

O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidades de Saúde da Família

The work in oral health of the community health agent in family health units

Gina Ayumi Kobayashi Koyashiki¹
Rosani Aparecida Alves-Souza¹
Maria Lucia Garanhani¹

Abstract *The present study aimed at understanding the work of the Community Health Agent (CHA) in the field of Oral Health in Brazilian Family Health Units (FHU) in 2005. This study represents a qualitative approach to the meanings and feelings that underlie the know-how in Oral Health of the CHA, showing his experience in this process. The sample consisted of nine CHAs from two Family Health Units. Data were collected in interviews with four guiding questions. The statements were analyzed using discourse analysis. It was observed that the CHAs recognize the importance and demand for more qualification and re-qualification opportunities enabling them to overcome the feeling of limitation expressed in their discourse.*

Key words *Community Health Agent, Oral health, Qualitative research*

Resumo *O presente estudo buscou compreender o trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em Unidades de Saúde da Família (USF), no ano de 2005. Para tanto, utilizou-se de uma abordagem qualitativa com o intuito de compreender os significados e sentidos que permeiam o saber e o fazer em saúde bucal do ACS, mostrando sua vivência neste processo. A amostra compreendeu nove ACS, de duas USF da rede de prestação de serviços. O acesso às informações realizou-se por meio de entrevista contendo quatro questões norteadoras. Para a análise dos relatos, recorreu-se à técnica da análise do discurso, e assim foi possível perceber que os ACS reconhecem a importância e demandam mais oportunidades de qualificação e requalificação, como forma de superar sentimentos de limitação expressos em seus discursos.*
Palavras-chave *Agente Comunitário de Saúde, Saúde bucal, Pesquisa qualitativa*

¹ Universidade Estadual de Londrina. Av. Robert Koch 60, Vila Operária. 86039-440, Londrina PR. ginakoyashiki@yahoo.com.br

Introdução

No Brasil, a meta com priorização da atenção primária, “Saúde para todos no ano 2000”, registrada na Declaração de Alma-Ata¹, inspirou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios privilegiam o entendimento da saúde enquanto um direito inerente à cidadania e o acesso universal aos bens e serviços afins.

Assim, o SUS comparece no cenário sanitário brasileiro com a missão de romper o caráter excludente do modelo assistencial anterior, de forma a assistir os milhões de excluídos do processo de busca por melhores condições de vida e saúde.

Dentro da perspectiva de formulação e desenvolvimento de políticas públicas de saúde, com ênfase na valorização dos cuidados primários, considera-se que a Declaração de Alma-Ata deu novo direcionamento às políticas de saúde por permitir o desenvolvimento da atenção primária como principal estratégia de promoção e assistência à saúde e estimular a participação comunitária.

Concorde às premissas da atenção primária à saúde, em 1991, o Ministério da Saúde/Fundação Nacional da Saúde criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com objetivo de estimular na população a questão do autocuidado, mediante o repasse de informações para a saúde por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Desse modo, compreende-se o ACS como instrumento de articulação entre os serviços de saúde e a comunidade, uma vez que desenvolve ações básicas de saúde e atividades de caráter educativo, contribuindo, assim, para a construção e consolidação de sistemas locais de saúde².

Como estratégia do modelo de atenção básica, direcionada à reestruturação do modelo assistencial e fundamentada na lógica da promoção de saúde, surge no ano de 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), o qual prioriza ações de promoção, proteção, controle e manutenção da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua³.

Através da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD), realizada em 1998, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) constatou que um número expressivo de 29,6 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista. Frente a esse alarmante resultado, o Ministério da Saúde, em 2000, anuncia a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no PSF, com objetivos definidos para a diminuição dos índices epidemiológicos e a ampliação do acesso da população brasileira às ações de saúde bucal⁴.

Pode-se entender esse quadro de exclusão social como resultado de uma prática odontológica excludente, que persistiu por longo período, a qual se caracterizava por priorizar populações definidas como escolares de redes públicas, que relegava a população adulta aos atendimentos de urgência, que na maioria das vezes levavam à mutilação, muito mais do que qualquer possibilidade de resolução do problema⁵⁻⁸.

Ao que se refere às reflexões acerca da inserção da saúde bucal no PSF, considera-se o PSF como sendo mais do que um espaço social, mas onde as mudanças e a reorganização do processo de trabalho em saúde podem acontecer. Um espaço onde as práticas de saúde recebem uma nova dinâmica, de modo a romper a organização disciplinar tradicional, fragmentada de maneira a formar vínculos, propondo alianças com outros setores, permitindo dessa forma maior diversidade das ações, além de potencializar as formas de produzir saúde, fortalecendo a relação sistema-usuário.

Compreendendo a saúde bucal como um dos componentes da saúde em sua expressão mais ampla, Souza *et al.*⁹ elaboraram uma proposta baseada na busca de mecanismos que visam à melhoria do quadro epidemiológico, por meio da ampliação das ações em saúde bucal. Respalda-dos pelas características da atuação do ACS e pela rápida expansão do programa ocorrida no país e buscando construir novos processos de trabalho voltados para a família, os autores apontaram os ACS como mecanismos capazes de prover facilidades ao processo de desenvolvimento das ações em atenção primária e também em saúde bucal.

Na visão de Souza e Sampaio¹⁰, são muitos os desafios trazidos pelo PSF, uma vez que se encontram coesos, sob forte relação de dependência, principalmente aqueles relacionados ao planejamento e gestão dos serviços, recursos humanos e outros mais. Nesse sentido, para que os objetivos do PSF sejam consolidados, os autores chamam a atenção para a necessidade de priorizar as ações de atenção básica, de modo a resultar na ampliação e na garantia do acesso a serviços mais resolutivos, oportunos e humanizados para toda população brasileira.

Sob foco da dinâmica dos serviços e com base nos princípios e pressupostos do SUS, Motta *et al.*¹¹ defenderam a necessidade de qualificação e requalificação da força de trabalho, de modo a resultar em sujeitos competentes, comprometidos com o processo de construção social da saúde, por meio de atitudes reflexivas e críticas acerca do seu papel enquanto sujeito-usuário.

Visando salientar a importância do ACS como agente de mudança dentro da dimensão sujeito-usuário, vale recorrer à citação de Tollen-dal¹², que diz “antes de sairmos buscando a felicidade, devemos nos perguntar o que fizemos para sermos dignos dela?!!” E ainda: *Cada agente de saúde deve ser um instrumento transformador. Esta é a mudança inadiável, porque não se detém o processo temporal. Para haver mudança, no sentido de mutação, de transformação, esta tem que vir apoiada ou referenciada a um quadro de valores. É necessário que o processo de transformação se instale pela educação que vem da informação, esta gera interesse, e esta necessidade, que leva a ação motivada. Ação é dinâmica e ação total é mutação. Desta cadeia de fatos surge a liberdade que não vem como resultado de revolta. Vem naturalmente, por haver intenção necessária*¹².

Muito embora se tenha noção do volume de atribuições que lhe é conferido, percebe-se o ACS como sendo instrumento de valor inestimável ao processo de construção social da saúde, uma vez que sua atuação oferece possibilidades de importantes avanços rumo à integralidade da atenção.

O conteúdo acima exposto abre espaço para justificar a elaboração do presente estudo, diante das reflexões surgidas acerca do processo de trabalho do ACS em saúde bucal, principalmente ao que se refere à efetivação das ações promocionais.

Metodologia

A principal inquietação que motivou o desenvolvimento deste estudo foi saber “Como é o trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde”.

Para aproximação do fenômeno, foi utilizada uma abordagem qualitativa, visto que a mesma proporciona a compreensão das experiências vivenciadas, apreendidas a partir do olhar do pesquisador, traduzindo-se na captação de fragmentos do mundo-vida ou parte de uma realidade do homem, construída e vivenciada por ele¹³.

Como etapa inicial, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Protocolo nº 177/05, seguindo os requisitos preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Obteve-se a autorização da Gerência de Capacitação de Pessoas, da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina, Paraná.

Os sujeitos envolvidos no estudo compreenderam nove ACS, de duas USF da rede de prestação de serviços, sendo cinco deles pertencentes a

uma USF localizada na região central do município e os quatro restantes, de uma USF da região norte.

A participação dos sujeitos deu-se de forma voluntária, mediante a solicitação de permissão para a gravação e a explicitação sobre a finalidade e importância da colaboração, seguida da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Esclarece-se que este número de entrevistados foi suficiente para a composição do universo amostral, uma vez que, por meio do critério de saturação, os discursos começaram a se repetir, apresentando convergências suficientes para a análise do fenômeno estudado.

A forma de acesso utilizada para aproximar-se da situação vivida dos sujeitos envolvidos foi a entrevista com as seguintes questões abertas:

- 1) O que você entende por saúde bucal?
- 2) De onde você obtém as informações sobre saúde bucal?
- 3) O que você acha importante saber sobre saúde bucal?
- 4) Que sugestão você daria para o aprimoramento de suas atividades?

Como artifício metodológico para a condução da entrevista, Garanhan¹⁴ destaca a necessidade de criar um ambiente tranquilo e de confiança, de modo a permitir um espaço desprovido de interferências limitantes ao discurso dos entrevistados, ou seja, um discurso livre de constrangimentos.

Somente foram utilizadas outras perguntas durante a entrevista quando houve necessidade, para facilitar a continuidade do depoimento. Estas perguntas foram as seguintes: “Gostaria de falar mais alguma coisa sobre isto? Você quer contar mais alguma coisa sobre a sua experiência? Gostaria de dizer mais alguma coisa?”. Além desse artifício metodológico, foi utilizado o recurso de repetir a última frase dita pelo entrevistado para que ele continuasse seu raciocínio.

Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas.

Para a análise das entrevistas, foi utilizada a seqüência preconizada por Martins e Bicudo¹⁵, que abrange dois momentos: o da análise ideográfica ou individual e o da análise nomotética ou geral.

O primeiro momento, representado pela análise ideográfica ou individual, se refere à articulação dos significados presentes em cada entrevista, nas suas inter-relações e na sua unidade estrutural. São três as etapas da análise ideográfica, a saber: 1ª etapa: leitura das entrevistas; 2ª etapa: recorte das unidades de significado; 3ª etapa: interpretação das unidades de significado.

Após a transcrição dos discursos, foram identificados quarenta e três agrupamentos de unidades de significado que, cruzados entre si, caminharam para nove convergências temáticas (Quadro 1).

A análise nomotética ou geral, a qual corresponde ao segundo momento, envolve um movimento de passagem do individual para o geral, resultante da compreensão das convergências e das divergências presentes na manifestação do fenômeno interpretado na análise ideográfica. São três as etapas da análise nomotética, a saber: 1ª etapa: leitura e re-leitura das temáticas; 2ª etapa: entendimento do fenômeno; 3ª etapa: desvelamento do fenômeno.

As nove convergências temáticas confluíram para quatro categorias abertas que configuram a estrutura geral do fenômeno investigado, demonstradas na Figura 1.

Importante acrescentar que, diante da análise de percepções, o pesquisador deve ter em mente a noção de que a realidade do fenômeno investigado não está pronta, apresentando-se apenas como um fato. Entretanto, ao pesquisador é dada a orientação para a sua construção e descoberta por meio do discurso do sujeito que vivencia a experiência, uma vez que um fenômeno nunca se mostra por completo.

Quadro 1. Demonstrativo das nove Convergências Temáticas construídas a partir das Unidades de Significado.

Proposições dos sujeitos		Convergências temáticas								
Agentes Comunitários de Saúde		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.1	Saúde bucal revela-se como algo muito importante e que concretiza a realidade da identidade da pessoa.	X	X			X			X	X
1.2	Revela que nem todas as pessoas têm acesso aos serviços de Odontologia.	X	X	X						
1.3	Saúde bucal mostra-se como algo em crescimento para tornar-se acessível às pessoas.	X		X					X	
1.4	Relembra como adquiriu os seus conhecimentos em saúde bucal	X	X	X	X		X	X	X	X
1.5	Como caracteriza a saúde bucal.	X	X	X	X	X	X	X		
1.6	Fala sobre a importância do autocuidado e do auto-exame na saúde bucal.	X				X		X		
1.7	Fala sobre um sentimento de limitação que permeia sobre o cotidiano quando executa suas ações de saúde bucal na população.			X	X					
1.8	Saúde bucal significa educar e promover mudanças de hábitos.		X	X	X					X
1.9	Enfatiza a importância dos conhecimentos adquiridos e sugere que deveria ter mais conhecimentos.		X	X		X	X	X	X	X

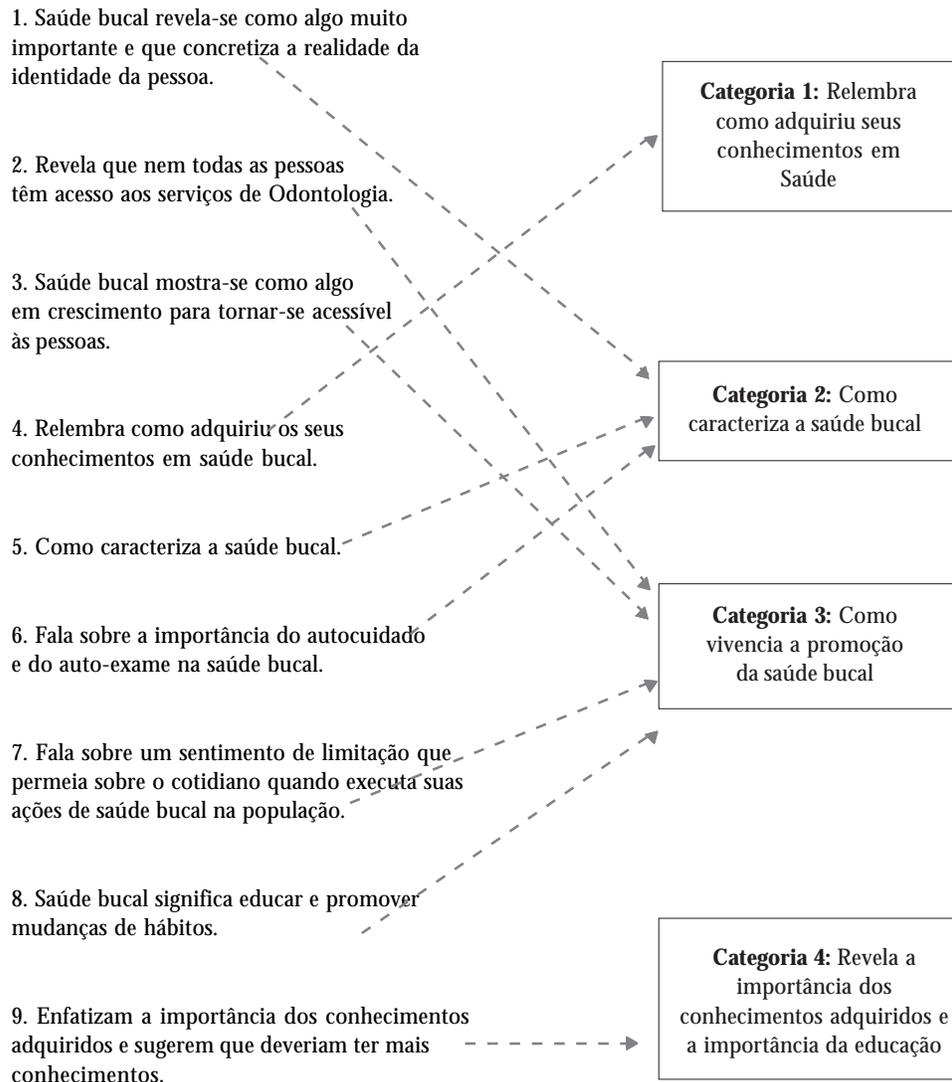


Figura 1. Demonstrativo das quatro Categorias Abertas construídas a partir das nove Convergências Temáticas.

Descrição das categorias

O fenômeno, dada a sua subjetividade, é incompreendido na sua totalidade; contudo, algumas compreensões são desveladas durante a trajetória da busca por sua interpretação. Várias perspectivas são identificadas ao se colocar o fenômeno em suspensão, indicando a necessidade do pesquisador em posicionar-se numa condição de neutralidade e desprover-se de referenciais teóricos prévios, sem, contudo, afastar-se dos referenciais vividos e expressos.

É importante destacar que a manifestação do fenômeno se torna mais clarificada à medida que maior número de análises vai sendo requerido a sua compreensão.

A primeira categoria se configura com base no questionamento dos meios sobre os quais os ACS obtiveram o conhecimento em saúde bucal, ou seja, os entrevistados lembram como adquiriram os seus conhecimentos sobre saúde bucal:

“os conhecimentos que adquiri quando implantou o PSF, com o dentista daqui e que não faz muito tempo”. (1)

“aqui mesmo no posto de saúde, com as auxiliares de odontologia, com o dentista”. (6)

“eu obtive mais lendo, através de pesquisa, e depois que eu entrei na área da saúde, quando eu precisei do serviço do dentista. O dentista me orientou também”. (7)

“Eu obtive com a dentista mesma, quando a gente tem alguma dúvida, a gente pergunta para ela e ela responde e a gente passa para frente”. (9)

A questão da socialização do conhecimento é evidenciada nos discursos acima apresentados, nos quais se tem ganho destaque uma atitude de busca da informação para a saúde bucal.

Outra questão percebida na análise diz respeito à ausência de processos formadores voltados à qualificação profissional em saúde bucal, de modo a tornar a prática do cuidado à saúde mais integral, de características mais integralizadoras.

Buscando referencial teórico para ilustrar a questão do conhecimento na formação dos ACS, recorreu-se ao estudo de Robayo citado em Wright¹⁶, publicado em 1987, no qual se encontra registrada a sugestão para a oferta de treinamento elementar, em curto prazo, considerada a partir da necessidade de se preparar o recurso humano para um desempenho profissional coerente às demandas expressas pela comunidade, acrescida da orientação para uma ampliação gradativa.

Nessa mesma linha de raciocínio, Nunes *et al.*¹⁷ consideraram que o treinamento deve prover conhecimentos diversos em torno da questão do processo saúde-doença, além de facilitar a formação de outras competências e habilidades, fora da dimensão biomédica, para uma melhor atuação do profissional junto às famílias e para o reconhecimento de suas necessidades.

Percebe-se, no entanto, que a formação recebida pelos ACS tem sido o espelhamento da formação que outros membros da equipe de Saúde da Família receberam, ou seja, podem estar reproduzindo princípios assistenciais voltados às práticas curativistas.

A segunda categoria se representa pela caracterização da saúde bucal, ou seja, como o ACS caracteriza a saúde bucal. A seguir, têm-se os discursos:

“é tudo, estar tratando dos dentes, não deixar a cárie aparecer para você ir ao dentista. É começar a tratar antes, desde o bebezinho”. (2)

“uma boa escovação. Saúde bucal é higiene, até quem tem dentadura”. (4)

é trazer seu filho ao dentista, fazer higiene, escovar pelo menos três vezes ao dia, usar o fio dental. Estar fazendo uma revisão, adulto, criança. Idoso é muito importante também para estar veri-

ficando mesmo que usa prótese dentária, para ele estar fazendo uma avaliação. (6)

“saúde bucal é prevenção. Importante, é a gente saber para prevenir, como eu disse, para prevenir futuras doenças, principalmente o câncer de boca”. (7)

Em concordância às percepções, torna-se possível compreender que se atribui à “saúde bucal” um sentido de prevenção da cárie dentária e de doenças da boca. E entende-se o “cuidado com a saúde bucal” como sendo práticas de higiene dental e escovação, tanto na pequena idade quanto na idade adulta, além da noção de que, diante da ausência dos dentes, o cuidado deve implicar uso de prótese dentária.

Pode-se perceber, ainda, que dos discursos emerge a noção de saúde bucal sob uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença, surgindo também o entendimento da boca para além do anátomo-fisiológico, ou seja, como extensão corporal com significados e sentidos próprios¹⁸.

“a saúde bucal tem que ser muito importante na saúde das pessoas”. (1)

“saúde depende de um todo, é um todo, é o corpo todo. E que a doença da boca vai prejudicar o estômago, vai prejudicar todo o resto do corpo”. (2)

“saúde bucal faz parte do corpo, e como parte do corpo também tem que ser cuidada”. (8)

Entende-se que, para haver o fortalecimento da consciência para o cuidado em saúde bucal no sentido promocional, torna-se imperiosa a necessidade de compreender a boca como a extensão de um todo, num todo, firmando-se como recurso essencial para uma vida cotidiana com qualidade.

A essência desses desafios teórico-conceituais fica evidente na citação de Souza¹⁸: ***A integralidade na Atenção à Saúde Bucal só será alcançada se, em nossas práticas e em nossa formação, buscarmos devolver à boca suas dimensões cultural e psíquica para que passemos a olhá-la não apenas como máquina de mastigar; mas também como máquina de desejo, como lugar onde também se afirmam sujeitos desejantes e produtores do mundo***¹⁸.

Para os entrevistados, o autocuidado e autoexame na prevenção de doenças da boca são atitudes importantes na dimensão do cuidado em saúde bucal, assim como a figura do profissional tida como articulador entre dois campos de intervenção: de informação para saúde e de acesso ao controle, manutenção e prevenção de doenças. Nesse sentido, o entendimento por parte do profissional quanto ao seu desempenho como educador é de fundamental importância, deven-

do o mesmo estar sensível às necessidades subjetivas e culturais do usuário, bem como deve adotar uma comunicação dialógica direcionada a uma assistência diferenciada e de estímulos pela busca da autonomia em saúde.

acho importante a população, assim como eu, eu também faço parte da população, estar sabendo que eu preciso ter uma escovação diária. Eu preciso estar cuidando mesmo, porque se eu vir alguma coisa diferente na minha boca estar procurando um dentista. (1)

“saúde bucal é a gente estar fazendo um auto-exame, para prevenir doenças na boca. A gente se olhar no espelho e ver se tem alguma feridinha, alguma mancha”. (7)

Importante apresentar o desenvolvimento de habilidade, como um dos campos de ações identificados na Carta de Ottawa¹⁹, que se fundamenta na implantação de políticas públicas sob a lógica da promoção de saúde e no desenvolvimento da capacidade de análise crítica da realidade. O documento deixa claro a importância da socialização de informações para o desenvolvimento de habilidades favoráveis à saúde. Ou seja, orienta para o estabelecimento de práticas educativas nos mais diferentes espaços coletivos, de maneira a preparar o indivíduo para a superação de dificuldades da existência e o enfrentamento das enfermidades.

Em sintonia à assertiva acima apresentada, tem-se logo abaixo o comentário de Buss²⁰ em reforço à prática do **empowerment** como consequência de intervenções de promoção de saúde efetivas: ***Os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis, estão entre os principais elementos capacitantes***

A implementação do **empowerment** tem sido objeto de inúmeras discussões no campo da promoção da saúde e das ciências sociais em geral. Porém, nos últimos tempos, esse conceito fundamental da promoção de saúde tem sido parcialmente encoberto por outros conceitos, como de capacitação comunitária, coesão social e capital social²¹⁻²³, os quais integram as discussões acerca da saúde e da qualidade de vida; contudo, deixam de enfatizar a questão das relações de poder (empoderamento) como “determinante fundamental da saúde”²².

Para Sem²⁴, o **empowerment** está relacionado com as reais facilidades de acesso à participação e desenvolvimento individual. Para Laverack e Labonte²⁵, é tido como estratégia para aquisição

de controle sobre as decisões em saúde ou como um mecanismo de mudanças direcionadas a uma igualdade de poder, sobretudo àquelas que concentram recursos, legitimidade, autoridade ou influência.

Na opinião de Vasconcelos²⁶, o **empowerment** valoriza a ação local de grupos sociais voltada à formação de aliança com a finalidade de ampliar o debate acerca da opressão, mediante sua contextualização, ao mesmo tempo em que busca sua compreensão como fenômeno histórico, estrutural e político. Ao se privilegiar a co-participação de vários sujeitos com suas diferentes realidades, em processos de busca por melhorias de vida e saúde, tem-se o fortalecimento do tecido social de forma a abrir possibilidades de escolhas aos diferentes indivíduos, deixando-os livres para optar por tudo aquilo que proporcione saúde.

Em continuação à caracterização da saúde bucal, pode se perceber em um dos discursos que a mesma é imprescindível para a concretização da identidade, pelo fato de o rosto atrair o primeiro olhar das pessoas e por ser o local onde se estampa a realidade da identidade de cada um.

“o sorriso é a identidade da pessoa. Se você não tem uma identidade o que você seria?” (1)

Tomando o rosto como centro da noção, Wolf²⁷ relatou a importância da boa aparência como um instrumento facilitador para a aceitação do indivíduo pelo grupo social, destacando o sorriso e dentes saudáveis como símbolos importantes da auto-apresentação.

Atualmente, a sociedade supervaloriza a aparência em detrimento de outros valores, interpretando a falta de dentes como sendo uma condição estética e socialmente desfavorável com capacidade de excluir as pessoas do convívio social²⁸.

Ainda sobre a construção da identidade do indivíduo, a saúde bucal e a boa conservação dos dentes, Martins^{29,30} identificou que a falta de dentes desvaloriza ou incapacita o trabalhador enquanto força de trabalho, do mesmo modo que o trabalho resgata a saúde bucal enquanto valor.

A terceira categoria se mostra com as falas dos ACS vivenciado a Promoção de Saúde Bucal e percebe-se que educar e promover mudanças de hábitos não é tarefa das mais fáceis.

Você vai até a pessoa, consegue orientar; você consegue ver que as crianças estão melhores acompanhadas. Muitas vezes você tem que insistir muito, tem que trabalhar muito, mas às vezes você consegue. Na maioria das vezes você consegue. E a população ainda está naquela idéia de medicamento, que o medicamento é que vai resolver; mas na realidade não é isso. É um trabalho de prevenção, a

população não aprendeu ainda a prevenir. É mais importante prevenir do que estar só medicando, medicando. Eles deixam tudo para a hora que não tem mais condições. Tem que ser passado para a população, para que a população tenha consciência que não é só vir ao dentista quando está com dor ou está com cárie. É começar antes o tratamento. Orientação e que a doença da boca vai prejudicar o estômago, vai prejudicar todo o resto do corpo. (2)

Não é difícil trabalhar com prevenção, só que muitas vezes a gente passa uma orientação, só que por hábitos do paciente mesmo, ele não faz. Então a gente, bate em cima, fala, que tem que ter higiene bucal, fazer limpeza, passar fio dental. Mas no fundo, no fundo, na hora que você vira as costas, ele pára, ele faz 1, 2, 3 dias, só que ele vê que não dá, que ninguém está mais perturbando, ninguém está falando, ele pára, daí começa tudo de novo. Eu sou de uma área mais idosa, não tem tanta criança. Meus pacientes são de 45 para cima. Então você sabe que é prótese, não faz a higiene que tem que ser feita. Eles dormem com a prótese, eles não fazem, não tiram a prótese para dormir; não faz uma higiene, não põem no copo, ou deixa lá com água. Daí você fala: “Dona Maria, a senhora tira a prótese para dormir?”. “Tira a dentadura para dormir, Dona Maria?”. “Ah, fia, eu tô acostumada já”. É isso que eles falam, às vezes eles falam assim: “Ah, eu não fui acostumada com isso”; “ah, eu só lavo a boca”. Então você sabe que não é uma higiene. Já não é um costume. Até mesmo quando tinha dentes talvez não era costume. Já vem de descendência talvez, ou então de pai para filho. É difícil fazer prevenção assim. (3)

As ações preventivas visam levar as pessoas a mudarem seus comportamentos, escolhendo estilos de vida mais saudáveis, e os ACS em suas ações levam as informações no sentido de despertar a intenção da mudança.

Um aspecto bastante interessante salientado por Nunes *et al.*¹⁷, no que diz respeito às formas de abordagem, é que muitas vezes elas são desenvolvidas empiricamente pelos ACS em razão de várias formas de resistência, dentre elas, a não-aceitação da proposição de mudança e a recusa pela visita dos membros da equipe.

Sob esta perspectiva de mudança de comportamentos, Abreu *et al.*³¹ destacaram que os conceitos sobre saúde-doença sofrem forte influência dos valores culturais, sendo necessária a compreensão de que tais conceitos e práticas são partes integrantes de redes de significados socioculturalmente construídas.

Por ser tratar de dimensões individual, cultural e social, e não somente um espaço físico, o

trabalho em territórios busca o entendimento entre os diferentes sujeitos, almejando uma aproximação e diálogo, de modo a permitir um espaço para expressão dos traços cotidianos dos diferentes pares, além de possibilitar caminhos e ações conjuntas para a solução dos problemas.

Ainda, os entrevistados comentam sobre como vivenciam a oferta dos serviços de odontologia no seu cotidiano, e percebem restrições de acesso aos serviços, podendo tal lacuna ser observada pelas seguintes falas:

“mais acesso, no caso de médicos, da odontologia”. (2)

“eles deveriam abrir mais vagas, abrir mais oportunidades, ou então, até mesmo colocar mais vagas para os pacientes”. (3)

Ao vivenciar as ações em saúde bucal, os ACS percebem os serviços odontológicos em fase de crescimento para tornar-se acessível às pessoas, a saber:

“eu acredito que a saúde bucal aqui no Brasil está indo de vento em popa, eu tenho meus dentes perfeitos, é pela oportunidade que eu tive, pelo posto de saúde. Então, quem tem oportunidade tem que seguir, tem que fazer”. (1)

“a gente sabe, surgiu o CEO” (3)

“hoje em dia tem até lugar que você pode buscar tratamento gratuito, mesmo que demore um pouquinho, você consegue”. (8)

Na rotina diária, sentimentos de limitação permeiam o cotidiano dos ACS, observados através dos seguintes discursos:

às vezes a gente não consegue atingir o objetivo que a gente gostaria. A gente não tem suporte. Muitas vezes, a gente quer fazer, mas não tem apoio necessário, não tem material. Mas poderia ser melhor, se a gente tivesse mais apoio, mais suporte. Falta material, falta um local para você fazer uma palestra, trabalhar direto com o povo para esclarecer mais. Dificuldade de um local para trabalhar com eles, salão para fazer palestra, papel para trabalhar: O computador não tem tinta. Investir mais, dando mais espaço para a gente trabalhar direto com a população. Palestra, ter um local para a gente estar falando com a população. (2)

porque a gente pode estar passando informação errada. Que até mesmo o paciente chega na unidade e acha que o trabalho do dentista é fazer “dentes novos”, daí ele chega na unidade e não consegue o que eles querem. Daí fala que a higiene bucal ou então que o trabalho do PSF não vale nada. Porque passam uma informação fantasiosa. Porque eles acham que vão chegar aqui e eles vão encontrar canal (tratamento), vão encontrar tudo de melhor, como se fosse particular. No fundo, no fundo a

gente sabe que não é assim, da forma que eles acham. A gente leva informação, eles vêm até o posto, daí não tem o material específico para estar fazendo o tratamento, e aí a gente passa por mentirosa. Então é isso que a gente quer. Passar informação certa para nós, para nós estarmos passando informação correta para os pacientes. (3)

Mesmo reconhecendo o ACS como recurso importante na melhoria do acesso aos serviços odontológicos, sabe-se que, para a resolução dos problemas relacionados à demanda, faz-se necessário garantir a oferta de condições satisfatórias de trabalho, bem como de uma infra-estrutura mínima e adequada, com recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis.

A última categoria se desvela com o ACS descrevendo a importância do conhecimento e também sobre a renovação ou atualização dos conhecimentos em saúde bucal, como reportam as falas a seguir:

eu acho que a gente deveria ter mais conhecimento, eu acho que a gente deveria ter mais palestras. Conhecer mais o que é realmente cárie, o que não é, quais os tratamentos específicos que pode ser utilizado no PSF. O que a gente precisa mesmo é de palestra, quanto mais palestra, quanto mais ações que levarem para a área da higiene bucal, para nós vai ser muito mais gratificante. Porque a gente vai estar passando informação correta para os pacientes. (3)

principalmente na minha profissão, eu tenho que estar atenta a todas as informações que foram passadas para mim, para que eu possa estar passando essas informações aos pacientes e orientando também a importância da higiene. Reciclagem, lembrar, ir às oficinas, nos cursos, educação permanente, que eu acho muito importante, é essencial. (5)

a gente ter mais acesso às informações, através de cursos, de palestras, com pessoas, com dentistas da área, com doutorados da área. Para a gente é muito importante, para a gente poder passar para a comunidade uma orientação mais concreta. Quanto mais conhecimento a gente tiver, para mim é melhor, para a gente poder ajudar a comunidade, na orientação. (7)

eu acho assim, que se pudesse dar mais treinamento nessa área, seria bom. Tudo é válido para a gente poder falar de uma maneira mais simples com as pessoas. (8)

por causa da gente ser agente comunitária, eu acho que a gente tem que saber, porque se a gente vai fazer as visitas, as pessoas não perguntam só da saúde, perguntam da saúde bucal também. Eu acho que o melhor modo de se aprimorar é com cursos,

fazendo cursos, porque a gente aprende tanto nos cursos, então eu acho que o curso vale muito. (9)

Neste contexto, relativo ao processo formador e qualificador do ACS, Solla³², em seu estudo sobre o trabalho do ACS na Bahia, concluiu que a maioria dos ACS se ressentiu de capacitações e de maior aprofundamento para melhor argumentarem junto às famílias.

Ainda a esse respeito, Oliveira³³, quando analisou o trabalho dos ACS no Mato Grosso do Sul, concluiu que o ACS necessita de treinamento contínuo adequado e voltado para as realidades locais.

Com a finalidade de melhorar o conteúdo dos cursos de qualificação direcionados ao ACS, Torres e Lopes³⁴ orientam que as experiências, os temas da realidade local dos ACS e os temas inerentes à política nacional de saúde estejam contemplados no processo pedagógico, apontando para a necessidade de qualificação periódica.

Para que o ACS responda satisfatoriamente às expectativas que lhes são apresentadas diante do exercício profissional, considera-se de fundamental importância o seu aprimoramento técnico-científico, de forma continuada, visando ao desenvolvimento de suas potencialidades e aquisição de novas competências e habilidades, as quais são exigidas pelo mercado e convívio globalizados.

Enfim, em todos os momentos dessa prazerosa viagem de conhecimento acerca do universo vivido pelos ACS, em que as palavras ditas e as não ditas falaram por si sobre o que somos e como abordamos o mundo, boas e oportunas descobertas se desvelaram, tornando-se muito significativas a partir de seus olhares, e se manifestaram em ensinamento e aprendizado.

Personagens e protagonistas de uma história que nos espaços de seus mundos de vida e trabalho tornaram compreensíveis os significados que atribuem às suas realidades.

E, para fechar este segmento, este estudo foi apenas uma forma de desencadear processos de reflexão, ou talvez, esse foi apenas um modo de começar...

Considerações finais

Nesse processo de idas e vindas de reflexão, percebe-se que, para que essa valiosa qualidade de elo não se rompa, deve-se ouvir e cuidar desses profissionais, e que sejam compreendidos, valorizados e respeitados, pois desenvolvem importantes papéis.

Na tentativa de superar sentimentos e limitações, programas de desenvolvimento profissional com base na educação permanente em saúde devem ser proporcionados a esses trabalhadores, para que tenham novas concepções do seu trabalho diário, tornando sua trajetória profissional mais prazerosa. Assim como momentos de discussão, análise e reflexão possam ser proporcionados para que se percebam fazendo parte de uma equipe.

São como anjos que cuidam dos outros como se fossem membros de suas famílias e, com propriedade, se utilizam das tecnologias leves (a conversa, o acolhimento, a humanização, a escuta solidária, a mediação) e, dessa forma, ao darem uma nova forma ao ato de “cuidar”, acabam dando vida à produção do cuidado.

Na execução de suas rotinas, ora lhes são exigidos conhecimentos com embasamento na medicina “oficial”, ora, saberes e experiências próprias, e assim entrecruzando-se os vários saberes vão tecendo em seu cotidiano um conjunto de conhecimentos. E nesse saber, o pensar e o fazer vão costurando dois universos culturais: o de saberes populares e o de saberes médico-científicos e, ao dominarem esses conhecimentos, vão se adentrando os lares, achegando-se às pessoas, repartindo conhecimentos, levando o saber simplificado, motivando as pessoas a refletirem so-

bre comportamentos inadequados, influenciando inclusive na mudança de atitudes.

Para o usuário, a informação e a socialização do conhecimento sobre questões de educação e saúde são instrumentos vitais, para que, quando capacitado, ele possa gerir responsabilmente o próprio destino, deixando de ser simples objeto receptor de serviços, sem vontade própria ou direito de escolhas. E para nós, profissionais em saúde bucal, são necessárias tais conquistas para que tenhamos um vislumbre de missão cumprida na busca de uma democracia social mais justa.

Portanto, percebe-se o ACS como uma pessoa importante, e como mencionado por Nunes¹⁷, acredita-se na força e na riqueza desse trabalhador em saúde, contribuinte do processo de transformação social, mas que sozinho não pode e não deve carregar a credibilidade do sistema de saúde.

Para pensar e agir é preciso ter certeza. E tal certeza está na luta diária, na qual se acredita ser possível que uma pequena mudança feita com qualidade e dirigida a um objetivo em comum seja capaz de operar grandes mudanças, tanto quantitativamente como qualitativamente.

E, nessa perspectiva, entendendo a boca em sua dimensão mais intensa como um “lugar de afirmação da Vida”¹⁸, segue-se passo a passo, e é desse modo que, por meio de falas, sorrisos e gritos, molda-se o presente e molda-se o futuro em direção à saúde para todos.

Colaboradores

GA Kobayashi trabalhou na construção do referencial teórico-metodológico, aplicação dos instrumentos, análise dos dados e redação do artigo; RA Alvez-Souza trabalhou na construção do referencial teórico-metodológico, orientação na análise geral do estudo, elaboração das figuras, redação, aprimoramento e revisão final do artigo; ML Garanhani trabalhou na construção do referencial teórico-metodológico, orientação na elaboração dos instrumentos e orientação na análise dos resultados e T Maeda trabalhou na redação do **abstract**.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos ACS envolvidos no estudo, às coordenadoras das USF e à Autarquia Municipal da Prefeitura do Município de Londrina.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde/Unicef. Fundo das Nações para a Infância. Cuidados Primários de Saúde. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata. URSS**. Brasília: Unicef – Brasil; 1979.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Política Nacional de Saúde Bucal: Princípios, Objetivos, Prioridades. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Equipes de Saúde Bucal. Série C, Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
5. Souza RAA. **A saúde bucal nos Conselhos Municipais de Saúde: da ação ao direito**. [dissertação]. Araçatuba (SP): Universidade Estadual Paulista; 2000.
6. Alves-Souza RA, Saliba O. A Saúde Bucal em pauta: análise de registros dos Conselhos Municipais de Saúde de municípios pertencentes à 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2003; 19(5):1381-1388.
7. Manfredini MA. **Abrindo a boca: reflexões sobre bocas, corações e mentes**. In: Campos FCB; Henriques CMP, organizadores. **Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Hucitec; 1997. p.70-87.
8. Manfredini MA. **Um olho no peixe, o outro no gato: planejando a promoção da saúde na Atenção Primária**. 2003 [acessado 2006 Jan 31]. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/ou/manfredini.doc>
9. Souza DS, Caminha JAN, Ferreira MA, Tomita NE, Narvai PC, Gevaerd SP, Mendes WB. A inserção da Saúde Bucal no PSF. **Rev. Bras. Odont. Saúde Coletiva** 2001; 2(2):7-29.
10. Souza HM, Sampaio LFR. **Atenção básica: políticas, diretrizes e modelos coetâneos no Brasil**. In: Negri B, Faria R, Viana ALD, organizadores. **Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Instituto de Economia/UNICAMP; 2002. p.9-32.
11. Motta J I J, Buss P, Nunes TCM. Novos desafios para a formação de recursos humanos em saúde. **Rev Olho Mágico** 2001; 8(3):4-8.
12. Condón JAP. Sobre a construção histórica do conceito de Odontologia em Saúde Coletiva. **Rev Ação Coletiva** 1998; 1(1):7-26.
13. Minayo MC. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes; 1993.
14. Garanhani ML. **Habitando o mundo da Educação em um currículo de enfermagem – um olhar à luz de Heidegger** [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): USP; 2004.
15. Martins J, Bicudo MA. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes; 1989.
16. Wright MGM. O agente de saúde na atenção primária de saúde: da teoria à realidade. **Rev Bras de Enf** 1987; 40(4):183-189.
17. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente Comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad Saúde Pública** 2002; 18(6):1629-1638.

18. Souza ECF. **Formação e trabalho em Odontologia: ampliar a clínica para construir uma nova cultura de cuidado em Saúde Bucal**. 2004. In: III Conferência Estadual de Saúde Bucal do Rio Grande do Norte [acessado 2005 set 16]. Disponível em: http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_sauco/saude_bucal_betinha.pdf
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
20. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cienc Saude Colet* 2000; 5(1):163-177.
21. Jewkes R. **Evaluating community development initiatives in Health Promotion**. In: Thorogood M, Coombes Y, editors. **Evaluating health promotion – Practice and methods**. London: Oxford University Press; 2000. p. 129-139.
22. Laverack G, Wallerstein N. Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health Promotion International* 2001;16:179-185. [acessado 2006 Fev 17]. Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/reprint/16/2/179>
23. Kemenade S. Social capital as a health determinant – How is it defined? Applied Research and Analysis Directorate. **Policy Research Communications Unit**. [serial on the Internet] 2002 . [cited 2006 Feb 17]. Available from: http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/iacb-dgiac/pdf/pubs/hpr-rps/wp-dt/2003-0207-social-defin/2003-0207-social-defin_e.pdf
24. Sem A. **Development as freedom**. 1999 [acessado 2006 Fev 17]. Disponível em: <http://joaocs.no.sapo.pt/Files/desenv%20liberdade.pdf>
25. Laverack G, Labonte R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy Plan* [serial on the Internet] 2000 [cited 2006 Feb 17]; ;15(3): [about 8 p.]. Available from: <http://medstat.med.utah.edu/symposium/docs/255.pdf>
26. Vasconcelos E. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. Rio de Janeiro: Paulus; 2004.
27. Wolf SMR. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Rev APCD* 1998; 52(4):307-316.
28. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de Saúde Bucal no Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. *Cien Saude Colet* 2005; 10(4):1015-1019.
29. Martins EM. Construindo o valor Saúde Bucal. *Ação Coletiva* 1999; 2(2):5-9.
30. Figueiredo GO, Brito DTS, Botazzo C. Ideologia, fetiche e utopia na Saúde: uma análise a partir da Saúde Bucal. *Cien Saude Colet* 2003; 8(3):753-763.
31. Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de Saúde Bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG). *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):245-259.
32. Solla JJP, Medina MG, Dantas MBP. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. *Saúde em Debate* 1994; 51:4-15.
33. Oliveira RG, Nachif MCA, Matheus MLF. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. *Acta Scientiarum Health Sciences* 2003; 25(1):95-101.
34. Torres ZF, Lopes BC. O ASC na equipe de Saúde da Família. *Rev Olho Mágico* 2003; 10(3):71-78.

Artigo apresentado em 22/02/2006

Aprovado em 02/03/2007

Versão final apresentada em 02/04/2007