

Rio Grande da Serra, 28 de março de 2003.

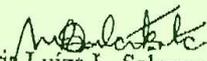
Prezado Doutor

Em resposta a solicitação de 27/02/03, autorizamos a realização do projeto mencionado, pela Cirurgiã-dentista Dr<sup>a</sup> Débora Sueli C. Marques, sob sua orientação.

Deixamos a cargo da Coordenadora de Saúde Bucal, Dr<sup>a</sup> Adriana Damo Folego e do Cirurgião Dentista Dr. Fernando Zecchin a interlocução dos trabalhos a serem executados no município.

Salientamos estarmos de acordo com o objetivo do projeto e colocamos nossa intenção em colaborar com o que for possível para o êxito deste importante trabalho para nossa comunidade.

Atenciosamente,

  
Dr<sup>a</sup> Maria Luíza L. Salerno Malatesta  
Secretária Municipal de Saúde

Ilmo. Professor  
Dr. Paulo Frazão  
Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da  
Universidade Católica de Santos

Fone Fax (0XX) 13-3205-5500  
Rua Carvalho de Mendonça nº 144 - 5º Andar - 11070-906  
Santos - SP



[www.riograndedaserra.sp.gov.br](http://www.riograndedaserra.sp.gov.br)

Prezado(a) Colaborador(a):

O presente formulário visa captar sua percepção sobre aspectos de saúde bucal.

Inexiste portanto, erro ou acerto nas questões formuladas, razão pela qual você poderá respondê-las sem constrangimento.

### ***Instrução de preenchimento do formulário***

- 1- **LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS DE RESPOSTA** antes de **ASSINALAR** a sua escolha quando for este o caso
  
- 2- **REFLITA SOBRE O SENTIDO** de cada alternativa
  
- 3- **ASSINALE A ALTERNATIVA** que mais corresponde ao seu ponto de vista, de acordo com as **ORIENTAÇÕES REFERIDAS NO FORMULÁRIO.**
  
- 4- Se for o caso, **ESCREVA A RESPOSTA PEDIDA.**
  
- 5- Se não entender alguma pergunta, **LEIA NOVAMENTE OU PERGUNTE À PESSOA RESPONSÁVEL.**
  
- 6- **RESPONDA TODAS AS** perguntas.

Debora Sueli Correia Marques, responsável pelo estudo.

**ANEXO IV**  
**FORMULÁRIO**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº

### **Aspectos pessoais e profissionais**

**1-Idade:** \_\_\_\_ **Sexo:** F (0) M (1)

**2- Local de nascimento:** \_\_\_\_\_

**3- Escolaridade:**

- (0) Analfabeto.
- (1) Ensino Fundamental Completo.
- (2) Ensino Fundamental Incompleto.
- (3) Ensino Médio Completo - Curso: \_\_\_\_\_
- (4) Ensino Médio Incompleto - Curso: \_\_\_\_\_
- (5) Ensino Superior Completo – Curso: \_\_\_\_\_
- (6) Ensino Superior Incompleto – Curso: \_\_\_\_\_

**4- Tempo que reside no bairro:**

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

**5- Trabalha atualmente?**

(0) Não (1) Sim em quê/?onde? \_\_\_\_\_

**6- Renda familiar (referência 1 SM= R\$ 240,00):**

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

## SAÚDE BUCAL

1- Com que frequência você escova os dentes?

- (0) Somente quando acordo.
- (1) Somente quando vou dormir.
- (2) Normalmente após as refeições.
- (3) A qualquer hora do dia, desde que tenha me alimentado.
- (4) Não escovo os dentes todos os dias.

2- Usa fio dental regularmente?

- (0) Em todas as escovações diárias.
- (1) Pelo menos 1 vez ao dia.
- (2) Uso de vez em quando.
- (3) Não tenho o hábito de usar fio dental.
- (4) Não sei usar fio dental.
- (5) Uso somente palitos.

3- Cite quantas pessoas moram na sua casa e o número de escovas que cada um possui?

|                                | Nº de pessoas |
|--------------------------------|---------------|
| Adultos                        |               |
| Crianças acima de 1 ano e meio |               |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Nº de escovas individuais</b> |  |
|----------------------------------|--|

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Nº de escovas coletivas |  |
|-------------------------|--|

4- Hoje o que você conhece sobre limpeza dos dentes pode ser considerado numa escala de 0 a 10 como?



5- Quanto à higiene bucal de um bebê recém-nascido, o que você acha correto

ser feito?

- (0) Usar somente escova dental.
- (1) Usar escova e pasta de dentes com flúor.
- (2) Usar gaze ou fralda umedecida em água limpa.
- (3) Pode ser bebê e ainda não ter dentes, não é necessário limpar a boca.
- (4) Somente o dentista deve limpar a boca do bebê.
- (5) Não sabe/não informou.

6- Na sua percepção, em relação aos dentes de leite, qual a opção você considera certa:

- (0) Por serem dentes de temporários não necessitam de cuidados.
- (1) Guiam a erupção ou o “nascimento” dos dentes permanentes.
- (2) Surgem na boca quando a mãe para de amamentar o bebê.
- (3) São dentes que caem facilmente porque não tem raízes.
- (4) Não sabe/não informou.

7- Desde o nascimento até a idade adulta, quantas são as trocas de dentes?

- (0) Uma.
- (1) Duas.
- (2) Três incluindo o dente do siso (3º molar).
- (3) Não sabe/não informou.

8- Na sua opinião, em que idade começam a nascer os primeiros **dentes permanentes**:

- (0) Por volta de 6 meses a 1 ano.
- (1) De 02 a 03 anos.
- (2) De 05 a 06 anos.
- (3) De 08 a 09 anos.
- (4) De 11 a 12 anos.

9- Qual a sua percepção em relação à principal causa de uma dentição forte?

- (0) Herança de pais (nascença).
- (1) Tipos de raça.
- (2) Boa condição financeira.
- (3) Cuidados com a higiene bucal e alimentação.
- (4) Não sabe/não informou.

10- A cárie é para você uma doença provocada **principalmente** por:

- (0) Má formação da estrutura dos dentes.

- (1) Bactérias aderidas aos dentes.
- (2) Ingestão freqüente de produtos açucarados (balas/doces/refrigerantes).
- (3) Falta de saliva na boca.
- (4) Uso constante de antibióticos.
- (5) Não sabe/Não informou.

11- Mau hálito é na maioria dos casos causado por:

- (0) Estresse emocional.
- (1) Uso de medicamentos.
- (2) Fumo e álcool em excesso.
- (3) Falta de remoção da placa bacteriana que se acumula nos dentes e na língua.
- (4) Alimentos açucarados e gordurosos.
- (5) Não sabe/não informou.

12- Você acha que o sangramento de gengiva é:

- (0) Normal e sempre ocorre com a escovação.
- (1) O maior causador da cárie dental.
- (2) Uma infecção que atinge o nervo do dente.
- (3) O primeiro sinal de uma doença gengival.
- (4) Não sabe/não informou.

13- Para se evitar a gengivite (inflamação da gengiva) é preciso realizar os procedimentos de higiene bucal, utilizando corretamente:

- (0) Apenas escova dental.
- (1) Escova dental e pastas com flúor.
- (2) Escova e fio dental.
- (3) Líquidos especiais para bochechos e soluções de flúor.
- (4) Não sabe/não informou

14- Na sua opinião, indique a alternativa que pode levar o dente a precisar de tratamento de canal:

- (0) Lesão de cárie não tratada.
- (1) Excesso de Flúor.
- (2) Uso de dentadura quebrada.
- (3) Ponte móvel mal adaptada.
- (4) Não sabe/não informou.

15- Durante a gravidez, o aumento do número de cáries se deve a:

- (0) Enfraquecimento dos dentes pela perda de cálcio.
- (1) Maior consumo de produtos açucarados.
- (2) Alterações hormonais.
- (3) Medicamentos (ex.: antibióticos)

- (4) Não sabe/não informou.

16- Durante a gravidez, você acha que o tratamento dentário deve ser?

- (0) Preventivo e periódico.
- (1) Evitado durante toda a gestação.
- (2) Para os casos de urgência.
- (3) Para a gestante que não utiliza água fluoretada.
- (4) Não sabe/não informou.

17- O flúor é importante:

- (0) Apenas na infância na época de formação e erupção dos dentes.
- (1) Na vida adulta.
- (2) Na terceira idade.
- (3) Em todas as fases da vida.
- (4) Não sabe/não informou.

18- Sua capacidade para identificar lesões na boca é:

- (0) Péssima.
- (1) Ruim.
- (2) Regular.
- (3) Boa.
- (4) Ótima.
- (5) Não sabe/não informou.

19- Na sua percepção, indique a alternativa que cita o fator de risco mais relacionado ao aparecimento do câncer bucal.

- (0) Ingestão de medicamentos.
- (1) Alimentação rica em sal e açúcar.
- (2) Excesso de álcool e fumo.
- (3) Perda dos dentes permanentes.
- (4) Não sabe/não informou.

20- Você considera o *acesso* de sua família ao serviço público odontológico como sendo:

- (0) Muito difícil.
- (1) Difícil
- (2) Às vezes fácil, às vezes difícil.
- (3) Fácil.
- (4) Muito fácil.

(5) Não sabe/não informou.

21- Indique a sua percepção em relação ao *uso* do serviço odontológico pela sua família. O uso do serviço odontológico é:

- (0) Muito freqüente.
- (1) Freqüente.
- (2) Irregular.
- (3) Raro.
- (4) Muito raro.
- (5) Não sabe/não informou.

22- O que você achou deste questionário?

- (0) Muito difícil de responder.
- (1) Difícil de responder.
- (2) Às vezes fácil, às vezes difícil.
- (3) Fácil.
- (4) Muito fácil.
- (5) Não sabe/não informou.

## ANEXO V



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE SAÚDE DO INTERIOR  
HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO

**Formulário de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**

Data da Aprovação: 22.09.03

Título do Protocolo: **“Agentes comunitários de saúde e a percepção das mulheres sobre aspectos de saúde bucal”.**

Investigador Principal: Débora Sueli Correia Marques

**Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**

Em reunião de 22 de Setembro de 2003 o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Guilherme Álvaro, AVALIOU o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como o Protocolo de Pesquisa supra citado, o qual será conduzido no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Católica de Santos, e o APROVOU, constando em ata.

Conforme resolução 196/96 – item IV.2d, deverá ser entregue uma cópia na íntegra do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao sujeito da pesquisa, após obtenção do mesmo. Atentar para item IV.1f desta resolução, onde determina que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

Solicitamos que sejam apresentados a este Comitê, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa bem como informações relativas a modificações da mesma, efeitos adversos, cancelamento, encerramento, destino dos conhecimentos obtidos e relatório final, conforme a resolução 196/96.

Data prevista para entrega do 1º relatório: Março de 2004.

---

Dr. Joaquim Gonçalves Neto  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
Hospital Guilherme Álvaro



**ANEXO VI**  
**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS**  
*Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública*

**Termo de consentimento relativo à pesquisa**

“Agentes Comunitários de Saúde e a percepção das mulheres sobre aspectos de saúde bucal”

Prezado(a) Agente Comunitário de Saúde e moradora:

O objetivo desta pesquisa é colher informações sobre a sua percepção relativa aos problemas de saúde bucal.

Para obter essas informações os Agentes Comunitários de Saúde e as moradoras serão entrevistadas em dois momentos diferentes, antes e após o treinamento e capacitação.

A entrevista será realizada pela pesquisadora **Debora Sueli Correia Marques**, aluna do *Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos*, sob a orientação do Professor Doutor Paulo Frazão.

Um único formulário será empregado e as perguntas serão lidas em voz alta e pausada, as dúvidas serão esclarecidas e as respostas serão preenchidas pela pesquisadora.

Os dados obtidos não serão individualizados, mantendo-se em sigilo a identidade de cada Agente Comunitário de Saúde e moradora.

A participação dos Agentes Comunitários e moradoras é livre e voluntária, podendo abandonar a pesquisa em qualquer momento, sem que isso implique em qualquer dano, custo ou penalização do entrevistado.

Em caso de dúvida, ou necessidade de esclarecimento adicional, a **Dra Debora S. C. Marques** poderá ser contatada pelo **telefone 013-9764-9708**.

Contando com sua valiosa colaboração agradeço, em nome da Saúde Pública, sua compreensão.

**AUTORIZAÇÃO**

***Após ter sido informado(a) sobre as características da pesquisa***

“Agentes Comunitários de Saúde e a percepção das mulheres sobre aspectos saúde bucal”,

**ACEITO** participar da entrevista:

Em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

Nome e Assinatura do(a) responsável.