



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Monografia de Final de Curso

Aluno(a): **CAROLINA DE OLIVEIRA**



Ano de Conclusão do Curso: 2003

TCC 055



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**



CAROLINA DE OLIVEIRA

**METODOLOGIA PARA A FORMAÇÃO DO
AGENTE DE SAÚDE BUCAL**

Monografia apresentada à
Faculdade de Odontologia de
Piracicaba, da Universidade
Estadual de Campinas, como
requisito para obtenção do
título de Cirurgiã Dentista

**PIRACICABA
2003**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**



CAROLINA DE OLIVEIRA

**METODOLOGIA PARA A FORMAÇÃO DO
AGENTE DE SAÚDE BUCAL**

Monografia apresentada à
Faculdade de Odontologia de
Piracicaba, da Universidade
Estadual de Campinas, como
requisito para obtenção do
título de Cirurgiã Dentista

Orientador: Prof. Dr. Miguel Morano Jr.

**PIRACICABA
2003**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente à Deus, que em TUDO me faz triunfar!

Dedico este trabalho aos meus familiares, que proporcionaram carinho, atenção, sustento e incentivo nesta jornada de muitos anos que chegou ao fim!

À minha mãe, pelas economias feitas...

Ao meu pai, pelas madrugadas das segunda-feiras...

À minha irmã Tatiana – é Tati, agora é a sua vez!!!

À minha irmã Juliana – Ju, estude bastante

À minha avó Djanira e ao meu avô Francisco pelo apoio e incentivo

À minha avó Odalice pelas orações e apoio

E aos outros parentes que se importaram e se orgulharam de mim.

Dedico este trabalho às pessoas que permaneceram amigos por todos estes quatro anos de faculdade.

Dedico este trabalho aos amigos feitos na FOP, que a lição maior não seja esquecida!

AGRADECIMENTO

Ao Professor Dr. Miguel Morano Jr. pela orientação no delineamento desse trabalho.

SUMÁRIO

Introdução.....	01
Histórico.....	03
Objetivo.....	06
Apresentação dos temas	08
• Anatomia da cavidade bucal	08
• Cárie e dieta	10
• Flúor	12
• Doença periodontal	14
• Urgências em Odontologia	15
• Dor de dente	15
• Traumatismo dental	16
• Câncer bucal	17
• Tabagismo	18
• Alcoolismo	20
• Agentes biológicos	20
• Deficiência nutricional	20
• Radiações	21
• Fatores ocupacionais	21
• Idade acima de 40 anos	21
• Gênero masculino	21
• Lesões precursoras	22
• Lesões malignas	22
• Auto-exame	22
• Como fazer o auto-exame?	23
• Saúde Bucal	24
• Higienização bucal	25
DISCUSSÃO	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

INTRODUÇÃO

Concentua-se Saúde Bucal, como parte integrante e inseparável da Saúde Geral do indivíduo, diretamente relacionada às condições de alimentação, trabalho, meio ambiente, liberdade, acesso e posse de terra, acessos aos serviços de saúde e informação (**II Conferência de Saúde Bucal, 1993**)

É notório que Saúde Bucal, sendo um componente indissociável da Saúde Geral (que deve ser vista como responsabilidade social e direito a ser conquistado e das próprias condições de vida de cada população), não poderá ser alcançada de maneira isolada, sem a compreensão e enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, sendo necessário mudar essa situação através de ações específicas com abrangência suficiente para encontrar soluções para os muitos problemas existentes. (**Santos et al, 1997**).

Isso requer o desenvolvimento de um enfoque participativo e comunitário da odontologia, um enfoque baseado na crença de que o poder fundamental de transformar a realidade, que dá origem às moléstias bucais, está enraizado na vida, nas instituições e na cultura das pessoas comuns. (**Santos et al, 1997**).

Cabe ao CD criar meios de abordar a população de forma a abranger uma comunidade específica e criar vínculos com ela. O objetivo é ensinar a população a ter Saúde Bucal. O CD pode agir diretamente sobre a Saúde Bucal de um paciente especificamente, ou atuar de forma multiplicadora, capacitando agentes que, através do diálogo com a comunidade, transmita informações e conhecimentos.

A formação do Agente Comunitário de Saúde Bucal é importante para a saúde da comunidade. Um exemplo de sucesso de atuação é a queda dos índices da doença cárie e doença periodontal. Essa realidade só pode ser mudada mediante esforços de grupos de pessoas.

Cabe aos CD e demais profissionais da classe odontológica atuarem como educadores e, com o auxílio do governo e de toda a comunidade, mostrar à população a importância da Saúde Bucal e de todo o nosso corpo.

O Agente de Saúde Bucal é o personagem mais capaz de quebrar barreiras interpostas entre os educadores e a população. Os ASB têm influências sobre a população por ter acesso a espaços sociais, como creches, escolas, instituições filantrópicas e Unidades Básicas de Saúde. Muitas vezes o Agente está representado na escola e na comunidade e deve realizar ações básicas de Saúde Bucal de acordo com seus níveis de competência, além de promover atividades de prevenção em Saúde Bucal individual ou coletiva.

E uma pergunta surge: o que o Agente de Saúde Bucal precisa saber para detectar problemas e promover a Saúde Bucal, visando sempre às necessidades da população?

O intuito desta monografia é responder esta pergunta de forma prática, abordando temas relacionados à Saúde Bucal.

Atualmente existem cursos para a capacitação do Agente de Saúde Bucal. Esses cursos são apostilados e serão referências para o presente trabalho, assim como textos científicos e textos elaborados pelo Ministério da Saúde.

HISTÓRICO

A criação do Agente Comunitário de Saúde não teve como intuito inicial abranger Saúde Bucal. Foi uma iniciativa de entidades de Saúde Geral que visavam promover atendimentos aos problemas de saúde da população.

Em 1979, com apoio do Unicef, 400 Agentes Comunitários de Saúde começaram a atuar no Maranhão e, em 1987, o programa foi implantado no Ceará, sendo a primeira iniciativa de implantação em nível estadual, realizada pelo Governo Federal. O trabalho ganha notoriedade em 1991, quando o Ceará obtém o Prêmio Maurice Pape, do Unicef, por ter reduzido em 32% o índice de mortalidade infantil (**Secretários de Saúde, 1998**).

Em São Paulo, experiências pioneiras da inserção do Agente Comunitário de Saúde ocorreram em São José dos Campos desde 1979 e na Região do Vale do Ribeira a partir de 1981, em decorrência da implantação de programas dentro dos princípios da Atenção Primária à Saúde (**Silva, 2001**).

Em 1986, foi decidido que o novo Sistema Nacional de Saúde, em sua política de recursos humanos, deveria reger-se pela “incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários” (**MS, 1986**).

O Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS – foi formulado inicialmente, como uma proposta de extensão de cobertura dos serviços de saúde, introduzindo nas práticas de saúde um enfoque na família, e não no indivíduo, bem

como uma visão de intervenção em saúde, que busca atuar de forma integrada com a comunidade, numa abordagem menos reducionista de saúde, não centrada unicamente na figura do médico (**VIANA e DAL OZ, 1998**).

O Agente Comunitário de Saúde surge com a finalidade inicial de prevenir e intervir no curso de doenças de ordem social, como diarreias, cólera e desnutrição, nas regiões mais pobres do País. O Programa Agente Comunitário de Saúde visa capacitar o agente a executar trabalhos que fortaleça o elo entre o serviço de saúde e a comunidade, sendo o “trabalho” do Agente integrado com a equipe da Unidade de Saúde a que estiver vinculado, ampliar o acesso à informação sobre saúde e cooperar com a organização comunitária no trato com os problemas de saúde (**MS – nov/1993**).

O Agente Comunitário de Saúde participa do Sistema Único de Saúde, funcionando como braço deste para com a comunidade. O Sistema Único de Saúde começa a se consolidar, e em 1993 foi idealizado o Programa Saúde da Família – PSF, cuja expansão efetiva ocorreria a partir de 1995 (**SILVA, 2001**).

A partir de então, o Programa Agente Comunitário de Saúde e o Programa Saúde da Família configuram-se como pontos estratégicos na política de saúde do Governo Federal, sendo que o PACS pode ser implantado tanto pelo PSF quanto pela UBS.

A partir de 1996, como Política do Governo de Estado, operacionalizada no município de São Paulo, foi criado o Projeto Qualidade Integral à Saúde – Qualis, onde o PACS surge vinculado ao PSF.

Em dezembro de 2000, o Ministério da Saúde estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à Saúde Bucal prestada nos municípios

por meio do Programa de Saúde da Família, a fim de ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal e de melhorar os índices epidemiológicos da Saúde Bucal da população. Define que “o trabalho das equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família estará voltado para a reorganização do modelo de atenção e para a ampliação do acesso às ações de saúde, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias”

A profissão do Agente Comunitário de Saúde foi regulamentada por meio de lei em julho de 2002 (**DOU, 11/07/2002**), que estabelece que o exercício da profissão se dará exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde, caracterizando-se “...pelo exercício das atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste”.

Como pré-requisitos para o exercício da profissão, esta lei estabelece: “I – residir na área da comunidade em que atuar; II – haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde; III – haver concluído o ensino fundamental” (**DOU, 2002**)

A partir da incorporação da equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família, os Agentes Comunitários de Saúde têm recebido orientações a respeito de Educação em Saúde Bucal. Foi desenvolvido programas de capacitação dos Agentes para atuarem junto ao dentista, sempre com a intenção de diminuir os índices de doença cárie e doença periodontal, além de prevenir outras doenças, como câncer bucal, fluorese, má oclusão entre outras. Além disso, o Agente Comunitário de Saúde deve ser capaz de orientar sobre higiene dental.

OBJETIVO

A prevenção deve ser a principal meta da equipe de Saúde Bucal nos procedimentos coletivos e o paciente deve ser educado para desenvolver tarefas que lhe cabem na prevenção. Portanto, o papel mais importante das equipes de Saúde Bucal e dos Agente de Saúde Bucal é o de educador.

Cabe ao serviço de Saúde do SUS implementar medidas preventivas em uma coletividade, entre as quais estão:

- fluoretação das águas de abastecimento público, com controle regular dessa fluoretação por parte dos órgãos públicos estaduais e municipais;
- procedimentos coletivos, que devem ser realizados pelas unidades de Saúde em escolas e creches, espaços sociais, locais de trabalho, etc. que têm como objetivo um conjunto de medidas para promover a melhora da Saúde Bucal;
- exames epidemiológicos;
- educação em higiene bucal e dieta, motivando a escovação dental e controle do consumo de alimentos cariogênicos;
- educação em higiene bucal e dieta, motivando a escovação dental e controle do consumo de alimentos cariogênicos;
- terapêutica com flúor;
- exame clínico para encaminhamento para tratamento na UBS.

O sistema de prevenção individual visa motivar o paciente para ser responsável pela sua saúde e as ações propostas são:

- higiene bucal após as refeições para remoção de resíduos alimentares, com o uso de escova, pasta e fio dental;
- dieta alimentar saudável, com o uso controlado do açúcar, e maior ingestão de frutas, verduras e legumes;
- atenção às lesões e manchas – para qualquer lesão ou mancha que não cicatrize em 1 semana, o paciente deve ir à UBS, para ser examinado pelo dentista;
- auto-exame – pelo menos duas vezes ao ano, todo indivíduo deve se auto-examinar: levantar a língua, observar embaixo e nas laterais dela, examinar o assoalho da boca, o palato e a bochecha. A qualquer sinal de anormalidade, deve procurar o dentista rapidamente.

Além das atividades de promoção e prevenção em Saúde Bucal e procedimentos coletivos, a unidade de saúde deve oferecer tratamento odontológico à população e garantir o atendimento das urgências odontológicas, resolvendo as necessidades dos usuários.

APRESENTAÇÃO DOS TEMAS

✓ Anatomia da Cavidade Bucal

É na boca que a digestão se inicia. Os dentes trituram o alimento, dividindo-o em partes que são umedecidas pela saliva. A língua auxilia na formação do bolo alimentar, empurrando-o para o estômago. A boca é uma cavidade formada pelos lábios, língua, glândulas salivares, bochechas, dentes, gengivas, músculos e ossos. Cada uma dessas estruturas têm sua função principal.

A saliva é produzida pelas glândulas salivares e, além de auxiliar no processo digestivo, protege os dentes, removendo restos alimentares de sua superfície (Guyton, 1997).

Os dentes começam a erupcionar na cavidade bucal a partir do sexto mês de vida. Por volta do 29º mês os últimos dentes decíduos irrompem na cavidade e a primeira dentição estará completa. A partir do sexto ano de vida a segunda dentição começa a erupcionar, quando nasce o primeiro molar permanente. Por volta dos 13 anos, a dentição permanente estará quase completa, sendo que os terceiros-molares (ou dentes do siso) serão os últimos a erupcionarem.

Os dentes decíduos quando cariados ou perdidos antes do tempo normal, podem causar problemas na dentição permanente por não preservarem o espaço para os dentes permanentes erupcionarem. Além disso, a perda precoce desses dentes diminui a capacidade mastigatória, dificulta a fala, além de causar danos

psicológicos nas crianças. Por isso, é muito importante manter os dentes decíduos na boca, mesmo sabendo que eles serão substituídos (**Issao & Pinto, 1988**).

Os dentes têm tamanho e formato variados. Cada grupo de dentes exerce uma função diferente na mastigação: Os incisivos cortam, os caninos rasgam, os pré-molares amassam, os molares trituram (**Della Serra & Ferreira, 1976**).

A coroa é a parte do dente que vemos quando sorrimos e participa ativamente da mastigação. A raiz fica abaixo da gengiva, fixa o dente no osso e transmite para o osso todas as forças que agem sobre a coroa. Um dente pode apresentar de uma a três raízes (**Figun e Garino, 1989**).

A coroa é formada externamente pelo esmalte dental, que é a estrutura mais dura do nosso corpo e tem a superfície lisa e brilhante. A dentina é envolvida pelo esmalte na porção da coroa e pelo cemento na porção da raiz. É sensível a calor, frio, ácidos e traumatismos. É a maior camada do dente. A polpa é o único tecido mole do dente, ricamente inervada e vascularizada, isto é, possui em seu interior nervos e vasos sanguíneos. A polpa é dividida em duas partes: uma localizada no interior da coroa do dente e que reproduz sua forma exterior e seus prolongamentos que é a polpa radicular, ou seja, preenche o canal radicular. O cemento cobre a dentina da raiz, protege os tecidos de sustentação do dente e garante seu posicionamento correto na mordida. O ligamento periodontal liga o cemento ao osso alveolar e funciona como amortecedor de forças.

✓ A Cárie e a Dieta

A cárie é uma doença infecto-contagiosa e necessita de quatro fatores para sua instalação: deve haver depósito de **placa bacteriana** na superfície dos dentes (um biofilme composto de fluidos bucais e microrganismos), o **substrato** (carboidratos, açúcares), o **hospedeiro** (indivíduo) e o **tempo** (frequência de consumo dos alimentos). Se escovamos os dentes, retiramos a placa bacteriana, que é o fator fundamental para a prevenção da cárie e também de doenças periodontais. A placa bacteriana é prejudicial aos dentes pois as bactérias se utilizam do substrato para se multiplicarem e como metabólitos formam ácidos que causam a desmineralização dos tecidos dentais. Se há o desequilíbrio desses quatro fatores, o aparecimento da doença vai ser favorecido. O primeiro sinal de cárie ativa é uma mancha branca sobre os dentes. Com o passar do tempo, se a placa não é removida adequadamente da superfície dental, a desmineralização do esmalte vai se ampliando, vai atingindo a dentina e o dente vai começar a doer. Uma vez que a cárie atinge a polpa, uma dor muito forte é sentida. Nesse caso, para acabar com a dor, é necessário tratar os canais do dente atingido, pois não há medicamentos que minimizem esse desconforto.

Portanto, quanto menos tempo a placa bacteriana permanece sobre o dente, menor a chance da doença se instalar. Não devemos deixar que a placa se instale! Para isso, uma higienização regular da boca deve ser realizada. Após cada refeição deve ser feita a escovação dos dentes com uso de escova dental, creme dental (dentífrico) fluoretado, fio dental e bochecho. O uso do fio dental remove a placa presente entre os dentes, onde a escova dental não alcança. Além disso,

antes de dormir é preciso estar atento, pois durante o sono a salivagem diminui e a ação de limpeza que ela promove também vai estar diminuída.

O fator substrato também pode ser controlado. Uma dieta balanceada pode ajudar a prevenir a doença cárie. Além de atuar prevenindo a doença cárie, consumir frutas, verduras, legumes e carnes auxilia no bem-estar do organismo, mantendo-o saudável. O consumo exagerado de açúcares favorece o acúmulo de placa bacteriana e o aparecimento de cáries. O açúcar refinado (sacarose) é mais cariogênico do que os açúcares presentes nos alimentos naturais e se adere com maior facilidade na superfície dos dentes. Alimentos pastosos, quando comparados aos alimentos líquidos também apresentam uma aderência maior, e devem ser evitados.

É difícil proibir doces e alimentos cariogênicos para as crianças. Ao invés de proibir, deve oferecer-se em horários próximos às refeições principais. Quanto maior o tempo em que os restos de alimentos estiverem em contato com os dentes, maiores serão os danos causados. O tempo de permanência desses alimentos na saliva é mais agressivo do que a quantidade ingerida.

Alimentos ricos em cálcio, como leite, iogurtes e queijos, frutas frescas e vegetais, que contêm vitaminas A e C, garantem gengivas e dentes saudáveis.

Alimentos ricos em fibras e nutrientes são mais saudáveis e protegem os dentes e a gengiva.

Alimentos duros e crus, além de conterem vitaminas importantes, contribuem para a autolimpeza dos dentes, aumentando a salivagem e diminuindo a acidez da boca, mas não substituem a escovação.

Queijo e outros derivados do leite contêm cálcio e fósforo e ajudam a fortalecer os dentes e dificultam a aderência das bactérias em suas superfícies.

Goma de mascar sem açúcar não provocam cáries e aumentam a produção de saliva que protege os dentes.

Devemos diminuir o consumo de frutas secas e comidas pegajosas que se alojam entre os dentes.

Medicamentos como pastilhas para tosse, laxantes, antiácidos, antibióticos pediátricos, tônicos e medicamentos homeopáticos (apresentação em glóbulos) podem conter açúcar e podem causar cáries quando ingeridos com frequência.

Medicamentos como remédios para o estômago, sedativos, antialérgicos e reguladores de pressão arterial podem diminuir o fluxo salivar.

Gorduras e proteínas não são cariogênicos, mas podem causar outros males à saúde.

Biscoitos, bolos, pães, arroz, batatas, farináceos, ketchup, refrigerantes (mesmo que contenham outros adoçantes, que não o açúcar de cana), são prejudiciais pela acidez que provoca, o que favorece o aumento de bactérias na boca.

✓ Flúor

O flúor é um elemento químico que participa junto com o cálcio na formação de dentes e ossos. É encontrado na natureza e está presente na soja, no gérmen de trigo, no queijo, nos ovos, no frango, no porco, na carne de vaca e de

carneiro, nos peixes e frutos de mar. O flúor é importante para os dentes pois reforça a estrutura dental depois do dente ter erupcionado e promove a remineralização do esmalte no caso de existir uma lesão de cárie de esmalte. Além disso, interfere no metabolismo das bactérias da placa bacteriana, diminuindo sua capacidade de multiplicação. Em algumas cidades o flúor está presente nas águas de abastecimento e essa é uma medida preventiva muito importante que os governos das cidades podem tomar para melhorarem o nível de Saúde Bucal da população. A água fluoretada é a principal responsável pela queda dos índices de cárie nas populações das cidades. Um indivíduo que bebe água fluoretada e faz uso de um dentífrico fluoretado tem condições de apresentar uma excelente Saúde Bucal (desde que leve em conta os outros fatores etiológicos da cárie). O flúor também pode ser usado em consultório através de gel, dependendo da necessidade de cada paciente. Sua aplicação deve ser supervisionada pelo dentista e crianças muito pequenas não devem fazer uso de grandes quantidades, pois há o risco de ingestão de flúor. O flúor pode e deve ser utilizado, porém seus níveis de toxicidade devem ser respeitados. O consumo de grandes quantidades de flúor pode ser tóxico para o organismo, causando reações estomacais que, se não tratadas, pode levar o indivíduo à morte. Se uma criançaingere diariamente quantidades de flúor acima da preconizada pela Organização Mundial de Saúde, pode apresentar alterações na estrutura dental que são denominadas por fluorose (dentes manchados de branco). Não há necessidade de suplementos vitamínicos contendo flúor durante a gestação, principalmente nas cidades onde a água de abastecimento já é fluoretada.

✓ **Doença periodontal**

É a doença que ocorre nos tecidos de sustentação do dente no osso. A gengiva, o ligamento periodontal, o osso alveolar e o cemento são afetados pelo acúmulo da placa bacteriana próxima à gengiva. As bactérias que causam a doença periodontal são diferentes das bactérias da cárie. Essas bactérias liberam toxinas que inflamam a gengiva. A inflação inicial se chama **gengivite**. Nesse estágio, a gengiva se apresenta avermelhada, com aumento de volume, com alteração da forma e com aspecto sangrante. O sangramento pode ocorrer espontaneamente ou no ato de escovação. A remoção da placa reverte esse quadro e a gengiva volta a ter as características normais após uma semana de controle.

Caso a placa não for removida, a gengivite pode ou não evoluir para uma doença mais agressiva, chamada de **periodontite**. Na periodontite a gengiva começa a se “descolar” da superfície do dente pois as bactérias penetram no espaço entre o esmalte e a gengiva. Pode haver uma retração gengival, mobilidade do dente, presença de bolsa periodontal, sangramento e mau hálito. Se não for tratada, pode haver perda óssea excessiva e o dente acaba sendo perdido. O paciente com periodontite pode ou não se queixar de dor, por isso os sinais de periodontite devem sempre ser observados.

A placa acumulada sobre o dente ou mesmo abaixo da gengiva pode se calcificar pela ação dos minerais presentes na saliva e formar o cálculo dental, também chamado de tártaro. O cálculo se apresenta aderido ao dente, e ao contrário do que ocorre com a placa, não é removido com a escova dental e nem com o fio dental. Somente o dentista pode removê-lo. Têm aspecto rugoso, o que

propicia um acúmulo maior de placa. Podem se apresentar pigmentados, dependendo do tipo de alimentação e dos hábitos do indivíduo. Algumas situações podem favorecer o aparecimento das doenças periodontais: alcoolismo, desnutrição, fumo, remédios para tratamento de câncer, entre outros. Nesses casos a atenção com a Saúde Bucal deve ser redobrada.

✓ Urgências em Odontologia

1. Dor de dente

Como já foi descrito anteriormente, a dentina está intimamente relacionada à polpa dental. Na dentina há canalículos com prolongamentos pulpaes que transmitem à polpa os estímulos externos, como frio e calor. Na presença de uma cárie de esmalte os estímulos externos não causam dor, porém quando a cárie atinge a dentina, esses estímulos chegam mais intensamente até a polpa, causando dores fortes, principalmente na ingestão de doces e líquidos frios.

Inicialmente a dor é diminuída com uso de analgésicos, mas com a exacerbação da infecção somente o dentista pode aliviar a dor, tratando da cárie e do canal (tratamento endodôntico). Essa fase tem o nome de *pulpite irreversível*. Se o tratamento não é realizado e as bactérias continuarem a se proliferar dentro dos canais do dente, a polpa vai necrosar (morte) e com a progressão da infecção formam-se as lesões ósseas e os abscessos. O abscesso é um estágio avançado da infecção, quando a polpa já necrosou e há presença de pus dentro do canal e do osso ao redor do canal contaminado. O paciente com abscesso se apresenta com o rosto inchado pela bolsa de pus.

A dor de dente é um sinal de alerta no organismo, indicando que algo não vai bem. É um desconforto que acaba trazendo irritação, mau humor, indisposição, falta de apetite, cansaço...por isso, ao primeiro sinal de dor de dente, mesmo que branda, todos devem procurar o dentista.

A doença periodontal pode expor a raiz do dente e provocar dor espontânea e a médio prazo pode comprometer a saúde da polpa dental. Restaurações antigas, fraturadas ou mal adaptadas pode levar a pulpite. Quando uma restauração do dente fica muito alta promove um "trauma" no periodonto causando dor, mas não é necessário o tratamento de canal, apenas um pequeno desgaste já é suficiente para o processo regredir.

Após o tratamento endodôntico o dente deverá ser restaurado para impedir nova contaminação dos canais e também para restabelecer a função mastigatória.

2. Traumatismo dental

Acidentes acontecem e em muitos deles com crianças! Num desses acidentes pode acontecer de bater a boca em algum obstáculo e quebrar os dentes, ou mesmo perdê-los por inteiro, o que nós chamamos de avulsão traumática. Caso algum desses acidentes venha acontecer, o importante é manter a calma, apanhar o dente ou o fragmento dele imediatamente onde quer que tenha caído. No caso de avulsão traumática, segure o dente pela coroa de preferência, se possível lave-o com soro fisiológico ou mesmo em água corrente (sem esfrega-lo) e mantenha-o umedecido. Coloque o dente num copo com leite, soro fisiológico ou até mesmo, na

boca, junto da bochecha e leve-o imediatamente para o dentista reposicioná-lo corretamente na boca, de preferência até 30 minutos da avulsão. O dentista irá fixar o dente avulsionado aos dentes vizinhos e indicará o tratamento endodôntico. Esse dente deverá ser acompanhado pelo dentista por um longo tempo.

✓ Câncer bucal

O câncer bucal está entre os casos mais freqüentes de câncer no Brasil. Acontece mais em homens do que em mulheres. O câncer pode ser definido como um crescimento desordenado de células com efeitos agressivos ao organismo, levando o indivíduo à morte.

Os principais fatores predisponentes ao câncer bucal estão o tabagismo (cigarro, charuto, cachimbo), consumo de bebidas alcoólicas (principalmente as destiladas, como cachaça e uísque), má higiene, falta de vitaminas do tipo A e C e também o estresse. É importante que os indivíduos adquiram o hábito de auto-examinarem suas bocas e procurem ajuda de um profissional, sempre que observarem qualquer tipo de lesão que não cicatrize em uma semana, ou que sejam indolores, ou quando notarem a presença de manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou enegrecidas nos lábios e/ou na mucosa bucal. Nos estágios mais avançados da doença, o portador de câncer bucal poderá apresetar dor, sangramento, salivação excessiva, dificuldades na fala, mastigação e deglutição, além da presença de nódulos na região de cabeça e pescoço, além de emagrecimento acentuado. Evitar fatores de risco e diagnosticar precocemente as

lesões cancerosas são atitudes que podem levar à diminuição da incidência de câncer bucal na população.

✓ **Tabagismo**

O ato de fumar afeta a saúde, não só nos fumantes, como nas pessoas que convivem com eles, causando desde alergias até câncer. O fumo é um dos principais agentes cancerígenos e que pode ser evitado. O risco de morte por doenças tabaco-associadas cresce na razão inversa da idade em que se começou a fumar, e na razão direta da quantidade de cigarros consumidos. Ou seja, quanto mais cedo se começa a fumar, e quanto maior for a quantidade de cigarros consumidos, maiores serão os riscos de contrair doenças e morrer devido a elas.

Os fumantes de cachimbo e charuto também estão susceptíveis aos problemas causados pelo cigarro comum. O fato de não se tragar a fumaça não coloca em vantagem esse tipo de fumante. A fumaça liberada na boca atua de maneira prejudicial, pois esses fumos são feitos com substâncias mais alcalinas que facilitam a liberação da nicotina. O ato de mascar tabaco também está relacionado como fator de risco para o câncer bucal.

No fumo são identificadas mais de 4000 substâncias, das quais mais de sessenta são carcinogênicas. As principais delas são conhecidas pelos indivíduos, como a nicotina (que causa dependência), o monóxido de carbono (que prejudica a oxigenação os tecidos) e o alcatrão. As principais doenças que o fumo causa são:

- Doença do aparelho respiratório, como bronquite e enfisema pulmonar;

- Câncer do pulmão, boca, laringe, esôfago, pâncreas, bexiga, rins e útero;
- Doenças do aparelho circulatório, como infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral (derrame), angina do peito, arteriosclerose, hipertensão arterial, coronariopatias, arterites e flebites (inflamação nas artérias e veias);
- Úlceras de estômago

As pessoas expostas à fumaça do fumo, os chamados fumantes passivos ou involuntários, também sofrem conseqüências por inalarem o ar poluído. Crianças são sensíveis à fumaça do cigarro, e podem apresentar infecções respiratórias, como bronquite aguda e crônica, episódios de asma e pneumonia. Além disso, o fumo interfere na farmacologia de medicamentos, diminuindo seus efeitos, fazendo efeito contrário ou interferindo na sua absorção e metabolização. Na mulher fumante os efeitos do fumo são bastante superficiais: antecipa a menopausa, aumenta o risco de infarto quando o fumo está associado ao uso de anticoncepcionais anovulatórios, e propicia o aparecimento de varizes.

Se uma grávida é fumante, está colocando em risco a saúde do bebê, pois o feto fuma através da placenta. Crianças filhas de fumantes nascem com menos peso do que crianças filhas de não fumantes. Além disso, crescem menos e desenvolvem-se menos. Os riscos de abortamento espontâneo, sangramentos, e outras complicações também estão aumentados. Se a grávida para de fumar durante a gravidez, os riscos a que ela está exposta é o mesmo de mulheres que nunca fumaram.

As pessoas que abandonam o hábito de fumar têm melhora na qualidade de vida, os riscos de contrair câncer de pulmão diminuem nos dez primeiros anos após cessado o vício e podem se igualar aos que nunca fumaram. Os ex-fumantes só têm a ganhar!

✓ **Alcoolismo**

O álcool atua agredindo as células, causando deficiências nutricionais secundárias ao consumo de álcool e diminuindo os mecanismos de defesa. Em alcoólatras os principais sítios propícios ao aparecimento de câncer são o assoalho bucal e a língua.

✓ **Agentes biológicos**

Vírus como o da herpes, da hepatite C, da Aids, do papiloma humano e fungos como a *Cândida albicans* estão relacionados ao desenvolvimento do câncer bucal.

✓ **Deficiência nutricional**

Má nutrição, dietas não balanceadas, deficiência de vitaminas, proteínas e minerais podem causar alterações celulares, promovendo o aparecimento de câncer.

✓ **Radiações**

A radiação solar é um fator que, a longo prazo, pode levar ao aparecimento de lesões. Pessoas de pele mais clara estão mais susceptíveis ao câncer de lábio inferior.

✓ **Fatores ocupacionais**

Pessoas que trabalham expostas à luz solar sem fazer uso de protetor solar podem desenvolver lesões com potencial maligno.

✓ **Idade acima de 40 anos**

Pessoas com mais de 40 anos têm maior predisposição de apresentarem lesões cancerígenas. Para evitar o câncer bucal é importante o auto-exame periódico, além de visitar o dentista periodicamente.

✓ **Gênero masculino**

Homens têm maior predisposição de apresentarem câncer bucal do que mulheres, pois estas estão protegidas por alguns hormônios sexuais e não se expõem com frequência aos fatores etiológicos do câncer.

✓ **Lesões precursoras**

São lesões que não são malignas, mas têm o potencial de se malignizarem. Podem ser classificadas por lesões nodulares, ulceradas, brancas, vermelhas, pigmentadas, vesículo-bolhosas. Podem ter origem infecciosa, traumática ou ser devidas a irritações locais, ou podem ser manifestação local de doença sistêmica.

✓ **Lesões malignas**

Podem se apresentar de diversas formas: ulceradas, brancas, vermelhas, nodulares, pigmentadas. Se localizam principalmente no lábio inferior, língua e assoalho bucal. Ocorrem mais em homens entre 50 e 60 anos.

Quanto antes uma lesão é diagnosticada, maior a chance de ser curada. As lesões malignas muitas vezes não vem acompanhada de dor, e por isso o doente não procura orientação médica. Qualquer lesão que não cicatrize por mais de duas semanas deve ser examinada por um dentista.

✓ **Auto-exame**

O auto-exame é uma técnica bastante simples. É preciso um espelho e um ambiente bem iluminado. É um meio muito eficaz de prevenção do câncer bucal. Deve-se procurar por manchas de coloração diferente (brancas, vermelhas, amarronzadas, azuladas), caroços, endurecimentos, feridas, dentes quebrados, restos

de raiz. O objetivo do auto-exame é identificar lesões precursoras do câncer bucal, uma doença curável se tratada logo no início.

✓ **Como fazer o auto-exame?**

As pessoas que usarem próteses removíveis ou próteses totais devem remove-las antes de iniciar o exame.

1. De frente para o espelho, observe a pele do rosto e do pescoço. Veja se encontra algum sinal que não tenha notado antes. Toque suavemente, com a ponta dos dedos, todo o rosto;

2. Puxe com os dedos o lábio inferior para baixo, expondo toda a parte interna (mucosa). Em seguida, apalpe todo o lábio. Puxe o lábio superior para cima e repita os mesmos procedimentos.

3. Com a ponta do dedo indicador afaste a bochecha para examinar a parte interna da mesma. Faça isso nos dois lados.

4. Com a ponta do dedo indicador percorra toda a gengiva superior e inferior.

5. Introduza o dedo indicador por baixo da língua e o polegar da mesma mão por baixo do queixo e procure apalpar todo o assoalho da boca.

6. Incline a cabeça para trás e abrindo a boca o máximo possível, examine atentamente o céu da boca. Palpe com o dedo indicador todo o céu da boca. Em seguida diga AAAA....e observe o fundo da garganta.

7. Ponha a língua para fora e observe a parte de cima repita a observação com a língua levantada até céu da boca. Em seguida, puxando a língua

para a esquerda, observe o lado esquerdo da mesma. Repita o procedimento para o lado direito.

8. Estique a língua para fora, segurando-a com um pedaço de gaze ou pano, apalpe em toda a sua extensão com os dedos indicador e polegar da outra mão.

9. Examine o pescoço. Compare os lados direito e esquerdo e veja se há diferenças entre eles. Depois, apalpe o lado esquerdo do pescoço com a mão direita. Repita o procedimento para o lado direito, palpando com a mão esquerda.

10. Finalmente, introduza o polegar por debaixo do queixo e apalpe suavemente todo o seu contorno inferior.

Se for encontrado alguma estrutura com aspecto anormal, procure com urgência um dentista ou um médico.

✓ **Saúde Bucal**

A Saúde Bucal depende de fatores como dieta, ingestão de flúor e higienização.

Como já foi falado, uma alimentação saudável é fundamental para mantermos a saúde do nosso organismo, e conseqüentemente mantermos a Saúde Bucal. Refeições adequadas e menor freqüência no consumo de alimentos cariogênicos diminuem o risco de ocorrerem doenças bucais.

A ingestão de alimentos cariogênicos pelas crianças deve seguir um padrão de horários. Eles devem ser consumidos logo após as refeições para evitar o contato de restos de alimentos com os dentes por longo período. Quanto maior o

tempo em que os restos de alimentos ficarem em contato com os dentes, mais danos são causados. O tempo de permanência desses alimentos na saliva é mais prejudicial do que a quantidade ingerida.

As mamadas noturnas devem ser evitadas. Podem causar cárie de mamadeira após os 6 primeiros meses de vida.

A alimentação do idoso muitas vezes é deficiente. A perda dos dentes e a frequência das doenças bucais nesta fase modificam a alimentação dos idosos. Esses fatos podem causar sérios problemas, como anemias e queda de resistência, que favorecem o aparecimento de infecções bucais.

Quando os idosos têm problemas com seus dentes, acabam se alimentando de alimentos com pouco teor nutritivo e doenças sistêmicas acabam surgindo.

✓ **Higienização bucal**

A escolha da escova dental é muito importante, ela deve ser macia e ter "cabeça pequena para alcançar as regiões mais difíceis dos dentes. À escovação deve se juntar o uso do fio dental, que é um recurso mecânico auxiliar na remoção da placa dental das áreas interproximais dos dentes.

Para crianças entre 2 e 7 anos, os responsáveis devem ficar em pé, atrás da criança, e com a mão esquerda, afastar os lábios e as bochechas. Com a mão direita escove os lados de fora e de dentro dos dentes, em movimentos circulares.

A parte de cima do dente deve ser escovada com movimentos de vai e vem. A língua também precisa ser escovada, com movimentos de varredura.

Crianças com mais de 7 anos devem escovar seus dentes mantendo-os cerrados, fazendo movimentos circulares no lado de fora e repetir o mesmo movimento no lado de dentro. A parte de cima do dente deve ser escovada com movimentos de vai e vem e a língua com movimentos de varredura. O uso do fio dental deve ser feito com cuidado para não ferir a gengiva.

Os adultos devem fazer a escovação com as mesmas técnicas usadas para crianças com mais de 7 anos, não esquecendo da escovação da língua e o uso cuidadoso de fio dental.

DISCUSSÃO

Os temas escolhidos na abordagem deste trabalho foram: definição do papel desempenhado pelo Agente de Saúde Bucal no seu local de trabalho; higiene e sua relação com o processo saúde/doença; relação de Saúde Bucal com a Saúde Geral do indivíduo; meios de prevenção da cárie e doença da gengiva, entre outros.

O que se espera na formação de um Agente de Saúde Bucal, é a troca de conhecimentos. Os dentistas, como monitores da Equipe de Saúde Bucal, transmitem conhecimentos técnicos aos Agentes de Saúde Bucal e estes trabalham educando a população. E o caminho inverso dessas relações também deve ocorrer. É importante os CDs tomarem ciência de como a realidade interfere na Saúde Bucal, de forma a adequarem seu programa de conscientização à realidade.

O ideal é que os participantes identifiquem, compreendam e busquem soluções originais e criativas para a resolução dos problemas dentro de sua capacidade e condição material.

Os Agente de Saúde Bucal e toda a Equipe de Saúde Bucal devem entender que saúde é uma responsabilidade coletiva e não individual.

A Equipe de Saúde Bucal deve ser capaz de perceber a interferência do Agente de Saúde Bucal no acesso do cidadão aos serviços. O Agente de Saúde Bucal tem o papel de "prescritor de conhecimentos", além de identificar problemas que a equipe de Saúde Bucal falha em detectar, ou mesmo em situações e problemas que ela não teria condições de identificar, já que suas ações acontecem prioritariamente no âmbito da UBS.

Ser Agente de Saúde Bucal é uma nova opção de trabalho, principalmente para o contingente feminino, em que é pedido poucas exigências de qualificação. O trabalho pode ser desenvolvido próximo à sua moradia, com possibilidade de acompanhar a casa e os filhos. Além disso, as mulheres têm facilidade de comunicação. Dessa forma, a mulher pode auxiliar no orçamento doméstico.

Outra categoria de profissionais que têm o perfil de um Agente de Saúde Bucal é o pessoal auxiliar em Odontologia, os ACDs – Atendente de Consultório Dentário e os THDs – Técnico de Higiene Dental.

As atribuições específicas do ACD envolve cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos; agendar e orientar o paciente quanto ao retorno para manutenção do tratamento; realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluoretados na Unidade Básica da Família e espaços sociais identificados; e acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos de Equipe de Saúde da Família no tocante à Saúde Bucal.

As atribuições específicas do THD envolve realizar sob supervisões do CD procedimentos preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, ATF, selantes, raspagens, alisamento e polimento; realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do CD; auxiliar o CD; cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos; acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da Equipe de Saúde da Família no tocante à Saúde Bucal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA – SEÇÃO RIO DE JANEIRO – **Curso para formação de Agente Comunitário de Saúde Oral, 1999.**
2. CARVALHO, VLM. **A prática do Agente Comunitário de Saúde – um Estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeverica da Serra; São Paulo; 2002.** Dissertação de mestrado (Departamento Materno-Infantil – FSP – USP).
3. CARAVITA, AV.; NINA, EBD.; ALVES, FPCR.; ARAÚJO, KS.; BARBOSA, MMB. **Educação em Saúde Bucal para Agentes Comunitários de Saúde – Manual do Participante, 2001.**
4. II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. **Relatório Final. Brasília, setembro 1993.**
5. CORRÊA, MSNP. **Odontologia na Primeira Infância – 2ª impressão, 2001 – editora Santos. P. 104-107.**
6. DELLA SERRA, O. & FERREIRA, FV. – **Anatomia Dental – Editora Artes Médicas – 2ª edição, São Paulo, 1976.**
7. FIGUN & GARINO – **Anatomia Odontológica Funcional e Aplicada – Editora Médica Panamericana – 2ª edição – 1989.**
8. GUYTON E HALL – **Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças – 6ª edição p.470; 1997.**
9. ISSAO, M. & PINTO, GA. – **Manual de Odontopediatria – Editora Artes Médicas – 7ª edição – 1988.**

10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986 – mimeo.
11. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**, Brasília, 1993.
12. PAIVA, JG & ÁLVARES, S. – **Endodontia** – 2ª edição – Atheneu Editora – São Paulo, 1979.
13. PICOSSE, M. **Anatomia Dentária** – Savier Editora – 2ª edição – São Paulo, 1977.
14. SANTOS, MSS; MOURA, FMA. Saúde Bucal: uma proposta para formação de agentes multiplicadores – uma experiência junto à cidade satélite do Paranoá – DF, 1994. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, v. 8, n. 1, p. 10-16, jan./mar. 1997.
15. SILVA, JÁ. **O Agente Comunitário de Saúde do Projeto Qualis: Agente Institucional ou Agente de Comunidade?** São Paulo; 2001. Tese de Doutorado – Deptº de Prática de Saúde Pública – FSP – USP.
16. VIANA ALD., DAL POZ MR. A Reforma do sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*, **Revista de Saúde Coletiva**, 1998;8(2):11-48.