

**THAIS SATHIE ISEKI KUMAGAI**

PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO PROGRAMA SAÚDE  
DA FAMÍLIA SOBRE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL À GESTANTE

**CAMPO GRANDE  
2005**

**THAIS SATHIE ISEKI KUMAGAI**

**PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO PROGRAMA SAÚDE  
DA FAMÍLIA SOBRE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL À GESTANTE**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e à Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser" / SES/MS, como requisito para obtenção do título de Residente em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Zárate Pereira

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Msc. Adélia Delfina da Motta Silva Correia.

**CAMPO GRANDE  
2005**

A monografia intitulada PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL À GESTANTE, apresentada por THAIS SATHIE ISEKI KUMAGAI, como exigência para a obtenção do grau de Residente em Saúde da Família, à banca examinadora, na Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser” de Mato Grosso do Sul, MS, obteve conceito A.

BANCA EXAMINADORA

---

Professor Dr. Paulo Zárate Pereira

---

Professora Msc. Adélia Delfina da Motta Silva Correia

---

Professora Msc. Cibele Bonfim de Rezende

---

Professora Msc. Valéria Rodrigues Lacerda

---

Professora Msc. Maria Elizabeth Araújo Ajalla

Dedico este trabalho a Deus, ao meu noivo Glauber e à minha família: minha mãe Eloísa, meus irmãos Thércio e Thelson e ao meu paizinho Takeshi (*in memorian*).

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Ministério da Saúde, pela aprovação e financiamento deste curso.

À Escola de Saúde Pública "Jorge David Nasser", pela realização de mais um curso destinado ao crescente aperfeiçoamento dos profissionais da saúde de Mato Grosso do Sul.

À Prefeitura Municipal de Campo Grande e à Secretaria Municipal de Saúde Pública pela concessão aos residentes para a realização dos módulos práticos do curso e para a pesquisa.

Aos professores do Curso, pela partilha de conhecimentos.

Ao professor Paulo Zárate, pelas dicas, orientações, confiança e respeito dedicados.

À professora Adélia, pelas orientações, textos cedidos, intermediações junto à SESAU e pelas valiosas dicas de Epi Info.

Ao colega Marcelo, pela ajuda na busca dos dados.

Aos colegas Sandra e Hiroshi, pelas experiências nesses anos de convívio.

A todos os agentes comunitários que, através de suas participações, permitiram-nos conhecer mais a realidade de seu trabalho e enriqueceram este estudo.

## RESUMO

Este trabalho resulta da análise da percepção dos agentes comunitários de saúde (ACS) do Programa Saúde da Família (PSF) de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. A pesquisa teve por objetivos analisar a percepção dos agentes comunitários sobre atenção em saúde bucal à gestante, verificando se os mitos que cercam o atendimento odontológico a esse grupo estão presentes entre esses profissionais; detectar a ocorrência de orientações sobre saúde bucal da gestante através dos cirurgiões-dentistas (CD) das equipes e verificar a prática das ACS, que já estiveram gestantes ou que se encontram atualmente no período gestacional, em relação à procura por atendimento odontológico na gestação. A investigação foi realizada através da aplicação de um formulário, em que foram registradas as respostas de 157 ACS. Verificou-se que a maioria dos ACS orienta as gestantes ao atendimento odontológico, não considerando a gravidez um impedimento para essa atenção, porém, apresentam alguns focos de mitos, como restrições ao uso de anestésicos locais. A maioria dos ACS não recebeu treinamento em saúde bucal da gestante pelo CD de sua equipe e a prática pessoal de procura ao CD pelas ACS (durante a gestação) mostrou-se bem pequena. Os resultados indicam uma deficiência no treinamento desses profissionais por parte dos CDs, presença entre os ACS de mitos e crenças em relação à atenção em saúde bucal de gestantes, o que alerta para a necessidade de maior dedicação por parte da equipe de saúde no que se refere ao treinamento dos ACS para que se alcance maior efetividade nas ações destinadas às gestantes.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde, Educação em Saúde, Educação Permanente; Saúde Bucal da gestante, mitos e crenças.

## ABSTRACT

This work results from the perception analysis of health communitarian agents inserted in the Family Health Program in Campo Grande, Mato Grosso do Sul. The research had as objectives to analyze the perception of these communitarian agents about oral health attention during pregnancy, verifying if the myths that surround the oral attention to this group are usual among these professionals; to detect the occurrence of oral health training to pregnant through the dentists of family health teams and to verify the health communitarian agents experience from that one who already had been pregnant or that one during pregnancy about looking for dentist surgery at this time. The research was carried out by the application of a form, where the answers of 157 health communitarian agents had been analyzed. It was verified that the health communitarian agents majority guides the pregnant to the dentist surgery attendance, not considering the pregnancy as an obstruction for this attention, however they present some myths focusis, as restrictions for using local anaesthetics. The health communitarian agents majority did not receive training in oral health about pregnancy from the dentist of its team and the experience of looking for the dentist by them (during the pregnancy) shows to be very small. The results indicate a deficiency in training these professionals by the dentists, presence among the health communitarian agents of myths and beliefs in relation to oral health attention during pregnancy, what alerts for the necessity of bigger devotion by the family health team about the health communitarian agents training in order to reach greater effectiveness with the actions destined to pregnant.

Keywords: Health Communitarian Agents, Health Education, Permanent Education, pregnant Oral Health, myths and beliefs.

## LISTA DE TABELAS

- TABELA 1** - Distribuição de UBSF e ACS por Distrito Sanitário. Campo Grande (MS), 2005. ....45
- TABELA 2** - Distribuição dos ACS, de acordo com a faixa etária, inseridos nas equipes do PSF. Campo Grande (MS), 2005. ....50
- TABELA 3** - Distribuição dos ACS, de acordo com a escolaridade, inseridos nas equipes do PSF. Campo Grande (MS), 2005. ....50
- TABELA 4** - Distribuição dos ACS, de acordo com o tempo de trabalho no PSF, inseridos nas equipes do PSF. Campo Grande (MS), 2005. ....51
- TABELA 5** - Distribuição dos ACS inseridos no PSF, de acordo com a orientação à gestante e período ideal para procura por atendimento odontológico. Campo Grande (MS), 2005. ....55
- TABELA 6** - Distribuição dos ACS inseridos no PSF, de acordo com conceitos relacionados à saúde bucal das gestantes. Campo Grande (MS), 2005. ....58
- TABELA 7** - Distribuição das ACS inseridas no PSF, de acordo com o conceito e a prática pessoal sobre o período ideal da procura da gestante por atendimento odontológico. Campo Grande (MS), 2005. ....60



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACD - Auxiliar de Consultório Dentário

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AIS - Ações Integradas de Saúde

CD - Cirurgião-dentista

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CNS - Conselho Nacional de Saúde

EPS - Educação Permanente em Saúde

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Equipe de Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SESAU - Secretaria Municipal de Saúde do Município de Campo Grande

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

THD - Técnico em Higiene Dental

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	14
<b>2.1 O SUS e o PSF</b> .....	14
<b>2.2 A equipe de saúde bucal (ESB) no PSF</b> .....	17
<b>2.3 A Educação em Saúde e os recursos humanos</b> .....	19
<b>2.4 O agente comunitário de saúde (ACS)</b> .....	24
<b>2.5 Atenção à gestante</b> .....	31
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	43
<b>3.1 Geral</b> .....	43
<b>3.2 Específicos</b> .....	43
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	44
<b>4.1. Tipo de Pesquisa</b> .....	44
<b>4.2. Local da Pesquisa</b> .....	44
<b>4.3. Sujeitos da Pesquisa</b> .....	44
<b>4.4. Instrumentos/ Procedimentos de Coleta de dados</b> .....	45
<b>4.5. Estratégia para análise dos dados</b> .....	47
<b>4.6. Aspectos éticos</b> .....	47
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	49
<b>5.1 Caracterização dos ACS</b> .....	49
<b>5.2 Aspectos da capacitação em saúde bucal da gestante</b> .....	51
<b>5.3 A percepção dos ACS em saúde bucal da gestante</b> .....	54

<b>5.4 A prática das ACS gestantes .....</b>	<b>58</b>
<b>6 CONCLUSÕES .....</b>	<b>63</b>
<b>8 SUGESTÕES.....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE .....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>74</b>
<b>APÊNDICE C - FOLHETO EXPLICATIVO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE .....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO A- CARTA DE AVISO DA SESAU ENVIADAS A TODAS AS USF.....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL .....</b>	<b>77</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu para contribuir na reorientação da atenção à saúde, tendo como característica o trabalho com famílias em território definido, no qual uma equipe multiprofissional presta assistência integral à família, intervindo sobre os fatores de risco a que a população adscrita está exposta.

Dentro desse contexto, definiram-se algumas prioridades de ação do PSF – os eixos prioritários da Atenção Básica - como saúde da criança, saúde da mulher, saúde bucal, entre outros. No que se refere à saúde da mulher, o período gestacional representa um campo bastante rico para atuação das equipes de saúde da família, principalmente na educação em saúde, visto que nesse período, segundo Tiveron, Benfatti e Bausells (2001), a mulher se encontra mais aberta a novos conhecimentos que contribuam para o desenvolvimento saudável de seu bebê.

A gestação é cercada de alguns mitos em se tratando de saúde bucal. Oliveira Jr. et al. (2000), ao avaliarem um grupo de gestantes de classe média e alta de Araraquara (SP) para identificar possíveis mitos que dificultariam a implantação de um programa de prevenção em gestantes, constataram que o interesse, o conhecimento e mitos populares são determinantes na participação e efetividade dos programas em adultos, pois, os conhecimentos populares, somados aos mitos, influenciam de maneira significativa no comportamento das pessoas. E, se tais fatores não forem considerados, o programa apresentará riscos de não ser viável e,

conseqüentemente, não apresentará resultados.

Portanto, a educação à gestante deve ser efetiva no aprendizado e na superação desses mitos. Para tanto, faz-se necessário o trabalho de toda a equipe de PSF, inclusive do agente comunitário de saúde (ACS), o qual pela natureza de sua rotina de trabalho mantém maior(es) contato(s) com a gestante. O ACS, segundo Gonçalves (2003), conhece a intimidade, moradia, modo de vida das pessoas da área em que atua, contribuindo, desse modo, para a definição do tipo de assistência necessária. Em sua maioria, os ACS iniciaram o trabalho no PSF sem preparo específico, recebendo apenas orientações básicas. O padrão de trabalho conseguido acontece devido aos esforços pessoais, dedicação e compromisso dos ACS, dependendo do bom-senso de cada um deles. Utilizam a comunicação como seu instrumento essencial, valendo-se de estratégias como exemplos pessoais e depoimentos para sensibilizar a população para a educação, visando a mudanças na realidade encontrada. Tais fatos evidenciam a necessidade de se garantir condições para a construção de um saber operante, tanto para o seu perfil ocupacional como para o social.

O estudo justifica-se por evidenciar a importância da atenção à saúde bucal durante a gestação, atenção esta contemplada na Saúde da Mulher, eixo prioritário da Atenção Básica e, portanto, também no PSF, destacando a necessidade de mudanças nos conceitos de atenção em saúde bucal na gestação. Sua importância torna-se visível quando se encontra na literatura, alta prevalência de necessidades odontológicas nessa fase da vida da mulher, assim como indicações da continuidade

desses problemas através dos bebês. A literatura também relata a necessidade de melhoria nas práticas em saúde, nas quais haja maior integração entre os membros das equipes de saúde da família com vistas a alcançar o máximo em aproveitamento das forças trabalhadoras, principalmente dos ACS, para que atuem no sentido de mudanças dos hábitos da população, na busca do autocuidado com eficiência. Os ACS, por configurarem elos de ligação com a comunidade, precisam ser devidamente capacitados para que possam atuar na atenção e orientação adequadas em saúde bucal às gestantes.

Assim, o objetivo dessa pesquisa é verificar a percepção sobre saúde bucal na gestação por parte dos ACS, ao entendê-los como integrantes essenciais da equipe de PSF devido à característica de ser fonte direta de informações sobre saúde, por conviverem com a realidade da população, conhecendo-a mais amplamente, e por poderem contribuir na educação em saúde bucal às gestantes. É necessário conhecer se os mitos que cercam esse período de vida da mulher encontram-se presentes ou não também nesses profissionais.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

A revisão de literatura inicia-se com a exposição de aspectos do Sistema Único de Saúde (SUS) e do PSF, uma vez que o alvo dessa pesquisa é o ACS, o qual representa uma identidade profissional em constante construção e expansão no PSF em âmbito nacional, com vistas à efetivação das práticas em saúde baseadas nos princípios do SUS. Em seguida, situa a equipe de saúde bucal no Programa e, na seqüência, define a Educação em Saúde relacionando a sua importância na formação de recursos humanos. Por fim, traça considerações sobre o ACS e finaliza abordando aspectos da atenção à gestante.

### **2.1 O SUS e o PSF**

A VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, significou um marco na Reforma Sanitária brasileira ao formular propostas de mudanças no setor saúde. A Constituição Federal de 1988, ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS), reconheceu a saúde como direito de todos, assegurado pelo dever do Estado baseando-se nos princípios da universalidade (acesso aos serviços garantido a todas as pessoas); equidade (tratar desigualmente os desiguais); integralidade (atender a todas as necessidades do indivíduo, entendendo-o como um todo) e organizado pela descentralização (cada esfera de governo dotada de condições de gerência técnica, administrativa e financeira), hierarquização (serviços

organizados em níveis crescentes de complexidade) e controle social (participação popular). As Leis nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90 regulamentaram o SUS após sua criação, definindo atribuições de cada nível governamental, estabelecendo responsabilidades nas áreas de vigilância epidemiológica e sanitária (CUNHA e CUNHA, 2001).

A criação do SUS deu seqüência ao processo de descentralização iniciado pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) e pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com transferência da responsabilidade pública da assistência à saúde para o âmbito municipal. Com a Constituição de 1988, separou-se definitivamente a saúde da previdência, com a Previdência Social perdendo atribuições no atendimento médico-hospitalar. O direito universal à saúde, definida na Constituição pela inclusão do SUS, representou a vitória das aprovações na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 (COSTA, 2002).

Campos (2003) afirmou que a motivação básica para a criação do SUS foi atender às necessidades e anseios da população. O SUS herdou, além das dificuldades nas leis da época que priorizavam a atenção previdenciária, a organização e interesses financeiros incompatíveis com o interesse público, somada a uma prática médica fragmentada e fora da realidade da população. Porém, alguns progressos podem ser numerados, como a expansão dos estabelecimentos sanitários (centros e postos de saúde), tanto em número quanto em prestação de serviços básicos, configurando-se ganhos advindos da descentralização e municipalização do sistema de saúde.



Com o conceito ampliado de saúde adotado a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde e com a proposta de mudança do setor saúde baseando-se nos princípios do SUS, surge o Programa Saúde da Família (PSF). A primeira etapa de implantação do PSF iniciou-se em 1991, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a partir de 1994, as primeiras equipes começaram a ser formadas com ações dos agentes comunitários de saúde (ACS) sendo incorporadas e ampliadas. Uma das características fundamentais na Unidade de Saúde da Família é que ela tem caráter substitutivo, ou seja, substitui práticas convencionais de assistência por ações de vigilância à saúde e controle social (BRASIL, 2001b).

Em Campo Grande (MS), segundo a Secretaria Municipal de Saúde Pública (CAMPO GRANDE, 2003), em 1997, o município candidatou-se à implantação do PACS junto ao Ministério da Saúde, ocorrendo em julho o mapeamento da cidade. A primeira seleção de ACS foi realizada pelo Pólo de Capacitação do PACS/PSF do Estado de Mato Grosso do Sul, em outubro do mesmo ano, para trabalho nas primeiras 127 microáreas distribuídas em 5 áreas (Nova Lima, Nova Bahia, Coophavila e Aero Rancho, sendo 2 áreas neste último). Os ACS iniciaram o cadastramento das famílias em fevereiro de 1998. A segunda seleção de ACS ocorreu em setembro de 1998, com a finalidade de se atingir 70% de cobertura da zona urbana do município, totalizando 759 ACS, sendo o projeto aprovado pelo Ministério da Saúde. A adesão de Campo Grande ao PSF ocorreu em 28 de abril de 1999, após a autorização em ata da 88ª Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde. Em 25 de maio do mesmo ano, foi aprovada pela 65ª Reunião

Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a implantação de 4 equipes em dois bairros. O PSF iniciou-se então em Campo Grande em agosto de 1999 com 3 equipes na região do Macaúbas e, em novembro, com uma equipe no Marabá, expandindo-se com a implantação de novas equipes nos anos subseqüentes, totalizando, até outubro de 2004, 43 equipes de PSF, sendo uma em área rural.

## **2.2 A equipe de saúde bucal (ESB) no PSF**

De acordo com a Portaria nº 267 de 06 de março de 2001 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001c), que regulamenta a Portaria nº 1.444/GM de 28 de dezembro de 2000, incluindo as Equipes de Saúde Bucal (ESB) no PSF, as estratégias para incorporação das ações de saúde bucal no PSF dar-se-iam pela inclusão dos profissionais de saúde bucal em duas modalidades: I - composta por um Cirurgião-dentista (CD) e um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e II – composta por um CD, um ACD e um Técnico em Higiene Dental (THD), com carga horária de 40 horas semanais, devendo atender 6900 habitantes cada uma, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população adscrita, sendo desenvolvidas de modo interdisciplinar. É atribuição específica do CD capacitar as equipes de saúde da família para a educação e prevenção em saúde bucal; ao ACS, apesar de não integrar especificamente a ESB, são inerentes as atribuições de atuar na promoção da saúde, identificando espaços coletivos e grupos sociais para ações de educação e prevenção

em saúde bucal.

Silveira Filho (2002a), ao abordar o desafio da Odontologia no PSF, afirmou que o modelo historicamente centrado e dependente de práticas individuais do CD necessitava, para ser mudado, do fortalecimento de espaços formais e informais de discussão dos problemas locais em que houvesse deslocamento dessas práticas para a equipe multidisciplinar e também aos usuários.

Silveira Filho (2002b) afirmou também que o desafio da mudança na prática de saúde bucal no PSF é torná-la um direito de todos os cidadãos brasileiros, ou seja, validar os princípios constitucionais do SUS, definindo com a comunidade as suas prioridades em que todos usufruam os benefícios. Faz-se essencial conhecer o contexto (familiar, de trabalho, de comunidade), percebendo a população como pessoas capazes de mudarem hábitos. Outro importante ponto do PSF é a dimensão do cuidado que vai além do vigiar, é a percepção da realidade de cada família buscando parceiros para a superação dos problemas mais comuns.

Aerts, Abegg e Cesa (2004), objetivando discutir a atuação do CD no SUS, afirmaram que é necessário que este profissional participe da identificação dos problemas dos diferentes grupos dentro da população adscrita, atuando em equipes multidisciplinares e intersetoriais, tendo a participação das lideranças locais na vigilância da saúde bucal, desenvolvendo ações de promoção e educação em saúde que atuem na saúde integral coletiva e do indivíduo.

### **2.3 A Educação em Saúde e os recursos humanos**

Rice e Candeias expuseram, em 1989, que desde 1980, durante discussões técnicas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) na XVII Reunião do Conselho Diretor, percebeu-se a necessidade de mudanças nos serviços de saúde com vistas à participação comunitária. Além disso, dentre os fatores de influência negativa sobre essa participação, citava-se a falta de pessoal qualificado para promover atividades comunitárias na área de educação em saúde. Relataram que a OPAS/OMS reconhecia que a educação em saúde precisava tornar-se permanente, com técnicos treinados que pudessem implementar melhores soluções possíveis e que orientassem outros profissionais da saúde quanto às ações com maior possibilidade de êxito.

L'Abbate (1994), refletindo sobre um conjunto de experiências na área de Educação em Saúde, descreveu-a como devendo pretender a contribuição para o desenvolvimento da autonomia nos profissionais de saúde com vistas a um futuro qualitativamente melhor. Destacou que para ser educador no desenvolvimento de atividades do cotidiano, não é preciso ser especialista em teorias (de educação, pedagógicas, de comunicação), mas entender sobre o processo ensino-aprendizagem.

É necessária a formação contínua do profissional de saúde não só para aquisição de habilidades técnicas, como também do seu desenvolvimento para o trabalho e meio social, pois, como identificado na XI Conferência Nacional de Saúde, a falta de qualificação profissional

desmotivada, causa dificuldades de relacionamento, impede coesão das equipes de saúde, culminado com a execução do serviço sem planejamento prévio (PEREIRA, 2003).

Moura e Sousa (2002), realizaram um estudo em 8 municípios do Ceará com o objetivo de levantar as causas das reduzidas ações educativas realizadas pelas equipes de PSF e concluíram que muitos dos profissionais estavam desmotivados para executar ações educativas, devido à falta de material de apoio e de área física apropriada, sentindo-se também pouco preparados para a realização dessas ações, pois, a prática educativa exige o conhecimento da realidade para que se possam fazer reflexões acerca das ações necessárias para melhorar a qualidade de vida da população.

Sabendo que os sistemas de saúde atualmente não dispõem de um número satisfatório de profissionais com o novo perfil necessário ao PSF, o Ministério da Saúde vem investindo no processo de capacitação, formação e educação permanente para Saúde da Família. A produção de conhecimento em saúde caracteriza-se por ser um processo gerado no trabalho, de forma participativa, mesclando experiências entre a equipe de saúde e a comunidade. Portanto, as necessidades de aprendizagem das equipes de PSF devem coincidir com seus conhecimentos e valores, devendo ser o processo educativo um investimento na formação para o trabalho, o qual, por sua vez, define as demandas educacionais. A Educação Permanente deve objetivar, principalmente, a transformação do processo de trabalho para melhoria constante da qualidade das ações em saúde, respeitando as formações individuais de cada membro da equipe

(BRASIL, 2000).

Em concordância, Motta et al. (2002), discutindo aspectos teórico-conceituais e metodológicos da educação permanente em saúde (EPS), afirmaram que na EPS, quem determina as necessidades de conhecimento é o processo de trabalho, o qual deve ser entendido em seu contexto sócio-organizacional-cultural. A atualização (que acontece na educação continuada) é útil, porém, não transforma, necessariamente, as práticas nos serviços. Assim, torna-se necessária a reflexão de como os sujeitos se percebem dentro dessa prática para que a aprendizagem seja significativa, usando para tanto a análise e discussão dos problemas vivenciados no trabalho.

Para conhecer os determinantes dos problemas do processo de trabalho, há a necessidade de abordá-los sob o aspecto organizacional, técnico e humano, assim como reconhecer que o sucesso da EPS depende de outras intervenções necessárias para a transformação do problema. Isso se dá devido à existência de problemas em que a ação depende de conhecimentos técnico-científicos; outros, de relações interpessoais, valores e princípios, pois, não há aprendizagem se os sujeitos não se conscientizam e se reconhecem no problema. Desse modo, para elaborar as práticas educativas é necessário conhecer o outro e seus pensamentos, assim como ter consciência de que as informações geradas nos serviços resultam da relação entre os profissionais e a comunidade, dos trabalhadores entre si e com os gestores, e que são estas informações que orientam a programação em saúde dirigida aos profissionais e à comunidade (RIBEIRO e MOTTA, 2003).

Frazão (1998), ao abordar a participação de pessoal auxiliar odontológico na promoção de saúde bucal, afirmou que vários analistas reiteraram, na década de 80, que havia dois objetivos estratégicos fundamentais para melhorar os níveis de saúde bucal e que deveriam ser almejados: aumentar ações de promoção e prevenção em saúde bucal e incorporar e preparar o pessoal auxiliar odontológico nos serviços de saúde. Constatou o autor que o município desempenha importante papel e o pessoal auxiliar, participação estratégica quando considerado o processo de mudança nas práticas da Odontologia em Saúde Coletiva dentro do modelo de atenção preconizado pelo SUS, o qual indica a necessidade de maior ênfase em ações de promoção da saúde bucal de natureza coletiva.

Carvalho (1999) afirmou que o aumento pela demanda por trabalho de categorias auxiliares ocorreu pela escassez de profissionais, pela necessidade de diminuição de custos e necessidade de ampliar a utilização de auxiliares, a qual foi gerada, em parte, pela expansão dos serviços de saúde, principalmente no setor público. Já mais recentemente, o que explica o aumento da utilização do pessoal auxiliar em Odontologia é a utilização crescente das medidas educativas e preventivas nos serviços odontológicos, em cuja implementação esse recurso humano é fundamental.

Cordón (1999) afirmou que para o profissional não perder a visão global dos problemas de saúde bucal dentro do contexto da saúde coletiva, deve-se manter sempre atualizado, procurando informar-se do seu trabalho, mantendo boas relações com os outros serviços de saúde e conhecendo as

sutilezas sociais e ações políticas no espaço de sua atividade profissional. A importância da saúde bucal coletiva deve ser colocada nos planos políticos de saúde, principalmente no que se refere à formação de recursos humanos odontológicos, particularmente à formação de ACS, ACD e THD, para atuação no SUS, assim como introduzir elementos consistentes na integralidade das ações do PACS e PSF, que pouca importância têm dado à saúde bucal coletiva.

A importância do treinamento realizado pelo CD é citada no trabalho de Duran e Silva (2004), em que descreveram a prática dos auxiliares de consultório dentário (ACD) no PSF de Campo Grande (MS), verificando que 62,5% dos ACDs estudados sentiam-se preparados para ações educativo-preventivas com a comunidade, tendo como principal motivo para o referido preparo o fato de haverem sido treinados pelo CD.

Costa e Fuscilla (1999), em artigo de revisão, procuraram analisar as práticas integradas da Educação e Saúde na desmonopolização de conhecimentos e informações através de diversos multiplicadores. Expuseram alguns desses agentes multiplicadores que podem estar contribuindo na simplificação do saber: os profissionais da saúde, as mães, o professor, o aluno, os agentes informais de saúde e ACS. Concluíram que a Educação e a Saúde devem se integrar, socializando o saber, o qual é indispensável na luta pelo direito social à saúde. Para tanto, o profissional da saúde tem o papel de ser o facilitador do processo educativo mais amplo que deve envolver todos os participantes dos serviços de saúde. Com isso, a transmissão dos conhecimentos processar-se-á através dos agentes



multiplicadores de vários níveis, chegando a inúmeras pessoas, influenciando na mudança de comportamentos inadequados, através da simplificação e da desmonopolização do saber.

## **2.4 O agente comunitário de saúde (ACS)**

Dentro da Medicina Comunitária, base de inspiração para os ministérios da saúde de diversos países na busca pela orientação do sistema de saúde na direção indicada pela Conferência de Alma-Ata (1978), o ACS ganhou espaço tornando-se importante nos programas de saúde voltados para a capacitação da comunidade, discutindo conhecimentos técnicos com a população e sendo elos da população na luta pela cidadania (CORREA, 1995).

O Decreto nº 3.189/99 fixou diretrizes para o exercício de ACS e a Lei 10.507 de 10 de julho de 2002 criou a profissão de ACS, com a confirmação de que este profissional resida na área de atuação e que o trabalho se dê no âmbito do SUS, exclusivamente. Na questão da qualificação do ACS, esta deve ocorrer no município, gradual e permanentemente. A capacitação é realizada principalmente pela enfermeira do PACS ou Estratégia de Saúde da Família, porém, os demais membros da equipe também devem estar envolvidos nesse processo. A Lei 10.507 exige, para o exercício da profissão de ACS, o ensino fundamental completo e conclusão com aproveitamento do curso de qualificação básica para formação de ACS, constituído de três unidades temáticas, com carga horária de 80 horas. Essa qualificação será

complementada por outros módulos com conteúdos específicos da Atenção Básica. O curso, na totalidade, deverá cumprir 300 horas e ser desenvolvido pelo Município, Estado e Ministério, através dos Pólos de Capacitação. Para o exercício da profissão de ACS são fundamentais a solidariedade, liderança, conhecer a realidade local e residir na área de sua atuação. É ele quem identifica, orienta, encaminha, controla e acompanha os procedimentos necessários. A portaria 1.886/GM/MS, de 18 de dezembro de 1997, estabeleceu a atribuição de procurar desencadear o autocuidado nas famílias (LOPES, CHAGAS e TORRES, 2002).

Os ACS moram na própria área onde atuam, sendo a visita domiciliar seu principal instrumento de trabalho, a qual é realizada pelo menos uma vez por mês a cada casa de sua área. Além disso, os ACS fazem mapeamento das áreas (registro das áreas de risco para a comunidade); cadastramento das famílias (registro no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB - as informações de cada membro da família); identificação das microáreas de risco (locais que apresentam algum tipo de perigo para a saúde da comunidade); estímulo às ações coletivas (promove reuniões com grupos diferenciados como gestantes, mães, idosos), além de atuar como elo entre a comunidade e o serviço de saúde, estimulando-a à participação social (BRASIL, 2001b).

Nunes et al. (2002), analisando o processo de construção da identidade dos ACS, destacaram alguns aspectos:

- a) o treinamento dos agentes deve incluir, além do conhecimento biomédico do processo saúde-doença, outros saberes que os habilitem

- a reconhecê-los dentro do cotidiano familiar;
- b) a irregularidade ou insuficiência da educação que recebem na sua formação faz com que se crie uma ansiedade quando os ACS comparam seus conhecimentos com os de outros membros da equipe, deixando-os insatisfeitos;
- c) o ACS, no papel de tradutor, facilita a identificação dos fatores atuantes no adoecer das pessoas da comunidade, por serem residentes nos próprios bairros onde atuam, compartilhando o mesmo contexto sócio-cultural, aumentando com isso, a eficácia da educação em saúde;
- d) a posição do ACS é mais difícil porque é híbrida e de mediação, em que o saber técnico se soma a seus valores, entrando em choque muitas vezes, porque eles próprios não se sentem aptos a modificar a si mesmos.

Procurando caracterizar o perfil dos ACS e seu papel no PSF de Porto Alegre (RS) segundo a visão da equipe, da comunidade e do próprio ACS, Ferraz e Aerts (2004) constataram que para o agente, seu principal papel é o de educador em saúde. Afirmaram que tal fato pode ser explicado pelo sentimento de maior valorização que esse papel pode trazer, fazendo com que o agente seja visto como um trabalhador com qualificações à disposição da população. Para que o ACS não seja apenas um transmissor de simples informações, é necessário que haja educação continuada para a qualificação do trabalho do ACS. Já para a equipe de saúde e líderes comunitários, o agente é visto como elo entre a equipe e a comunidade,

tendo para esta última o papel de desenvolver vigilância, cuidando e protegendo a saúde das pessoas. Em relação ao perfil sociodemográfico, dos 114 ACS entrevistados, 71% estavam na faixa etária entre 30 e 49 anos e 22,8% entre 19 e 29 anos, sendo predominante o sexo feminino, o qual representa 88,6% do total de ACS. Com relação ao tempo de trabalho no PSF, 64,9% trabalhavam há mais de 3 anos e somente 8,8% tinham menos de 1 ano, indicando baixa rotatividade desses trabalhadores no PSF.

Em estudo descritivo realizado em Campo Grande (MS), Freitas (2003) objetivou caracterizar os ACS e identificar fatores que contribuíam ou dificultavam a sua atuação. Através de questionário aplicado a 87 ACS, constatou que 81,6% eram do sexo feminino, estando na faixa etária de 26 a 41 anos em 70% dos casos. A maioria (62,1%) possuía o ensino médio completo e o tempo de serviço na Secretaria Municipal de Saúde era de 1 a 5 anos, em 89,7% dos entrevistados. Com relação à qualificação profissional, a autora verificou que 96,6% foram capacitados para desenvolverem seu trabalho, sendo que 61% destes receberam a capacitação havia pelo menos 6 meses. Porém, para 24,1% dos ACS, os cursos oferecidos ainda não eram suficientes para a instrumentalização adequada para o seu trabalho. Tais dados revelaram que ainda há necessidade de se discutir outros temas de interesse para os ACS, pois, os assuntos mais abordados (saúde da criança, da mulher, doenças infecto-parasitárias, doenças crônico-degenerativas e higiene bucal) ainda não os instrumentalizam satisfatoriamente para o trabalho.

Através de 1671 questionários aplicados com o objetivo de mostrar o

perfil dos ACS de Mato Grosso do Sul atuantes em PACS e PSF, Lusena (2002) verificou que 88% são do sexo feminino, com a maioria em idades entre 18 e 39 anos (86,2%). O ensino médio completo foi a escolaridade encontrada em 45,8% dos pesquisados, estando acima da escolaridade mínima exigida pelo Ministério da Saúde.

Lunardelo (2004), em pesquisa qualitativa realizada com 10 ACS com mais de dois anos de atuação no PSF de Ribeirão Preto (SP), afirmou que o ACS é uma fusão do morador da área e do técnico da saúde e, do saber popular com o saber científico, a qual resulta de um aprendizado de sua convivência com as famílias e com a equipe. Os agentes entrevistados demonstraram sentir a necessidade da educação continuada, cuja falta acarreta prejuízo ao trabalho. A autora afirmou que acolher o ACS nos vários momentos do seu trabalho reflete nele sentimento de apoio capaz de potencializar o seu trabalho. Ao discutir sobre as potencialidades do trabalho do ACS, afirmou que este utiliza todos os recursos disponíveis das tecnologias leves em saúde, necessitando de amplo conhecimento sobre crenças, culturas e vidas, sendo que a equipe pode colaborar fazendo com que o trabalho seja menos sofrível. O agente comunitário proporciona formação/capacitação em saúde aos membros da equipe, à população ao mesmo tempo em que busca sua própria formação. Os agentes entrevistados apontaram o ensino como algo novo, inesperado no exercício profissional, mas que gera satisfação em um processo de ensino e aprendizagem concomitantes. Sugeriram a capacitação da equipe de saúde da família cotidianamente, recebendo embasamento técnico sem

anular o conhecimento e experiência de cada sujeito.

A participação das mulheres no mercado de trabalho vem apresentando, desde a década de 70, evidente progressão. Essa participação não depende apenas da demanda do mercado, como também da articulação de características pessoais e familiares, os quais configuram-se como fatores presentes nas decisões das mulheres em ingressar ou permanecer no mercado de trabalho, entre eles a presença de filhos, posição das mulheres no grupo familiar (chefe da família, cônjuge) e necessidade de prover ou aumentar o sustento do lar (FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS, 2005).

Entre os vários motivos que têm levado a mulher para o mercado de trabalho, citam-se a emancipação feminina, opção pela carreira profissional, desemprego ou perda de renda do cônjuge e crescimento do número de famílias em que o chefe é a mulher (SANCHES e GEBRIM, 2003).

Girardi (2005), ao discutir aspectos do mercado de trabalho em saúde no Brasil, afirmou que as mulheres representam a força predominante no setor de serviços de saúde, especialmente nas atividades que envolvem o cuidado com pessoas, sendo as maiores participantes na composição do emprego nesse setor dentre os demais da atividade econômica.

Discutindo os desafios para o saber fazer e saber ser na atuação dos ACS no PSF, Silva e Dalmaso (2002) elegeram seis pontos: o contexto, a finalidade, a tecnologia, o trabalho em equipe, a identidade e a formação. Neste sexto ponto, a formação dos profissionais para saúde da família tem na Atenção Básica um vasto campo de atividades educativas e de

aconselhamento que exigem habilitação adequada. Para o desenvolvimento do trabalho do ACS, listam-se estratégias que aparecem como mais produtivas, dentre elas, a construção de novas práticas e conhecimentos, investindo-se sempre na pesquisa, tanto de natureza operacional quanto de teorias sobre o trabalho e sua organização, assim como um maior investimento em atividades de supervisão dos trabalhos, pois a manutenção da qualidade destes se faz mediante supervisão e reflexão.

Levy, Matos e Tomita (2004), em artigo que procurou compreender o trabalho e percepção dos agentes comunitários de saúde do PACS sobre saúde bucal e analisar a satisfação de moradores da área de atuação do programa em Bauru (SP), afirmaram que os agentes relataram a realização de orientação a pacientes diabéticos, hipertensos e gestantes, porém, não houve capacitação (no PACS) para que pudessem realizar atividades de promoção em saúde bucal. Tais orientações acabam por se restringir a gestantes e bebês, não existindo uma programação definida para a população em geral. Os usuários mostraram capacidade de assimilação de algumas orientações referentes à saúde bucal, contudo tal fato não exclui a necessidade de se investir em adequada capacitação dos ACS para atuação no processo de promoção à saúde bucal dos indivíduos.

Assim, para ser ACS é preciso conhecer a comunidade em que vive, preenchendo os requisitos mínimos: ter no mínimo 18 anos, saber ler e escrever, residir na comunidade em que vai atuar há pelo menos dois anos, ter disponibilidade integral de tempo para a execução das atividades e responsabilizar-se pelo acompanhamento de, no máximo, 150 famílias ou 750

peçoas. Para ser selecionado, o ACS passa por um processo de seleção, mas não precisa ter conhecimentos prévios em saúde. A capacitação dos ACS ocorre no município, de forma continuada, gradual e permanente. O responsável pela capacitação é o enfermeiro, o qual atua como instrutor/supervisor. Porém, toda a equipe de profissionais da saúde das equipes da Unidade de Saúde da Família (USF) também participa do processo de capacitação. No que se refere às gestantes, tem como atribuições: identificar e orientar as gestantes para a importância do acompanhamento pré-natal na Unidade e realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento das gestantes (BRASIL, 2002).

## **2.5 Atenção à gestante**

Estudando fatores que influenciam na conduta da gestante frente ao problema da Assistência Odontológica no serviço pré-natal, Cozzupoli (1981) pesquisou 170 gestantes do Amparo Maternal de São Paulo (SP). Concluiu, a autora, que 89% das gestantes pesquisadas manifestaram medo do tratamento odontológico na gravidez, sendo que destas, 53% manifestaram medo de perder a criança e 36% temiam que o tratamento dentário pudesse prejudicar o bebê. Já entre as 64 gestantes que venceram o medo e procuraram atendimento odontológico, 32,8% encontraram resistência por parte do profissional. Das 106 gestantes que não foram ao CD, 11,76% não o fizeram por medo de que o tratamento fosse prejudicar de alguma forma a gravidez. Para a autora, há a necessidade de se considerar que a repulsa da



gestante ao tratamento odontológico relaciona-se aos aspectos culturais que derivam do baixo nível de desenvolvimento da comunidade e da transmissão de conhecimentos incorretos à grávida (preconceitos e tabus) que atingem especificamente o tratamento médico e hábitos de alimentação.

Para superar a falta de integração da Odontologia com a equipe de saúde, é necessário buscar um modelo ampliado de atenção em saúde bucal, orientado por trabalho com pessoal auxiliar em Odontologia e por participação popular. Em estudo realizado por Bernd et al. (1992), foi possível constatar duas percepções relacionando cultura popular com gestação. Uma refere que o tratamento odontológico pode trazer prejuízo à criança, e a outra remete à impossibilidade de tratamento odontológico na gravidez relatada pelos próprios CDs, familiares e amigos. Os pesquisadores concluíram que se deve envolver toda a equipe de saúde no processo de trabalho da questão odontológica na gravidez, abordando-a com outras relativas à saúde da gestante.

Discutindo a atividade cariogênica e as alterações periodontais na gravidez, Oliva Filho e Oliveira (1995) afirmaram que, apesar de ser comum relacionar a gestação a uma maior incidência de cárie, não há comprovação científica de alterações em estrutura dental ou modificações de microbiota bucal, ocorrendo apenas a constatação de aumento da placa bacteriana por redução nos cuidados com a higiene oral pela gestante, advindos da ansiedade inerentes a essa fase. Pode haver novas lesões cariosas detectadas clinicamente, mas estas não estarão

relacionadas a alterações fisiológicas, e sim com a grande quantidade de irritantes locais presentes. No período de gestação ocorrem alterações hormonais que modificam a resposta do periodonto aos irritantes locais; essas alterações atuam apenas como fatores predisponentes, sendo que a etiologia da gengivite já é bem caracterizada pelo acúmulo de placa como fator principal para o seu desenvolvimento.

Sonis, Fazio e Fang (1985) afirmaram que a paciente gestante apresenta especificidades de tratamento para o dentista, pois este deve preocupar-se com a gestante e também com o feto. Dentre as principais alterações maternas durante a gravidez, citaram as endócrinas (alterações hormonais), cardiovasculares (aumento de 20 a 40% de débito cardíaco e taquicardia), hematológicas (aumento de 30% no volume sanguíneo materno) e respiratórios (aumento da frequência respiratória). Os autores destacaram as complicações da gravidez, entre elas o aborto espontâneo, o qual tem a probabilidade de ocorrência de 15% no primeiro trimestre e pode estar relacionado ao estresse e à bacteremia, sendo esta relacionada também com a ocorrência de peso baixo dos recém-nascidos.

Estudo realizado na Universidade da Carolina do Norte (EUA) com 124 mulheres após o nascimento do bebê, para tentar relacionar a doença periodontal com parto prematuro de bebês com baixo peso, constatou que gestantes com doença periodontal podem apresentar 7 vezes mais riscos de nascimento de bebê prematuro de baixo peso. O presidente da Academia Americana de Periodontia (Dr. James Melloning) afirmou que tal estudo, apesar das limitações, foi claro ao demonstrar que a doença periodontal

pode ser um fator de risco significativo para a ocorrência de partos prematuros (CHAVES, 1997).

Souza, Souza e Barros (2005), em uma revisão de literatura sobre a relação doença periodontal/parto prematuro, verificaram que a produção local de substâncias inflamatórias, as quais ganham a corrente sanguínea e podem chegar à membrana placentária, e a progesterona, exacerbando a patogenicidade da doença periodontal, seriam os principais fatores correlacionados ao mecanismo de ação entre periodontite e efeitos deletérios à mãe e ao bebê. Apesar dos estudos demonstrarem evidências dessa relação e as infecções por microorganismos gram negativos serem reconhecidamente fatores de risco a partos prematuros e de baixo peso, essa correlação ainda não é conclusiva devido à escassez de estudos.

Avaliando o grau de conhecimento sobre saúde bucal de 140 gestantes no serviço Pré-natal da Maternidade Cândido Mariano em Campo Grande (MS), Silva (1998) constatou que 92,1% das gestantes não haviam recebido nenhum tipo de informação sobre saúde bucal durante o pré-natal, possuindo pouco conhecimento sobre saúde bucal de bebês por não considerarem prioridade para elas. Relatou que 32,9% afirmaram a ocorrência de sangramento gengival, e que 45% delas admitiram ter medo do tratamento odontológico.

Analisando a percepção de 204 gestantes sobre atenção odontológica na gravidez, Scavuzzi, Rocha e Vianna (1998) constataram que 52% das gestantes não relataram a presença de sangramento gengival, podendo isto significar que acreditam ser normal tal presença, sem saber

que a higiene bucal pode interferir positivamente nesse processo. Das 15 gestantes que procuraram atendimento odontológico, 60% não puderam ser atendidas por desaconselhamento do próprio CD, fato que pode ser considerado grave na medida em que a crença de que a gestante não deve receber tratamento odontológico pode ter sua origem na própria concepção do profissional. A maioria (90%) das gestantes analisadas não procurou atendimento odontológico, devido à crença de que poderia fazer mal a si mesmas ou às crianças. Poucas (6,4%) receberam orientações sobre saúde bucal, mas 87,8% se interessaram em participar de um grupo de estudos sobre promoção de saúde bucal.

Avaliando o grau de conhecimento de 100 gestantes cadastradas no PSF de Dourados (MS), Ito (2003) verificou que 72 delas apresentaram medo de ir ao CD desde antes da gravidez, e que somente 2 tinham receio do tratamento odontológico durante a gestação. Com relação à presença de sangramento gengival, somente 32% manifestaram o sintoma durante a gestação, e 23% já o perceberam antes da gravidez. O autor constatou que 55% das gestantes não souberam responder o que é cárie, e 59% acreditavam que todos, um dia, desenvolveriam a doença. A maioria das gestantes entrevistadas (81%) não havia recebido nenhuma orientação sobre saúde bucal no pré-natal, sendo que 36% já estavam no terceiro trimestre de gravidez.

Scavuzzi, Rocha e Vianna (1999), estudando a prevalência de cárie em 204 gestantes residentes em Salvador (BA), constataram que 86,8% foram classificadas como cárie-ativas (pelo menos um dente cariado),

evidenciando que as gestantes precisam ser alertadas sobre o que essa situação pode significar para sua saúde bucal e a de seus filhos, havendo necessidade de programas de atenção odontológica com prioridades às gestantes, as quais têm papel fundamental na promoção de saúde bucal de seus filhos.

Rosell, Montandon-Pompeu e Valsecki Jr. (1999), ao examinarem 41 gestantes com idades entre 16 e 37 anos que procuraram atendimento preventivo em uma clínica da Faculdade de Odontologia em Araraquara, verificaram que todas as gestantes apresentavam algum problema gengival, variando apenas a intensidade. A necessidade de instruções sobre higiene bucal, associada ou não à necessidade de tratamento periodontal, foi constatada em 71,4% das gestantes examinadas. Em 100% das gestantes houve a necessidade de algum tratamento periodontal, e somente 9,8% necessitaram apenas de um tratamento preventivo. Porém, mais de 70% necessitavam apenas de procedimentos simples para que todas as suas necessidades periodontais fossem atendidas. Com isso, concluíram os autores que a atenção odontológica na gestação deve receber atenção especial por parte dos profissionais a fim de se promover a saúde da gestante, minimizando conseqüentemente a provável transmissão de microorganismos bucais patogênicos ao bebê. Deve haver um preparo adequado do profissional (sobre alterações sistêmicas associadas à gravidez; saúde e desenvolvimento do bebê), especialmente quando os tratamentos emergenciais não puderem ser adiados, reduzindo-se assim o grande preconceito e alta ansiedade que a atenção odontológica traz às

gestantes.

Com o objetivo de avaliar a prática e o conhecimento sobre sua saúde bucal e de suas crianças, Menino e Bijella (1995) entrevistaram 150 gestantes, com idades entre 13 e 44 anos, cadastradas nos núcleos de saúde de Bauru (SP) e constataram que apenas 17,3% procuraram o CD, sendo que 57,7% procuraram atendimento normal e 42,3% para tratamento de urgência. Das 124 gestantes que não procuraram atendimento odontológico, 20,2% não o fizeram devido à gravidez, e 15,4% porque foram recusadas nos consultórios pelo próprio CD. Em relação às informações sobre saúde bucal, 82,4% já haviam recebido alguma orientação, sendo 47,7% advindas do CD, 25,2% da escola, 8,1% dos pais, 8,9% do CD e da escola, 7,3% da televisão e 3,3% de folhetos didáticos. Porém, durante a gravidez, 95,3% não receberam nenhuma informação, verificando-se assim, a necessidade da participação do CD nas equipes de pré-natal. Constataram os autores que 49,3% não consideravam que a gravidez poderia causar problemas bucais, contrariando com isso a crença de que a gravidez causa problemas na boca. Com relação aos problemas bucais, a doença mais conhecida pelas gestantes foi a cárie (91,3%), seguida da doença periodontal (gengivite), citada por 34% das entrevistadas. Quanto à durabilidade dos dentes, 44% afirmaram que todas as pessoas terão seus dentes estragados, 41,3% que os dentes permanentes não duram a vida toda, sendo que 45,1% destas afirmaram que duraria no máximo até os 50 anos.

Analisando 170 gestantes entre 13 e 41 anos, na cidade de

Adamantina (SP), Tiveron, Benfatti e Bausells (2001) concluíram que 100% das gestantes têm consciência dos prejuízos para ela e o bebê da falta de orientação e tratamento odontológico no pré-natal, ao demonstrarem interesse em aprender sobre autocuidados e cuidados com a saúde bucal da criança. Porém, os autores concluíram, através das respostas às entrevistas, que as gestantes não receberam qualquer tipo de orientação odontológica na gravidez, evidenciando que o município necessitava da implantação de meios específicos que garantissem a facilidade de acesso das gestantes à atenção odontológica, assim como de seus filhos.

Oliveira (2001) afirmou que o tratamento odontológico pode ocorrer em qualquer período da gestação, porém, o momento mais oportuno é o segundo trimestre (entre o quarto e o sexto mês), pois nessa fase há maior estabilidade para a mãe e o bebê. De acordo com o autor, tomadas radiográficas e medicamentos devem ser evitados no primeiro trimestre, por estar o bebê em período de formação; sendo que no terceiro trimestre ocorre maior ansiedade da mãe por aproximação do parto.

Um dos objetivos do Programa Saúde da Mulher no PSF é garantir um pré-natal de qualidade. Dentre as principais responsabilidades da Atenção Básica a serem executadas pelas equipes de saúde da família nas ações de saúde da mulher, inclui-se a prevenção dos problemas odontológicos em gestantes. Nesta, estão inseridas ações de educação em saúde bucal que destaquem o papel da família nas questões gerais da saúde, proporcionando condições para o autocuidado. Nas atribuições específicas do CD, encontra-se o de capacitar a equipe de saúde da família nas ações

preventivas e educativas em saúde bucal e, nas do ACS, refere-se às atribuições de desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, enfatizando a promoção da saúde e prevenção de doenças, orientar a utilização adequada dos serviços de saúde às famílias, inclusive encaminhando-as a atendimento odontológico quando necessário (BRASIL, 2001a).

Rios, Honório e Franco (2002), traçando considerações sobre o tratamento odontológico em gestantes, afirmaram que a gravidez traz alterações físicas, fisiológicas, psicológicas e bucais que refletirão no consultório odontológico. Citaram como exemplos dessas alterações, o aumento da frequência urinária e das refeições por pressão uterina sobre a bexiga e o estômago, necessitando com isso de consultas de curta duração; aumento das frequências cardíaca e respiratória e da pressão arterial e alterações hormonais; mudanças na personalidade pela necessidade psicológica de adaptação à nova situação que se refletem no grande questionamento sobre os procedimentos odontológicos, pelo instinto de proteção ao bebê. Concomitantemente, o período gestacional cerca-se de mitos em relação às alterações bucais, como perda natural do dente a cada gravidez, já esclarecida pela ciência como tendo sua ocorrência vinculada à negligência na higiene bucal. Os autores afirmaram que todos os procedimentos odontológicos podem ser realizados, evitando-se intervenções complexas, priorizando-se as urgências que devem ser imediatas, pois a dor e infecção são maléficos para a mãe e o bebê. O segundo trimestre é o melhor período de atendimento, pois a organogênese



está completa, há menos ocorrência de enjoos e menores riscos de hipotensão postural. Os anestésicos locais podem ser usados normalmente, desde que limitados a dois tubetes por sessão, sendo a lidocaína a 2% indicada como mais segura.

A gestante deve ser preparada no pré-natal física e mentalmente para receber seu filho. Com relação à saúde bucal, deverá ser sensibilizada a adquirir hábitos saudáveis com o filho e a família. Em estudo realizado por Costa, Saliba e Moreira (2002), que analisou as concepções de médico/CD/gestante, verificou-se que o CD é o que apresenta maior preconceito com relação ao atendimento à grávida, preocupando-se mais fortemente com aspectos relativos ao atendimento clínico (tempo de gestação, acompanhamento pré-natal, anestesia), citando-se a prevenção somente após os três itens já referidos. O mesmo não acontece com o grupo de gestantes e médicos, os quais listaram a prevenção em primeiro lugar na técnica de associação de palavras. Diante de tais achados, evidenciou-se a necessidade de inclusão do CD na equipe do pré-natal, para que possa atuar multiprofissionalmente sobre o processo saúde-doença com visão mais ampla da gestante, assim como a inserção de ações educativas em saúde bucal no pré-natal, estando a mulher nesse período mais receptiva a novos conhecimentos, funcionando como agente multiplicador de hábitos bucais saudáveis no seu núcleo familiar.

Corsetti, Figueiredo e Dutra (1998), ao avaliarem os serviços públicos de Porto Alegre (RS) em relação à existência ou não de programas odontológicos durante o pré-natal, puderam constatar que, apesar de existir

esse serviço nos 41 postos de saúde avaliados, somente em 24,4% dos postos, todas as gestantes são atendidas rotineiramente. E, em 75,6% destes, somente são atendidas uma parcela das gestantes, sendo o critério de agendamento a solicitação pela própria gestante em 64% dos casos.

Ribeiro et al. (2004), em estudo comparativo com usuárias do pré-natal de serviços em unidades básicas tradicionais (UBS) e de PSF, ao tentar identificar a possibilidade de diferenças na percepção dessas usuárias, verificaram que o maior acolhimento atribuído ao PSF pelas gestantes pode ser devido ao próprio modelo que usa mais intensivamente o ACS e maior uso de agendamentos de consultas, não se esquecendo que por trabalhar com clientela adscrita, torna a organização do acesso mais fácil que na UBS. Quando abordada a provisão de procedimentos básicos recomendados pelo Ministério da Saúde na atenção ao pré-natal, obtiveram-se dados desfavoráveis com índices elevados de gestantes que não realizaram preventivo ginecológico (60,4%), testes para HIV (47,4%) e consultas odontológicas (81,1%), média nos tipos de serviços.

Ao verificar as principais dúvidas das gestantes em relação à Odontologia, ocorridas no serviço de Informação Teratogênica do Rio de Janeiro, entre 1992 e 1998, Vieira, Amorim e Orioli (1999) constataram que das 2016 consultas recebidas, 4,9% (53) foram dúvidas referentes à Odontologia. Por ser um serviço realizado por telefone, ocorre uma seleção de nível socioeconômico, justificado por 95% das mulheres consulentes tendo, pelo menos, o ensino médio completo. As dúvidas encontradas referiam-se à submissão ao tratamento dentário (anestesia local, exodontia e

tratamento em geral); à realização de exame radiográfico; à manifestação de herpes labial e uso de antiviral; ao uso de vitaminas com flúor e ao uso de medicamentos. Destas, quando analisadas as suas ocorrências em relação ao período de gestação das consulentes, a que prevaleceu em todos os trimestres, foi a questão da submissão ao tratamento dentário. Tais dados demonstram que, apesar de o período gestacional representar um tempo em que a mulher está ávida por informações que venham a beneficiar o bebê em formação, da mesma forma é um período em que a gestante fica muito ansiosa, caso tenha que se submeter a algo fora de sua rotina. As dúvidas ao tratamento dentário recebidas pelo serviço de Informação referido, deveram-se, em parte, pelo fato do CD não esclarecer suficientemente a gestante. Assim, os autores recomendaram que tratamentos complexos devem ser adiados para depois do parto e procedimentos de urgência devem ser realizados com cautela, ou seja, usando-se solução anestésica local sem vasoconstritor e evitando o uso de radiação (proteger a gestante com avental de chumbo caso seu uso seja estritamente necessário).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Verificar a percepção dos agentes comunitários de saúde (ACS) do Programa Saúde da Família (PSF) do Município de Campo Grande (MS), no que se refere à atenção à saúde bucal na gravidez.

#### **3.2 Específicos**

- a) Identificar o perfil do ACS que atua no PSF do Município de Campo Grande (MS);
- b) verificar se os mitos que cercam o atendimento odontológico à gestante estão presentes entre os ACS;
- c) detectar se os ACS receberam orientações sobre saúde bucal da gestante por cirurgiões-dentistas de suas equipes e há quanto tempo;
- d) verificar a prática das ACS que já estiveram gestantes, ou que se encontram atualmente no período gestacional, em relação à procura por atendimento odontológico na gestação.

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1. Tipo de Pesquisa**

Este estudo configurou-se um estudo descritivo e quantitativo, de corte transversal.

### **4.2. Local da Pesquisa**

O estudo foi realizado no Município de Campo Grande (MS), o qual está habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde e encontra-se dividido em quatro distritos sanitários (norte, sul, leste e oeste). Nestes distritos, até outubro de 2004, estavam atuando 43 equipes de saúde da família, sendo uma em área rural.

### **4.3. Sujeitos da Pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida com os ACS da zona urbana do Município de Campo Grande. De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública (SESAU), atuavam em Campo Grande, até outubro de 2004, um total de 252 ACS, distribuídos em 42 equipes de saúde da família. Fez-se o cálculo da amostra utilizando-se intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 0,5, resultando uma amostra estatisticamente significativa de 152 pessoas. O número de ACS por Distrito Sanitário foi

calculado relacionando-se duas grandezas: o número total (n=252) com o número da amostra (n=152), para que fosse obedecida a proporcionalidade por região. Desse modo, o Distrito Norte correspondeu a 20,6% da amostra; o Sul, a 33,3%; o Leste, a 13,5% e o Oeste, a 32,5%. Assim, chegou-se ao resultado exposto na TABELA 1:

**TABELA 1** - Distribuição de USF e ACS por Distrito Sanitário. Campo Grande (MS), 2005.

<b>Distrito</b>	<b>Total de USF urbanas</b>	<b>Nº de USF visitadas</b>	<b>Total de ACS</b>	<b>Nº de ACS necessários</b>	<b>Nº de ACS selecionados</b>
Norte	06	03	52	31,3	33
Sul	07	04	84	50,6	51
Leste	02	02	34	20,5	24
Oeste	06	04	82	49,4	49

#### **4.4. Instrumentos/ Procedimentos de Coleta de dados**

A técnica de investigação para a coleta de dados utilizada foi o formulário, que é um instrumento destinado ao levantamento de informações, sendo preenchido pelo próprio investigador, cuja presença permite a assistência direta com esclarecimento de dúvidas (ANDRADE, 2004; CERVO E BERVIAN, 1996). O formulário (Apêndice A) foi construído em quatro partes distintas: a parte I procurou situar o grupo pesquisado de acordo com seu perfil, caracterizando-o através da idade, sexo, escolaridade, tempo de trabalho no PSF e Distrito Sanitário a que pertence; a parte II teve por objetivo a obtenção de dados relacionados à capacitação, como realização de treinamento em saúde bucal de

gestantes pelo CD da equipe aos ACS, assim como o tempo decorrido do último treinamento e a prática de orientação das gestantes da microárea para procura ao CD; a parte III procurou verificar aspectos da percepção dos ACS em relação à atenção em saúde bucal à gestante, através de perguntas que refletem as principais dúvidas da população em geral referentes a essa atenção, buscando detectar crenças e mitos que giram em torno da relação saúde bucal/gestação. Houve a preocupação de se evitar a utilização de perguntas que indagassem diretamente alguma questão sobre prevenção, visto que é conhecido que tal termo é muito presente no vocabulário dos ACS. Assim, procurando conhecer a percepção do grupo sobre tratamento odontológico de gestantes, foi questionado se a gestante poderia receber esse tratamento e, em outra pergunta, se a gestante deveria ir ao CD caso estivesse com dor. O objetivo dessas questões foi o de relacionar a procura ao CD somente na presença de dor, ou seja, após a instalação e progressão do problema, os quais vão de encontro à proposta do PSF. Para que não ocorresse um direcionamento das respostas de ACS que não haviam recebido treinamento em saúde bucal da gestante, decidiu-se pela supressão da opção "não sei" das perguntas, mantendo-se apenas as opções "sim" e "não", sendo os ACS orientados a responder de acordo com a sua percepção, independentemente da existência ou não do treinamento. Por fim, a IV parte procurou desvendar a prática das ACS do sexo feminino que estiveram ou estivessem gestantes, em relação à procura ao CD durante a sua gestação e em qual período ocorreu essa procura.

Antes do início da pesquisa, foi realizado o pré-teste do instrumento com o objetivo de validá-lo para a coleta de dados, permitindo-se com isso o aprimoramento do instrumento de forma a facilitar o seu entendimento. A coleta de dados foi realizada após envio de uma carta de aviso da SESAU (Anexo A) a todas as USF, via correio eletrônico. Todas as visitas foram agendadas com os gerentes das Unidades, por telefone, de acordo com a disponibilidade de horário dos ACS e do serviço. Após a coleta de dados, os ACS receberam um folheto explicativo (Apêndice C) com as perguntas mais comuns (e suas respectivas respostas) em relação à saúde bucal da gestante.

#### **4.5. Estratégia para análise dos dados**

Para a análise dos dados foi utilizado o Programa Epi Info 3.32, um sistema integrado de programas para microcomputadores voltados para o gerenciamento de dados epidemiológicos (CDC, 2004), por meio do qual foi realizada representação tabular com freqüências absoluta e relativa.

#### **4.6. Aspectos éticos**

O estudo foi desenvolvido após apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Anexo B), conforme Resolução 196/96 do CNS (BRASIL, 1996), que prevê a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



(Apêndice B) dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Caracterização dos ACS

Responderam ao formulário um total de 157 agentes comunitários de saúde (ACS), distribuídos entre os 4 Distritos Sanitários, sendo 33 do Distrito Norte, 51 do Distrito Sul, 24 do Distrito Leste e 49 do Distrito Oeste.

O sexo predominante foi o feminino, representando 82,8% (n=130) do total de ACS, aproximando-se dos valores descritos por Lusena (2002), Freitas (2003) e Ferraz e Aerts (2004), que foram de 88%, 81,6% e 88,6%, respectivamente. Segundo Girardi (2005), as mulheres representam a força preponderante no setor de serviços de saúde, especialmente nas atividades que envolvem o cuidado com pessoas, o qual é bastante evidente e característico no trabalho do ACS. Outras questões relevantes para tal predominância seriam a posição das mulheres no grupo familiar (chefe da família, cônjuge) e necessidade de prover ou aumentar o sustento do lar (FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS, 2005), assim como o desemprego ou perda de renda do cônjuge e crescimento do número de famílias em que o chefe é a mulher (SANCHES e GEBRIM, 2003).

Em relação à faixa etária, de acordo com a TABELA 2, predominaram as faixas de idade entre 19 e 39 anos, os quais acumularam 79,7% (n=125) do total. Apenas 20,4% (n=32) estão na faixa etária acima dos 40 anos. Tal dado aproxima-se dos achados de Lusena (2002) e Freitas (2003), em que 86,2% e 70,0%, respectivamente, encontravam-se na faixa etária abaixo dos 40 anos.

**TABELA 2** - Distribuição dos ACS inseridos nas equipes do PSF, de acordo com a faixa etária. Campo Grande (MS), 2005.

<b>Faixa etária</b>	<b>Freqüência</b>	<b>Porcentagem</b>
19 a 29 anos	64	40,8
30 a 39 anos	61	38,9
40 anos ou mais	32	20,4
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>100,0</b>

No que diz respeito à escolaridade, conforme pode ser visto na TABELA 3, mais da metade, ou seja, 66,9% (n=105) dos ACS possuem o Ensino Médio completo, estando acima da exigência mínima do Ministério da Saúde que determina, para a profissão de ACS, apenas o Ensino Fundamental completo (LOPES, CHAGAS e TORRES, 2002). Somente 8,9% (n=14) têm o Ensino Fundamental completo, o mesmo ocorrendo com o Ensino Superior incompleto. Tais dados aproximam-se dos achados de Lusena (2002) e Freitas (2003), em que o Ensino Médio completo foi a escolaridade encontrada em 45,8% e 62,1% dos pesquisados em seus estudos, respectivamente.

**TABELA 3** - Distribuição dos ACS inseridos nas equipes do PSF, de acordo com a escolaridade. Campo Grande (MS), 2005.

<b>Grau de escolaridade</b>	<b>Freqüência</b>	<b>Porcentagem</b>
Fundamental incompleto	3	1,9
Fundamental completo	14	8,9
Médio incompleto	18	11,5
Médio completo	105	66,9
Superior incompleto	14	8,9
Superior completo	3	1,9
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>100,0</b>

O tempo de trabalho do ACS em PSF revelou que 80,3% (n=126) estão no serviço há mais de 1 ano, conforme se verifica na TABELA 4, situação semelhante à encontrada nos estudos de Ferraz e Aerts (2004), em que apenas 8,8% dos ACS entrevistados trabalhavam no PSF há menos de 1 ano, o que indicou a baixa rotatividade desses profissionais nos serviços do PSF.

**TABELA 4** - Distribuição dos ACS inseridos nas equipes do PSF, de acordo com o tempo de trabalho no PSF. Campo Grande (MS), 2005.

<b>Tempo de trabalho</b>	<b>Freqüência</b>	<b>Porcentagem</b>
Até 6 meses	14	8,9
7 meses a 1 ano	16	10,2
1,1 ano a 2 anos	70	44,6
Acima de 2 anos	56	35,7
Não respondeu	1	0,6
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>100,0</b>

## **5.2 Aspectos da capacitação em saúde bucal da gestante**

Foi perguntado aos ACS se haviam recebido treinamento em saúde bucal da gestante pelo CD da equipe, pois como consta na Portaria nº 267 de 06 de março de 2001 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001c), é atribuição do CD capacitar as equipes de saúde da família para a educação e prevenção em saúde bucal. Segundo as respostas, 43,3% (n=68) receberam o treinamento, restando com isso 56,7% (n=89) de ACS que não foram treinados em saúde bucal da gestante. Tal achado desperta preocupação, visto que sendo o ACS elo entre a comunidade e o serviço de saúde,

desenvolvendo ações coletivas através de reuniões com grupos como gestantes (BRASIL, 2001b), e não tendo recebido nenhum treinamento em saúde bucal da gestante, poderá ter como resultado uma atuação deficiente, sem efetividade, baseada em seu senso comum. Como afirmaram Ribeiro e Motta (2003), para a elaboração de práticas educativas deve-se conhecer o outro e seus pensamentos, assim como ter a percepção de que a relação entre os profissionais, e destes com a comunidade, resultam em informações, as quais são geradas nos serviços e devem ser consideradas. Logo, caso o CD não atente para a importância do treinamento, estará perdendo um grande auxiliar para suas ações de promoção da saúde bucal de gestantes, visto que a falta de qualificação profissional desmotiva, dificulta (e até mesmo impede) o relacionamento e a união das equipes de saúde resultando em meras execuções do serviço, sem planejamento e sem qualidade (PEREIRA, 2003).

Daqueles que receberam treinamento, 41,2% (n=28) já haviam recebido há mais de 1 ano. O profissional, para não perder a ampla visão dos problemas de saúde bucal, deve estar sempre atualizado, buscando informar-se de seu trabalho (CORDÓN, 1999). Treinamentos que não são reforçados periodicamente tendem a não produzir resultados eficazes, visto que a rotina de serviço acaba demandando outras prioridades, elegendo-se atividades em detrimento de outras.

Quando abordada a prática de orientação às gestantes para procura ao CD, 98,1% (n=154) dos ACS fazem essa orientação. Destes, 55,41% (n=87) não receberam treinamento, confirmando a declaração de

Gonçalves (2003) de que o padrão de trabalho alcançado acontece graças aos esforços pessoais dos ACS, os quais se dedicam inteiramente ao serviço, assumindo o compromisso por um trabalho de qualidade, dependendo, para isso, apenas do bom-senso de cada um deles. Ao mesmo tempo em que representa um ponto positivo ao mostrar o empenho dos ACS em atender a sua população, pode significar um problema, pois, não conhecendo a importância dessa atividade e, por consequência, tendo o bom-senso possivelmente baseado em mitos e crenças, poderá não ser efetivo em sua orientação ou, até mesmo, orientar de maneira inadequada conforme a sua percepção. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), no que se refere às gestantes, o ACS tem as atribuições de identificar e orientar para a importância do acompanhamento pré-natal na Unidade e realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento. Entende-se que nessas atribuições inclui-se o acompanhamento pré-natal odontológico, visto que a saúde bucal e a saúde geral não devem ser consideradas em separado. Assim sendo, surge a preocupação relacionada à ocorrência, qualidade, frequência e persuasão das ações realizadas pelos ACS, uma vez que não foram treinados para tanto. Tal fato pode estar se refletindo em reduzida procura por atendimento odontológico, pequena adesão das gestantes ao pré-natal odontológico e pouca participação nas atividades educativas, situações estas percebidas durante a experiência vivenciada em uma USF, na prática do Módulo II do curso de Residência em Saúde da Família.

Há que se considerar os achados de Duran e Silva (2004), os quais em

seu estudo identificaram que os auxiliares de Odontologia sentiam-se preparados para ações educativas com a comunidade pelo simples e valioso fato de haverem sido treinados pelo CD. Tal fato demonstra a grande importância que o treinamento pelo CD representa para o êxito das ações em saúde bucal. A necessidade urgente de melhor utilização dos multiplicadores (entre eles o ACS) torna-se visível ao se verificar os resultados de Ito (2003), em que 81% das gestantes entrevistadas em unidades de PSF não receberam nenhum tipo de orientação sobre saúde bucal no pré-natal, constituindo-se um fato preocupante, uma vez que o PSF surgiu para reorientar a Atenção Básica através da substituição de antigas práticas de assistência por ações de vigilância à saúde (BRASIL, 2001b). Desse modo, a afirmação de Costa e Fuscilla (1999) desperta a atenção para a necessidade incomensurável da desmonopolização de conhecimentos e informações através do aproveitamento dos multiplicadores, socializando-se o saber, sendo que para isso o profissional da saúde tem o papel de ser o facilitador do processo educativo. Somente dessa forma os conhecimentos chegarão a inúmeras pessoas para influenciar na mudança de comportamentos inadequados.

### **5.3 A percepção dos ACS em saúde bucal da gestante**

Como afirmou Oliveira (2001), o tratamento odontológico pode ocorrer em qualquer período da gestação, porém, elege-se o segundo trimestre (entre o quarto e o sexto mês) como mais apropriado, pois nessa

fase há maior estabilidade para a mãe e o bebê. Concordam Rios, Honório e Franco (2002), ao afirmarem que o segundo trimestre é o melhor período de atendimento, pois a organogênese está completa, há menos ocorrência de enjôos e menores riscos de hipotensão postural. Sobre a questão se a gestante pode receber tratamento odontológico, 100% (n=157) dos ACS responderam afirmativamente, e 28,7% (n=45) responderam que a época ideal para a procura ao CD é o segundo trimestre. Conforme a TABELA 5, dos 154 ACS que orientam as gestantes para procura ao CD, 66,9% (n=103) a consideram ideal no primeiro trimestre, podendo significar que os ACS sabem da importância da atenção odontológica precoce e não encontram obstáculos para essa atenção já no início da gravidez.

**TABELA 5** - Distribuição dos ACS inseridos no PSF, de acordo com a orientação à gestante e período ideal para procura por atendimento odontológico. Campo Grande (MS), 2005.

Período ideal \ Orientação à gestante	Primeiro trimestre		Segundo trimestre		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%
Sim	103	66,9	43	27,9	8	5,2
Não	0	0	2	66,7	1	33,3

Apesar de todos os procedimentos poderem ser realizados nas gestantes, deve-se evitar intervenções complexas, dando prioridade às urgências, as quais devem ser imediatas (RIOS, HONÓRIO e FRANCO, 2002). Indagou-se aos ACS se a gestante estivesse com dor deveria ir ao CD e, novamente, 100% (n=157) dos ACS responderam afirmativamente. Um dos



aspectos que mais suscita receio ao atendimento odontológico é o uso de anestésico local. Segundo os mesmos autores, os anestésicos locais podem ser usados normalmente, desde que limitados a dois tubetes por sessão, sendo a lidocaína a 2% indicada como mais segura. Para essa questão não ocorreu a mesma unanimidade nas respostas dos ACS, pois, apesar de 84,7% (n=133) afirmarem que a gestante pode receber anestesia dental se precisar, 11,5% (n=18) responderam que a gestante não pode se submeter a essa substância, caso necessite. Com isso, percebe-se que a crença de que não se devam administrar anestésicos locais em gestantes está presente também nos ACS. Mesmo sendo uma porcentagem baixa, significa que 18 ACS poderão estar informando equivocadamente cerca de 2700 famílias - considerando-se que cada ACS tem em sua microárea em torno de 150 famílias (BRASIL, 2002). Apesar do fato de que essa informação deva ser veiculada pelo próprio CD durante o atendimento, deve-se considerar que o ACS representa, na visão da população de sua microárea, uma fonte segura de informação e que essa mesma população tem receio - e até mesmo vergonha - de dirigir perguntas aos profissionais ditos "doutores". Portanto, o ACS detendo informações referentes a esse assunto, pode estar diminuindo a crença da população de que a gestante não pode receber anestesia local.

A literatura mostra que as pessoas tendem a imaginar que a cárie é algo normal e que todos um dia apresentarão a doença (ITO, 2003; MENINO e BIJELLA, 1995), e que é normal perder um dente a cada gravidez (RIOS, HONÓRIO e FRANCO, 2002). Essa crença também é verificada entre os ACS, pois para 66,2% (n=104), é normal o dente ficar cariado na gravidez. Já em

relação ao sangramento gengival durante a gestação, ao contrário da cárie, 64,3% (n=101) responderam que não o consideram normal, possivelmente porque o sangramento naturalmente é representativo de que algo está errado, e por isso não seja visto como normal.

Como afirmaram Souza, Souza e Barros (2005), os principais fatores correlacionados entre a periodontite e os efeitos negativos à gestação seriam a produção local de substâncias inflamatórias, as quais podem chegar à membrana placentária através da corrente sangüínea, e à progesterona, que exacerba a doença periodontal já existente. Assim, gestantes com doença periodontal podem apresentar 7 vezes mais riscos de nascimento de bebê prematuro de baixo peso (CHAVES, 1997) e a bacteremia pode estar relacionada ao aborto e à ocorrência de peso baixo dos recém-nascidos (SONIS, FAZIO e FANG, 1985). Quando questionados sobre a possibilidade de partos prematuros na presença de infecções bucais, 58% (n=91) responderam que não há essa possibilidade, conforme pode ser visto na TABELA 6. Essa questão foi a que maior dúvida causou entre os ACS durante a aplicação do formulário, pois indagavam se um dente, ou qualquer problema na boca, poderia prejudicar uma gravidez a esse ponto. Novamente, demonstra-se a falta de conhecimento desses profissionais sobre questões de grande importância referentes à saúde bucal da gestante. Tal fato se dá possivelmente devido à idéia presente em grande parcela da população de que a boca é totalmente separada do resto do corpo, ou seja, infecções bucais não têm a capacidade de interferir em uma gestação.

**TABELA 6** - Distribuição dos ACS inseridos no PSF, de acordo com conceitos relacionados à saúde bucal das gestantes. Campo Grande (MS), 2005.

Conceitos	sim		não		não respondeu		não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cárie e gravidez <sup>(1)</sup>	104	66,2	51	32,5	1	0,6	1	0,6
Sangramento gengival e gravidez <sup>(1)</sup>	51	32,5	101	64,3	4	2,5	1	0,6
Doenças bucais e partos prematuros	58	36,9	91	58,0	1	0,6	7	4,4

NOTA: <sup>(1)</sup>Conceitos relacionando o aspecto de normalidade na associação dos dois fenômenos.

Ao relacionar as repostas dos ACS sobre as questões de tratamento odontológico e anestesia, 11,46% (n=18) acreditam que a gestante tem possibilidade de receber tratamento dentário, mas não pode se submeter à anestesia. Percebe-se que também entre esses profissionais, há a presença marcante desta crença de que a gestante não pode receber anestesia local, explicado possivelmente pela deficiência do próprio CD, o qual demonstra despreparo e resistência a esse tipo de atendimento (BERND et al.,1992; COSTA, SALIBA e MOREIRA, 2002; COZZUPOLI, 1981; MENINO e BIJELLA, 1995; SCAVUZZI, ROCHA e VIANNA, 1998). O mesmo ocorreu ao relacionar as questões sobre a procura ao CD se a gestante estiver com dor e o uso de anestesia. Para também 11,46% (n=18 ), a gestante deve ir ao CD se houver a ocorrência de dor, porém, não poderá receber anestesia local.

#### 5.4 A prática das ACS gestantes

Sobre a prática das ACS que já estiveram ou estivessem grávidas no

momento da coleta de dados, em relação à procura por atendimento odontológico, das 113 ACS que se enquadraram nesse quesito, apenas 54,9% (n=62) foram ao CD. A maioria destas, 54,8% (n=34), procurou por atendimento odontológico no primeiro trimestre; 41,9% (n=26) foram no segundo trimestre e apenas 3,2% (n=2) no terceiro trimestre. Percebe-se com isso que, apesar de não ter ocorrido unanimidade na procura ao CD durante as suas próprias gestações, aquelas que procuraram por atendimento não o fizeram tardiamente e, possivelmente, evitaram que os problemas ocorressem ou se agravassem, e puderam ter acesso a algum tipo de orientação. Assim, há possibilidade de que essas ACS estejam incentivando as gestantes de sua área, nesse caso, usando de maneira positiva seus exemplos pessoais em relação à atenção odontológica na gestação. Ainda em relação à prática das ACS que já estiveram gestantes, das 45,1% (n=51) que não procuraram o CD durante a própria gestação, 100% afirmam que a gestante pode receber anestesia se precisar. Esse dado parece significar que a não procura ao CD não esteve relacionada à crença de que o uso de anestésicos prejudique a gestação.

Ressalta-se novamente a necessidade e importância do treinamento dos ACS em saúde bucal da gestante, pois, como verificado, a maioria desses profissionais é do sexo feminino e poderão estar gestantes em algum período de suas vidas. Desse modo, para que se evite que os ACS veiculem informações baseadas no seu senso comum, experiências pessoais ou em crenças, esses profissionais devem ser devidamente capacitados e orientados para que possam informar de maneira adequada a sua

população.

Ao relacionar a prática de procura ao CD das ACS que já estiveram gestantes com a percepção do mês ideal para essa procura, percebeu-se que das 66,1% (n= 41) que procuraram atendimento odontológico e, concomitantemente, afirmam ser o primeiro trimestre o ideal para a gestante procurar o CD, 70,7% (n=29) o fizeram na sua própria gestação, conforme pode ser observado na TABELA 7. Tal dado parece significar que o conhecimento tem levado as ACS à prática de fato. Entre aquelas em que houve divergência na relação conceito/prática pessoal pode ser devido ao fato de a obtenção da informação ter acontecido após o período de gestação, ou a procura ter ocorrido após o diagnóstico de gravidez, o qual pode ter ocorrido tardiamente.

**TABELA 7** - Distribuição das ACS inseridas no PSF, de acordo com o conceito e a prática pessoal sobre o período ideal da procura da gestante por atendimento odontológico. Campo Grande (MS), 2005.

Período gestacional	Conceito sobre período ideal		Prática pessoal	
	n	%	n	%
1º trimestre	41	66,1	29	70,7
2º trimestre	16	25,8	15	93,7
3º trimestre	0	0	2	-

Durante a aplicação do formulário nas diversas USF, pôde-se constatar que havia grande receio por parte dos ACS de terem suas respostas descobertas pelo CD da equipe e, com isso, causar desentendimentos. Desse modo, percebe-se que ainda há pouca igualdade nos relacionamentos entre os membros da equipe, e que os ACS se sentem

sem liberdade para expressar seus pensamentos e sentimentos frente às suas dificuldades. Detectou-se que a harmonia no relacionamento dentro da equipe influencia de maneira significativa no andamento do serviço, uma vez que nos locais em que não se percebia boa relação entre os ACS e o CD, ocorreram maiores demonstrações de revolta, nas falas dos ACS, pela falta de capacitação, apoio ao trabalho e excesso de serviços. Onde aparentemente havia bom relacionamento na equipe, os ACS afirmavam que, mesmo sem receberem treinamento, sempre quando possuíam alguma dúvida sobre saúde bucal, procuravam o CD e eram prontamente atendidos.

A irregularidade ou insuficiência da educação recebida na sua formação causa ansiedade e insatisfação entre os ACS, principalmente quando comparam seus conhecimentos com os de outros membros da equipe (NUNES et al., 2002). Desse modo, os caminhos para a superação dessa dificuldade poderiam ser a capacitação periódica com reforços constantes, programação para treinamentos e maior relação de confiança e troca entre os membros da equipe de PSF.

É possível explorar ainda mais as atividades dos ACS, principalmente no que se refere à frequência dos treinamentos, quando esses ocorrem, e à orientação às gestantes da microárea, assim como na atenção à saúde à comunidade adscrita de forma geral. Investigar as dificuldades dos ACS na execução de ações na atenção em saúde bucal à gestante, especificamente, pode colaborar na busca de meios de se aumentar sua eficiência, o que nos permite sugerir novos estudos a fim de se otimizar as

ações em saúde bucal realizadas pelos ACS.

## 7 CONCLUSÕES

De acordo com as análises dos dados, pôde-se concluir:

- a) o quadro de agentes comunitários de saúde (ACS) atuantes no Programa Saúde da Família (PSF) de Campo Grande (MS), é predominantemente do sexo feminino (82,8%); está na faixa etária entre 19 e 39 anos (79,7%), possui o ensino médio completo (66,9%) e exerce a função no Programa há mais de um ano (80,3%);
- b) sobre o atendimento odontológico à gestante, observou-se não haver restrições ou impedimento, de acordo com os conceitos dos ACS, visto que 98,1% orientam as gestantes quanto à necessidade de atendimento odontológico. Porém, ainda são identificados focos de mitos que cercam o atendimento, principalmente quanto ao procedimento com anestesia local (11,5%) e aos conceitos relacionados à normalidade de ocorrência das doenças cárie e periodontal no período gestacional (66,2% e 32,5%, respectivamente);
- c) a maioria dos ACS consultados (56,7%) não foi treinada pelo CD da equipe quanto às orientações sobre saúde bucal da gestante. Dos ACS que receberam as orientações, não acontece reciclagem/atualização há mais de um ano (41,2%);
- d) a prática das ACS, que estavam ou já estiveram gestantes, de busca por atendimento odontológico é pequena, pois apenas 54,9% procuraram o CD durante a gestação, sendo que tal procura ocorreu



principalmente no primeiro (54,8%) e no segundo (41,9%) trimestre de gravidez.

## 8 SUGESTÕES

Frente aos resultados e conclusões e tendo em vista a contribuição com o serviço, sugere-se:

- e) Investimentos na Educação Permanente das Equipes de Saúde da Família (ESF) para que a formação contínua do profissional seja uma realidade, respondendo às necessidades do serviço;
- f) supervisão efetiva pelos órgãos competentes das ações em saúde bucal desenvolvidas pelas ESF, verificando os resultados e efetividade assim como dando o suporte necessário às equipes;
- g) maior envolvimento dos Cirurgiões-dentistas (CD) na capacitação/atualização/formação de todos os integrantes das ESF, principalmente do pessoal auxiliar para que haja melhor e maior aproveitamento desses multiplicadores em potencial;
- h) planejamento das ações em saúde bucal, de modo a definir os objetivos e resultados esperados;
- i) avaliação constante pelas ESF das suas atividades, procurando melhorar, ou até mesmo mudar, ações que não alcancem os resultados previstos;
- j) conscientização do CD da importância de sua atuação junto aos agentes comunitários de saúde (ACS) no que se refere à capacitação, instrumentalização e atualização em saúde bucal na melhoria das ações desses profissionais.

## Referências

ANDRADE, S. M. O. de. **A pesquisa científica passo a passo**. Campo Grande, 2004.

AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 131-138, 2004.

BERND, B. et al. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. **Saúde em Debate**, São Paulo, n. 34, p. 33-39, mar. 1992.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução 196, de 1996. **Bioética**, Brasília, v. 4, n. 2, 1996 (suplemento).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, 2000. (Caderno 3 - Educação Permanente).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de saúde: textos básicos**. Tema 7- Modelos de atenção à saúde. Saúde da Família (PSF) e agentes comunitários de saúde (PACS). Rio de Janeiro, 2001b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria de Normas e diretrizes**. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001, que estabelece a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Brasília, 2001c. Disponível em: <[http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo\\_amplo/portaria267.htm](http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/portaria267.htm)>. Acesso em: 24 nov. 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite**. Brasília, 2002.

CAMPO GRANDE. Prefeitura Municipal de Campo Grande. Secretaria Municipal de Saúde Pública. **Relatório anual da coordenação geral dos programas de agente comunitário de saúde e de saúde da família em Campo Grande – MS**. Campo Grande, 2003.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CARVALHO, C. L. Trabalho e profissionalização das categorias auxiliares em Odontologia. **Ação Coletiva**, v. 2, n. 1, p. 25-33, jan./mar. 1999.

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

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CHAVES, E. S. Doença periodontal pode ser um fator de risco para nascimento de bebês prematuros com baixo peso. **Revista da APCD**, São Paulo, v. 51, n. 4, p. 374-375, 1997.

CORDÓN, J. Os recursos humanos em saúde bucal coletiva e o SUS. **Ação Coletiva**, v. 2, n. 1, p. 1-2, jan./mar. 1999.

CORRÊA, M. E. G. Texto de apoio nº2- Um Pouco de História. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. 2. ed., Rio de Janeiro, 1995, p. 33-37.

CORSETTI, L. O.; FIGUEIREDO, M. C.; DUTRA, C. A. V. Avaliação do atendimento odontológico para gestantes nos serviços públicos de Porto Alegre/ RS, durante o pré-natal. **Revista ABOPREV**, v. 1, n. 1, p. 9-15, nov. 1998.

COSTA, I. C. C.; FUSCELLA, M. A. P. Educação e saúde: importância da integração dessas práticas na simplificação do saber. **Ação Coletiva**, v. 2, n. 3, p. 45-47, jul./set. 1999.

**COSTA, I. C. C.; SALIBA, O.; MOREIRA, A. S. P. Atenção odontológica à gestante na concepção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação.** Revista de Pós Graduação, v. 9, n. 3, p. 232-243, jul./set. 2002.

COSTA, R. C. R. da. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia & Política**, Curitiba, n. 18, p. 49-71, jun. 2002.

COZZUPOLI, C. A. **Odontologia na gravidez.** São Paulo: Panamed, 1981.

CUNHA, J. P. P. da; CUNHA, R. E. da. Tema 12 – Sistema Único de Saúde. Sistema Único de saúde: Princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de saúde: textos básicos.** Rio de Janeiro, 2001, p. 285-304.

DURAN, J. K. V.; SILVA, A. D. M. Um retrato dos recursos humanos auxiliares em saúde bucal: o atendente de consultório dentário inserido no PSF em Campo Grande. **Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul**, n.1, ano 1, , p. 93-105, jul./dez. 2004.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. Agente comunitário de saúde em Porto Alegre: um vendedor de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 66, p. 68-74, jan./abr. 2004.

FRAZÃO, P. A participação do pessoal auxiliar odontológico na promoção da saúde bucal. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 329-336, Oct./Dec. 1998.

FREITAS, L. S. S. **Quem são, o que pensam e o que querem os agentes comunitários do Município de Campo Grande/MS.** 56 f. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Escola de Saúde Pública "Dr Jorge David Nasser", Mato Grosso do Sul, 2003.

FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS. **Banco de dados sobre o trabalho de mulheres: trabalho feminino – séries históricas.** Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <[http://www.fcc.org.br/mulher/series\\_historicas/mtf.html](http://www.fcc.org.br/mulher/series_historicas/mtf.html)>. Acesso em: 07 ago. 2005.

GIRARDI, S. N. **Aspectos do(s) mercado(s) de trabalho em saúde no Brasil: estrutura, dinâmica, conexões.** 2005. Disponível em: <[http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos\\_apoio/pub04U1T6.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U1T6.pdf)>. Acesso em: 07 ago. 2005.

GONÇALVES, A. M. C. Um olhar sobre o trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista de Atenção Primária em Saúde**, v. 6, n. 1, p. 47, jan./jun. 2003.

ITO, C. E. **Conhecimentos sobre saúde bucal na gestação e repercussões para o bebê, de gestantes cadastradas no Programa de Saúde da Família do Município de Dourados –MS, 2003.** 39 f. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Escola de Saúde Pública “Dr Jorge David Nasser”, Mato Grosso do Sul, 2003.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-490, out./dez. 1994.

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

LOPES, B. C.; CHAGAS, D. M. N. M.; TORRES, Z. F. Regulação profissional do agente comunitário de saúde: natureza do trabalho, qualificação e vínculo. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, ano II, n. 6, p. 28-31, dez. 2002.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto – São Paulo.** 2004. 154 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, São Paulo, 2004.

LUSENA, D. O. **Perfil dos agentes comunitários de saúde de Mato Grosso do Sul.** 41 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) - Escola de Saúde Pública “Dr Jorge David Nasser”, Mato Grosso do Sul, 2002.

MENINO, R. T. M.; BIJELLA, V. T. Necessidades de saúde bucal em gestantes dos núcleos de saúde de Bauru. Conhecimentos com relação à própria saúde bucal. **Revista da Faculdade de Odontologia de Bauru**, v. 3, n. 1/4 p. 5-16, jan./dez. 1995.

MOTTA, J. I. J. et al. Educação Permanente em Saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 9, n. 1, p. 68-73, jan./abr. 2002.

MOURA, E. R. F.; SOUSA, R. A. de. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, , p. 1809-1811, nov./dez. 2002.

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

OLIVEIRA, D. M. de. **Odontologia para gestantes**. mar. 2001. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=252&idesp=13>>. Acesso em: 23 set. 2004.

OLIVEIRA JR, O. B. de et al. **Contribuição para a eficácia de programas de prevenção**: identificando os conhecimentos e mitos sobre saúde bucal em gestantes de classe média de Araraquara. 2000. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=175&idesp=12&ler=s>>. Acesso em: 03 jun. 2005.

OLIVA FILHO, A. G. de; OLIVEIRA, L. S. Odontologia na gravidez. In. ELIAS, R. (Org.). **Odontologia de alto risco**: pacientes especiais. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. cap. 9, p. 117-132.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.5, p. 1527-1534, set./ out. 2003.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. In: V CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 5, 2003, Londrina. **Oficina de trabalho "Educação Permanente"**. Londrina, 2003.

RIBEIRO, J. M. et al. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 534-545, mar./abr. 2004.

RICE, M.; CANDEIAS, N. M. F. Padrões mínimos da prática da educação em saúde: um projeto pioneiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 347-353, ago. 1989.

RIOS, D.; HONÓRIO, H. M.; FRANCO, J. B. **Tratamento odontológico em gestantes**. 2002. Disponível em: <<http://www.connectodonto.com.br/popnoticia.php3?fileurl=/www/home/connectodonto>>. Acesso em: 03 jun. 2005.

ROSELL, F. L.; MONTANDON-POMPEU, A. A. B.; VALSECKI JR. A. Registro periodontal simplificado em gestantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 157-162, 1999.

SANCHES, S.; GEBRIM, V. L. M. O trabalho da mulher e as negociações coletivas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 99-116, 2003.

SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S. da; VIANNA, M. I. P.. Percepção sobre atenção odontológica na gravidez. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**, Curitiba, ano 1, v. 1, n. 4, p. 43-50, out./dez. 1998.

SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S. da; VIANNA, M. I. P. Estudo da prevalência da cárie dentária em gestantes brasileiras, residentes em Salvador – BA. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**, Curitiba, v. 2, n. 6, p. 96-102, 1999.

SILVA, A. D. M. **Pré-natal e odontologia**: grau de conhecimento sobre saúde bucal de gestantes da maternidade Cândido Mariano, Campo Grande –MS. 1998. 56 f. Monografia ( Especialização em Saúde Pública) - Escola de Saúde Pública "Dr Jorge David Nasser", Mato Grosso do Sul, 1998.

SILVA, J. A. da; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface** – Comunicação, saúde, educação, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

SILVEIRA FILHO, A. D. Odontologia no PSF – um desafio. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, ano II, n. 4, p. 17-18, jan. 2002a.



SILVEIRA FILHO, A. D. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, ano II, n. 6, p. 36-43, dez. 2002b.

SONIS, S. T.; FAZIO, R. C.; FANG, L. Avaliação e tratamento do paciente com endocrinopatia – gravidez. In: **Medicina Oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. cap. 17, p. 142-147.

**SOUZA, D. F. R. K. de; SOUZA, L. N. G. de; BARROS, L. A. P de. A doença periodontal como risco de nascimento prematuro e de baixo peso.** Revista da Associação Brasileira de Odontologia Nacional, v. 13, n. 1, p. 22-28, fev./mar. 2005.

TIVERON, A. R. F.; BENFATTI, S. V.; BAUSELLS, J. Conhecimentos e práticas das gestantes com relação à saúde bucal da criança. **Revista Ciências Odontológicas**, Marília, ano 4, n. 4, p. 69-74, 2001.

VIEIRA, A. R.; AMORIM, M. R.; ORIOLI, I. M. Principais dúvidas das gestantes em relação à odontologia. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**, Curitiba, v. 2, n. 5, p. 33-36, 1999.

## APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

### Parte I – Dados de Identificação

Idade: \_\_\_\_\_ anos.

Sexo: ( ) F ( ) M

Escolaridade: ( ) Fundamental incompleto ( ) Ensino Médio completo

( ) Fundamental completo ( ) Superior incompleto

( ) Ensino Médio incompleto ( ) Superior completo

Há quanto tempo trabalha no **PSF**? \_\_\_\_\_

Pertence ao PSF do Distrito: ( ) NORTE ( ) SUL ( ) LESTE ( ) OESTE

### Parte II - Capacitação

1. Recebeu treinamento sobre saúde bucal da gestante pelo cirurgião-dentista de **sua** equipe? ( ) Sim ( ) Não

2. Se respondeu SIM à pergunta anterior, há quanto tempo recebeu esse treinamento? \_\_\_\_\_

3. Orienta as gestantes de sua microárea a procurar atendimento com o cirurgião-dentista? ( ) Sim ( ) Não

### Parte III - Percepção

4. Para você, a gestante pode receber tratamento dentário?

( ) Sim ( ) Não

5. Para você, em qual mês de gravidez é ideal que a gestante procure o cirurgião-dentista? \_\_\_\_\_

6. Se a gestante estiver com dor (no dente, gengiva, boca) ela deve ir ao dentista?

( ) Sim ( ) Não

7. A gestante pode receber anestesia dental se precisar? ( ) Sim ( ) Não

8. Para você, problemas na boca da grávida podem causar partos prematuros?

( ) Sim ( ) Não

9. É normal o dente ficar cariado (estragar) na gravidez? ( ) Sim ( ) Não

10. É normal a gengiva sangrar quando a mulher está grávida? ( ) Sim ( ) Não

### Perguntas somente para ACS que estejam ou já estiveram gestantes

11. Você foi ao cirurgião-dentista durante a gestação? ( ) Sim ( ) Não

12. Se respondeu SIM à pergunta anterior, em qual período de gravidez você procurou atendimento no cirurgião-dentista?

( ) começo (1º ao 3º mês) ( ) meio (4º ao 6º mês)

( ) final (7º ao 9º mês)

**Obrigada!**

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O estudo "Percepção de agentes comunitários de saúde sobre a atenção à saúde bucal à gestante" pretende analisar o conhecimento de todos os agentes comunitários de saúde que atuam em Programa Saúde da Família (PSF) do Município de Campo Grande (MS).

Solicitamos com isso sua participação voluntária no preenchimento do formulário, para fins de pesquisa de autoria de THAIS SATHIE ISEKI KUMAGAI. Esta atividade NÃO apresenta riscos aos participantes e a qualquer momento e sem qualquer tipo de cobrança, você poderá solicitar esclarecimentos sobre o trabalho que está sendo realizado.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos, contudo, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo de sua participação. Nomes e outras informações pessoais não serão publicados em hipótese alguma. Sua participação será voluntária, não recebendo por ela qualquer tipo de pagamento. Após a aplicação do formulário, você receberá um folheto explicativo com esclarecimentos das dúvidas mais frequentes sobre saúde bucal da gestante, assim como a solução de suas dúvidas imediatas sobre o assunto. Espera-se que este estudo possa contribuir com o trabalho da equipe na melhora da atenção à saúde bucal das gestantes.

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para Thais no telefone 9224-0779. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS pelo telefone 345-7187.

### DECLARAÇÃO DE ACEITE DE PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_ declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em participar voluntariamente da mesma. Sei que a qualquer momento posso revogar este Aceite e desistir de minha participação, sem a necessidade de prestar qualquer informação adicional. Declaro, também, que não recebi ou receberei qualquer tipo de pagamento por esta participação voluntária.

Campo Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Voluntário

## APÊNDICE C – FOLHETO EXPLICATIVO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

### GESTAÇÃO E SAÚDE BUCAL

Durante a gravidez, ocorrem alterações no organismo da gestante que podem levar ao aparecimento de problemas dentários e gengivais, devido:

- Ao maior consumo de doces, aumentando a tendência ao aparecimento de cárie e gengivite;
- ao aumento da acidez na boca;
- à gestante passar a se alimentar com maior frequência;
- à diminuição nos cuidados com a higiene bucal, principalmente antes e depois do parto, quando a atenção da mãe está mais voltada para o bebê.

#### ***A gestante pode receber tratamento odontológico?***

SIM. Em qualquer mês de gestação, porém o segundo trimestre (entre o 4º e o 6º mês) é o momento mais oportuno, porque, nessa fase, ela se encontra num período mais estável.

#### ***É seguro receber tratamento dentário durante a gestação?***

SIM. O ideal é realizar o tratamento odontológico antes da gravidez. Porém, desde o início da gestação deve-se procurar o dentista para orientação preventiva. Caso seja necessário o tratamento, ele deverá ser realizado, pois a cárie e as infecções não tratadas podem prejudicar a gestação.

#### ***Existem riscos quanto à anestesia dental?***

NÃO, desde que se use o anestésico apropriado às gestantes e o dentista está preparado para isso.

#### ***A gravidez provoca cárie?***

NÃO. O problema está na alimentação rica em açúcar e na higiene bucal incorreta ou descuidada em que não se remove corretamente a placa bacteriana (massa de restos de alimentos e bactérias que se forma sobre os dentes).

#### ***É normal a gengiva sangrar durante a gravidez?***

NÃO. O sangramento é sinal de que a gengiva está inflamada devido à presença de placa bacteriana. A gravidez por si só não causa inflamação na gengiva. As alterações hormonais dessa fase apenas aumentam a inflamação já existente.

#### ***Existem cuidados especiais para higiene bucal?***

NÃO. Apenas realizar os mesmos cuidados que uma mulher não grávida com ótima escovação e uso de fio dental. O mais importante da higiene bucal diária é a qualidade e não a quantidade.

#### ***A gestante deve tomar flúor para beneficiar os dentes do bebê?***

A suplementação de flúor na gravidez não tem nenhum efeito comprovado nos dentes do bebê que vai nascer.

**ANEXO A - CARTA DE AVISO DA SESAU ENVIADAS A TODAS AS USF**

Observação: mensagem anexa encaminhada.

Mensagem encaminhada [ [Baixar arquivo](#) | [Salvar no Yahoo! Porta-arquivos](#) ]

De: "SACS" <sacs@pmcg.ms.gov.br>

Para: adeliamoto@yahoo.com.br

Assunto: autorização de pesquisa

Data: Tue, 10 May 2005 09:02:59 -0300

Anexo tipo HTML [ [Baixar arquivo](#) | [Salvar no Yahoo! Porta-arquivos](#) ]

Prezado(a) Gerente,

Informamos que foi autorizado pela SESAU os alunos do curso de Residência do Saúde da Família da Escola de Saúde Pública/Universidade Federal de MS, a realizarem pesquisa de campo, para elaboração do trabalho de conclusão do curso, nas Unidade de Saúde da Família. Vale ressaltar que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética da UFMS.

Relação dos alunos:

- Marcelo Caldas dos Santos " Análise da Percepção e a atuação do Agentes Comunitários de Saúde em Saúde Bucal no PSF em Campo Grande"
- Wilson Hiroshi de Oliveira Uehar " Prevalência de problemas relacionados com medicamentos em pacientes hipertensos";
- Sandra Cristina Seixas - " Análise da práticas do enfermeiro na UBSF de Campo Grande-MS;
- Thaís Sathie Iseki Kumagai - Percepção de Agentes de saúde comunitários do PSF sobre a atenção à saúde bucal à gestante".

Atenciosamente,

Maria Neta de Jesus

GT de Educação Permanente


ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

Carta de Aprovação

*A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 481 do Pesquisadora Thais Sathie Isekü Kumugai, intitulado "Percepção de agentes de saúde comunitários do PSF sobre atenção à saúde bucal à gestante", e o termo de consentimento livre e esclarecido, foram revisados por este Comitê e aprovados em reunião Ordinária no dia 29 de março de 2005, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.*

  
Prof. Odair Pimentel Martins

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 30 de março de 2005.