
**O papel do agente comunitário de saúde na
educação em saúde bucal**
**The community health agent role in
oral health education**

TELMO OLIVEIRA BITTAR¹
FÁBIO LUIZ MIALHE²
ANTÔNIO CARLOS PEREIRA²
MARCELO DE CASTRO MENEGHIM²

RESUMO: O objetivo deste presente artigo foi analisar o papel do agente comunitário de saúde num contexto de técnicas e políticas de educação em saúde bucal realizadas no Brasil, através de uma revisão bibliográfica de textos oriundos da Biblioteca Virtual de Saúde (BIREME). Verificou-se a necessidade de mudança de postura profissional dos gestores públicos brasileiros, das equipes dos programas ACS (Agente Comunitário de Saúde) e PSF (Programa Saúde da Família) e nas técnicas pedagógicas utilizadas neste processo, ressaltando a territorialização como um modelo estratégico de educação em saúde bucal no âmbito do SUS.

Palavras-chave: Saúde da Família. Educação em Saúde Bucal. Serviços de Saúde Comunitária.

ABSTRACT: The aim of this paper was to analyze the role of health community agent (HCA) in the context of Brazilian oral health education policy utilizing papers from a Virtual Health Library, adopting the literature review method. It was verified the need of change in Brazilian public manager's stand as well as the whole staff from the basic health care programs (Family Health Program and Health Community Agent

¹Aluno de mestrado da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/Unicamp

²Professores Doutores do Departamento de Odontologia em Saúde Coletiva da FOP/Unicamp – Av. Limeira, 901, C.P. 52, Cep 13414-903, Piracicaba-SP, e-mail: telmobittar@hotmail.com

Program), and the pedagogical methods, shedding a light to the locally community status reality needs.

Key-words: Family Health. Oral Health Education. Community Health Services.

INTRODUÇÃO

A história dos profissionais de nível técnico ligados a processos de educação em saúde no Brasil data desde 1923, quando houve o I Congresso Brasileiro de Higiene. Deste então, inúmeras propostas, todas de cunho capitalista, apresentavam modelos de instrução a trabalhadores rurais para que as endemias da época não diminuíssem o contingente destes e prejudicassem o comércio no Brasil. Um dos exemplos que podemos aqui citar foi a criação da Fundação SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), em 1940, composta em sua maioria por técnicos com dedicação exclusiva, que resultou de uma parceria entre os Estados Unidos da América e Brasil, para reduzir os focos de malária nas zonas de exploração da borracha (FINKELMAN, 2002).

A história da educação em saúde bucal no Brasil é mais comumente marcada por campanhas isoladas que por programas de educação continuada segundo Botazzo (1994). Apenas a partir de 1989, quando é criada pelo Inamps a 'Política Nacional de Saúde Bucal', com o intuito de seguir os mesmos princípios que regem a macro atenção em saúde: integralidade, universalidade e equidade de atenção; que o país assume uma política integral de atenção à saúde bucal.

Este trabalho objetiva rever o papel do agente comunitário de saúde no Brasil, considerando seu trabalho em prol da educação de saúde bucal territorializada no âmbito da atenção básica, e questionar a eficácia das técnicas de educação em saúde bucal empregadas no SUS.

O Agente Comunitário de Saúde

O programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS – teve seu embrião no Estado do Ceará com o nome de Programa de Agentes de Saúde, e após repercussão nacional, foi implantando em 1991 pelo governo federal em todo país, com intuito de reduzir a mortalidade infantil e materna nas regiões mais pobres do Brasil, em especial Norte e Nordeste, executando ações de educação em saúde, mobilização da

comunidade e atenção ao grupo materno-infantil (SILVA, 2001; LEVY; MATOS; TOMITA, 2004).

A Portaria nº 3.189 de 1999, regulamenta a função do profissional do PACS, segunda a qual o mesmo deve: desenvolver atividades de prevenção e promoção da saúde por meio de ações educativas e coletivas nos domicílios e na comunidade, dentro da sua área de atuação.

A função exige que o mesmo seja obrigatoriamente morador do bairro no qual trabalha há pelo menos dois anos, uma vez que é fundamental que este seja conhecedor da realidade local, desempenhando papel de liderança e agindo de modo solidário nas ações de promoção, prevenção e proteção da saúde (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

Neste sentido, o agente comunitário se torna um elo entre a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) e a comunidade, auxiliando no desenvolvimento de ações programáticas, na humanização da atenção, no acolhimento dos pacientes, tornando-se um interlocutor da comunidade no processo de análise de suas necessidades e tradutor do universo científico ao popular (NUNES et al., 2002; CHIESA; FRACOLLI, 2004).

Em geral, os agentes comunitários de saúde podem integrar a Equipe Saúde da Família – ESF, dentro do escopo do PSF (Programa Saúde da Família) ou apenas fazerem parte do PACS isoladamente. Quando no interior do PSF, este programa adota a estratégia de saúde da família, baseada na atenção preventiva e curativa, composta por uma equipe multiprofissional com ações intersetoriais prestando atenção integral à saúde.

Os agentes comunitários realizam um importante trabalho na viabilização das ações do PSF, pois atuam nas áreas técnica, política e social; apesar de serem profissionais de menor grau de escolaridade e terem a menor remuneração dentro do programa (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

Apesar da práxis do serviço, o agente de saúde também se envolve com os membros da comunidade, estabelecendo uma relação afetiva, de confiança, pois muitas vezes se depara com situações que não são próprias do programa, quando visitam pacientes idosos que se queixam de solidão, pessoas deprimidas que possuem problemas familiares; enfim, eles dão a oportunidade das pessoas desabafarem, relatarem seus medos, suas inseguranças e frustrações, e por tal motivo,

muitos são chamados de “anjos bons” pelos membros da comunidade (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004).

Os Processos de Educação em Saúde

Vargas e Soares (1997) apontam para três modelos de educação em saúde existentes na literatura: o sistema tradicional comunitário, sistemas locais de saúde e método participativo em educação e comunicação popular.

O primeiro modelo educativo possui caráter autoritário, centrado na reprodução de conceitos dos técnicos em saúde que repassam seus conhecimentos à população sem considerar a realidade em que vivem, desconsiderando sua participação no processo educativo, como também a necessidade de mudança da realidade social. Neste modelo, as estratégias mais comumente adotadas são: palestras, orientações e impressos.

No segundo modelo descrito – SILOS – Sistemas Locais de Saúde, o enfoque objetiva uma melhora de vida das pessoas, sem, contudo, alterar a realidade na qual estão inseridas, visto que se o processo educativo não é capaz de gerar mudanças ou transformações na estrutura da sociedade, ele apenas reproduz o pensamento dos técnicos envolvidos neste processo. Apesar de restritivo, este enfoque é o mais comumente utilizado nos projetos de educação em saúde, sendo considerado um modelo moderno dentro da saúde pública apoiado pela Organização Mundial de Saúde (SOARES; SALUM, 1999). Grande parte dos trabalhos educativos desenvolvidos neste modelo leva em consideração as faixas etárias dos sujeitos, contudo, desconsideram as diferenças entre os grupos sociais dos mesmos. A metodologia adota são as discussões em grupo, os jogos, as demonstrações e dramatizações, possibilitando a interação restrita da comunidade uma vez que o técnico era considerado o detentor da verdade no momento das discussões.

O terceiro enfoque é o Método Participativo em Educação e Comunicação Popular, cujo princípio central é realizar a transformação da sociedade de acordo com as necessidades da comunidade. Neste enfoque a população é considerada sujeito ativo do processo de aprendizagem, estimulando a participação popular no controle das políticas públicas em caráter emancipatório. Apenas 20% das técnicas educativas descritas pela literatura utilizam este modelo emancipatório. Ele escolhe os sujeitos não por problemas de saúde ou faixa etária, como

nos enfoques anteriores, mas pela territorialização, levando em consideração o contexto social. Assim, as estratégias de ensino utilizadas, tais como discussão e dramatização, leva em consideração a participação efetiva das pessoas envolvidas no processo.

Após a análise destes três modelos de educação em saúde, considera-se o primeiro um modelo autoritário no qual o educando é um receptor passivo de informações. O segundo, trata-se de um modelo paternalista, que não estimula a mudança de realidade, trata-se de um modelo de educação paliativo, pois não atinge os determinantes sociais do processo saúde-doença. Quanto ao terceiro, seria um modelo ideal, de emancipação popular, com ações territorializadas, considerando as diferenças sociais e promovendo um debate com os sujeitos envolvidos em uma hierarquia horizontal, onde o detentor do conhecimento não é obrigatoriamente o detentor da verdade.

DISCUSSÃO

A saúde bucal não é um tema muito em voga pelos agentes comunitários de saúde, visto que nem todas as equipes de PSF possuem profissional da área odontológica para efetivar essa política local de educação em saúde bucal, muita embora ela ocorra esporadicamente dentro do PSF e PACS sem a presença do dentista, como relatam Levy, Matos e Tomita (2004), em seu trabalho. As ações são meramente ilustrativas e algumas vezes psicomotoras com o ensino de técnicas de escovação dental.

Estudo realizado por Martinez e Chaves (2007) demonstra que o fato do ACS conhecer as formas cotidianas de viver da sua população alvo, a realidade das famílias residentes em sua área de trabalho, e ser obrigatoriamente morador desta, faz com que ele seja um ente especial no processo de reestruturação do modelo de atenção à saúde do SUS, estando, contudo, exposto a vários tipos de pressão: dos pressupostos da função do cargo, dos profissionais componentes da equipe, da comunidade que reivindica seus direitos e a própria pressão que este exerce sobre si mesmo; tornando-se um dos profissionais mais exigidos da atenção básica apesar de sua baixa qualificação e remuneração salarial.

O elo criado entre o agente comunitário de saúde e a comunidade, constitui-se em um poderoso instrumento de informação dos profissionais da unidade básica de saúde, quando nas suas reuniões

semanais presididas pelo enfermeiro padrão da unidade, a respeito da situação de vida da população adstrita, permitindo a conscientização desta equipe com relação aos problemas mais comuns da comunidade e possibilitando a intervenção da mesma (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004).

Pauleto, Pereira e Cyrino (2004), em revisão bibliográfica sobre as técnicas de educação em saúde bucal empregadas no Brasil, mostram que a situação epidemiológica da cárie dental e doença periodontal ainda é considerada grave devido a três fatores: as diferenças sociais e econômicas da população brasileira, a pequena parcela de recursos financeiros destinada ao setor de saúde bucal no país e por último, a falta de informação da população sobre cuidados básicos em saúde. O resultado do estudo aponta para uma necessidade de mudança das práticas pedagógicas, bem como as de comunicação, consideradas unidirecionais, dogmáticas e autoritárias, com foco na transmissão de informação vertical.

Garcia, Corona e Valsecki Júnior (1998) desenvolveram um programa de educação em saúde com 628 crianças escolares utilizando técnicas pedagógicas que trabalhavam com os sentidos: visual, auditivo e cinestésico. O autor alega que apesar deste programa ter tido uma boa aceitação por parte das crianças, a sua eficácia está condicionada a sua continuidade, ou seja, a maioria dos programas de educação em saúde bucal são falhos devido à ruptura da continuidade do processo educativo.

Segundo o educador Freire (1980), a educação deve ser vista como um processo de vida, de liberdade, de caráter emancipatório, onde o aluno aprende na prática, de acordo com suas necessidades e a sua capacidade cognitiva, de modo que o mesmo conquiste com este processo, um certo grau de autonomia suficiente para alterar a sua realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Grande parte das políticas de educação em saúde bucal realizadas no Brasil são feitas de modo seletivo, direcionadas a escolares, pacientes especiais, utilizando-se critérios de faixa etária, com técnicas educacionais repressoras, que não trabalham a realidade da comunidade, não respeitam os cidadãos, e não combatem os fatores etiológicos do problema, tendo apenas função paliativa; descaracterizando desta maneira

a universalidade, integralidade e equidade proposta pelo Sistema Único de Saúde.

Urge-se, portanto uma mudança de postura educacional, direcionada as técnicas de caráter emancipatório, utilizando-se uma estratégia territorializada, com recursos humanos que disponham de tempo, aptidão e conhecimento para realizar as ações educativas gozando de certa frequência e continuidade na execução das ações para que possam ser realmente efetivas no processo de promoção da saúde bucal.

Assim, encontramos na UBS e nos programas PACS e PSF um campo fértil para realização das ações educativas de saúde bucal, em especial na figura do agente comunitário de saúde, um ente familiarizado com a realidade a qual trabalha, detentor dos conhecimentos populares, investido de autoridade sanitária e gozando de uma práxis que leva a uma constante manutenção destas ações.

REFERÊNCIAS

- BOTAZZO, C. **A saúde bucal nas práticas coletivas de saúde**. Instituto de Saúde: Série Tendências e Perspectivas em Saúde 1, 1994.
- CHIESA, A.M.; FRACOLLI, L.A. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde. **Rev bras saúde fam**, v.5, n.7, p.42-9, 2004.
- FINKELMAN, J. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Moraes, 1980.
- GARCIA, P.P.N.S.; CORONA, S.A.M.; VALSECKI JÚNIOR, A. Educação e motivação: II. Avaliação da efetividade de métodos educativos-preventivos relativos à cárie dental e a doença periodontal. **Rev Odontol UNESP**, v.27, n.2, p.405-15, 1998.
- KLUTHCOVSKY, A.C.G.C.; TAKAYANAGUI, A.M.M. O trabalho do agente comunitário de saúde. **Rev bras med fam comunidade**, v.2, n.5, p.23-9, 2006.
- LEVY, F.M.; MATOS, P.E.S.; TOMITA, N.E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad saúde pública**, v.20, n.1, p.197-203, 2004.
- MARTINEZ, W.R.V.; CHAVES, E.C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.3, p.426-33, 2007.
- NUNES, M.O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad saúde pública**, v.18, n.6, p.1639-46, 2002.
- PAULETO, A.R.C.; PEREIRA, M.L.T.; CYRINO, E.G. Saúde Bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciênc saúde coletiva**, v.9, n.1, p.121-30, 2004.

SILVA, J.A. **O agente comunitário de saúde do projeto QUALIS: Agente institucional ou agente da comunidade?** São Paulo, 2001. 143f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

SOARES, C.B.; SALUM, M.J.L. **A instrumentalização da inteligência popular e a intervenção em saúde coletiva.** Documento de apoio pedagógico. Departamento de enfermagem em saúde coletiva da escola de enfermagem da USP. São Paulo, 1999.

VARGAS, M.N.; SOARES, L.T.R. O trabalho educativo em saúde nas comunidades rurais: as experiências da enfermagem no Brasil e no Peru. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.1, n.2, p.54-71, 1997.

Enviado em: outubro de 2007.

Revisado e Aceito: dezembro de 2007.