

**CONDIÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL DOS AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE PRUDENTE-SP**

**ADILSON DE OLIVEIRA**

**CONDIÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL DOS AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE PRUDENTE-SP**

**ADILSON DE OLIVEIRA**

Dissertação apresentada ao programa de  
Mestrado em Educação, como parte dos  
requisitos exigidos para obtenção do título de  
Mestre em Educação

Área de concentração: Formação e Prática  
Pedagógica do Profissional Docente

Orientadora:

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tereza de Jesus Pereira Scheide

Coorientadora:

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Helena Faria de Barros

372.3  
O48c

Oliveira, Adilson

Condições educativas em saúde bucal dos Agentes Comunitários de Saúde no município de Presidente Prudente - SP / Adilson de Oliveira.-- Presidente Prudente, 2010.

80 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Educação ) – Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE: Presidente Prudente – SP, 2010.

Bibliografia.

1. Saúde Bucal. 2. Educação em saúde. 3. Agentes Comunitários em Saúde. 4. PSF. I. Título.

**ADILSON DE OLIVEIRA**

**CONDIÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL DOS AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE PRUDENTE-SP**

Dissertação apresentada a Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade do Oeste Paulista, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Educação. Área de Concentração: Formação e Prática Pedagógica do Profissional Docente.

Presidente Prudente, 24 de fevereiro de 2010

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Tereza de Jesus Pereira Scheide  
Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE  
Presidente Prudente-SP

---

Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Heliane Moura Ferreira  
Centro Universitário Filadélfia de Londrina - UniFil  
Londrina -PR

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carmen Lucia Dias  
Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE  
Presidente Prudente -SP

## DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a Deus, Provedor das minhas necessidades; à minha família em reconhecimento ao apoio e incentivo para vencer mais esta etapa da minha carreira profissional e, por conseguinte, de minha realização de vida. Também o dedico às pessoas que têm destinado sua profissionalização a serviço do Programa de Saúde da Família e acreditando nele como uma estratégia de busca constante de melhores condições de vida para a humanidade.

## AGRADECIMENTOS

À minha esposa, a incansável **Marilene**, pelo seu carinho e companheirismo demonstrado em todas as situações de minha vida.

Às professoras orientadoras **Tereza de Jesus Pereira Scheide** e **Helena Faria de Barros**, que nas suas imensas capacidades técnica e humana, utilizando-se da humildade e singeleza de conduta, serviram de norte e luz para a nossa caminhada no propósito deste trabalho.

Aos professores com os quais mantive convivência nestes tempos de aprendizado, externo minha gratidão e apreço e, em especial, à Professora **Raimunda Abou Gebram** que, na sutileza de gestos mediante sua experiência acadêmica, inspirou-me a busca em tornar-me melhor na árdua tarefa de educar.

Ao amigo e companheiro de todas as horas do curso e no magistério, Professor Ms. **Rodrigo Vieira Caixeta** na pessoa de quem subtraí o entusiasmo, a energia nova, o dinamismo incansável que sempre fez modelar para melhor o meu espelho do tempo e onde me vejo, todos os dias, mais novo, reconfortado nas forças e renovado; uma vez que entendo que ser professor, além do subsídio financeiro tão necessário, nos serve como recarregador de energia que, nos seus ciclos constantes, gera a força suficiente para o enfrentamento do passar do tempo e dos percalços do dia a dia.

“QUANTO MAIS SOCIALMENTE FOREM PROTEGIDAS AS PESSOAS, QUANTO MAIS SOCIALMENTE ELAS PUDEREM REALIZAR – OU FOREM APOIADAS A REALIZAR – SEUS PROJETOS, MAIS SAUDÁVEIS SERÃO”.

**Carlos Botazzo**

Pesquisador Científico do Instituto de Saúde de São Paulo, Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

SUS [...] “ESTE NÃO FUNCIONARÁ A CONTENTO E OS IDEAIS NELA TRADUZIDOS ESTARÃO FADADOS AO FRACASSO SE NÃO DISPUSER DE RECURSOS HUMANOS QUALIFICADOS”

**Carvalho e Santos, (1992)**

## RESUMO

### **Condições educativas em saúde bucal dos agentes comunitários de saúde no município de Presidente Prudente – SP**

O Modelo de Saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde a partir da Lei n.º 8080 de 19 de setembro de 1990, apresenta em sua proposta uma estratégia de reorganização e reorientação da atenção básica, denominado Programa de Saúde da Família (PSF). As ações desta estratégia se concretizam por meio de uma equipe de profissionais que visam à educação para a saúde e à prevenção das doenças. Entre os profissionais que compõem a equipe do PSF, encontra-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que, além de constituir-se um elo entre a comunidade e a equipe multiprofissional, também exerce funções educativas e de prevenção. Para o ACS desempenhar as tarefas que lhe são determinadas é necessário um período para formação e capacitação, como também abordagens constantes sobre as necessidades identificadas no Processo de Trabalho. Diante desta realidade que é dinâmica, surge a necessidade de averiguar a necessidade de implementação do processo de Educação Permanente junto a estes Agentes Comunitários de Saúde das 11 equipes do PSF, atualmente qualificadas pelo município de Presidente Prudente. Os sujeitos deste estudo foram 59 Agentes Comunitários de Saúde, por meio dos quais buscou-se resposta para o seguinte questionamento: O Agente Comunitário de Saúde tem formação adequada e suficiente para o bom desempenho da sua função? Na análise dos dados obtidos e pela qualidade das respostas pode-se delinear o perfil dos sujeitos envolvidos e os resultados sinalizam que os mesmos não possuem formação suficientemente adequada para o bom desempenho de suas atividades conforme preconizado pela filosofia e pela ação no trabalho da Estratégia de Saúde da Família.

Palavras-chave: Programa de Saúde da Família. Formação de Agentes Comunitários de Saúde, Conhecimentos sobre Saúde Bucal, Educação Permanente, Educação Continuada.



## **ABSTRACT**

### **Conditions of oral health education in community health agents in the city of Presidente Prudente**

The Health Model proposed by the Health System from the Law 8080 of 19 September 1990, presented its proposal on a strategy of reorganization and reorientation of primary care, called Health Program (FHP). The actions of this strategy are realized by a team of professionals aimed at health education and disease prevention. Among the professionals involved in the PSF team, is the Community Health Agent that also act as a bridge between the community and the multidisciplinary team, also operates in education and prevention. For ACS to perform the tasks that you are determined, it is necessary for the education and training as well as approaches listed on the needs identified in the Labor Process. Faced with this reality that is dynamic, there is a need to consider the need for implementation of the process of continuing education along these Community Health Workers from 11 FHP teams currently qualified by the Municipality of Presidente Prudente. The study subjects were 59 Community Health Agents and with which we sought to answer the following question: The Community Health Agent has adequate training and sufficient for the proper performance of its function? In analyzing the data and the quality of the responses can shape the profile of the individuals involved and the results indicate that they do not have sufficient training to adequately perform their activities as recommended by philosophy and action in the work of the Strategy Family Health.

**Keywords:** Program for Family Health. Training of Community Health Agents, Knowledge of Oral Health, Continuing Education, Continuing Education.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA. 1 - Grau de escolaridade dos Agentes Comunitários de Saúde.....	36
FIGURA 2 - Grau de Instrução.....	37
FIGURA 3 - Tempo de trabalho.....	38
FIGURA 4 - Formação através do CEFOR.....	39
FIGURA 5 - Participação no Programa Introdutório.....	40
FIGURA 6 - Avaliação do Programa Introdutório sobre Saúde Bucal.....	41
FIGURA 7 - Participação em Projetos de Educação Permanente.....	42
FIGURA 8 - Frequência de participação em Projetos de Educação Permanente.....	43
FIGURA 9 - Participação em algum tipo de capacitação para o trabalho.....	44
FIGURA10 - Distribuição quanto a terem recebido ou não informações do Cirurgião-Dentista . sobre saúde bucal.....	45
FIGURA 11- Percentual quanto a saber o que é cárie dentária.....	47
FIGURA 12- Distribuição quanto ao trabalho com pacientes com necessidades especiais.....	49
FIGURA 13- Distribuição quanto à participação nos programas educativos/ preventivos.....	51
FIGURA 14- Distribuição quanto a disporem de recursos audiovisuais para suas Tarefas.....	55
FIGURA 15- Distribuição quanto ao preparo para desenvolver todas as ações de Educação/prevenção.....	56
FIGURA 16- Distribuição quanto a saberem a fase de início dos cuidados em Saúde Bucal.....	64

## LISTA DE SIGLAS

SUS	- Sistema Único de Saúde
PSF	- Programa de Saúde da Família
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
GM/MS	- Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde
USF	- Unidade de Saúde da Família
UBS	- Unidade Básica de Saúde
ESB	- Equipe de Saúde Bucal
PACs	- Programas de Agentes Comunitários
CEE	- Conselho Estadual de Educação
CEFOR	- Centro de Formação para o Sistema Único de Saúde
CEDRHU	- Centro Estadual de Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos
PNH	- Política Nacional de Humanização
TCE	- Termo de Consentimento Esclarecido

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO .....	15
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	30
3.1 O Objeto do Estudo. ....	30
3.2 Sujeitos da Pesquisa.....	31
3.3 Local de Realização .....	31
3.4 O Universo da Pesquisa e os Procedimentos Junto ao Comitê de Ética em Pesquisa. (CEP).....	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
4.1 Caracterização do ACS de Presidente Prudente .....	38
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	65
6 CONCLUSÃO.....	67
REFERÊNCIAS .....	68
APÊNDICES.....	74
Apêndice A - Comitê de Ética em Pesquisa.....	75
Apêndice B - Autorização .....	76
Apêndice C - Planilha endereços .....	77
Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	78
Apêndice E - Questionário.....	79

## 1 INTRODUÇÃO

No desenvolvimento deste título procurou-se traçar o delineamento do Sistema Único de Saúde (SUS) com toda a complexidade da atenção básica e o Programa de Saúde da Família (PSF) implantado como forma de aumentar a resolutividade frente à demanda reprimida ora observada junto aos usuários dos serviços de saúde, incluindo a saúde bucal, cujas equipes tiveram inserção no Programa de Saúde da Família muito tempo após este ter tido sua implantação e regulamentação por meio da Portaria GM/MS n.º 1886 de 22 de dezembro de 1977 que possibilitou, em seguida, a publicação da Portaria GM/MS n.º 1.444 de 28 de dezembro de 2000, regulamentando a Atenção à Saúde Bucal vinculada ao PSF (Programa de Saúde da Família). (BRASIL, 2000b).

Tais documentos normativos fizeram com que houvesse o “despertar” dos vários segmentos envolvidos nas ações de saúde quanto a incorporarem novos conceitos educacionais e operacionais na práxis da saúde coletiva, quebrando os paradigmas até então existentes e que, de certa forma, dadas as suas características de falta de reorientação, não atendiam as necessidades da população usuária como um todo.

Inicialmente, foi implantada uma Equipe de Saúde Bucal para cada duas Equipes de Saúde da Família, com a proposta de repasse de incentivo financeiro de investimento e para pagamento de pessoal com a contra-partida do poder público municipal. (BRASIL, 2001).

Reorganizar o trabalho nas Unidades de Saúde da Família (USF) exigindo o planejamento local das atividades, o cadastramento das famílias das então denominadas áreas adstritas, o estabelecimento de diagnóstico situacional das condições de vida e de saúde das comunidades contempladas com o programa e o realinhamento dos métodos e da rotina de trabalho, principalmente evidenciando as benesses do trabalho em equipe, quer este seja realizado em visitas domiciliares quer não; constituem partes das várias mudanças propostas pelo PSF como meios e maneiras de oferecer à população usuária, melhores condições de vida e saúde mantendo-se o compromisso com o acesso da população a todos os níveis de atenção, conforme o postulado pelo SUS - Sistema Único de Saúde. (TRAD; BASTOS, 1998 apud NOBREGA, 2008).

Chaves (2005), define de maneira bem própria a função dos Agentes Comunitários de Saúde quando diz que estes profissionais devem buscar, permanentemente, encontrar um elo que vincule o usuário oriundo das famílias adstritas, com os serviços de saúde, tendo como meios a visita domiciliar, o próprio cadastramento das famílias e a realização das atividades de educação em Saúde.

Evidencia, ainda, a autora que os Agentes Comunitários de Saúde, entendendo-se toda a plenitude de trabalho que realizam, são, na verdade, dentro das equipes, aqueles que apresentam menor qualificação profissional. Por outro lado, dadas as características de suas atividades que os levam a estar constantemente em contato com os vários ambientes familiares assumindo árdua tarefa de presenciarem e vivenciarem, direta ou indiretamente, os sofrimentos das famílias – sejam eles físicos, sejam psíquicos – sem que estejam preparados ou instrumentalizados nos aspectos teóricos e práticos para tal enfrentamento, o que os coloca perante a possibilidade de virem a adoecer.

Discorrendo sobre o mecanismo psicossomático de formação dos sintomas, Mello Filho (1992, p. 98) postula que:

É de fundamental importância abrir espaço para compreender que a situação de conflito, seja do indivíduo consigo mesmo, seja do indivíduo com a circunstância à qual está submetido – geradora de emoção – é suficiente para “originar transtornos funcionais, e estes se repetidos e persistentes, alteram a vida celular acarretando a lesão orgânica e suas complicações”. [...] manter a vida enquanto se luta para ganhá-la, nem sempre é fácil. O desgaste a que as pessoas são submetidas no seu processo de viver é um dos cofatores mais potentes no desenvolvimento de doenças.

Nunes et al. (2002) ponderam que, mediante as características do Agente Comunitário de Saúde, principalmente a de que este profissional, preferencialmente deva ser extraído da própria comunidade adstrita, pois lida muito proximamente com a realidade e a rotina de saúde das famílias, e do bairro onde mora e trabalha. E, embora seja formado a partir das referências biomédicas, torna-se um atuante que observa as contradições nos vários momentos de sua práxis profissional, mas deve ser capaz de estabelecer um “diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas.”

Peduzzi (1998), considerando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e discorrendo sobre os saberes e as responsabilidades, fala sobre “*equipe agrupamento*” e “*equipe integração*” e como se configura a relação dialética entre a

intervenção técnica e as interações sociais entre os agentes. Tais reflexões levam ao entendimento de que a não construção de uma equipe denominada então de multiprofissional que, dadas as suas características de dinâmica, abre linhas ou canais de discussão acerca dos problemas de saúde que assolam a população loco-regional, torna-se difícil o desenvolvimento de ações integradas de saúde, bloqueando o trânsito de acesso – desde a atenção primária, perpassando as de média e atingindo, de maneira mais significativa, as de alta complexidade que se situam num universo de resolutividade mais abrangentes, porém, mais complicadas sob a ótica administrativa perante os gestores de saúde.

Desta forma, a autora relata que os serviços devem ser norteados para a construção de equipes de “interação” e não de “agrupamento” e que esta construção deve ser instituída de *“sujeitos que estão no cotidiano do trabalho”* requerendo, ainda, que sejam considerados os princípios e preceitos éticos e de respeito mútuos envolvendo todos os componentes das equipes e para com a clientela usuária dos serviços de saúde.

Entende-se que este intento de construção gradual e de gestão participativa da equipe nos seus limites de atribuição deva ter origem e fundamento no “querer fazer” dos gestores municipais, com a implementação dos incentivos técnico-pedagógicos e financeiros de tal sorte que os componentes de cada grupo de interação, gozem dos princípios da autonomia mostrando-se livres e abertos para o amplo exercício profissional e, ao mesmo tempo valorizados, de maneira efetivamente reconhecida, na medida em que mostram a importância de suas ações colocadas a serviço do próximo.

Levando em conta as várias opiniões de autores que discorrem sobre essa abordagem (CHAVES, 2005; ARAUJO; ZILBOVICIUS, 2008; GARRAFA et al., 2006) foi proposto, como objetivo deste estudo, averiguar a necessidade de implementação do processo de Educação Permanente junto aos Agentes Comunitários de Saúde das Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) antes do Programa de Saúde da Família (PSF) – atualmente qualificadas no município de Presidente Prudente-SP. A questão-problema apresentada é: O Agente Comunitário de Saúde tem formação adequada e suficiente para o bom desempenho de sua função?

As questões que orientaram a pesquisa foram: Quais seriam as concepções de Educação Continuada e Permanente dos Agentes Comunitários de

Saúde das ESF de Presidente Prudente? Qual o nível de formação e informação apresentado por eles? Quais os reflexos desta formação e informação no desempenho diário dos mesmos para assumirem e desenvolverem o papel educativo/preventivo previstos nas suas atribuições com vistas à Saúde Bucal?

Partindo do princípio que todo agente comunitário de saúde, ao assumir sua função/atividade junto das equipes, passa pelo denominado “Programa Introductório”, na Revisão Bibliográfica procurou-se detectar como é a visão dos vários autores sobre a formação e informação de conhecimentos e a aplicação prática dos mesmos, segundo as atribuições específicas desses profissionais.

O interesse pelos resultados do trabalho é despertado na medida em que estes podem transformar o saber detectado e oriundo da pesquisa, em meios de assessoria técnica às demais equipes de ESF nos vários municípios da região, assim como contribuir para o embasamento da necessidade observada de projetos e programas de Educação Permanente junto as equipes da Estratégia de Saúde da Família.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

A construção do Sistema Único de Família ganhou sustentação com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACs, 1991), pensado como uma estratégia de transição para outra mais abrangente – o Programa de Saúde da Família (PSF, 1994) –, e sobre uma pedra angular – o Agente Comunitário de Saúde (ACS), identidade social esta que tornou-se categoria profissional com a publicação da Lei Federal n.º 10 507 de 10 de julho de 2002 (BACHILLI et al., 2008).

A formação técnica desses profissionais encontra-se descrita no documento editado em parceria com o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação: “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde”, Área Profissional Saúde (BRASIL, 2004a).

Por meio do Parecer CEE 414/2000 o Conselho Estadual de Educação aprovou o Regimento Escolar Único dos Centros Formadores de Pessoal para a Saúde (CEFORS) que, segundo o próprio Regimento,

[...] são instituições de educação profissional de nível básico e técnico de acordo com os artigos 39 e 40 da Lei Complementar n.º 791/95. São mantidos pela Secretaria de Estado da Saúde e que no seu Art. 1.º § 1º, além dos cursos profissionalizantes, os Centros de Formação para o SUS (CEFORS) poderão manter cursos de educação de jovens e adultos, no ensino fundamental e no ensino médio, garantindo acesso à educação profissional. § 2º, A complementação do ensino básico, tanto do ensino fundamental como no ensino médio, será oferecida pelos próprios CEFORS ou, em parceria com outras instituições educacionais já autorizadas, para os candidatos que não possuem os requisitos educacionais básicos para ingresso nos cursos de qualificação ou habilitação profissional. (SÃO PAULO, 2000).

Fundamentado no Decreto Federal n.º 3.189/99 que fixa diretrizes para o exercício profissional do Agente Comunitário de Saúde, bem como na Lei Federal n.º 10.507/2002, que torna essa ocupação específica, como profissão legalmente constituída. O Ministério da Saúde propôs a oferta de uma habilitação profissional estruturada em três módulos. Um primeiro módulo, sem exigência mínima de escolaridade, considerando que 22% do público alvo da referida habilitação ainda não concluiu o Ensino Fundamental. Um segundo módulo, com exigência mínima de conclusão do Ensino Fundamental, considerando que, dentre os concluintes desse nível de ensino, apenas 14% não terminaram o Ensino Médio. Um terceiro módulo

prevê a conclusão do Ensino Médio quando da conclusão do ensino técnico, possibilitando, assim, a obtenção do diploma de técnicos pelos concluintes. (BRASIL. Ministério da Educação, 2003).

O PSF, na sua essência filosófica, conforme Nunes et al. (2002, p. 1640), é edificado no

[...] paradigma da vigilância à saúde que busca articular a ação programática em saúde com as políticas públicas setoriais e transeitoriais além do que propõe uma ampliação do lócus de intervenção em saúde, incorporando na sua prática o domicílio e espaços comunitários diversos.

Entende-se disso originar a interpretação de que essa é uma nova forma de ofertar os serviços de saúde buscando implementar, segundo o mesmo autor, a relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médico-científicos. Desta forma, a equipe do PSF é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, a partir de 2000, houve a inclusão do cirurgião-dentista. Segundo o entendimento de Nunes et al., o agente comunitário de saúde tem revelado ser o ator mais intrigante, uma vez que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas; e dadas essas características, foi descrito o seu caráter híbrido e polifônico ou seja: que ostenta diversos saberes uma vez que é extraído da comunidade e que repete por diversas vezes a sua rotina de trabalho.

Abordando o perfil, as atribuições, e as competências dos agentes comunitários de saúde, Tomaz (2002) ressalta que a discussão ainda é polêmica pois não se conseguiu chegar a um senso comum que consiga determiná-los de maneira clara e efetiva, especialmente a definição do perfil. Fala-se de um novo perfil profissional – um novo saber, um novo fazer, um novo ser, mas não se especifica com exatidão, qual seria esse novo perfil.

Nas várias etapas do processo de qualificação das equipes do PSF discute-se que o ACS seja alguém extraído da própria comunidade e que esteja identificado, de certa forma participativa, com a sua cultura, linguagem, costumes dentre outros aspectos.

A prática do dia a dia de reuniões de preceptoria com esse pessoal tem demonstrado a baixa escolaridade de alguns. Porém, em contra-partida, após a

implantação do então Programa de Saúde da Família o papel do Agente Comunitário de Saúde foi ampliado exigindo-se dele novas competências nos saberes e no campo político e social, o que leva à recomendação que este tenha um nível de escolaridade mais elevado para dar conta desse papel bem mais complexo e abrangente sem que se torne um “super-herói”. (TOMAZ, 2002).

Os Agentes Comunitários de Saúde podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede SUS: os ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica do Programa de Saúde da Família e os vinculados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe.

Descrevendo o conjunto de atribuições, a Portaria n.º 648 de 28/03/2006 enumera como sendo específicas do ACS:

- desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando a promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; (grifo nosso)
- cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe;
- e cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria n.º 44/GM de 3 de janeiro de 2002. (BRASIL, 2006a).

Nota: é permitido ao ACS desenvolver atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Almeida e Mishima (2001, p. 151), enfatizando as atribuições dos membros que compõem a ESF e que estão contidas no documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998, p.13), lembram que estes devem “estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos

comunitários e em grupo” e que a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade são necessárias com o intento de contemplar

[...] as determinações bio-psico-sociais da saúde-doença e cuidado e na autonomia e responsabilidade dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade; desta feita assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo.

Diante do conteúdo rezado pelo documento, de maneira simplificada, as atribuições específicas do ACS podem ser resumidas em: identificar sinais e situações de risco, orientar as famílias e a comunidade e encaminhar/comunicar à equipe os casos e situações identificadas. Tudo isso sendo realizado, tendo como pano de fundo a visão humanística e as questões político-sociais, há de se convir que o tal papel por ele desempenhado não é tão simples como se haveria de pensar. Para tanto, acredita-se haver a necessidade de profundo embasamento técnico-científico e que transcende um simplificado treinamento introdutório para uma missão de tamanha envergadura, qual seja a de fazer a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular.

Nogueira et al. (2000, apud NASCIMENTO; CORREA 2008, p. 1310), discorrendo sobre Agente Comunitário de Saúde, destacam que este desempenha um papel de mediador social pois deve *buscar*

Um elo entre objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios do modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado.

De forma brilhante, Tomaz (2002, p. 85) se utiliza de dois neologismos quando trata desse papel edificante, porém estressante, do ACS, se reportando à “super-heroização” e à “romantização” do ACS. O autor alerta, ainda, que

[...] não se pode colocar nas costas do ACS o árduo complexo papel de ser a mola propulsora da consolidação do SUS e que, na prática, a consolidação do SUS depende de um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais e o envolvimento de diferentes atores, dentre eles os ACS, que, sem dúvida, ostentam um papel fundamental no processo de transformação social que é algo lento, que requer esforços conjuntos e permanentes e é papel de todos os cidadãos.

Evidenciando o alto grau de credibilidade exigido de um Agente Comunitário de Saúde, Chaves (2005, p. 73) escreve:

[...] o que se considera como característica fundamental para um bom Agente Comunitário de Saúde é a sua capacidade de estabelecer vínculos afetivos com a população e sua capacidade de aprender. Em suas atribuições, percebe-se que deve mapear sua área de trabalho, cadastrar famílias, realizar visitas domiciliares, coletar dados, realizar ações básicas em educação para saúde. Deverá lidar diretamente com a clientela atendida, entrar nas casas, ouvir as dores físicas e psíquicas de uma população. E só se fala àquele em quem se confia, quando há ética e sigilo. (Grifos nossos).

Considerando a carga de atribuições que lhe é competente, entendeu-se que é um “novo desafio” gerir os processos de preparação do perfil adequado e requerido do ACS a partir dos mecanismos de seleção, aos de capacitação, incluindo-se aí os treinamentos introdutórios, a educação continuada e a sistemática de supervisão adotada, culminando com a urgência de implantação de formas mais abrangentes e organizadas de formação e capacitação dos profissionais de saúde, mediante um projeto nacional, estimulado pelo Ministério da Saúde, incorporando-se e utilizando experiências existentes, como os Polos de Capacitação de Formação e Educação Permanente dos profissionais de Saúde da Família de ação supervisionada, contínua e eficaz, de modo a poder atender efetivamente às necessidades e responder de forma dinâmica aos problemas emergentes desta nova fase da Saúde Coletiva.

De acordo com a Portaria GM/MS n.º 1886 de 18 de dezembro de 1997 (BRASIL, 2006b) que estabelece as atribuições do Agente Comunitário de Saúde e o Decreto Federal n.º 3189 de 04 de outubro de 1999 que fixa as diretrizes para o exercício de suas atividades, levantou-se uma proposição qualitativa de suas ações, evidenciando-se um perfil profissional e considerando-se as singularidades e especificidades do seu trabalho. Foram construídas as competências específicas que vieram a compor o perfil profissiográfico desse profissional e, nesse entendimento, cada competência expressa uma dimensão da realidade de trabalho e representa um eixo estruturante de sua prática, ou seja, uma formulação abrangente e generalizável de acordo com a perspectiva de construção da organização do processo de formação e de trabalho incorporando-se quatro dimensões do saber: o saber-conhecer, o saber-ser, o saber-fazer e o saber-conviver expressas todas elas nas habilidades. Ressalta-se que tais habilidades e

conhecimentos não estão representados de forma hierarquizada, cabendo às instituições formadoras, no processo de construção dos programas de qualificação, identificar e organizar esta complexidade, considerando, inclusive, suas transversalidades.

Tendo em vista a árdua tarefa de formar esses profissionais para ações de relevada importância, percebe-se a origem das dificuldades apresentadas em grande percentual das equipes ora qualificadas nas questões concernentes às habilidades descritas acima (saber-conhecer, saber-ser, saber-fazer) e, pontuando entre elas, talvez a mais crucial, o saber-conviver, mesmo porque, por omissão do Estado e da parte de instituições formadoras, existe escassa oferta de cursos técnicos que possam atender a demanda reprimida de profissionais adequadamente preparados para assumirem tais propósitos de ações dentro do PSF. Considerando, ainda, que os problemas de saúde são sempre complexos porque envolvem inúmeras dimensões da vida, desde as que circunscrevem no corpo até as de ordem social e objetiva e que o trabalho em saúde, por sua vez, para ser eficaz, deve responder a essa complexidade e dar sentido à intervenção nos diversos campos da saúde.

Neste mesmo sentido, Antunes (2001, p. 30), referindo-se à necessidade de se compreender as redes de relações sociais e atuar sobre as mesmas como cidadão, relata:

As nossas escolas e os nossos educadores necessitam explorar as relações interpessoais que a escola proporciona para ensinar ao aluno solidariedade, o respeito ao outro, para envolvê-lo em projetos comunitários, para despertar sua sensibilidade para se auto-avaliar na mesma proporção em que avalia o desempenho de seus colegas, o trabalho de sua equipe.

Perrenoud et al. (2002) afirmam que o estabelecimento escolar só pode tornar-se num lugar onde a mudança é construída, coletiva e progressivamente, se os atores que dele fazem parte dispuserem de margens de manobra suficientes para conceber seu projeto e para inventar dispositivos suscetíveis de resolver os problemas encontrados. Deve-se considerar, entretanto, que:

[...] o que temos que aprender na e da vida não é propriamente a resolver os problemas, mas a administrá-los com inteligência. **Primeiro**, deve-se reconhecer que, dialeticamente falando, toda realidade é problemática, não porque contenha defeito, mas porque é dinâmica, precisamente dialética. **Segundo**, nem todos os problemas teriam solução, porque sequer

saberíamos apontar a todos e menos ainda dar conta de todos. **Terceiro**, cada solução nova também inventa novos problemas. **Quarto**, a realidade sem problemas não seria real. (DEMO, 2000, p. 48).

Ainda discorrendo sobre as habilidades e os conhecimentos para o trabalho em saúde, não se poderia deixar de perpassar por outro aspecto que se encontra embutido no saber, qual seja a violência institucional na área da saúde que decorre de relações sociais marcadas pela sujeição dos indivíduos. Relações de controle, de alienação e de não reconhecimento das subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais e que foram configurando historicamente, uma violência que favoreceu uma estrutura institucional caracterizada pela rigidez hierárquica, pela ausência de direito ou de recurso das decisões superiores, por uma forma de circulação apenas descendente, pela falta de espaço institucional para a palavra transformadora, pelo descaso com os fatores subjetivos e por uma disciplina autoritária.

Nessa perspectiva, Rios (2003) observa que se torna sem lógica falar-se de um programa que visa estabelecer vínculo entre pessoas (médico x paciente x cirurgião dentista x auxiliar de consultório dentário x enfermeiro x agente comunitário de saúde) sem ponderar a força catalisadora e humana contida dentro do Programa Nacional de Humanização dos serviços de saúde (PNH).

Entende-se por humanização o processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais de usuários e profissionais, assim como os funcionamentos institucionais importantes para a compreensão dos problemas e elaboração de ações que promovam boas condições de trabalho e qualidade no atendimento, e isso exige (estranhamente porque deveria ser um dom natural – ser humano) a formação diferenciada e educação permanente dos profissionais dentro dos princípios da humanização e o desenvolvimento de ações visando ao cuidado e à atenção às situações de sofrimento e estresse decorrentes do próprio trabalho e ambiente em que se dão as práticas de saúde. Rios (2003), citando Boff, acrescenta, afinal, que

[...] sempre é possível crescer na prática do cuidado em cuidado em cada circunstância, no tempo e no contratempo. Tal atitude gera discreta alegria e confere leveza à gravidade da vida. (BOFF, 1999, p. 160).

Nessa mesma linha de pensamento, Freire salienta que

A desumanização por isso mesmo não é vocação mas distorção da Vocação para o “ser mais”. Por isso digo [...] que toda prática, pedagógica ou não, que trabalhe contra este núcleo da natureza humana é imoral (FREIRE, 1997, p. 10).

Busato et al. (2008), referindo-se à Estratégia de Saúde da Família no contexto da necessidade de trabalho multiprofissional preconizado com o olhar sempre voltado para o eixo da humanização, consideram a visita domiciliar como o ponto essencial do serviço, devido às suas características de realização uma vez que coloca frente a frente os profissionais (acima de tudo o ACS) com a realidade vigente no interior (físico e psicológico) das famílias. Assim, “[...] tornando fundamental que se tenha cuidado com as pessoas, em especial pelas suas condições de vida, seus valores e seus hábitos [...]”, e disso decorre a forte e inevitável aplicação dos princípios da Bioética que Fontoura et al. (apud BUSATO, 2008) dizem criar um dilema vivenciado pelos Agentes Comunitários de Saúde no cotidiano do seu trabalho.

De maneira sucinta e clara, Garrafa et al. (2006) relataram a necessidade de os ACS extrapolarem seus conhecimentos para o entendimento da respeitabilidade da dignidade humana, visando colocar a serviço da população atendida os dois princípios básicos na prática de saúde a saber: a maximização do benefício e a minimização de possíveis danos, buscando sempre o consentimento para a intervenção com a atenção voltada para a autonomia, a responsabilidade, a vulnerabilidade humana e a integridade individual das pessoas. Com o intuito, também, de observar a “não discriminação e a não estigmatização por qualquer pessoa ou grupo, empregando inclusive o respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo e a solidariedade entre os seres humanos”.

Assim, hoje muito mais que ontem, entende-se que é preciso atualizar conhecimentos, revendo os novos valores indispensáveis ao processo do saber-conviver, pois, como bem definiu Ceccin (2005, p. 161),

[...] a Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às



práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

Em documento editado pelo Ministério da Saúde intitulado “A Educação Permanente Entra na Roda – Pólos de Educação Permanente em Saúde – Conceitos e Caminhos a Percorrer” (BRASIL, 2005), é citado algo que se tornou alvo de muitas discussões tanto nas rodas quanto nos intramuros das universidades, ou seja,

[...] no campo da Educação na Saúde, a grande maioria dos cursos técnicos, universitários, de pós-graduação e as residências formam profissionais distantes das necessidades de saúde da população e de organização do sistema. Além disso, enquanto que em algumas regiões do País há uma grande oferta de cursos de formação na área de saúde, em outras eles quase não existem. Para completar, temos muitos educadores e orientadores de serviços que estão desatualizados e precisam aprender novos modos de ensinar [...], e, portanto, cabe à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, junto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, mostrar caminhos para a formação de novos profissionais de saúde, aperfeiçoar o pessoal que já está no SUS e cuidar para que haja profissionais de saúde comprometidos e em quantidade suficiente em todos os pontos do País.

Quintana et al. (1994), escrevendo sobre a Educação Permanente, Processo de Trabalho e Qualidade de Serviço em Saúde, ressaltam que a mesma é um projeto para o melhoramento da qualidade de trabalho e é também um projeto institucional que supõe trocas na cultura institucional e no estilo de gestão, porém também é em todos os casos um projeto grupal, de todas as equipes de saúde. É um trabalho de grupo e de análise estratégica da situação institucional, da problematização e da missão de reformular a construção da imagem no objetivo de qualidade do momento essencial do processo: a definição dos problemas de qualidade sobre o que se vai intervir. É um projeto de confronto tanto do componente programático educacional como das diversas estratégias de gestão de pessoal que se caracteriza pela sua orientação aos grupos e por sua definição conjunta, coletiva, participativa.

Em sua abordagem sobre a imprescindível crítica da formação pedagógica em saúde, e entendendo esta como uma das vias para se atingir o esperado “modelo médico hegemônico”, Paim (2005, p. 6) expõe que, observando-se os profissionais formados, quer dentro quer fora das universidades, constata-se que apresentam muita dificuldade em enredarem as então denominadas “relações

educativas dialógicas” junto aos cidadãos, e estes mesmos profissionais apontam dificuldades para o desenvolvimento de práticas educativas. O autor acrescenta, ainda, que “[...] não basta argüir a pertinência de mudança na formação universitária desses profissionais e de implementação de programas de educação permanente nos serviços [...]” e sim, pelo que se pode entender, torna-se necessária uma profunda reflexão sobre os processos de trabalho e, com isso, vislumbrar dispositivos ou mecanismos que possam intervir nas relações técnicas e sociais das organizações.

Existe, no meio do cenário formador, quer da parte das instituições quer da parte das unidades de trabalho, certa dificuldade no entendimento do que é, na teoria e na prática, a definição e pressupostos corretos de Educação Permanente e Educação Continuada. O conceito de que a Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Encontrou-se, também, que entende-se por Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos o que, de certa forma, pode corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/ mundo do ensino. (CECCIN, 2005).

A Educação Permanente em Saúde pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. E é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade; além disso, leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm.

Desse modo, os conteúdos dos cursos e as tecnologias a serem utilizadas devem ser determinados a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia a dia do trabalho e que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade, e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada, satisfação esta que inclui o acolhimento desses usuários, acompanhantes e familiares envolvidos em ações humanísticas oferecidas em conjunto com as ações específicas da equipe quer na atenção básica, quer na intimidade do ambiente hospitalar e, com isso, cumprir com a promessa de um

sistema único e organizado, capaz de prestar atendimento integral e que funcione como uma cadeia de cuidado progressivo à saúde. (BRASIL, 2005b).

Nesse mesmo sentido de exposição foi encontrado em Brasil (2007) algo bastante alentador, pois é exposta uma visão crítico-pedagógica sobre os cenários em que se desenvolve o aprendizado prático durante a formação profissional. Há o entendimento que estes devam ser ricos em oportunidades e contextualizados o suficiente para agregar-se ao processo das ações do dia a dia, não tão somente os equipamentos de saúde, muitas das vezes já conhecidos e utilizados, como também os equipamentos denominados “educacionais e comunitários” o que abre a chance da busca constante da pretendida interação entre o aluno-aprendiz com a população usuária e adstrita e com os demais profissionais de saúde. Tal prática, uma vez desenvolvida adequadamente coloca o aprendiz frente e junto dos problemas reais observados por meio da sua atuação participativa, o que, de certa forma, induz ao despertar das suas responsabilidades que sempre deverão nortear suas atitudes como “agente prestador de cuidados compatíveis com seu grau de autonomia”.

No que diz respeito à Saúde Bucal, discute-se as ferramentas, quer intra quer extramuros, no sentido de capacitar melhor o acadêmico para servir de interventor na fragmentação das especialidades e disposto a atuar de forma precisa e resolutiva na atenção primária, deixando a visão especialista (nas várias subáreas da Odontologia) que vislumbra somente a elitização dos seus serviços junto à clientela dita diferenciada.

Morita e Haddad (2008), fazendo considerações sobre a proximidade exigida entre a unidade formadora e os serviços de saúde, colocam que os profissionais que serão agraciados pelo mercado de trabalho aberto pelo SUS junto à Estratégia de Saúde da Família – sobretudo para a Saúde Bucal - continuam sendo mal preparados pois formam-se norteados por modelo que “privilegia o tratamento de doenças, trabalho de forma autônoma, não tem experiência de trabalho em equipe e tem pouca familiaridade com as instâncias do SUS.”

Esses mesmos autores salientam a necessidade de se criar condições de maior reaproximação da Odontologia com as demais profissões, independentemente dos níveis de formação, e construir espaços de aprendizagem em que não se priorize os interesses corporativos e se faça valer a capacidade de cooperação e colaboração mútua em redor de um sentido maior, qual seja, o de

servir. Esta é uma prática que, segundo os autores, tende a ser um recurso que responde a necessidade de preparo dos futuros profissionais para uma formação mais próxima da realidade de trabalho.

Campos et al. 2006 (apud MORITA; HADDAD, 2008, p. 269), discorrendo sobre as propostas apresentadas no relatório da 2.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (1993), citam a necessidade de:

[...] integração entre instituições formadoras de recursos humanos e prestadoras de serviços de saúde, incluindo-se nesse processo os conselhos de saúde e de educação, de forma a viabilizar a efetiva participação do SUS na regulação e na ordenação dos processos de formação; revisão dos currículos de formação, para a construção de um modelo assistencial referenciado à epidemiologia e às ciências sociais.

A comunidade científica – encarregada da produção da ciência frente aos postulados do Sistema Único de Saúde e vinculada ao próprio Ministério da Saúde –, define dois fatores que sempre deverão ser levados em conta pela Educação Permanente em Saúde, a saber: as necessidades da população e a cadeia de cuidado progressivo à saúde. Em vista disso, quando se discutiu os Polos de Educação Permanente criados para aumentar a capacidade de realizar a formação e o desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais envolvidos com as políticas públicas de saúde e também dos profissionais de outros setores para fortalecer a ação intersetorial e, acima de tudo, superar as deficiências resultantes da formação e das práticas tradicionais de saúde, pensou-se em atores pertencentes à roda desenvolvendo novas propostas de ensino e aprendizagem que caminhassem nessa direção, propostas que ajudassem a reorganizar os serviços, para que eles também funcionassem como espaços de aprendizagem. Propostas que levassem os profissionais a compreender que seu espaço de trabalho não servia só para atender as pessoas que chegavam ali em busca de tratamento de doenças, mas que era um local privilegiado de produção e disseminação do conhecimento. (BRASIL, 2005b).

Nesta mesma abordagem sobre a Educação Permanente, segundo Ceccim (2005), para muitos educadores existe um paralelo entre a Educação Permanente e a Educação Popular ou da Educação de Jovens e Adultos, considerando os princípios e/ou diretrizes desencadeados por Paulo Freire desde a Educação e Conscientização/Educação como Prática da Liberdade/Educação e

Mudança. O autor destaca, ainda, que tudo isso perpassa pelas várias pedagogias definidas e defendidas por Paulo Freire (Pedagogia do Oprimido, Pedagogia da Esperança, Pedagogia da Cidade, Pedagogia da Autonomia e Pedagogia da Indignação). Ceccim (2005, p. 162) complementa inferindo que:

[...] de Paulo Freire provém a noção de aprendizagem significativa. Já para outros educadores, a Educação Permanente em saúde configura um desdobramento do Movimento Institucionalista em Educação, caracterizada fundamentalmente pela produção de teóricos, que propuseram alterar a noção de Recursos Humanos, proveniente da Administração e depois da Psicologia Organizacional, como elemento humano nas organizações, para a noção de coletivos de produção, propondo a criação de dispositivos para que o coletivo se reúna e discuta, reconhecendo que a educação se compõe necessariamente com a reformulação da estrutura e do processo produtivo em si nas formas singulares de cada tempo e lugar.

Schall e Struchiner (apud CHAVES, 2005) definem educação em saúde como um campo multifacetado para o qual convergem diversas concepções, tanto na área da educação quanto na área da saúde, que retratam diferentes concepções de mundo, de acordo com as distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade. Estes mesmos autores alertam que há diferentes práticas, muitas delas reducionistas, sendo realizadas em saúde pública, e concluem que acreditam que uma verdadeira educação em saúde só é possível com políticas públicas, reorientação dos serviços de saúde e com propostas pedagógicas libertadoras.

Enfocando as práticas educativas em saúde, Paim (2005) relata que estas, sob o caráter cultural e sensivelmente dialógico, quer nos PSF quer nas Unidades Básicas de Saúde, não são oriundas como resultados de ajuste na proposta cultural ou pedagógica. O autor discorre sobre a “nova distribuição do poder em saúde” e vê nisso meios eficazes e estratégicos naquilo que denomina de construção cotidiana na mudança societária, a qual é uma forma de política que vai além de pedagógica e cultural.

As atividades de educação em saúde podem lançar mão de inúmeros recursos e técnicas de trabalho criativo, indo desde palestras até campanhas, oficinas, teatro, vídeos, literatura, vivências, gincanas, contadores de histórias, mutirões, passeatas, dentre tantas outras formas de desenvolvimento conforme reza o documento. (BRASIL, 2006).

Sem perder de vista os princípios editados pelo Sistema Único de Saúde e objetivando nova metodologia de oferta de serviços de saúde, conforme

descrito no Programa de Saúde da Família, ainda que pese toda a sua morosidade e dificuldades de implantação...

Pensar a humanização enquanto política é menos o que fazer e mais o como fazer. Embora importantes, não são necessariamente as ações ditas humanizadoras que determinam um caráter humanizado ao serviço, mas a consideração aos princípios conceituais que definem a humanização como base para toda e qualquer atividade (RIOS, 2003, p. 7).

O objetivo geral da Estratégia Saúde da Família é:

[...] contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 2000a, p. 10).

Isso passa a ser um grande desafio: criar uma nova cultura de funcionamento institucional e de relacionamentos entre as pessoas envolvidas na produção da saúde, que tenha como horizonte não apenas a cura ou o alívio da dor, mas o olhar que revela da vida a sua beleza humana.

O Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde pela Portaria GM/MS n.º 198 de 13 de fevereiro de 2004, alterada pela Portaria GM/MS n.º 1.996 de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação desta citada política como uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e a qualificar as práticas de Saúde, bem como a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. (BRASIL, 2004b).

A implantação dessa política implica em trabalho intersetorial capaz de articular desenvolvimento individual e institucional, ações de serviço e gestão setorial, e atenção à saúde e controle social. Esta política destina-se a públicos multiprofissionais com enfoques nos problemas cotidianos das ESF; provoca a geração de compromissos entre os vários segmentos envolvidos, desde os trabalhadores, os órgãos formadores, gestores e usuários dos serviços; propõe transformar as práticas técnicas e sociais com a utilização de pedagogias centradas na resolução de problemas, com a adoção das supervisões dialogadas, oficinas de trabalho, de preferência realizadas no próprio ambiente de trabalho.

De acordo com o que foi encontrado no desenvolvimento deste título, o Sistema Único de Saúde atualmente implantado no Brasil encontra-se muito distante do SUS que se quer. Isto ocorre pela morosidade de implementação de ações que o coloquem nos trilhos e nos caminhos certos conforme seus postulados e pela tomada de decisão política, cujas ações consideradas fundamentais são demasiadamente lentas para alavancar o contexto de saúde com qualidade e em quantidade, sem perder o eixo indispensável da humanização.

Para atingir essa plenitude de ideais e sonhos há que se proceder uma reflexão, ao longo do tempo, sobre a questão da Educação Permanente que recicla e confere valores pessoais, profissionais e humanísticos a todos aqueles que se mostrem implicados no SUS, quer como servidor quer como usuário.

Para a percepção de como isso acontece junto aos Agentes Comunitários de Saúde, foram trabalhados os procedimentos metodológicos que se seguem.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

#### 3.1. Objeto do Estudo

Com vistas a ordenar para inferir o máximo de conclusões pela análise de conteúdo das informações coletadas por meio da propositura da pesquisa e de que melhor forma poder-se-ia atuar para conseguir alcançar os objetivos do trabalho, definiu-se, como objeto de estudo, a formação, a educação continuada e a educação permanente ofertada aos Agentes Comunitários de Saúde. Optou-se pela pesquisa de natureza quali-quantitativa, uma vez que tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento e ainda porque esse estudo supõe o contato direto do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada.

Esse trabalho se apresenta como uma possibilidade de uma real aproximação com aquilo que se deseja conhecer e estudar, também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo. (CRUZ NETO apud MINAYO, 1994).

Neste mesmo sentido de observação, Minayo (2007, p. 62) expressa ser do seu entendimento que a pesquisa qualitativa se preocupa mais com a compreensão ou interpretação do fenômeno social em que os atores necessitam compreender o significado que os outros dão às suas próprias situações, que com a descoberta de leis sociais. Ainda se referindo à importância do trabalho de campo, relata que:

Todo pesquisador precisa ser um curioso, um perguntador. E essa qualidade deve ser exercida o tempo todo do trabalho de campo, pois este será tanto melhor e mais frutuoso quanto mais o pesquisador for capaz de confrontar suas teorias e suas hipóteses com a realidade empírica.

Para Gonzaga (apud FRANCO et al. 2006, p. 75):

[...] a pesquisa qualitativa é uma arte onde o Pesquisador é um artífice. O cientista social qualitativo é instigado a criar seu próprio método. Seguem procedimentos orientadores, mas não regras. Os métodos servem ao pesquisador; nunca é o pesquisador escravo de um procedimento". É a utilização de um estudo de caso, que segundo o mesmo autor, "foco" é a



verificação das experiências individuais de situações, o senso comum, o processo diuturno de construção de significado, o “como”.

Mezzaroba (1998 apud OLIVEIRA, 2004, p. 85), afirma que:

[...] nas ciências humanas, de maneira geral, e na pesquisa educacional, mais especificamente, há a necessidade de uma estreita ligação entre a teoria que orienta o objeto de estudo e o método de investigação” e que este vínculo possa revelar a visão de mundo do pesquisador e as suas percepções sobre o seu objeto de estudo.

Isso levado à luz intencional da pesquisa que se propôs realizar, significou observar a formação e as informações que os Agentes Comunitários de Saúde dispõem para suportar seu papel educativo e preventivo em Saúde Bucal. É esta uma abordagem bem delimitada, devendo ter seus contornos claramente definidos no desenrolar do estudo e, muito embora podendo ser similar a outros, é ao mesmo tempo distinto pois tem um interesse próprio, singular. (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

### **3.2 Sujeitos da Pesquisa**

Entende-se como sujeitos da pesquisa todos os indivíduos direta ou indiretamente ligados ao propósito definido e que, uma vez abordados de maneira tecnicamente adequada, constituíram a fonte de dados trabalhados conforme o direcionamento da pesquisa.

Foram envolvidos neste trabalho de pesquisa 59 sujeitos, Agentes Comunitários de Saúde. O critério adotado para a composição do universo da amostragem foi o do envolvimento de profissionais que estivessem em pleno exercício de suas atribuições, tornando excludente a participação daqueles que se encontrassem de férias ou de licenças do serviço das 11 equipes da Estratégia da Saúde da Família existentes e qualificadas no município de Presidente Prudente-SP, conforme o que se segue: 06 do PSF do Jardim Belo Horizonte, sito na Rua dos Paulistas n.º 1156; 06 do PSF do Jardim São Pedro, Rua Roberto Carneiro Mendonça n.º 55; 05 do PSF do Jardim Alvorada I, Rua Gilberto Neto n.º 51; 06 do PSF do Jardim Alvorada II, Rua Nicole Pagnosi n.º 118; 05 do PSF do Jardim

Alvorada III, Rua Nicole Pagnosi n.º 118; 07 do PSF do Jardim Guanabara, Rua Oliveira n.º 86; 05 do PSF do Jardim Primavera, Rua Alvino Gomes Teixeira n.º 3 230; 05 do PSF de Montalvão, Rua XV de Novembro s/n.º; 05 do PSF do Jardim Humberto Salvador I, Rua Gilberto Jonata Mele s/n.º; 05 do PSF do Jardim Humberto Salvador II, Rua Gilberto Jonata Mele s/n.º; 04 do PSF do Jardim Morada do Sol, Rua Amélia Álvares Gomes s/n.º

### **3.3 Local de Realização**

O desenvolvimento da pesquisa deu-se nas próprias Unidades Básicas de Saúde onde se encontram instaladas as ESFs. Por determinação da Coordenação do programa, os encontros ocorreram na mesma sala onde os agentes se reúnem para cumprirem suas atribuições tanto no pré quanto no pós-visita domiciliar, a fim de realizarem atividades como: anotações em prontuários e confecções de relatórios de serviços; discussões sobre os casos especiais detectados, entre outras. São salas geralmente pequenas demais para comportar toda a infraestrutura exigida para tais como fichários, mesa ampla, cadeiras e quadros de avisos, dentre outros e, quando não, a exemplo da ESF Jardim Alvorada I e II, a pesquisa foi feita numa extensão de garagem na lateral do corpo central de edificação, com áreas abertas desprotegidas da chuva e do sol. Em contrapartida, na UBS do Jardim Vale do Sol encontrou-se espaço físico de excelente qualidade, com amplitude para reuniões e com mobiliário disponível para o serviço dos agentes.

Quando da abordagem das equipes para o agendamento de contato com os sujeitos, obteve-se tratamento cordial e responsável dos seus coordenadores que demonstraram muita presteza e interesse em participar do trabalho. Nos casos em que foi necessário o retorno do pesquisador, houve muita solicitude da parte dos referidos coordenadores fato este tornado indispensável para a realização dos propósitos da pesquisa.

### **3.4 O Universo da Pesquisa e os Procedimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**

Para o desenvolvimento do estudo foram atendidos os dispositivos de protocolo do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) cuja cópia do

Parecer final pode ser observada no Apêndice A. E, após esta etapa, obteve-se da Coordenação Municipal da Estratégia de Saúde da Família, a sua anuência que fez composição no processo encaminhado ao CEP (Apêndice B) e uma planilha das equipes instaladas no município contendo suas denominações, os respectivos endereços, telefones, nomes dos coordenadores e dos médicos atuantes em cada uma delas que pode ser observada no Apêndice C.

De posse da referida planilha, via contato telefônico com os coordenadores de equipes, foi possível agendar datas e horários para o contato do pesquisador com os sujeitos da pesquisa numa única reunião e com a presença de todos os envolvidos. A estratégia adotada para a abordagem das equipes foi a de iniciar-se a reunião com a apresentação pessoal do entrevistador/pesquisador e, em seguida, fundamentando o porquê e o para quê do desenvolvimento do estudo. Nesse sentido, buscou-se o entendimento de todos de forma clara, assim, foi lido, primeiramente, o TCE (Termo de Consentimento Esclarecido) (Apêndice D), justificando-se que o mesmo encontrava-se datado de 20 de junho de 2008, data original de apresentação do mesmo junto ao CEP.

Em seguida, objetivando reduzir o impacto do convite e reduzindo a insegurança de responder questões que pudessem comprometê-los junto ao órgão gestor, no caso a Prefeitura Municipal, foi feita a leitura clara e pausada do questionário de coleta de informações.

O referido questionário (Apêndice E) foi composto de duas partes. A primeira parte contou com questões abertas e fechadas focadas na necessidade de conhecer o sujeito, sua identificação; grau de instrução; tempo de trabalho e formação específica na ESF; se esta formação foi ou não obtida por meio de Instituição idônea; participação, conteúdo, período de duração e local de desenvolvimento do Programa Introdutório, assim como a participação em projetos de educação continuada e sua frequência. A segunda parte, contendo 09 questões, tal qual a primeira, abertas e fechadas, teve o propósito de averiguar o conhecimento específico em Saúde Bucal dos sujeitos.

Cabe ressaltar que o questionário foi idealizado tão somente em função das necessidades sentidas pelo pesquisador em saber o potencial de conhecimentos ostentados pelos sujeitos nos diferentes aspectos da pesquisa.

O entrevistador/pesquisador dosou as informações pautando-se apenas em prestar algum esclarecimento que não comprometesse a fidelidade das respostas.

Após a tomada de conhecimento de tais documentos, foi reafirmada a liberdade e a autonomia de cada um dos presentes em aceitar ou não participar do estudo, assim como teceu-se considerações sobre o compromisso, naquele momento, sobre o resguardo de suas identidades.

Na medida em que foram aceitando compor a amostra, preencheram e assinaram, primeiramente, o Termo de Consentimento Esclarecido (TCE), ali declinando seus nomes, documentos de identidade, gênero masculino ou feminino, data de nascimento e assinatura.

Definida a estratégia de trabalho de coleta de dados, os contatos tiveram início nos seguintes dias: 21 de novembro de 2008 (sexta-feira), às 14 horas, com a equipe do Jardim São Pedro, com a presença de 06 ACS; 24 de novembro (segunda-feira), às 08 horas, com a equipe do Jardim Primavera, com a presença de 05 ACS; 28 de novembro de 2008 (sexta-feira), às 15h30 min., com a equipe do Jardim Morada do Sol, com a presença de 04 ACS; 04 de dezembro de 2008 (quinta-feira), às 08 horas, com a equipe do Jardim Alvorada I, com a presença de 05 ACS; e nesta mesma data, às 10 horas com a equipe do Jardim Alvorada II, com a presença de 06 ACS; 08 de dezembro de 2008 (segunda-feira), às 08 horas, com a equipe do Jardim Alvorada III com a presença de 04 ACS e, posteriormente, no dia seguinte, voltou-se naquela equipe para o envolvimento de 01 sujeito que não esteve presente na reunião; 10 de dezembro (quarta-feira) às 15h30 min., com a equipe do Jardim Guanabara, com a presença de 05 ACS e, posteriormente, no dia 12 daquele mês, retornou-se à unidade para envolver mais 02 ACS que não estiveram presentes na reunião; 12 de dezembro, às 08 horas, com a equipe do Jardim Belo Horizonte, com a presença de 04 ACS e, no mesmo dia retornou-se àquela unidade para o envolvimento de mais 02 ACS que pelos horários de ocupação em campo, não estiveram presentes na reunião do período da manhã; 15 de dezembro, às 08 horas, com a equipe de Montalvão, com a presença de 04 ACS e que foi visitada no dia 16 para o envolvimento de 01 ACS que não se fez presente na reunião do dia anterior; 16 de dezembro, às 09h30 min., com a equipe I e equipe II do Jardim Henrique Salvador, com a presença 07 ACS havendo a necessidade de

se retornar àquela unidade no dia 17 para o envolvimento de mais 03 ACS que não puderam estar presentes na reunião do dia anterior.

O material coletado resultou em 59 Termos de Consentimento Esclarecido e 59 questionários que encontram-se arquivados em pasta apropriada, classificados por equipes abordadas.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, foram encontradas as seguintes situações que bem caracterizam o perfil do grupo de sujeitos deste estudo que totalizou de 59 Agentes Comunitários de Saúde, na abrangência das 11 equipes da Estratégia de Saúde da Família, no município de Presidente Prudente:

Quanto à classificação por gênero tem-se: (1.<sup>a</sup> parte – Identificação) 39 (66,10%) são do feminino e 20 (33,90%) são do masculino.

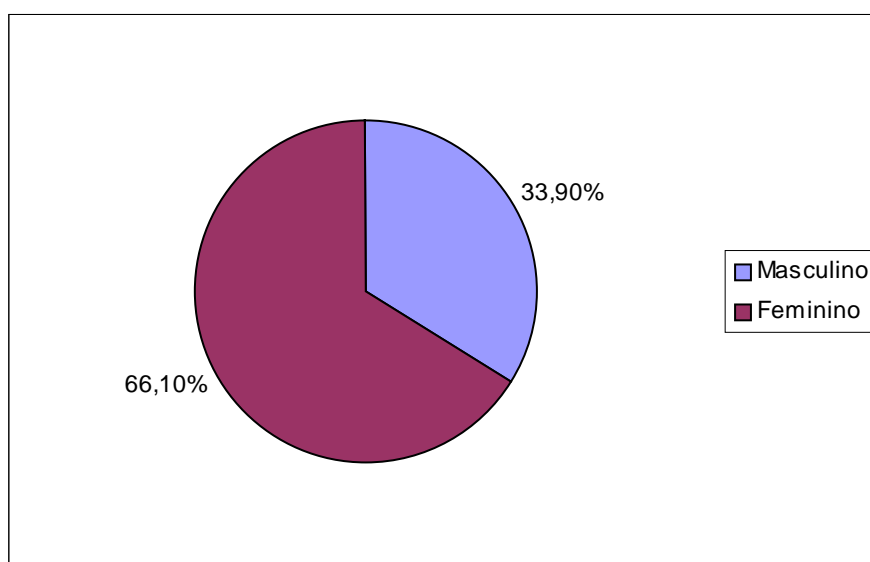


Figura 1 – Distribuição quanto ao gênero – masculino e feminino - dos Agentes comunitários de Saúde no município de Presidente Prudente-SP.

Fonte: Dados obtidos pelo autor

Não foi encontrado na literatura algo que fundamentasse vantagens funcionais de um sobre o outro e, neste aspecto, o que pode ser observado no contato com os sujeitos no dia a dia é que ambos os sexos têm a mesma potencialidade de realização de serviços, porém, não se teve instrumentos necessários para avaliar se o feminino, dadas as suas características emocionais, tem ou não mais afinção no trato com os usuários e suas respectivas famílias.

Quanto ao nível de escolaridade, Chaves (2005) observa que por meio da Lei Federal n.º 10 507 de 10 de julho de 2002 foi criada a profissão de Agente Comunitário de Saúde, que prevê, como requisito, dentre outros, que o agente tenha

concluído o ensino fundamental e, além disso, o curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde.

A referida autora, estudando a escolaridade dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Presidente Prudente, cita que o município já exigia o ensino médio completo e que isso, para a autora,

[...] constituía já um avanço porque, um Agente Comunitário com melhor escolaridade pode ter mais capacidade reflexiva para compreender a sua função e desempenhar melhor o seu papel junto ao programa.

Neste estudo (1ª Parte- Identificação), foi encontrado exatamente isso, ou seja: 34 agentes (57,63%) têm ensino médio completo e 01 (1,69%) o tem ainda incompleto. Outro dado bastante curioso e, por que não dizer alentador, é que no enfoque do ensino superior, 12 (20,34%) o tem de maneira completa e 12 (20,34%) de maneira incompleta o que vem a corroborar com Chaves (2005), afirmando que quanto mais alto o grau de instrução, dedutivamente, melhor deveria ser o desempenho profissional.

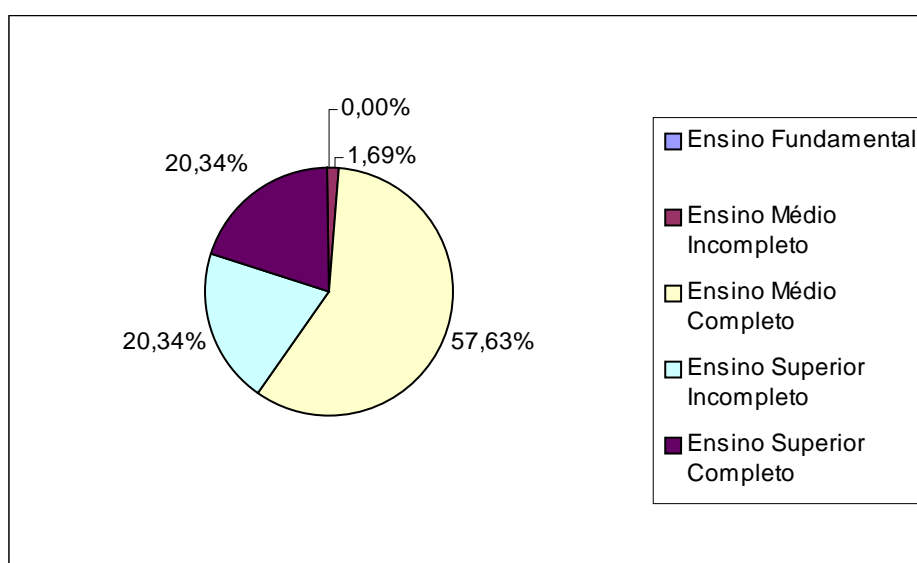


Figura 2 - Grau de Instrução dos Agentes Comunitários de Saúde no município de Presidente Prudente – SP

Fonte: Dados obtidos pelo autor

Os Agentes Comunitários de Saúde constituem um grupo especial para ser trabalhado com novos conceitos e novos conhecimentos (promoção, prevenção, trabalho em equipe, intersetorialidade, interdisciplinaridade e humanização),

principalmente porque possuem nível de formação além do preconizado na originalidade do programa, isto é, nível fundamental, enquanto que o observado nas ESF de Presidente Prudente, prevalece o Ensino Médio, entremeado por alguns do Ensino Superior, dedutivamente, ostentando um melhor potencial de aprendizagem a ser explorado em benefício da população adstrita das ESF.

Visando estabelecer um paralelo dedutivo entre o tempo de trabalho e a possibilidade de melhor desempenho de suas funções, foi encontrado (1.<sup>a</sup> Parte – Identificação) que a maioria dos agentes, 45 (77,96%), está em serviço em tempo variável entre 7 a 9 meses, e entre os restantes, foi observado 2 agentes (3,39%) com 3 anos e 02 (3,39%) com 8 anos de exercício junto ao programa e os demais enquadram-se em tempos de serviço variáveis.

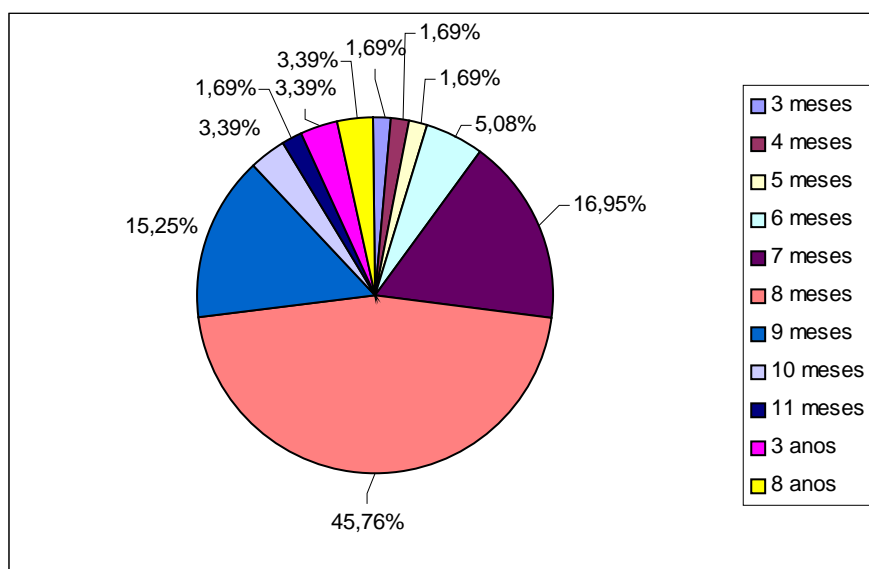


Figura 3 - Tempo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no município de Presidente Prudente-SP

Fonte: Dados obtidos pelo autor

#### 4.1 Caracterização do ACS de Presidente Prudente

Na análise desse segmento constata-se que se trata de profissionais relativamente jovens e recentemente inseridos no programa, o que, de certa forma, considerando a complexidade das suas funções, acredita-se ser melhor treinar



aquele que não ostenta, na sua práxis, vícios e deformidades provindos de outras práticas que não ESF.

O título deste estudo sugeriu a observação da formação do ACS para desempenhar atividades educativo/preventivas em saúde bucal. Qualquer estratégia que o profissional faz precisa ser avaliada e analisada e o “Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde”, com 1.200 horas, vinculado a uma Unidade Escolar do Ensino Médio, assegurando o tramite legal pelo Ministério da Educação também precisa. Nesse sentido, o único acesso a esta formação é feito pelos Centros Formadores de Pessoal para a Saúde, mantido pelo Centro Estadual de Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CEDRHU), que são instituições de educação profissional de nível básico e técnico, de acordo com os artigos 39 e 40 da Lei Complementar n.º 791/95.

Com a intenção de observar a formação dos Agentes, foi encontrado (1.ª Parte – Identificação) que 54 (91,53%) dos 59 agentes que compuseram o universo da pesquisa, não possuem formação por meio de curso regular, no caso, o CEFOR – Assis - SP (Centro de Formação para o SUS) e apenas 02 (3,36%) foram formados por esta Instituição em épocas passadas. Neste quesito, 03 agentes (5,08%) não responderam o que foi solicitado.

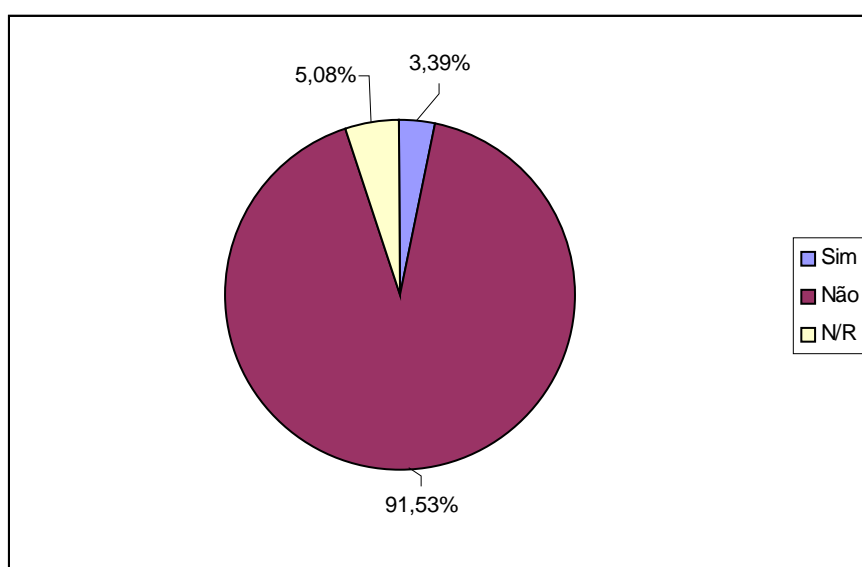


Figura 4 - Agentes Comunitários de Saúde no município de Presidente Prudente-SP formados por meio do CEFOR-Assis (Centro de Formação para o SUS - Assis-SP)

Fonte: Dados obtidos pelo autor

Entende-se que haja falta de providências nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) no sentido de ofertarem meios de participação dos Agentes Comunitários de Saúde em cursos técnicos, o que favoreceria maiores e melhores conhecimentos sobre Saúde Bucal com adoção de conteúdo programático adequado e específico para esse fim.

Em contrapartida, a não formação regular, a participação no Programa Introdutório foi notadamente maciça (1ª Parte – Identificação), pois os 59 agentes (100,0%) passaram pelo treinamento, e 50 (84,7%) responderam tê-lo concluído neste ano de 2008, apenas 01 (1,69%) o concluiu no ano de 2006 e 01 (1,69%) respondeu não se lembrar o ano de conclusão.

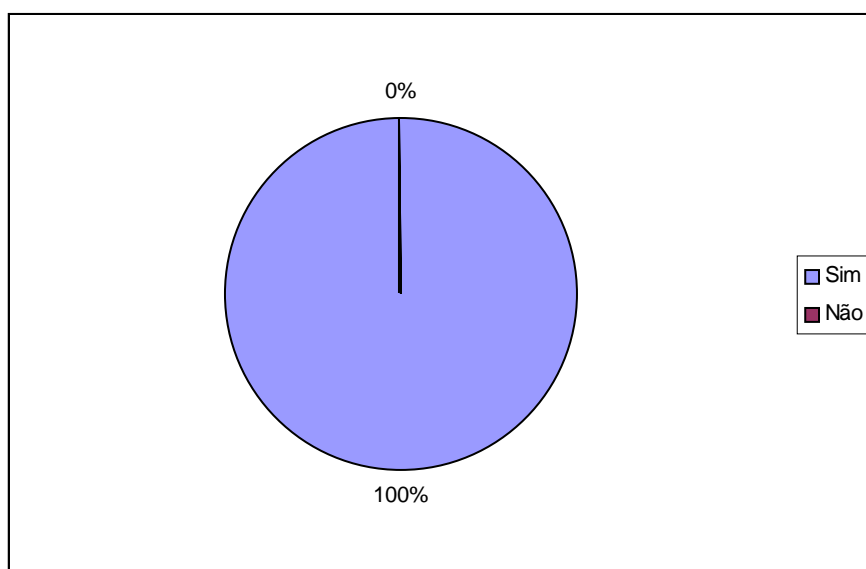


Figura 5 - Participação dos Agentes Comunitários de Saúde no município de Presidente Prudente-SP no Programa Introdutório ao PSF.

Fonte: Dados obtidos pelo autor

Todos receberam, embora de maneira rápida, um treinamento denominado Introdutório, com 40 horas, em 5 encontros, com vistas a serem inseridos no serviço de maneira menos impactante, qual seria se isso não houvesse ocorrido.

O referido Programa Introdutório foi ofertado no período de setembro a novembro de 2008, perfazendo um total de 40 horas e distribuído em 5 encontros, ocasião em que esses profissionais tiveram os primeiros contatos com os

conhecimentos específicos sobre o ESF, porém, do seu conteúdo programático, não faz parte o específico de Saúde Bucal.

Questionados sobre a suficiência ou não do conteúdo do Programa Introdutório sobre Saúde Bucal como suporte técnico para o desenvolvimento de ações educativo-preventivas no dia a dia do trabalho junto das famílias, observou-se que 50 (84,75%) afirmaram ter sido insuficiente, 4 (6,78%) que foi suficiente, 4 (6,78%) não souberam responder e 01 (1,69%) afirmou não se lembrar do conteúdo ministrado.

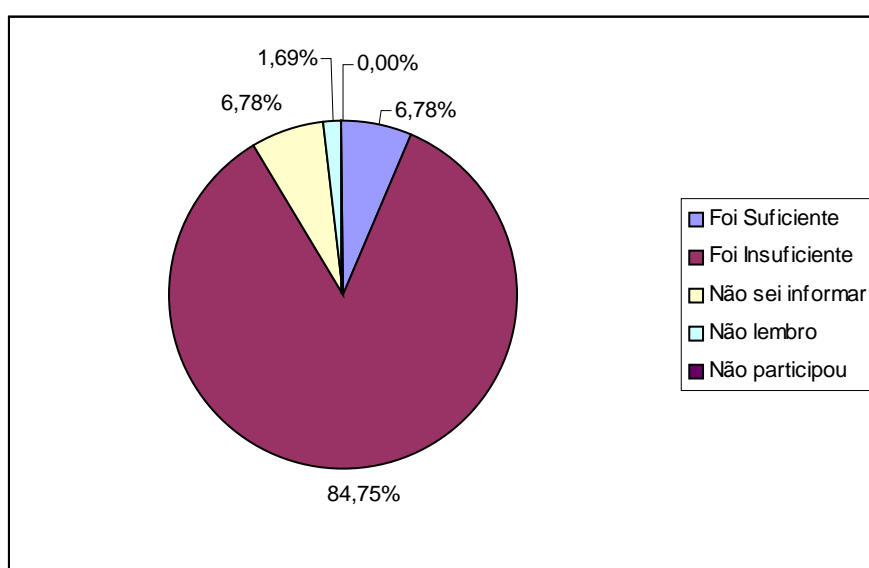


Figura 6 - Avaliação do conteúdo do Programa Introdutório ministrado para os Agentes Comunitários de Saúde no município de Presidente Prudente-SP

Fonte: Dados obtidos pelo autor

Entende-se que há carência de Programas de Educação Continuada e de Educação Permanente que se tornem fonte de fomentos constantes voltados para a saúde bucal.

O tempo decorrido entre o término do Programa Introdutório e o início das entrevistas com os sujeitos envolvidos foi de aproximadamente 15 dias, o que revela ser este pouco para justificar que um dos entrevistados (1,69%) respondeu não se lembrar do conteúdo pressupostamente apreendido naquele treinamento. Pode ser que a referida resposta tenha acontecido como uma maneira evasiva de se livrar frente ao fato de ter que optar por uma das outras alternativas que, no olhar do interpelado, poderiam comprometê-lo na sua liberalidade profissional.

Acredita-se não ser errado deduzir que os 04 agentes (6,78%) que não souberam informar talvez também não tenham se lembrado do conteúdo programático do curso Introdutório mas, o fato causou certa estranheza ao pesquisador que resolveu não se aprofundar na questão.

Na abordagem sobre suas participações ou não em Projetos de Educação Continuada, Educação Permanente, Reciclagem ou Atualização Profissional, (1.<sup>a</sup> Parte – Identificação) 45 (76,27%) afirmaram ter participado, contrapondo os 13 (22,03%) que responderam nunca terem participado e 01 (1,69%) não respondeu.

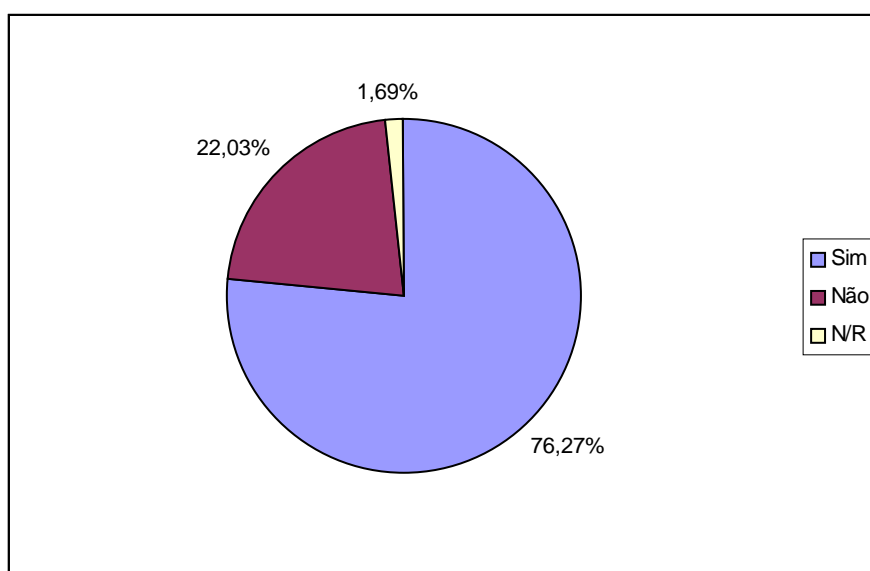


Figura 7 - Participação dos Agentes Comunitários de Saúde no município de Presidente Prudente em projetos de Educação Permanente, Educação Continuada e outros.

Fonte: Dados obtidos pelo autor

Sabe-se que nos conteúdos dessas atividades nada constou programaticamente sobre saúde bucal, pois os eventos foram da iniciativa de outros programas, tais como Cardiopatias e Hipertensão e Saúde da Mulher. Isso corrobora com o entendimento de que há ausência de Programas de Educação Continuada e de Educação Permanente que se tornem fonte de fomentos constantes voltados para a saúde bucal.

Neste mesmo enfoque, pretendendo recolher informações quanto à quantificação de tais participações, foi encontrado que a maioria, 26 (57,78%),

participou em mais de três atividades, 08 (17,78%) em duas atividades, 06 (13,33%) em apenas uma atividade e 05 (11,11%) tiveram participação em três atividades, porém, no diálogo mantido com os sujeitos, ficou claro que em nenhuma dessas atividades foi abordado conteúdo sobre Saúde Bucal.

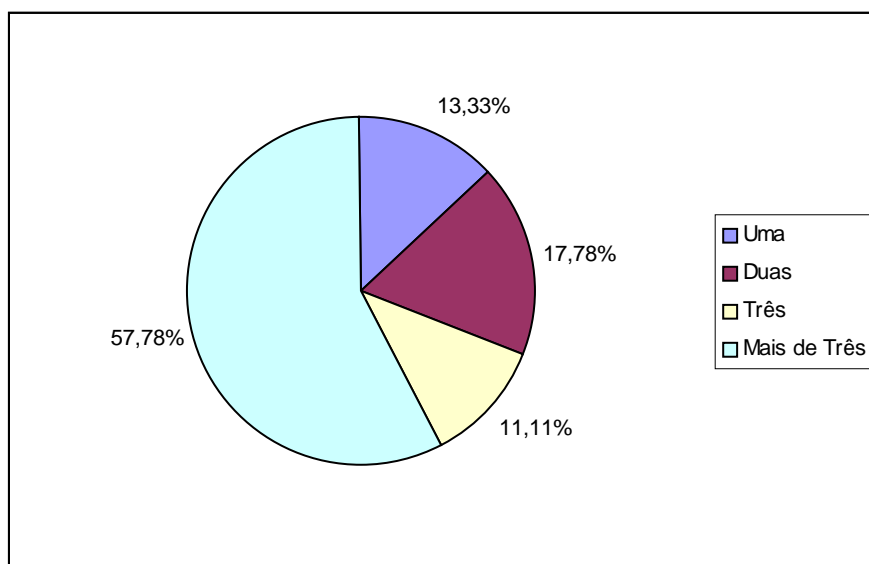


Figura 8 - Frequência de participação dos Agentes Comunitários de Saúde no município de Presidente Prudente-SP em projetos de Educação Permanente, Educação Continuada e outros.

Fonte: Dados obtidos pelo autor

Carvalho e Santos (1992, apud ARAÚJO; ZILBOVICIUS, 2008, p. 278) afirmam que, por melhor estruturado que venha a ser o SUS, “este não funcionará a contento e os ideais nele traduzidos estarão fadados ao fracasso se não dispuser de recursos humanos qualificados”.

É lamentável que hoje, esta forma de redação tenha que, necessariamente, ser expressa de forma pragmática, pois a “roda mostra-se emperrada”. Os Polos de Educação Permanente em Saúde não tiveram a decolagem esperada e necessária para operacionalizar seus propósitos e objetivos. Quem sabe, assim como tudo na saúde, demanda longo tempo para o amadurecimento e aplicação, os Polos não sejam ideologicamente para o agora e sim para um futuro talvez mais caótico e complicado.

Adentrando a segunda parte do questionário e ainda visando explorar a questão da formação dos sujeitos, com o intento de sondar se receberam

ou não capacitação para atuar como Agentes Comunitários de Saúde, (2.<sup>a</sup> Parte – Questão 1) dos 59 envolvidos, 53 (89,83%) afirmaram ter recebido capacitação e 06 (10,17%) afirmaram não tê-la recebido. O ponto de estranheza nisso é que todos, sem exceção, passaram pelo Programa Introdutório e isso nos fez deduzir que: ou não entenderam o cerne da questão ou então, o que seria pior, não souberam o que é capacitação em saúde.

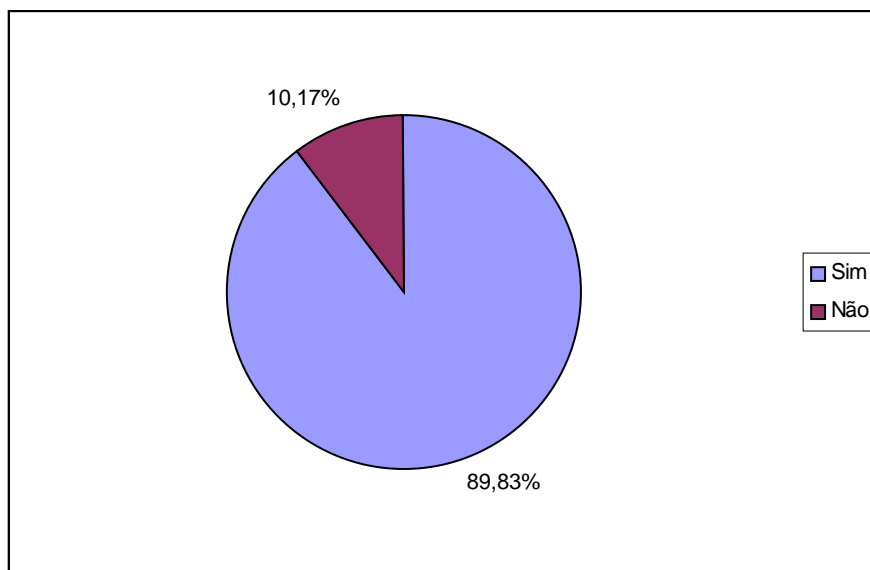


Figura 9 - Participação dos Agentes Comunitários de Saúde no município de Presidente Prudente-SP em algum tipo de capacitação para o trabalho.

Fonte: Dados obtidos pelo autor

Considerando o Guia Prático do Programa de Saúde da Família, Brasil (2001, p. 74) tem-se, nas atribuições gerais da ESF, “compartilhar conhecimentos e informações para o desenvolvimento do trabalho em equipe” e em atribuições específicas do Cirurgião-Dentista encontra-se a de “capacitar as equipes de saúde da família no que se refere as ações educativa e preventivas em saúde bucal”.

Espera-se do ACS, que intervenha no processo saúde/doença, orientando a população adscrita sobre como proceder para evitar o acometimento da cárie, da doença periodontal, do câncer bucal; que participe ativamente das ações de prevenção ministrando palestras para grupos de pessoas institucionalizadas ou não nas suas diferentes faixas etárias; proceda o hetero

controle da água de abastecimento público, principalmente no que concerne aos níveis diários de flúor e que colabore na realização dos bochechos fluorados nos espaços sociais do seu município. A fim de se obter informações sobre a dinâmica dessas atribuições, foi encontrado (2.<sup>a</sup> Parte – Questão 3) que 35 agentes (59,32%) afirmaram não terem recebido informações providas do Cirurgião-Dentista da Equipe, contrapondo os 23 (38,98%) que afirmaram ter recebido conhecimentos sobre “doenças da boca” e apenas 01 (1,69%) não respondeu esse quesito.

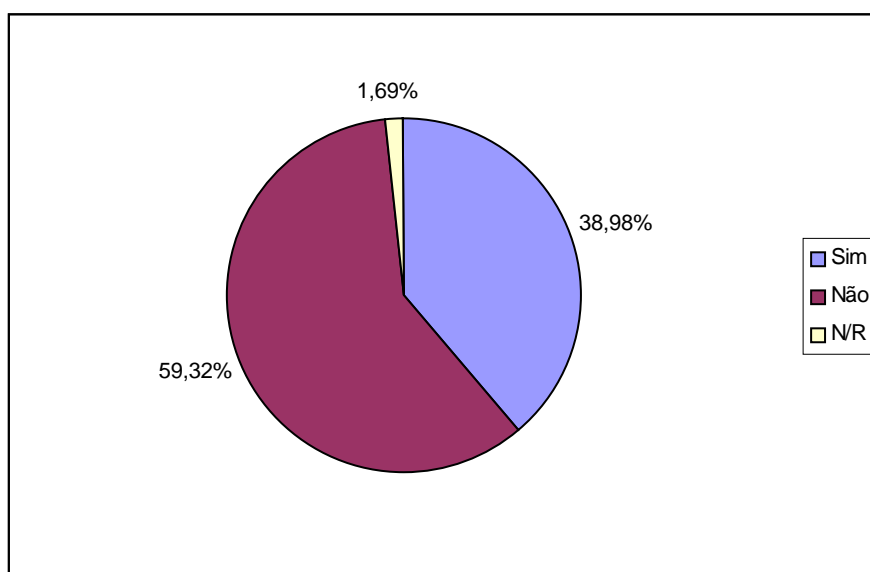


Figura 10 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde no município de Presidente Prudente-SP quanto a terem recebido informações do Cirurgião-Dentista durante reuniões programáticas do PSF.

Fonte: Dados obtidos pelo autor

Observa-se que alguns Cirurgiões-Dentistas, por despreparo, ou por omissão, não têm desenvolvido as atribuições gerais e específicas contidas no Guia Prático do Programa de Saúde da Família, quanto a partilhar informações com toda a equipe, de um modo mais amplo, e com os Agentes Comunitários de Saúde, de maneira mais objetiva, visando propiciar-lhes melhores e maiores condições de desenvolvimento de suas ações, principalmente as de cunho educativo/preventivas em saúde bucal.

Mediante tal situação que comprova, em parte, que existem, em pleno exercício, profissionais despreparados e, portanto, com o perfil desajustado para a

prática na Estratégia de Saúde da Família. Encontra-se em Morita et al. (2008, p. 271) que...

A implantação da ESF e, sobretudo, a inserção da saúde bucal nesta estratégia, exige uma preparação mais ampla do profissional para que a atuação no território seja realmente efetiva e resolutive. [...] A competência Educação Permanente assume a obsolescência do conhecimento e deixa transparecer que a graduação em odontologia não é um processo terminal, mas representa apenas o início do aprendizado profissional, que deverá seguir o egresso por toda a sua vida.

Ainda consonante com essa forma de ver a formação do profissional Cirurgião-Dentista, Morita et al. (2008, p. 272) expressa o ponto de vista de que a formação nos serviços públicos de odontologia encontra-se desvalorizada por parte das grades curriculares montadas para o modelo de formação tradicional e isso ocorre, segundo a autora, sob o pretexto de que os ambientes dos serviços públicos mostram-se insuficientes para o preparo adequado dos profissionais e conclui que

[...] profissionais de saúde altamente competentes serão os que além de responder a demanda da capacidade e habilidade técnica, sejam capazes de produzir níveis crescentes de saúde da população.

Araujo e Zilbovicius (2008, p.278), referindo-se à questão do processo formador dos cirurgiões-dentistas para o serviço público alertam que é necessário assumir que não se pode esperar uma transformação espontânea das instituições acadêmicas na direção assinalada pelo SUS, e também consideram o papel indutor do SUS agindo de tal forma que possibilite maior e melhor direcionalidade no processo de ajuste das unidades formadoras ao longo do tempo. Nesse sentido, o relatório final do Encontro de Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos (ENATESPO, 2002, apud MORITA; HADDAD, 2008, p. 269) destacou que: “a realidade nos serviços de saúde mostra profissionais formados sem habilidades para o setor público”.

Tal afirmativa, de acordo com os dados encontrados neste trabalho de pesquisa, o cirurgião-dentista não repassa informações para os demais membros da ESF, talvez não por falta de preparo técnico-científico mas, sim por despreparo ou desconhecimentos de técnicas pedagógicas a serem utilizadas para o



desenvolvimento de momentos informativos nos quais ocorram as trocas de saberes entre os componentes da equipe.

Visando ao aprofundamento de informações sobre as condições de atuar na educação e prevenção em Saúde Bucal (2.<sup>a</sup> Parte – Questão 4), foi perguntado se o agente sabia o que é cárie dentária e 51 deles (86,44%) afirmaram que sim e 08 (13,56%) afirmaram que não sabiam.

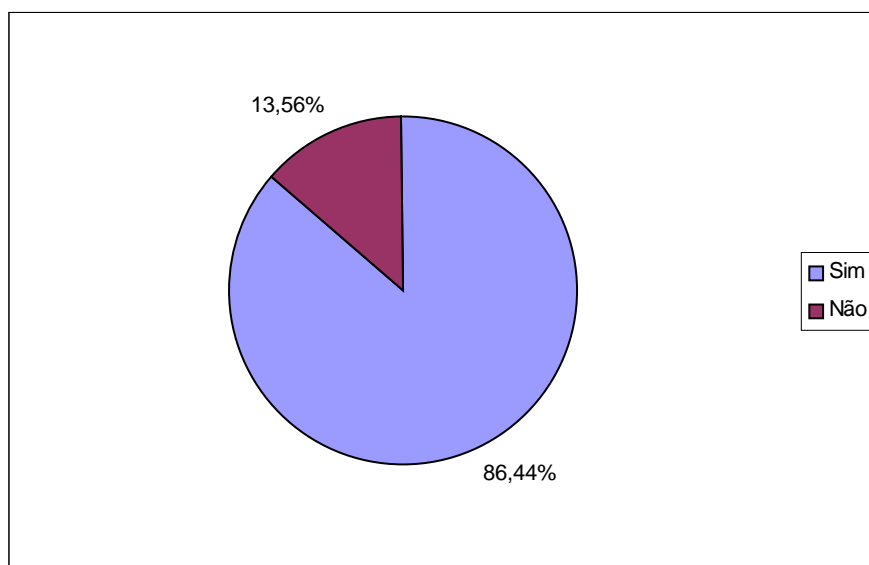


Figura 11 - Percentual de Agentes Comunitários de Saúde no município de Presidente Prudente-SP quanto a saber ou não o que é cárie dentária e quais os meios de preveni-la junto às famílias.

Fonte: Dados obtidos pelo autor

Vale ressaltar que 08 (13,55%) sujeitos afirmaram não saber o que é cárie dentária, muito menos sobre quais os meios de preveni-la junto às famílias, constituindo um grupo de profissionais de quem, em termos de atribuições em saúde bucal, não se pode esperar que realizem de maneira adequada e eficiente as suas atribuições. Poder-se-ia esperar, desses sujeitos, respostas positivas fundamentadas no saber empírico de cada um, independentemente do nível de escolaridade.

Buscando traçar um paralelo entre não saber o que é cárie dentária e os meios de preveni-la junto às famílias e o grau de escolaridade dos 08 ACS, encontrou-se que 02 (25,00%) têm nível superior incompleto; 01 (12,5%) tem nível

superior completo; 04 (50,0%) têm nível médio completo e 01 (12,5%) tem ensino técnico profissionalizante. Com base nesses índices, supõe-se que o nível de escolaridade não tem correlação com o conhecimento específico em saúde bucal apresentado pelos sujeitos envolvidos. Esta observação transforma-se em dura realidade em parte da população brasileira, denunciando as lacunas de aprendizado desde a pré-escola, perpassando pelo ensino fundamental, o ensino médio e culminando no ensino superior, fato este de relevada importância porque as novas gerações dependem de pais e professores preparados para dar sequência ao processo de formação e informação em saúde.

Chaves (2005, p. 30), referindo-se à importância das equipes da ESF, comenta que as mesmas

[...] devem ter uma participação ativa nas melhoras das condições de saúde da população. Os membros da mesma devem percorrer as casas das pessoas, conhecer a realidade de cada família, dar orientações, tomar providências, para evitarem que a doença ocorra e oferecerem assistência curativa aos casos em que a doença já se instalou. [...] Espera-se que, nesse modelo, a população se sinta mais valorizada, confie nos profissionais, melhore seus hábitos de higiene e cuidados com o ambiente.

Buscando o enquadramento desses aspectos nas ações de saúde bucal, perguntou-se aos sujeitos envolvidos no estudo (2.<sup>a</sup> Parte – Questão 5) se trabalham com pessoas portadoras de necessidades especiais e, em resposta, observou-se que 53 (89,83%) responderam que sim; 04 (6,78%) que não e 02 (3,39%) não responderam. Na referência de quais necessidades são trabalhadas, obteve-se o que se segue: Hipertensos (34 escores); Diabéticos (29 escores); Cardiopatas (01 escore); Aidético (01 escore); Tuberculosos (04 escores); Hansenianos (02 escores); Crianças (02 escores); Portador de Malária (01 escore); Deficientes Físicos (16 escores); Deficientes Mentais (15 escores); Gestantes (08 escores); Acamados (06 escores); Alcoólatras (04 escores); Idosos (01 escore); Depressivo (01 escore); Portador de Alzheimer (01 escore); Tetraplégico (01 escore); Portadores de Síndrome de Down (03 escores); Esclerose Múltipla (01 escore) e Epilético (01 escore). Evidenciou-se que 04 (6,78%) não responderam a esse quesito.

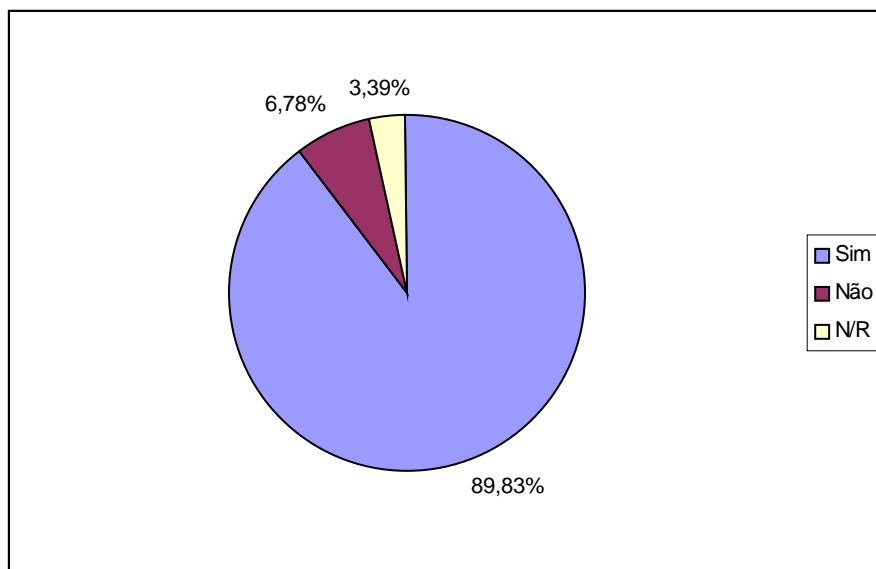


Figura 12 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde no município de Presidente Prudente-SP quanto ao trabalho com Pacientes com Necessidades Especiais.

Fonte: Dados obtidos pelo autor

Entende-se que quanto maior a população de pacientes com necessidades especiais maior deverá ser o nível de conhecimentos, inclusive o de saúde bucal, considerando que esses pacientes, em sua maioria, são alvo de medicamentos que podem provocar direta ou indiretamente, alterações bucais das mais simples às mais complexas; além disso, podem ser encontrados aqueles cujo estado de saúde os faz se tornarem dependentes de um cuidador – que esteja no seio familiar ou até mesmo de auxiliares de enfermagem e de fisioterapeutas contratados para este fim, quer estejam os idosos institucionalizados ou não.

Reportando-se à questão do processo de envelhecimento, Koch Filho e Bisinelli, (2008, p. 238), considerando os sentidos da última década, concluíram em estudo projetivo que:

[...] o país contava com 1,7 milhão de idosos sendo que este número era relativo a 4% do total da população. Em 1991, o contingente idoso era de 10,7 milhões de pessoas, o equivalente a 7,3% da população (IBGE,2002). No ano 2003 o percentual de idosos (16,7 milhões) na população chegou a 9,6% (IBGE, 2005). A cada ano incorporam-se à população brasileira cerca de 600 mil idosos (BRASIL, 2006). Para o ano de 2020, espera-se que o contingente de idosos esteja em torno de 25 milhões de pessoas, o equivalente a 11,4% da população brasileira (IBGE, 2004).

Segundo Saliba et al. (1999) e Silva (2005), neste mesmo sentido de análise projeta-se que, em 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em população idosa, com cerca de 30 milhões de idosos, o equivalente a 15% da população total.

Trabalhar com pacientes com necessidades especiais nas diversas faixas etárias de prevalência das doenças e nos seus mais variados acometimentos (portadores de deficiência física, deficiência mental, cardiopatas, diabéticos, gestantes); assim como os portadores de síndromes (Down, X Frágil); os oncológicos, em estado terminal ou não; incluindo-se neste agrupamento como referência de trabalho, os dependentes químicos (drogaditos, alcoólatras e tabagistas); entende-se ser necessário conhecimentos muito mais extensivos (psicologia, primeiros socorros) e que ultrapassam a simplicidade de uma visita familiar.

Neste aspecto, há de se evidenciar o papel que as autoridades e os agentes de saúde possuem no que se refere à educação, comunicação e cuidados pertinentes à reestruturação do ambiente familiar. Familiares e cuidadores devem ser informados e orientados tanto para executar procedimentos básicos de prevenção de doenças, como para saber reconhecer transtornos de saúde que venham a afetar o idoso dependente e a quem solicitar auxílio. (KOCH FILHO; BISSINELLI, 2008, p. 242).

Objetivando a percepção das condições de educação e prevenção em saúde bucal, foi perguntado se os sujeitos participam de Programa Educativo/Preventivo em Saúde Bucal desenvolvido nas suas equipes e de que forma se dá essa participação. (2.a Parte – Questão 6) encontrou-se que 21 (35,59%) afirmaram participar de programa; 37 (62,71%) não participam e 01 (1,69%) não respondeu.

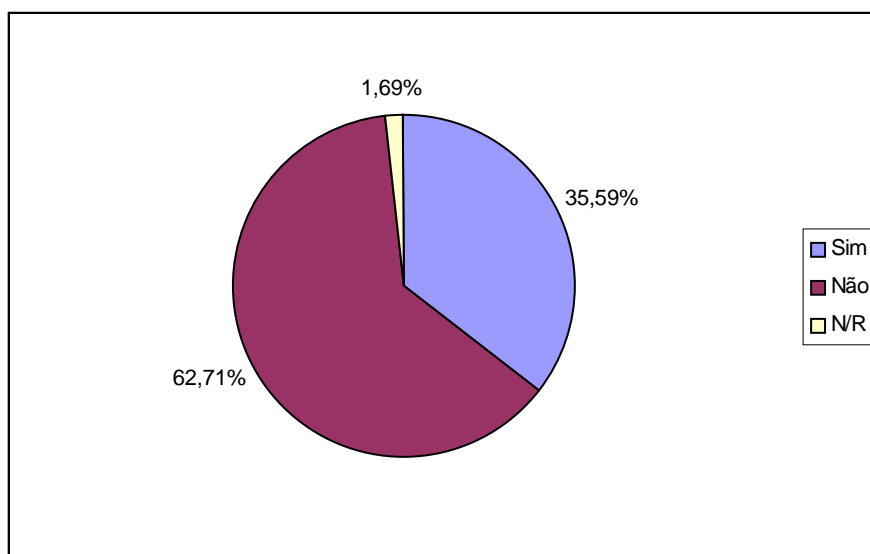


Figura 13 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde no município de Presidente Prudente-SP quanto à participação em Programa Educativo na ESF

Fonte: Dados obtidos pelo autor

Levando-se em conta que dentre as atribuições do Agente Comunitário de Saúde Brasil (2001) encontra-se a de desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças, deve fazer parte dessas ações de educação a realização de orientações sobre higiene e fisioterapia bucal – palestras proferidas nos espaços sociais do território adstrito da ESF com abordagem sobre o uso racional do flúor cujo favorecimento pode ser pela água de abastecimento público (endógeno) ou tópico (bochechos fluorados) – e sobre a importância da dieta alimentar controlada quanto a carboidratos e a boa nutrição. Ainda em relação à vigilância em saúde, com especificidade na Saúde Bucal, entende-se que o ACS possa participar do heterocontrole da água, intervindo junto à vigilância sanitária sempre que forem observadas irregularidades na dosagem do íon flúor na água consumida pela população.

Cabe aqui salientar que, para a realização de algumas dessas atividades, o Agente Comunitário de Saúde deve contar com a parceria da equipe de saúde bucal, o que parece não ocorrer na dinâmica de algumas equipes da ESF.

No Quadro 1, encontram-se as respostas obtidas a respeito de como, no entendimento deles, podem participar das ações de educação/prevenção em saúde bucal e, na Tabela 1, as maneiras de participação, já classificadas em

categorias e agrupadas conforme o que se segue: 1. Orientações por meio de palestras; 2. Orientações nas reuniões das famílias com a equipe; 3. Orientações quando das visitas domiciliares.

Quadro 1 - Respostas dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Presidente Prudente - SP quanto à participação ativa em Programa Educativo na ESF

<b>Respostas obtidas</b>
<i>atividades das reuniões pela Dentista quanto à comunidade,</i>
<i>Palestras</i>
<i>orientando as pessoas a procurarem o dentista antes de chegar a um caso mais grave como canal e sempre manter uma escovação correta</i>
<i>por meio de palestras educativas administradas em trabalho de grupo</i>
<i>reunião com a população</i>
<i>fazendo busca ativa e procurando trazê-los ao PSF</i>
<i>palestras. A doutora da equipe nos orienta sobre seu trabalho e o nosso</i>
<i>nas visitas domiciliares informando sobre escovação e vendo as necessidades de cada paciente – a presença da dentista em visitas domiciliares</i>
<i>orientando durante a visita domiciliar</i>
<i>nas visitas domiciliares com a dentista do ESF; num evento na escola com apresentação de teatro de fantoches para crianças; sob orientação</i>
<i>acompanhando a Dra. Marcela nas visitas domiciliares de orientação à saúde bucal.</i>
<i>acompanhando a Dra. Marcela nas casas orientando as famílias quanto à escovação</i>
<i>com busca ativa, palestras, ao perceber as necessidades nessa área, encaminho à dentista e oriento a população a visitar a dentista a cada 6 meses</i>
<i>reuniões com a cirurgiã-dentista, visita domiciliar com a cirurgiã-dentista</i>
<i>trabalho de grupo e visitas domiciliares</i>
<i>na orientação às famílias em visitas domiciliares</i>
<i>orientando as famílias</i>
<i>informando a importância da escovação correta e uso do fio dental</i>
<i>quando tem palestra de orientação sobre o assunto, ouvindo as informações e disseminando nas visitas domiciliares.</i>

Na sequência, visando trabalhar melhor com as respostas obtidas, as ações desenvolvidas pelos ACS, foram classificadas em categorias e agrupadas conforme o que se segue: 1. Orientações por meio de palestras; 2. Orientações nas reuniões das famílias com a equipe; 3. Orientações quando das visitas domiciliares. Para chegar ao agrupamento em categoria, segundo o que é preconizado em

Franco (2003, p. 63-65), levou-se em conta a experiência do pesquisador na educação e prevenção em saúde bucal na atenção básica dos serviços de saúde.

Tabela 1. Distribuição das formas com que os Agentes Comunitários de Saúde do Município de Presidente Prudente-SP participam de Programa Educativo/Preventivo na ESF.

Formas de participação	ACS	N.º	%
<b>1. Orientações por meio de palestras</b> * palestras. * por meio de palestras educativas administradas em trabalho em grupo. * palestras. A doutora da equipe nos orienta sobre seu trabalho e o nosso.		03	15
<b>2. Orientações nas reuniões das famílias com a equipe</b> * atividade das reuniões pela dentista quando da comunidade convidando e esclarecendo dúvidas dos pacientes de nossa área. * reunião com a população. * reuniões com a cirurgiã-dentista, visita domiciliar com a cirurgiã-dentista. * informando a importância da escovação correta e uso do fio dental. * quando tem palestra de orientação sobre o assunto, ouvindo as informações e disseminando nas visitas domiciliares.		05	26
<b>3. Orientações quando das visitas domiciliares</b> * orientando as pessoas a procurarem o dentista antes de chegar a um caso mais grave como canal e sempre manter uma escovação correta. * fazendo busca ativa e procurando trazê-los ao PSF. * nas visitas domiciliares informando sobre escovação e vendo as necessidades de cada paciente – a presença da dentista em visitas domiciliares. * orientando durante a visita domiciliar. * nas visitas domiciliares com a dentista do ESF; num evento na escola com apresentação de teatro de fantoches para crianças; sob orientação. * acompanhando a Dra. Marcela nas visitas domiciliares de orientação à saúde bucal. * acompanhando a Dra. Marcela nas casas orientando as famílias quanto a escovação. * com busca ativa, palestras, ao perceber as necessidades nessa área, encaminhando ao dentista e orientando a população a visitar o dentista a cada 6 meses. * trabalho de grupo e visitas domiciliares. * na orientação às famílias em visitas domiciliares. * orientando as famílias.		11	58

Obs.: as porcentagens foram calculadas a partir do total de respostas dadas e não a partir do número de Agentes Comunitários de Saúde.

Conforme é percebido na Tabela 1, na maioria das respostas (58%) dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Presidente Prudente-SP, estes afirmam desenvolver orientações sobre saúde bucal quando das visitas domiciliares

e isso é muito positivo no processo de avaliação qualitativa desta pesquisa, uma vez que entende-se que é na intimidade da família que são detectadas as necessidades de orientações, pois, para isso, deve ser considerada a classificação da família quanto aos critérios de risco da cárie dentária e doenças periodontais, assim como perceber a necessidade de o uso de próteses por parte dos seus integrantes.

De acordo com as atribuições específicas tanto do Cirurgião-Dentista quanto do Auxiliar de Consultório Dentário e também do Agente Comunitário de Saúde, espera-se que, nas reuniões ocasionais que são feitas com a comunidade, sejam também realizadas orientações sobre os princípios básicos de educação e sobre a prevenção em saúde bucal, pois a equipe não pode desperdiçar ocasiões para tanto, e apenas 26% dos ACS afirmam que essa atividade é realizada.

Outro aspecto de denotada importância no cenário de atividades educativo/preventivas em Saúde Bucal refere-se à realização de palestras quer para grupos de Pacientes com Necessidades Especiais (cardiopatas, hipertensos, diabéticos, idosos, deficientes físicos, auditivos, etc...) quer para grupos de crianças escolares que se apresentam em espaços sociais fechados (creches, ensino fundamental, ensino médio, etc...) quando então o trabalho educativo/orientador se torna mais específico e objetivo. É nesse tipo de atividade que apenas 15% dos Agentes afirmam ter participação e é lamentável perder a oportunidade de atuar, de forma criteriosa e programática, envolvendo outros segmentos da educação (professores, diretores e outros funcionários).

Aproveitando a continuidade do pensamento educativo/preventivo empreendido no questionário, (2.<sup>a</sup> Parte – Questão 7), foi perguntado aos sujeitos se dispunham de recursos audiovisuais para desenvolver suas ações de saúde bucal junto às famílias quando da visita domiciliar, assim, apenas 06 agentes (10,17%) relataram dispor de recursos audiovisuais, enquanto 53 (89,83%) não dispunham desse recurso.



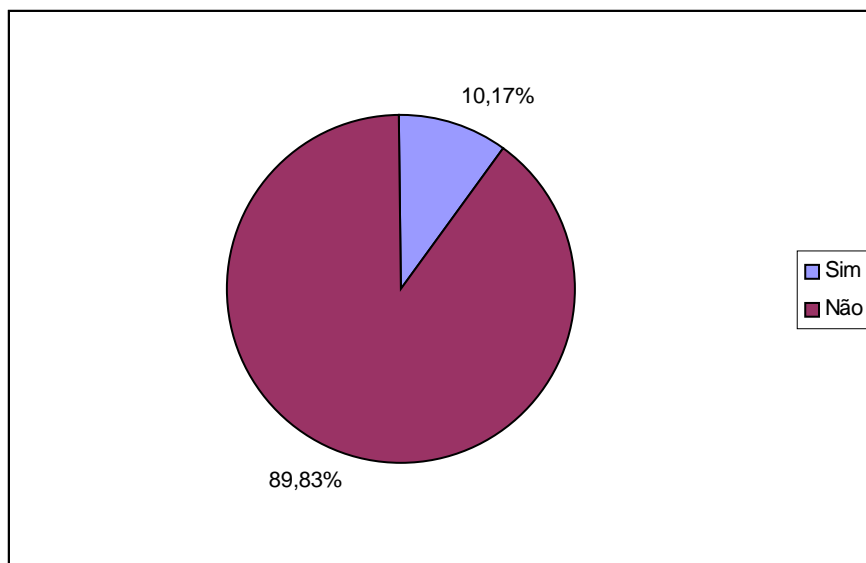


Figura 14 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde no município de Presidente Prudente-SP quanto a disporem de Recursos Audiovisuais para suas tarefas.

Fonte: Dados obtidos pelo autor

Considerando as respostas dos Agentes Comunitários de Saúde sobre quais os recursos audiovisuais dispunham para a realização de suas tarefas/atividades, foi construído o Quadro 2 que se segue:

Quadro 2 – Transcrição das respostas dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Presidente Prudente-SP sobre quais recursos audiovisuais dispunham para realizar suas tarefas de educação/prevenção na ESF

<b>Respostas obtidas</b>
<i>Banners e folders</i>
<i>Banners, material de higiene bucal, doenças e outros</i>
Distribuição de escovas e panfletos quando dos trabalhos de grupo e a presença do dentista explicando e ensinando inclusive com material audiovisual
Fotos e folhetos
Orientando sobre a prevenção em saúde bucal nos aspectos compatíveis às patologias odontológicas

Diante da quantidade de respostas encontradas e considerando a escassa informação sobre os recursos que podem ser utilizados, acredita-se que os

Agentes se encontram, na realidade, diante de uma grande problemática, ou seja, ter que orientar sem ter com o quê nem como fazê-lo.

Sabe-se que, da parte dos órgãos públicos estadual e federal, pouco ou quase nada é repassado, no tocante a recursos audiovisuais que possam ser utilizados pelas ESF. Entende-se, porém, que seja do “bem-realizar” de cada um dos membros das equipes, especialmente do Cirurgião-Dentista, do Auxiliar de Consultório Dentário e dos Agentes Comunitários de Saúde, a responsabilidade de, no uso de suas capacidades de criar e improvisar, elaborar tais recursos para tornar seu trabalho mais eficaz e efetivo perante a difícil tarefa de transmitir informações sobre algo tão complexo como a Saúde Bucal.

Ainda explorando o eixo de ações educativo/preventivas (2ª Parte – Questão 8) foi perguntado se os Agentes Comunitários de Saúde encontravam-se preparados para desenvolver todas as ações educativo/preventivas em saúde bucal junto das famílias da sua área adstrita e também foi solicitado que citassem quais conhecimentos lhes faltavam que, uma vez estudados, lhes trariam maior facilidade de desenvolver suas ações de saúde bucal junto às famílias: apenas 06 deles (10,17%) afirmaram que sim, enquanto 48 (81,36%) responderam que não se encontravam preparados para isso e 5 (8,47%) nada responderam.

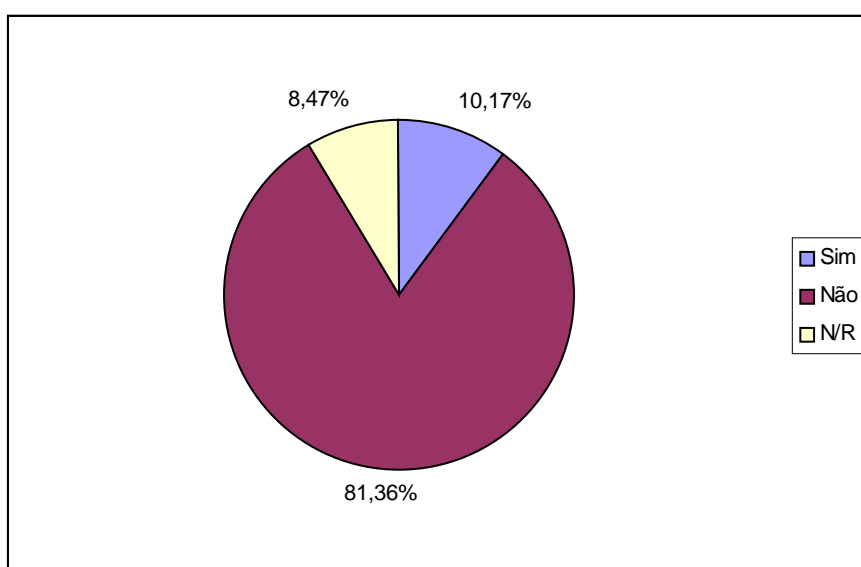


Figura 15 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde no município de Presidente Prudente-SP quanto ao preparo para todas as ações de Educação/Prevenção na ESF

Fonte: Dados obtidos pelo autor

Encontra-se implícito no rol de conhecimentos que existe nos agentes, com vistas a desenvolverem as ações educativo/preventivas, uma força de vontade muito forte; uma busca bastante enfática por novos saberes, exemplificando o alto grau de reconhecida consciência como característica dominante quando a maioria afirma não estar preparada para desenvolver essas ações junto à população adstrita, ainda que saibam qual a fase mais indicada para iniciar os cuidados com a saúde bucal.

Conforme descrito por Franco, (2003, p. 51)

[...] a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação seguida de um reagrupamento baseado em analogias, a partir de critérios definidos.

Em continuidade dessa abordagem, Bardin, (1997 apud FRANCO, 2003, p. 51) aponta que:

O critério de categorização pode ser semântico (categorias temáticas: por exemplo, todos os temas que signifiquem ansiedade ficam agrupados na categoria 'ansiedade', enquanto que os que signifiquem a descontração ficam agrupados sob o título conceitual 'descontração'.

Como forma de desenvolver melhor uma avaliação qualitativa abordando “que conhecimentos faltavam aos ACS para melhor desenvolverem as ações educativo/preventivas em saúde bucal” com vistas nos dados encontrados, como meio de inferir, analisar e interpretar os referidos dados, foram construídos os quadros e tabelas que se seguem:

Quadro 3 - Respostas dos ACS sobre quais conhecimentos lhes faltam para desenvolver as ações de educação/prevenção por meio dos PSF do município de Presidente Prudente.

<b>Respostas obtidas</b>
<i>prevenções</i>
<i>conhecer melhor as doenças bucais e como preveni-las</i>
<i>conhecimentos sistemáticos de acordo com a idade do paciente e tipo de doença do paciente que requer maior cuidado com a saúde bucal</i>
<i>o conhecimento que tenho é sobre higiene bucal. Com relação aos demais, falta conhecimento</i>
<i>prevenção, forma de tratamento, tipos de tratamento, de como agir com pacientes resistentes ao tratamento</i>
<i>quanto à saúde bucal, faltam-me todas as informações</i>
<i>reconhecer focos de cárie</i>
<i>um conhecimento melhor do vocabulário usado pelos dentistas, pois alguns deles nos deixam confusos</i>
<i>cálculo, gengivite, exodontias, medicina periodontal</i>
<i>eu necessito de mais compreensão quanto a encaminhar para o pronto atendimento ou para tratamento. Qual o melhor kit a ser usado para a higiene bucal</i>
<i>cuidados com a gengivite</i>
<i>abscesso, periodontia e cáries</i>
<i>tudo sobre saúde bucal, os meios de prevenção principalmente saber mais sobre os cuidados com as crianças</i>
<i>orientação do profissional de saúde por meio de palestras</i>
<i>cuidados com prótese em diabéticos, hipertensos, como trabalhar saúde bucal: gestantes – como evitar (prevenir) problemas bucal – educação com saúde bucal nas crianças</i>
<i>acho que no geral precisamos de dentro da nossa área</i>
<i>faltam mais informações detalhadas e panfletos a serem repassados à comunidade e mais vagas e oportunidades para as pessoas serem atendidas nos postos do PSF. A linguagem com a comunidade tem que ser simples e completa</i>
<i>esclarecimentos sobre as doenças bucais e prevenção das mesmas</i>
<i>maior capacitação na busca ativa de doenças relacionadas à saúde bucal</i>
<i>medicina periodontal, fluoroterapia, exodontia e todos os mencionados na questão 2 da 2.ª parte</i>
<i>cárie, canal, métodos preventivos</i>
<i>eu tenho alguns pacientes com câncer de boca, garganta e outros fatores nesta área</i>
<i>nos dias de hoje qualquer estudo é bom pois passaremos a ter algumas informações muito necessárias nos dia de hoje</i>
<i>conhecimentos mais específicos para cada tipo de problema ou ação requerida</i>
<i>um curso específico de prevenção à saúde bucal que fale sobre todas as doenças</i>
<i>estudos aprofundados sobre o tratamento e prevenção de algumas doenças como bruxismo, gengivite, etc.</i>

<i>conhecer mais sobre a cárie e tratamento da mesma</i>
<i>tivemos apenas uma palestra relacionada a saúde bucal, pouca informação, realizada por uma professora da Unoeste e alguns alunos</i>
<i>orientações, palestras e explicações com profissional de odonto e ACS.</i>
<i>gestante, recém-nascidos estes já foram estudados mas sendo necessário uma melhor orientação</i>
<i>faltam maiores explicações sobre os problemas bucais causados pela má que o problema já estiver instalado</i>
<i>pré-visualizar possíveis causas e definir o número e o método eficazes de escovação, identificar doenças causadas por uma má higiene bucal</i>
<i>conhecimentos sobre prevenção de cárie, fluoroterapia, escovação, periodontite</i>
<i>relacionado a saúde bucal, eu sou leigo, o pouco que sei não é muito sólido, então vejo que necessito do básico, pelo menos o necessário para evitar cárie e doenças mais comuns</i>
<i>seria necessário um contato maior com o dentista do PSF já que na nossa unidade falta o profissional para nos orientar</i>
<i>não recebi nenhuma orientação sobre saúde bucal, portanto, precisaria receber informações básicas até mesmo para conhecer pessoalmente sobre o assunto</i>
<i>orientações, palestras</i>
<i>conhecimentos básicos como saúde bucal, higiene, cárie, tártaro, próteses, extração e o que mais a população precisa ser orientada</i>
<i>conhecimentos básicos que, às vezes, o profissional da unidade poderia passar para nós (troca de ideias).</i>
<i>esclarecimento de algumas doenças, de alguns termos, e meios de prevenção e tratamento</i>
<i>atividades preventivas e doenças bucais</i>
<i>conceitos relacionados à saúde bucal, forma prática e efetiva de evitar complicações e doença bucais</i>
<i>conhecer melhor as doenças bucais e a maneira mais prática de orientar</i>
<i>apesar de ter conhecimentos básicos dos procedimentos, para ajudar totalmente as pessoas é mais complicado</i>
<i>conhecimento sobre cárie e outras doenças que podem ser prevenidas</i>
<i>como trata a gengivite, tártaro</i>
<i>câncer bucal (prevenção), prevenção das cáries.</i>
<i>como posso avaliar a higiene bucal do paciente</i>
<i>não sei especificar quais, mas faltam vários</i>
<i>todos</i>
<i>o que é cárie dentária? Como preveni-la. Quais são os tipos de doenças bucais.</i>
<i>não sei explicar</i>
<i>orientações técnicas para esclarecer melhor as dúvidas dos pacientes na área do PSF</i>

Entende-se como desenvolvimento de ações educativo/preventivas em Saúde Bucal todas as que são realizadas indiretamente (criação de material audiovisual – tais como cartazes, álbuns seriados, flanelógrafos, roteiros explicativos sobre prevenção em saúde bucal – e outras que a iniciativa associada à criatividade são capazes de idealizar) e que concorrem, num segundo momento, para comporem as ações diretas incluídas no papel educativo realizado junto a famílias e/ou grupos especiais e até mesmo a indivíduos separadamente (Palestras, Ruas de Laser, Gincanas, Concursos e Competições, etc...) quer com a presença quer não do cirurgião-dentista mas, sim, sob sua orientação.

Tabela 2 - Distribuição por categorias dos conhecimentos que faltam aos ACS para desenvolverem melhor as ações de educação/prevenção em saúde bucal por meio dos PSF no município de Presidente Prudente.

<b>ACS</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
<b>Conhecimentos relatados</b>		
<b>1 Conhecimentos relacionados à ação de Educação:</b> * orientação profissional de saúde por meio de palestras * orientações, palestras e explicações com profissional de odonto e ACS * orientações, palestras * conceitos relacionados à saúde bucal, forma prática e efetiva de evitar complicações e doenças bucais * conhecer melhor as doenças bucais e a maneira mais prática de orientar * como posso avaliar a higiene bucal do paciente * o que é cárie dentária? Como preveni-la. Quais são os tipos de doenças bucais * orientações técnicas para esclarecer melhor as dúvidas dos pacientes na área do PSF	08	15
<b>2. Conhecimentos relacionados à ação de Prevenção</b> * prevenções * conhecer melhor as doenças bucais e como preveni-las * prevenção, forma de tratamento, tipos de tratamento, de como agir com pacientes resistentes ao tratamento * cuidados com a gengivite * esclarecimentos sobre as doenças bucais e prevenção das mesmas * cárie, canal, métodos preventivos * um curso específico de prevenção à saúde bucal que fale sobre todas as doenças * pré-visualizar possíveis causas e definir o número e o método eficazes de escovação, identificar doenças causadas por uma má higiene bucal * conhecimentos sobre a prevenção de cárie, fluoroterapia, escovação e periodontite	13	25

<ul style="list-style-type: none"> <li>* esclarecimento de algumas doenças, de alguns termos, e meios de prevenção e tratamento</li> <li>* atividades preventivas e doenças bucais</li> <li>* conhecimento sobre cárie e outras doenças que podem ser prevenidas</li> <li>* câncer bucal (prevenção), prevenção das cáries</li> </ul>		
<p><b>3. Conhecimentos relacionados aos saberes fundamentais em Saúde Bucal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* conhecimentos sistemáticos de acordo com a idade do paciente e o tipo de doença do paciente que requer maior cuidado com a saúde bucal</li> <li>* o conhecimento que tenho é sobre higiene bucal. Com relação aos demais, falta conhecimentos</li> <li>* quanto à saúde bucal, faltam-me todas as informações</li> <li>* reconhecer focos de cárie</li> <li>* um conhecimento melhor do vocabulário usado pelos dentistas, pois alguns deles nos deixam confusos</li> <li>* cálculo, gengivite, exodontias, medicina periodontal</li> <li>* abscesso, periodontia e cáries</li> <li>* tudo sobre saúde bucal, os meios de prevenção, principalmente, saber mais sobre os cuidados com as crianças</li> <li>* medicina periodontal, fluoroterapia, exodontia e todos os mencionados na questão 2 da 2.ª parte</li> <li>* eu tenho alguns pacientes com câncer de boca, garganta e outros fatores nesta área</li> <li>* nos dias de hoje qualquer estudo é bom, pois passaremos a ter algumas informações muito necessárias nos dias de hoje</li> <li>* conhecimentos mais específicos para cada tipo de problema ou ação requerida</li> <li>* estudos aprofundados sobre o tratamento e prevenção de algumas doenças como bruxismo, gengivite, etc...</li> <li>* conhecer mais sobre a cárie e tratamento da mesma</li> <li>* faltam maiores explicações sobre os problemas bucais causados pela má higiene antes que o problema já estiver instalado</li> <li>* relacionado à saúde bucal, eu sou leigo, o pouco que sei não é muito sólido, então vejo que necessito do básico, pelo menos o necessário para evitar cárie e doenças mais comuns</li> <li>* conhecimentos básicos como saúde bucal, higiene, cárie, tártaro, próteses, extração e o que mais a população precisa ser orientada</li> <li>* conhecimentos básicos que, às vezes, o profissional da unidade poderia passar para nós (troca de ideias)</li> <li>* como trata a gengivite, tártaro</li> <li>* não sei especificar quais, mas faltam vários</li> <li>* todos</li> <li>* não sei explicar</li> <li>* cuidados com prótese em diabéticos, hipertensos, como trabalhar saúde bucal: gestantes – como evitar (prevenir) problemas bucal – educação com saúde bucal nas crianças</li> <li>* não recebi nenhuma orientação sobre saúde bucal, portanto, precisaria receber informações básicas até mesmo para conhecer pessoalmente</li> </ul>	24	45

sobre o assunto		
<b>4. Conhecimentos relacionados à dinâmica da ESF em serviço</b> * eu necessito de mais compreensão quanto a encaminhar para o pronto atendimento ou para tratamento. Qual o melhor kit a ser usado para a higiene bucal * acho que, no geral, precisamos de dentro da nossa área * falta mais informações detalhadas e panfletos a serem repassados à comunidade e mais vagas e oportunidades para as pessoas serem atendidas nos postos do PSF. A linguagem com a comunidade tem que ser simples e completa * maior capacitação na busca ativa de doenças relacionadas à saúde bucal tivemos apenas uma palestra relacionada a saúde bucal, pouca informação, realizada por uma professora da Unoeste e alguns alunos * gestante, recém-nascidos estes já foram estudados mas sendo necessária uma melhor orientação * seria necessário um contato maior com o dentista do PSF já que na nossa unidade falta o profissional para nos orientar * apesar de ter conhecimentos básicos dos procedimentos, para ajudar totalmente as pessoas é mais complicado	08	15

Obs: os conhecimentos foram calculados a partir do total explicitados e não a partir do número de ACS.

Conforme constatado na Tabela 2, em sua maioria (45%), os conhecimentos relacionados aos saberes fundamentais em Saúde Bucal são os mais necessários e isso se explica por meio do “ter que saber para ter que repassar”. Entende-se que ninguém tem condições de realizar a educação e prevenção sobre algo que não tenha conhecimentos previamente adquiridos. Partindo da realidade de que no Programa Introdutório nada consta especificamente sobre a Saúde Bucal, pode-se deduzir que os conhecimentos dos ACS são aqueles de ordem empírica, trazidos consigo por meio da sua vivência que tenham sido adquiridos nos bancos escolares, de onde provêm suas formações no ensino fundamental e básico, ou aqueles apreendidos nas suas atividades de vida diária e que os executam mecanicamente sem saber para que servem.

Do total de conhecimentos necessários para que executem as ações de educação e prevenção, observou-se os relacionados à ação de Prevenção (25%) nas suas mais diversificadas abordagens, tais como: cárie dentária, câncer bucal, gengivite, indo até a necessidade de aprendizado de como agir com pacientes resistentes ao tratamento odontológico.



Quanto aos conhecimentos relacionados à ação de Educação (15%), ficou bem definido que o mais importante é terem conhecimentos sobre conceitos e técnicas educativas com as quais possam transmitir conhecimentos sobre as doenças bucais (classificação, características clínicas e tratamento), para que possam repassá-los à clientela usuária do PSF, e isso vem corroborar com a necessidade dos conhecimentos para o desenvolvimento da ação de Prevenção e isso, na Tabela 2 ficou em torno de 25%.

Na verdade, em Saúde Bucal, não se consegue separar essas duas ações uma vez que a educação e a prevenção devem caminhar juntas e são consideradas de aplicação simultânea dentro de um contexto de avaliação de programas quer estejam dirigidos à faixa etária de 0 a 2 anos quer perpassem as demais faixas etárias, culminando com grupos especiais: cardiopatas, hipertensos, diabéticos, gestantes, idosos e aqueles pacientes com necessidades especiais, acamados, dependentes ou não de cuidadores.

Amaral (apud HADDAD, 2007, p. 718), abordando a questão da exclusão social dos pacientes portadores de necessidades especiais e ainda sobre o devotamento de cirurgiões-dentistas e dos demais profissionais de saúde, destaca:

Não só a saúde do paciente deve ser avaliada, mas, igualmente, a situação socioeconômica e cultural de sua família ou de seus responsáveis e, mais detidamente, de seus relacionamentos interpessoais. Estes relacionamentos devem ser promovidos e estimulados através de uma sintonia fina dos profissionais que os assistem, numa verdadeira inclusão social do ser que sofre e de sua família, muitas vezes limitada em suas ações. [...] conhecimento científico, dedicação e empatia pelos que sofrem é o que se pede aos que se dedicam à assistência aos pacientes com necessidades especiais, além de que integrem seus esforços profissionais a áreas afins.

Numa síntese avaliativa-qualitativa, diante das respostas encontradas sobre os conhecimentos faltantes para o melhor desenvolvimento das ações educativo/preventivas, ações essas implícitas nas atribuições específicas do ACS, pode ser constatado que a falta de conhecimentos é um fator que emperra o desenvolvimento dos trabalhos dos ACS junto às comunidades e que isso acarreta consequências imprevisíveis, sobretudo, em se tratando de população classificada como de alto e médio risco à cárie dentária e à doença periodontal.

Na última informação pretendida, ainda voltada para a questão educativo/preventiva em saúde bucal (2.<sup>a</sup> Parte - Questão n.º 9), foi solicitado que numerassem nos parênteses a fase que eles acreditavam ser a mais indicada para iniciar os cuidados com a saúde bucal. Assim, 40 (67,80%) entrevistados responderam acreditar que esta fase é o período de gestação; 13 (22,03%) apontaram ser logo após o parto; 04 (6,78%) indicaram o período de 1 a 3 anos de idade da criança; 01 (1,69%) de 3 a 5 anos de idade da criança; a fase de 5 a 12 não teve citação e apenas 01 (1,69%) não respondeu esse quesito.

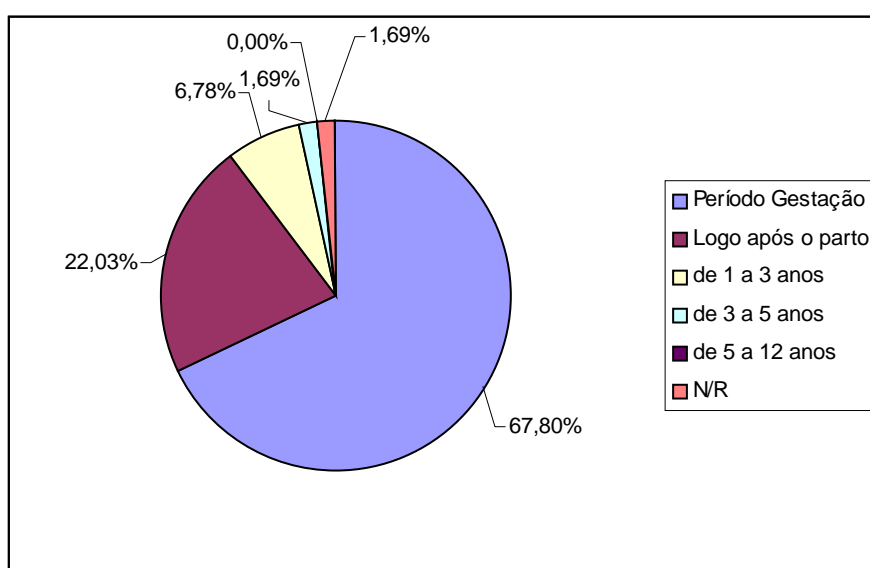


Figura 16 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde no município de Presidente Prudente-SP quanto a saberem a fase de início dos cuidados em Saúde Bucal.

Fonte: Dados obtidos pelo autor

Discorrendo sobre as competências dos profissionais de saúde, Morita e Kriger (2006 apud MORITA; HADDAD, 2008, p. 271) consideram que:

A implantação da ESF e, sobretudo, a inserção da saúde bucal nesta estratégia, exige uma preparação mais ampla do profissional para que a atuação no território seja realmente efetiva e resolutiva. Este novo cenário de ensino-aprendizagem vai exigir que a atenção à saúde individual, das famílias e da comunidade seja trabalhada com competências genéricas da Odontologia, **acrescidas de competências e habilidades oriundas das ciências humanas e sociais.** (grifo nosso).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseado na literatura e nos achados, estabeleceu-se alguns pontos gerais – proposta de Educação Continuada para os Agentes Comunitários de Saúde em Saúde Bucal.

- a força de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde das 11 ESF do município de Presidente Prudente, na sua maioria, está nas mãos de adultos jovens, o que imprime ao programa maiores oportunidades de realinhamento e cumprimento, ao longo do tempo, das suas diretrizes a serem alcançadas;
- todos passaram, embora de maneira rápida, por treinamento denominado Introdutório, com 40 horas em 5 encontros com vistas a serem inseridos no serviço de maneira menos impactante qual seria se isso não houvesse ocorrido;
- há falta de providências nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal), no sentido de ofertar meios de participação dos Agentes Comunitários de Saúde em cursos técnicos, o que favoreceria maiores e melhores conhecimentos sobre Saúde Bucal por meio de conteúdo programático adequado e específico para esse fim;
- observa-se que alguns Cirurgiões-Dentistas, por despreparo ou por omissão, não têm desenvolvido as atribuições gerais e específicas contidas no “Guia Prático do Programa de Saúde da Família” quanto a partilhar informações com toda a equipe, de um modo mais amplo, e com os Agentes Comunitários de Saúde, de maneira mais objetiva, visando propiciar-lhes melhores e maiores condições de desenvolvimento de suas ações, sobretudo as de cunho educativo/preventivas em saúde bucal;
- há ausência de Programas de Educação Continuada e de Educação Permanente que se tornem fonte de fomentos constantes, voltados para a saúde bucal;
- os Agentes Comunitários de Saúde constituem um grupo especial para ser trabalhado com novos conceitos e novos conhecimentos (promoção, prevenção, trabalho em equipe, intersetorialidade, interdisciplinaridade,

humanização, etc.) especialmente porque possuem nível de formação além do preconizado na originalidade do programa, isto é, nível fundamental, enquanto o observado nas ESF de Presidente Prudente, prevalece o Ensino Médio, entremeado por alguns do Ensino Superior, dedutivamente, ostentando um melhor potencial de aprendizagem a ser explorado em benefício da população adstrita das ESF.

- Encontra-se implícito no rol de conhecimentos dos agentes – com vistas a desenvolverem as ações educativo/preventivas – uma força de vontade muito forte, uma busca bastante enfática por novos saberes, exemplificando o alto grau de reconhecida humildade como característica dominante quando a maioria afirma não estar preparada para desenvolver essas ações junto à população adstrita, ainda que saibam qual a fase mais indicada para iniciar os cuidados com a saúde bucal;
- Por fim, há muito que se percorrer no sentido de se alcançar a correta e completa efetivação da saúde bucal nas Estratégias de Saúde da Família, levando-se em conta que a ESB foi inserida após muito tempo decorrido da implantação das ESF, o que logrou grande prejuízo técnico e que tem sido compensado por meio do esforço conjunto de todos os envolvidos. O SUS corre o risco, a médio e longo prazo, de ter seus ideais fadados ao fracasso se não atentar para a necessidade urgente de melhor qualificação de recursos humanos nele inseridos

## 6. CONCLUSÃO

Reportando-se à questão-problema que foi apresentada como propósito deste trabalho – Se o Agente Comunitário de Saúde tem formação adequada e suficiente para o bom desempenho de sua função –, considerados os dados encontrados, conclui-se que os mesmos não possuem formação adequada e suficiente para o bom desempenho de sua função.

Foi possível inferir, ainda, que essa formação inadequada e insuficiente decorre da inexistência de conteúdo específico sobre educação e prevenção no Programa Introdutório. Além disso, não se encontra definida, na ação prática em saúde, uma política clara e precisa de Educação Permanente como meio de repasse de conhecimentos/suporte para as ações dos ACS nas suas respectivas equipes de trabalho.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Rev. Interface Comunicação, Saúde**, v. 5 , n. 9, p.150-153, ago. 2001.

AMARAL, E. H. O Cirurgião-dentista como Agente de Inclusão Social de pessoas com necessidades especiais. In: HADDAD, A. S. et al. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**. São Paulo: Santos, 2007. p. 715-718.

ANTUNES, C. **Como desenvolver as competências em sala de aula**. Petrópolis: Vozes, 2001.

ARAUJO, M. E.; ZILBOVICIUS, C. A formação acadêmica para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). In: MOYSÉS, et al. (Coord.). **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 277-290.

BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A Identidade do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família: uma abordagem Fenomenológica. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2008.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe 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**, 20 set. 1990, p.18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 1886 de 18 de dezembro de 1997**. Estabelece as atribuições do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto n.º 3 189 de 4 de outubro de 1999**. Fixa as diretrizes para o exercício profissional do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde – SUS: princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 1 444 de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.º 10507 de 10 de julho de 2002**. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União** de 11 jul. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Perfil das competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS) visão preliminar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde**. Área Profissional Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 198 de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A cadeia de cuidados progressivos a saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A educação Permanente entra na Roda. Pólos de Educação Permanente em Saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, Educação na Saúde. Brasília-DF: MS, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 648 de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica**, v. 17, 92, p. 2006b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 1996 de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BUSATO, I. M. S.; FRANÇA, B. H. S. A bioética e o trabalho com famílias. In: MOYSÉS, S. T. et al. (Coord.) **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências.** São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 291-297.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica de Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1992.

CECCIN, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Rev Interface – Comunic. Saúde Educ.**, v. 9, n.16, p. 161-177, set./2004/fev. 2005.

CHAVES, S. M. M. **As práticas Educativas dos Agentes Comunitários no Programa Saúde da Família de Presidente Prudente.** 2005. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE. Progestores. **Considerações sobre a Formação do Agente Comunitário de Saúde.** Brasília 2006. Disponível em: <<http://conass.org.br/adimin/arquivos/nt%2014-06.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2008.

DEMO, P. **Conhecer & aprender: sabedoria dos limites e desafios.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

FRANCO, M. A. S.; MENTA, S. G.; GHEDIN, E. (Orgs.). **Pesquisa em educação: alternativas investigativas com objetos complexos.** São Paulo: Loyola, 2006.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise do conteúdo.** Brasília: Plano, 2003. 72 p.



FREIRE, P. **Política e educação**. São Paulo: Cortez, 1997.

GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. (Coords.) **Bases conceituais da bioética** – enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia, 2006.

KOCH FILHO, H. R.; BISINELLI, J. C. Abordagem de família com idosos. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (Coords.). **Saúde bucal das famílias: trabalhando em evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 236-245.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2008. 407 p.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. A concepção pedagógica e as Diretrizes Curriculares Nacionais In: MOYSÉS, S. T. et al. (Coords.) **Saúde Bucal das Famílias – Trabalhando com Evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 268-276.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2008.

MOYSES, S. T.; KRIGER, L.; MOYSES, S. J. **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. 308 p.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, jun. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2008000600011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000600011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 29 nov. 2008.

NOBREGA, J. S. M. **Perfil dos Profissionais nas equipes do Programa Saúde da Família em Macaíba/RN**. 2005. Disponível em: <<http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/artigoRelato.php?codigo=291>>. Acesso em: 25 nov. 2008.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p.1639-1646, 2002.

OLIVEIRA, M. A. G. Disciplina/indisciplina escolar nas concepções do professor /estudante de pedagogia. In: GEBRAN, R. A. (Org.) **Contexto escolar e processo ensino-aprendizagem: ações e interações**. São Paulo: Arte & Ciência, 2004.

PAIM, J. S. Apresentação. **Interface – Comunic. Saude, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 5-6, set. 2004 / fev. 2005.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Campinas, 1998, 254 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PERRENOUD, F.; THURLER, M. G. **As competências para ensinar no Século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação**. São Paulo: Artmed, 2002.

QUINTANA, P. B. et al. **Educación permanente de personal de salud**. Washington, D.C: OPS, 1994.

RIOS, I. C. Humanização na área da Saúde. **BIS - Boletim do Instituto de Saúde**, n. 30, ago. 2003. Disponível em: <<http://www.isaude.sp.gov.br/boletins/bis30.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2008.

SÃO PAULO (Estado). Conselho Estadual de Educação. **Parecer n.º 414/2000**. Aprova o Regimento Escolar Único dos Centros Formadores de Pessoal para a Saúde. São Paulo, 2000.

SÃO PAULO (Estado). Resolução SS-039 de 16 de março de 1999. Dispõe sobre as rotinas visando o acompanhamento dos Procedimentos Coletivos das Ações Básicas em odontologia, nos serviços de saúde integrantes do SUS/SP. **Diário Oficial do Estado**, 17 de março de 1999.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Centro Técnico de Saúde Bucal. **A Organização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica –Uma proposta para o SUS**. São Paulo, 2001.

SALIBA, C. A. et al. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas**, v. 53, p. 279-282, 1999.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

TOMAZ, J. B. C. O Agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface-Comunic. Saúde Educ.**, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002. Disponível em: <[http://interface.org.br/revista\\_10/debates2.pdf](http://interface.org.br/revista_10/debates2.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2008.

ZANETTI, C. H. G. **Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) – Proposição e Programação**. Brasília-DF: MS, 2000.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A



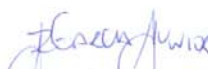
Coordenadoria Central de Pesquisa  
Comitê de Ética em Pesquisa  
UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA


### PARECER FINAL

Declaramos para os devidos fins que o Protocolo de Pesquisa intitulado “Condições educativas em saúde bucal dos agentes comunitários de saúde no município de Presidente Prudente” cadastrado no CEP sob o número 085/08 e na CCPq sob nº 229/08 tendo como pesquisador responsável Tereza de Jesus Ferreira Scheide foi avaliado e **APROVADO** nas duas instâncias da Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE de Presidente Prudente-SP, em reunião realizada em 16/10/2008.

Declaramos, ainda, que o Relatório Final do projeto acima deve ser entregue na secretaria do CEP e CCPq em 02/02/2009.

Presidente Prudente, 16 de outubro de 2008.

  
Prof. Dr. Jair Rodrigues Garcia Jr.  
Coordenador Científico da CCPq

  
Profª Dra. Rosa Maria B. Nogueira  
Coordenadora do CEP - UNOESTE

## APÊNDICE B

### Declaração de Infraestrutura e Autorização Para Uso da Mesma

Ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Declaro, a fim de viabilizar a execução da pesquisa intitulada "CONDIÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE PRUDENTE-SP", sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof.<sup>a</sup> TEREZA DE JESUS FERREIRA SCHEIDE e ADILSON DE OLIVEIRA, que as Unidades do PSF, contam com toda a infraestrutura necessária para a realização da pesquisa e que os pesquisadores acima citados estão autorizados a utilizá-la no período de setembro a outubro de 2008.

De acordo e ciente,

Presidente Prudente, 20 de junho de 2008

---

Responsável pelo Setor onde será realizada a pesquisa -  
ADELINA MARIA DO CARMO DALBETO  
Coordenadora da Estratégia de Saúde da Família  
CPF: 970 732 618 -20 / RG:6 468 723. 5 -SP

## APÊNDICE C

### Endereço dos PSFs e Nomes dos Enfermeiros e Médicos que compõem as Equipes

PSF	Endereço	Fone	Enfermeira	Médico
B. Horizonte	Coronel Albino 3 020	3903 5199	Anette Bocchi Bacco	Cristiane Lucio Vera
São Pedro	Rua Roberto Carneiro Mendonça 55	3903 4890	Gisele Aparecida Mariotini	Sulamita Gandia Gregory
Alvorada I	Gilberto Neto, 51 –Planaltina	3917 4266	Vanessa Aparecida Ballista Tavares Ar aujo	Carlos Renne Guillioid
Alvorada II	Rua Nicole Pagnosi, 118 Novo Alvorada	3916 4412	Ellen Fagundes de Souza	Carlos Leon Samico Guillioid
Alvorada III	Rua Nicole Pagnosi, 118 Novo Alvorada	3916 4412	Thiago Lucas	Erica Siqueira Linário Leal
Guanabara	Rua Oliveira n.º 86	3905 3180	Alayde Custodio Erbella	Débora Witter Rocha Tiezzi
Primavera	Rua Alvino Gomes Teixeira 3 230	3905 5339	Mara Regina Batista	Breno Luiz Casari Erbella
Montalvão	Rua XV de Novembro S/N	3913 1356	Maria Tereza Garcia Brito	Luiz Henrique Fernandes
H.Salvador I	Av. Gilberto Jonata Mele s/n Construção nova	3905 1318	Maria Nascimento Conceição	Alessandra Lemes Barcala
H.Salvador II	Av. Gilberto Jonata Mele s/n Construção nova	3905 3319	Claudia Leite Azeredo Passos	Alvaro Alberto Azeredo Fernandes
Jd Morada Sol	Rua Amélia Alvares Gomes s/n	3905 6027	Maria de Fátima Calazans Correia Bispo	

## APÊNDICE D

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP  
(Portaria nº 09/2007 de 18/04/07 – Reitoria da UNOESTE)

### TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, R.G.  
nº \_\_\_\_\_, sexo: \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
concordo em participar da pesquisa intitulada “Condições Educativas em Saúde Bucal dos Agentes Comunitários de Saúde no Município de Presidente Prudente ” cujo pesquisador responsável é a Professora do Programa de Mestrado em Educação **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tereza de Jesus Ferreira Scheide**, CPF041 116 998-04, com fone (18) 3222 2350, e seu orientando: **Adilson de Oliveira**, CROSP 14 422, aluno regular do curso de Mestrado em Educação da UNOESTE, com telefone (18) 3223 5690. Estou consciente de que não existe nenhum risco de dano, visto que será utilizado um questionário apresentado em entrevista junto com os pesquisadores. Recebi esclarecimentos de todas as perguntas formuladas antes da entrevista e foram sanados quaisquer tipos de dúvida que eventualmente tive a respeito de riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa. Recebi também esclarecimentos sobre a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de seu desenvolvimento. Recebi esclarecimento sobre compromisso de que minha identificação se manterá confidencial tanto quanto a informação relacionada à minha privacidade. Recebi esclarecimento sobre a disposição e o compromisso de receber informações obtidas durante o estudo, quando solicitadas, ainda que possa afetar minha vontade em continuar participando da pesquisa. E, por fim, recebi esclarecimento de que, em caso de dúvida, posso entrar em contato com o CEP (Comitê de Ética e Pesquisa da UNOESTE) e conversar com a Professora Dr<sup>a</sup> Rosa Maria Barilli Nogueira pelo telefone: 3229-2077, ramal: 219. Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido(a) pelos pesquisadores, conforme registrado acima, consinto em participar, na qualidade de ACS, do Projeto de Pesquisa referido acima.

PRESIDENTE PRUDENTE, 20 DE JUNHO DE 2008

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável pela Pesquisa  
Prof.<sup>a</sup> Tereza de Jesus Ferreira Scheide



## APÊNDICE E

### QUESTIONÁRIO

**TÍTULO DA PESQUISA:** “CONDIÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE PRUDENTE - SP”

Pesquisador: ADILSON DE OLIVEIRA

Professor Orientador: TEREZA DE JESUS PEREIRA SCHEIDE

#### **1.ª PARTE:**

\* Nome: \_\_\_\_\_

\* Idade: \_\_\_\_\_ anos    Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

\* Grau de Instrução: \_\_\_\_\_

\* Tempo de trabalho como Agente: \_\_\_\_\_-anos (ou meses)

\* Formação específica na Estratégia de Saúde da Família .

- Curso regular de formação  
Centro de Formação de Assis ?

sim

não

Outras unidades formadoras?

sim – Qual? \_\_\_\_\_

não

• Período de duração: \_\_\_\_\_

• Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

• Local onde foram ministradas as aulas: \_\_\_\_\_

- Participou do Programa Introdutório?

sim

não

Se sim, responda: O conteúdo sobre Saúde Bucal foi suficiente para você desenvolver as suas ações educativo/preventivas no dia a dia do seu trabalho junto às famílias?

foi suficiente

foi insuficiente

não sei informar

não lembro do conteúdo

não participou.

Período de duração do treinamento introdutório: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Local onde foram ministradas as aulas: \_\_\_\_\_

Participação em projetos de Educação Continuada, Educação Permanente, Reciclagem ou Atualização Profissional?

Sim .....quantas participações?

uma

duas

três

mais de três

Não

Em que ano ocorreu **sua última** participação nesses Projetos? \_\_\_\_\_

## **2.<sup>a</sup> PARTE**

1. Você recebeu alguma capacitação para atuar como Agente Comunitário de Saúde?

- sim  
 não

2. Assinale com X **somente** as ações que você conhece e que segundo o seu entendimento, são correlacionadas à Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> busca ativa                   | <input type="checkbox"/> gengivite                       | <input type="checkbox"/> abscesso dental |
| <input type="checkbox"/> grupo de risco à cárie dental | <input type="checkbox"/> exodontia                       | <input type="checkbox"/> periodontite    |
| <input type="checkbox"/> medicina periodontal          | <input type="checkbox"/> população adstrita              | <input type="checkbox"/> cálculo         |
| <input type="checkbox"/> fluoroterapia                 | <input type="checkbox"/> escovação dental supervisionada |  |

3. O Cirurgião-Dentista da sua Equipe de Saúde da Família tem usado das reuniões para transferir conhecimentos específicos sobre saúde bucal à equipe?

- sim  
 não

4. Você sabe o que é Cárie Dentária e quais os meios de preveni-la junto às famílias que são cobertas por sua equipe?

- sim  
 não

5. Você trabalha com pessoas com necessidades especiais?

- sim – Quais? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- não

6. Você participa do Programa Educativo/Preventivo em Saúde Bucal desenvolvido na sua Equipe de Saúde da Família?

- sim – De que forma? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- não

7. Você dispõe de recursos audiovisuais para desenvolver suas ações de saúde bucal junto às famílias quando da visita domiciliar?

- sim – Quais? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- não

8. Você se sente preparada(o) para desenvolver todas as ações educativo/preventivas em Saúde Bucal junto às famílias da sua área adstrita?

- sim
- não Cite alguns conhecimentos que lhe faltam e que, uma vez estudados, lhe trariam maior facilidade de desenvolver suas ações de saúde bucal junto às famílias: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

9. Numere (dentro dos parênteses) a fase que você acredita ser a mais indicada para iniciar os cuidados com a saúde bucal.

- ( ) de 1 até 3 anos de idade  
 ( ) no período de gestação  
 ( ) dos 5 até 12 anos de idade  
 ( ) de 3 até 5 anos de idade  
 ( ) logo após o parto