

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

Alex Luís Sass

**ATRIBUIÇÕES DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS EM SAÚDE BUCAL:
AVALIAÇÃO PELA METODOLOGIA DELPHI**

Passo Fundo

2015

Alex Luís Sass

**ATRIBUIÇÕES DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS EM SAÚDE BUCAL:
AVALIAÇÃO PELA METODOLOGIA DELPHI**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da UPF, para obtenção do título de Mestre em Odontologia – Área de Concentração em Clínica Odontológica, sob orientação da profa. Dra. Micheline Sandini Trentin e coorientação do prof. Dr. Fernando Neves Hugo.

Passo Fundo

2015

Folha reservada para
Ata de aprovação da Banca Examinadora

Observação:
Mantenha esta página no seu arquivo, imprimindo-a.
Após, faça a substituição pela Ata de aprovação fornecida pela Secretaria
para manter a correta numeração do seu trabalho.

Folha reservada para
Ficha catalográfica

Observação:

Mantenha esta página no seu arquivo, imprimindo-a.
Após, faça a substituição pela Ficha Catalográfica fornecida pela
Secretaria para manter a correta numeração do seu trabalho.

BIOGRAFIA DO AUTOR

Alex Luís Sass, nasceu no dia 08 de novembro de 1982 em Erechim, RS. É graduado em Odontologia, pela Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. Coordenador de Saúde Bucal da Prefeitura Municipal de Erechim no período de 2010-2013. Atua nas áreas de Periodontia e Pacientes Especiais, no Centro de Especialidades Odontológicas - CEO da Universidade Regional Integrada URI - Campus Erechim. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Odontologia Social e Preventiva.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, nosso Pai Celeste.

Aos meus pais, Luís Alberto Sass e Vera Beatriz Sass (*in memoriam*) que sempre me estimularam a buscar a realização dos meus objetivos.

A minha querida irmã, Liz Beatriz Sass, pelo apoio em diversos momentos desta caminhada.

A minha noiva, Franciele da Luz, pela paciência em diversos momentos de dedicação ao mestrado.

Aos meus colegas de mestrado, pela amizade e companheirismo.

A minha orientadora profa. Dra. Micheline Trentin e coorientador prof. Dr. Fernando Hugo pelos diversos momentos de aprendizado.

Ao prof. Me. Leodinei Lodi, pelo incentivo na realização deste Mestrado.

A CAPES pelo custeio da bolsa total do curso de mestrado.

A todos, muito obrigado!

SUMÁRIO

BIOGRAFIA DO AUTOR.....	5
AGRADECIMENTOS.....	6
LISTA DE TABELAS.....	8
LISTA DE ABREVIATURAS.....	9
1. INTRODUÇÃO.....	14
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3. PROPOSIÇÃO.....	23
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	24
5. RESULTADOS.....	29
6. DISCUSSÃO.....	36
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICES.....	48
ARTIGO SUBMETIDO.....	102

LISTA DE TABELAS

Tabela1 – Participação no estudo segundo a fase do estudo Delphi.....	29
Tabela 2 – Pontuação dos pesos.....	32
Tabela 3 – Ponderação de pesos e valor atribuído na dimensão.....	33
Tabela 4 – Resultados de média e desvio padrão por fase e critério.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente comunitário de Saúde
ASB – Auxiliar de Saúde Bucal
TSB – Técnico em Saúde Bucal
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia Saúde da Família
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CD – Cirurgião Dentista
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
MS – Ministério da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PICS – Práticas Integrativas e complementares em Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
PNPICS – Política Nacional de práticas integrativas e complementares em Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
USF – Unidade Saúde da Família

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi definir atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na área de saúde bucal através de Metodologia Delphi. A mesma, utilizou um modelo teórico lógico com questionário inicial, o qual foi enviado a 30 participantes: 10 gestores que atuavam na coordenação de saúde bucal nacional, estadual ou municipal, 10 pesquisadores ou professores universitários com pós graduação em saúde bucal coletiva e 10 profissionais cirurgiões dentistas que atuavam na rede de atenção básica em Equipe de Saúde Bucal (ESB). As referências teóricas para este estudo, foram publicações ministeriais do processo de trabalho de ACS e ESB. O modelo teórico lógico, seguido de questionário foi inserido na plataforma FORMSUS, o qual enviou um link de acesso com senha para cada participante através de e-mail. Os participantes se mantiveram anônimos, respondendo ao questionário avaliando a concordância com cada questão, numa escala de 0 a 10. O mesmo foi composto por trinta e quatro questões fechadas, onde o consenso foi medido quando atingiram média ≥ 7 e $dp < 3$ em cada questão. Os dados foram exportados para Excel onde foi analisado a média e desvio padrão. Ainda, houve 6 questões abertas que permitiram inclusão de comentários e justificativas. A análise destas questões abertas por parte da equipe coordenadora da pesquisa originou novas questões para inclusão em segunda rodada do questionário. Uma última rodada ainda buscou definir

uma classificação da importância de cada critério atribuindo peso as mesmas conforme a mediana. O resultado foi uma matriz final com 36 critérios organizados em 6 dimensões de trabalho. Este estudo fornece uma imagem objetivo do processo de trabalho do ACS em saúde bucal. O mesmo demonstra a capacidade do ACS de realizar atividades de promoção, vigilância, prevenção e educação em saúde bucal. Esta matriz, poderá ser utilizada com o objetivo de definir indicadores do processo de trabalho do ACS em saúde bucal.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Saúde bucal. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The objective of this research was to define responsibilities of Community Health Agents (CHAs) in the area of oral health through Delphi Methodology. This methodology used a logical theoretical model with initial questionnaire, which was sent to 30 participants. 10 managers working in the coordination of national oral health, state or municipal, 10 researchers or academics with post graduate degree in public health dentistry and 10 professional dentists working in the primary health care network in ESB (oral health team). The theoretical references were ministerial publications in the area of CHA and ESB. The logical theoretical model, followed by questionnaire was inserted in FORMSUS platform, which sent an access link with password for each participant by e-mail and participants remained anonymous. The participants answered the questionnaire evaluating their agreement with each question, on a scale from 0 to 10. There were thirty-four closed questions where consensus was measured when they reached an average of ≥ 7 and $SD < 3$. Still, there were six open questions that allowed inclusion of comments and justifications. The analysis of these open questions by the team coordinating the research created new questions to be included in the second round of the questionnaire. A last round still tried to define a classification of the importance of each criterion by assigning the same weight to them as the median. The result was a final matrix with 36

criteria organized in six work dimensions. This study provides an objective image of the work of the Community Health Agent. The same demonstrates ACS 'ability to carry out promotion activities, surveillance, prevention and oral health education. This matrix can be used in order to define indicators CHA worker process in oral health.

Keywords: Community Health Agent, Oral health, Family Health Strategy.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Portaria 1886, de 18 de dezembro de 1997, entre as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde(ACS), está a de realizarem atividades de educação em saúde bucal nas famílias, com ênfase no grupo infantil. A Política Nacional de Atenção Básica(PNAB), publicada em 2012, já não especifica atribuições em saúde bucal para os ACS. De acordo com o Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2009), as ações em saúde bucal são divididas em 3 eixos de atenção: crianças, adolescentes e adultos. O Manual do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2009), detalha as ações do ACS em seis dimensões de trabalho: cadastramento das famílias, mapeamento da área de atuação, visita domiciliar, trabalhando educação em saúde na comunidade, participação na comunidade e atuação intersetorial. As atribuições as quais o ACS poderia atuar em saúde bucal não são claramente especificadas em nenhuma publicação ministerial de formação dos mesmos. O processo de trabalho do ACS se caracteriza pela forte ligação com o setor de enfermagem e médico e distanciamento do setor de odontologia. (HOLANDA et al, 2009).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB, 2004) preconiza que o trabalho interdisciplinar é indispensável para melhorar a qualidade dos serviços em saúde, e aumentar seu potencial de resolutividade. Ainda, a

interação com profissionais de outras áreas, permite a abordagem do indivíduo como um todo, e atenta ao contexto sócio-econômico-cultural ao qual ele está inserido (HOLANDA et al, 2009). As Unidades Saúde da Família(USF) com Equipe de Saúde Bucal(ESB), têm apresentado deficiências na capacitação dos ACS, não conseguindo envolver as comunidades atendidas, nem avaliar efetivamente as ações de saúde bucal realizadas (FRAZÃO e MARQUES, 2009). As dificuldades encontradas no processo de trabalho do ACS, mostram que existe a necessidade de reavaliar que ações em saúde bucal o mesmo pode desenvolver e de se definir critérios de indicadores para avaliação dos mesmos.

A Metodologia Delphi, trata-se de um método de consenso de opiniões entre especialistas, devido à falta de literatura existente sobre um assunto (JONES e HUNTER, 1995); (DEVENISH et al, 2012); (BALASUBRAMANIAN, 2012). A mesma será utilizada nesta pesquisa, com o objetivo de obter uma opinião qualificada sobre atribuições de ACS em saúde bucal.

A utilização de um modelo teórico lógico em estudos de consenso, facilita a compreensão do assunto tratado na pesquisa (ELIAS e PATROCLO, 2004). O mesmo apresenta os dados, objetivos, mudanças e resultados do estudo de forma sistemática (ELIAS & PATROCLO, 2004).

Através da construção de um modelo teórico lógico inicial, o qual corresponde a uma imagem objetivo do estudo, e utilização de Metodologia Delphi, este trabalho tem por objetivo construir um modelo teórico lógico final, com critérios em diferentes dimensões do processo de trabalho do ACS em saúde bucal.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Agente comunitário de saúde(ACS) e Estratégia Saúde da Família(ESF).

O Sistema Único de Saúde – SUS, criado pela Constituição Federal de 1988, dentro de seus pressupostos, de acordo com a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, afirma que o sistema deve dispor condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e reduzir riscos de doenças e outros agravos. Assim, buscando atingir estes pressupostos em 1991 criou-se o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), regulamentado em 1997 através da Portaria nº1886/GM. O mesmo foi criado com o objetivo de que o ACS buscasse informações de saúde na comunidade, vinculando cada ACS a uma microárea de cobertura da UBS (Unidade Básica de Saúde) de referência. O PACS foi uma transição de um modelo curativo de atenção em saúde para o PSF (Programa Saúde da Família), criado através do Decreto 1232 de 30 de agosto de 1994. O mesmo, com caráter preventivo, busca incluir ações preventivas e de promoção de saúde na atenção básica, mudando o enfoque curativo e tecnicista que existia anteriormente.

Através da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, o PSF torna-se ESF (Estratégia Saúde da Família), com o objetivo de torná-lo

estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil. Os resultados obtidos pelo PSF demonstraram melhora em indicadores em saúde em relação ao modelo tradicional, principalmente na redução da mortalidade infantil (SOARES et al, 2011).

Entre as atribuições da ESF está a de promoção de saúde. A mesma trata-se de ações destinadas a melhorar e aprimorar a saúde das pessoas não doentes tendo assim um impacto no aumento de expectativa de vida, possibilitando maior controle sobre sua saúde. A determinação dessa capacidade de controle, ocorre com diferentes graus de empoderamento (MARQUES e FRAZÃO, 2005).

O “empoderamento” de uma população, pode ser definido como “um processo que ajuda as pessoas a firmar seu controle sobre fatores que afetam sua saúde” (AIRHIENBUWA, 1994). Para que isto ocorra é necessário fornecer: ambientes favoráveis, acesso à informação, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis (MARQUES e FRAZÃO,2005). O ACS é o profissional de saúde que realiza o primeiro contato com a comunidade da área de abrangência da ESF. O processo de trabalho do ACS deve ir de encontro a atividades de promoção de saúde e “empoderamento” da população.

A potencialização da prática do ACS, enriquecendo-a com atividades relativas a diversas áreas da saúde pode resultar em melhores indicadores de saúde na população. Entretanto, Vasconcelos et al(2010) observaram que capacitações de ACS em saúde bucal tem apresentado deficiências, não conseguindo envolver as comunidades atendidas nem avaliar efetivamente as ações realizadas.

Segundo COSTA et al(2013), é necessário maior investimento no treinamento e capacitação dos ACS. Ainda, ressalta a importância de

manutenção da qualidade do processo de trabalho executado por eles através de atividades de supervisão e de reflexão em equipe. O ACS deve ser melhor orientado e capacitado no seu processo de trabalho.

2.2. Equipes de Saúde Bucal(ESB) e Interdisciplinaridade.

Através da PNSB(2004) se buscou mudar o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal – ESB (Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000), se integrando a PSF através de ações de promoção, prevenção e recuperação. A integração de saúde bucal na PSF inclui o conceito de interdisciplinaridade como essencial para a reorientação do modelo de trabalho. Segundo Scherer et al(2013) a interdisciplinaridade se faz com o uso integrado por parte da equipe de conhecimentos da prática profissional. Além de o trabalho interdisciplinar ser realizado pelo cirurgião dentista da ESB, deve ser realizado também pelo Auxiliar em Saúde Bucal(ASB) e Técnico em Saúde Bucal(TSB), de acordo com atribuições presentes na Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011. A mesma cita atribuições como “acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar” para todos os integrantes da ESB.

SOUZA e RONCALLI(2007), em seu estudo encontraram que os pontos mais críticos no desenvolvimento de ações das ESB, seriam a falta de avaliação das ações, devido a poucos indicadores existentes, geralmente utilizados somente os do Pacto pela Atenção Básica (Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013). Ainda, no contexto da ESF, existe a falta do trabalho interdisciplinar, desenvolvimento de ações institucionalizadas e não

personais e isoladas, bem como protocolos de atendimento formulados e infraestrutura (SOUZA e RONCALLI, 2007). Desta forma, torna-se importante definir novos indicadores para as ações de ESB e ESF, bem como ações de educação permanente institucionalizadas e protocolos de atendimento que facilitem as ações interdisciplinares dentro da ESF.

O que ocorre nos serviços de saúde hoje são encontros multidisciplinares, onde os profissionais permanecem com suas práticas individuais (NECKEL et al, 2009). Superar este desafio, é verificar atribuições específicas e do grupo, e compartilhamento de conhecimentos e informações (NECKEL et al, 2009).

O processo de trabalho da ESB, exige uma equipe que se relacione com os usuários e participe da gestão dos serviços, ampliando o acesso a ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde bucal da área de cobertura da ESF (MOURA et al, 2013).

A literatura nos mostra que as ESB devem melhorar a capacidade de interdisciplinaridade com a ESF, inclusive com o ACS, já que o mesmo poderia desenvolver importante articulação com a comunidade e auxiliar no planejamento, diagnóstico e efetivação das ações da ESB.

2.3. Atuação do Agente Comunitário de Saúde(ACS) e saúde bucal.

De acordo com Frazão (2009), há pouca documentação referente aos diferentes âmbitos de atuação dos ACS. Os mesmos podem contribuir como importante ferramenta de educação em saúde bucal (HOLANDA et al, 2009; FRAZÃO & MARQUES, 2009; KEL et al, 2010; MIALHE et al, 2011; PIRES et al, 2007; MORETTI et al, 2010; VASCONCELOS et al, 2010). Entre suas atribuições que poderiam contribuir com as ESB estaria

a identificação de situações de risco, evitando casos que necessitem de atenção curativa posteriormente (FRAZÃO e MARQUES, 2009). Os ACS devem capacitar-se regularmente, aprimorando as intervenções em saúde bucal, adquirindo novas competências e habilidades (KOYASHIKI et al, 2008). As equipes de ESF realizam o trabalho de forma parcelar, onde cada profissional realiza sua função de forma isolada, não interagindo com o restante da equipe (KEL et al, 2010); (KOYASHIKI et al, 2008). Segundo Mialhe (2011), apesar das constantes reorientações metodológicas da Educação em Saúde, a mesma ainda é desenvolvida de forma normativa, sendo desta forma descontextualizada da realidade vivenciada pelos ACS.

As atividades em saúde bucal realizadas pelos ACS, geralmente são mais voltadas para gestantes, mães e crianças, priorizando estes grupos (MIALHE et al, 2009). Entretanto, muitos agentes não realizam atividades educativas em saúde bucal por não terem sido capacitados sobre o assunto. Existe a necessidade dos ACS repensarem a forma como vêm desenvolvendo suas práticas educativas em saúde bucal (MIALHE et al, 2009; KOYASHIKI et al, 2008).

O trabalho em conjunto entre ESB e ACS é realizado de forma parcial, limitando-se a triagens e reuniões de equipe (MOYSÉS e GOÉS, 2012). A inserção da ESB na ESF, iniciou em 2001, mas muitas mudanças na metodologia de trabalho em saúde bucal ocorreram desde então, havendo ainda inúmeros desafios para considerar as ESB integradas na ESF (RODRIGUES et al, 2010). Para que o trabalho interdisciplinar possa existir dentro da ESF, é necessário considerar o ACS inserido também na ESB (RODRIGUES et al, 2010). As ações do ACS devem ir inclusive de encontro as preconizadas na PNSB, como a realização de

atividades preventivas e educativas na comunidade, evitando assim o deslocamento frequente do CD para execução de ações coletivas (RODRIGUES et al, 2010). Ainda que estas ações possam ser realizadas pelos ACS, percebe-se uma ênfase nas ações com enfoque curativo: entrega e orientação de medicamentos, envio de exames e marcação de consultas (SANTOS et al, 2011).

Em entrevista realizada por SANTOS et al(2011), 60,5% dos ACS entrevistados não haviam recebido informações de saúde bucal. O mesmo estudo foi realizado com 38 ACS que atuavam em sete ESF de quatro municípios de pequeno porte do Noroeste Paulista. Levy et al(2004) em sua pesquisa também constatou a falta de capacitação em saúde bucal dos ACS, sendo repassadas somente orientações referentes a gestantes e bebês, não havendo uma programação definida em saúde bucal. Ainda, em outra pesquisa, de MOURA et al(2010), 79,8% dos ACS entrevistados não foram capacitados, nem assistiram palestras educativas em saúde bucal. A pesquisa foi realizada no interior do estado do Piauí, em quatro municípios, perfazendo um total de 109 ACS. Apenas em dois municípios pesquisados houve capacitação com carga horária de 20 horas semanais, mas os mesmos não se sentiam capacitados para repassarem informações em saúde bucal. Estes dados mostram o despreparo predominante dos ACS para lidar com o tema. Vários estudos concluem a necessidade de discutir as atribuições dos ACS e capacitá-los em saúde bucal (HOLANDA et al, 2009; FRAZÃO et al, 2009; KEL et al, 2010; MIALHE et al, 2011; RODRIGUES et al, 2010).

No Caderno de Atenção Básica nº 24(BRASIL, 2009) que trata do Programa Saúde na Escola, orienta-se que as ações em saúde bucal coletivas podem ser realizadas tanto por equipe auxiliar de saúde bucal

quanto pelos ACS, com planejamento sendo realizado em conjunto com o cirurgião dentista. Desta forma se destaca a capacidade do ACS de agir em ações de educação na comunidade.

O ACS também dentro de sua prática diária poderia atuar vinculando identificação de grupos de atenção odontológica prioritária a programas de inclusão social como o formulado pelo Decreto 7.492, de 2 de junho de 2011, Brasil Sem Miséria. Usuários do Bolsa Família podem ser caracterizados como grupo de risco em saúde bucal.

Apesar da necessidade de o ACS atuar e se capacitar em saúde bucal, deve-se ter o cuidado de utilizar apenas uma parte do tempo do mesmo (PINTO, 2013). As prioridades do ACS situam-se na prestação de cuidados aos grupos de alto risco nas questões de: mortalidade infantil, gestantes e enfermos (PINTO, 2013).

A atuação do ACS, com base na literatura revisada, apresenta, de um modo geral, atribuições limitadas a transferência de informação, sendo necessário construir um elenco de atribuições que esteja de acordo com as diretrizes da PNAB (2012) E PNSB (2004).

3. PROPOSIÇÃO

3.1. Objetivos gerais

Este estudo tem como objetivos gerais:

- Aprimorar o processo de trabalho do ACS.
- Atingir o pressuposto da PNSB de interdisciplinaridade entre ESB e ESF.

3.2. Objetivos específicos

Estabelecer modelo teórico-lógico e critérios de avaliação de desempenho do ACS em saúde bucal.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa(CEP) da Universidade de Passo Fundo – UPF, sob número de parecer favorável 696.755 na data de 25/06/2014 (Apêndice 1). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) encontra-se no Apêndice 2.

4.1. População.

Este estudo de consenso foi realizado através de metodologia Delphi, composto por revisão de literatura e um painel em três fases.

O referencial teórico em saúde bucal foram publicações do Ministério da Saúde sobre o tema; sendo utilizadas as diretrizes da PNSB (BRASIL, 2004), o Caderno de Atenção Básica nº 17 (BRASIL,2006) e PNAB (BRASIL, 2012). Como referencial de atribuições do ACS, foram utilizadas as seguintes publicações: O trabalho do Agente Comunitário de saúde (BRASIL,2009), Guia Prático do agente comunitário de saúde (BRASIL,2009), e PNAB (BRASIL,2012).

O modelo teórico lógico consiste num processo que busca facilitar o monitoramento da proposta, sua avaliação e tomada de consenso (KAPLAN e GARRETT, 2004; ELIAS e PATROCLO, 2004). O mesmo, neste trabalho foi utilizado através de uma matriz inicial dividida em 6

dimensões de processo de trabalho do ACS com o objetivo de esclarecer aos participantes, a proposta deste estudo (Apêndice 3).

O formulário inicial foi composto por seis dimensões do processo de trabalho do ACS constantes em “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde”, (BRASIL 2009):

1. Cadastramento das famílias.
2. Mapeamento da área de atuação.
3. Visita domiciliar.
4. Trabalhando educação em saúde na comunidade.
5. Participação na Comunidade.
6. Atuação intersetorial.

O cruzamento das dimensões do processo de trabalho do ACS com atribuições em saúde bucal buscou traçar ações que definam a interdisciplinaridade que a ESB e ACS devem desenvolver e também que ações em saúde bucal o ACS pode promover de forma individual e integrada com a ESB.

Através de uma matriz inicial seguida de formulário o estudo foi apresentado aos participantes. O mesmo foi preparado pela equipe de coordenação composta por três pesquisadores: Profa. Dra. Micheline Trentin, orientadora da pesquisa, Prof. Dr. Fernando Hugo, co-orientador da pesquisa e Alex Sass, orientado.

4.2. Estudo de consenso.

A Metodologia Delphi pode ser definida como uma ferramenta de pesquisa qualitativa, a qual busca um consenso de opiniões de um grupo de especialistas a respeito de um assunto com carência de dados históricos

(DEVENISH, 2012; JONES e HUNTER, 1995). Trata-se de um questionário interativo, o qual circula duas ou três vezes por um grupo de especialistas, sempre mantendo de forma anônima os participantes (JONES e HUNTER, 1995). Através de uma equipe de coordenação, se prepara um questionário, onde se solicita respostas individuais, de forma quantitativa apoiadas por justificativas e informações qualitativas (DEVENISH, 2012). As respostas são tabuladas, através de análise estatística simples, definindo-se mediana e os quartis, e os resultados são devolvidos aos participantes na rodada seguinte (DEVENISH, 2012). A cada nova rodada as perguntas são repetidas, e os participantes reavaliam suas respostas (DEVENISH, 2012). O processo pode ser repetido até que a divergência de opiniões entre especialistas tenha se reduzido a um nível satisfatório.

A seleção dos especialistas participantes neste estudo, foi realizada pela equipe coordenadora de forma intencional com participantes externos a entidade envolvida. O número de profissionais convidados foi de trinta, de diferentes regiões do Brasil, sendo considerado o suficiente para gerar informações relevantes (KAPLAN, 2004). Os critérios de seleção dos participantes foram:

- 10 gestores que atuavam na coordenação de saúde bucal nacional, estadual ou municipal.
- 10 pesquisadores ou professores universitários com pós graduação em saúde bucal coletiva.
- 10 profissionais cirurgiões dentistas que atuavam na rede de atenção básica em ESB.

Este estudo utilizou a metodologia Delphi modificada por meio eletrônico (WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000). O questionário do presente

estudo foi disponibilizado online, através da plataforma FORMSUS (BRASIL, acesso em: 10 nov 2013). O mesmo trata-se de um serviço fornecido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), para criação de formulários online. É de uso público, com normas de utilização definidas, compatíveis com a legislação e com a Política de Informação e Informática do SUS. Através da inserção do formulário no FORMSUS, o mesmo enviou login e senha aos participantes através de e-mail. Os especialistas que acessaram a plataforma online, foram orientados com relação ao preenchimento do formulário, TCLE e do prazo de resposta de até 15 dias. Os mesmos se mantiveram anônimos em todas as etapas do estudo. Na primeira fase, os especialistas participantes responderam a um questionário inicial de perguntas fechadas e abertas. Nas questões fechadas atribuíram notas de 0 a 10 para cada uma de um total de trinta e quatro questões fechadas e seis abertas (Apêndice 4). Houve uma segunda rodada para obtenção do consenso sobre os critérios. Após cada rodada, os dados eram sumarizados em planilhas Excel e o resultado era apresentado aos participantes através de e-mail. A terceira rodada definiu o peso das dimensões e dos critérios estabelecidos. A atribuição dos pesos foi realizada segundo escala crescente de 1 a 3. O percurso metodológico está apresentado no Apêndice 7.

4.4. Análise estatística

As duas primeiras rodadas definiram os critérios como importantes e consensuais quando atingiram média ≥ 7 e $dp < 3$ (SOUZA et al, 2000). Assim, critérios com consenso foram exportados para a matriz teórico lógico final. Critérios sem consenso foram excluídos. Os comentários nas

questões discursivas deram origem a novas perguntas formuladas pela equipe organizadora em uma segunda rodada.

A terceira e última rodada definiu os pesos das dimensões e critérios segundo a mediana. O número de vezes que cada peso foi selecionado foi sumarizado. O número de ocorrências foi multiplicado pela mediana. Os pesos dos critérios sofreram ponderação (ASHTON et al, 1994). A ponderação dos critérios se deu pelo valor da mediana dividido pelo total de pontuação na dimensão, o resultado multiplicado por 100 gerou o valor atribuído ao critério.

5. RESULTADOS

A participação dos profissionais até o final do estudo está apresentada na Tabela 1. O percurso metodológico do estudo encontra-se no Apêndice 7. Os resultados por fase do estudo Delphi foram sumarizados no Apêndice 8. Os resultados de média e desvio padrão por fase e critério encontram-se na Tabela 4.

Tabela 1: Participação no estudo segundo a fase do estudo Delphi.

Participantes	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Respondentes	19(63,3%)	18(60,0%)	14(53,3%)

5.1. Primeira fase do estudo Delphi.

Na primeira fase do estudo (Apêndice 4) dos trinta e quatro critérios apresentados, trinta e dois obtiveram média ≥ 7 e desvio padrão < 3 . Dois critérios foram excluídos por não haver consenso. Foram apresentados nas questões abertas dez sugestões ou comentários que deram origem a cinco novos critérios apresentados na segunda fase.

A devolutiva de cada fase do questionário com resultados e comentários existentes foi enviado a todos convidados e participantes após

cada rodada. Na primeira fase, cinco comentários não deram origem a novas questões segundo avaliação da equipe coordenadora da pesquisa (Apêndice 5).

5.2. Segunda fase do estudo Delphi.

Nesta fase cinco questões foram criadas como resultado das questões abertas da primeira fase. Na dimensão de mapeamento foi criada uma questão que sugere que o ACS deve obter a localização ou mapeamento de espaços sociais organizados (escolas, creches, grupos religiosos, associações de moradores, etc) para o planejamento de ações em saúde bucal em conjunto com a ESB. Outra questão sugerida na mesma dimensão, foi especificar as famílias que possuem indivíduos acamados/impossibilitados de irem à unidade de saúde, para que o cuidado domiciliar fosse implementado. Na terceira dimensão de visita domiciliar, foi sugerido que o ACS deve utilizar tecnologias leves em saúde bucal buscando a criação de processos de acolhimento, vínculo e atenção. A quarta dimensão de educação em saúde na comunidade recebeu a inclusão de critério da necessidade de diálogo de educação em saúde bucal realizada pelo ACS com costumes e cultura da população adstrita. No processo de trabalho da dimensão de participação da comunidade, foi incluído a possibilidade do ACS realizar plano terapêutico considerando as PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde).

Nesta fase, houve consenso nos cinco critérios apresentados. Nas questões abertas houveram doze comentários (Apêndice 6). A equipe coordenadora justificou na totalidade estes comentários devido a não

acrescentarem abordagens no âmbito de atribuições em saúde bucal do ACS. Somente um critério foi realocado de dimensão de trabalho.

5.3. Terceira fase do estudo Delphi.

A terceira e última fase, foi com o objetivo de definir o peso das dimensões de trabalho e critérios do ACS em saúde bucal. Foi apresentada a matriz final com 36 critérios e 6 dimensões. A atribuição dos pesos foi realizada segundo uma escala crescente de 1 a 3 tanto para as dimensões como para os critérios selecionados. Os resultados encontram-se nas tabelas 2 e 3.

Para organizar a matriz final, os critérios foram agrupados conforme sua dimensão. O resultado gerou o modelo teórico lógico final (Apêndice 9 A, B, C, D, E, F).

Tabela 2: Pontuação dos pesos.

Dimensão	Mediana	Número de ocorrências	Pontuação
Cadastramento das famílias	1	3	3
	2	28	84
	3	71	213
TOTAL		102	300
Mapeamento da área de atuação	1	-	-
	2	9	18
	3	82	246
TOTAL		91	264
Visita domiciliar	1	4	4
	2	20	40
	3	67	201
TOTAL		91	245
Trabalhando educação em saúde na comunidade	1	2	2
	2	22	44
	3	80	240
TOTAL		104	286
Participação na Comunidade	1	-	-
	2	9	18
	3	53	159
TOTAL		62	177
Atuação intersectorial	1	-	-
	2	5	10
	3	20	60
TOTAL		25	70

Tabela 3: Ponderação de pesos e valor atribuído na dimensão.

Dimensão	Ponderação dos critérios na dimensão (peso /total da pontuação)	Valor atribuído (peso ponderado x 100)
Cadastramento das famílias	0,004	0,40
	0,009	0,90
	0,014	1,4
Mapeamento da área de atuação	-	-
	0,007	0,7
	0,011	1,1
Visita domiciliar	0,004	0,4
	0,008	0,8
	0,012	1,2
Trabalhando educação em saúde na comunidade	0,003	0,3
	0,006	0,6
	0,010	1,0
Participação na Comunidade	-	-
	0,011	1,1
	0,016	1,6
Atuação intersetorial	-	-
	0,020	2,0
	0,040	4,0

Tabela 4: Resultados de média e desvio padrão por fase e critério.

Dimensão	Fase 1		Fase 2	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Cadastramento das famílias	9,263157895	1,326738074		
	8,166666667	1,757337558		
	9,157894737	1,708253100		
	8,736842105	1,910267732		
	8,578947368	2,567224820		
	9,055555556	2,436782407		
	9,263157895	0,871913940		
	8,736842105	1,446916463		
Mapeamento da área de atuação	9,222222222	1,352799083	9,941176471	0,242535625
	9,529411765	0,943242218	9,470588235	0,874474632
	9,312500000	1,078192933		
	9,944444444	0,235702260		
	9,833333333	0,383482494		
Visita domiciliar	8,526315789	2,524731472	9,764705882	0,437237316
	9,736842105	0,733492806		
	8,842105263	1,462993806		
	8,947368421	1,432700799		
	9,052631579	1,580213917		
	9,105263158	1,328940131		
Trabalhando educação em saúde na comunidade	8,157894737	2,500292381	9,941176471	
	8,842105263	1,384965218		
	8,842105263	1,424513870		
	9,315789474	1,002919714		
	9,684210526	0,671038298		
	8,736842105	1,995609215		
Participação na Comunidade	9,736842105	0,653376296	7,588235294	2,829726655
	9,842105263	0,374634325	9,823529412	0,727606875
	9,842105263	0,501459857		
	9,785714286	0,425815314		
	9,600000000	0,828078671		
Atuação intersetorial	7,000000000	3,091206165		
	7,000000000	3,126943840		

9,473684211	1,218761715
9,631578947	0,760885910

6. DISCUSSÃO

O presente estudo desenvolveu um modelo teórico-lógico de atribuições em saúde bucal para ACS. A matriz final ficou composta de 36 critérios organizados segundo as dimensões do processo de trabalho do ACS: cadastramento das famílias, mapeamento da área de atuação, visita domiciliar, trabalhando educação em saúde na comunidade, participação na comunidade e atuação intersetorial. A mesma expressa a opinião qualificada e consensual de um grupo de dezenove profissionais, gestores e professores universitários com reconhecido conhecimento sobre ESF e saúde bucal coletiva.

Neste trabalho, somente dois critérios do questionário inicial foram excluídos, os mesmos se referiam a dimensão de “atuação intersetorial”. Estes critérios abordaram a responsabilidade do ACS em identificar setores e atores fora da área de saúde, que possam contribuir no planejamento de ações em saúde bucal. A falta de concordância nestes fatores, através da análise dos comentários mostrou que os participantes julgam que essa função cabe a ESF e não somente ao ACS.

Na segunda fase, as observações dos participantes não conseguiram propor novas abordagens para o ACS em saúde bucal de acordo com a equipe coordenadora da pesquisa. Muitos comentários não se referiam a saúde bucal especificamente e eram atribuições já existentes do ACS em

publicações do Ministério da Saúde. A questão das PICS na dimensão de “participação na comunidade” mostrou-se controversa, já que depende de capacitação específica e inserção do programa na ESF dos municípios, não sendo um critério de atuação do ACS de forma geral.

Uma das limitações do estudo refere-se ao fato de não ter ocorrido uma maior participação dos especialistas selecionados, apesar do tempo disponível em cada fase do estudo ter sido de quinze dias, sendo considerado suficiente conforme BALASUBRAMANIAN (2012). A participação máxima dos convidados foi de 19 de 30 especialistas selecionados. Uma maior participação destes, poderia trazer novos dados a pesquisa. De acordo com a metodologia Delphi o número de participantes foi suficiente para produzir um estudo de consenso (BALASUBRAMANIAN, 2012; DEVENISH, 2012; JONES e HUNTER, 1995).

O critério onde o ACS deve: “conhecer na comunidade, as condições de vida, seus hábitos e providências que esta toma para resolver os problemas, bem como o que ela faz para evitar enfermidades em saúde bucal”, foi realocado da dimensão “participação da comunidade”. De acordo com “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde” (BRASIL, 2009) estaria relacionado a dimensão de “Trabalhando educação em saúde na comunidade”. Durante atividades de educação, o ACS deveria interagir com a comunidade na busca por estes dados.

A matriz final do estudo, demonstra a capacidade do ACS de realizar atividades em saúde bucal. O levantamento de dados no Cadastramento, devem contribuir para o planejamento de ações em conjunto com a ESB. A utilização de indicadores de agravos em saúde

bucal neste levantamento mostra-se importante. Inquéritos populacionais podem subsidiar esta ação, bem como indicadores existentes em saúde bucal no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006). Ainda, nesta dimensão de trabalho, a matriz final demonstra a necessidade de o ACS estar capacitado em diversos tópicos de saúde bucal, como: relação com doenças sistêmicas, Câncer de Boca e outros fatores de risco com o objetivo de detectar situações as quais exigem promoção, vigilância e recuperação em saúde bucal. Esta necessidade, vem de encontro com resultados de outros estudos ((HOLANDA et al, 2009; FRAZÃO et al, 2009; KEL et al, 2010; MIALHE et al, 2011; RODRIGUES et al, 2010).

O mapeamento deve conter informações específicas em saúde bucal referente a área de cobertura da ESF, contribuindo para o planejamento e diagnóstico das ações as quais serão realizadas pela ACS e ESB. A localização de espaços sociais organizados e a relação destes com saúde bucal, exige a qualificação do ACS para detecção de situações interdisciplinares conforme constatado por RODRIGUES et al(2010). A inclusão da localização no mapa de pacientes com necessidades especiais, salienta por sua vez, a importância do cuidado com estes pacientes, já que muitas vezes os mesmos não são detectados pela ESB. A PNSB (2004), salienta a importância da criação de protocolos de atendimento para estes pacientes em saúde bucal, inclusive referenciando casos complexos para atenção secundária nos CEO (Centros de Especialidades Odontológicas).

Visitas domiciliares devem basear-se na identificação de novas situações ou grupos de risco e o estímulo de práticas de autocuidado dos pacientes. Este estudo demonstrou que o ACS pode realizar atividades de educação em saúde bucal, desde que seja orientado e não sobreponha

as ações realizadas pela equipe auxiliar de saúde bucal. Ainda, procedimentos preventivos também poderiam ser realizados pela ACS, tanto de forma individual quanto coletiva, vindo de encontro ao preconizado pela PNAB(2012) e PNSB(2004).

Em atividades educativas realizadas pelo ACS, julga-se importante que as mesmas sigam metodologias pré-definidas de acordo com a capacidade do mesmo. Cabe ainda, ao ACS, neste momento explicar o funcionamento da rede municipal de saúde bucal e os níveis de atenção disponíveis no município.

A interlocução com a comunidade, através da detecção de dificuldades encontradas e estratégias sugeridas para enfrentamento de problemas em saúde bucal devem ser realizadas pelo ACS.

A identificação de programas e políticas ministeriais da área de saúde e assistência social que possam se relacionar com saúde bucal mostra-se importante fator na dimensão de atuação intersetorial. Conforme Navarro et al.(2012) a implementação de programas de saúde bucal e programas sociais podem direta ou indiretamente estarem relacionados na melhoria da saúde bucal da população. Dados socioeconômicos melhores refletem em melhores condições bucais. A interlocução com a comunidade também deve ser enfatizada, devendo o ACS conhecer as medidas que estes tomam na solução de problemas, orientação no uso do serviço de saúde bucal da UBS e atuar na promoção e prevenção em saúde bucal conforme critérios de risco.

Apesar dos ACS serem considerados profissionais importantes para a mudança do modelo de atenção em saúde, cabe ressaltar que estes trabalhadores muitas vezes estão submetidos a precárias condições de trabalho, expressas na baixa remuneração, na falta de uma formação

técnica adequada e no desvio de suas funções (CARNEIRO e MARTINS, 2015). Estas situações são reflexo de apesar dos avanços do SUS desde 1988, os municípios ainda encontrarem dificuldades para implementar os seus pressupostos, devido à falta de recursos para seu pleno financiamento e de indicadores para o processo de trabalho. Desta forma, novas abordagens e construção de novas estratégias assistenciais, vem assumir uma relevância ainda maior na implementação do SUS.

O estabelecimento de atribuições, em saúde bucal no processo de trabalho do ACS foram construídos mediante publicações ministeriais e consenso de um grupo de especialistas na área. A definição de critérios é uma das formas de definir indicadores de desempenho do processo de trabalho do ACS. Ainda, pode servir como base para políticas de educação permanente na atenção básica. Apesar disso, o ACS possui outras atribuições e planejamentos além de saúde bucal no seu processo de trabalho. A aplicação deste estudo exige validação dos seus critérios e novas pesquisas devem ser realizadas.

7. CONCLUSÃO

Este estudo fornece um modelo teórico lógico com atribuições dos ACS em saúde bucal. A análise deste estudo Delphi demonstra a capacidade do ACS de realizar atividades além das que realiza no seu processo de trabalho na área de saúde bucal. A necessidade de capacitação dos mesmos, bem como definição de novas metodologias de trabalho buscando a interdisciplinaridade se evidenciam através deste estudo de consenso. O presente estudo pode contribuir no desenvolvimento de indicadores para o processo de trabalho do ACS em saúde bucal.

REFERÊNCIAS

ASHTON, CM; KUYKENDALL, DH; JOHNSON, ML; CHUAN WUN, C; WRAY, MJ; SLATER, CH; WU, L; BUSH, GRW. A Method of Developing and Weighting Explicit Process of Care Criteria for Quality Assessment. *Med Care*, 32(8):755-770, 1994.

BALASUBRAMANIAN, D.. Delphi technique – A review. *International Journal of Public Health Dentistry*, 3(2):16-25, 2012

BRASIL, Constituição(1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. Ed. São Paulo: Saraiva. 168 p.(Série Legislação Brasileira). 1990.

BRASIL, Decreto n. 1232, de 30 agosto 1994. Brasília, 1994.

BRASIL, Decreto n. 7.492, de 2 de junho de 2011. Brasília, 2011.

BRASIL, Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Ministério da Saúde, Brasília, 1990.

BRASIL, Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Ministério da Saúde, Brasília, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de atenção básica nº17. Brasília, 2006. 92 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Caderno de atenção básica nº24. Brasília. Ministério da Saúde, 2009. 100 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de atenção básica. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 260 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília, 2009. 84p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1886, de 18 de dezembro de 1997. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1444, de 28 dezembro de 2000. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria ° 648/GM de 28 de março de 2006. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n° 5, de 19 de junho de 2013. Brasília, 2013.

CARNEIRO, CCG; MARTINS, MIC. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do Agente Comunitário de saúde. Revista Trabalho, educação e saúde, v. 13 n. 1, p. 45-46, 2015.

COSTA, SM; ARAÚJO, FF; MARTINS, LV; NOBRE, LLR; ARAÚJO, FM; RODRIGUES, CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 18(7):2147-2156, 2013.

DEVENISH, G.; POLLARD, C.; KERR, D. The Delphi process for Public Health Policy Development: Five things you need to know. Curtin University, Western Australia. 2012.

ELIAS, F; PATROCLO, MAA. Utilização de pesquisas: Como construir modelos teóricos para avaliação? Ciência & Saúde Coletiva; 10(1):000-000, 2004.

FORMSUS – Versão 3.0. DATASUS. Disponível em: <<http://formsus.datasus.gov.br/site/default.php>>. Acesso em: 10 novembro 2013.

FRAZÃO, P; MARQUES, D. Influência de Agentes Comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. Revista de Saúde Pública; 43(3): 463-71, 2009.

WRIGHT, JTC; GIOVINAZZO, RA. Delphi – Uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. Cadernos de Pesquisa em Administração, 1(12): 54-55, 2000.

HOLANDA, ALF; BARBOSA, AAA; BRITO, EWG. Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal. Ciência & Saúde Coletiva, 14 (supl-1):1 507-1512, 2009.

JONES, J; HUNTER, D. Consensus methods for medical and health services research, BMJ ; 311:376-80, 1995.

KAPLAN, SA; GARRETT, KE. The use of logic models by community-based initiatives. Evaluation and Program Planning 28 2004.

KEL, MCG; SHIMIZU, HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(Supl 1): 1533-1541, 2010.

KOYASHIKI, GAK; ALVES-SOUZA, RA; GARANHANI, ML. O trabalho em saúde bucal do agente comunitário de saúde em unidades de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4): 1343-1354, 2008.

LEVY, FM; MATOS, PES; TOMITA, NE. Programa de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1):197-203, jan-fev, 2004.

MIALHE, FA; LEFRÈVE, F; LEFRÈVE, AMC. O agente comunitário de saúde e suas práticas educativas em saúde bucal: uma avaliação quali-quantitativa. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (11): 4425- 4432, 2011.

MORETTI, AC; TEIXEIRA, FF; SUS, FMB; LAWDER, JAC; LIMA, LSM; BUENO, RE; MOYSÉS, SJ; MOYSÉS, ST. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba(PR). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1): 1827-1834, 2010.

MOURA, MS; CARVALHO, CJ; AMORIM, JTC; MARQUES, MFSS; MOURA, LFAD; MENDES, RF. Perfil e práticas de saúde bucal do agente comunitário de saúde em municípios piauienses de pequeno porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(supl. 1): 1487-1495, 2010.

MOURA, MS; FERRO, FEFD; CUNHA, NL; NÉTTO, OBS; LIMA, MM; MOURA, LFAD. Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(2): 471-480, 2013.

MOYSÉS, SJ e GOÉS, PSA. Programação das ações em Saúde Bucal. In.____. Planejamento, gestão e avaliação em Saúde Bucal. Ed. Artmed, 2012. 77 pág..

NAVARRO, MFL; MODENA, KCS; BRESCIANI, E. Social disparity and oral health. *Brazilian Oral Research*, 26(spec iss 1) 2012.
PINTO, VG. Saúde Bucal Coletiva. Ed. Santos, 2013. 720 pág.

PIRES, ROM; NETO, ROM; LOPES, JB; BUENO, SMV. O conhecimento dos agentes comunitários sobre saúde bucal: uma perspectiva sobre deficiências em educação em saúde no PSF. *Ciência e Cuidado em Saúde*. Jul/Set;6(3):325-334, 2007.

RODRIGUES, AAAO; SANTOS, AM; ASSIS, MMA. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3): 907-915, 2010.

SANTOS, EK; SALIBA, NA; MOIMAZ, SAS; ARCIERI, RM; CARVALHO, ML. Agente Comunitário de Saúde: perfil adequado a realidade do programa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(supl. 1): 1023-1028, 2011.

SCHERER, MDA; PIRES, DEP; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(11): 3203-3212, 2013

SOARES, FF; FIGUEIREDO, CRV; BORGES, NCM; JORDÃO, RA; FREIRE, MCM. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7):3169-3180, 2011.

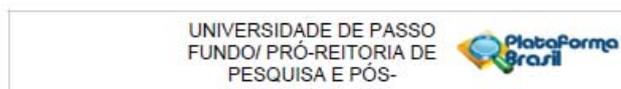
SOUZA, TMS; RONCALLI, AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. De Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(11): 2727-2739, nov, 2007.

SOUZA, LEPF; SILVA, LMV; HARTZ, ZMA. Conferência de Consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde bucal. In: HARTZ ZMA, SILVA LMV, organizadoras. *Avaliação em Saúde. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. 1ª Ed. Salvador, BA: EDUFBA, Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz ;65-103, 2000.

VASCONCELOS, M; CARDOSO, AVL; ABREU, MHNG. Os desafios dos Agentes Comunitários de Saúde em relação à saúde bucal em município de pequeno porte. *Arquivos em Odontologia*, vol 45, nº 2, abr/jun 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESENVOLVIMENTO DE ATRIBUIÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM SAÚDE BUCAL

Pesquisador: Alex Luis Sass

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32407114.3.0000.5342

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 696.755

Data da Relatoria: 25/06/2014

Apresentação do Projeto:

O objetivo deste projeto é definir as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde na área de saúde bucal através de Metodologia Delphi, definindo critérios que poderão servir como indicadores de desempenho do trabalho em saúde bucal dos ACS e formulação de educação continuada. A técnica Delphi é utilizada quando há pouca literatura sobre determinado assunto ou falta de consenso sobre o mesmo. Através da consulta de um grupo de especialistas, selecionados de forma intencional, se busca uma definição sobre determinado assunto. Esta pesquisa utilizará um modelo teórico lógico com questionário inicial, o qual será enviado aos participantes. Eles responderão ao questionário avaliando o peso de importância de cada questão discutida numa escala de 0 a 10. Serão quarenta questões fechadas, onde o consenso será medido quando atingirem média 7 e dp 3. As que obtiverem consenso serão transpostas para a matriz final e as que não obtiverem consenso serão excluídas. Ainda, haverá 3 questões abertas que permitirão inclusão de comentários e justificativas. A análise destas questões abertas por parte da equipe coordenadora da pesquisa poderá originar novas questões para inclusão em nova rodada do questionário. As rodadas serão repetidas entre os participantes até que ocorra consenso entre todas as questões. Uma última rodada ainda buscará definir uma classificação

Endereço: BR 285, Km 171 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.010-970
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8370 Fax: (54)3316-8796 E-mail: cep@upf.br

Continuação do Parecer: 036.756

da importância de cada questão atribuindo peso as mesmas. O resultado será uma matriz teórico lógica final com critérios definidos que permitirão definição de atribuições de Agentes Comunitários de Saúde(ACS) com critérios de desempenho e formulação de educação continuada em saúde bucal para os ACS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Aprimorar o trabalho intersetorial realizado entre dentistas e ACS. - Atingir o pressuposto da PNSB(Política Nacional de Saúde Bucal) de reorientação do modelo de atenção em saúde bucal.

Objetivo Secundário: Definir as atribuições dos ACS na área de saúde bucal através de Metodologia Delphi, permitindo a formulação de uma matriz teórico lógico inicial, com critérios definidos que poderão servir como indicadores de desempenho do trabalho em saúde bucal dos ACS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo pesquisadores não há riscos no desenvolvimento desta pesquisa.

Benefícios: Definir atribuições em saúde bucal para Agentes Comunitários de Saúde buscando atender os pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será utilizada a técnica Delphi. Essa técnica é utilizada quando há pouca literatura sobre um determinado assunto ou falta de consenso sobre o mesmo. O número de profissionais convidados será de 30 de diferentes regiões do Brasil, número este considerado suficiente para gerar informações relevantes (DUFFIELD, 1993). Os critérios de seleção serão: atuarem no desenvolvimento da política nacional, estadual ou

municipal de saúde bucal e professores universitários com pós-graduação na área de saúde bucal coletiva. Será enviado e-mail para todos, a fim de explicar o objetivo do estudo, o que é a metodologia Delphi e a importância da participação dele no estudo. Aos que concordarem será enviado o link para acesso ao formulário online. Os participantes se manterão anônimos durante as etapas do processo, não podendo ser identificados pelos

outros especialistas envolvidos. Esta pesquisa utilizará um modelo teórico lógico com questionário inicial, o qual será enviado aos participantes. Eles responderão ao questionário avaliando o peso de importância de cada questão discutida numa escala de 0 a 10. Serão quarenta questões fechadas, onde o consenso será medido quando atingirem média 7 e

Endereço: BR 285 - Km 171 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.010-070
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8370 Fax: (54)3316-8798 E-mail: cep@upf.br

Continuação do Parecer: 026/798

desvio padrão 3. As que obtiverem consenso serão transpostas para a matriz final e as que não obtiverem consenso serão excluídas. Ainda, haverá 3 questões abertas que permitirão inclusão de comentários e justificativas. A análise destas questões abertas por parte da equipe coordenadora da pesquisa poderá originar novas questões para inclusão em nova rodada do questionário. As rodadas serão repetidas entre os participantes até que ocorra consenso entre todas as questões. Uma última rodada ainda buscará definir uma classificação da importância de cada questão atribuindo peso as mesmas. O resultado será uma matriz teórico lógica final com critérios definidos que permitirão definição de atribuições de Agentes Comunitários de Saúde(ACS) com critérios de desempenho e formulação de educação continuada em saúde bucal para os ACS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os direitos fundamentais do(s) participante(s) foi(ram) garantido(s) no projeto e no TCLE. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos do (a) pesquisador (a) e das instituições envolvidas estavam presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos científicos, metodológicos e éticos.

Recomendações:

Após o término da pesquisa, o CEP UPF solicita:

- a) A devolução dos resultados do estudo aos sujeitos da pesquisa ou a instituição que forneceu os dados;
- b) Enviar o relatório final da pesquisa, pela plataforma, utilizando a opção, no final da página, "Enviar Notificação" + relatório final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional da Saúde, Ministério da Saúde, Brasil, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: BR 265- Km 171 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.010-070
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8370 Fax: (54)3316-8798 E-mail: cep@upf.br

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-



Continuação do Processo: 036.756

PASSO FUNDO, 25 de Junho de 2014

Assinado por:
Nadir Antonio Pichler
(Coordenador)

Endereço: BR 285 - Km 171 Campus I - Centro Administrativo
Salto, Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.010-070
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8370 Fax: (54)3316-8798 E-mail: cep@upf.br

Página 04 de 04



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

Campus Passo Fundo

Odontologia

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO (TCLE)**

**Estudo: Desenvolvimento de atribuições dos Agentes Comunitários
de Saúde em Saúde Bucal.**

Você está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa de Mestrado, realizado por Alex Luís Sass, no Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Universidade de Passo Fundo – UPF, sob orientação da Profa. Dra. Micheline Sandini Trentin, e coorientação do Prof. Dr. Fernando Neves Hugo.

Esta pesquisa justifica-se pela escassez de produção que sistematize as responsabilidades em saúde bucal do ACS. O trabalho interdisciplinar é uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde (PNS). Através desta pesquisa poderá se definir as ações que os ACSs podem realizar em conjunto com a Equipe de Saúde Bucal (ESB).

O estudo tem por objetivo a obtenção de uma opinião coletiva, qualificada e convergente, sobre atribuições de Agentes Comunitários de Saúde em relação às ações em Saúde Bucal. O resultado esperado é uma

matriz com critérios e pesos de atribuições do ACS em relação à saúde bucal.

Caso concorde em participar deste estudo, você receberá um questionário inicial, por meio eletrônico, que consiste na primeira etapa da técnica Delphi. Esta técnica se constitui de várias rodadas de questionários. Cada rodada do questionário deve ser desenvolvida em até 10 dias do recebimento. A cada rodada, o participante receberá o resultado das respostas, podendo refletir sobre sua posição e acrescentar novas informações.

Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida, relacionada à pesquisa, e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo. A participação neste projeto de pesquisa é voluntária, e você tem o direito de se retirar deste estudo a qualquer momento.

Não haverá nenhum tipo de gratificação financeira pela sua participação neste estudo. As informações fornecidas serão mantidas em sigilo. Os participantes da pesquisa se manterão anônimos durante todas as etapas do processo, não sendo identificados pelos outros especialistas envolvidos nesse. Os dados deste estudo serão armazenados em bases de dados codificadas, e apenas os pesquisadores terão acesso aos seus dados de identificação. Os resultados serão divulgados de forma coletiva, não vinculando seu nome aos mesmos.

A seleção dos especialistas participantes será realizada pela equipe coordenadora de forma intencional, com participantes externos à entidade envolvida. O número de profissionais convidados será de trinta, oriundos de diferentes regiões do Brasil, sendo considerado o suficiente para gerar informações relevantes. Os critérios da seleção serão: atuarem

no desenvolvimento da política nacional, estadual ou municipal de saúde bucal, e professores universitários com pós-graduação na área de Saúde Bucal Coletiva. Somente os pesquisadores responsáveis pelo trabalho terão acesso a esse material, que será guardado em local seguro, por 5 anos, e após será destruído.

Você poderá fazer qualquer pergunta a respeito deste estudo. Se você tiver qualquer dúvida sobre o projeto de pesquisa, poderá contatar a Profa. Dra. Micheline Trentin, pelo número (54)9976-4861, ou Alex Sass, pelo número (54)9999-1638 e e-mail: alexsass@gmail.com. Ainda, poderá entrar em contato com o Curso de Odontologia ou, também, pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UPF, pelo telefone (54)3316-8370, no horário das 8h às 12h e das 13h30min às 17h30min, de segunda a sexta-feira.

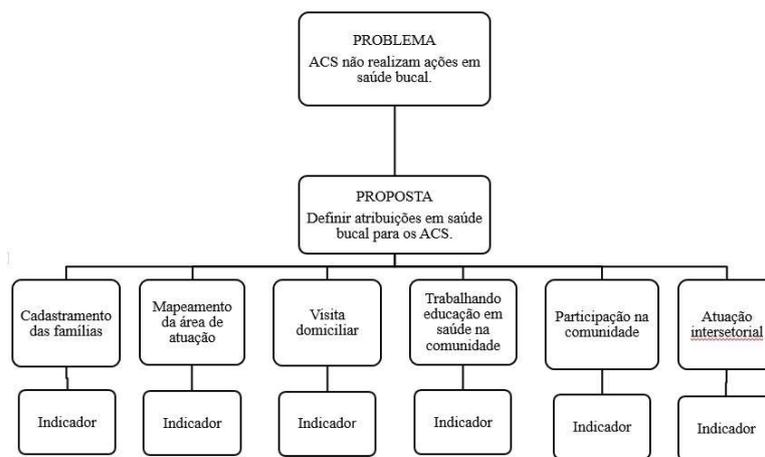
Consentimento.

Assinale com X.

Confirmo que li o Termo acima e que recebi as informações necessárias sobre o estudo.

() Sim () Não

APÊNDICE 3 – Modelo teórico lógico inicial



APÊNDICE 4 –Primeiro questionário Estudo Delphi

Atribuições dos agentes comunitários em saúde bucal: avaliação pela metodologia Delphi. Questionário 1

Orientações

Caro participante

O instrumento, abaixo, tem por objetivo estabelecer uma imagem-objetivo das atribuições, em saúde bucal, de Agentes Comunitários de Saúde(ACSs), a qual servirá para discussão dos critérios de avaliação de desempenho do trabalho dos mesmos.

A definição dos critérios em saúde bucal, os quais serão avaliados através do questionário online, ocorrerá tomando como referencial teórico as publicações do Ministério da Saúde sobre o assunto. Como referencial de atribuições do ACS, serão utilizadas as seguintes publicações: O trabalho do Agente Comunitário de saúde (2009), Guia Prático do agente comunitário de saúde (2009), e Política Nacional de Atenção Básica (PNAB,2012). Como referenciais em saúde bucal serão utilizadas as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB, 2004), o Caderno de Atenção Básica nº 17 (2006) e a PNAB. O cruzamento das dimensões do processo de trabalho do ACS com atribuições em saúde bucal busca traçar ações que definam a interdisciplinaridade que Equipe de Saúde Bucal (ESB) e ACSs devem desenvolver e também que ações em saúde bucal o ACS pode promover de forma individual e integrada com a ESB.

O formulário inicial é composto por seis dimensões do processo de trabalho do ACS (O trabalho do Agente Comunitário de Saúde, 2009):

1. Cadastramento das famílias.
2. Mapeamento da área de atuação.

3. Visita domiciliar.
4. Trabalhando educação em saúde na comunidade.
5. Participação na Comunidade.
6. Atuação intersetorial.

Após a análise deste primeiro formulário serão realizadas até quatro rodadas de discussão, detalhando os elementos das seis dimensões. As primeiras rodadas permitirão indicar um peso ao elemento apresentado e incluir novos elementos. A cada rodada, o participante terá acesso ao resultado da rodada anterior, poderá argumentar, defender sua posição, assim como alterá-la, sempre em anonimato. A quarta rodada é de caráter final: os elementos que preencherem os critérios de alta relevância (média igual ou superior a sete e desvio-padrão inferior a três) serão apresentados no documento final como os critérios que melhor apreendem os elementos essenciais definidos na imagem-objetivo.

LEIA COM ATENÇÃO CADA ITEM E ESTABELEÇA UMA NOTA DE ZERO A DEZ POR GRAU DE IMPORTÂNCIA DESTE CRITÉRIO (0-MENOS IMPORTANTE, 10-MAIS IMPORTANTE):

CADASTRAMENTO DAS FAMÍLIAS

Conforme a publicação “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde, 2009”, o cadastramento possibilita o conhecimento das reais condições de vida das famílias residentes na área de atuação da equipe. Os itens, abaixo, buscam informações em saúde bucal, que o ACS deve identificar.

1.O ACS, ao realizar o cadastramento das famílias, deve acessar informações que contribuam na identificação de grupos de ações de promoção, proteção e recuperação em saúde bucal.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

2. O ACS pode contribuir na identificação de grupos de ações em saúde bucal através da utilização de indicadores de agravos em saúde bucal.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

3. O ACS deve identificar fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma, câncer e portadores de deficiência).

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

4. O ACS deve identificar, no cadastramento as principais situações de risco como: falta de acesso a produtos de higiene bucal: consumo excessivo e frequente de açúcar e frequência de consulta odontológica das famílias.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

Menos importante													Mais importante
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------

5. O Câncer de boca está entre as principais causas de óbito por neoplasias. O mesmo pode ser prevenido de forma simples, desde que seja dada ênfase a promoção à saúde, ao aumento do acesso aos serviços de saúde e ao diagnóstico precoce. O ACS deve identificar grupos de risco ao Câncer de boca nas famílias como: tabagismo, etilismo e exposição à radiação solar.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

6. A Atenção programada é caracterizada por pessoas cadastradas na área, que compõem o grupo priorizado para a Atenção na Unidade de Saúde e que necessitam de atendimento continuado. Cabe ao ACS, em conjunto com a ESB e a comunidade, a partir da realidade social, identificar grupos que necessitem de atenção odontológica priorizada.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

7. Cabe ao ACS identificar portadores de necessidades especiais, os quais devem ser caracterizados como grupo de atenção odontológica priorizada.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

8. Os grupos de risco em saúde bucal identificados pelo ACS, devem basear-se em critérios de frequência, risco e vulnerabilidade a doenças, conforme necessidades da população local, identificadas em diagnóstico realizado pela ESB.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

A. SE DESEJAR, INDIQUE OUTROS ASPECTOS QUE CONSIDERE RELEVANTES NA DIMENSÃO CADASTRAMENTO DAS FAMÍLIAS.

MAPEAMENTO DA ÁREA DE ATUAÇÃO

O mapa é um desenho que representa, no papel, o que existe naquela localidade. É o desenho de toda a área de atuação do ACS. Conforme Caderno de Atenção Básica nº 17, no mesmo deve haver a identificação das áreas de risco e vulnerabilidade em saúde bucal.

9. O mapeamento da área de atuação do ACS deve contribuir no diagnóstico e planejamento das ações da ESB. O mapeamento, dessa forma, deve trazer informações pertinentes à saúde bucal, incluindo:

acesso a água encanada, consultórios odontológicos privados e outras infraestruturas de serviços disponíveis, que possam influenciar em saúde bucal.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

10. No mapeamento em saúde bucal, também devem estar identificadas as informações obtidas no cadastro das famílias com relação a grupos e situações de risco em saúde bucal.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

11. Neste mapa, também devem estar identificados grupos de Atenção odontológica prioritizada, conforme dados obtidos no Cadastro.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

12. A ESB deve contribuir com o ACS na formulação desse mapeamento em saúde bucal.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

13. O mapeamento deve possibilitar à ESB e ACS avaliarem situações de risco interdisciplinares, que relacionem saúde bucal com outros problemas de saúde.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

B. SE DESEJAR, INDIQUE OUTROS ASPECTOS QUE CONSIDERE RELEVANTES NA DIMENSÃO MAPEAMENTO DA ÁREA DE ATUAÇÃO.

VISITA DOMICILIAR

É por meio da visita domiciliar que o ACS conhece as condições de moradia, percebe problemas de saúde e dá orientações que as pessoas precisam receber. Nesse momento, é possível realizar o acompanhamento mensal em saúde bucal das famílias, conforme Caderno de Atenção Básica nº 17.

14. Durante a visita domiciliar, o ACS deve obedecer ao planejamento desenvolvido em conjunto com a ESB, pautado na identificação das

necessidades de cada família. Novas situações ou grupos de risco podem ser identificados durante a visita, sendo necessário novo planejamento.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

15. O ACS, durante a visita domiciliar, deve estimular práticas de autocuidado por pacientes, de caráter preventivo e de promoção em saúde bucal.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

16. O ACS, durante visita domiciliar, deve identificar situações que exijam medidas de diagnóstico, tratamento e reabilitação, e repassá-las à ESB.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

17. As visitas domiciliares em saúde bucal devem ser discutidas e planejadas em conjunto com a ESB.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

18. Procedimentos coletivos e educativo-preventivos podem ser realizados nos domicílios pelo ACS, de acordo com planejamento estabelecido em conjunto com a ESB.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

19. O ACS deve priorizar as visitas domiciliares a grupos e situações de risco em saúde bucal conforme diagnóstico e planejamento estabelecidos em conjunto com a ESB.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

C. SE DESEJAR, INDIQUE OUTROS ASPECTOS QUE CONSIDERE RELEVANTES NA DIMENSÃO VISITA DOMICILIAR.

TRABALHANDO EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE

As ações educativas fazem parte das atribuições do ACS. O desenvolvimento dessas ações tem início nas visitas domiciliares, mas pode ser realizado em diversos espaços sociais existentes na comunidade. De acordo com Caderno de Atenção Básica nº 17, o ACS tem papel relevante na divulgação de informações sobre saúde bucal, devendo a Equipe de Saúde Bucal orientar o seu trabalho.

20. O conteúdo que o ACS pode abordar em ações educativas, deve ser: as principais doenças bucais, como se manifestam e como se previnem; a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentífrico fluoretado e o uso de fio dental; os cuidados a serem tomados para evitar fluorose; as orientações gerais sobre dieta; a orientação para autoexame de boca; os cuidados imediatos após traumatismo dentário; a prevenção ao sol sem proteção, e a prevenção ao uso de álcool, fumo e drogas.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

21. As ações do ACS, em atividades educativas, devem ser planejadas em conjunto com a ESB, definindo ações por ciclo de vida, condição de vida, e por fatores de risco comuns para várias doenças.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

22. Atividades de educação em saúde bucal, realizadas pelo ACS, devem obedecer a metodologias e didáticas definidas em conjunto com a ESB.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

23. Cabe ao ACS, durante atividades de educação em saúde, explicar o funcionamento da Atenção em saúde bucal, prestada pelo Município como: marcação de consultas; procedimentos realizados; modalidade de Atenção, fluxo de Atenção, secundária e terciária.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

24. O ACS deve apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

25. As atividades em educação em saúde bucal, realizadas pelo ACS, não devem sobrepor-se as atividades realizadas pela ESB, devendo ter caráter

complementar de vigilância e promoção de saúde bucal, conforme definido no plano de ação.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

D. SE DESEJAR, INDIQUE OUTROS ASPECTOS QUE CONSIDERE RELEVANTES NA DIMENSÃO TRABALHANDO EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE.

PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

Participação da comunidade significa que a mesma deve ter influência nas decisões e ações realizadas pela Estratégia Saúde da Família – ESF. De acordo com Caderno de Atenção Básica nº 17, mecanismos de escuta da comunidade devem ser desenvolvidos em saúde bucal.

26. Cabe ao ACS buscar a troca de conhecimentos com a comunidade de sua microárea, assim auxiliando a ESB no desenvolvimento de estratégias para enfrentamento dos problemas que existem.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

27. A troca de conhecimentos com a comunidade, por parte do ACS, pode ajudar a ESB na identificação de dificuldades encontradas pela população no acesso ao Serviço de saúde bucal da UBS.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

28. O ACS deve identificar espaços sociais em sua microárea, que possam contribuir no planejamento em saúde bucal da Equipe de Saúde.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

29. O ACS deve verificar na comunidade dificuldades encontradas, relacionadas à saúde bucal, e estratégias sugeridas para o enfrentamento dos problemas.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

30. Durante o processo de trabalho, o ACS deve conhecer na comunidade, as condições de vida, seus hábitos e providências que esta toma para resolver os problemas, bem como o que ela faz para evitar enfermidades em saúde bucal.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

E. SE DESEJAR, INDIQUE OUTROS ASPECTOS QUE CONSIDERE RELEVANTES NA DIMENSÃO PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE.

ATUAÇÃO INTERSETORIAL

O ACS, através de sua participação na comunidade, deve buscar o estabelecimento de parcerias com setores e atores fora da Área de Saúde. Em saúde bucal, deve-se buscar o apoio a ações e políticas que promovam o desenvolvimento social; possibilitem o acesso ao saneamento básico; incentivem a fluoretação das águas de abastecimento; contribuam para o combate ao fumo e uso de álcool; incentivem dietas mais saudáveis; contribuam para garantir proteção no trabalho e contribuam para o trabalho transversal de conteúdos em saúde bucal no currículo escolar, através do aproveitamento da Lei de Diretrizes e Bases para a Educação (LDB – Lei nº 9394/96), entre outras (Caderno de Atenção Básica nº 17).

31. Cabe ao ACS identificar setores e atores fora da Área da Saúde, que possam contribuir no planejamento de ações em saúde bucal.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

32. A identificação desses setores por parte do ACS, deve-se basear em critérios de risco, possibilidade de atuação e recursos disponíveis para atuação em saúde bucal.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

33. O ACS deve reconhecer condicionalidades que interferem na saúde bucal do indivíduo como participação em programas sociais do Governo, como o Bolsa Família, ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantados pelos Governos Federal, Estaduais ou Municipais.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

34. O ACS, em conjunto com a ESB, deve participar do planejamento das ações do PSE, auxiliando na identificação de critérios de risco, recursos disponíveis e realização de procedimentos coletivos.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos importante												Mais importante

F. SE DESEJAR, INDIQUE OUTROS ASPECTOS QUE CONSIDERE RELEVANTES NA DIMENSÃO ATUAÇÃO INTERSETORIAL.

Agradecemos sua participação. A análise deste questionário e o novo formulário serão enviados em breve.

APÊNDICE 5 – Primeira devolutiva – fase 1

Atribuições dos agentes comunitários em saúde bucal: avaliação pela metodologia Delphi. Questionário 1

Caro participante

Este é o resultado da segunda fase deste estudo.

Abaixo de cada questão apresentamos as médias dos valores estipulados pelos participantes e seus respectivos desvios-padrão.

Segundo a Metodologia Delphi, o elemento é considerado (HARTZ E SILVA, 2005):

- importante, e consensual, se obtiver média superior a sete e desvio-padrão inferior a três
- importante, mas não consensual, se obtiver média igual ou superior a sete e desvio-padrão igual ou superior a três
- não importante, se a média for inferior a sete

As sugestões e observações foram agrupadas ao final de cada dimensão.

Com base nestes resultados, desenvolvemos a próxima rodada do questionário que enviaremos em breve.

MAPEAMENTO DA ÁREA DE ATUAÇÃO

O mapa é um desenho que representa, no papel, o que existe naquela localidade. É o desenho de toda a área de atuação do ACS. Conforme Caderno de Atenção Básica nº 17, no mesmo deve haver a identificação das áreas de risco e vulnerabilidade em saúde bucal.

9. O mapeamento da área de atuação do ACS deve contribuir no diagnóstico e planejamento das ações da ESB. O mapeamento, dessa forma, deve trazer informações pertinentes à saúde bucal, incluindo: acesso a água encanada, consultórios odontológicos privados e outras infraestruturas de serviços disponíveis, que possam influenciar em saúde bucal.

Média aritmética	Desvio padrão
9,22	1,35

10. No mapeamento em saúde bucal, também devem estar identificadas as informações obtidas no cadastro das famílias com relação a grupos e situações de risco em saúde bucal.

Média aritmética	Desvio padrão
9,52	0,94

11. Neste mapa, também devem estar identificados grupos de Atenção odontológica priorizada, conforme dados obtidos no Cadastramento.

Média aritmética	Desvio padrão
9,31	1,07

12. A ESB deve contribuir com o ACS na formulação desse mapeamento em saúde bucal.

Média aritmética	Desvio padrão
9,94	0,23

13. O mapeamento deve possibilitar à ESB e ACS avaliarem situações de risco interdisciplinares, que relacionem saúde bucal com outros problemas de saúde.

Média aritmética	Desvio padrão
9,83	0,38

B. SUGESTÕES NA DIMENSÃO (OBSERVAÇÃO DOS PARTICIPANTES)

- Sugere a localização ou mapeamento principalmente de espaços sociais organizados (escolas, creches, grupos religiosos, associações de moradores, etc) para potencializar ações ou locais de riscos são importantes para planejamento e programação de ações.
- Sugere especificar no mapeamento as famílias que possuem indivíduos acamados/impossibilitados de irem à unidade de saúde, para que o

cuidado domiciliar fosse implementado, conforme as especificidades da área.

VISITA DOMICILIAR

É por meio da visita domiciliar que o ACS conhece as condições de moradia, percebe problemas de saúde e dá orientações que as pessoas precisam receber. Nesse momento, é possível realizar o acompanhamento mensal em saúde bucal das famílias, conforme Caderno de Atenção Básica nº 17.

14. Durante a visita domiciliar, o ACS deve obedecer ao planejamento desenvolvido em conjunto com a ESB, pautado na identificação das necessidades de cada família. Novas situações ou grupos de risco podem ser identificados durante a visita, sendo necessário novo planejamento.

Média aritmética	Desvio padrão
8,52	2,52

15. O ACS, durante a visita domiciliar, deve estimular práticas de autocuidado por pacientes, de caráter preventivo e de promoção em saúde bucal.

Média aritmética	Desvio padrão
9,73	0,73

16. O ACS, durante visita domiciliar, deve identificar situações que exijam medidas de diagnóstico, tratamento e reabilitação, e repassá-las à ESB.

Média aritmética	Desvio padrão
8,84	1,46

17. As visitas domiciliares em saúde bucal devem ser discutidas e planejadas em conjunto com a ESB.

Média aritmética	Desvio padrão
8,94	1,43

18. Procedimentos coletivos e educativo-preventivos podem ser realizados nos domicílios pelo ACS, de acordo com planejamento estabelecido em conjunto com a ESB.

Média aritmética	Desvio padrão
9,05	1,58

19. O ACS deve priorizar as visitas domiciliares a grupos e situações de risco em saúde bucal conforme diagnóstico e planejamento estabelecidos em conjunto com a ESB.

Média aritmética	Desvio padrão
9,10	1,32

C. SUGESTÕES NA DIMENSÃO (OBSERVAÇÃO DOS PARTICIPANTES)

- Sugere a inclusão de um tópico sobre a importância da criação de vínculo já na visita do ACS e da visita domiciliar do ACS também como indutora da utilização das tecnologias leves em saúde bucal, conforme os atributos da ESF.

TRABALHANDO EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE

As ações educativas fazem parte das atribuições do ACS. O desenvolvimento dessas ações tem início nas visitas domiciliares, mas pode ser realizado em diversos espaços sociais existentes na comunidade. De acordo com Caderno de Atenção Básica nº 17, o ACS tem papel relevante na divulgação de informações sobre saúde bucal, devendo a Equipe de Saúde Bucal orientar o seu trabalho.

20. O conteúdo que o ACS pode abordar em ações educativas, deve ser: as principais doenças bucais, como se manifestam e como se previnem; a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com

dentifrício fluoretado e o uso de fio dental; os cuidados a serem tomados para evitar fluorose; as orientações gerais sobre dieta; a orientação para autoexame de boca; os cuidados imediatos após traumatismo dentário; a prevenção ao sol sem proteção, e a prevenção ao uso de álcool, fumo e drogas.

Média aritmética	Desvio padrão
8,15	1,32

21. As ações do ACS, em atividades educativas, devem ser planejadas em conjunto com a ESB, definindo ações por ciclo de vida, condição de vida, e por fatores de risco comuns para várias doenças.

Média aritmética	Desvio padrão
8,84	1,38

22. Atividades de educação em saúde bucal, realizadas pelo ACS, devem obedecer a metodologias e didáticas definidas em conjunto com a ESB.

Média aritmética	Desvio padrão
8,84	1,42

23. Cabe ao ACS, durante atividades de educação em saúde, explicar o funcionamento da Atenção em saúde bucal, prestada pelo Município

como: marcação de consultas; procedimentos realizados; modalidade de Atenção, fluxo de Atenção, secundária e terciária.

Média aritmética	Desvio padrão
9,31	1,00

24. O ACS deve apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

Média aritmética	Desvio padrão
9,68	0,67

25. As atividades em educação em saúde bucal, realizadas pelo ACS, não devem sobrepor-se as atividades realizadas pela ESB, devendo ter caráter complementar de vigilância e promoção de saúde bucal, conforme definido no plano de ação.

Média aritmética	Desvio padrão
8,73	1,99

D. SUGESTÕES NA DIMENSÃO (OBSERVAÇÃO DOS PARTICIPANTES)

- Sugere que as atividades devem dialogar com os costumes e cultura da população adscrita.

- Sugere que os ACSs tem uma postura educativa um tanto prescritiva/normativa, limitada ao apontamento "do que é certo e do que é errado" para os usuários, sem considerar o contexto, baseada na replicação técnica/automatizada das cartilhas e manuais do ministério, assim sendo necessário um cuidado específico em relação metodologia de abordagem das famílias para realizar a educação em saúde bucal.

PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

Participação da comunidade significa que a mesma deve ter influência nas decisões e ações realizadas pela Estratégia Saúde da Família – ESF. De acordo com Caderno de Atenção Básica nº 17, mecanismos de escuta da comunidade devem ser desenvolvidos em saúde bucal.

26. Cabe ao ACS buscar a troca de conhecimentos com a comunidade de sua microárea, assim auxiliando a ESB no desenvolvimento de estratégias para enfrentamento dos problemas que existem.

Média aritmética	Desvio padrão
9,73	0,65

27. A troca de conhecimentos com a comunidade, por parte do ACS, pode ajudar a ESB na identificação de dificuldades encontradas pela população no acesso ao Serviço de saúde bucal da UBS.

Média aritmética	Desvio padrão
9,84	0,37

28. O ACS deve identificar espaços sociais em sua microárea, que possam contribuir no planejamento em saúde bucal da Equipe de Saúde.

Média aritmética	Desvio padrão
9,84	0,50

29. O ACS deve verificar na comunidade dificuldades encontradas, relacionadas à saúde bucal, e estratégias sugeridas para o enfrentamento dos problemas.

Média aritmética	Desvio padrão
9,78	0,42

30. Durante o processo de trabalho, o ACS deve conhecer na comunidade, as condições de vida, seus hábitos e providências que esta toma para resolver os problemas, bem como o que ela faz para evitar enfermidades em saúde bucal.

Média aritmética	Desvio padrão
9,60	0,82

E. SUGESTÕES NA DIMENSÃO (OBSERVAÇÃO DOS PARTICIPANTES)

- Sugere a identificação e composição de plano terapêutico considerando as PICS.

ATUAÇÃO INTERSETORIAL

O ACS, através de sua participação na comunidade, deve buscar o estabelecimento de parcerias com setores e atores fora da Área de Saúde. Em saúde bucal, deve-se buscar o apoio a ações e políticas que promovam o desenvolvimento social; possibilitem o acesso ao saneamento básico; incentivem a fluoretação das águas de abastecimento; contribuam para o combate ao fumo e uso de álcool; incentivem dietas mais saudáveis; contribuam para garantir proteção no trabalho e contribuam para o trabalho transversal de conteúdos em saúde bucal no currículo escolar, através do aproveitamento da Lei de Diretrizes e Bases para a Educação (LDB – Lei nº 9394/96), entre outras (Caderno de Atenção Básica nº 17).

31. Cabe ao ACS identificar setores e atores fora da Área da Saúde, que possam contribuir no planejamento de ações em saúde bucal.

Média aritmética	Desvio padrão
7	3,09

32. A identificação desses setores por parte do ACS, deve-se basear em critérios de risco, possibilidade de atuação e recursos disponíveis para atuação em saúde bucal.

Média aritmética	Desvio padrão
7	3,12

33. O ACS deve reconhecer condicionalidades que interferem na saúde bucal do indivíduo como participação em programas sociais do Governo, como o Bolsa Família, ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantados pelos Governos Federal, Estaduais ou Municipais.

Média aritmética	Desvio padrão
9,47	1,21

34. O ACS, em conjunto com a ESB, deve participar do planejamento das ações do PSE, auxiliando na identificação de critérios de risco, recursos disponíveis e realização de procedimentos coletivos.

Média aritmética	Desvio padrão
9,63	0,76

F. SUGESTÕES NA DIMENSÃO (OBSERVAÇÃO DOS PARTICIPANTES)

- Sugere que na questão 31 seja incluída que não somente o ACS deva identificar setores fora da área da saúde.

- Sugere que na questão 32 o ACS depende de conhecimento prévio de fatores de risco e de sua interpretação, o que julga ser um pouco distante da realidade dos ACS.
- Sugere que os itens 31 e 32 devem ser realizados pela equipe da ESF

APÊNDICE 6 – Segunda devolutiva – fase 2

Atribuições dos agentes comunitários em saúde bucal: avaliação pela metodologia Delphi. Questionário 1

Caro participante

Este é o resultado da segunda fase deste estudo.

Abaixo de cada questão apresentamos as médias dos valores estipulados pelos participantes e seus respectivos desvios-padrão.

Segundo a Metodologia Delphi, o elemento é considerado (HARTZ E SILVA, 2005):

- importante, e consensual, se obtiver média superior a sete e desvio-padrão inferior a três
- importante, mas não consensual, se obtiver média igual ou superior a sete e desvio-padrão igual ou superior a três
- não importante, se a média for inferior a sete

As sugestões e observações foram agrupadas ao final de cada dimensão.

Com base nestes resultados, desenvolveremos a próxima rodada do questionário que enviaremos em breve.

MAPEAMENTO DA ÁREA DE ATUAÇÃO

O mapa é um desenho que representa, no papel, o que existe naquela localidade. É o desenho de toda a área de atuação do ACS. Conforme Caderno de Atenção Básica nº 17, no mesmo deve haver a identificação das áreas de risco e vulnerabilidade em saúde bucal.

1. O ACS deve obter a localização ou mapeamento de espaços sociais organizados (escolas, creches, grupos religiosos, associações de moradores, etc) para o planejamento de ações em saúde bucal em conjunto com a ESB.

Média aritmética	Desvio padrão
9,94	0,24

2. Indivíduos acamados/impossibilitados de irem à unidade de saúde e pacientes com necessidades especiais devem ser caracterizados como grupo de atenção odontológica priorizada.

Média aritmética	Desvio padrão
9,47	0,87

3. SUGESTÕES NA DIMENSÃO (OBSERVAÇÃO DOS PARTICIPANTES)

- Sugere que sejam identificados locais de difícil acessibilidade, como morros ou encostas e/ou locais de violência urbana, que necessitem de

intervenções específicas, porém presentes; área onde haja populações quilombolas, acampados, ribeirinhas e/ou outras contidas na modalidade da equipe 1 de Saúde da família localizadas dentro do território da equipe.

COMENTÁRIO DA EQUIPE COORDENADORA: na questão 22 da primeira fase, no momento em que é citado “outras infraestruturas de serviços disponíveis” e na 23, “informações obtidas no cadastro das famílias com relação a grupos e situações de risco” os fatores citados pelo respondente já estão incluídos, já que dependem de fatores locais da área de cobertura da ESF.

- O fato de serem acamados ou com necessidades especiais não os torna prioritários. Eles devem ser identificados para que o serviço os encontre.

COMENTÁRIO DA EQUIPE COORDENADORA: analisando os referenciais teóricos desta pesquisa, Política Nacional de Saúde Bucal(PNSB,2004), Política Nacional de Atenção Básica(PNAB,2012), Caderno de Atenção Básica nº17(2006) e “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde” (2009), grupos de pacientes acamados ou com necessidades especiais podem ser identificados como prioritários.

- Ser constantemente atualizado e contar com a participação da comunidade.

COMENTÁRIO DA EQUIPE COORDENADORA: analisando o referencial teórico desta pesquisa, conforme Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2009) e “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde” (2009) estes são critérios já considerados como atribuições dos ACSs.

VISITA DOMICILIAR

É por meio da visita domiciliar que o ACS conhece as condições de moradia, percebe problemas de saúde e dá orientações que as pessoas precisam receber. Nesse momento, é possível realizar o acompanhamento mensal em saúde bucal das famílias, conforme Caderno de Atenção Básica nº 17.

4. A visita domiciliar do ACS deve ser indutora de tecnologias leves, buscando a criação de processos de acolhimento, vínculo e atenção em saúde bucal, com o objetivo de identificar as necessidades do usuário e saber o modo de melhor resolvê-las.

Média aritmética	Desvio padrão
9,76	0,43

5. SUGESTÕES NA DIMENSÃO (OBSERVAÇÃO DOS PARTICIPANTES)

- Não houve comentários.

TRABALHANDO EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE

As ações educativas fazem parte das atribuições do ACS. O desenvolvimento dessas ações tem início nas visitas domiciliares, mas pode ser realizado em diversos espaços sociais existentes na comunidade. De acordo com Caderno de Atenção Básica nº 17, o ACS tem papel relevante na divulgação de informações sobre saúde bucal, devendo a Equipe de Saúde Bucal orientar o seu trabalho.

6. A educação em saúde bucal realizada pelo ACS deve dialogar com costumes e cultura da população adstrita.

Média aritmética	Desvio padrão
9,94	0,24

7. SUGESTÕES NA DIMENSÃO (OBSERVAÇÃO DOS PARTICIPANTES)

- É importante considerar o conhecimento e experiência dos participantes permitindo a troca de idéias. Isso estimula a pessoa a construir um processo decisório autônomo e centrado em seus interesses. COMENTÁRIO DA EQUIPE COORDENADORA: concordamos com o comentário do respondente, porém o campo desta pesquisa se atêm a saúde bucal. Conforme Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2009) e “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde” (2009) estes são critérios já considerados como atribuições dos ACSs.

- Me preocupa estarmos lidando com várias habilidades e competências para a ação do ACS desconsiderando completamente a ESF. Fica a impressão que teremos cronograma para as tarefas, uma hora saúde e outra saúde bucal. Pode não ser este o momento mas tem hora que minha nota responde parcialmente a questão.

COMENTÁRIO DA EQUIPE COORDENADORA: é importante considerar a ESF e o trabalho interdisciplinar o qual deve ser realizado pela equipe. Este estudo, porém, tem por objetivo definir atribuições em saúde bucal para ACSs dentro de ações já pré-definidas pela publicação

“O trabalho do Agente Comunitário de Saúde” (2009). Desta forma poderemos preencher a lacuna desta publicação de ações em saúde bucal, sem desvincular das atribuições já existentes para o ACS dentro da ESF.

- O diálogo dos costumes e cultura não deve ser atribuição só do ACS, mas de toda a equipe.

COMENTÁRIO DA EQUIPE COORDENADORA: concordamos com a afirmação do respondente, porém, neste estudo, como no comentário anterior, estamos buscando definir somente atribuições em saúde bucal de ACSs e não de toda equipe.

PARTICIPAÇÃO NA COMUNIDADE

Participação da comunidade significa que a mesma deve ter influência nas decisões e ações realizadas pela Estratégia Saúde da Família – ESF. De acordo com Caderno de Atenção Básica nº 17, mecanismos de escuta da comunidade devem ser desenvolvidos em saúde bucal.

8. O plano terapêutico do ACS deve obedecer critérios considerando as PICS (Práticas Integrativas e Complementares em saúde).

Média aritmética	Desvio padrão
7,58	2,82

9. Durante o processo de trabalho, o ACS deve conhecer na comunidade, as condições de vida, seus hábitos e providências que esta toma para

resolver os problemas, bem como o que ela faz para evitar enfermidades em saúde bucal.

Média aritmética	Desvio padrão
9,82	0,72

10. SUGESTÕES NA DIMENSÃO (OBSERVAÇÃO DOS PARTICIPANTES)

- A questão 8 e 9 não estão totalmente alinhadas a premissa participação na comunidade, estaria mais ligada ao atributo: práticas do cuidado em saúde, por isso julgo impertinente para este componente.

COMENTÁRIO DA EQUIPE COORDENADORA: analisando referencial teórico, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC, 2006), a implementação e planejamento das PICS deve ficar a critério de profissional especialista da área ou profissionais que recebam capacitação específica. O ACS no caso, deveria passar por capacitação específica para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em PICS. Portanto, o critério número 8 será excluído da matriz final.

O critério número 9 de acordo com “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde”(2009) estaria relacionado a dimensão de “Trabalhando educação em saúde na comunidade”, portanto será realocado nesta dimensão.

- A troca de conhecimentos entre as pessoas de uma comunidade faz parte de um processo de educação para a participação em saúde, por isso deve ser considerada e valorizada.

- Considero as questões 8 e 9 bem importantes, mas estão na dependência da capacitação do ACS, que é problemática em termos gerais.

- Esses conhecimentos devem ser compartilhados com a equipe de saúde bucal.

COMENTÁRIO DA EQUIPE COORDENADORA: na primeira fase deste estudo, nesta mesma dimensão este critério já foi abordado nas questões 42,43,44.

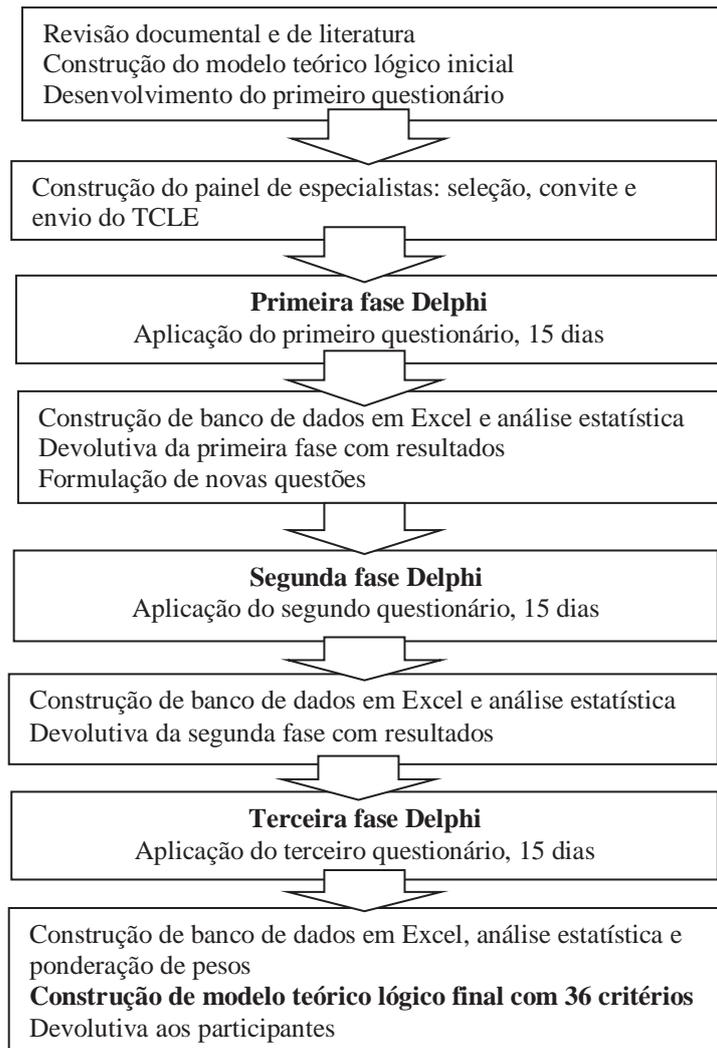
- O zero a pergunta 8 é explicado. O que é considerado plano terapêutico? Acredito que poderia se falar em recursos terapêuticos, ações terapêuticas.

COMENTÁRIO DA EQUIPE COORDENADORA: assim como no primeiro comentário, este critério fica dependente de capacitação específica conforme a PNPIC(2006) e será excluído.

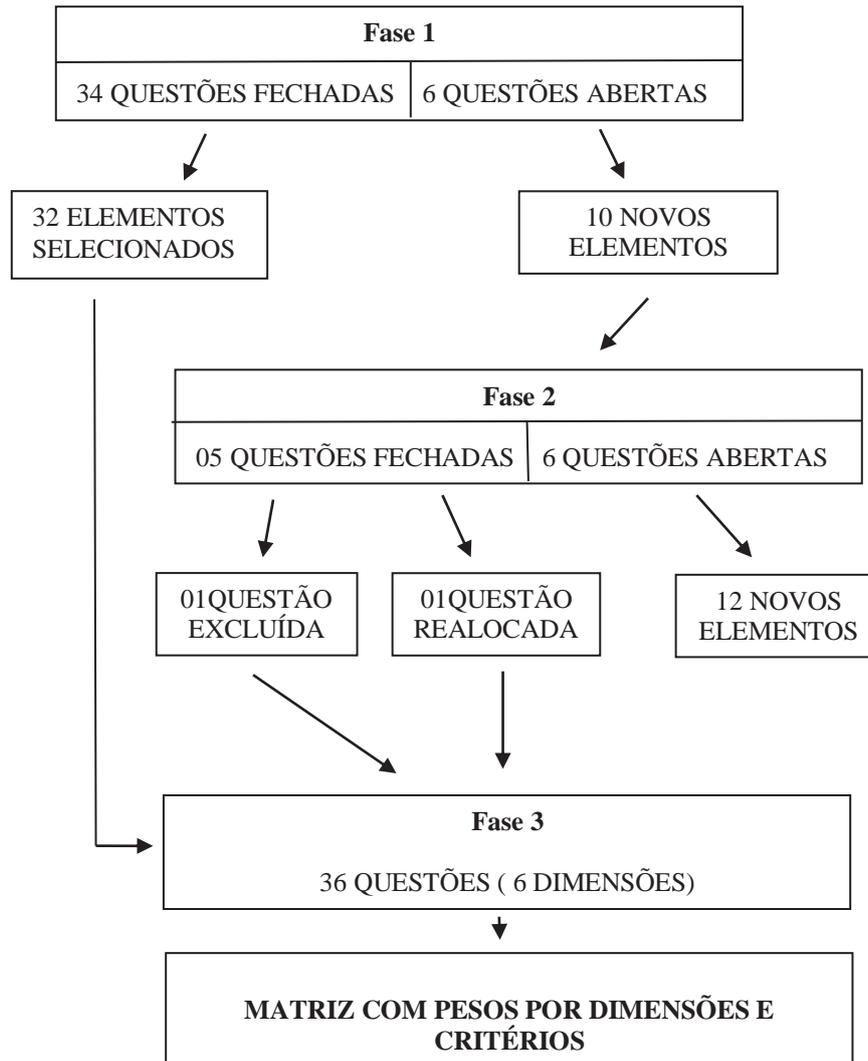
- participação das reuniões dos conselhos locais.

COMENTÁRIO DA EQUIPE COORDENADORA: a participação de profissionais nos conselhos locais de saúde deve obedecer critérios da Lei 8142, de 28 de novembro de 1990 e Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003.

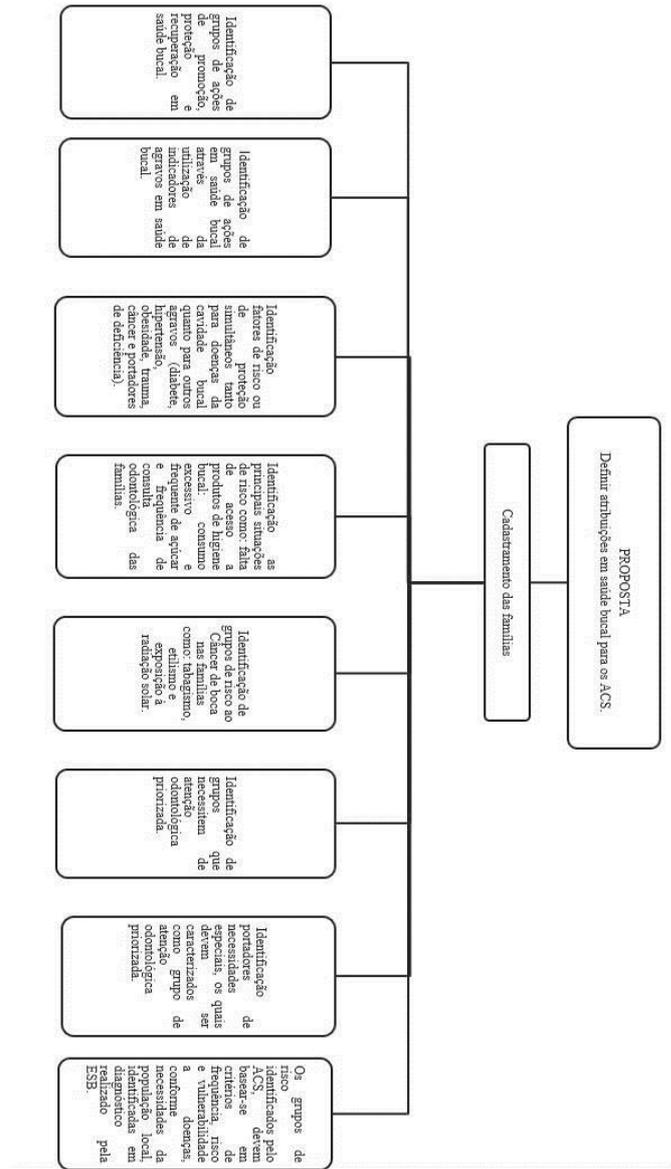
APÊNDICE 7 – Percurso Metodológico



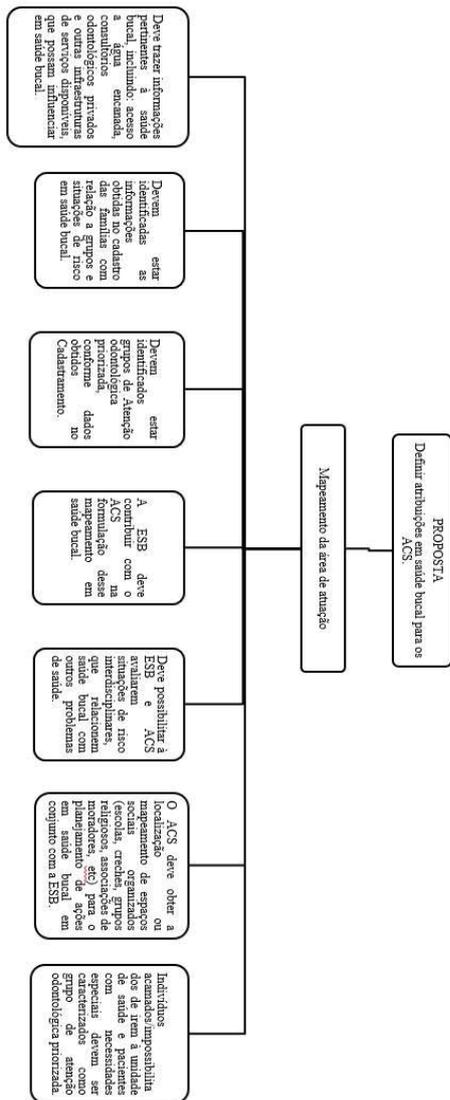
APÊNDICE 8 – Fluxograma de elementos selecionados, excluídos, reapresentados e incluídos em cada fase do estudo.



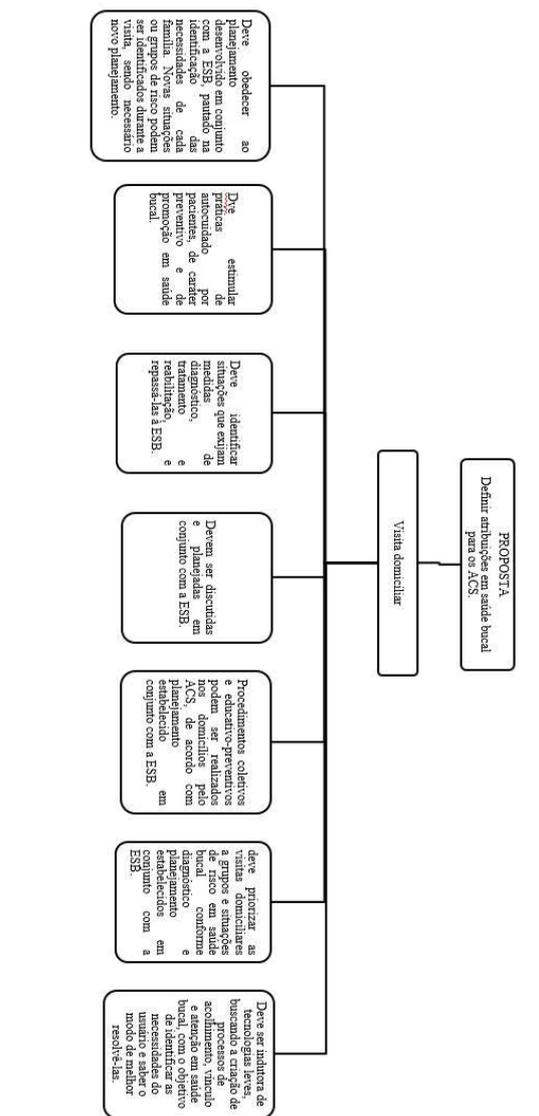
APÊNDICE 9A – Modelo teórico lógico final - Cadastramento



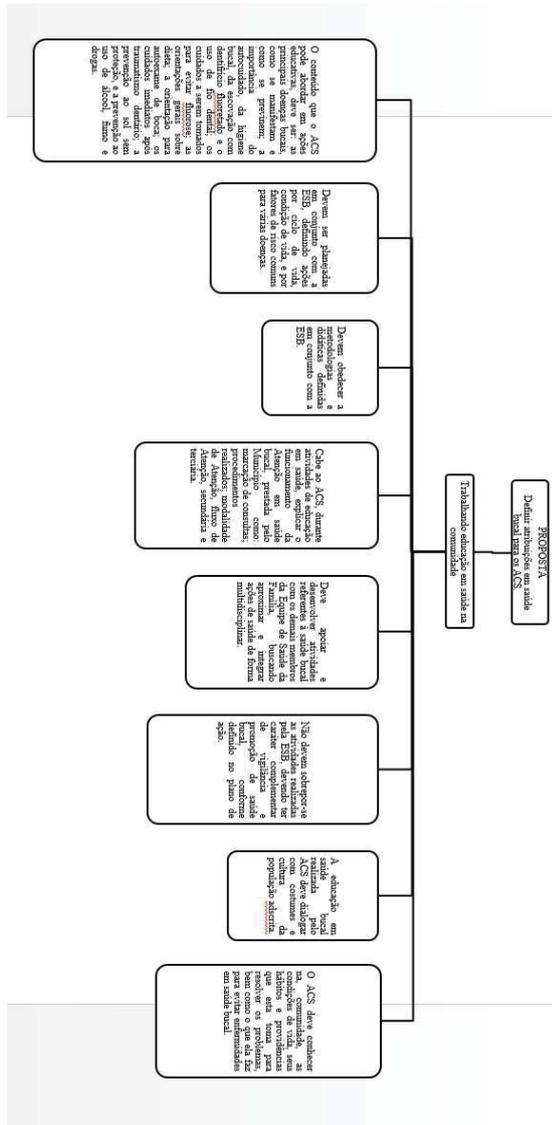
APÊNDICE 9B – Modelo teórico lógico final - Mapeamento



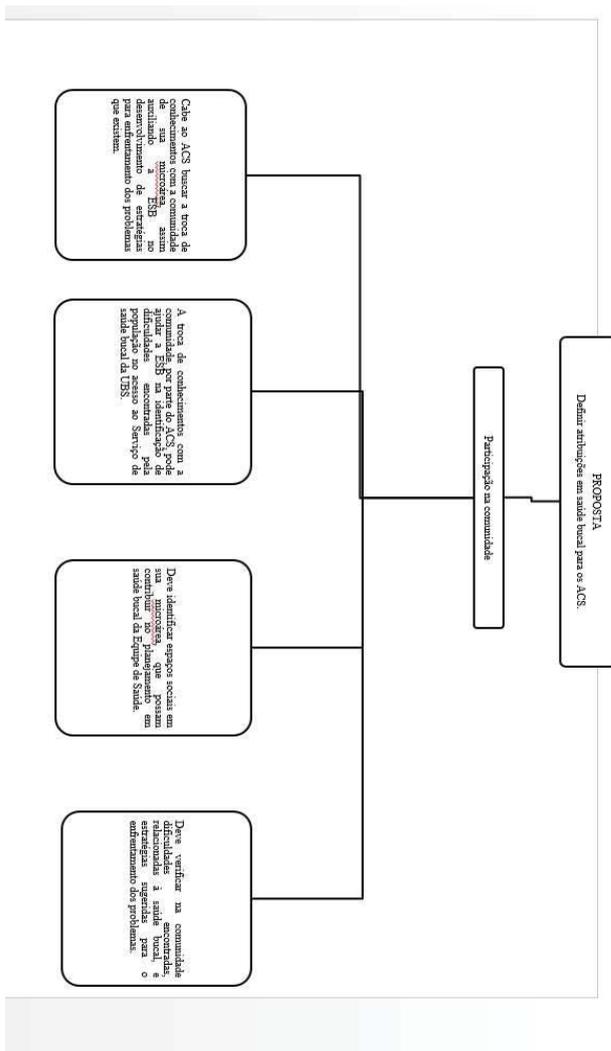
APÊNDICE 9C – Modelo teórico lógico final – Visita domiciliar



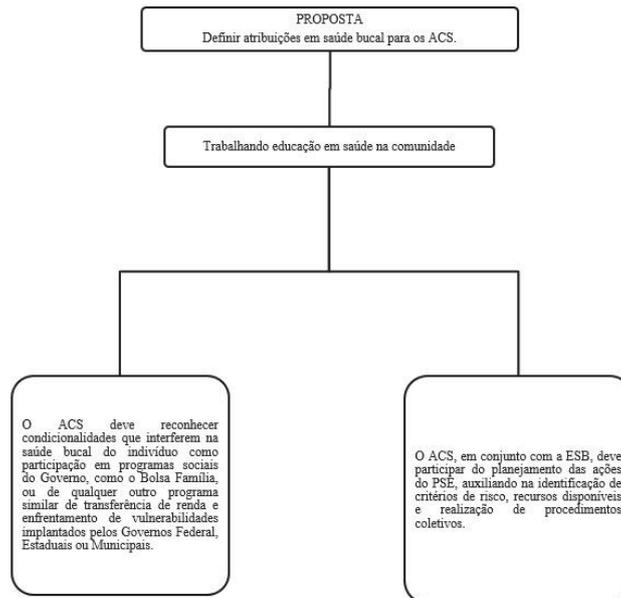
APÊNDICE 9D – Modelo teórico lógico final – Trabalhando educação em saúde na comunidade.



APÊNDICE 9E – Modelo teórico lógico final – Participação na comunidade.



APÊNDICE 9F – Modelo teórico lógico final – Trabalhando educação em saúde na comunidade.



ARTIGO SUBMETIDO

Revista de interesse: Cadernos de Saúde Pública

**ATRIBUIÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS EM SAÚDE
BUCAL: AVALIAÇÃO PELA METODOLOGIA DELPHI**
RESPONSIBILITIES OF COMMUNITY AGENTS IN ORAL HEALTH:
EVALUATION THROUGH DELPHI METHODOLOGY
RESPONSABILIDADES DE LOS TRABAJADORES
COMUNITARIOS EN LA SALUD ORAL: EVALUACIÓN A TRAVÉS
DE LA METODOLOGÍA DELPHI

Alex Luís Sass¹

Micheline Sandini Trentin¹

Fernando Neves Hugo²

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi definir atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) na área de saúde bucal através de Metodologia Delphi. A mesma, utilizou um modelo teórico lógico com questionário inicial, o qual foi enviado a 30 participantes. As referências teóricas foram publicações ministeriais da área de ACS e saúde bucal. Os participantes responderam ao questionário avaliando a concordância com cada questão, numa escala de 0 a 10. Foram trinta e quatro questões

¹ Programa de Pós-graduação em Odontologia (PPGOdonto), Faculdade de Odontologia da UPF/RS.

² Programa de Pós-graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia da UFRGS.

fechadas, onde o consenso foi medido quando atingiram média ≥ 7 e $dp < 3$. Ainda, houve 6 questões abertas que permitiram inclusão de comentários e justificativas. A análise destas questões abertas por parte da equipe coordenadora da pesquisa originou novas questões para inclusão em segunda rodada do questionário. Uma última rodada ainda buscou definir uma classificação da importância de cada critério atribuindo peso as mesmas. O resultado foi uma matriz final com 36 critérios organizados em 6 dimensões de trabalho. Este estudo fornece uma imagem objetivo do processo de trabalho do ACS em saúde bucal.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Saúde bucal. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The objective of this research was to define responsibilities of Community Health Agents (CHAs) in the area of oral health through Delphi Methodology. This methodology used a logical theoretical model with initial questionnaire, which was sent to 30 participants. The theoretical references were ministerial publications in the area of CHA and oral health. The participants answered the questionnaire evaluating their agreement with each question, on a scale from 0 to 10. There were thirty-four closed questions where consensus was measured when they reached an average of ≥ 7 and $SD < 3$. Still, there were six open questions that allowed inclusion of comments and justifications. The analysis of these

open questions by the team coordinating the research created new questions to be included in the second round of the questionnaire. A last round still tried to define a classification of the importance of each criterion by assigning the same weight to them. The result was a final matrix with 36 criteria organized in six work dimensions. This study provides an objective image of the work of the Community Health Agent.

Keywords: Community Health Agent, Oral health, Family Health Strategy.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue definir las responsabilidades de los trabajadores de salud comunitaria (TSC) en la salud oral a través de la metodología Delphi. La misma, se utilizó un modelo teórico lógico con cuestionario inicial, que fue enviado a 30 participantes. Las referencias teóricas fueron publicaciones ministeriales en el área de TSC y de salud oral. Los participantes respondieron a un cuestionario para evaluar la conformidad con cada pregunta en una escala de 0 a 10. Hubo treinta y cuatro preguntas cerradas en el que se llegó a un consenso cuando se midió una media ≥ 7 y DE < 3 . También, hubo seis preguntas abiertas que permitieron la inclusión de comentarios y justificaciones. El análisis de estas cuestiones abiertas por el equipo de coordinación de investigación originó nuevas preguntas para su inclusión en la segunda ronda del cuestionario. Una última ronda todavía trató de definir una clasificación de

importancia de cada criterio asignando el mismo peso. El resultado fue una serie final de 36 criterios organizados en seis dimensiones del trabajo. Este estudio ofrece una imagen objetiva del proceso de trabajo de lo TSC en la salud oral.

Palabras clave: Agente Comunitario de Salud, Salud oral, Estrategia de Salud Familiar.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Portaria 1886, de 18 de dezembro de 1997¹, entre as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde(ACS), está a de realizarem atividades de educação em saúde bucal nas famílias, com ênfase no grupo infantil. A Política Nacional de Atenção Básica(PNAB), publicada em 2012², já não especifica atribuições em saúde bucal para os ACS. De acordo com o Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde³, as ações em saúde bucal são divididas em 3 eixos de atenção: crianças, adolescentes e adultos. O Manual do Agente Comunitário de Saúde⁴, detalha as ações do ACS em seis dimensões de trabalho: cadastramento das famílias, mapeamento da área de atuação, visita domiciliar, trabalhando educação em saúde na comunidade, participação na comunidade e atuação intersetorial. As atribuições as quais o ACS poderia atuar em saúde bucal não são claramente especificadas em nenhuma publicação ministerial de formação dos mesmos. O processo de trabalho do ACS se caracteriza pela forte ligação com o setor de enfermagem e médico e distanciamento do setor de odontologia⁵. A Política Nacional de Saúde Bucal⁶ preconiza que o trabalho interdisciplinar é indispensável para melhorar a qualidade dos serviços em saúde, e aumentar seu potencial

de resolutividade. Ainda, a interação com profissionais de outras áreas, permite a abordagem do indivíduo como um todo, e atenta ao contexto sócio-econômico-cultural ao qual ele está inserido⁵. As Unidades Saúde da Família(USF) com Equipe de Saúde Bucal(ESB), têm apresentado deficiências na capacitação dos ACS, não conseguindo envolver as comunidades atendidas, nem avaliar efetivamente as ações de saúde bucal realizadas⁷. As dificuldades encontradas no processo de trabalho do ACS, mostram que existe a necessidade de reavaliar que ações em saúde bucal o mesmo pode desenvolver e de se definir critérios de indicadores para avaliação dos mesmos.

A Metodologia Delphi, trata-se de um método de consenso de opiniões entre especialistas, devido à falta de literatura existente sobre um assunto^{8,9}. A mesma será utilizada nesta pesquisa, com o objetivo de obter uma opinião qualificada sobre atribuições de ACS em saúde bucal.

A utilização de um modelo teórico lógico em estudos de consenso, facilita a compreensão do assunto tratado na pesquisa¹⁰. O mesmo apresenta os dados, objetivos, mudanças e resultados do estudo de forma sistemática¹¹.

Através da construção de um modelo teórico lógico inicial, o qual corresponde a uma imagem objetivo do estudo, e utilização de Metodologia Delphi, este trabalho tem por objetivo construir um modelo teórico lógico final, com critérios em diferentes dimensões do processo de trabalho do ACS em saúde bucal.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa(CEP) da Universidade de Passo Fundo – UPF, sob número de parecer favorável 696.755 na data de 25/06/2014.

População

Este estudo de consenso foi realizado através de metodologia Delphi, composto por revisão de literatura e um painel em três fases.

O referencial teórico em saúde bucal foram publicações do Ministério da Saúde sobre o tema; sendo utilizadas as diretrizes da PNSB⁶, o Caderno de Atenção Básica nº 17¹² e PNAB². Como referencial de atribuições do ACS, foram utilizadas as seguintes publicações: O trabalho do Agente Comunitário de saúde⁴, Guia Prático do agente comunitário de saúde³, e PNAB².

O modelo teórico lógico consiste num processo que busca facilitar o monitoramento da proposta, sua avaliação e tomada de consenso^{13,11}. O mesmo, neste trabalho foi utilizado através de uma matriz inicial dividida em 6 dimensões de processo de trabalho do ACS com o objetivo de esclarecer aos participantes, a proposta deste estudo.

O formulário inicial foi composto por seis dimensões do processo de trabalho do ACS constantes em “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde”⁴:

1. Cadastramento das famílias.
2. Mapeamento da área de atuação.
3. Visita domiciliar.
4. Trabalhando educação em saúde na comunidade.
5. Participação na Comunidade.

6. Atuação intersetorial.

O cruzamento das dimensões do processo de trabalho do ACS com atribuições em saúde bucal buscou traçar ações que definam a interdisciplinaridade que a ESB e ACS devem desenvolver e também que ações em saúde bucal o ACS pode promover de forma individual e integrada com a ESB.

Através de uma matriz inicial seguida de formulário o estudo foi apresentado aos participantes. O mesmo foi preparado pela equipe de coordenação composta por três pesquisadores: Profa. Dra. Micheline Trentin, orientadora da pesquisa, Prof. Dr. Fernando Hugo, co-orientador da pesquisa e Alex Sass, orientado.

Estudo de consenso

A Metodologia Delphi pode ser definida como uma ferramenta de pesquisa qualitativa, a qual busca um consenso de opiniões de um grupo de especialistas a respeito de um assunto com carência de dados históricos^{9,8}. Trata-se de um questionário interativo, o qual circula duas ou três vezes por um grupo de especialistas, sempre mantendo de forma anônima os participantes⁸. Através de uma equipe de coordenação, se prepara um questionário, onde se solicita respostas individuais, de forma quantitativa apoiadas por justificativas e informações qualitativas⁹. As respostas são tabuladas, através de análise estatística simples, definindo-se mediana e os quartis, e os resultados são devolvidos aos participantes na rodada seguinte⁹. A cada nova rodada as perguntas são repetidas, e os participantes reavaliam suas respostas⁹. O processo pode ser repetido até que a divergência de opiniões entre especialistas tenha se reduzido a um nível satisfatório.

A seleção dos especialistas participantes neste estudo, foi realizada pela equipe coordenadora de forma intencional com participantes externos a entidade envolvida. O número de profissionais convidados foi de trinta, de diferentes regiões do Brasil, sendo considerado o suficiente para gerar informações relevantes¹³. Os critérios de seleção dos participantes foram:

- 10 gestores que atuavam na coordenação de saúde bucal nacional, estadual ou municipal.

- 10 pesquisadores ou professores universitários com pós graduação em saúde bucal coletiva.

- 10 profissionais cirurgiões dentistas que atuavam na rede de atenção básica em ESB.

Este estudo utilizou a metodologia Delphi modificada por meio eletrônico¹⁴. O questionário do presente estudo foi disponibilizado online, através da plataforma FORMSUS¹⁵. O mesmo trata-se de um serviço fornecido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), para criação de formulários online. É de uso público, com normas de utilização definidas, compatíveis com a legislação e com a Política de Informação e Informática do SUS. Através da inserção do formulário no FORMSUS, o mesmo enviou login e senha aos participantes através de e-mail. Os especialistas que acessaram a plataforma online, foram orientados com relação ao preenchimento do formulário, TCLE e do prazo de resposta de até 15 dias. Os mesmos se mantiveram anônimos em todas as etapas do estudo. Na primeira fase, os especialistas participantes responderam a um questionário inicial de perguntas fechadas e abertas. Nas questões fechadas atribuíram notas de 0 a 10 para cada uma de um total de trinta e quatro questões fechadas e seis abertas. Houve uma segunda rodada para obtenção do consenso sobre os critérios. Após cada rodada, os dados eram

sumarizados em planilhas Excel e o resultado era apresentado aos participantes através de e-mail. A terceira rodada definiu o peso das dimensões e dos critérios estabelecidos. A atribuição dos pesos foi realizada segundo escala crescente de 1 a 3.

Análise estatística

As duas primeiras rodadas definiram os critérios como importantes e consensuais quando atingiram média ≥ 7 e $dp < 3$ ¹⁶. Assim, critérios com consenso foram exportados para a matriz teórico lógico final. Critérios sem consenso foram excluídos. Os comentários nas questões discursivas deram origem a novas perguntas formuladas pela equipe organizadora em uma segunda rodada.

A terceira e última rodada definiu os pesos das dimensões e critérios segundo a mediana. O número de vezes que cada peso foi selecionado foi sumarizado. O número de ocorrências foi multiplicado pela mediana. Os pesos dos critérios sofreram ponderação¹⁷. A ponderação dos critérios se deu pelo valor da mediana dividido pelo total de pontuação na dimensão, o resultado multiplicado por 100 gerou o valor atribuído ao critério.

RESULTADOS

A participação dos profissionais até o final do estudo está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1: Participação no estudo segundo a fase do estudo Delphi.

Participantes	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Respondentes	19(63,3%)	18(60,0%)	14(53,3%)

Primeira fase do estudo Delphi

Na primeira fase do estudo dos trinta e quatro critérios apresentados, trinta e dois obtiveram média ≥ 7 e desvio padrão < 3 . Dois critérios foram excluídos por não haver consenso. Foram apresentados nas questões abertas dez sugestões ou comentários que deram origem a cinco novos critérios apresentados na segunda fase.

A devolutiva de cada fase do questionário com resultados e comentários existentes foi enviado a todos convidados e participantes após cada rodada. Na primeira fase, cinco comentários não deram origem a novas questões segundo avaliação da equipe coordenadora da pesquisa.

Segunda fase do estudo Delphi

Nesta fase cinco questões foram criadas como resultado das questões abertas da primeira fase. Na dimensão de mapeamento foi criada uma questão que sugere que o ACS deve obter a localização ou mapeamento de espaços sociais organizados (escolas, creches, grupos religiosos, associações de moradores, etc) para o planejamento de ações em saúde bucal em conjunto com a ESB. Outra questão sugerida na mesma dimensão, foi especificar as famílias que possuem indivíduos acamados/impossibilitados de ir à unidade de saúde, para que o cuidado domiciliar fosse implementado. Na terceira dimensão de visita domiciliar, foi sugerido que o ACS deve utilizar tecnologias leves em saúde bucal

buscando a criação de processos de acolhimento, vínculo e atenção. A quarta dimensão de educação em saúde na comunidade recebeu a inclusão de critério da necessidade de diálogo de educação em saúde bucal realizada pelo ACS com costumes e cultura da população adstrita. No processo de trabalho da dimensão de participação da comunidade, foi incluído a possibilidade do ACS realizar plano terapêutico considerando as PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde).

Nesta fase, houve consenso nos cinco critérios apresentados. Nas questões abertas houveram doze comentários. A equipe coordenadora justificou na totalidade estes comentários devido a não acrescentarem abordagens no âmbito de atribuições em saúde bucal do ACS. Somente um critério foi realocado de dimensão de trabalho.

Terceira fase do estudo Delphi

A terceira e última fase, foi com o objetivo de definir o peso das dimensões de trabalho e critérios do ACS em saúde bucal. Foi apresentada a matriz final com 36 critérios e 6 dimensões. A atribuição dos pesos foi realizada segundo uma escala crescente de 1 a 3 tanto para as dimensões como para os critérios selecionados. Os resultados encontram-se nas tabelas 2 e 3.

Para organizar a matriz final, os critérios foram agrupados conforme sua dimensão. Os participantes consideraram que os pesos das dimensões se equivalem. O resultado gerou um modelo teórico lógico final

Tabela 2: Pontuação dos pesos.

Dimensão	Mediana	Número de ocorrências	Pontuação
Cadastramento das famílias	1	3	3
	2	28	84
	3	71	213
TOTAL		102	300
Mapeamento da área de atuação	1	-	-
	2	9	18
	3	82	246
TOTAL		91	264
Visita domiciliar	1	4	4
	2	20	40
	3	67	201
TOTAL		91	245
Trabalhando educação em saúde na comunidade	1	2	2
	2	22	44
	3	80	240
TOTAL		104	286
Participação na Comunidade	1	-	-
	2	9	18
	3	53	159
TOTAL		62	177
Atuação intersetorial	1	-	-
	2	5	10
	3	20	60
TOTAL		25	70

Tabela 3: Ponderação de pesos e valor atribuído na dimensão.

Dimensão	Ponderação dos critérios na dimensão (peso /total da pontuação)	Valor atribuído (peso ponderado x 100)
Cadastramento das famílias	0,004	0,40
	0,009	0,90
	0,014	1,4
Mapeamento da área de atuação	-	-
	0,007	0,7
	0,011	1,1
Visita domiciliar	0,004	0,4
	0,008	0,8
	0,012	1,2
Trabalhando educação em saúde na comunidade	0,003	0,3
	0,006	0,6
	0,010	1,0
Participação na Comunidade	-	-
	0,011	1,1
	0,016	1,6
Atuação intersetorial	-	-
	0,020	2,0
	0,040	4,0

DISCUSSÃO

O presente estudo desenvolveu um modelo teórico-lógico de atribuições em saúde bucal para ACS. A matriz final ficou composta de 36 critérios organizados segundo as dimensões do processo de trabalho do ACS: cadastramento das famílias, mapeamento da área de atuação, visita domiciliar, trabalhando educação em saúde na comunidade, participação na comunidade e atuação intersetorial. A mesma expressa a opinião qualificada e consensual de um grupo de dezenove profissionais, gestores e professores universitários com reconhecido conhecimento sobre ESF e saúde bucal coletiva.

Neste trabalho, somente dois critérios do questionário inicial foram excluídos, os mesmos se referiam a dimensão de “atuação intersetorial”. Estes critérios abordaram a responsabilidade do ACS em identificar setores e atores fora da área de saúde, que possam contribuir no planejamento de ações em saúde bucal. A falta de concordância nestes fatores, através da análise dos comentários mostrou que os participantes julgam que essa função cabe a ESF e não somente ao ACS.

Na segunda fase, as observações dos participantes não conseguiram propor novas abordagens para o ACS em saúde bucal de acordo com a equipe coordenadora da pesquisa. Muitos comentários não se referiam a saúde bucal especificamente e eram atribuições já existentes do ACS em publicações do Ministério da Saúde. A questão das PICS na dimensão de “participação na comunidade” mostrou-se controversa, já que depende de capacitação específica e inserção do programa na ESF dos municípios, não sendo um critério de atuação do ACS de forma geral.

Uma das limitações do estudo refere-se ao fato de não ter ocorrido uma maior participação dos especialistas selecionados, apesar do tempo disponível em cada fase do estudo ter sido de quinze dias, sendo considerado suficiente conforme¹⁰. A participação máxima dos convidados foi de 19 de 30 especialistas selecionados. Uma maior participação destes, poderia trazer novos dados a pesquisa. De acordo com a metodologia Delphi o número de participantes foi suficiente para produzir um estudo de consenso^{8,9,10}.

O critério onde o ACS deve: “conhecer na comunidade, as condições de vida, seus hábitos e providências que esta toma para resolver os problemas, bem como o que ela faz para evitar enfermidades em saúde bucal”, foi realocado da dimensão “participação da comunidade”. De

acordo com “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde”⁴ estaria relacionado a dimensão de “Trabalhando educação em saúde na comunidade”. Durante atividades de educação, o ACS deveria interagir com a comunidade na busca por estes dados.

A matriz final do estudo, demonstra a capacidade do ACS de realizar atividades em saúde bucal. O levantamento de dados no Cadastramento, devem contribuir para o planejamento de ações em conjunto com a ESB. A utilização de indicadores de agravos em saúde bucal neste levantamento mostra-se importante. Inquéritos populacionais podem subsidiar esta ação, bem como indicadores existentes em saúde bucal no Pacto pela Saúde¹⁸. Ainda, nesta dimensão de trabalho, a matriz final demonstra a necessidade de o ACS estar capacitado em diversos tópicos de saúde bucal, como: relação com doenças sistêmicas, Câncer de Boca e outros fatores de risco com o objetivo de detectar situações as quais exigem promoção, vigilância e recuperação em saúde bucal. Esta necessidade, vem de encontro com resultados de outros estudos^{5,7,19,20,21}. O mapeamento deve conter informações específicas em saúde bucal referente a área de cobertura da ESF, contribuindo para o planejamento e diagnóstico das ações as quais serão realizadas pela ACS e ESB. A localização de espaços sociais organizados e a relação destes com saúde bucal, exige a qualificação do ACS para detecção de situações interdisciplinares conforme constatado por RODRIGUES²¹. A inclusão da localização no mapa de pacientes com necessidades especiais, salienta por sua vez, a importância do cuidado com estes pacientes, já que muitas vezes os mesmos não são detectados pela ESB. A PNSB⁶, salienta a importância da criação de protocolos de atendimento para estes pacientes em saúde

bucal, inclusive referenciando casos complexos para atenção secundária nos CEO (Centros de Especialidades Odontológicas).

Visitas domiciliares devem basear-se na identificação de novas situações ou grupos de risco e o estímulo de práticas de autocuidado dos pacientes. Este estudo demonstrou que o ACS pode realizar atividades de educação em saúde bucal, desde que seja orientado e não sobreponha as ações realizadas pela equipe auxiliar de saúde bucal. Ainda, procedimentos preventivos também poderiam ser realizados pela ACS, tanto de forma individual quanto coletiva, vindo de encontro ao preconizado pela PNAB² e PNSB⁶.

Em atividades educativas realizadas pelo ACS, julga-se importante que as mesmas sigam metodologias pré-definidas de acordo com a capacidade do mesmo. Cabe ainda, ao ACS, neste momento explicar o funcionamento da rede municipal de saúde bucal e os níveis de atenção disponíveis no município.

A interlocução com a comunidade, através da detecção de dificuldades encontradas e estratégias sugeridas para enfrentamento de problemas em saúde bucal devem ser realizadas pelo ACS.

A identificação de programas e políticas ministeriais da área de saúde e assistência social que possam se relacionar com saúde bucal mostra-se importante fator na dimensão de atuação intersetorial. Conforme Navarro²², a implementação de programas de saúde bucal e programas sociais podem direta ou indiretamente estarem relacionados na melhoria da saúde bucal da população. Dados socioeconômicos melhores refletem em melhores condições bucais. A interlocução com a comunidade também deve ser enfatizada, devendo o ACS conhecer as medidas que estes tomam na solução de problemas, orientação no uso do serviço de saúde bucal da

UBS e atuar na promoção e prevenção em saúde bucal conforme critérios de risco.

Apesar dos ACS serem considerados profissionais importantes para a mudança do modelo de atenção em saúde, cabe ressaltar que estes trabalhadores muitas vezes estão submetidos a precárias condições de trabalho, expressas na baixa remuneração, na falta de uma formação técnica adequada e no desvio de suas. Estas situações são reflexo de apesar dos avanços do SUS desde 1988, os municípios ainda encontram dificuldades para implementar os seus pressupostos, devido à falta de recursos para seu pleno financiamento e de indicadores para o processo de trabalho. Desta forma, novas abordagens e construção de novas estratégias assistenciais, vem assumir uma relevância ainda maior na implementação do SUS.

O estabelecimento de atribuições, em saúde bucal no processo de trabalho do ACS foram construídos mediante publicações ministeriais e consenso de um grupo de especialistas na área. A definição de critérios é uma das formas de definir indicadores de desempenho do processo de trabalho do ACS. Ainda, pode servir como base para políticas de educação permanente na atenção básica. Apesar disso, o ACS possui outras atribuições e planejamentos além de saúde bucal no seu processo de trabalho. A aplicação deste estudo exige validação dos seus critérios e novas pesquisas devem ser realizadas.

CONCLUSÃO

Este estudo fornece um modelo teórico lógico com atribuições dos ACS em saúde bucal. A análise deste estudo Delphi demonstra a

capacidade do ACS de realizar atividades além das que realiza no seu processo de trabalho na área de saúde bucal. A necessidade de capacitação dos mesmos, bem como definição de novas metodologias de trabalho buscando a interdisciplinaridade se evidenciam através deste estudo de consenso. O presente estudo pode contribuir no desenvolvimento de indicadores para o processo de trabalho do ACS em saúde bucal.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1886, de 18 de dezembro de 1997. Brasília, 1997
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 2012.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de atenção básica. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 260 p.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília, 2009. 84p.
5. HOLANDA, ALF; BARBOSA, AAA; BRITO, EWG. Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (supl-1):1 507-1512, 2009.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.
7. FRAZÃO, P; MARQUES, D. Influência de Agentes Comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. *Revista de Saúde Pública*; 43(3): 463-71, 2009.

8. JONES, J; HUNTER, D. Consensus methods for medical and health services research, *BMJ* ; 311:376-80, 1995.
9. DEVENISH, G.; POLLARD, C.; KERR, D. The Delphi process for Public Health Policy Development: Five things you need to know. Curtin University, Western Australia. 2012.
10. BALASUBRAMANIAN, D.. Delphi technique – A review. *International Journal of Public Health Dentistry*, 3(2):16-25, 2012.
11. ELIAS, F; PATROCLO, MAA. Utilização de pesquisas: Como construir modelos teóricos para avaliação? *Ciência & Saúde Coletiva*; 10(1):000-000, 2004.
12. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de atenção básica nº17. Brasília, 2006. 92 p.
13. KAPLAN, SA; GARRETT, KE. The use of logic models by community-based initiatives. *Evaluation and Program Planning* 28 2004.
14. WRIGHT, JTC; GIOVINAZZO, RA. Delphi – Uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cadernos de Pesquisa em Administração*, 1(12): 54-55, 2000.
15. FORMSUS – Versão 3.0. DATASUS. Disponível em: <<http://formsus.datasus.gov.br/site/default.php>>. Acesso em: 10 novembro 2013.
16. SOUZA, LEPF; SILVA, LMV; HARTZ, ZMA. Conferência de Consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde bucal. In: HARTZ ZMA, SILVA LMV, organizadoras. *Avaliação em Saúde. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. 1ª Ed. Salvador, BA: EDUFBA, Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz ;65-103, 2000.

17. ASHTON, CM; KUYKENDALL, DH; JOHNSON, ML; CHUAN WUN, C; WRAY, MJ; SLATER, CH; WU, L; BUSH, GRW. A Method of Developing and Weighting Explicit Process of Care Criteria for Quality Assessment. *Med Care*, 32(8):755-770, 1994.
18. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006.
19. KEL, MCG; SHIMIZU, HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(Supl 1): 1533-1541, 2010.
20. MIALHE, FA; LEFRÈVE, F; LEFRÈVE, AMC. O agente comunitário de saúde e suas práticas educativas em saúde bucal: uma avaliação quali quantitativa. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (11): 4425- 4432, 2011.
21. RODRIGUES, AAAO; SANTOS, AM; ASSIS, MMA. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3): 907-915, 2010.
22. NAVARRO, MFL; MODENA, KCS; BRESCIANI, E. Social disparity and oral health. *Brazilian Oral Research*, 26(spec iss 1) 2012.
23. CARNEIRO, CCG; MARTINS, MIC. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do Agente Comunitário de saúde. *Revista Trabalho, educação e saúde*, v. 13 n. 1, p. 45-46, 2015.