

Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre as disfunções temporomandibulares no município de Sobral, Ceará

Knowledge of community health agents on temporomandibular dysfunctions in the city of Sobral, Ceará

*Millane Teles Portela de Oliveira**

*Luiz Genésio Freitas Neto***

*Raul Anderson Domingues Alves da Silva****

*Ana Karine Macedo Teixeira*****

*Mariana Ramalho de Farias******

*Hellíada Vasconcelos Chaves******

Resumo

Objetivo: verificar o conhecimento dos agentes comunitários de saúde (ACS) sobre as disfunções temporomandibulares (DTMs) no município de Sobral, Ceará. Materiais e Método: trata-se de uma pesquisa observacional transversal, quantitativa, realizada entre janeiro e março de 2014. Foram avaliados 158 ACS que responderam um questionário composto por 10 questões sociodemográficas e 16 perguntas relacionadas ao conhecimento sobre DTMs. A análise estatística foi realizada no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.0, por meio dos testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher, com significância de 5%. Resultados: observou-se que 73,4% dos ACS desconhecem as DTMs e 83,5% nunca receberam ensinamento sobre o tema. Dos ACS que tinham recebido ensinamento, 100% identificaram alguma possível causa de DTMs; dos que tinham ensino médio completo, 33,6% identificaram pelo menos um sintoma de DTMs. Conclusão: os ACS com maior grau de instrução e que receberam capacitação prévia são os que mais conhecem e, conseqüentemente, melhor identificam causas e conseqüências das DTMs, orientando o paciente adequadamente. Evidencia-se, portanto, o desconhecimento desses agentes sobre as DTMs, justificando-se a necessidade de realizar capacitações com esses indivíduos, para que tenham um maior conhecimento sobre o assunto e possam orientar corretamente a população.

Palavras-chave: Agentes comunitários de saúde. Conhecimento. Dor orofacial.

<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v24i1.9019>

* Graduada em Odontologia, Universidade Federal do Ceará, *Campus Sobral*, Ceará, Brasil.

** Graduado em Odontologia, Universidade Federal do Ceará, *Campus Sobral*, Ceará, Brasil.

*** Graduado em Odontologia, Universidade Federal do Ceará, *Campus Sobral*, Ceará, Brasil.

**** Doutora em Saúde Coletiva. Professora de Saúde Coletiva e Odontologia Legal do Curso de Graduação em Odontologia e professora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Ceará, Ceará, Brasil.

***** Doutora em Saúde Coletiva. Professora de Saúde Coletiva do Curso de Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Ceará, *Campus Sobral*, Ceará, Brasil.

***** Doutora em Ciências Médicas. Professora de Farmacologia, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial do Curso de Graduação em Odontologia e professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará, *Campus Sobral*, Ceará, Brasil.

Introdução

A dor na região oral ou craniofacial representa um grande problema de saúde pública, uma vez que a dor é a razão número um para a procura de tratamento, sendo um importante indicador de saúde¹. Dor orofacial é um termo que compreende diferentes manifestações de dor na face e na cavidade oral. É uma classificação ampla, incluindo muitas condições altamente prevalentes na população em geral, tais como processos periodontais e pulpares, sinusite, neuralgia do trigêmeo, mialgia dos músculos mastigatórios e dor na articulação temporomandibular (ATM)². Geralmente compromete a qualidade de vida dos pacientes, alterando suas atividades profissionais, afetando suas relações emocionais, sociais e familiares, implicando ainda no aumento dos gastos financeiros para os serviços públicos de saúde, uma vez que envolve fatores biopsicossociais².

Dor nas estruturas articulares e musculares é um dos mais importantes sintomas de pacientes com disfunções temporomandibulares (DTMs) e uma fonte comum de dor orofacial crônica. As DTMs englobam um grupo de condições musculoesqueléticas e neuromusculares envolvendo a ATM, os músculos mastigatórios e todos os tecidos associados³. Cerca de 86% da população ocidental apresenta sinais e sintomas de DTMs ou dor orofacial, podendo ocorrer em qualquer idade, com prevalência em indivíduos com idades entre 13 e 35 anos e incidindo quatro vezes mais em mulheres⁴. No Brasil, foi encontrado pelo menos um sintoma de DTMs em 39,2% da população e relato de dor na ATM em 25,6%, ressaltando sempre uma maior prevalência no sexo feminino⁵. Estudos epidemiológicos estimam que 40% a 75% da população apresentem ao menos um sinal de DTMs, como ruídos na ATM, e 33% pelo menos um sintoma, como dor na face ou na ATM⁶.

No Brasil, sabe-se que há um total de 1.298 especialistas em DTMs e dor orofacial⁷, para uma população estimada de 201.032.714 habitantes⁸, correspondendo a cerca de 1 especialista para 154.879 habitantes. Dessa forma, destaca-se a importância da atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS) junto à população, abrangendo o

cuidado em saúde quanto a DTMs e orientando a população corretamente sobre os possíveis fatores etiológicos, reduzindo, assim, a incidência das DTMs.

Os ACS são profissionais que podem chegar a uma grande variedade de pessoas e que têm uma influência marcante sobre as estratégias de prevenção e promoção da saúde, tendo em vista a sua capacidade de se comunicar com as pessoas e sua liderança natural no trabalho. A visão dos ACS a respeito de si próprios vai além da condição de elo entre a população e os serviços de saúde. Na verdade, eles se consideram a própria voz da comunidade dentro dos serviços⁹. Não existem estudos envolvendo o conhecimento dos ACS com relação às DTMs. Portanto, o objetivo deste trabalho foi verificar o conhecimento dos ACS sobre as DTMs no município de Sobral, Ceará.

Metodologia

O presente artigo apresenta uma pesquisa observacional transversal, de natureza quantitativa, realizada no período entre janeiro e março de 2014 no município de Sobral, Ceará. No período de realização da pesquisa, o município possuía 27 Centros de Saúde da Família (CSFs), distribuídos em 13 distritos (sede e zona rural). A pesquisa tratou-se de um censo que abrangeu os 264 ACS cadastrados nos 14 CSFs da sede do município. Como critérios de exclusão, estabeleceu-se que, após três visitas a cada centro, seriam excluídos aqueles que se encontravam em período de férias, folga ou licença no período de realização da pesquisa, assim como aqueles que faziam parte de uma unidade em que se obteve dificuldade de acesso pela não colaboração da gerência das unidades. Ao todo, a amostra do estudo foi composta por 158 ACS.

A coleta foi realizada no CSF em que cada ACS trabalhava. Os profissionais foram convidados a responderem um questionário anonimamente, sem consultar qualquer colega durante o momento da pesquisa. Didaticamente, o questionário foi dividido em duas partes. A primeira consistiu de 10 questões de caráter sociodemográfico, com características pessoais e profissionais dos participantes da pesquisa, incluindo gênero, idade, local

e tempo de trabalho no CSF, quantidade de visitas por turno, quantidade de famílias assistidas e presença de trabalho interdisciplinar com outros profissionais.

A segunda parte foi composta por um questionário criado pelos autores em conjunto com um especialista na área de DTMs. Composto por 16 perguntas, o questionário tentou avaliar o conhecimento dos sujeitos sobre DTMs. Duas perguntas avaliaram, por meio de autorrelato, se os profissionais possuíam ou não conhecimentos sobre DTMs, assim como a sua participação em capacitação prévia a respeito do tema. Já outras duas perguntas avaliaram se aqueles profissionais haviam sido procurados ou capazes de identificar relatos de casos de DTMs nas suas visitas, assim como se já teriam feito algum tipo de aconselhamento ou encaminhamento desses casos para o CSF.

Ainda, outras perguntas se referiam aos principais fatores etiológicos para o desenvolvimento de DTMs (mascar chiclete, roer unhas, apertar ou ranger os dentes, morder objetos, traumas na face, estresse), assim como as principais consequências das DTMs (cefaleia, otalgia, dor orofacial) e se os profissionais concordavam a respeito disso. Por fim, outras perguntas se referiam à avaliação da importância da área de DTMs para os ACS, assim como sua concepção a respeito do impacto desse conhecimento por sua parte e por outros profissionais na qualidade de vida dos usuários do serviço.

Antes da realização do estudo principal, um teste piloto foi realizado com 5% da amostra total (n=13) em três diferentes CSF da zona rural do município, para avaliar a facilidade de compreensão dos quesitos.

Os dados coletados foram digitados no programa Microsoft Office Excel 2007, e a análise estatística foi realizada no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows, versão 17.0, utilizando estatística descritiva e inferencial, por meio dos testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher, com nível de significância de 5%. Foram investigadas associações entre variáveis dependentes (conhecimento, causas e consequências de DTMs), utilizando-se como critério o ACS que identificou pelo menos uma das causas

e consequências; variáveis independentes socio-demográficas (escolaridade, faixa etária, gênero); e aspectos relacionados ao trabalho (tempo e local de trabalho, tempo de moradia na comunidade em que trabalha).

Todos os ACS que participaram da pesquisa assinaram termos de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa seguiu todos os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, bem como a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú para avaliação, obtendo-se aprovação e emissão de parecer de nº 079/2013, pela comissão científica da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.

Resultados

Obteve-se retorno de 158 ACS, dos quais os questionários foram analisados, correspondendo a 60% dos 264 profissionais cadastrados no município. A amostra foi composta principalmente por mulheres (89,2%), com faixa etária predominante de 30 a 39 anos (42,4%) e de 40 a 49 anos (35,4%), e o grau de escolaridade mais prevalente foi ensino médio completo (81%). A maioria dos participantes trabalhava como ACS há menos de 10 anos (59,5%) e residia na área em que trabalhava também há mais de 10 anos (74,7%). Entre os participantes, 65,8% afirmaram ter recebido motivação para trabalhar como ACS, 91,1% realizavam mais de cinco visitas domiciliares por turno de trabalho e 57% atendiam uma área correspondente a 150-200 famílias. E 75,9% afirmaram trabalhar de forma interdisciplinar com a equipe.

A análise das respostas revelou que 73,4% dos participantes não tinham conhecimento do que são as DTMs e apenas 16,5% receberam ensinamento sobre o assunto (Tabela 1). Dentre as possíveis etiologias enumeradas para DTMs, 84,8% identificaram pelo menos uma causa (mascar chicletes, roer unhas, apertar ou ranger os dentes, morder objetos, traumas na face e estresse).

Tabela 1 – Distribuição das variáveis relacionadas com conhecimento, etiologia e consequências das DTMs pelos ACS, Sobral, Ceará, 2014

Variáveis	Sim		Não	
	n	%	n	%
Conhecimento sobre DTMs	42	26,6	116	73,4
Recebeu capacitação	26	16,5	132	83,5
Conhecimento sobre etiologia de DTMs				
Mascar chiclete	94	59,5	64	40,5
Roer unhas	65	41,1	93	58,9
Apertar ou ranger os dentes	99	62,7	59	37,3
Morder objetos	83	52,5	75	47,5
Traumas na face	106	67,1	52	32,9
Estresse	78	49,4	80	50,6
Conhecimento sobre consequências de DTMs				
Cefaleia	36	22,8	122	77,2
Otalgia	48	30,4	110	69,6
Dor facial	59	37,3	99	62,7
Outros	15	9,5	143	90,5

Fonte: autores.

Foram encontradas associações entre o conhecimento sobre DTMs e os fatores sociodemográficos e de trabalho. Os ACS que possuíam maior conhecimento sobre as DTMs foram aqueles com maior grau de escolaridade, os que receberam

algum tipo de capacitação prévia a respeito do tema, aqueles que identificaram relatos na comunidade e encaminharam os pacientes para o CSF (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição da variável do conhecimento dos ACS sobre DTMs segundo variáveis sociodemográficas e de encaminhamento, Sobral, Ceará, 2014

	Conhecimento sobre DTMs					
	Sim		Não		x ²	p
	n	%	n	%		
Escolaridade						
Ensino fundamental	3	20	12	80	6,2	0,045
Ensino médio	31	24,2	97	75,8		
Ensino superior	8	53,3	7	46,7		
Recebeu capacitação sobre DTMs						
Sim	21	80,8	5	19,2	46,82	0,00
Não	21	15,9	111	84,1		
Capacidade de identificar relatos na comunidade						
Sim	29	32,6	60	67,4	3,762	0,05
Não	13	18,8	56	81,2		
Encaminhamento CSF						
Sim	31	32,3	65	67,7	4,086	0,043
Não	11	17,7	51	82,3		

Fonte: autores.

Também foi observada relação entre o recebimento de capacitação prévia e o conhecimento sobre a etiologia das DTMs, ou seja, todos os ACS

que receberam algum tipo de ensinamento foram capazes de identificar pelo menos uma possível etiologia de DTMs (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição do conhecimento sobre a etiologia das DTMs segundo capacitação prévia, Sobral, Ceará, 2014

	Não identificou		Identificou pelo menos 1 causa		x ²	p
	n	%	n	%		
Recebeu capacitação prévia sobre DTMs						
Sim	0	0	26	100	5,574	0,018
Não	24	18,2	108	81,8		

Fonte: autores.

Dos participantes, 56,3% relataram que alguém na comunidade já se referiu a problemas na ATM e, diante disso, 57% aconselharam ou fizeram algum tipo de encaminhamento. Dentre os encaminhamentos, 60,8% foram realizados para o CSF. No que diz respeito ao encaminhamento para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), apenas 12,6% o realizaram. Quando

questionados a respeito da importância sobre o conhecimento dessa especialidade da odontologia, 94,3% afirmaram que consideram importante e 93% afirmaram que esse conhecimento pode melhorar a qualidade de vida da população.

Com relação às consequências que as DTMs podem gerar, 67,7% dos participantes foram capazes de identificar dois ou mais fatores, como cefaleia, otalgia, dor facial e outros (mialgia e dor durante a mastigação). Foi encontrada associação entre o conhecimento sobre as consequências das DTMs e variáveis sociodemográficas e de trabalho. Os ACS com maior grau de escolaridade, que moram e trabalham há mais tempo na comunidade, identificaram mais sintomas de DTMs por meio dos relatos, encaminhando o paciente de maneira mais adequada (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição do conhecimento sobre as consequências das DTMs segundo variáveis sociais e de encaminhamento, Sobral, Ceará, 2014

Variáveis	Conhecimento sobre consequências das DTMs				x ²	p
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Escolaridade					6,02	0,049
Ensino fundamental	7	46,7	8	53,3		
Ensino médio	43	33,6	85	66,4		
Ensino superior	1	6,7	14	93,3		
Tempo de trabalho					3,84	0,05
0-10 anos	36	38,3	58	61,7		
Mais de 10 anos	15	23,4	49	76,6		
Tempo de moradia					5,67	0,017
0-10 anos	19	47,5	21	52,5		
Mais de 10 anos	32	27,1	86	72,9		
Aconselhamento sobre encaminhamento dos pacientes					9,67	0,002
Sim	20	22,2	70	77,8		
Não	31	45,6	37	54,4		
Encaminhamento CSF					14,66	0,00
Sim	20	20,8	76	79,2		
Não	31	50	31	50		
Encaminhamento CEO					0,450	0,502
Sim	18	12,6	125	87,4		
Não	1	6,7	14	93,3		
Relatos na comunidade					8,96	0,003
Sim	20	22,5	69	77,5		
Não	31	44,9	38	55,1		

Fonte: autores.

Discussão

O ACS é um profissional diferenciado de todos os demais membros da equipe de saúde em razão de sua proximidade cultural com a comunidade e da capacidade de criação do vínculo, o que facilita o processo de promoção em saúde. Entre os temas de saúde que devem ser abordados pelos ACS durante as visitas domiciliares está a saúde bucal. Por isso, o ACS pode, cada vez mais, ser útil na tarefa de preparar ambientes para as atividades diagnósticas e de assistência na saúde bucal¹⁰. Dessa forma, a característica peculiar do ACS de ser o profissional que tem um contato mais direto com os usuários por meio das visitas domiciliares o torna um ótimo meio para promoção em saúde bucal, facilitando e articulando melhor o cuidado da população assistida.

No presente estudo, foi observado que 89,2% dos ACS avaliados eram do gênero feminino, revelando uma preferência feminina pela profissão, o que é corroborado por diversos estudos na literatura¹¹⁻¹⁴. A maioria dos ACS apresentava faixa etária maior ou igual a 30 anos (84,2%). De acordo com o estudo de Peres et al.¹⁵ (2010), a idade variou de 20 a 59 anos, sendo a faixa etária predominante de jovens com idade média de 32,5 anos. Já no estudo de Muller et al.¹³ (2013), as faixas etárias que mais concentraram agentes foram entre 24 e 41 anos de idade (40%), isto é, adultos jovens.

Quanto ao grau de escolaridade, verificou-se que não há uma padronização, uma vez que existiam ACS que possuíam apenas ensino fundamental (4,5%) e outros com nível superior (9,5%); no entanto, a maioria apresentou ensino médio completo (81%). Em sua pesquisa, Muller et al.¹³ (2013) encontraram que todos os agentes comunitários possuíam no mínimo ensino fundamental, tendo a maioria ensino médio completo (68%). Ademais, dois ACS (8%) relataram possuir ensino superior incompleto, demonstrando já uma realidade diferente, devido ao acesso mais facilitado às universidades com programas do governo federal, como o Programa Universidade para Todos (ProUni) e outros. Discutiu-se que quanto maior o grau de escolaridade, mais condições terá o agente de incorporar novos conhecimentos

e orientar as famílias sob sua responsabilidade¹³. Já Peres et al.¹⁵ (2010), observaram que 86,1% dos entrevistados tinham, pelo menos, o ensino médio concluído.

O tempo de trabalho como ACS mais encontrado foi de um a dez anos (59,5%), concordando com o estudo de Muller et al.¹³ (2013), no qual o tempo mínimo no cargo relatado pelos ACS foi de um a nove anos (56%), sendo que o tempo de permanência na atividade é importante para o entendimento do papel do agente, que é construído nas suas práticas cotidianas e na integração com a comunidade. Já em relação ao tempo de moradia da comunidade, a maioria (74,7%) relatou que reside há, no mínimo, 10 anos. De acordo com Peres et al.¹⁵ (2010), o tempo de moradia no bairro teve uma variação de 1 a 43 anos, com média de 13,8 anos. No presente estudo, percebeu-se que os ACS com um maior grau de escolaridade, que moravam e trabalhavam há mais tempo na comunidade, identificaram mais sintomas de DTMs por meio dos relatos da comunidade, encaminhando o paciente para atendimento de maneira mais adequada. Isso pode estar relacionado com a capacidade de busca ativa de agravos desses profissionais no território em que atuam e na criação de vínculo com o usuário, o que facilita na identificação dos casos e em seu correto encaminhamento para o serviço.

A motivação para trabalhar como ACS foi relatada por 65,8% dos questionados. Os 34,2% que não receberam motivação relataram que a escolha pela profissão ocorreu ao acaso ou apenas pela oportunidade de trabalho. Estudos mostram que a maioria dos entrevistados se inseriu na profissão de forma não planejada¹⁵⁻¹⁸. Os motivos para a escolha da profissão estiveram mais relacionados à necessidade de trabalho do que à própria vontade¹⁵⁻¹⁸.

A visita domiciliar é o instrumento essencial para a educação em saúde, pois a troca de informações se dá no contexto de vida do indivíduo e de sua família¹³. As orientações se diferenciam, porque cada casa apresenta uma realidade, e esta é a base da troca de informações e suas problematizações. Nessas ocasiões, o agente tem a oportunidade de identificar problemas, orientar os usuários, exercendo parte de sua função, e

orientar a equipe profissional a respeito dos principais problemas encontrados no território, para que seja feita a programação de ações¹³. Dos ACS avaliados, 91,1% realizavam mais de 5 visitas domiciliares por turno de trabalho.

Entretanto, na realidade estudada, ainda não existe um protocolo a ser seguido pelos ACS que sirva para identificação de agravos em saúde bucal, ficando a busca ativa desses agravos, como as DTMs, resumida apenas aos relatos dos próprios usuários, que na maioria das vezes só procuram o serviço quando estão com sintomatologia dolorosa, ou a própria rotina dos profissionais de saúde bucal, quando realizam suas visitas domiciliares. Isso denota uma necessidade de que haja uma maior interação entre o ACS e os profissionais da Equipe de Saúde Bucal, de forma que haja uma atuação mais interdisciplinar.

Apesar disso, a interdisciplinaridade no ambiente de trabalho foi relatada por 75,9% dos ACS. Embora os profissionais tenham afirmado que existe trabalho interdisciplinar em suas Equipes de Saúde da Família, o desconhecimento da maioria sobre DTMs pode revelar que até mesmo os dentistas desconhecem o assunto. Sendo assim, é imprescindível que os próprios profissionais da saúde bucal passem por constantes processos de educação permanente, para que sejam capazes de atuar sobre temas pouco trabalhados na odontologia, como é o caso das DTMs, além de serem capazes de capacitar outros profissionais da equipe. A presença de cirurgiões-dentistas nos CSFs pode trazer maior segurança ao trabalho dos ACS, bastando, para isso, que o conceito de interdisciplinaridade conduza o processo de trabalho da equipe¹⁹.

Vale salientar, ainda, que é importante que os cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde da Família se dediquem na realização de capacitações com os ACS em saúde bucal, para que possam realizar ações de promoção em saúde bucal para a população²⁰. Dessa forma, após serem capacitados pela própria Equipe de Saúde Bucal, os ACS se tornariam mais capazes de atuar na busca dos agravos em saúde bucal e realizar os devidos aconselhamentos e encaminhamentos para o serviço, de forma mais correta e rápida para o usuário. Além disso, os ACS reconhecem o quão

imprescindível é o trabalho em equipe, sendo mais nítido em seus discursos um maior enfoque em situações genéricas que envolvem toda a equipe, do que para questões com enfoque individual a determinado membro da equipe¹⁷.

Um estudo que analisou a prática de saúde bucal no CSF reconheceu no ACS um dos sujeitos de grande destaque em saúde bucal no município. A qualidade das ações desenvolvidas na rotina dos ACS é definida por sua capacidade de interação com a comunidade, principalmente no que diz respeito a prevenção de agravos e promoção de saúde, e isso sugere a necessidade de aproximação da Equipe de Saúde Bucal com esses profissionais, para que os conhecimentos em saúde bucal sejam melhor difundidos para a população¹⁸. Na visão de gestores e prestadores de serviços de saúde, o ACS tem como tarefa central o simples repasse de notícias informais sobre a saúde da população que visita e, na opinião de muitos usuários desses serviços, cabe-lhe, principalmente, facilitar o acesso⁹. Entretanto, segundo Pires et al.¹⁰ (2007), o ACS pode contribuir de forma significativa para a melhoria das condições de saúde bucal da população, e, em sua pesquisa, 96,15% dos participantes não tiveram capacitação formal progressiva nos saberes sobre saúde bucal. No que concerne às DTMs, a literatura ainda é incipiente em estudos com o enfoque no conhecimento dos ACS nessa área.

No presente estudo, 84,8% dos ACS consideraram pelo menos um hábito parafuncional como fator etiológico de DTMs. Hábitos parafuncionais estão muito relacionados às causas e às consequências de DTMs²¹. Os hábitos parafuncionais são considerados um fator de alto risco para o desenvolvimento de DTMs, sendo mais prevalentes em mulheres²². Bove et al.⁴ (2005), em seu estudo, encontraram que, além de 82% dos pacientes terem relatado um lado preferencial para mastigar, os outros hábitos orais foram incluídos como categorias de parafunção da mastigação, vinculados às DTMs.

Os fatores psicossociais ou psicocomportamentais, como a ansiedade e o estresse, são considerados atualmente como importantes fatores etiológicos das DTMs^{2,23,24}. Por ser cada vez mais frequente o aparecimento de pacientes portadores de DTMs na clínica diária, torna-se necessá-

rio o conhecimento do profissional sobre o tema e suas implicações, propiciando um manejo apropriado desses indivíduos por meio de uma visão holística e interdiciplinar²⁵.

Dos ACS questionados, 37,3% acreditavam ser a dor facial o sintoma mais prevalente das DTMs. No entanto, um estudo desenvolvido por Silveira et al.²⁶ (2007) demonstrou que o sintoma de DTMs mais relatado pelos pacientes foi a cefaleia, pois 34,39% dos indivíduos a sentiam com frequência, e 33,48% somente às vezes. No presente estudo, apenas 22,8% acreditavam ser a cefaleia o sintoma mais prevalente. Já Bove et al.⁴ (2005) encontraram que, considerando a percepção dos sintomas físicos, a maioria dos pacientes referiu dores de cabeça (84%) como o sintoma mais comum de DTMs. Os outros sintomas mais frequentes relatados pelos pacientes com DTMs são dores na face, em articulação e/ou músculos mastigatórios⁴.

A identificação de determinados fatores etiológicos das DTMs por parte dos ACS, mesmo com o baixo conhecimento sobre o assunto, serve para destacar mais ainda a capacidade dessa categoria profissional em identificar sinais e sintomas de determinados agravos, além de evidenciar a necessidade de maior conhecimento sobre o tema. Ainda assim, para que haja conhecimento, é preciso que haja capacitação. A literatura evidencia uma necessidade de melhor capacitação para preparo de ações, de forma que seja garantida uma maior formação profissional para o ACS, melhorando a execução de suas atividades²⁰.

Além disso, os próprios ACS reconhecem a sua importância na promoção de saúde junto à população, entretanto, mesmo buscando formas alternativas, aspiram novas oportunidades de qualificação e requalificação, para que possam superar certos limites expressos em seus discursos²⁷. Dessa forma, o presente estudo observou que os ACS com maior grau de escolaridade e que receberam algum tipo de capacitação prévia sobre DTMs foram também os que conseguiram melhor identificar problemas relacionados, por meio de relatos pela comunidade, orientando adequadamente esses pacientes e encaminhando-os ao CSF. Assim, fica claro que o ACS realiza um melhor encaminhamento quando conhece o tema,

principalmente quando tem recebido ensinamento prévio.

Também foi observada relação entre o recebimento de capacitação prévia e o conhecimento sobre a etiologia das DTMs, ou seja, todos os ACS que receberam algum tipo de ensinamento foram capazes de identificar pelo menos uma possível etiologia das DTMs. No entanto, não há estudos que mostrem relação de fatores causais e consequências das DTMs aliadas a encaminhamentos propostos pelos ACS frente a situações presenciadas na comunidade, assim como também não existem outros estudos que avaliem o conhecimento dos ACS sobre DTMs, impossibilitando comparações deste estudo com outros realizados previamente.

Dentre as principais limitações deste estudo, destacamos a dificuldade de discutir os achados com a literatura, devido à falta de abordagem do tema. Destacamos ainda a impossibilidade de certas inferências dos dados da pesquisa, já que eles condizem apenas com a realidade do município estudado, não sendo, necessariamente, a mesma em outros lugares. Além disso, o desenho transversal utilizado não permite uma identificação direta sobre o conhecimento do ACS sobre DTMs e o impacto na saúde de seus usuários adscritos, assim como não é capaz de considerar as diferenças de cada CSF e sua influência na forma de trabalho dos ACS.

Outra limitação foi quanto à participação dos profissionais na pesquisa, que obteve pouco retorno. Dentre os principais motivos pelos quais os ACS não responderam ao questionário, destacam-se: a recusa associada à grande demanda de serviços a serem prestados por esses profissionais e à falta de tempo para responder o questionário; a grande quantidade de profissionais em período de férias ou licença no período de realização da pesquisa; e a recusa por desinteresse em participar da pesquisa. Ainda assim, saber o nível de conhecimento sobre DTMs dos ACS e associá-lo com suas variáveis sociodemográficas servem para um melhor entendimento da atual realidade sobre o assunto, geram conhecimento para melhores planejamento e realização de atividades de promoção da saúde bucal acerca do tema, além de permitir o desenvolvimento de novos estudos com delineamentos mais complexos.

Conclusão

No presente trabalho, evidenciou-se que a maioria dos ACS desconhece o tema DTMs, embora aqueles que tenham um grau de escolaridade maior e que tenham recebido alguma capacitação prévia tenham conseguido identificar algum fator causal e mais de uma consequência relacionada às DTMs, assim como saber proceder ao adequado encaminhamento desses casos. Dessa forma, fica clara a necessidade de realização de capacitação com os ACS, para que possam desenvolver ações melhores e vir a identificar situações junto à comunidade, encaminhando os pacientes para o serviço apropriado e, conseqüentemente, possibilitando o tratamento adequado e uma melhor qualidade de vida da população.

Abstract

Aim: the aim of the article is to verify the knowledge of the CHW on Temporomandibular Dysfunction (TMD) in the city of Sobral, Ceará. **Materials and Methods:** the present study is a cross-sectional, observational, quantitative study conducted between January and March 2014. We evaluated 158 CHW who answered a questionnaire composed of 10 questions about sociodemographic characteristics, and 16 questions related to their knowledge about TMD. Statistical analysis was performed in the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 17.0, using chi-square tests and Fisher's exact test, with significance of 5%. **Results:** it was observed that 73.4% of CHW were unaware of TMD and that 83.5% never received any teaching on the subject. Among the CHW who had received instruction, 100% identified some possible causes of TMD, and 33.6% identified at least one symptom of the disease. **Conclusion:** therefore, the more educated CHWs who received prior training are the ones who know the most and, consequently, better identify the causes and consequences of TMD by orienting the patient appropriately. Therefore, it is evident that the CHW does not know about the TMD, justifying the need to carry out training workshops with the CHW, so that they have a better knowledge about TMD and can guide the population correctly.

Keywords: Community health workers. Knowledge. Facial pain.

Referências

1. Hargreaves KM. Review orofacial pain. *Pain* 2011; 152:25-32.
2. Conti PCR, Pinto-Fiamengui LMS, Cunha CO, Conti ACCF. Orofacial pain and temporomandibular disorders – the impact on oral health and quality of life. *Braz Oral Res* 2012; 26:120-3.
3. Greene CS, Klasser GD, Epstein JB. Revision of the American Association of Dental Research's Science Information Statement about Temporomandibular Disorders. *J Can Dent Assoc* 2010; 76:115.
4. Bove SRK, Guimarães AS, Smith RL. Caracterização dos pacientes de um ambulatório de disfunção temporomandibular e dor orofacial. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(5):686-91.
5. Gonçalves DA, Dal Fabbro AL, Campos JA, Bigal ME, Speciali JG. Symptoms of temporomandibular disorders in the population: an epidemiological study. *J Orofac Pain* 2010; 24(3):270-8.
6. De Leeuw R. Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. 4. ed. São Paulo: Quintessence; 2010.
7. Conselho Federal de Odontologia. Quantidade Geral de Cirurgiões-Dentistas Especialistas. [Acesso em 19 dez. 2018]. Disponível em URL: <http://cfo.org.br/website/estatisticas/quantidade-geral-de-cirurgioes-dentistas-especialistas/>.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
9. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(6):1304-13.
10. Pires RON, Lopes Neto F, Lopes JB, Bueno SMV. O conhecimento dos agentes comunitários sobre saúde bucal: uma perspectiva sobre deficiências em educação e saúde no PSF. *Cienc Cuid Saúde* 2007; 6(3):325-34.
11. Coelho IJS, Machado MMT. Conhecimentos e atitudes dos agentes comunitários de saúde na promoção do aleitamento materno. *Rev Pediatr* 2004; 4(2):19-25.
12. Moura MS, Carvalho CJ, Amorim JTC, Marques MFS, Moura LFAD, Mendes RF. Perfil e práticas de saúde bucal do agente comunitário de saúde em municípios piauienses e pequeno porte. *Cienc Saúde Coletiva* 2010; 15(1):1487-95.
13. Muller PA, Sehnem L, Assunção AN. A qualificação dos agentes comunitários de saúde: uma abordagem a três municípios do Vale do Rio Pardo. *Revista Jovens Pesquisadores* 2013; 3(1):169-78.
14. Scorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCMS. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a Atenção Básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21(2):164-76.
15. Peres CRFB, Caldas Junior AL, Silva RF, Marin MJS. Ser agente comunitário de saúde: motivação e significado. *Rev Min Enferm* 2010; 14(4):559-65.
16. Bachilli RG, Scavassa AJ, Spiri SC. A identidade do Agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Cienc Saúde Coletiva* 2008; 13(1):51-60.
17. Haikal DS, Pereira CB, Silva EC, Martins AMEBL, Ferreira EF, Santa-Rosa TTA. A influência do trabalho no cotidiano de agentes comunitários de saúde: uma abordagem qualitativa. *Unimontes Científica* 2011; 13(1):2.
18. Santos AM. Organização das ações em saúde bucal na estratégia de saúde da família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. *Revista APS* 2006; 9(2):190-200.

19. Frazão P, Marques DSC. Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre o conhecimento de saúde bucal. *Cienc Saúde Coletiva* 2006; 11(1):131-44.
20. Nóbrega WFS, Silva GCB, Oliveira AMG, Barbosa DV, Soares RSC, Cavalcanti AL. O agente comunitário de saúde como multiplicador de conhecimentos em saúde bucal: uma revisão sistematizada da literatura. *Arch Health Invest* 2017; 6(10):468-72.
21. Manfredini D, Lobbezoo F. Relationship between bruxism and temporomandibular disorders: a systematic review of literature from 1998 to 2008. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2010; 109:26-50.
22. Fragoso YD, Alves HHC, Garcia SO, Finkelsztejn A. Prevalence of parafunctional habits and temporomandibular dysfunction symptoms in patients attending a tertiary headache clinic. *Arq Neuro Psiquiatr* 2010; 68(3).
23. Coronatto EAS, Zuccoloto MCC, Bataglion C, Bitondi MBM. Associação entre disfunção temporomandibular e ansiedade: estudo epidemiológico em pacientes edêntulos. *J Dent* 2009; 8(1):6-10.
24. Toledo BAS, Capote TSO, Campos JADB. Associação entre disfunção temporomandibular e depressão. *Cienc Odontol Bras* 2008; 11(4):75-9.
25. Sartoretto SC, Bello YD, Bona AD. Evidências científicas para o diagnóstico e tratamento da DTM e a relação com a oclusão e a ortodontia. *RFO* 2012; 17(3):352-9.
26. Silveira AM, Feltrin PP, Zanetti RV, Mautoni MC. Prevalência de portadores de DTM em pacientes avaliados no setor de Otorrinolaringologia. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia* 2007; 73(4).
27. Koyashiki GAK, Alves-Souza RA, Garanhani ML. O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidades de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13(4):1343-54.

Endereço para correspondência:

Raul Anderson Domingues Alves da Silva
Programa de Pós-Graduação em Odontologia da
FFOE-UFC
Rua Monsenhor Furtado, 1273, Rodolfo Teófilo
CEP 60430-355 – Fortaleza, CE, Brasil
Telefones: (55) (85) 33668232; (88) 999465378
E-mail: raulanderson_alves@hotmail.com

Recebido: 04/01/19. Aceito: 30/04/19.