



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Monografia de Final de Curso

Aluno(a): WALMIR WATANABE

Orientador(a): Prof. Dr. MIGUEL MORANO JÚNIOR

Ano de Conclusão do Curso: 2004



TCC 178

WALMIR WATANABE

CAPACITAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, para obtenção do Diploma de Cirurgião-Dentista.

Piracicaba
2004

WALMIR WATANABE

CAPACITAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, para obtenção do Diploma de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Miguel Morano Júnior

Piracicaba
2004

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

Dedico este trabalho aos meus pais Eloé e Iochie, pela orientação, incentivo e sobretudo pelo amor e carinho que me dedicaram em todos os momentos de minha vida.

Aos meus irmãos Gilson, Larissa e Naiara pelo companheirismo, compreensão e carinho.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Miguel Morano Júnior, pela participação ativa e direta neste passo gigantesco a caminho do nosso engrandecimento profissional, nos ensinando a conciliar os momentos de austeridade e ternura, fatores primordiais na realização de um trabalho científico, meu eterno agradecimento.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa de seu Diretor, Prof. Dr. Thales Rocha de Mattos Filho, onde tive a oportunidade de dar um importante rumo ao crescimento científico e profissional.

Aos meus companheiros de república: Alexandre, Amaro, Cristiano, Diogo, Ello, Ivan e Galiano pela companhia e alegrias durante todos esses anos.

A todas as pessoas que participaram, contribuindo para realização deste trabalho, direta ou indiretamente, meu agradecimento.

SUMÁRIO

	Págs.
INTRODUÇÃO.....	07
DESENVOLVIMENTO.....	12
Descrição operacional das competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde.....	17
Conteúdo de treinamento do agente comunitário de saúde bucal.....	21
CONCLUSÕES.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30

Introdução

A profissão de agente comunitário de saúde foi criada pela Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, e seu exercício dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde e sob a supervisão do gestor local em saúde.

O Agente Comunitário de Saúde integra as equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF), realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde nos domicílios e coletividade, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), e estende o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção da cidadania.

Ser agente de saúde é ser povo, é ser comunidade, é viver dia a dia a vida daquela comunidade. É ser o elo de ligação entre as necessidades de saúde da população e o que pode ser feito para melhorar suas condições de vida. É ser a ponte entre a população e os profissionais e serviços de saúde. O agente comunitário é o mensageiro de saúde de sua comunidade.

O agente comunitário de saúde é, antes de tudo, ser alguém que se identifica, em todos os sentidos, com a sua própria comunidade, principalmente na cultura, linguagem, costumes; precisa gostar do trabalho. Gostar, principalmente, de aprender e repassar as informações, entender que ninguém nasce com destino de morrer ainda criança ou de ser improdutivo. Nós vivemos conforme o ambiente. É

obrigação dos agentes comunitários de saúde lutar e aglomerar forças em sua comunidade, município, estado e país, em defesa dos serviços públicos de saúde, pensar na recuperação e democratização desses serviços, entendendo que é o serviço público que atende à população pobre; é preciso torná-lo de boa qualidade. Precisamos lutar por outros fatores que são determinantes para a saúde como: trabalho, salário justo, moradia, saneamento básico, terra para trabalhar e participação nas esferas de decisão dos serviços públicos.

Assim, desde a proposição do Auxiliar de Saúde, no Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, até o Programa de Saúde da Família, com as especificidades de uma metrópole, em 2001, como agente comunitário de saúde, embora com graus variados da ênfase colocada, consegue-se identificar dois componentes ou dimensões principais da sua proposta de atuação: um mais estritamente técnico, relacionado ao atendimento aos indivíduos e famílias, a intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos, e outro mais político, porém não apenas de solidariedade à população, da inserção da saúde no contexto geral de vida mas, também, no sentido de organização da comunidade, de transformação dessas condições. Este componente político expressa, na dependência da proposta considerada, duas expectativas diversas ou complementares: o agente como um elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, de discussão com a comunidade dos problemas de saúde, de apoio ao auto-cuidado – dimensão mais ético-comunitária - e o agente como fomentador da organização da comunidade para a cidadania e a inclusão, numa dimensão de transformação social. Um outro aspecto bastante encontrado na prática, mas não relacionado nas atribuições dos agentes de nenhuma das propostas, é a dimensão de assistência

social. Assim, o agente aparece, nos diferentes programas oficiais, como um personagem fruto de uma tentativa de juntar as perspectivas da atenção primária e da saúde comunitária, buscando resolver questões, como o acesso aos serviços, no que lhe corresponde de racionalidade técnica, mas também integrando as dimensões de exclusão e cidadania, ou seja, o desafio de juntar o pólo técnico ao pólo político das propostas.

Nogueira e Ramos (2000) identificam, no trabalho do agente, a dimensão tecnológica e a dimensão solidária e social, as quais consideram que têm, sempre, potenciais de conflitos. Essas dimensões expressam, possivelmente, os pólos político e técnico do Programa, acima referidos. Este é o dilema permanente do agente: a dimensão social convivendo com a dimensão técnica assistencial. Ao incorporar essas duas facetas em suas formulações, o conflito aparece principalmente na dinâmica da prática cotidiana.

Documento do Ministério da Saúde (Brasil, 1999b) enfatiza a necessidade de que, face o novo perfil de atuação para o agente comunitário de saúde, sejam adotadas formas mais abrangentes e organizadas de aprendizagem, o que implica que os programas de capacitação desses trabalhadores devam adotar uma ação educativa crítica capaz de referenciar-se na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde e de assegurar o domínio de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho de suas funções.

Ainda o citado documento, propondo-se a subsidiar os Pólos de Capacitação do Programa de Saúde da Família, as Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único

de Saúde e outras instituições participantes do esforço de preparação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família, define, para o agente comunitário de saúde, sete competências: trabalho em equipe; visita domiciliar; planejamento das ações de saúde; promoção da saúde; prevenção e monitoramento de situações de risco e do meio ambiente; prevenção e monitoramento de grupos específicos; prevenção e monitoramento das doenças prevalentes; acompanhamento e avaliação das ações de saúde.

Uma das mais importantes e felizes iniciativas do ministro José Serra foi determinar a incorporação das ações de saúde bucal no Programa de Saúde da Família e, em consequência, ampliação das equipes com o cirurgião dentista. Com essa providência, um passo importante no sentido da observância de um dos princípios do Sistema Único de Saúde – o da integralidade dos cuidados – foi dado. Alguns cirurgiões dentistas (CD) julgam que, integrando a equipe de saúde da família, vão se dedicar à promoção da saúde bucal, “libertando-se da cadeira de dentista” e passando a trabalhar nas creches, escolas e de casa em casa, ensinando a escovação correta, fazendo aplicação tópica de flúor, evidenciação de placa bacteriana etc. Essa opinião se choca com as mais bem sucedidas experiências de programas que foram pioneiros na incorporação da saúde bucal ao Programa de Saúde da Família e com o propósito de obter a mais racional utilização das capacidades dos profissionais que compõem as equipes. O Programa de Saúde da Família (PSF), para alcançar todos os seus objetivos e efetivamente ser uma estratégia de mudança do modelo assistencial, necessita de profissionais radicalmente novos, no sentido de assumirem posturas e práticas profundamente distintas das hoje vigentes, especialmente no campo de atenção básica. Para o sucesso da promoção de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, é

importante a incorporação dos agentes comunitários de saúde bucal, capacitados a participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família; Identificando as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal.

Desenvolvimento

Alguns desafios para a atuação do agente comunitário de saúde são apontados sistematizados aqui em seis pontos, sem preocupação com a ordem de relevância: o contexto, a finalidade, a tecnologia, o trabalho em equipe, a identidade e a formação.

Em primeiro lugar, há que se considerar a enorme variedade de contexto em que se implanta o Programa, exigindo flexibilização em sua operação e, por consequência, nos processos e metodologias de preparação de pessoal. Como segundo ponto, há que se considerar a amplitude das finalidades do Programa, agregando aspectos não apenas baseados em formas de atuação distintas, mas muitas vezes antagônicas. É exemplo disso a compreensão de uma parte significativa dos problemas, a partir de sua vertente mais individual e biológica, ou mais coletiva e social; ou, em outros termos, uma vertente mais de vigilância a situações de risco e assistência a doenças mais prevalentes ou aquela da promoção da saúde e da qualidade de vida. Além da questão da apreensão, há uma disputa pelo tempo de trabalho dedicado por cada profissional às suas diferentes funções. Em geral, quando há uma competição entre diferentes ações, aquelas cuja demanda é maior e têm uma rotina estabelecida, tendem a representar a parte maior do investimento do trabalhador. Considerando as diferentes funções do agente, pode-se identificar um relativo destaque daquelas relacionadas com a vigilância à saúde na sua vertente mais individualizada e clínica. Se, de um lado, esse é um aspecto importante do trabalho, pela sua potencialidade de identificar situações de maior

vulnerabilidade individual (Mann et al., 1993), sabe-se que as ações baseadas em estratégias de grupo de risco têm um impacto reduzido na qualidade de saúde da população (Rose, 1988). Por outro lado, se a promoção da saúde representa uma modalidade de atuação promissora para melhorar a qualidade de vida (Gentile, 1999; Buss, 2000), ela carrega em si uma série de desafios. Sendo um campo recente de atuação, o conhecimento e a prática não estão sedimentados; de outro, para se produzir resultados, há necessidade de articular ações para além do campo da assistência à saúde, tecendo-se a rede das ações intersetoriais (Teixeira & Paim, 2000). Portanto, para uma efetiva mudança no quadro de saúde da população, um terceiro aspecto é desenvolver uma tecnologia de trabalho adequada às necessidades (Schraiber et al., 1996) não só na área da atenção primária, mas no plano das políticas públicas. Neste ponto, as questões são das mais problemáticas, desde a concepção de família e a abordagem adequada a essa, até as relações sociais em áreas urbanas e rurais, entre as quais está inserida a unidade básica e a equipe de saúde da família. Definir as competências e desenvolver os instrumentos de trabalho correspondentes exige prioridade. Entre as atividades dos agentes, a do cadastramento é considerada como relativamente mais bem estabelecida do que o conteúdo das visitas subseqüentes (Silva, 2001). No entanto, mesmo para o cadastramento, além da capacitação do agente para levantar os dados preconizados pelo Programa hoje em nível nacional, há que se contar com uma observação apropriada das relações interpessoais e uma contribuição para discussão com a equipe das necessidades de saúde das famílias. Para as visitas posteriores, se o objetivo é trabalhar com as famílias e a comunidade, identificam-se hoje determinadas estratégias como a valorização do diálogo - a conversa como instrumento de trabalho - e do apoio social, nas suas vertentes informação, empoderamento e instrumental (Robertson & Minkler, 1994). Para as relações

sociais, os princípios da solidariedade e da cidadania são marcos para o trabalho. No entanto, se é possível contar com objetivos gerais estabelecidos, para implantar uma oferta organizada de ações (Paim, 1995), há que se fazer desdobramentos dos princípios para a atividade cotidiana, conformando o saber, os instrumentos e as formas de atuar (Mendes-Gonçalves, 1994), e preparando os sujeitos da prática. Daí emerge o quarto ponto, no caso a constituição de uma equipe integradora (Peduzzi, 1998), que elabore um projeto de trabalho voltado para a promoção da saúde e para a articulação da unidade básica com outros equipamentos e movimentos sociais. Quando o Programa de Saúde da Família é implantado em uma região com falta de estrutura de retaguarda para atenção médica especializada, grande parte dos esforços para integração se dá em torno do acesso à assistência individual. Um quinto aspecto, muito importante para o agente, é o da sua identidade. Silva (2001) constatou que, em situações concretas de ação e interação, o agente comunitário compõe dimensões técnicas e políticas do trabalho, pendendo mais para um dos pólos, institucional ou comunitário. Se uma parte significativa dos agentes considera o seu trabalho gratificante, quer pela possibilidade de ser útil, quer pelo apoio a uma população carente, sua atuação implica envolvimento pessoal e desgaste emocional. Espera-se do agente uma atuação no contexto social, tanto na participação popular, como na abordagem de problemas que escapam à dimensão estrita da saúde biológica, como a violência. O agente muitas vezes refere ansiedade tanto na sua relação com a comunidade como com a equipe, especialmente quando se sente pressionado entre ambos. Cabe lembrar que a não definição de uma tecnologia adequada às necessidades e finalidades do trabalho contribui para esse permanente foco de tensão entre as dimensões da prática, e para a alternativa de se hipertrofiar aquela mais técnica, de localização institucional.

Como um sexto ponto, destaca-se a formação dos profissionais para a saúde da família, quando o maior investimento tem sido feito na preparação dos profissionais universitários, médicos, enfermeiros e dentistas. O agente comunitário, por sua vez, além do treinamento introdutório, um pouco mais abrangente, participa (quando elas acontecem) de discussões temáticas conduzidas por médicos, enfermeiros e dentistas no nível local ou regional. Nos espaços de educação continuada, encontram-se com frequência os conteúdos tradicionais de conhecimento e prática na área da saúde, havendo dificuldade de se dar conta da totalidade das finalidades colocadas para o Programa de Saúde da Família.

Os Agentes Comunitários de Saúde atuam no apoio aos indivíduos e coletivos sociais, identificando as situações mais comuns de risco em saúde, participando da orientação, acompanhamento e educação popular em saúde, estendendo as responsabilidades das equipes locais de saúde, colocando em ação conhecimentos sobre a prevenção e solução de problemas de saúde, mobilizando práticas de promoção da vida em coletividade e de desenvolvimento das interações sociais.

A formação e desenvolvimento profissionais baseados em competências sugerem a identificação técnica, ética e humanística do que compete ao profissional de saúde e que competências são requeridas para que os usuários das ações e serviços de saúde se sintam atendidos em suas necessidades diante de cada prática profissional.

Compete ao Agente Comunitário de Saúde, no exercício de sua prática, a capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, realizando ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação popular em saúde a partir da concepção de saúde

como promoção da qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia diante da própria saúde, interagindo em equipe de trabalho e com os indivíduos, grupos e coletividades sociais.

Descrição operacional das competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde

A Portaria Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde (GM/MS) n° 1.886, de 18 de dezembro de 1997, que estabelece as atribuições do Agente Comunitário de Saúde, e o Decreto Federal n° 3.189, de 04 de outubro de 1999, que fixa diretrizes para o exercício de suas atividades, possibilitam uma proposição qualitativa de suas ações, evidenciando-se um perfil profissional que concentra atividades na promoção da saúde, seja pela prevenção de doenças, seja pela mobilização de recursos e práticas sociais de promoção da vida e cidadania ou mesmo pela orientação de indivíduos, grupos e populações com características de educação popular em saúde, acompanhamento de famílias e apoio sócio-educativo.

A partir desta análise e considerando-se as singularidades e especificidades do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, foram construídas as competências específicas que compõem o perfil profissional deste trabalhador. O enunciado das competências explicita capacidades às quais se recorre para a realização de determinadas atividades num determinado contexto técnico-profissional e sócio-cultural. Assim, cada competência proposta para o agente comunitário de saúde expressa uma dimensão da realidade de trabalho deste profissional e representa um eixo estruturante de sua prática, ou seja, uma formulação abrangente e generalizável, de acordo com a perspectiva de construção da organização do processo de formação e de trabalho. Além disso, partiu-se do pressuposto de que a competência profissional incorpora quatro dimensões do saber: o saber-conhecer, o saber-ser, o saber-fazer e o saber-conviver. Estas dimensões da competência

profissional estão expressas nas habilidades (saber-fazer), nos conhecimentos (saber-conhecer), nas atitudes (saber-ser) e no coordenar-se com os outros (saber-conviver).

As habilidades e os conhecimentos referentes a cada competência dimensionam a atuação dessa categoria profissional. Entretanto, tais habilidades e conhecimentos não estão apresentados de forma hierarquizada, cabendo às instituições formadoras, no processo de construção dos programas de qualificação, identificar e organizar esta complexidade, considerando, inclusive, suas transversalidades.

A dimensão saber-ser (produção de si) é considerada transversal a todas as competências e se expressa por capacidade de crítica, reflexão e mudança ativa em si mesmo e nas suas práticas.

O saber-ser considerado nesta proposta incorpora:

- a)interagir com os indivíduos e seu grupo social, com coletividades e a população;
- b)respeitar valores, culturas e individualidades ao pensar e propor as práticas profissionais;
- c)buscar alternativas frente a situações adversas, com postura ativa;
- d) recorrer á equipe de trabalho para a solução ou encaminhamento de problemas identificados;
- e) levar em conta pertinência, oportunidade e precisão das ações e procedimentos que realiza, medindo-se pelos indivíduos, grupos e populações a que refere sua prática profissional;

- f)colocar-se em equipe de trabalho em prol da organização e eficácia das práticas de saúde;
- g)pensar criticamente seus direitos e deveres como trabalhador.

Inserir o Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde Bucal, é uma necessidade. A Saúde Bucal, até hoje, é considerada de alto custo e, portanto, preterida em relação a outras áreas da "Saúde". Devemos ampliar e difundir a Saúde Bucal e enfatizarmos o aspecto preventivo relativo à saúde Saúde Pública e os direitos do Cidadão, estabelecidos em nossa Constituição, relacionados a ela.

No município de São Paulo, em razão da parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Fundação Zerbini, existem hoje Equipes de Saúde Bucal atuando na promoção de saúde e prevenção das principais doenças que afetam a cavidade oral e seus anexos. Essas equipes de saúde bucal contam com cirurgiões dentistas, técnicos em higiene dental (THD) e auxiliares de consultório dentário (ACD), resultando na melhoria da qualidade do trabalho.

Em virtude das necessidades acumuladas de tratamento existentes nessas comunidades, é necessário, além do tratamento curativo propriamente dito, expandir os procedimentos coletivos de prevenção. Portanto, a utilização de espaços sociais, como creches, escolas, instituições filantrópicas e as Unidades Básicas de Saúde, são excelentes para a implementação desses procedimentos que, em médio prazo, certamente reduzirão a necessidade de tratamentos odontológicos mais complexos.

Os Agentes Comunitários devem estar motivados a participarem ativamente desse desafio que é promover a Saúde Bucal no município. A inserção da Saúde

Bucal no Programa de Saúde da Família é imprescindível no atendimento integral à família, pois não se entende a constituição de uma equipe de saúde da família, pois não se entende a constituição de uma equipe de saúde da família sem a presença da Equipe de Saúde Bucal.

É importante que os Agentes Comunitários de Saúde adquiram noções básicas em saúde bucal para que, juntamente com as Equipes de Saúde Bucal, venham a detectar problemas e promover a saúde bucal, visando sempre às necessidades da população.

Conteúdo de treinamento do agente comunitário de saúde bucal

1- Procedimentos coletivos em saúde bucal

As medidas voltadas para a promoção da saúde bucal de uma coletividade são implementadas pelos sistemas de prevenção e desenvolvidas pelos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Essas medidas preventivas são as seguintes:

- 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, creches, espaços sociais, locais de trabalho, que têm como objetivo um conjunto de medidas para promover a melhoria da saúde bucal;
- exame epidemiológico;
- 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 Unidade Básica de Saúde

2- Anatomia e Fisiologia Dental:

O processo de digestão começa na cavidade oral, onde o alimento é triturado pelos dentes na mastigação, umedecido pela saliva, e têm continuidade no

estômago, terminando este processo no intestino delgado. A boca é uma cavidade formada por lábios, língua, glândulas salivares, bochechas, dentes e gengivas.

Os lábios, juntamente com os dentes e a língua, têm papel fundamental na pronúncia das palavras (fonética). A língua atua durante o processo de mastigação e também é o órgão do paladar. Parte do que é considerado "gosto" é percebida pelo olfato, pois os alimentos liberam odores.

A saliva protege os dentes e auxilia o processo digestivo. As glândulas que produzem a saliva conservam a umidade da boca, facilitando a fala e promovendo a remoção dos restos alimentares.

Dentes saudáveis mantêm a saúde geral e, além de suas funções fisiológicas, são importantes no contexto social.

A primeira dentição é chamada decídua, composta por 20 dentes de leite. Estes dentes são menores que os dentes permanentes e apresentam uma coloração branco-leitosa. A Segunda, chamada permanente, é composta por 32 dentes que substitui gradativamente a primeira dentição.

Os dentes decíduos começam a erupcionar por volta do 6º mês de vida. Esta dentição estará completa aproximadamente entre o 20º e o 30º mês de vida. Os primeiros molares permanentes erupcionam por volta dos 6 anos. O 1º molar

permanente é importante para que se tenha uma boa oclusão dos dentes permanentes, por essa razão deve ser foco de toda a atenção para preservá-lo saudável.

A erupção dos dentes permanentes estará quase completa por volta dos 13 anos de idade. Os terceiros molares serão os últimos a erupcionarem, completando assim a dentição permanente. Isso ocorre entre os 17 e 20 anos, são os elementos de maior oscilação em sua cronologia de erupção.

Os dentes têm tamanho e forma variados. Cada grupo de dentes exerce uma função diferente na mastigação, os incisivos cortam, caninos rasgam, pré-molares amassam e os molares trituram.

O dente é dividido em várias partes, coroa: que é a parte projetada para fora da gengiva; raiz: sustenta a coroa, fixa o dente no osso e transmite todas as forças; esmalte: é a estrutura mais externa e a mais dura do corpo humano, tem superfície lisa e brilhante; dentina: está abaixo do esmalte e é sensível a estímulos diversos como calor, ácidos; polpa: tecido innervado e vascularizado do dente; cemento: cobre a dentina da raiz, une o dente ao osso através do ligamento periodontal.

3- Principais doenças da boca

A cárie dentária é uma enfermidade bacteriana, que para sua instalação necessita de quatro fatores básicos. A cárie somente acontece quando temos dentes

e saliva desprotegidos, consumo de alimentos que favorecem a produção de ácidos pelas bactérias. O hospedeiro, a microflora, substrato e tempo são os fatores básicos para a instalação dos processos de cárie. O primeiro sinal de cárie é uma mancha branca sobre os dentes, a seguir, os ácidos produzidos pelas bactérias corroem o dente, formando uma cavidade. A cárie ataca antes o esmalte do dente, passa para a dentina e começa a doer, e pode chegar à polpa causando fortes dores.

A gengiva saudável tem consistência firme, a cor é rosada, não brilha e não sangra. A gengivite é uma inflamação da gengiva, provocada pelo acúmulo de bactérias, a gengiva sangra, fica avermelhada e inchada, sem cuidados a doença pode evoluir para a periodontite, onde algumas bactérias penetram ainda mais entre o dente e o osso, a gengiva começa a descolar da superfície do dente, formando um espaço que chamamos de bolsa periodontal.

Alguns hábitos, com o decorrer do tempo podem tornar-se indesejáveis, podemos citar o uso da mamadeira, chupeta e sucção do dedo, que podem provocar má oclusão e interferir no desenvolvimento da criança e também levar a alterações bucais tais como: mordida aberta, mordida cruzada, inclinação anormal dos dentes, diastemas, alterações no padrão de deglutição e respiração.

Existem várias doenças que apresentam alterações na mucosa bucal, como por exemplo, erupções, vesículas, lesões avermelhadas, etc. Algumas das doenças

mais comuns com essas características são: sarampo, rubéola, catapora, caxumba, herpes simples e HIV.

A articulação têmporo-mandibular (ATM) liga a mandíbula ao crânio, existem músculos, meniscos e líquidos que a envolvem e que sofrem desgastes em razão de fatores psicológicos, como o estresse, cansaço, ansiedade, depressão, hábitos bucais nocivos, além de fatores oclusais do tipo, perda dental, desgaste e movimentação dos dentes, problemas periodontais e bruxismo. Esses fatores provocam dor, estalos na região do ouvido, dor de cabeça e podem até impedir a abertura e o fechamento da boca.

As lesões labiopalatais são más formações congênitas situadas na região naso-palatal, que podem atingir somente o lábio superior (lábio leporino) ou atingir o palato, apresentando uma fenda. São mais comuns na maxila e podem atingir o lábio, o processo alveolar e o palato, podem ser uni ou bilaterais. É muito importante que as pessoas de convívio com portadores dessas más formações também recebam apoio psicológico para que superem o trauma e aprendam a conviver naturalmente com o problema.

O câncer bucal está relacionado ao tabagismo (cigarro, charuto ou cachimbo), o consumo de bebidas alcoólicas, principalmente as destiladas, a má higiene, as carências de vitaminas do tipo A e C e traumatismos provocados por dentes fraturados, próteses mal adaptadas, entre outros. 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 cicatrizem em uma semana, ou que sejam indolores ou quando notarem a presença de manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou enegrecidas nos lábios e/ou mucosa bucal. Nos estágios mais avançados da doença, o portador de câncer bucal poderá ter dor, sangramento, salivação excessiva, dificuldades na fala, mastigação e deglutição, além da presença de nódulos na região do pescoço e emagrecimento acentuado.

4- Saúde Bucal

A qualidade da alimentação é fundamental para conservarmos a saúde do nosso organismo preservando a saúde bucal. Refeições adequadas e menor frequência no consumo de alimentos cariogênicos diminuem o risco de ocorrerem doenças bucais.

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

Conclusão

Quais seriam as estratégias para o desenvolvimento do trabalho do agente comunitário? Elencam-se algumas que aparecem, hoje, como mais produtivas:

1. O desenvolvimento de planos integrados para a área social comprometidos com a equidade;
2. O envolvimento maior dos agentes e de parte da carga horária da equipe com atividades coletivas e comunitárias;
3. Um investimento maior em atividades de supervisão dos trabalhos, pois se a formação básica ou o treinamento específico é necessário, a manutenção da qualidade do trabalho se faz mediante atividades de supervisão e de reflexão;
4. Considera-se que a supervisão dos agentes comunitários deveria cobrir os diferentes ângulos do seu trabalho: as visitas domiciliares, com especial atenção para os casos/ casas que constituem situações de maior vulnerabilidade; as atividades comunitárias, que podem ter sua origem em programas da área social ou serem atividades reivindicativas de direitos de cidadania; a situação de trabalhador do agente, identificando sofrimento e apoiando formas de lidar com conflitos;
5. Finalmente, para a construção de novas práticas e do conhecimento correspondente, há que se investir sempre em pesquisa, quer de natureza mais operacional, na avaliação de processos e resultados, quer de teorias acerca do trabalho e da sua organização.

Nessa perspectiva, há necessidade de desenvolvimento e incorporação de tecnologias que apoiem a identidade do agente comunitário, integrando as diferentes

dimensões de sua atuação — as previstas e as necessárias— e de preparação de todos os demais sujeitos do Programa, e não apenas o agente comunitário de saúde.

Para concluir, quando se colocam em questão o trabalho e o saber do agente comunitário de saúde, parece-nos ainda muito atual, para 2002, lembrar e ressaltar a propriedade do modelo sugerido para a capacitação dos agentes de saúde do Projeto do Vale do Ribeira, em São Paulo, na primeira metade da década de oitenta (Silva, 1984) que, segundo os coordenadores, visava atingir duas preocupações centrais: a primeira, fortalecer o compromisso e a solidariedade do agente de saúde com a comunidade e a segunda, prover condições para a apropriação, pelo agente de saúde, do instrumental adequado e necessário para lidar com os problemas de saúde do grupo (Silva, 1984, p.33).

A inclusão da saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) amplia o acesso da população às ações de Saúde Bucal, incluindo-as no conjunto de atividades desenvolvidas pelo Programa de Saúde da Família, respeitando os seus princípios organizativos e operacionais, estimulando desta forma a reorganização da Saúde Bucal na atenção básica. Assegurando o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) às ações de saúde bucal de promoção, prevenção e curativo- restauradoras; Definindo estratégias e apoiar a capacitação de recursos humanos necessários para o desenvolvimento das ações de saúde bucal no Programa de Saúde da Família. Estimulando e induzindo o desenvolvimento de instrumentos que avaliem os padrões de qualidade e o impacto das ações desenvolvidas de acordo com os princípios do Programa de Saúde da Família; Criando e consolidando os critérios de

incentivos financeiros aos estados e municípios para a implementação das ações de saúde bucal.

Assim, como o agente comunitário de saúde bucal tem sua grande importância, auxiliando o cirurgião-dentista no processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas, tendo como objetivo final a promoção de saúde bucal.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Comunidade Solidária. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Referências conceituais para a organização do Sistema de Certificação de Competências/ PROFAE - PROFAE - mimeo - Brasília - jul./2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília, 1999a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/SPS/MS. Coordenação de Atenção Básica/SAS/MS. Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 1999b.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. Saúde Coletiva, v. 5, n.1, p.163-77, 2000.

DELLA SERRA, Octávio e Ferreira, Flávio Vellini – Anatomia Dental – Editora Artes Médicas - 2º Edição, São Paulo/1976.

GENTILE, M. Promoção da Saúde. Rev. Minist. Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, ano 1, n.1, p. 9-11, 1999.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Campinas, 1998. Tese (Doutorado) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

ROBERTSON, A., MINKLER, M. New Health promotion movement: a critical examination. *Health Education Quarterly*, v.21, n.3, p. 295-312, 1994.

ROSSI, Miriam – *Cadernos de Saúde Bucal* – FUNDAP – São Paulo/1998.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. A organização das ações de saúde bucal na atenção básica. Uma proposta para o SUS São Paulo, 2001.

SILVA, J.A. Assistência Primária de Saúde: o agente de Saúde do Vale do Ribeira. São Paulo, 1984. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

SILVA, J.A O agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade? São Paulo, 2001. Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

SILVA, J. A. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde, 2002.

TEIXEIRA, C.F., PAIM, J.S. Planejamento e programação de ações intersectoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Rev. Adm. Pública*, v.34, n.6, p.63-80, 2000.